

Lege og syk selv

– hvorfor skammer jeg meg?

AV VIGDIS MOE CHRISTIE

«Det er jo forferdelig hva det henger igjen i gamle myter og tabuer og skam og skyld hos oss leger. Villa Sana er med til å fjerne mytene.»

(En lege som har vært på kurs på Villa Sana.)

Det er mange «pasienthistorier» som florerer blant leger. De er til god underholdning leger i mellom. Det kan være om en pasient som har misforstått bruksanvisningen. Eller en som ikke har forstått hva legen rådet henne til å gjøre. Pasienten i disse historiene er helst en kvinne. Men så en dag viser det seg at legen selv er blitt sykmeldt og kanskje til og med befinner seg i en seng på et sykehus. Legen har rett og slett gått over i pasientenes rekke.

Jeg har i to forskjellige sammenhenger prøvd å belyse hvordan leger opplever å selv bli syke: I boken «Syk lege» (Christie 2001) har jeg ved en rekke eksempler vist hvor vanskelig, pinlig og skamfullt det føltes for de 88 legene som var mitt materiale, å selv ha blitt alvorlig syke. Det kom også frem at de prøvde å skjule at de var leger eller at de var syke. Ja, noen prøvde så lenge å benekte overfor seg selv og andre at de var syke, at det kunne gå på livet løs. Jeg tar med her noen utsagn fra disse legene. Jeg intervjuet 39, og 49 skrev sin egen sykehistorie.

Min andre tilnærming som jeg her særlig vil fortelle om, er en intervjuundersøkelse av leger som alle har vært på Villa Sana. Ofte alene, men også sammen med Bodil Nielsen (dansk allmennlege), har jeg hatt syv personlige samtaler og 14 lange telefonsamtaler med tilsammen 21 leger. De fleste av legene har vært på et fem dagers kurs på Villa Sana, hvor det har vært inkludert en og en halv times personlig samtale med psykiater. Andre av legene har vært der kun én dag, til en sekstimers samtale med psykiater. Noen få har deltatt på begge deler.

Vi kom i kontakt med legene gjennom annonser i Utposten og i Tidsskrift for Den norske lægeforening. Her gjorde vi det klart at: «Vår lille undersøkelse er helt selvstendig, men i full forståelse med Villa Sana». 21 respondenter er mindre enn vi hadde ønsket, men det var ikke flere som tok kontakt. Det er viktig å merke seg at svarene de gir, er påfal-



Vigdis Moe Christie

er tilknyttet Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo. Hun har utgitt flere bøker: «Syk lege. En presentasjon gjennom 88 legers stemmer». «Den andre medisinen: alternative utøvere og deres pasienter». «Apoteket – handel eller helse?» «Samliv og nærmiljø.» Samt en rekke artikler.

lende ensartede, og ikke minst at de stemmer med utsagn fra de 88 legene i mitt tidligere materiale. (Christie 2001)

Vi må regne med at noen av legene som har svart på våre annonser, kanskje har tatt kontakt med oss nettopp fordi de er takknemlige for oppholdet på Villa Sana og vil gi noe tilbake til lederen Dag Lunde. De syntes alle han gjorde en usedvanlig flott jobb.

Legene intervjuet vi på deres arbeidsplass eller hjemme hos dem. De som bodde langt unna Oslo, hadde vi lange telefonsamtaler med. Samtalene bidrar til å sette lys på og tydeliggjøre vanskeligheter som mange leger opplever ved å bli syke eller helt nedslitte, og å måtte søke hjelp. Det har kanskje vært det viktigste temaet. Legene fortalte også om oppholdet på Villa Sana, og hvordan de syntes det var å være der.

Analysen vil i alt vesentlig være begrenset til en tematisk ordning av legenes egne utsagn, og jeg lar legene selv komme mest mulig til orde. Jeg hadde en liste med spørsmål, men unngikk lengst mulig å bruke den. Det viktige var å få legene til selv å fortelle. Jeg er helt enig med legen Balint (1957) som skriver: «If you ask questions, you will get answers and nothing else».

Er skam det motsatte av ære?

«Jeg vet ikke om noe latterligere enn en lege som dør av noe annet enn alderdomssvakhet.»

Voltaire

Det kan for noen føles ærefullt å være blant dem som får de beste karakterene når videregående er slutt. De kan seile inn på medisinerstudiet, hvis *det* er deres fremtidsønske.



Det å ta doktorgraden står det respekt av. Mange har stor doktor-middag med taler og champagne. Det å bli overlege eller professor føles også for mange ærefullt. Det passer ikke inn i dette bildet å bli syk. Å være sliten, eller til og med nesten utslitt, kan enda gå an; men for en lege å gå inn i pasientenes rekke er ikke lett. Fallet oppleves dypt. Det gjelder i beste fall å skjule det, eller i alle fall å bagatellisere situasjonen. En lege skal være sterk, rask, sunn og frisk.

