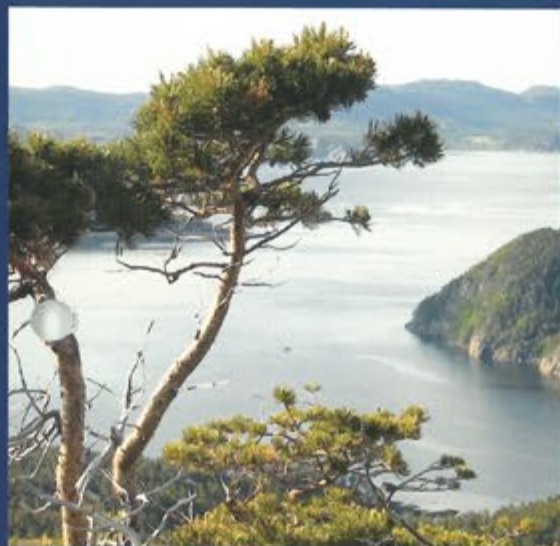




Innhold:

LEDER: Hvor skoer trykker. AV ESPERANZA DIAZ	1
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: «Fedme-epidemien» – skal fastleger bry seg (og i tilfelle hvordan?) AV JANNIKE REYMERT	2
Demens er mer enn kognitiv svikt. AV GEIR SELBÆK	7
Søvnproblemer ved økende alder og demens. AV ARNE FETVEIT	12
Balanseproblemer og falltendens hos hjemme-boende eldre. En naturlig del av alderdommen? AV JORUNN LEGDHEIM HELBOSTAD, RANDI GRANBO OG OLAV SLETVOLD	17
Traumefokusert kognitiv atferdsterapi. AV GRETHE E. JOHNSEN	24
Å jobbe i legevakt, «er det farlig det?» AV TORILL SKIBELI JOA OG TONE MORKEN	30
Etikk i legevakt. AV KRISTINE BÆRØE OG OLE FRITHJOF NORHEIM	36
BOKANMELDELSE: Alderdom, helse, omsorg og kultur. AV JAN RODTWITT	42
Faste spalter	43

KONTOR:**RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

FAX: 63 97 16 25

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:**Jesper Blinkenberg**

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

E-POST: jesper.blinkenberg@isf.uib.no

Esperanza Díaz

Smøråshagen 4

5238 Rådal

TLF.: 55 13 07 04

MOBIL: 474 14 104

E-POST: esperanza.diaz@isf.uib.no

Lisbeth Homlong

Sciersbjerget 19

5018 Bergen

TLF.: 55 55 84 29

MOBIL: 905 53 513

E-POST: lisbeth.homlong@hotmail.com

Ole Andreas Hovda

Lovisenberggt. 21c – 435

0456 Oslo

MOBIL: 97 57 50 85

E-POST: oahovda@gmail.com

Ann-Kristin Stokke

Lyngvn. 12a

1430 Ås

MOBIL: 452 17 552

E-POST: annkristin_stokke@hotmail.com

Tom Sundar

Grefsenkollveien 21

0490 Oslo

MOBIL: 926 29 687

E-POST: tsundar@online.no

Mona S. Søndena

Parkveien 19

9900 Kirkenes

TLF.: 78 99 21 60

MOBIL: 476 44 519

E-POST: monass@online.no

FORSIDEBILDE: Jannike Reymert

LAYOUT/OMBREKNING:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

DESIGN, REPRO OG TRYKK:

07 Gruppen AS





Hvor skoene trykker

Ens ståsted påvirker ens syn på verden. De fleste av oss ser vår virkelighet primært fra fastlegekontoret. Vi får gode tilbakemeldinger fra brukerne og det kan kanskje gjøre oss blinde for egne forbedringsmuligheter. For mitt vedkommende kan det av og til være lurt å skifte vinkling. Hva slags utfordringer ser jeg på vegne av pasientene, når jeg står i andre kliniske stillinger i helsevesenet?

Snart har jeg jobbet seks måneder på legevakt, og sett helsesektoren fra en litt annerledes vinkling enn det jeg gjør i min fastlegepraksis. Jeg har stort sett vært i kontakt med de samme problemstillingene jeg møter som fastlege, men med to viktige forskjeller: Jeg har manglet longitudinalitet – å være i kontakt med pasientene over tid, før og etter den isolerte konsultasjonen – og jeg har sett flere pasienter som er blitt akutt verre og som derfor har trengt behandling på et høyere nivå. Dette kunne jeg ha forutsett før jeg begynte på legevakt. Likevel er det etter hvert blitt klarere for meg hvor skoene trykker: Samfunnet og den enkelte pasient har behov for videreutvikling av longitudinelle helsetjenestetilbud, gjerne knyttet til fastlegetilbudet.

Et bedre sykehjemstilbud er det jeg har savnet mest som viderehenvisende lege. Både åpne, tilgjengelige plasser hvor jeg kan sende eldre pasienter med forverring av kroniske lidelser, men som ellers klarer seg i eget hjem, og et bedre tilbud for de som vanligvis bor på sykehjem og som blir verre av plagene sine. Eksempelene er mange: En gammel sykehjemsboer må legges inn på sykehus for intravenøs antibiotikabehandling pga. et komplisert sår. Oppholdet ender med pasientens død noen dager etterpå. En eldre pasient med Parkinson og residiverende lungebetennelse som bor hjemme, må legges inn på sykehuset hver gang hun trenger antibiotika. Innleggelse er til og med den eneste utveien for behandling av ensomhet hos en mann som ikke har fått plass sammen med kona på sykehjem etter å ha søkt i to år. Riktignok har pasienten en monoartritt, men han hadde ikke blitt innlagt bare av den grunn. Som Morten Laudal skrev i forrige nummer av Utposten, kan kompetanseheving på sykehjem, sammen med den nødvendige økningen i antall legetimer, spare samfunnet for ressurser og det enkelte mennesket for unødvendig lidelse. Arne Fetveit, Geir Selbæk og Jorunn Helbostad med

flere skriver om en rekke aktuelle kliniske problemer relatert til eldre pasienter i dette nummeret av Utposten.

Pasienter med psykiske lidelser, berusede eller ikke, har også vært overrepresentert blant dem som mangler et adekvat helsetilbud, og som møter på legevakt i et forsøk på å finne veien videre. En vei som fører til et nesten uoversikkelig hav av muligheter, av hvilke få er varig over tid for den enkelte. Når jeg snakker med slike pasienter får jeg ofte høre at fastlegen har søkt om forskjellige tiltak, men at ingenting skjer. Hvordan kan vi forbedre dette? Er det noe vi fastleger kan gjøre? Torild Joa skriver om vold og trusler på legevakt, et problem som ikke sjelden er relatert til denne gruppen pasienter. Bedre behandlingsmuligheter og tverrfaglig samarbeid mellom fastlegene og andre faggrupper vil kanskje redusere omfanget av dette problemet som hver fjerde lege har opplevd i forbindelse med vaktarbeid.

Innvandrere med eller uten fødselsnummer, spesielt de som ikke snakker norsk, er en annen gruppe pasienter som fort kan bli en utfordring i legevakttjobben. I en travel legevakt uten timebestilling blir språkbarrierer som oftest løst ad hoc. Papirløse migranter har rett på øyeblikkelig helsehjelp, og det er nå klarere lover som sikrer helsehjelp til barn, gravide og psykisk ustabile personer med ulovlig opphold i Norge. Likevel har innvandrere uten fødselsnummer per dags dato ikke muligheter for å skaffe seg en fastlege og må dermed oppsøke lege på legevakt om de trenger helsehjelp. Mange innvandrere ville være tjent med å ha en personlig lege samtidig som det ville spare samfunnet for en del ressurser.

Ethvert klinisk tilfelle skjuler et etisk problem. Utfordringene presentert her er bare noen få blant de mange etiske spørsmålene som det kliniske arbeidet representerer, sett fra legevakten som ståsted. Kristine Bærøe og Ole Frithjof Nordheim presenterer prosjektet «Etikk i legevakt», som skal utvikle materiell for refleksjon blant legevaktpersonell, noe som med fordel kan videreføres til fastlegepraksis. En slik refleksjon kan hjelpe oss videre i å finne grepene som skal til for å oppnå forbedringer i primærhelsetjenesten og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Esperanza Díaz



ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

«Fedme-epidemien»

– skal fastleger bry seg (og i tilfelle hvordan?)

AV IANNIKE REYMERT

HUNT (helseundersøkelser i Nord-Trøndelag) har nylig (2008) gjort ferdig tredje runde med «helsesjekk» av nord-trøndere. Det er mange funn også denne gangen, blant annet at risikoen i befolkningen for diabetes type 2 har økt betraktelig, parallelt med andelen overvektige i befolkningen. Dette var mildt sagt ingen overraskelse. Disse menneskene ser vi på kontoret daglig – med eller uten spørsmål vedrørende deres overvekt og diabetesrisiko.

Disse funnene bør stimulere oss til å tenke om vi kan og skal ta tak i livstilssykdommene. Hvis svaret er ja: Hvilken tilnærming skal vi da bruke? Det er åpenbart at de færreste klarer å endre livsstil bare ut fra individuell rådgeving, selv når motivasjonen (pasientens!) er høy. Noen få klarer det, og når jeg spør hva som er suksessfaktoren er det veldig vanskelig å forstå hvorfor akkurat den personen klarte å endre livsstil så radikalt akkurat da. Mine bidrag synes i alle fall ikke å ha vært avgjørende. En annen sak er at mange faller tilbake til utgangsvekten etter kort tid.

Man kan spørre seg om «risikandene» egentlig vil ha våre velmenende livsstilsråd? Hvor ofte har de ikke hørt at de må trimme mer, spise mindre fett og sukker og hvorfor er det da så få som endrer livsstil? Er det å gi «gode råd» riktig tilnærming? Skal vi kanskje «bare» holde fokus på sykdom og plager pasienten selv bringer til torgs, og la dem finne sin egen vei til endring av livsstil hvis og når de bestemmer seg for å gjøre noe med sin overvekt? Eller er det slik at vi fastleger kan bidra med å utvikle andre tilbud for endring av livsstil?



Jannike Reymert

f 1957. Spesialist i allmennmedisin, tidligere medredaktør i Utposten.

Når HUNT la frem sine resultater så jeg en gylden sjanse til å undersøke om jeg som fastlege kunne være med og utvikle et livsstilskurs for å oppnå livsstilsendring hos denne delen av befolkninga. En fastlege får neppe til å lage et slikt kurs alene. Å få jobbe sammen med en ernæringsfysiolog er et privilegium jeg fikk anledning til å benytte meg av - med stort utbytte. Tradisjonelt jobber vi i helsevesenet lite sammen med lærere, men for oss ble valget av et samarbeid med idrettslærere på byens videregående skole en god løsning. Ja, gruppa som fikk vårt kurstilbud var, når sant skal sies, mer begeistra for treningstilbudet de fikk av idrettslærerne enn kostholdskveldene de fikk av oss. Praxis er artigere enn teori!

Om gruppetilbudet og hva vi fikk til

I Namsos kommune (12 000 innbyggere) fikk omtrent 400 mennesker brev fra HUNT om at de har økt risiko for diabetes type 2. Mange av disse har høy alder og andre plager og ville neppe melde seg på vårt kurstilbud. Allikevel var det overraskende for oss at bare 18 meldte seg på kurset etter at vi tilskrev alle personlig med kursinvitasjon og annonserte godt i lokalavisa før kurstart.



Avslutningstur på Stongfjellet i vakker Namdalsnatur. BILDET TRYKES MED KURSDELTAGERNE TILLATELSE.

Gruppen besto av 16 kvinner og to (!) menn, gjennomsnittsalder var 58 år. Vi fikk svært gode evalueringer fra kursdeltagerne, og vi mener at vi traff målgruppa godt med vårt opplegg. Resultatene var også gode: På sju måneder gikk 16 av 18 deltagere ned i vekt, i gjennomsnitt 4,1 kg (spennvidde 2–15 kg). 17 av 18 fikk redusert livvidde, i gjennomsnitt 5,7 cm (spennvidde 2–12 cm) og 17 av 18 reduserte gangtida si med i gjennomsnitt 151 sek på en strekning på 2 km i slak oppoverbakke (spennvidde : 45 sek til fire min og 15 sek).

To av kursdeltagerne hadde sykkelig fedme (BMI over 40). Disse to skilte seg tydelig ut fra resten av gruppa med at de knapt hadde utslag på noen av våre tre parametre, og vi fikk et klart inntrykk av at de ikke klarte å ta tak i kostholdsendringene slik de andre i gruppa gjorde. Selv om tallmaterialet er lite, er det vårt inntrykk at vårt kursopplegg passer best for dem med BMI under 35–40.

Kursdeltagerne var svært opptatt av at de hadde lært mye om kostholdsendringer de kunne fortsette med, de spiste mer frukt og grønt, mer fiber, mindre mettet fett og mindre suk-

ker. De angav økt mestringfølelse av en sunnere livsstil. De angav økt trivsel og mestring, ikke minst fordi det å endre livsstil i gruppe var en positiv opplevelse. Med dette resultatet anser vi kurset som vellykket og at vi med det har vist at det går an å lage et tverrfaglig kurstilbud til denne gruppen.

Økonomi

Et mål vi satte oss var å vise at det er mulig å få til en realistisk økonomisk ramme rundt et slikt kursopplegg. Taksten for å drive gruppetilbud i dagens takssystem har alt for snevre rammer for vårt kurs. Å planlegge kursinnholdet og lage kursmappa deltagerne fikk under kursets forløp, krevde mange arbeidstimer, men kan sees på som en engangsinvestering siden det egner seg til gjenbruk. Vi fikk økonomisk støtte fra Kvalitetssikringsfondet i legeföreningen, Helseforetaket og Fylkeskommunen samt at jeg fikk allmennpraktikerstipend. Kursprisen kunne derfor settes lavt – kr 1500 for 20 trimkvelder og sju kostholdskvelder. Det er interessant å drøfte hva som er en realistisk kurspris – er 1500 kroner mye eller lite? Med en slik pris vil man

treng økonomisk støtte fra ulike hold på 3–5000 kroner pr kursdeltager gitt at man får til ei gruppe på ca 15 deltagere og dersom ikke kursholderne skal tilby sine tjenester på dugnadsbasis, noe som er urealistisk i det lange løp.

Nytt kurs?

Lokalavisa lagde etter kursslutt en reportasje om gruppa som da hadde valgt å fortsette å trimme i gruppe uten oss som ledere. Da sto vi parat med nytt kurstilbud, nå hadde vi som målgruppe dem som ønsket livsstilsendring pga overvekt, høyt blodtrykk, diabetes type 2 eller hadde økt risiko for disse tilstandene. Med så god støtte fra lokalavisa regnet vi med nok interesserte til å starte ei ny gruppe. Nok en gang ble vi overrasket: vi fikk bare 10 påmeldte! Vi hadde planlagt å lage ei gruppe på 15 fordi vi hadde erfart at det var en passe størrelse på gruppa, og fordi vi mener det lettere lar seg forsvare økonomisk å drive ei gruppe med 15 deltagere. Med så lav påmelding valgte vi derfor å utsette kursstart og håper på bedre oppslutning neste høst. Tiden vil vise om vi da får det.