Olav Rutle var den første legen som allerede i 1988 skrev meget personlig om utslitthet i «Utsikt fra stupet». Ole Fyrand (1992) skrev: «Ekstra vanskelig er det for mange leger å vise svakhet. De har et slags robusthetsideal å leve opp til.» Kari Noer (1993) er inne på det samme. Det er ikke bare for norske leger at det er skamfullt eller vanærende å bli syk. Det samme finner vi i litteraturen bl.a. fra Danmark (B. Nielsen 2001), England (O. Sacks 1984), Sverige (G. Tunström 1997) og USA (M. LaCombe 1995). Mc Kevitt og Morgan (1997) har som overskrift på en artikkel: «Illness does not belong to us», og her skriver de: «Noen leger, beskrev forlegenhet, følelse av skyld og nederlag over at de som leger skulle ha bukket under for sykdom.» Men noen av dem de intervjuet, følte ikke skam ved å ha blitt syke, men de følte seg dømt av sine kolleger fordi de var syke. Leger skal klare press, stress og sykdom. David Roy (1987) og Ole Fyrand (1992) er inne på det samme.

Krav en setter til seg selv som lege

«Ikke så lett å snakke om at en er sliten. En må yte ekstra – være på hugget. Skam å ikke klare det. Det burde være lov å være sliten.»

Dette er et sitat fra en av legene som har vært på kurs på Villa Sana. Han forteller at han ringte meg med en gang han så annonsen i Tidsskriftet: «Men du skjønner det er ikke ofte jeg tar meg tid til å skumme gjennom Tidsskriftet. De blir gjerne liggende der i en bunke og gi meg dårlig samvittighet.»

Da han ringte meg, hadde han det så travelt at vi fikk ikke avtalt et tidspunkt for et telefonintervju. Senere ringte jeg utallige ganger, før jeg fikk napp. Vi hadde en hyggelig samtale som varer i vel en halvtime. (Telefonsamtalene med de øvrige legene har gjerne vart i en til to timer.)

Han er fornøyd med oppholdet på Villa Sana: «Kunne godt tenkt meg å være der en uke til. Jeg var sykmeldt noen uker og hadde aktiv sykemelding i vel to og en halv måned. Jeg var utbrent og depriment. Utbytte av oppholdet hadde jeg virkelig.»

Mens han snakker, hører jeg i bakgrunnen at han blir minnet om et barn som snart må hentes. «Leger setter store krav til seg selv. Vi krever at vi skal klare mye. Denne holdningen

er utbredt blant leger. Det er et stort nederlag å ikke takle jobben. Å gjøre alle til lags er vanskelig. Det er krav fra kona, familien, sjefen, kollegene, pasientene. Det er mange halvt utbrente leger som kommer til Villa Sana, tror jeg.» Jeg hører han igjen blir minnet om «nå må ungen hentes!»

Det hele er som en illustrasjon av de krav som settes til en lege i dag, tenker jeg, og spør: «Hvorfor blir så mange leger utbrente tror du?» Han ramser opp mange svar på mitt siste spørsmål, mens jeg skriver som en rasende for å få med meg alt han sier. «Leger har høye krav til seg selv. Ja, dette er jo sett ut fra egen synsvinkel da,» sier han litt sjenert i stemmen. Men så kommer det klart og greit i en utrolig fart med en helt annen bestemt stemme. Kanskje hadde han skrevet ned momentene på forhånd?

«Leger har høye krav til seg selv. De vil lykkes. Konkurrerer om å være den beste blant legene. Gir mye av seg selv. Sykepleierne er flinkere til å passe på hverandre, tror jeg. Leger er individualister. Det er konkurranse innen arbeidsgruppene. Hardhudet må du være om du skal bli til noe.»

Stemmen i bakgrunnen; er blitt høylydt: «Nei, nå må han hentes.» Men han fortsetter med sine tilhuggete hovedsetninger: «Du viser hva du er god for i det du presterer. Føler at det blir satt store krav til deg hele tiden.» Men så avslutter han: «Nå må jeg hente en unge. Ha det godt. Farvel.» «Farvel!» roper jeg, men dessverre for sent.

En allmennmedisiner forteller at han og familien for øvrig har divergerende oppfatninger: «Det er jo et stresset yrke og familieliv har vi jo stort sett, bortsett fra telefoner til alle døgnets tider. Og jeg vil ikke avvise noen så lenge vedkommende er i nød; men min familie klager over at det er altfor mange henvendelser i privattiden» (Christie 2001).

En lege sier i løpet av samtalen: «Du skal være tilgjengelig, du skal ikke kjenne etter hvordan du har det selv. Men du skal gjøre jobben din, svare når telefonen ringer, og rykke ut hvis det er nødvendig og sånn?» (Christie 2001).