Ettertanker

Er 10 påmeldte et skuffende resultat eller er det et tall vi bør si oss fornøyd med? Hvorfor fenger ikke dette tilbudet mer i en by med 12 000 innbyggere? Er det slik at Librakurs og trening på byens treningssenter (som annonserte samtidig med oss og selger slankepulver!) frister mer selv om prisen der er klart høyere og tilbudet mer begrenset? Blir det kanskje for «farlig» å melde seg på et kurs der lege og ernæringsfysiolog kanskje skal «saumfare» deltagernes kosthold – selv om de som deltok på første kurs var så fornøyd?

Kanskje det største spørsmålet egentlig er: Har vi feil fokus – er ikke folk flest så opptatt av slike helsebringende tilbud

som vi tror og synes de bør være? Vil de helst være i fred – er det andre ting i livet deres som betyr mye mer enn våre livsstilsråd?

Mens vi grublet på disse spørsmålene dumpet Utpostens julenummer 2009 ned i postkassa. Der var det mye stoff til ettertanke. Lederen (1) siterer professor emeritus Peter F. Hjort: «God helse har den som har evne og kapasitet til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter og hverdagens krav». Kløke tanker, men utelukker det et kurstilbud som vårt? Når vi vet hva morgendagen kan bringe for våre potensielle diabetikere, vil ikke stimuli til en sunnere livsstil nettopp sette folk i stand til å mestre livet (som diabetiker) bedre? Er det ikke vår jobb å gjøre folk i stand til å glede seg over en liten kveldstur og kose seg med mat med litt mindre fett og sukker når vi vet hvilken helsegevinst det gir?

Per Fugelli og Benedicte Ingstad (2) viser at folk flest ser på det å ha en god god helse som noe langt mer enn fravær av sykdom. Jeg siterer: «Helse henger sammen med heile livet ditt» «Så lenge du har trivselen, kan du tåle mykje» «god helse er... det å kunne le sammen med noen. Og det å ha et godt følelsesmessig forhold». «Alt jeg får til, er god helse». Ja, det er mange forhold vi som fastleger ikke har noen mulighet for å legge bedre til rette for våre pasienter. Alle livets tilfældigheter, flaks og uflaks, spiller nok størst rolle for hvordan man får det her i livet, men betyr det at vi fastleger ikke skal bidra med noe som kan dra i riktig retning for mange? Det er unektelig slik at følelsen av å mestre livsstilen kan gjøre livet litt bedre for mange. Mange mennesker opplever jo nettopp det at fysisk aktivitet hjelper dem vel så mye som andre tiltak når livet floker seg til for dem. På den annen side vil vårt helsefokus også skape tapere, de som ikke får til å endre livsstil får med vårt opplegg nok en





påminnelse om hva de ikke får til. Denne motsetningen blir for meg et uløselig paradoks – hvordan skal vi finne balansen mellom de ulike gruppers behov?

Stimulerer et livsstilskurs som vårt til salutogenese? Liv Tveit Walseth (3) definerer salutogenese som «opphav til helse» – i vid forstand, basert på pasientens holdning til å takle det som skjer av uventede og stressende forhold. Påvirker vi pasientenes «salutogenetiske evner» i riktig retning når vi fokuserer på en sunnere livsstil? For meg er svaret både ja og nei, men jeg heller mest mot et ja. Ja, fordi vi vet at endret livsstil vil gi bedre livskvalitet til dem som opplever glede ved å mestre en sunnere livsstil og ikke minst siden de som med årene utvikler diabetes eller andre livs-stilsrelaterte plager blir bedre rustet til å takle de utfordringene de da møter. Men også her: Nei, fordi vi overstyrer pasientenes egne oppfatninger av seg og sin helse-tilstand ved at vi fokuserer på at den livsstilen de har ikke er «bra nok» og leder mot uhelse en gang i framtida.

Er gruppetilbud i livsstilsendringer veien å gå?

Overvekt i befolkninga vil få store konsekvenser, både på folkehelsen og helseøkonomien. For at 15 mennesker (for en periode) skal gå ned i snitt 4,1 kg kostet kurset vårt omtrent 75 000 kroner i «driftsutgifter», «produktutviklinga» av kursopplegget er da ikke tatt med i regnskapet. Er dette fornuftig bruk av penger? Skulle samfunnet i stedet satset på bygging av sykkelveier, mer fysisk aktivitet og bedre kostholdsopplæring i skolen, subsidiering av lavterskeltilbud i regi av idrettslag og refusjon av utgifter til dem som trener på treningssentre? Jeg tror at politiske vedtak på befolkningsnivå er helt nødvendig for å få ned gjennomsnittsvekta i befolkningen, spørsmålet er bare om vi her skal tenke «enten eller», kanskje må vi satse på et både og!

Kanskje tar jeg feil, men jeg mener å merke positive endringer i min pasientpopulasjon, det er flere nå som prøver å trimme mer og unngå vektøkning. Det virker som det er litt som med røykeloven, økt fokus hos deler av befolkninga «smitter over» slik at også de som ikke går på kurs tar tak i egen livsstil og trimmer mer og spiser sunnere. Fedon Lindberg skal vel ha æren for at ungdom nå drikker mer vann og mindre brus, men kanskje kan små drypp som vårt kursopplegg ha større ringvirkning på befolkningen enn det vekttapet våre kursdeltagere fikk til?

Oppsummering

Jeg klarer ikke å slippe tanken på at vi fastleger bør tilby våre pasienter noe mer enn somatiske utredninger, sykemeldinger, piller og samtaler om livets problemer. Ordet doktor betyr å lære bort – bør vi ikke lære bort det som er enkelt, billig og bivirkningsfritt – og som faktisk også virker på mange ulike tilstander? Jeg tror et kurstilbud som det vi lagde vil bidra i riktig retning og kan være en vei vi bør gå fremfor å la Libra-kursene og treningsentrene ha dette feltet for seg selv.

Kilder:

1. Utposten nr 8/2009 s 1
2. Utposten nr 8/2009 s 2–6
3. Utposten nr 8/2009 s 25–28

Takk til Legeforeningens Fond for kvalitet og pasientsikkerhet for økonomisk støtte til arbeidet med å utvikle dette kurstilbudet.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
jannike.reymert@ntebb.no

Effektiv lokalbehandling av bakteriell vaginose på 3 dager¹

Dalacin Vagitorier

Lokal behandling av en lokal tilstand



Dalacin Pfizer

Antiinfektivum til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A A10

VAGINALKREM 2%: 1 g inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 20 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, propylenglycol. 50 mg, acid. stearic., alcohol cetostearyl., cetyl-palm., paraffin. liquid., alcohol benzylic. 10 mg, aqua steril. q.s. ad 1 g.

VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 100 mg, adeps solid. q.s. ad 2,5 g.

Indikasjoner: Bakteriell vaginose.

Dosering: Vaginalkrem: En fylt applikator (5 g) intravaginalt hver kveld i 7 dager. Vagitorier: 1 vagitorie intravaginalt hver kveld i 3 dager.

Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for preparater som inneholder klindamycin, linkomycin eller hardfett (vagitorier).

Forsiktighetsregler: Før eller etter at behandlingen påbegynnes bør det tas laboratorieprøver for å teste på mulige andre infeksjoner som Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Chlamydia trachomatis og gonokokkinfeksjoner.

Bruk av klindamycin

intravaginalt kan gi økt vekst av ikke-følsomme organismer, spesielt sopp. Hvis betydelig eller langvarig diaré inntreffer, må legemidlet seponeres og nødvendig behandling gis. Betydelig diaré som kan opptre mange uker etter avsluttet behandling, skal behandles som om den er antibiotikarelatert. Moderat diaré avtar ved seponering av behandlingen. Samleie frarådes under behandlingen. Latekscondomer og latekspessar kan svekkes i kontakt med innholdsstoffene i preparatene. Tamponger eller intimspray bør ikke anvendes under behandlingen. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos kvinner <16 år eller >65 år, gravide, ammende, kvinner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon, kvinner med immunsvikt eller kolitt.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Preparatet anbefales ikke brukt i 1. trimester. Det er vist at bruk av klindamycin vaginalkrem hos gravide i 2. trimester og systemisk tilført klindamycinfosfat i 2. og 3. trimester ikke er assosiert med fosterskader. Vagitoriene kan derfor brukes under 2. og 3. trimester dersom det er et klart behov for det. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Urogenitale: Vaginit, lokal irritasjon, vaginal Candidainfeksjon. Mindre hyppige: Gastrointes-

tinale: Diaré, kvalme, forstoppelse, mavesmerter. Hud: Urticaria, pruritus, utslett. Urogenitale: Vaginal utflod, menstruasjonsforstyrrelser, smerter på applikasjonsstedet. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, soppinfeksjoner.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefalinger for klindamycin J01F F01.

Egenskaper: Klassifisering: Klindamycinfosfat er en vannløselig ester av det semisyntetiske antibiotikum klindamycin. Virkningsmekanisme: Bakteriostatisk eller baktericid effekt ved å hindre bakterienes proteinsyntese. Klindamycin er vist å ha in vitro aktivitet mot følgende bakterier som er assosiert med bakteriell vaginit: Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Mycoplasma hominis, Peptostreptococcus spp. Absorpsjon: Vaginalkrem: Ca. 4% (varierer mellom 0,6-10%) absorberes systemisk. Vagitorier: Ca. 30% (varierer mellom 6,5-70%). Oppbevaring og holdbarhet: Skal oppbevares <25°C. Pakninger og priser: Vaginalkrem: 40 g (tube m/7 engangsapplikatorer) kr 167,20. Vagitorier: 3 stk. kr 191,40. Sist endret: 27.01.2004 (priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned) Ref. 1) Paavonen J. et al. Obstet Gynecol 2000;96:256-60 E2009-1256



Dalacin[®]
Klindamycin

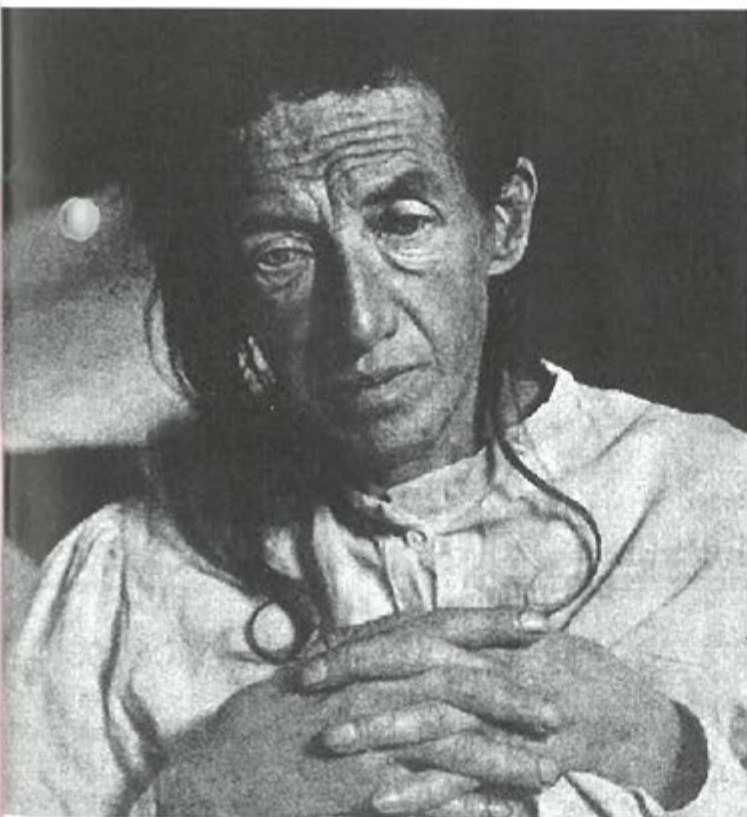
Demens

er mer enn kognitiv svikt

AV GEIR SELBÆK

En novemberdag i 1901 ble en 51 år gammel kvinne innlagt på et sykehus i Frankfurt. Hun ble mottatt av en 37 år gammel psykiater som i flere år hadde forsket på hjernedegenerative sykdommer. Kvinnen het Auguste Deter og psykiateren het Alois Alzheimer. Auguste Deter hadde sammensatte symptomer med desorientering, hukommelsesproblemer, hallusinasjoner, vrangforestillinger, agitasjon og affektive symptomer. Alzheimer fulgte hennes sykdomsutvikling, også etter at han i 1903 flyttet fra Frankfurt til München. Da hun døde i 1906, fikk Alzheimer oversendt hjernen hennes til München for å undersøke de nevropatologiske forandringene i hjernen. Han beskrev det vi i dag kjenner som hovedmerkene på Alzheimers sykdom; amyloide plakker, nevrofibrillære trådfloker og uttalt inflammasjon.

Auguste Deter var den første pasienten som ble diagnostisert med Alzheimers sykdom.



Geir Selbæk er alderspsykiater og er ansatt som forskningsleder ved Alderspsykiatrisk forskningssenter i Sykehuset Innlandet og som prosjektleder ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Hans doktorgradsarbeid bygger på en studie av forekomst og forløp av nevropsykiatriske symptomer hos norske sykehjemspasienter.

Ikke-kognitive symptomer

Auguste Deters symptomer skiller seg ikke fra det vi ser hos personer med Alzheimers sykdom i dag. Selv om Alzheimers sykdom er den vanligste demensformen (60–70 prosent), ser vi lignende symptomer ved de fleste andre typer demens. Det har vært en tendens til å fokusere på de kognitive symptomene ved demens – nedsatt hukommelse, desorientering, nedsatt oppmerksomhet, afasi. Det viser seg imidlertid at de ikke-kognitive symptomene har større betydning for belastning på pårørende, bruk av psykofarmaka og tidspunkt for innleggelse i sykehjem (1). Pårørende kan takle stadige spørsmål og gjentakelser eller vansker med å holde rede på tid og sted. Aggresjon, hallusinasjoner, vrangforestillinger eller motorisk uro er vanskeligere å forholde seg til. Det samme mønsteret ser vi i sykehjem. Hovedbelastningen på personalet skyldes sjelden de kognitive symptomene. Når frykten dominerer, personalet splittes og kravet om snarlig løsning målbæres, er det gjerne agitasjon eller psykose som er årsaken.

Samlebetegnelser kan være misvisende

De ikke-kognitive symptomene ved demens er blitt beskrevet med forskjellige samlebetegnelser. Begrepet atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) er mye brukt. Nevropsykiatriske symptomer er et annet alternativ. «Utfordrende atferd» er blitt foreslått for å understreke at symptomenes alvorlighetsgrad blir til i et samspill mellom pasientens sykdom og personalets opplevelse eller tolkning av symptomene. Det kan være uheldig å lene seg for mye på slike samlebetegnelser. Man kan feilaktig slutte at disse symptomene har felles årsak og skal behandles på

samme måte. Ikke sjelden får vi henvendelse fra sykehjem der det blir bedt om behandlingsalternativer for «en sånn APSD-pasient». Symptommessig, årsaksmessig og behandlingsmessig spriker symptomene som inngår i APSD-betegnelsen i forskjellige retninger; apati versus manglende hemninger eller motorisk uro, depresjon versus eufori. Selv om de samme forbehold gjelder denne samlebetegnelsen vil jeg i denne artikkelen bruke begrepet nevropsykiatriske symptomer.

Nevropsykiatriske symptomer

- *Agitasjon* deles inn i verbal/vokal aggressiv, verbal/vokal ikke-aggressiv, fysisk aggressiv og fysisk ikke-aggressiv. Det kan være repeterende bevegelser som vandring, flytting på møbler, plukking eller banking i vegger eller dører. Slag, spyting eller klyping er eksempler på aggressiv fysisk agitasjon. Agitasjonen er ofte til stede så lenge personen med demens er våken. Roping i timevis kan oppleves som en svær belastning, for pasienten selv, medpasienter og personalet.
- Sosiale mestringsstrategier kan svekkes tidlig i demensforløpet. Det kan gi seg uttrykk i *upassende atferd*, som vulgært eller sårende språk eller ukritiske seksuelle tilnærmelser.
- Av psykotiske symptomer er *vrangforestillinger* mer vanlig enn hallusinasjoner. Typisk er vrangforestillingene avgrensede og ikke-bisarre. – Noen har stjålet vesken min. – Maten er forgiftet. – Ektefellen min bedrar meg.
- *Synshallusinasjoner* er mer vanlig enn hørselshallusinasjoner.
- *Depressive symptomer* kan være atypiske, både ved at de er mer intermitterende enn vi ser hos personer uten demens og ved at symptomer som irritabilitet og tilbaketrekning er vanlig.
- *Angst* ser vi gjerne i sammenheng med andre symptomer, som agitasjon, depresjon eller psykose.
- *Apati* er utbredt, og blir mer vanlig ved progresjon av demens. Personer med apati får ofte lite oppmerksomhet siden symptomet ikke oppleves som en like stor belastning som agitasjon eller psykose. Likevel er det apati, ved siden av depresjon, som har sterkest sammenheng med livskvalitet eller psykologisk velvære hos personer med demens.

Grad av demens

De aller fleste personer med demens har i løpet av sykdomsforløpet kortere eller lengre perioder med nevropsykiatriske symptomer som agitasjon, psykose eller depresjon. Både agitasjon og psykose ser ut til å bli mer vanlig ved progresjon av demens, men det hender at demenssykdommen debuterer med psykotiske symptomer. Ved første

Nevropsykiatriske symptomer

(Nevropsykiatrisk evalueringsguide) – NPI (4)

- Vrangforestillinger
- Hallusinasjoner
- Agitasjon/aggresjon
- Depresjon/dysfori
- Angst
- Oppstemthet/eufori
- Apati/likegyldighet
- Manglende hemning
- Irritabilitet/labilitet
- Avvikende motorisk atferd
- Søvnforstyrrelser/nattlig atferd
- Appetitt-/spiseforstyrrelser

gangs psykose hos en eldre person må demens alltid vurderes. Tidligere antok vi at depresjon var mest vanlig i tidlig fase, men senere studier har vist at depresjon er like utbredt ved alvorlig demens. Diagnostisering av depresjon bygger tradisjonelt på at pasienten beskriver sine subjektive opplevelser av symptomene. Det kan være vanskelig å gjenkjenne tradisjonelle depressive symptomer hos personer med dårlig hukommelse eller språkforstyrrelser.

Type demens

I noen grad kan nevropsykiatriske symptomer være til hjelp i diagnostisering av type demens. Ved Lewy-legeme demens, en demenstype som er nært knyttet til Parkinson sykdom, er tydelige og velformede synshallusinasjoner et av hovedkriteriene. Ved frontotemporal demens (pannelappsdemens) ser vi typisk omfattende atferdsendringer, gjerne uten hukommelsessvikt og desorientering i tidlig fase. Flere undersøkelser tyder på at depresjon og angst er mer vanlig ved vaskulær demens enn ved Alzheimers sykdom. Nevropsykiatriske symptomer ved Alzheimers sykdom er mindre karakteristiske. Generelt er det slik at det blir vanskeligere å skille mellom de enkelte demenstypene etter hvert som demenssykdommen progredierer.

Forekomst og forløp i sykehjem

En rekke studier viser at nevropsykiatriske symptomer er særlig vanlig i sykehjem. Det kan være flere årsaker til det. Langtkommen demens øker i seg selv risikoen for slike symptomer. I tillegg er det grunn til å tro at nevropsykiatriske symptomer er en viktig årsak til behov for sykehjemsinnleggelse. Det er blitt hevdet at dårlig tilpassete sykehjemsavdelinger kan øke risikoen for apati, depresjon eller agitasjon.

En ny norsk studie med et representativt utvalg av 1163 sykehjemspasienter viste at vel 80 prosent hadde demens. Av disse hadde 72 prosent et eller flere klinisk betydningsfulle nevropsykiatriske symptomer. Psykose var til stede

hos 29 prosent, depresjon hos 22 prosent og aggressiv agitasjon hos 27 prosent (2). Internasjonale studier bekrefter disse høye forekomsttallene. Longitudinelle undersøkelser viser at symptomene er intermitterende. Omkring halvparten av pasientene opplever at symptomene forsvinner i løpet av ett år. Til gjengjeld er det vanlig at nye og andre typer symptomer oppstår. Siden forløpet er uforutsigbart, er det vanskelig å planlegge behandling over tid.

Behandling krever kartlegging

Behandling av nevropsykiatriske symptomer krever i første omgang en nøye kartlegging av mulige årsaker. Dette er komplisert. Både biologiske, sosiale og psykologiske faktorer spiller inn, og årsaken som utløser et symptom kan være en annen enn den som vedlikeholder symptomet. Noen ganger ser vi at psykose eller agitasjon kan utløses av at personen befinner seg på et for lavt omsorgsnivå. Ved progresjon av demens kan hjemmesituasjonen, i sær for de som bor alene, bli for kaotisk, og mer strukturerte omgivelser i en institusjon kan være nok til at symptomene avtar. Motsatt ser vi at flytting til sykehjem noen ganger kan føre til økt depresjon eller agitasjon.

Det finnes flere eksempler på at dårlig tilpassede fysiske omgivelser forverrer nevropsykiatriske symptomer. Vandring kan være et lite belastende symptom, men når korridorene er smale og ender blindt eller det er dårlig tilgang på tilpassede utearealer, kan vandring føre til økende fysisk og verbal agitasjon. Dårlige lysforhold og forvirrende omgivelser har sammenheng med økt agitasjon. Velmente utsmykninger er ikke alltid tilpasset personen med demens sin reduserte evne til å ta inn, bearbeide og tolke sanseintrykk.

Hjerneskadene, som er en uunngåelig del av demenssykdommen, øker i seg selv risikoen for nevropsykiatriske symptomer. Lokaliserte endringer i hjernen kan knyttes til psykose, depresjon og agitasjon. Sårbarheten for belastninger øker betydelig. Bagatellmessige sykdommer, som en blærekatarr, obstipasjon eller forkjølelse, kan utløse deliriose tilstander. Det samme gjelder medikamentbruk. Medisiner som tidligere ble greit tolerert, kan ved progresjon av demens gi svær konfusjon. Siden et delirium er reversibelt, bør alle behandlingsforsøk starte med en vurdering av mulig delirium. Demens utelukker ikke delirium. Tvert i mot er demens eller kognitiv svikt en av de viktigste risikofaktorene for delirium.

En ikke-erkjent smertetilstand kan skjule seg bak agitasjon, angst eller depressive symptomer. Personer med demens kan ha vansker med å beskrive og lokalisere smerter. Personale eller pårørende bør gjøres oppmerksom på alter-

native uttrykk for smerte. I noen tilfeller kan det være aktuelt å forsøke smertestillende behandling ved agitasjon, når andre årsaker ikke lar seg identifisere. Det er da viktig å være oppmerksom på at smertestillende medikamenter, særlig opiater, i seg selv kan utløse nevropsykiatriske symptomer, som psykose, agitasjon og apati.

Ikke-medikamentell behandling

En lang rekke miljømessige eller psykologiske intervensjoner er blitt forsøkt i behandlingen av nevropsykiatriske symptomer. Psykoedukative tiltak rettet mot pårørende eller personale har i flere studier vist effekt. Det ser ut til at tiltaket må gjentas hvis effekten skal vedvare. Forskjellige typer sansestimulering, som aromaterapi og musikkterapi, har i noen studier vist effekt. I det siste har innføring av såkalt personsentrert omsorg vist lovende resultater. To observasjonsbaserte metoder for å bedre interaksjonen mellom pasient og personale er under utprøving i flere sykehjem. Dementia Care Mapping er en strukturert kartlegging av pasientenes trivsel og atferd samt tilfeller av god og dårlig omsorgspraksis. Kartleggingen følges av tilbakemelding til personalet. Marte Meo baseres på videoopptak av samhandling mellom personale og pasient. Videoopptakene er deretter materiale for veiledning og refleksjon.

Det er store metodiske utfordringer ved å gjøre studier av ikke-medikamentelle behandlingsintervensjoner. Både blinding og randomisering er komplisert. Evidensen for effekten av slike tiltak er totalt sett begrenset. Likevel anbefaler alle behandlingsveiledninger at ikke-medikamentelle tiltak skal forsøkes først, med et visst forbehold for de alvorligste agitasjonstilstandene.

Medikamentell behandling

Medikamentell behandling av nevropsykiatriske symptomer er utbredt til tross for usikker effekt. Blant hjemmeboende er det for enkelte typer antipsykotika fem til ti ganger høyere andel av brukere i gruppen over 80 år sammenlignet med gruppen 50–60 år. I og med at andre psykotiske tilstander ikke blir mer vanlig med økende alder, er det sannsynlig at medikamentene foreskrives for behandling av psykose eller agitasjon hos personer med demens.

En norsk studie i sykehjem viste at 75 prosent av pasienter med demens brukte psykofarmaka fast, 26 prosent brukte antipsykotika, 39 prosent brukte antidepressiva. Risikoen for bivirkninger øker ved lengre tids bruk. Til tross for dette brukte 89 prosent av de som sto på psykofarmaka ved første gangs undersøkelse fremdeles slike medikamenter et år senere. I løpet av dette året var forløpet av psykose, agita-

sjon eller depresjon det samme hos de som brukte henholdsvis antipsykotika eller antidepressiva som hos de som ikke brukte slike medikamenter (3).

Nevropsykiatriske symptomer ved demens kan være dramatiske. Pasienter, pårørende og personale i hjemmetjeneste eller sykehjem er lidende. Kravet om effektive tiltak er høylydt. Sterkt behov for å gi hjelp eller frykt for konsekvenser av agitasjon kan skape uoversiktlige forhold. I en presset situasjon ønsker man konkrete, forståelige tiltak som kan settes inn her og nå. Som lege disponerer man et av de meste konkrete og raske tiltakene, medikamentell behandling. Tallene over tyder på at leger for fort griper til denne muligheten, og at håpet om en løsning overskygger det man vet om effekt og bivirkninger.

Hvis man bestemmer seg for å bruke psykofarmaka, er det avgjørende å definere klare målsymptomer. Tydelige depressive symptomer, psykotiske symptomer og alvorlige agitasjonstilstander er trolig det som har sterkest indikasjon. Noen pasienter har åpenbart nytte av slik behandling. Utfordringen er å finne ut hvilke det gjelder. Det betyr at tett oppfølging er nødvendig. Hvis det ikke er åpenbar effekt, som veier opp for risiko for bivirkninger, skal medikamentene seponeres raskt. Tallene fra sykehjem, som er referert over, tyder på at dette ikke blir gjort.

Ofte er det riktig å avvente medikamentell behandling. Kanskje vil seponering av medikamenter gi vel så god effekt som introduksjon av nye. Andre tiltak må få tid til å virke. Personale eller pårørende må informeres godt og motiveres til å tolerere symptomene.

I et behandlingsmiljø, enten det er i sykehjem eller i hjemmetjeneste, er det viktig at noen har ekstra kunnskap om og eiendomsfølelse til de ikke-medikamentelle tiltakene.

Flere komponenter, flere aktører

Et behandlingsopplegg har størst sjanse for effekt hvis man inkluderer flere komponenter. Psykofarmaka kan være en av disse komponentene. Tiltakene må i større grad enn ved mange andre sykdommer tilpasses den enkelte personen. Det er en utbredt misforståelse at demenssykdom gjør mennesker mer lik hverandre. Den økte sårbarheten hjerneskaden gir, medfører at det motsatte er tilfelle. To personer med like symptombilder kan kreve helt forskjellige tiltak. Kjennskap til en persons bakgrunnshistorie er viktig for å gi en god tilpasning av tiltakene. Behandling av nevropsykiatriske symptomer ved demens er en tverrfaglig utfordring. Leger bør være premissleverandører og bidra til styring av den tverrfaglige prosessen, ikke la seg redusere til passive utskrivere av medikamenter.

Referanser

1. Banerjee S, Murray J, Foley B, Atkins L, Schneider J, Mann A. Predictors of institutionalisation in people with dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003 Sep; 74(9):1315-6.
2. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 Sep; 22(9):843-9.
3. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes – a 12-month follow-up study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008 Jul; 16(7):528-36.
4. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 1997 May; 48 (5 Suppl 6):10-16.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
geir.selbaek@aldringoghelse.no

C Centyl LEO
C Centyl med kaliumklorid LEO
C Centyl mite med kaliumklorid LEO
Diuretikum.

T TABLETTER 5 mg: Centyl: Hver tablett inneholder: Bendroflumetiazid 5 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. C03A A01.

T TABLETTER, dragepiller: Centyl med kaliumklorid: Hver tablett inneholder: Bendroflumetiazid 2,5 mg, kaliumklorid 573 mg (tilsv. 7,7 mmol kalium), hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), kinolingult (E 104), parentblått (E 131), titandioksid (E 171). Sukkerdragepiller. C03A B01.

T TABLETTER, dragepiller: Centyl mite med kaliumklorid: Hver tablett inneholder: Bendroflumetiazid 1,25 mg, kaliumklorid 573 mg (tilsv. 7,7 mmol kalium), hjelpestoffer. Fargestoff: Kinolingult (E 104), jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Sukkerdragepiller. C03A B01.