Hensynet til pasienten må komme først. Legen selv kommer som nummer to, som sitatene viser. Men når det er sagt, må det innrømmes at det er meget sjelden i løpet av samtalen at pasientene nevnes. Det er som oftest bare når jeg spør direkte. Det er kollegene de er mest opptatt av på godt og vondt.

«Det kalles jo kurs»

«Det kalles kurs, ikke behandlingsopplegg. Det tror jeg er klokt.»

Det er flere som i løpet av samtalen fremhever det positive i at oppholdet på Villa Sana defineres som et kurs. Som en sa:



«Det var nok en meget god idé at det ble definert som kurs. Da var det en mindre bøyg for oss å bestemme oss for å dra. Det var nok bevisst og gjennomtenkt, det gjorde noe med holdningen vår». Senere i samtalen kommer han flere ganger tilbake til dette: «Det vil alltid være en bøyg å ta kontakt for å få hjelp. At det var Legeforeningen som stod bak, betød også noe.»

På mitt spørsmål: «Er det noen du spesielt nødig vil skal få vite om ditt opphold på Villa Sana?» er det en av legene som svarer: «Nei, egentlig ikke. Jeg har tenkt annerledes nettopp fordi det er jo et kurs jeg har vært med på. Men det med Modum Bad er verre, det nevner jeg ikke. Jeg snakker om Villa Sana, men for øvrig er dette jo ikke noe jeg snakker om da.»

Det er få som nevner Modum Bad. Men én fortalte i løpet av samtalen vår: «Det var en dag vi skulle spise middag på Modum Bad. Det ligger bare noen steinkast unna på det samme området. Det var en i gruppen som grudde seg veldig til det. Han spurte meg: Tror du vi skal spise sammen med pasientene? Det blir kjempetøft. Jeg visste ikke, men det viste seg at det var med de ansatte vi skulle ha middag, den ene dagen.»

To av legene som ble intervjuet, fortalte uavhengig av hverandre at de ikke ville spørre om veien til Modum Bad. Den ene sa: «Å stoppe i Modum tettsted og spørre om veien til Modum Bad – det gjør en bare ikke. Men jeg fant da frem til slutt.»

«Syntes du det var litt skamfullt, litt pinlig?»

«Ja, tenk deg da.»

En annen var opptatt av skiltene på de små turveiene: «Vi gikk mye turer med staver. Vet du hva det sto på skiltene? 'Til Nervesanatoriet' sto det. Det likte jeg ikke. Det var unødvendig.»

«Hva synes du det skulle stå da?»

«Til Modum Bad, for eksempel.»

Redselen for å bli sykeliggjort

«Jeg har ikke fortalt noen om oppholdet på Villa Sana. Jeg er redd for stigmatisering.»

«Føler du deg sykeliggjort i egne eller andres øyne ved å ha dratt til Villa Sana?» spør jeg, og får de forskjelligste svar: «Sykeliggjort...?» Han tygger litt på det. «Det signaliserer jo svakhet da. Det er ikke kultur for det, særlig ikke blant leger. Psykiske plager er aller vanskeligst, det er langt inn dit. Det viktigste er at man selv tar kontakt, direkte – utenom fastlegen. Derved blir man ikke sykeliggjort...» Han tenker litt før han legger til: «i alle fall ikke i egne øyne.»

«Jeg følte meg litt sykeliggjort fordi de på Villa Sana ordinerte Cipralex, et antidepressivum, i tre måneder. Men det virket ikke, så jeg holdt opp. Det var nok mer min hustru som hadde psykiske problemer, hun fikk også Cipralex. Jeg synes Villa Sanas markedsføring burde gå på livskriser, utbrenthet og samlivsproblemer.»

«Dag Lunde foreslo at jeg skulle komme til et kurs på Villa Sana etter samtalen med ham. Men jeg hadde en følelse av at de kursene var for utbrente leger og kriser og depresjon. Jeg opplevde jo ikke meg selv som utbrent. Men det gikk opp for meg under kurset at jeg gjemte min depresjon bak jobben, bak travelheten der. Jeg fikk råd i gruppen at jeg skulle bekjempe 'mitt eget superego'. Jeg fortalte ikke årsaken til at jeg var på Villa Sana, men noen i gruppen gjettet det nok...» Hun stopper opp litt, men så legger hun til: «Det var på en måte en anerkjennelse, følte jeg, at oppholdet var gratis.»

La meg ta med to som *ikke* følte seg sykeliggjort. En sa kort og greit: «Nei, jeg følte meg ikke sykeliggjort. Lærte noen håndgrep for å overleve og at man kunne gjøre noe ved det, og det var nyttig.»

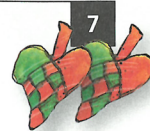
«Nei, jeg føler meg ikke sykeliggjort; det var jo et kurs.»

«Å få være gal med de gale»

«Vi skammer oss over å være syke. Utbrent er ikke så verst å være, det viser jo at vi har stått på. Men psykisk syk, det går ikke an for en lege.»

Hun sier videre i vår samtale: «Jeg synes at legekolleger er veldig tøffe med hverandre. Vi er store og sterke og mestrer alt, og helst vil vi gjøre mer og tar ekstravakter. Vi skal ta hurtige beslutninger, og vi skal også forske. Man kan lett føle at man ikke klarer å henge med. Derfor var det på en måte, for min egen verdighets skyld, utrolig viktig for meg å få lov til å sitte sammen med noen andre leger som tør å trekke frem et annet bilde av oss leger. Og som også synes at dette livet, det er bare for meget – nå *må* jeg ha hjelp. Det viktigste for meg er at jeg kunne få et annet syn på leger ved å få lov til å snakke med dem når de var 'down'. Å få være gal med de gale,» sier hun med et glimt i øyet. «Og på Villa Sana opplevde jeg at de var meget flottre og helere og ærligere mennesker enn det jeg opplever i et sånt morgenmøte, i slik et stabsmøte, på et vanlig kurs, – da er de smarte folk, som jeg blir skremt av.»

Litt senere i samtalen sier hun: «De som er utbrente, ser en på en måte litt opp til; det er nesten litt tøft det. Det betyr jo at de har jobbet og stått på. Men å være psykisk syk for en lege, det er virkelig lavstatus det.» Hun tenker seg litt om. «Jeg følte at noen av mine kolleger på kurset var nedlatende overfor psykiatrien. Det var så sterkt, både det at det var en spesialitet de var nedlatende overfor, men også at dette på



en måte sperret dem selv fra å få den hjelp en kunne se at de kunne ha glede av. Det er forferdelig hva som henger igjen i gamle myter, tabuer, skam og skyld.

To av kollegene jeg var i gruppe med, var meget yngre enn meg, de hadde en stor motstand mot psykiatrien. Hvordan presenterer faget seg i legeutdanningen, kan man spørre seg? Hvor forferdelig må det ikke være å være psykisk syk, og den som skal hjelpe deg, er en du ikke vil ha kontakt med?»

Hun blir veldig ivrig mens hun snakker om dette: «Derfor må Villa Sana forbli ikke sant? Hvis det er en så utbredt negativ oppfattelse av psykiatrien i legestanden, og legeforskingen samtidig sier at leger faktisk også får psykiatriske problemer, så kan man si at, om ikke annet, så kan Villa Sana være med til å fjerne myten. Du skulle sett hvor dårlige to av de i gruppen var. Den ene ble innlagt en måned etter oppholdet, på grunn av et alvorlig suicidalforsøk. Så dårlige er de og vil allikevel ikke ha hjelp av en psykiater.»

Det helt personlige er det aller vanskeligste

«Jeg kjenner ingen som har vært på Villa Sana. Det sier noe om hvor vanskelig det er å snakke om egen svakhet.»

En lege forteller fra sitt opphold. De var åtte leger med forskjellige spesialiteter: «Det som slo meg var at alle sa det var problemer på jobben, alt for mye å gjøre og så videre. Da det var oppsummering til slutt den siste dagen – da var det en i gruppen som sa at han hadde personlige problemer. Ikke før den aller siste dagen kom vi alle endelig frem med personlige ting som i virkeligheten var grunnen til at vi var der. Det lå dypt. Det var for oss det aller vanskeligste å være åpne på. En sa: «Det ga mye tanker. Ting kom ut av skapet. Det gjorde meg veldig godt.»

«Var fem dager passe lenge synes du?» spør jeg en av legene. «Ja, de som ikke klarer det da, må ha personlig profesjonell hjelp. 'Alle har sin sang', som vi sier her nordpå. Vi kom videre, mange kom med oppsiktsvekkende erkjennelser. Du får høre hva andre sliter med. Jeg har fått orden på saker og ting. Jeg har vært hos psykolog også, det var også god hjelp. Der var jeg etter oppholdet på Villa Sana.»

En av legene sier med overbevisning i stemmen: «Virkelig langvarig sykemelding kunne et par av de som var der ha endt med om de ikke hadde kommet til Villa Sana, det tror jeg helt sikkert. Det er så sterkt tabubelagt dette med psykiske vanskeligheter.»

Det er flere av informantene, i begge mine studier, som tar opp at det ikke er lett å oppsøke lege, særlig ikke for psy-

kiske vanskeligheter: «Det er egentlig de psykiske tingene som har vært vanskelig for meg. Og de er kanskje de vanskeligste å gå til en kollega med også. Hadde jeg hatt vondt i ryggen eller en vond skulder hadde det vært lettere. Jeg vet jo at kolleger har kommet i samme situasjon og har tatt livet av seg. Ja, jeg har følt at jeg var veldig syk, men jeg jobbet videre og burde da gått sykmeldt lenge. Burde ha kommet bort. Nå føler jeg meg frisk, men jeg går til psykolog faktisk.» (Christie 2001)

«Hadde du noe utbytte av oppholdet?»