Indikasjoner: Ødemer. Hypertensjon. Diabetes insipidus. Profylaktisk behandling av pasienter med idiopatiske residerende kalsiumholdige nyre-/uretersten. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske situasjon. **Ødemer:** 2,5-5 mg daglig. Dosen kan gis kontinuerlig eller intermitterende f.eks. i 3-5 av ukens dager. **Hypertensjon:** **Centyl:** 2,5-5 mg daglig. **Centyl med kaliumklorid:** **Tablettene skal velges hele.** 1,25-2,5 mg 1-2 ganger daglig. Lavest mulig vedlikeholdsdose bør etterstrebes. Kan brukes alene eller i kombinasjon med andre antihypertensiva. Dosen av disse må da reduseres. Dosen bør fortrinnsvis tas om morgenen. **Profylaktisk ved residerende nyre-/uretersten:** 2,5 mg 2 ganger daglig. **Kontraindikasjoner:** Nedsatt lever- eller nyrefunksjon, med mindre hyppige elektrolyttkontroller gjennomføres. Manifest urinsyregi. Anuri, hyponatremi, hyperkalsemi, behandlingsrefraktær hypokalsemi, Addison's sykdom. Overamfetighet for bendroflumetiazid. Hypertensjon under graviditet. **Forsiktighetsregler:** Overdosering kan føse til elektrolyttforstyrrelser. Særlig oppmerksomhet overfor hypokalsemi hos eldre pasienter med hjerte- og leversvikt. Serumkalsium bør kontrolleres jevnlig. Ved urinveisobstruksjon kan symptomene forverres ved bruk av diuretika. Pasienter som får adekvat diuretikabehandling bør ikke stå på streng saltfattig kost. Nedsatt karbohydrattoleranse kan kreve dosejustering av antidiabetika. Latent diabetes mellitus kan manifestes under administrering av diuretika. Eksacerbasjon eller aktivisering av systemisk lupus erythematosus er blitt rapportert. Pasienter bør informeres om at preparatene kan gi svimmelhet og hodepine, særlig i starten av behandlingen, som gjør at reaksjonsevnen kan nedsettes. **Centyl:** Oppmerksomhet hos pasienter med kaliumfattig kost. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av laktose. **Centyl med kaliumklorid:** Særlig oppmerksomhet overfor hyperkalsemi hos pasienter med nyresvikt. Kalsiumtilsetningen gir ikke alltid betryggende profylakse mot kalsiumtap, og ved kaliummangel vil kalsiumtilsetningen være utilstrekkelig. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse, glukose-/galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av sakkarose. **Interaksjoner:** Potensering av den antihypertensive effekten ved kombinasjoner med andre hypertensivmidler. Samtidig bruk av digitalisglykosider kan gi hypokalsemi og forsterke digitaliseffekten. Serumkalsium bør kontrolleres regelmessig. Samtidig bruk av litium kan øke litiumkonsentrasjonen i plasma. Serumlitium må kontrolleres regelmessig. Samtidig bruk av sotalol kan utløse arytmi. Samtidig bruk av kolestiramin eller kolestipol reduserer absorpsjonen av bendroflumetiazid. Midlene bør tas med flere timers mellomrom. Samtidig bruk av NSAID kan motvirke den antihypertensive effekten av tiazider. **Centyl med kaliumklorid:** Må ikke gis sammen med kaliumsparende diuretika. (I: C03A low-ceiling diuretika, tiazider). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Skal ikke brukes ved preklampsi. Farmakodynamiske effekter som elektrolyttforstyrrelser, redusert plasmanivå og neonatal trombocytopeni kan være skadelig for fosteret. Behandling av gravide må bare skje på streng indikasjon. Overgang i morsmelk: Går over i morsmelk og kan hemme laktasjonen. Det er sannsynlig at barn som ammes kan påvirkes ved terapeutiske doser. Preparatet skal derfor ikke brukes ved amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, diaré, obstipasjon. Metabolske: Hypokalsemi, hyponatremi, forhøyede serumurinsyreverdier, påvirkning av karbohydrattoleransen. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, tretthet, slapphet. Mindre hyppige: Hud: Urtlett, kløe, fotosensibilisering. Metabolske: Hypomagnesemi, hypokloremi, hypokloremisk alkalose. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, muskelkramper. Øvrige: Hyperkalsemi, impotens. Sjeldne (<1/1000): Blod: Trombocytopeni, granulocytopeni, blodsykrier. Hud: Yskulitt, Urticaria. Øvrige: Allergiske reaksjoner. **Centyl med kaliumklorid:** Ved langsom tarmpassasje og ved vanskeliggjort øsofaguspassasje kan kaliumklorid i «sustained release»-form i enkelte tilfeller forårsake lokale ulcerasjoner. **Andre opplysninger:** Bendroflumetiazid kan gi utslag på prøver ved dopingkontroll. **Pakninger og priser:** Centyl: 100 stk. kr 103,70. Centyl med kaliumklorid: 100 stk. kr 175,80. Centyl mite med kaliumklorid: 100 stk. kr 106,30. **Ti:** 60, 120, 270. Sist endret: 13.10.2008. **Refusjonsberettiget bruk:** Ødemer. Hypertensjon. Diabetes insipidus. Profylaktisk behandling av pasienter med idiopatiske, residerende, kalsiumholdige nyre-/uretersten. **Refusjonskode:** ICP, D97 Leversykdom IKA, K07 Hovne anklær/ødem, K77 Hjertesvikt, K82 Pulmonal hjertesykdom, K86 Hypertensjon ukomplicert, K87 Hypertensjon med komplikasjoner, T99 Diabetes insipidus, U95 Sten i urinveier, U99 Renal diabetes insipidus, U99 Nyresvikt kronisk, ICD, E23.2 Diabetes insipidus, I10 Essensiell (primær) hypertensjon, I11 Hypertensiv hjertesykdom, I12 Hypertensiv nyresykdom, I13 Hypertensiv hjerte- og nyresykdom, I15 Sekundær hypertensjon, I27 Andre pulmonale hjertesykdommer, I50 Hjertesvikt, K70 Alkoholisk leversykdom, K72 Leversvikt, ikke klassifisert annet sted, K74 Fibrose og cirrhose i lever, N18 Kronisk nyresvikt, N20 Sten i nyre og urinleder, N21 Sten i nedre urinveier, N25 Forstyrrelser som skyldes øvket tubulær funksjon i nyre, R60 Ødem, ikke klassifisert annet sted

ATC-nr.: C03C A01 og C03C B01



Anbefalt av den europeiske hypertensjonsforeningen (ESH).³

Referanser

1. Rasmussen S, Borriild N, Vang Andersen J. Efficacy and safety of 24 Weeks of Therapy with Bendroflumethiazide 1.25 mg/day or 2.5 mg/day and Potassium Chloride Compared with Enalapril 10 mg/day and Amlodipine 5 mg/day in patients with Mild to Moderate Primary Hypertension. Clin Drug Invest 2006;26 (2):91-101.
2. Carlsen JE, Køber L, Torp-Pedersen C et al. Relation between dose of bendroflumethiazide, antihypertensive effect, and adverse biochemical effects. BMJ 1990;300:975-8.
3. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens 2007;25:1105-1187.



LEO Pharma AS eies hundre prosent av den uavhengige og private stiftelsen The LEO Foundation. LEO har ingen aksjonærer og betaler ikke utbytte til eksterne eiere. Alt overskudd fra vår virksomhet brukes til forskning og utvikling. Uavhengighet, effektivitet, stabilitet og ansvar er kjerneverdier for vår virksomhet. www.leo.no

Søvnproblemer ved økende alder og demens

AV ARNE FETVEIT

Store deler av livet går med til å sove. Hvorfor vi sover, er det ennå ingen som riktig vet, men alle som har opplevd en natt med dårlig søvn, vet imidlertid hvordan det kan påvirke humør, konsentrasjon og yteevne.



Arne Fetveit

Arne Fetveit er fastlege ved Kjelsås legesenter i Oslo og førsteamanuensis ved avdeling for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo. Han disputerte i 2005 med en avhandling om søvnproblemer hos eldre.

Behovet for søvn varierer med alderen og fra person til person. Derfor er det viktig ikke å vurdere en persons søvn ut fra hvor mange timer han eller hun sover. Søvnkvaliteten, det vil si mengden av *dyp søvn*, er vel så viktig som antall timer.

Søvnproblemer ser nesten alltid ut til å øke med alderen, og hos eldre med demens er søvnproblemer svært vanlig. Problemene dreier seg som regel om sen innsovning, hyppige nattlige oppvåkninger, tidlig morgenoppvåkning og ned-satt dagtidssfunksjon.

Om søvn

Selv om søvn ved første øyekast virker som en rolig og avslappet tilstand, er det en høy aktivitet i en rekke fysiologiske prosesser. Hver natt går vi gjennom fem stadier av søvn, hvorav fire stadier er såkalt «non-rem-søvn» (NREM), der stadium én er lett søvn og stadium fire er dyp søvn (1). Det siste stadium er «rem-søvn» (REM), som er den søvntilstan-

den som er fylt av drømmer, og som kjennetegnes ved at øynene beveger seg med korte raske rykk under øyelokkene (rapid eye movements = REM). Skiftingen mellom de ulike søvnstadiene går i sykluser gjennom natten (1).

Det er de dype stadier i NREM-søvn (stadium tre til fire) som er de viktigste i søvnsyklusen (2). Uten slik søvn blir vi slitne og uopplagte. Fravær av REM-søvn ikke ser ut til å plage oss like mye (3). Hos yngre utgjør den dype NREM-søvnen ca en fjerdedel av nattesøvnen. En ufravikelig regel synes å være at dyp søvn minsker med årene og hos noen eldre kan denne søvnen mangle fullstendig (4). Søvnen hos eldre mennesker fylles mer og mer av den lette NREM-søvnen (stadium ett til to), som ikke ligger langt under overflaten for det som er våkenhet.

Ikke bare søvndybden og sammensetningen av søvnstadiene endres med årene. Det gjør også døgnrytmen, som er vår innebygde klokke som gir søvnighet om kvelden og våkenhet om morgenen (5). Mange eldre opplever at klokken

RAMME 1.

Søvnforstyrrelser er oftest assosiert til en eller flere andre årsaker.

Somatiske tilstander

- Kroniske smerter
- Lungelidelser
- Hjerter- og karsykdom
- Kreftsykdom

Psykiatriske tilstander

- Depresjon
- Angst
- Demens
- Forvirring

Psykososiale faktorer

- Ensomhet
- Tapsopplevelser
- Flytting

Medikamenter

- Betablokkere
- Bronkodilatorer
- SSRI
- Kortison
- Tyroksin

Manglende søvnhygiene

- Lite tid i sengen
- Forstyrrende omgivelser
- Koffein
- Nikotin

Døgnrytmeforstyrrelser

- For tidlig døgnrytme
- Manglende døgnrytmestimuli på dagtid

Andre søvnforstyrrelser

- Søvnapne
- Rastløse bein
- Periodiske beinbevegelser



«tikker fortere» med alderen og at både oppvåkning om morgenen og søvntrang om kvelden kommer tidligere enn før. Hos noen eldre skjer det enda alvorligere forstyrrelser i klokken funksjon – den begynner å fuske. Hva som er morgen og hva som er kveld synes ikke å være like klart. Dette kan skyldes at samspillet mellom klokken og de ytre faktorer som påvirker den forstyrres, i tillegg til at selve urverket virker dårligere med alderen (5).

Hvor lenge siden man sov sist, det vil si det oppbygde søvnbehovet, er også viktig for søvnreguleringen. Det oppbygde søvnbehovet om kvelden minskes ofte i eldre år fordi mange eldre sover om dagen, kanskje fordi de føler trang til ekstra søvn om dagen, ettersom mangelen på dyp nattesøvn gjør dem uopplagte (6). Søvn på dagtid og oppvåkninger om natten kan bli en ond sirkel.

Søvnproblemer

Søvnproblemer kan skyldes en rekke forskjellige årsaker (RAMME 1). I 2005 utga American Academy of Sleep Medicine den andre utgaven av den meste detaljerte og omfattende diagnosemanualen for søvnsykdommer, *International Classification of Sleep Disorders 2* (ICSD-2), som skiller mellom seks hovedkategorier søvnsykdommer (RAMME 2).

En vanlig oppfattelse er at søvnbehovet går ned hos eldre mennesker. Det kan imidlertid virke som om eldre har det samme søvnbehovet som i sine yngre år, men at de fordeler søvnen ut over flere av døgnetimer (7). I hele gruppen av eldre mellom 60–80 år, forteller 90 prosent at de plages med søvnproblemer fra tid til annen (8). Spørreundersøkelser blant eldre uten demens viser at søvnplager er assosiert med følelse av nedsatt livskvalitet, affektive forstyrrelser og

begrensninger i daglige gjøremål (9). Demens forverrer søvnplagene ytterligere (4). Hos noen sykehjemsbeboere med demens synes søvnen å være delt opp i småstykker og vilkårlig plassert rundt om i døgnet 24 timer. En amerikansk undersøkelse blant sykehjemsbeboere med demens viste at de hverken sov eller var våkne i en hel sammenhengende time, døgnet gjennom (10).

Den vanligste årsaken til søvnproblemer er insomni, som kjennetegnes av problemer med innsovning, urolig nattesøvn, tidlig morgenoppvåkning og/eller dårlig søvnkvalitet, som igjen fører til nedsatt funksjon på dagtid (11). Det har vært vanlig å dele insomniene inn etter om de er primære (uten kjent årsak) eller sekundære. Nå regnes imidlertid insomni som en selvstendig sykdom, og det anbefales å bruke begrepet «komorbid insomni» istedenfor «sekundær insomni». Hvis en pasient har både insomni og depresjon, anbefales det å tenke på dette som komorbide lidelser. Behandlingen bør derfor rettes mot begge lidelsene. Tidligere mente man at ved sekundær insomni skulle behandlingen rettes mot den sannsynlig bakenforliggende årsaken (depresjonen), og man forventet at søvnproblemene forsvant når denne årsaken ble behandlet.

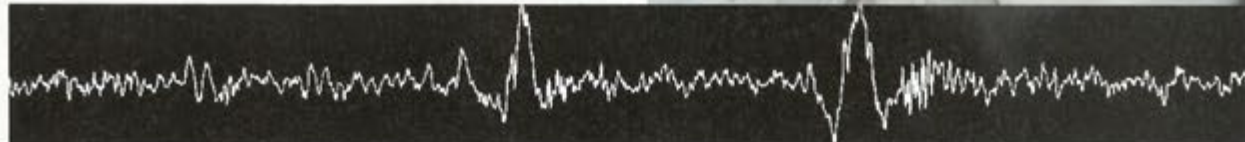
Langvarige søvnproblemer hos eldre er ofte forårsaket eller relatert til medisinske lidelser. Det kan dreie seg om smeretilstander, som artritt eller malignitet, nevrologiske tilstander som slag eller demens, eller lidelser som stoffskiftelidelse, hjerte/lungesykdom, nocturi, refluks sykdom og alkohol- eller medikamentmisbruk. Søvnproblemer er også relatert til flere psykiatriske diagnoser, særlig stemningslidelser. Vi regner med at rundt halvparten av pasienter med kronisk insomni tilfredsstiller de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse (11).

RAMME 2.

Hovedkategorier av søvnsykdommer

klassifisert i *International Classification of Sleep Disorders*, vers. 2

- Insomni
- Søvnrelaterte respirasjonsproblemer (f.eks. obstruktivt søvnapné-syndrom)
- Hypersomni av sentralnervøs årsak (f.eks. narkolepsi)
- Døgnrytmeforstyrrelser (f.eks. forsinket søvnfase-syndrom)
- Parasomni (f.eks. søvngjengeri)
- Søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser (f.eks. rastløse bein)



Behandling

All behandling av søvnproblemer kan deles i to hovedgrupper; ikke-medikamentell og medikamentell behandling. På grunn av de begrensningene som følger medikamentell behandling av søvnproblemer hos eldre, som tilvenning, dagtidstrøtthet, fall og nedsatt kognitiv funksjon, er det de siste årene forsket mye på ikke-medikamentelle behandlingsmetoder. Før eventuelle behandlingstiltak er det en forutsetning at behandleren kjenner pasientens søvn. Til slik søvnutredning benyttes ofte søvndagbøker, hvor tidspunkter for sengetid, innsovningslatens, antall oppvåkninger i løpet av natten noteres, eventuelt supplert med søvnregistrering med polysomnografi. Eksempel på en søvndagbok finnes i Hunskårs lærebok i allmennmedisin.