«Det var utrolig viktig for meg, det oppholdet på Villa Sana.»

På spørsmålet om han har hatt utbytte av oppholdet på Villa Sana, er svaret: «Ja absolutt! Ikke sikkert at vi hadde levd under samme tak i dag om vi ikke hadde vært der.»

En annen sier: «Jeg vil gjerne ta ny kontakt med Villa Sana om jeg trenger det. De har virkelig erfaring med å skille jobb og privatliv også. Å få tilbud om å komme til Villa Sana før ting blir helt galt, er viktig. Sammen med mange andre ting så kan livssituasjonen bli for vanskelig for mange leger. Men kommer de til Villa Sana? Du må ta et initiativ selv. Det er ikke de som ligger lengst nede som drar dit, de har ikke krefter eller initiativ til det. Tilbud før ting blir helt galt, er viktig,» gjentar han.

En av intervjupersonene ringte meg og var helt panegyrisk over oppholdet hun hadde hatt for fem år siden. Jeg skrev ned så fort jeg kunne: «Villa Sana var en milepæl i mitt liv. Jeg hadde en samtale med psykiater, det åpnet øynene mine. De siste fem årene etter at jeg var der, er de beste i mitt liv. Lederne er helt uvanlige mennesker. Du må stole på de andre som er der samtidig med deg. Du kler deg jo helt naken. Du må kunne stole *fullstendig* på de andre. Gruppen fungerte kjempebra.»

Noen uker senere møttes vi og fortsatte samtalen. Da brukte jeg lydbåndopptager: «Det var mens jeg var på Villa Sana at jeg virkelig forsto at jeg ikke passet til å være allmennlege. Da jeg i gruppen fortalte om min arbeidssituasjon, var det en som sa: 'Det der hadde jeg aldri klart. Jeg synes din arbeidssituasjon er helt umulig'. Det var som en lettelse å høre. Jeg hadde følt meg mislykket i alle de jobbene jeg hadde hatt som allmennmedisinere. Et forferdelig ansvar. Jeg tror de fleste som drar til Villa Sana er allmennmedisinere. Nå er jeg bedriftslege. Passer meg meget bedre, nå kan jeg bare henvise de som er syke til fastlegen deres. Det som åpnet mine øyne helt, var det Dag Lunde siterte: 'Alle behøver ikke være en nydelig rose, du skal ikke føle skam fordi du er en tulipan'. Slike ting var det Dag brukte som eksempler. Det hele var så fint!»

Konklusjon

La meg som avslutning si: Legestanden, denne gruppen som tilsynelatende sitter på den grønne gren, hvordan kan det ha seg at så mange av dem føler at de ikke mestrer det å selv bli syk? Er det kanskje slik at jo høyere du stiler, jo større dine forventninger til deg selv er, jo vanskeligere er det å takle motgang?

Bør for eksempel det at leger blir syke og kanskje særlig psykisk syke, omtales og diskuteres i større grad i løpet av medisinerstudiet? Har legene i studietiden fått en slags «forakt for svakhet» – for det å være pasient og måtte motta hjelp? Kan dette være en avspeiling av et generelt problem i vårt samfunn at sunnheitsidealet blir satt så høyt at pasienter kan føle at de får et slags mindreverdighetsstempel? At pasienter kan få skyldfølelse ved å ha blitt syke. At mange pasienter plagges ved å bebreide seg selv med at hadde de levd sunnere, så hadde de ikke blitt syke. At det er deres egen skyld at de er blitt til byrde for samfunnet. For leger vil slike tanker ramme om mulig enda sterkere, de kan føle at de burde jo i alle fall visst bedre.

I tillegg kommer det at i utføringen av legeyrket vil mange, muligens de fleste leger, prøve å distansere seg fra sykdom. Distansen blir for mange av dem en del av den profesjonelle væremåten. De blir til slutt totalt uforberedt på at de selv en dag kan føle seg tvunget til å søke hjelp, at de selv vil bli definert som pasient. De blir plutselig revet ut av den verden der sykdom og svakhet ikke kunne ramme dem. For noen kan denne overgangen bli overveldende.

Takk til alle legene som har brukt tid og energi for å dele sine erfaringer med meg. Og takk til dem som har gitt fruktbar oppmuntring og støtte.