Ikke-medikamentelle behandlingsmetoder

Blant de ikke-medikamentelle behandlingsmetodene står stimulikontroll og søvnrestriksjon sentralt. Stimulikontroll går ut på å korrigere uheldig søvnadfærd, og å styrke assosiasjonen mellom søvn og seng. Det understrekes at sengen skal brukes til å sove i. Får man ikke sove i løpet av kort tid (for eksempel innen 30 minutter), skal man stå opp, gå ut av soverommet, og ikke returnere til sengen før man igjen er søvngig. Tidspunktet for å stå opp om morgenen er bestemt på forhånd, og skal ikke justeres etter hvor mye søvn pasienten reelt får hver natt. Behandlingen er krevende, og ofte sees en forverring av søvnplagene de første en til to ukene, før bedring inntreffer. Det er viktig å forberede pasienten på dette.

Søvnrestriksjon går ut på å redusere tiden i sengen og kombineres ofte med stimulikontroll. Mange pasienter med dårlig søvn kompenserer med å tilbringe lang tid i sengen, i håp om å få sove, og i hvert fall noe hvile. Det er ikke uvanlig at pasienter med rundt fem timers nattesøvn ligger i sengen i ni til ti timer. Dette ansees som en viktig faktor i opprettholdelse av søvnvanskene. Søvnrestriksjon tar sikte på å redusere sengetiden til den tiden pasienten reelt sover. Man benytter søvndagbok til å regne ut hvor lang tid pasienten sover. Det anbefales at tid i sengen uansett ikke reduseres til under fem timer. Hvis den utregnede søvnlengde per natt er på fem timer, begrenses pasientens tid i sengen til fem timer, for eksempel fra kl. 01 til kl. 06. Tiden pasienten får oppholde seg i sengen justeres fra konsultasjon til konsultasjon basert på endringer i søvneffektiviteten (total søvntid dividert på tid i sengen, oppgitt i prosent). Hvis søvneffektiviteten stiger, øker man gradvis tiden i sengen med for eksempel med 15–30 minutter per uke. Søvnrestriksjon er sannsynligvis et enklere tiltak å gjennomføre enn stimulikontroll. Muligheten for å gjennomføre behandling med søvnrestriksjon og stimulikontroll synker med økende grad av demens.

Døgnrytmen reguleres av ulike faktorer, men lys har den største innvirkningen. Lyset virker via øynene på det sentret i hjernen der døgnrytmeklokken sitter (4). Tidspunktet for lyseksponering avgjør i hvilken retning døgnrytmen påvirkes. Lyseksponering gitt før det laveste punktet på døgnrytmekurven (nadir) vil forsinke døgnrytmen, mens lys gitt etter nadir vil fremskynde døgnrytmen. Vanligvis ligger nadir en til to timer før man våkner opp om morgenen. Lyseksponering om kvelden vil skyve døgnrytmen i motsatt retning av hva lysbehandling om morgenen vil gjøre. Lys gitt før sengetid forskyver døgnrytmen til et senere tidspunkt, med det resultat at man sover lenger om morgenen. Effekten på døgnrytmen er størst jo nærmere sengetid lysbehandlingen gis. Lys gitt like etter oppvåkning skyver døgnrytmen andre veien, og vil kunne gjøre at man våkner tidligere neste dag.

Lysbehandling har også vist lovende resultater på søvnproblemer hos eldre, med og uten demens (12). Hos demente med søvnproblemer er det vanligvis ikke nødvendig å endre den eksisterende døgnrytmen. Behandlingen går ut på å styrke døgnrytmen. Dette gjøres ved å øke eksterne stimuli på dagtid, slik som sosial kontakt, fysisk aktivitet og særlig lys (12). Kunstig lysbehandling i ca 30 minutter daglig med hvitt lys i området 2000–10 000 lux kan påvirke døgnrytmen.

Søvnhygiene er leveregler for god søvn og hører til basistiltakene for ikke-medikamentell behandling. Kort sagt går disse rådene ut på å sørge for oppbygging av søvnbehovet, å respektere døgnrytmen, og å unngå høy aktivisering om kvelden og natten. I behandlingssøymed har det vist seg lite effektivt å ukritisk gi råd om søvnhygiene, og deretter overlate resten til pasienten. Man må plukke ut de rådene som er aktuelle for hver enkelt pasient.

Medikamentelle behandlingsmetoder

Ofte behandles alvorlige søvnvansker i alle aldersgrupper med medisiner (13). Hos eldre med kroniske søvnplager ser sovemedisiner imidlertid ut til å kunne være et tveegget sverd, fordi slike medisiner ofte går ut over pasientens våkenhet neste dag (12). En viktig del av medikamentell behandling av søvnproblemer, er en adekvat behandling av komorbide lidelser. Det er for eksempel vanskelig å sove med mye smerter.

Det er viktig å skille mellom akutte søvnproblemer og problemer som har vart i flere måneder/år. Medikamenter for innsovning er effektive og har få bivirkninger når de gis i en kortere periode, som en til to uker. Kanskje vil kortvarig medikamentell behandling være nok til å snu en vond trend, men vil kun være en symptomatisk behandling.

Det finnes to hovedgrupper av sovemedisiner: benzodiazepiner og benzodiazepinlignende preparater. Ved søvnvansker anbefales benzodiazepinlignende preparater (zopiklone, zolpidem), fordi disse medikamentene har færre ulemper enn benzodiazepiner, ikke minst hos eldre (12). Dette skyldes blant annet at virketiden er kortere og at man dermed slipper «hangover».

Når det gjelder andre preparater som foreskrives ved søvnvansker (antidepressiva, antihistaminer og nevroleptika) er dokumentasjonen på søvneffekter mye dårligere. I tillegg gir disse medikamentene ofte «hangover». Fordelen er at preparatene ikke er vanedannende. Vi vil imidlertid ikke anbefale disse ved behandling av søvnvansker, bortsett fra hvis man tror at depresjon er årsaken til søvnproblemene.

Ved valg av sovemedisin er det også viktig å se på hvilket problem pasienten har. Hvis problemet er tidlig oppvåkning om morgenen, er det viktig å velge et preparat som har tilstrekkelig lang virketid. Sovemidler med kort virketid er dårlig egnet i slike situasjoner.

Ved all medikamentell søvnbehandling bør man som hovedregel benytte lavest mulig effektive dose i kortest mulig tid. Økt følsomhet for sovemidler hos eldre gjør at sovemidler blir anbefalt i lavere dosering enn hos yngre. Ved langvarig bruk av sovemedisiner bør man forsøke å redusere eller gradvis seponere preparatet. Undersøkelser både fra sykehjem og i allmennpraksis viser at dette er langt mer problemfritt enn mange tror (14).

Mye forventning har knyttet seg til melatonins rolle i behandlingen av søvnproblemer hos eldre. Melatonin har en veldokumentert virkning på døgnrytmeforstyrrelser, mens virkningen som en ren sovemedisin har vært mer tvilsom. Nylig har imidlertid et depotpreparat av melatonin vist seg å gi bedre søvnkvalitet hos friske personer i aldersgruppen 55–80 år (15). Dette preparatet er godkjent i Norge. Hos personer med Alzheimers sykdom har melatonin ikke vist seg å ha effekt som sovemedisin, hverken i sin vanlige form eller som depotpreparat (16).

Andre søvnforstyrrelser

Rastløse bein kjennetegnes av en trang til å bevege beina (og eventuelt armene) på grunn av ubehagelige, kriblende fornemmelser, særlig om kvelden eller natten. Denne trang oppstår i hvile eller ved inaktivitet og lindres helt eller delvis av bevegelser. I en skandinavisk spørreundersøkelse fra 2005 tilfredsstilte 12 prosent av personer > 60 år kriteriene for denne diagnosen, og omtrent halvparten beskrev

plagene som moderate eller alvorlige (17). Førstehåndspreparater ved rastløse bein er dopamin-agonister i lav dose.

Episoder med komplett (apné) eller delvis (hypopné) puste-stopp øker med alder og har en prevalens på 45–62 prosent blant eldre over 60 år; oftere hos menn og hypertensive (18). To av hovedsymptomene på denne lidelsen er snorking og dagtidstrøtthet. Søvnrelaterte pustevansker er i seg selv en risikofaktor for kardiovaskulære og pulmonale lidelser og er relatert til økt mortalitet (18). Mistanke om slik lidelse utredes med søvnregistrering og behandles vanligvis med positivt luftveistrykk med pustemaske, eventuelt med kirurgi.

Konklusjon

Å identifisere og behandle søvnproblemer hos eldre kan være vanskelig. En del av søvnplagene kan skyldes irreversible endringer i kroppens evne til å sove. Men selv om søvnproblemer har økende prevalens med alder, er ikke alle søvnproblemer i denne gruppen en naturlig konsekvens av alderdom. Det å kunne sove og sove sammenhengende påvirkes av en rekke faktorer, både miljømessige, somatiske og psykiske. For å kunne behandle søvnproblemer kreves det god kjennskap til pasientens sykehistorie og medisinbruk. Aktuelle ikke-medikamentelle tiltak kan være effektive og inkluderer først og fremst søvnrestriksjon, stimulikontroll og økt lyseksposering om dagen. Videre bør enkle råd om søvnhygiene følges. På mange institusjoner kan søvnen hos beboerne bedres ved å ta hensyn til elementære miljømessige forhold, slik som trygge og rolige omgivelser. Hvis du som leser denne artikkelen jobber på en institusjon, hva med å overnatte der en gang, for å kjenne etter hvor skoen trykker?

Referanser

1. Hashizume Y, Kuwahara H, Uchimura N, Mukai M, Shirakawa S, Satomura T et al. Examination of accuracy of sleep stages by means of an automatic sleep analysis system 'Sleep Ukiha'. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 55(3):199–200.
2. Benington JH, Heller HC. Does the function of REM sleep concern non-REM sleep or waking? *Prog Neurobiol* 1994; 44(5):433–449.
3. Prathiba J, Kumar KB, Karanth KS. Effects of REM sleep deprivation on cholinergic receptor sensitivity and passive avoidance behavior in clomipramine model of depression. *Brain Res* 2000; 867(1-2):243–245.
4. Bliwise DL. Sleep in normal aging and dementia. *Sleep* 1993; 16(1):40–81.
5. Weinert D. Age-dependent changes of the circadian system. *Chronobiol Int* 2000; 17(3):261–283.
6. Regestein QR, Morris J. Daily sleep patterns observed among institutionalized elderly residents. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35(8):767–772.

7. Tune GS. The influence of age and temperament on the adult human sleep-wakefulness pattern. *Br J Psychol* 1969; 60(4): 431-441.
8. Reynolds CF, III, Kupfer DJ, Hoch CC, Sewitch DE. Sleeping pills for the elderly: are they ever justified? *J Clin Psychiatry* 1985; 46(2 Pt 2):9-12.
9. Jensen E, Dehlin O, Hagberg B, Samuelsson G, Svensson T. Insomnia in an 80-year-old population: relationship to medical, psychological and social factors. *J Sleep Res* 1998; 7(3):183-189.
10. Jacobs D, Ancoli-Israel S, Parker L, Kripke DF. Twenty-four-hour sleep-wake patterns in a nursing home population. *Psychol Aging* 1989; 4(3):352-356.
11. Richert AC, Baran AS. A review of common sleep disorders. *CNS Spectr* 2003; 8(2):102-109.
12. Vitiello MV, Borson S. Sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease: epidemiology, pathophysiology and treatment. *CNS Drugs* 2001; 15(10):777-796.
13. Rokstad K, Straand J, Fugelli P. General practitioners' drug prescribing practice and diagnoses for prescribing: the More & Romsdal Prescription Study. *J Clin Epidemiol* 1997; 50(4):485-494.
14. Curran HV, Collins R, Fletcher S, Kee SC, Woods B, Iliffe S. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychol Med* 2003; 33(7):1223-1237.
15. Wade AG, Ford I, Crawford G, McMahon AD, Nir T, Laudon M et al. Efficacy of prolonged release melatonin in insomnia patients aged 55-80 years: quality of sleep and next-day alertness outcomes. *Curr Med Res Opin* 2007; 23(10):2597-2605.
16. Singer C, Tractenberg RE, Kaye J, Schafer K, Gamst A, Grundman M et al. A multicenter, placebo-controlled trial of melatonin for sleep disturbance in Alzheimer's disease. *Sleep* 2003; 26(7):893-901.
17. Bjorvatn B, Leissner L, Ulfberg J, Gyring J, Karlsborg M, Regeur L et al. Prevalence, severity and risk factors of restless legs syndrome in the general adult population in two Scandinavian countries. *Sleep Med* 2005; 6(4):307-312.
18. Ayalon L, Liu L, Ancoli-Israel S. Diagnosing and treating sleep disorders in the older adult. *Med Clin North Am* 2004; 88(3):737-738.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
arne.fetveit@medisin.uio.no

Informasjon om Allmennmedisinsk forskningsutvalg, AFUs, nye statutter og retningslinjer.

AFU har siden 2007 vært et fast underutvalg i Norsk forening for allmennmedisin (NFA). AFU er vårt eldste allmennmedisinske forskningsutvalg, opprettet i 1976. AFU har i alle år vært finansiert av Den norske legeforening. På årsmøtet i Norsk forening for allmennmedisin, 7. mai 2009, ble det vedtatt nye retningslinjer for AFU, med følgende målsetting:

AFU skal i samarbeid med styret i NFA arbeide for å fremme allmennmedisinsk forskning.

AFU skal:

- Tildele stipend til allmennleger og leger i samfunnsmedisinsk arbeid som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt, eller medvirke til et undervisningsopplegg/fagutvikling i allmennmedisin eller samfunnsmedisin med en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten.
- Unntaksvis kan stipendet gis til søker fra annen yrkesgruppe, der problemstillingen har klar allmennmedisinsk eller samfunnsmedisinsk relevans.
- Stipendet er et rekrutteringsstipend, særlig rettet mot nybegynnere i forskning.
- Arbeide for å skaffe midler til allmennmedisinske forskning. Kunne ta initiativ til forskningsprosjekter på aktuelle områder.
- Arbeide med forskningsetiske og faglige spørsmål av særlig betydning for allmennmedisinsk forskning; bl.a. forskning initiert av legemiddelindustrien eller av forskningsmiljøer uten allmennmedisinsk ståsted som ønsker å forske på allmennleger eller allmennmedisinske problemstillinger.
- Tilby konsulenttjenester til REK-ene i overensstemmelse med NEMs egne retningslinjer (p. 4).
- Tilby kvalitetsvurdering av forskningsprotokoller der AFUs anbefaling er etterspurt.
- Bidra til NFAs arbeid med forskningsrelaterte emner, slik som høringsuttalelser o.a.

Den største forandringen er at AFU ikke lenger rutinemessig ønsker å vurdere forskningsprotokoller for prosjekter i allmennmedisin initiert av Legemiddelindustrien.

Etter statuttrevisjonen har AFU selv revidert Statutter og vedtekter for AFU-stipend.

I vedtektene angis følgende kriterier for tildeling av stipend:

1. Søker er uten tidligere forskningserfaring
2. Prosjektet har høy allmennmedisinsk relevans
3. Prosjektideen er original
4. Prosjektet kan gjennomføres innen rammene for tildelt tid
5. Prosjekt har ikke fått eller kan ikke antas å få annen finansiering

AFU viktigste oppgaver har alltid vært å tildele stipend til nybegynnere i forskning, og er således typiske «lavterskel» stipend. Forskingen som gjøres for disse midlene representerer en «underskog» av nybegynnerforskning som er svært viktig for å rekruttere nye forskere i allmennmedisin. Dessuten gir et AFU-stipend travle allmennleger en mulighet til å jobbe uforstyrret i dybden med ett emne over en periode.

Elise Klouman,
 Leder AFU
 Tromsø, mars 2010

Balanseproblemer og falltendens hos hjemmeboende eldre – *en naturlig del av alderdommen?*

AV JORUNN LÆGDHEIM HELBOSTAD, RANDI GRANBO OG OLAV SLETVOLD

Emilie Olsen er 81 år, enke og bor alene i et to etasjers hus. Hun har stort sett vært frisk for inntil et år siden. Hun har siden vært en hyppig gjest hos fastlegen og er blitt utredet og behandlet for en rekke plager. Bevegelseevner er svekket og hun fungerer stadig dårligere i hverdagen. Når hun reiser seg fra stol må hun skyve godt fra med armene. I løpet av det siste halvåret har hun falt to ganger. Etter det andre fallet ble hun innlagt ortopedisk avdeling, sterkt forslått og med ryggsmarter, men uten at det ble konstatert brudd. Hun ble derfor sendt hjem etter to dager og fikk vedtak på trygghets-alarm og hjemmehjelp hver 14. dag. Fru Olsen føler seg ustø, er redd for å falle på nytt og har nesten sluttet å gå ut.

Fall er hyppig forekommende blant eldre. Det er god dokumentasjon for at mange fall kan forebygges. Falltendens blir ofte tema for utredning og tiltak sent i forløpet, gjerne først etter at den eldre har hatt mange fall med alvorlige skader, og der behandlingsmulighetene for til grunnliggende årsaker er begrenset. Ni av ti 80-åringer er i kontakt med fastlegen sin årlig, og legene er derfor en viktig gruppe for å fange opp og bidra til igangsetting av forebyggende tiltak for hjemmeboende eldre personer med økt fallrisiko.

Forekomst av fall og fallskader

En av tre 65-åringer og omtrent halvparten av personer på 80 år og eldre faller årlig. De som faller én gang, har to til tre ganger så stor sjanse som ikke-fallere for å falle igjen innen ett år (1). Insidensen av fall øker med økende alder og kvinner faller oftere enn menn. Denne kjønnsforskjellen ser imidlertid ut til å viskes ut for de aller eldste. Ett av ti fall fører til alvorlig skade. Det er 9000 hoftebrudd i Norge per år, de fleste er kvinner med høy alder. De fleste gjenvinner ikke funksjonen de hadde før bruddet (2). I tillegg til skader fører fall til frykt for nye fall, og med inaktivitet og påfølgende redusert sosial og fysisk aktivitet, ned-satt balanse og fysisk funksjon som resultat.



Jorunn Lægdheim Helbostad

er fysioterapeut og dr. philos., og jobber som forsker på Institutt for nevromedisin på NTNU og på geriatrik avdeling ved St. Olavs hospital.



Randi Granbo

er fysioterapeut og lektor ved Program for fysioterapeututdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag. Hun er i tillegg fagkoordinator ved et av helsehusene i Trondheim kommune.



Olav Sletvold

er avdelingsoverlege ved Avdeling for geriatri, St. Olavs Hospital og professor ved Institutt for nevromedisin, NTNU

Risikofaktorer for fall og fallskader

Et fall defineres vanligvis som en hendelse som resulterer i at personen havner på et lavere nivå eller på bakken (3). Falltendens kan være et tegn på kronisk underliggende sykdom eller funksjonssvikt, ofte med et ledsagende balanse/ustøhetsproblem, eller inntreffe i forbindelse med akutt sykdom. Det kan også være en uheldig engangshendelse. De fleste fall skjer under gange eller forflytning, og balanse- og gangproblem er viktige årsaker til fall.

Risikofaktorer for fall kan grovt sett deles inn i tre grupper: indre faktorer, ytre faktorer og eksponering for fall. De viktigste indre risikofaktorene er 1) tidligere fall, 2) høy alder, 3) å være kvinne, 4) å bo alene, 5) medikamentbruk; gjerne flere enn fire reseptbelagte medikamenter, uavhengig av type medikament; eller bruk av psykofarmaka, seda-

tiva, diuretika eller antiarytmika, 6) medisinske tilstander som hjerneslag, Parkinsons sykdom, depresjon og inkontinens, 7) nedsatt mobilitet, gangfunksjon og muskelstyrke, 8) inaktivitet, 9) frykt for å falle, 10) kognitiv svikt, 11) nedsatt syn og 12) fotproblemer. Ytre faktorer vil si omgivelsesfaktorer som 1) fall feller, som glatte eller våte gulv, ujevne underlag og løse teppekanter, 2) fottøy og bekledning og 3) uhensiktsmessige ganghjelpemidler eller annet utstyr. Personer som er aktive eksponerer seg mer for fall enn de som er inaktive. Det er rapportert en U-formet sammenheng mellom aktivitetsnivå og forekomst av fall (4). Mange personer med lavt aktivitets- og funksjonsnivå har dermed en sammensatt risikoprofil for fall. Når det gjelder fallrelaterte skader er forekomsten for hoftebrudd størst blant inaktive (5).

Balanse- og ustøhetsproblem hos eldre

Balansekontroll representerer kroppens kontinuerlige, pågående aktivitet for å hindre fall. Organfunksjoner av betydning for balansekontroll er særlig knyttet til syn, vestibularapparat og somatosensorikk. Balanseproblemer kan deles inn i ustøhet og svimmelhet. Svimmelhet kan være knyttet til vestibulær eller sentralnervøs dysfunksjon, bivirkninger av medikamenter eller være relatert til ortostatisk blodtrykksfall. Ustøhet er mer utbredt enn svimmelhet og har som regel en sammensatt årsak, som for eksempel nedsatt muskelstyrke, utrygghet, nedsatt perifer sensibilitet og nedsatt syn. Akutt funksjonssvikt er en vanlig utløsende årsak til et fall. Komplekse tilgrunnliggende og utløsende årsaker til balanse- og fallproblemer synliggjør at forebygging av fall ofte vil kreve en sammensatt tilnærming.

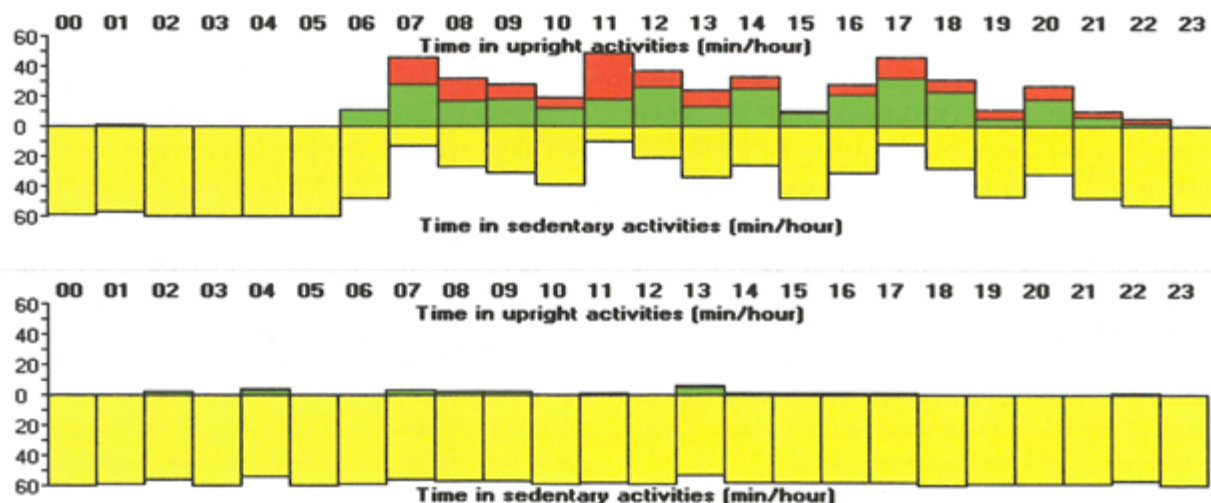
Følgene av inaktivitet

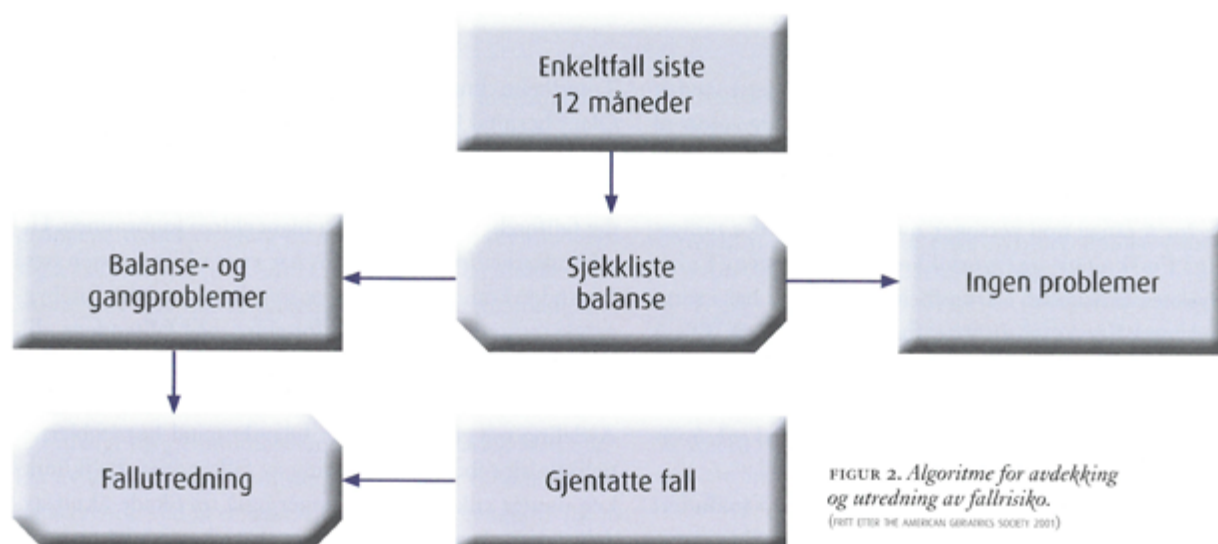
Aktivitetsnivået minker med økende alder og kronisk sykdom og kan dermed være en risikofaktor for fall. Studier med friske voksne midt i livet viser at totalt sengeleie reduserer utholdenhet med 10 prosent, og muskelstyrke med 20 prosent i løpet av en uke (6). Inaktivitet i kun en begrenset tidsperiode vil dermed kunne gi nedsatt funksjonsevne og økt fallrisiko. Forskningsgruppe for geriatri ved NTNU undersøker for tiden betydningen av fysisk og daglig aktivitet for funksjonen til personer som har gjennomgått hoftebrudd. Illustrasjonen under viser eksempler på aktivitet hos en inaktiv og en aktiv person tre måneder etter hoftebruddet, begge med selvstendig gangfunksjon og begge fremdeles under rehabilitering etter hoftebruddet. Gjennomsnittlig tid i oppreist stilling for disse to personene var henholdsvis 6,8 og 0,6 timer per dag. En halv time i oppreist stilling i løpet av dagen er alt for lite til å hindre tap av muskelfunksjon og balanse! Figuren illustrerer utfordringer knyttet til rehabilitering av eldre personer med økt fallrisiko med henblikk på tilstrekkelig aktivitet for å opprettholde og bedre funksjon og hindre nye fall.

Effektive tiltak for å forebygge fall og fallskade

Det foreligger i dag god dokumentasjon for at mange fall hos eldre kan forebygges (7, 8). Studier viser at systematiske og målrettede tiltak kan redusere forekomsten av fall med 20–60 prosent hos gruppen hjemmeboende eldre. Fysisk trening med vekt på balanse og muskelstyrke er det enkelttiltaket som har vist best effekt. For personer med lett funksjonssvikt er trening alene nok til å forebygge fall. For personer med katarakt er det vist at operasjon reduserer faren for gjentatte fall (9), mens synskorrigerende hjelp

FIGUR 1. Aktivitetsnivå og aktivitetsmønster gjennom en dag for en aktiv kvinne på 83 år (a) og en inaktiv kvinne på 83 år (b) gjennom et døgn. Gul farge indikerer sittende/liggende aktivitet, grønt stående og rødt gående aktivitet. Den aktive kvinnen har vært i oppreist stilling i 7,8 timer, og den inaktive kvinnen i 0,6 timer.





FIGUR 2. Algoritme for avdekking og utredning av fallrisiko.
(PÅTT ETTER THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY 2001)

av bifokale briller eller briller med progressive glass ser ut til å øke fallrisikoen, selv etter at personene er tilvendt brillene (10). Kritisk gjennomgang av medikamentlisten, spesielt med henblikk på mindre bruk av psykofarmaka er også vist å redusere fall (11), selv om det viste seg at medikamentforbruket fort kom tilbake til utgangspunktet etter at studien var avsluttet. Det er også gjennomført studier av kalsium og vitamin D. Vitamin D alene er i enkelte studier vist å redusere fall, trolig på grunn av påvirkning av nevro-muskulær funksjon (12). Tilskudd av vitamin D sammen med kalsium viser usikker effekt på forebygging av fall hos hjemmeboende eldre, men er vist å redusere fallrelaterte bruddskader for eldre i sykehjem (13). Det er nærliggende å tenke at fjerning av fall-feller i omgivelsene vil redusere falltendens. Dette har vist seg å være bare delvis riktig. Et slikt tiltak alene er effektivt for å redusere fall hos personer med nedsatt syn, men ikke for andre grupper (14, 15). Omgivelsene utgjør fall-feller for personer med nedsatt aktivitets- og funksjonsnivå, og en tilrettelegging av omgivelsene alene vil i mange tilfeller kunne bidra til ytterligere inaktivitet med påfølgende funksjonstap. Hos personer med sammensatt funksjonssvikt er tilrettelegging av omgivelsene uansett ett av flere tiltak som må vurderes.

For personer med større funksjonssvikt og et mer sammensatt sykdomsbilde kreves det en omfattende tilnærming hvor det samtidig interverneres mot flere risikofaktorer for fall hos den enkelte. En slik utredning og igangsetting av tiltak krever en tverrfaglig tilnærming. De viktigste tiltakene har her vist seg å være grundig medisinsk utredning og målrettet behandling, trening av balanse og muskelstyrke, synskorreksjon, tilrettelegging av omgivelser og sosiale tiltak (16). Enkelte steder i Norge finnes det i dag geriatrike fall-poliklinikker i 2. linjetjenesten som vurderer pasienter etter henvisning fra fastlegen eller sykehusavdelinger. Andre steder skjer en modifisert fallutredning tilfel-

dig av særlig interesserte i spesialisthelsetjenesten, men som oftest må fallutredninger utføres i kommunal regi.