Litteratur

- Balint, M., 1957: The doctor, his patient and the illness. London: Pitman.
 Christie, V.M. 2001: Syk lege. En presentasjon gjennom 88 legers stemmer. Oslo: Unipub forlag.
 Fyrand, O. 1992: Legen – i teknikkens eller menneskets tjeneste? Oslo: Gyldendal.
 LaCombe, M., (red.) 1995: On being a doctor. ACP: Philadelphia, Pennsylvania.
 McKevitt, C. og Morgan, M., 1997: «Illness doesn't belong to us.» J. Royal Soc. Med. 147: 491–495.
 Nielsen, B., 2001: Lægen som patient. Månedsskr. Prakt. Lægegern.: Lægeforeningens forlag.
 Noer, K., 1993: Når kvinnelige læger blir syke. Foredrag på kvinneseminar. Mars. Voksenkollen, Oslo.
 Roy, D., 1987: Deal with problem colleagues. Brit. Med. Journ. 295, Nov 7: 1190–92.
 Rutle, O., 1988: «Utsikt fra stupet.» Utposten 17: 313–317.
 Sacks, O., 1984: A leg to stand on. New York: Harper & Row.
 Tunström, G., 1997: «Ronden kånns som en förödmjukelse.» Intervjuet av Giesecke. Läkartidningen 94: 3578–3581.

SOMAC®
PANTOPRAZOL

Somac ALTANA Pharma AG

Syrepupehemmer, saltsyreskresjonshemmende middel.

ATC-nr.: A02B C02

T ENTEROTABLETTER 20 mg og 40 mg: Hver enterotablett inneh.: Pantoprazolnatriums-eskuhydrat tilsv. pantoprazol 20 mg, resp. 40 mg, mannitol 21,3 mg, resp. 42,7 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 20 mg: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 40 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **PULVER TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 40 mg:** Hvert hetteglass inneh.: Pantoprazolnatrium 42,3 mg tilsv. pantoprazol 40 mg, dinatriumedetatidylhydrat, natriumhydroksid.

Indikasjoner: 20 mg: Behandling av mild refluxsykdom og tilhørende symptomer (f.eks. sure oppstøt og halsbrann). Langtidsbehandling av refluxsykdom og tilhørende symptomer (f.eks. sure oppstøt og halsbrann). Forebygging av gastroduodenalsår induert av ikke-selektivt ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), hos risikopasienter som trenger kontinuerlig NSAID-behandling. 40 mg: Behandling av duodenalsår, ventrikelsår og refluxsykdom og tilhørende symptomer. Zollinger-Ellisons syndrom og andre tilstander med patologisk høy syreskresjon. Kun enterotabletter. Tillegg til antimikrobiell behandling når eradikering av *Helicobacter pylori* hos voksne skal utføres ved ulcusykdom.

Dosering: Enterotablettene svelges hele med litt vann ca. 1 time før frokost. Tablettene må ikke knuses eller tygges. Mild refluxsykdom og tilhørende symptomer (f.eks. sure oppstøt og halsbrann): Anbefalt dose 20 mg daglig, vanligvis i 4 uker. Ytterligere 4 ukers behandling dersom bedring ikke sees. Langtidsbehandling av refluxsykdom og tilhørende symptomer (f.eks. sure oppstøt og halsbrann): En vedlikeholdsdose på 20 mg daglig anbefales, med økning til 40 mg daglig ved tilbakefall. Etter bedring av tilbakefall kan dosen reduseres til 20 mg. Behandlingen bør ikke pågå i mer enn 1 år uten nøye vurdering av fordel/risiko, da sikkerhet ved bruk over flere år ikke er klart. Refluxsykdom: 40 mg 1 gang daglig, vanligvis i 4 uker. I de tilfeller der lesjonen ikke er tilhelet, anbefales ytterligere 4 ukers behandling. Forebygging av gastroduodenalsår induert av NSAIDs hos risikopasienter som trenger kontinuerlig NSAID-behandling: Anbefalt dose 20 mg daglig.

Duodenalsår: 40 mg 1 gang daglig, vanligvis i 2 uker. I de tilfeller der såret ikke er tilhelet, anbefales ytterligere 2 ukers behandling. **Ventrikelsår:** 40 mg 1 gang daglig, vanligvis i 4 uker. I de tilfeller der såret ikke er tilhelet, anbefales ytterligere 4 ukers behandling. **Trippelregimer ved eradikering av *Helicobacter pylori* ved ulcusykdom:** Anbefalt regime: Pantoprazol 40 mg + amoksisillin 1 g + metronidazol 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke. Ved tilbakefall eller manglende effekt av anbefalt regime, bør resistensbestemmelse finne sted for annenhåndsbehandling institueres. **Annenhåndsbehandling:** Pantoprazol 40 mg + amoksisillin 1 g + klaritromycin 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke eller pantoprazol 40 mg + metronidazol 500 mg + klaritromycin 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke. Langtidsbehandling av Zollinger-Ellisons syndrom og andre tilstander med patologisk høy syreskresjon: Behandlingen bør starte med en døgndose på 80 mg. Deretter kan dosen justeres etter behov i.h.t. syreskresjonen. Ved doser >80 mg i døgnet deles dosen og gis 2 ganger daglig. En midlertidig økning av dosen til >160 mg i døgnet er mulig, men bør ikke brukes lenger enn nødvendig. Behandlingsvarighet bør tilpasses pasientens behov. Pulver til injeksjonsvæske: I de tilfeller der pasienten ikke kan behandles peroralt, anbefales 40 mg pr. dag gitt som i.v. injeksjon over en periode på 2-15 minutter. Dersom rask kontroll av syreskresjonen er påkrevd, er en startdose på 2 x 80 mg i.v. tilstrækkelig til å senke syreproduksjonen til <10 mekv/time innen en time. Så snart peroral behandling anses mulig, bør i.v. behandling seponeres, og peroral behandling begynne. Kinetikkforandringer hos eldre pasienter og pasienter med nedsatt nyrefunksjon anses ikke å være klinisk relevante, og dosejustering er derfor ikke nødvendig. Pantoprazol dialyseres i svært liten utstrækning.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon skal kombinasjonsbehandling ved eradikering av *Helicobacter pylori* ikke gis, da det foreligger ikke foreligger sikkerhet og effekt for bruk til disse pasientene.