Hvordan avdekke risiko for fall?

Selv om det er solid dokumentasjon for at en del fall kan forebygges, så er det et stort sprang fra klinisk kontrollerte studier til implementering av foreliggende kunnskap i praksis. FIGUR 2 viser en modifisert utgave av en algoritme med anbefalinger fra The American Geriatrics Society og The British Geriatrics Society (17) (<http://www.medicats.com/FALLS/frame.htm>) for case-finding, screening og utredning av fallrisiko. Avdeling for geriatri ved St. Olavs hospital har i tillegg laget en sjekkliste for fallrisiko som er tenkt som støtte for fastlegen i forhold til vurdering av om pasienten trenger tverrfaglig utredning når det er mistanke om økt fall-risiko (TABELL 1).

TABELL 1. Sjekkliste for vurdering av fallrisiko utviklet ved Avdeling for geriatri, St. Olavs hospital.

	JA	NEI
1 Har pasienten falt minst en gang i løpet av siste år?		
2 Har pasienten balanse- eller gangproblemer, men er fortsatt i stand til å gå?		
3 Er pasienten ute av stand til å reise seg fra en stol uten å bruke armene? (be pasienten reise seg fra en stol (vanlig stolhøyde ca. 46 cm) uten å bruke armene)		
4 Har pasienten Parkinsons sykdom eller gjennomgått hjerneslag?		
5 Har pasienten 3 eller flere kroniske lidelser?		
6 Bruker pasienten 4 eller flere medikamenter daglig?		
7 Har pasienten nedsatt kognitiv funksjon?		
8 Har pasienten nedsatt syn?		
9 Har pasienten nedsatt kroppsmasseindex (< 20)? Kroppsmasseindex = vekt i kg / (høyde i m) ²		

Hvis JA på spørsmål 1 eller 2 og JA på to eller flere av spørsmålene tre til ni; vurder henvisning til fallutredning.

Falltendens oppdages i mange tilfeller i forbindelse med et fall med skade, men selv da blir falltendens sjelden gjort til gjenstand for oppmerksomhet. Hvilke markører for falltendens og hvilke situasjoner bør primærhelsetjenesten benytte for å fange opp personer med økt fallrisiko tidligst mulig? Forsknings- og fagutviklingsarbeid i regi av Enhet for fysioterapijenester i Trondheim kommune har i samarbeid med Forskningsgruppe for geriatri ved St. Olavs hospital og NTNU og Høgskolen i Sør-Trøndelag kommet fram til følgende situasjoner for case-finding hvor balanse- og fallproblemer bør vurderes i møte med *enkeltpersoner*:

- Ved søknad om hjemmebaserte tjenester, inkludert hjemmehjelp
- Ved søknad om trygghetsalarm
- Ved søknad om matombringning
- Ved søknad om drosjerekvisisjoner

Organisering av det fallforebyggende arbeidet i kommunen

Fallforebygging har mange utfordringer. Den første er å identifisere personer med risiko for fall, dernest å ha tilgang til målrettede tiltak for den enkelte og grupper av personer. Dette krever en helhetlig plan og godt tverrfaglig samarbeid fra kommunens side.

Fastlegen er vanligvis den yrkesgruppen i helsevesenet som først møter eldre med begynnende funksjonsreduksjon og fallrisiko. For å forebygge fall kreves en bevissthet fra legens side om at fall og konsekvenser av fall ofte utgjør et helseproblem for eldre personer.

For å avdekke fallrisiko må legen ha kunnskap om risikofaktorer for fall og tegn på begynnende funksjonsreduksjon. Det er også viktig at legen har kunnskap om effektive tiltak for forebygging av fall og kjenner hvilke andre yrkesgrupper og etater i kommunen som det er mulig å samarbeide med.

Trondheim kommune og Avdeling for geriatri ved St. Olavs hospital har gjennom flere år hatt en felles satsning på forebygging av fall hos eldre. Vi bruker derfor erfaringer fra Trondheim til å illustrere en mulig organisering av det fallforebyggende arbeidet blant eldre i kommunen. Utviklingsarbeidet i Trondheim har vært til inspirasjon også for andre kommuner i Norge som har opprettet forebyggende treningsgruppetilbud for eldre med falltendens, slik som i Skien, Tønsberg, Stavanger, Bergen og Oslo.

Avdeling for geriatri ved St. Olav hospital har etablert et poliklinisk tilbud for utredning av falltendens. Poliklinikken mottar enkelte henvisninger også fra Skade-akutt-avdelingen ved sykehuset, men de fleste henvendelser kommer fra fastleger i kommunen. Et tverrfaglig team på poliklinikken bestående av geriater, sykepleier og fysioterapeut gjennomfører en strukturert utredning og foreslår tiltak. Dette gjøres i nært samarbeid med hjemmebaserte tjenester og fallteam i kommunen bestående av fysioterapeut og ergoterapeut. Erfaringene gjennom fem år er at pasienter som henvises har en betydelig og sammensatt funksjonssvikt og har hatt falltendens over lang tid, gjerne mange år. Basert på kunnskap om effekt av fallforebygging, ville gevinsten av tiltak med henblikk på reduksjon av fall og forebygging av funksjonssvikt vært større om tiltakene hadde vært satt inn tidligere.

Fallteamene i Trondheim kommune tilbyr også individuell utredning og behandling i hjemmet eller deltakelse i fallforebyggende behandlingsgrupper ledet av fysioterapeuter. I tillegg er det utviklet lavterskel-treningstilbud for hjemmeboende eldre i alle bydeler. Målgruppen for dette tilbudet er eldre med begynnende funksjonsfall og som ønsker å komme i bedre form. Tilbudet er basert på forskningsbasert kunnskap om forebygging av funksjonstap og fall og utviklet gjennom et samarbeid mellom fysioterapeuter i klinisk praksis og forskere. De som ønsker å være instruktører gjennomgår et to dagers kurs og blir jevnlig fulgt opp

FIGUR 2. Eksempler på funksjonelle balanse og styrkeøvelser fra øvelsesbanken. Øvelsene kan skrives ut med instruksjoner. Det finnes variasjoner og progresjoner av de fleste øvelser.



av spesialkompetente fysioterapeuter. Ved inngangen til 2010 var det ca 220 seniorer som deltok i de til sammen 10 gruppene som tilbys. De forebyggende treningsgruppene har fokus på styrke- og balanseøvelser. Deltakerne i disse gruppene trener én gang pr uke. Én gang i uken har vist seg å være for lite til å bedre funksjon, men en ukontrollert studie kan tyde på at funksjonsnivået kan vedlikeholdes (18). Det sosiale aspektet ser også ut til å være av stor betydning, og i Trondheim har deltakerne selv tatt ansvar for sosialt samvær etter endt trening. Dette lavterskeltilbudet når mange og gjennomføres med lave kostnader. Med unntak av lokalreise som kommunen står for er tilbudet selvfinansierende ved at deltakerne betaler en egenandel på 30 kroner per oppmøte. Lavterskelprogram som dette kan kombineres med hjemmeøvelser for styrke og balanse. Et slikt program er utviklet av Enhet for fysioterapitjenester i samarbeid med Forskningsgruppe for geriatri på St. Olavs hospital og ligger åpent tilgjengelig for bruk på internett (www.eldretrening.net). FIGUR 2 viser eksempler på funksjonelle balanse- og styrkeøvelser som er hentet fra det web-baserte treningsprogrammet.

Fagutviklingsprosjekter i Trondheim har vist at det er viktig at den gamle selv, pårørende, leger og andre helsearbeidere har én instans å melde behovene for oppfølging av personer med fallrisiko. I Trondheim er det kommunens informasjonssenter for seniorer som er dette kontaktpunktet. De foretar også forebyggende hjemmebesøk til eldre over 80 år og mottar i tillegg påmeldinger til forebyggende treningsgruppe, hvor de anvender en modifisert utgave av sjekklisten (TABELL 1) for derved å sikre at deltakerne blir henviset til riktig tilbud i eget lokalmiljø.

For at fastlegen skal kunne bli en signifikant aktør innen området fallforebygging må balanseproblemer og falltendens allerede i utgangspunktet defineres som et medisinsk problem. Balanseproblemer og falltendens er ikke noe som primært skal defineres som et pleieproblem, noe som av og til skjer; det er heller ikke noe som fysioterapeuten skal ta hovedansvaret for, noe som ofte skjer. Noen ganger er det slik at fastlegen selv melder seg ut av problemet; andre ganger blir han ikke meldt på når han definitivt burde vært informert om problemstillingen. Pasienter med balanseproblemer og falltendens skal optimalt sett gjennomgå en grundig medisinsk utredning, først hos fastlegen! Dermed må det utvikles relevante og målrettede tiltak, da gjerne i en tverrfaglig setting.

Referanser

1. O'Loughlin JL, Robitaille Y, Boivin JF, Suissa S. Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *Am J Epidemiol* 1993 137(3):342–354.
2. Osnes EK, Lofthus CM, Meyer HE, et al. Consequences of hip fracture on activities of daily life and residential needs. *Osteoporos Int* 2004;15(7):567–574.
3. Lamb SE, Jorstad-Stein EC, Hauer K, Becker C. Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(9):1618–1622.
4. Gregg EW, Pereira MA, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(8):883–893.
5. Sosialministeriet Ifpøe. Evidens om fysisk aktivitet og trening for eldre. 2002. Report No.: 08.
6. Appell HJ. Muscular atrophy following immobilisation. A review. *Sports Med* 1990;10:42–58.
7. Gillespie L, Handoll H. Prevention of falls and fall-related injuries in older people. *Inj Prev* 2009;15(5):354–355.
8. Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JC. Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(12):2234–2243.
9. Harwood RH, Foss AJ, Osborn F, Gregson RM, Zaman A, Masud T. Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery: a randomised controlled trial. *Br J Ophthalmol* 2005;89(1):53–59.
10. Menant JC, St George RJ, Sandery B, Fitzpatrick RC, Lord SR. Older people contact more obstacles when wearing multifocal glasses and performing a secondary visual task. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(10):1833–1838.
11. Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Buchner DM. Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(7):850–853.
12. Bischoff HA, Stahelin HB, Dick W, et al. Effects of vitamin D and calcium supplementation on falls: a randomized controlled trial. *J Bone Miner Res* 2003b;18(2):343–351.
13. Avenell A, Gillespie WJ, Gillespie LD, O'Connell D. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures associated with involutional and post-menopausal osteoporosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD000227.
14. Campbell AJ, Robertson MC, La Grow SJ, et al. Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged > or =75 with severe visual impairment: the VIP trial. *BMJ* 2005;331(7520):817.
15. Day L, Fildes B, Gordon I, Fitzharris M, Flamer H, Lord S. Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. *BMJ* 2002 20;325(7356):128.
16. Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Swift C. Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353(9147):93–97.
17. Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(5):664–672.
18. Taraldsen K, Granbo R, Simonsen E, Hansen AE, Helbostad JL. Funksjonsvedlikehold og gruppetrening for eldre - gjennomføring og evaluering av praksis. *Fysioterapeuten* 2010;1(10):20–26.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
jorunn.helbostad@ntnu.no

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver aktiv tablett inneh.: Levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneh.: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

INDIKASJONER: Antikonsepsjon.

DOSERING: Tabletten må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. I tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablett er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntreier en bortfallsblødning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden): Medisineringsingen skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondom og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tabletten.

SKIFTE FRA ET ANNET KOMBINASJONSPREPARAT: Medisineringsingen bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestogeninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tabletten. Etter abort i 1. trimester: Medisineringsingen kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningsvegg.

KONTRAINDIKASJONER: Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombotiske valvulopati, arvelig eller ervervet trombofili, migræne/hodepine med fokale neurologiske symptomer, slik som aura, trombotiske rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkreft, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdstoffer.

FORSIKTIGHETSREGLER: For behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykkmåling, samt en grundig familianamnese. Hypertensjonen og typen av etterfølgende undersøkelse bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individuelt. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slaganfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystkner, må følges opp spesielt nøye. Signalet for økt risiko for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-piller. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-piller må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskemi og blødningsslag, transitorisk iskemisk attack). Eksponering for østrogen og progestagener bør minimeres. Forskriving av kombinasjons-piller med minst mulig østrogen- og progestageninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-piller og som har migræne (spesielt migræne med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underextremitetene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbuktere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier.

EKSEMPEL PÅ RISIKOFAKTORER FOR VENETROMBOSE OG TROMBOEMBOLIER ER: Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-piller er assosiert med godartet adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse ytrer seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvise eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papilloedem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukoseintoleranse skal følges opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykket oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasie eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell atferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indikert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migræne eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migræne (spesielt migræne med aura) som bruker kombinasjons-piller kan ha økt risiko for slag. Gjennombrudds-

blødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene. Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillene eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-piller. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatriglyserider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendigvis seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klart deprimeret når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot hiv-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Preparatet bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tabletten og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tabletten. Start deretter direkte på et nytt brett.

INTERAKSJONER: Nedsatt serumkonsentrasjon av etinyløstradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsblødninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-p-pillen. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinyløstradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinyløstradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og spermdrepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substansen som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytin, griseofulvin, topiramet, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Konsentrasjonen av etinyløstradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyclin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etinyløstradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å indusere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følgelig enten kunne minske (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-p-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-p-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt.

GRAVIDITET/AMMING: Studier antyder ingen teratogen effekt ved utilsiktet inntak i tidlig graviditet. Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morsmelk: Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogen kan redusere melkeproduksjonen samt endre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming.

BIVIRKNINGER: Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse trombotiske og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk iskemisk attack, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, magekramper, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandring (økning eller reduksjon). Neurologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -seksjon, vaginit inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migræne, væskeretensjon, ødemer, brystmerter, ømme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasma, hirsutisme, hårtap. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallestein, galleblærelidelse (forverrer eksisterende lidelser og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioedem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukoseintoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Neurologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikose vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioedem, forverring av systemisk lupus erythematosus.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Kvalme, oppkast, brystsmerte, svimmelhet, buksmerter, tretthet/uttømmelse, blødninger ved seponering hos kvinner. Behandling: Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A.

ANDRE OPPLYSNINGER: Bruk av p-piller kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjoner, plasmanivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobuliner og lipid/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieverdier.

PAKNINGER OG PRISER: 3 x 28 stk. (kalenderpakn.) kr 242,70.

Sist endret: 19.08.2009

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLÖSTRADIOL 20µg

...en lavdosert p-pille¹

Trygg bruk av p-piller

- Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon.
- Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig.

Ref.: Statens legemiddelverk

1) Referanse: SPC Loette

Pfizer

Traumefokusert kognitiv ATFERDSTERAPI

AV GRETHE E. JOHNSEN

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi består i hovedsak av psykoedukative teknikker, eksponering, kognitiv restrukturering og angstmestring. Denne type terapi har vist seg å være en effektiv behandling ved posttraumatisk stressforstyrrelse.