Forsiktighetsregler: Før behandlingsstart må cancer øsofagi eller cancer ventriculi utelukkes da behandling med pantoprazol kan maskere symptomer på cancer og dermed forsinke diagnosen. Ulcusdiagnose skal først gå gjennom verifisering ved røntgen eller endoskopi. Refluxsykdom skal påvises endoskopisk og/eller ved biopsi. Klinisk erfaring med barn mangler. Ved sterk nedsatt leverfunksjon bør leverenzym overvåkes jevnlig, spesielt ved langtidsbruk. Ved forhøyede leverenzymverdier skal behandlingen med preparatet avbrytes. Pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon bør ikke ta høyere dose enn 20 mg pantoprazol. Bruk av 20 mg for å forebygge gastroduodenalsår induert av NSAIDs bør kun gis til pasienter som trenger kontinuerlig NSAID-behandling, og som har økt risiko for utvikling av gastrointestinale komplikasjoner. Den økte risikoen skal vurderes i.h.t. individuelle risikofaktorer, f.eks. høy alder (>65 år), tidligere tilfeller av gastro- eller duodenalsår eller gastrointestinale blødninger i øvre del. I langtidsstudier på røntgen er det etter behandling med pantoprazol i doser som tilsvarer fullstendig hemning av saltsyreskresjonen, sett forekomst av ECL-celle hyperplasi og ECL-celle karsinomer. Disse forandringene er satt i sammenheng med de økte gastrinnivåer som oppstår sekundært til markant syreskresjonshemming. Disse funn antas ikke ha klinisk betydning ved korttidsbehandling. I.v. administrering anbefales bare der peroral behandling ikke er egnet. Dosen på 40 mg/dag bør ikke overskrides hos eldre pasienter og hos pasienter med nedsatt leverfunksjon. Ved Zollinger-Ellisons syndrom og andre tilstander med patologisk høy syreskresjon, kan pantoprazol redusere absorpsjonen av vitamin B12 (cyanokobalamin).

Interaksjoner: Pantoprazol synes å ha lavt potensiale for å påvirke farmakokinetikken til andre legemidler. Dersom absorpsjonen av et legemiddel er pH-avhengig (f.eks. ketokonazol), kan absorpsjonen endres ved samtidig administrering. Muligheten for interaksjoner med legemidler som metaboliseres via cytochrom P-450-systemet kan ikke utelukkes. Noen få isolerte tilfeller av forandringer i INR er rapportert ved samtidig bruk av fenpropionum og warfarin. Pasienter som behandles med kumarin antikoagulanter skal kontrolleres med protrombin tid/INR etter start av behandling, ved avsluttet behandling eller ved uregelmessig bruk av pantoprazol.

Graviditet/Amning: Pantoprazol har i dyreforsøk vist en svak embryotoksisk effekt, samt en postnatal effekt ved eksponering gjennom laktasjonen. Pantoprazol bør derfor ikke benyttes under graviditet og amning.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Abdominalsmerte, diaré, forstoppelse og gassdannelse. Hodepine. Mindre hyppige: Kvalme/breknninger. Svimmelhet, synsforstyrrelser (sløret syn). Allergiske reaksjoner som utslæt og kløe. Sjeldne (<1/1000): Munntørhet. Artralgi. Leukopeni, trombocytopeni. Odem, feber, deppisjon og muskelsvake. Anafylaktiske reaksjoner inkl. anafylaktisk sjokk. Alvorlig hepatocellulær skade som kan føre til gulsott og leversvikt. Økte leverenzymverdier (transaminaser, -GT) og forhøyede triglyserider. Interstitiell nefritt. Urticaria, angioedem, alvorlige hudreaksjoner som Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme, Lyells syndrom, fotosensitivitet.

Overdosering/Forgiftning: Opplysninger om overdose hos menneske foreligger ikke. Intravenøs enkeltdose på 240 mg, over en periode på 2 minutter, tolereres godt. Behandling: Symptomatisk.

Egenskaper: Klassifisering: Pantoprazol er et substitutt benzimidazol som doseavhengig hemmer sekresjon av saltsyre i mavesekken gjennom sin spesifikke virkning på syrepumpen i parietalcellene. Pantoprazol er en kiral substans som foreligger som et racemat. Begge enantiomerene er ekvipotente in vitro. Virkningsmekanisme: Pantoprazol akkumuleres i parietalcellenes sure miljø. Her forandres det til en aktiv form, et syklisk sulfenamid, som spesifikt hemmer H⁺, K⁺-ATPase (syrepumpen). Pantoprazol hemmer basal så vel som stimulert syreskresjon. Behandling med pantoprazol gir økt ventrikkel og dermed økt gastrinproduksjon. Gastrinkningen er proporsjonal med syrereduksjonen og er reversibel. Pantoprazol virker distalt til reseptornivået og kan påvirke saltsyreskresjonen uavhengig av type stimulus (acetylcholin, histamin, gastrin). Effekten er langvarig og reversibel ved at nye enzymer dannes. Pantoprazol er stort sett inaktiv ved pH >3, og full farmakologisk og terapeutisk effekt kan derfor kun oppnås i aktive syresekretoriske parietalceller. Absorpsjon: Pantoprazol utviser lineær farmakokinetikk i doserområdet 10-80 mg. Enterotabletter: Raskt og fullstendig i tyntarmen. Biotilgjengelighet er ca. 77% og hverken AUC eller C_{max} påvirkes av samtidig fødeinntak. En forsinkelse av absorpsjonen kan derimot oppstå. Maks. plasmakonsentrasjon (1-1,5 g/ml og 2-3 g/ml) nås ca. 2½ time etter administrering av en enkeltdose på hhv. 20 mg og 40 mg. Nivået er det samme ved gjentatt dosering. Pantoprazol er ustabilt i surt miljø og administreres derfor i form av mavesaftresistente tabletter. Proteinbinding: Ca. 98% Fordeling: Distribusjonsvolum: Ca. 0,15 liter/kg. Halveringstid: Ca. 1 time i plasma. Metabolisme: Fullstendig i lever via cytochrom P-450-systemet. Utskillelse: Clearance er ca. 0,1 liter/time/kg. Ca. 80% av metabolittene utskilles i urin, resten i feces.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppløsningen må brukes innen 12 timer etter tilberedning. Kjemisk og fysisk stabilitet er dokumentert for 12 timer ved 25°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør produktet benyttes umiddelbart. Brukeren er ansvarlig for lagringstid og lagringsforhold om preparatet ikke benyttes umiddelbart etter tilberedning. Denne lagringen bør normalt ikke overstige 12 timer ved 25°C dersom tilberedningen ikke har funnet sted under kontrollerte og validerede aseptiske betingelser.

Andre opplysninger: Pulver til injeksjonsvæske oppløses i 10 ml natriumklorid injeksjonsvæske 9 mg/ml. Oppløsningen kan administreres direkte eller blandes med 100 ml natriumklorid injeksjonsvæske 9 mg/ml eller glukose infusjonsvæske 50 mg/ml. Somac skal ikke blandes med andre væsker enn de som er nevnt.

Rekvireringsregel: Langtidsbehandling skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i gastroenterologi.

Pakninger og priser: Enterotabletter: 20 mg: Empac: 14 stk. kr 102,20, 56 stk. kr 327,10. 40 mg: Endose: 100 stk. kr 971,-, empac: 14 stk. kr 161,80, 28 stk. kr 296,80, 56 stk. kr 558,90. Pulver til injeksjonsvæske: Hetteglass: 5 stk. kr 404,30. T: 41b).

Refusjon: Behandlingen skal være instituert av spesialist i indremedisin, kirurgi, øre-nese-halsykdommer eller pediatri, eller på tilsv. spesialavdeling eller spesialpoliklinikk i sykehus. Ved senere forskrivning av annen lege skal vedkommende lege føre opp på resepten hvilken institusjon/spesialist som primært har forskrevet legemidlet. Diagnosen refluxsykdom forutsettes verifisert ved øsofagoskopi.

Sist endret: 07.08.2006

Referanser:

- Gillissen et al, 40 mg Pantoprazole and 40 mg Esomeprazole Are Equivalent in the Healing of Esophageal Lesions and Relief From Gastrophageal Reflux Disease-related Symptoms. J Clin Gastroenterol 2004; 38 (4) 332-340
- Richter J.E. et al. Prevention of erosive oesophagitis relapse with pantoprazole. Aliment Pharmacol Ther 2004; 20: 567-575.



Partner for bedre helse™

Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - Besøksadresse: Lilleakerveien 28
 Telefon: 67 52 61 00 - Faks: 67 52 61 92 - www.pfizer.no