Denne artikkelen beskriver kort generelle behandlingsprinsipper ved metoden.

Det er viktig at primærhelsetjenesten og allmennleger besitter kunnskap om diagnostisering og behandling av pasienter som utvikler posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) etter å ha vært utsatt for traumatiske hendelser. Jeg håper at denne artikkelen kan inspirere til videre kursing, fordypning og bruk av traumefokusert kognitiv atferdsterapi.

15–24 prosent av de som eksponeres for potensielt traumatiske hendelser utvikler PTSD. Imidlertid varierer forekomsten en del etter hvilken type hendelsen man eksponeres for (1).

PTSD kjennetegnes av tre hovedgrupper av symptomer; påtrengende minner og tanker, økt alarmberedskap og unngåelsesreaksjoner. Tilstanden medfører også redusert psykososial fungering, lav livskvalitet, somatiske plager, økt dødelighet og selvmordsatferd. Forskning har vist at tilstanden medfører vid bruk av helsetjenester. Risikoen for alvorlige funksjonstap har medført et sterkt fokus på å finne effektive behandlingsmetoder for PTSD.

Hovedvekten av forskningen på hva som er potensielt traumatiserende hendelser kommer fra USA. Imidlertid er det nylig foretatt en undersøkelse av hvilke hendelser som i størst grad relateres til PTSD i Europa. Resultatet fra denne undersøkelsen viste at voldtekt, barn med alvorlig sykdom, vold i nære relasjoner og forfølgelse var de hendelser som sterkest var assosiert til PTSD (2).



Grethe E. Johnsen

er Ph.D og spesialist i klinisk psykologi. Hun arbeider som forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin, der hun driver forskning, fagutvikling og kompetanseheving rettet mot overgrepsmottak. Hun er også militærpsykolog ved Forsvarets sanitet på Haakonsværn i Bergen.

En rekke terapiformer og manualbaserte behandlingstilnærminger har blitt utviklet for å behandle personer med kronisk PTSD (3–5). Spesifikke behandlingsmetoder for PTSD omtales ofte som traumefokusert psykologisk behandling. De fire mest kjente behandlingsmetodene, som også er de som har vært hyppigst gjenstand for evidensbaserte studier, er kognitiv atferdsterapi, eksponeringsterapi, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) og stressmestringstrening.

Etter hvert har feltet også fått metaanalytiske studier som har sammenlignet effekten av ulike behandlingsmetoder. Disse studiene viste at kognitiv atferdsterapi, EMDR og stressmestringstrening var de mest effektive behandlingsmetodene (6, 7). Studiene viste videre at andre behandlingsmetoder som psykodynamiske terapi, hypnoseterapi og støttende rådgivning, ikke hadde signifikant effekt ved PTSD. Det er blitt utviklet internasjonale og nasjonale retningslinjer for behandling av tilstanden basert på disse funnene.

En stor del av den tidlige forskningen knyttet til traumefokusert kognitiv atferdsterapi for PTSD, var fokuserte på kvinner utsatt for voldtekt (8, 9). Denne behandlingsformen har siden blitt funnet å være effektiv også for flyktninger (10), militært personell (11), seksuelle overgrep i barn-dom (12) og pasientgrupper med blandede traumer (13).

Hva er traumefokusert kognitiv atferdsterapi

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi har etter hvert blitt benyttet som en felles betegnelse på behandling som enten har en eller flere traumeorienterte teknikker eller terapimetoder inkorporert. Traumefokusert atferdsterapi er en strukturert korttidsintervensjon som tar sikte på å omfatte både de kognitive, emosjonelle og atferdsmessige symptomer. Som hovedregel inngår psykoedukative teknikker, kognitiv restrukturering, eksponeringstrening og angsthåndtering. Denne behandlingen anbefales først å settes i gang etter at en har vurdert om pasienten har vedvarende PTSD-symptomer. Ettersom mange ikke utvikler PTSD etter traumatiske hendelser, brukes denne metoden primært etter at det har gått noen uker etter personen ble eksponert. Videre forgår det en rekke tilhelingsprosesser etter eksponering slik at mange av de som i en tidlig fase viser stressymptomer kommer seg uten behandling. Umiddelbare intervensjoner for akutte stressreaksjoner ble omtalt i en tidligere artikkel (14). Sammensatte psykiske vansker etter vedvarende og gjentatte traumatiseringer vil ofte trenge mer omfattende og faseorienterte tilnærminger.

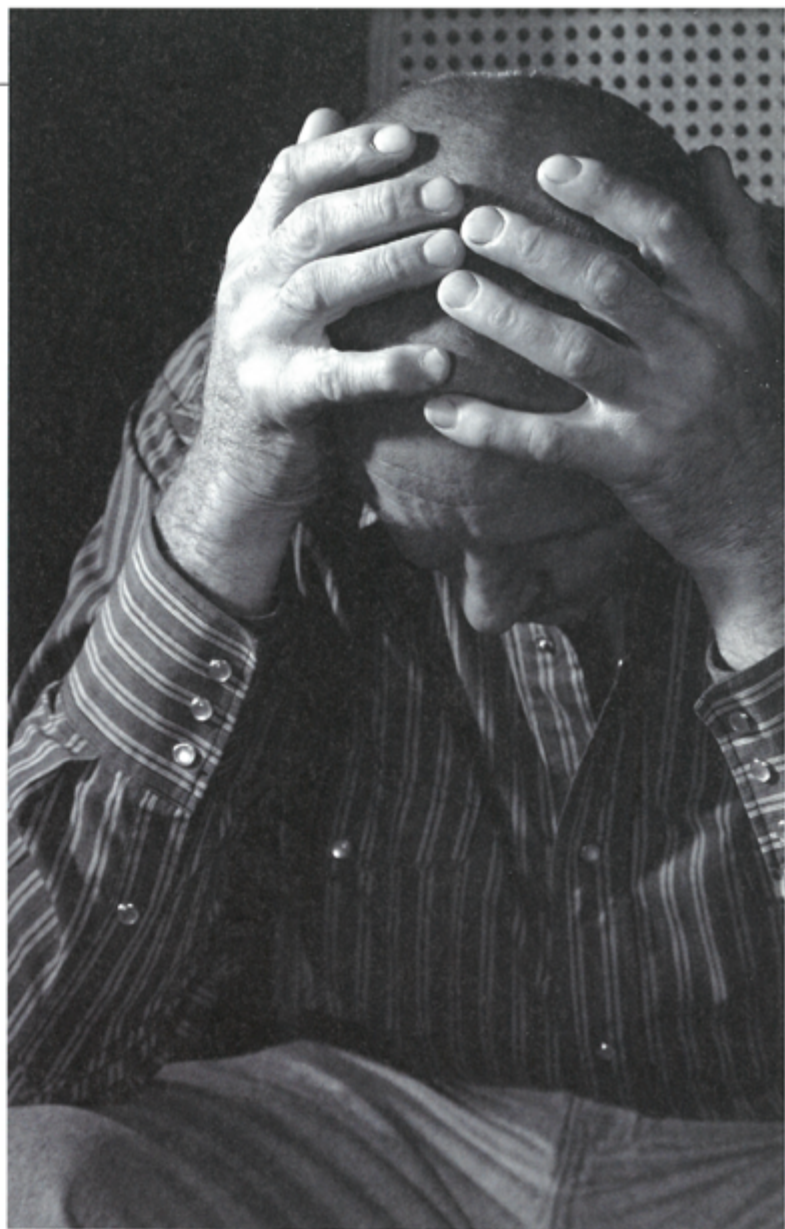
Kognitive behandlingsteknikker fokuserer på pasientens minne om den traumatiske hendelsen og betydningen hendelsen har fått for pasienten. Kognitive forklaringsmodeller fremhever at sammenhengende og uorganisert innkodning av minner under ekstremt stress hemmer naturlig tilhelingsprosesser og kan gi posttraumatiske stressreaksjoner. Uheldige personlig fortolkninger av hendelsen og dens konsekvenser leder ofte til at personen opplever vedvarende trussel. Den private fortolkningen av hendelsen medfører ofte uhensiktsmessig atferd som unngåelse og kognitive strategier som grubling og undertrykking.

– Psykoedukative teknikker

Ved bruk av psykoedukative teknikker gir terapeuten informasjon om vanlige stressreaksjoner. Dette brukes innledningsvis for å forklare pasienten hva som er vanlige stressreaksjoner etter traumatiske hendelser. Teknikkene benyttes for å få frem hvilke reaksjoner en har fokus på å håndtere i behandlingen, samt at slike intervensjoner kan bidra til å hjelpe pasienten til å formulere sine symptomer.

– Kognitiv restrukturering

Gjennom kognitiv restrukturering skal uhensiktsmessige og feilaktige fortolkninger av minner identifiseres og korrigeres. Her fokuserer en på at pasienten skal revurdere den meningen de relaterer til de traumatiske minnene. Metoden tar utgangspunkt i at individets tanker om – og



15–24 prosent av alle personer som eksponeres for potensielt traumatiske hendelser utvikler PTSD. ILLUSTRASJONSFOTO: SUZAN COMA

fortolkning av den traumatiske hendelsen er viktige faktorer i symptomutviklingen ved PTSD. Ehlers og Clark (15) fremhever at pasienter utvikler vedvarende PTSD-symptomer når de opplever den traumatiske hendelsen og dens konsekvenser som en alvorlig og konstant trussel. Deres teori er at en i behandlingen må identifisere og endre personens uhensiktsmessige fortolkning av traumat.

– Eksponering

Eksponeringsteknikker ble opprinnelig utviklet for voldtektsutsatte pasienter, og bygger på tidligere utviklede behandlingssatser for atferdsbetinging og fryktekstinksjon. En arbeider med å konfrontere pasienten med sin frykt. Utgangspunktet er at frykreaksjoner og unngåelsesatferd som er knyttet til den traumatiske hendelsen videreføres til andre situasjoner. Det primære fokus for behandlingen er å ta kontroll over den traumatiske hendelsen ved å gjenfortelle, samtidig som en visuelt forestiller seg hendelsen. Under eksponering skal pasienten forestille seg

traumeopplevelsen for lengre perioder ad gangen. Traumatiske minner er ofte usammenhengende og mangelfulle. Terapeuten hjelper pasienten til å skape en historie av hendelsen med relevante detaljer og følelsesmessige reaksjoner. Pasienten blir bedt om å gjenfortelle hendelsen i presens, snakke i jeg-person og fokusere på de mest ubehagelige opplevelsene. Det skal settes av god tid til denne eksponeringen, det anbefales fra 60 til 90 minutter. Eksponeringen med pasienten kan følges opp med hjemmeoppgaver. I andre varianter av eksponering er fokus at pasienten gjentatte ganger skal skrive ned en detaljert beskrivelse av hendelsen, dette har vist seg å være spesielt effektivt der hva som skjedde og i hvilken rekkefølge de skjedde, er uklart. For de pasienter som har lett for å dissosiere når de snakker om traumat er skriving ofte bedre enn å forestille seg hendelsen. De fleste behandlinger følges opp med in vivo eksponering, som involverer gradvis eksponering for reelle traumerelaterte stimuli og triggere. Da kan man besøke stedet der hendelsen inntraff, og også sette fokus på at hendelsen skjedde i fortid, og fokusere på hva som er forskjellig fra «nå» versus «da».

Eksponeringsterapi har som mål å redusere angstreaksjoner knyttet til den traumatiske hendelsen. Hensikten er å bygge opp en mer organisert og helhetlig traumehistorie.

De mulige virkningsmekanismene bak eksponeringstrening har vært debattert og en antar at eksponering blant annet fremmer habituerings og reduserer angst. I tillegg kan den korrigere antagelsen om at angst fremmes dersom en ikke unngår angstutløsende stimuli. Den fremmer og inkorporerer korrigerende informasjon til traumehistorien. Eksponeringstrening hjelper til å etablere den traumatiske hendelsen som en avgrenset hendelse for å unngå en generalisering av verden som et usikkert sted.

– Angsthåndtering

Trening i angstreduksjon har til hensikt å gi pasienten mestringsstrategier for å håndtere og redusere frykt. Pasienten lærer angstreduserende teknikker som blant annet pustøvelser, avslappingsteknikker, distraksjonsmetoder og positive selvinstruksjoner. De fleste angstmestrings teknikker bygger på «stress inoculation training» (16).

Frafall

Det som karakteriserer pasienter med PTSD er at de unngår stimuli som minner om den traumatiske hendelsen, samt at de responderer på slike påminnere med psykologisk ubehag og fysiologisk aktivering. Ettersom den traumefokuserte psykologiske behandlingen skal få pasientene

til å gjenoppleve hendelsen og bli konfrontert sine unngåelsesstrategier, vil dette i seg selv utgjøre en hovedutfordring for behandlingen. Det har derfor vært viktig å undersøke om det er et stort frafall i denne type behandlinger. I en metaanalyse fant en nylig at 73 prosent fullførte behandling med kognitiv terapi kombinert med eksponering, 79 prosent fullførte eksponeringsterapi og 81 prosent fullførte EMDR (17). Andre studier oppgir at en tredjedel ikke fullfører behandlingen. Det er antatt at noen dropper ut av behandlingen fordi behandlingen oppleves for tøff og for vanskelig å tolerere. Ehlers og Clark (15) hevder at noen behandlere er motvillig til å benytte traumefokusert behandling fordi de tror den vil forverre pasientens symptomer. Dette er imidlertid ikke bekreftet gjennom forskning (18). Noen studier har rapportert om midlertidig forverring i noen undergrupper av pasienter, mens andre studier ikke viste dette. Det er behov for differensierte behandlingstilnæringer. Det utvikles nå differensierte psykologiske behandlingsmetoder som tilpasses pasienter med langvarig og sammensatt traumatisering og de som har sterk symptomøkning eller komorbide lidelser.

Konklusjon

Siden PTSD diagnosen ble inkludert i DSM-III i 1980 har det vært gjort mye for å utvikle effektive behandling for PTSD. En rekke kognitive terapier og kognitive atferdsterapier er nå tilgjengelige. Disse behandlingstilnærmingerne er stadig i utvikling, men fortsatt trenger metodene å bli mer tilgjengelig for pasientene. Kognitiv atferdsterapi har vist seg å både ha en forebyggende effekt på utviklingen av PTSD symptomer (19) og en kurativ effekt gjennom å redusere etablerte symptomer. Samlet sett gir behandlingsstudier av PTSD et godt grunnlag for å motivere pasienter for denne type behandling – særlig når det gjelder enkeltstående traumatiske hendelser. Det skjer og utvikling innen behandlingsmetoder for langvarig og sammensatt traumeeksponering.

Referanser

1. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52(12):1048–60.
2. Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V, et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*. 2008; 21(5):455–62.
3. Keane TM, Kaloupek DG. Imaginal flooding in the treatment of a posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1982;50(1):138–40.
4. Foa EB. Treating the trauma of rape: Cognitive-behavior therapy for PTSD. New York: Guilford Press; 1998.

5. Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for rape victims: Newbury Park; Sage; 1993.
6. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychology* 2007;190:97-104.
7. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multi-dimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(2):214-27.
8. Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 1991; 59(5):715-23.
9. Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1992;60(5):748-56.
10. Paunovic N, Ost LG. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*. 2001;39(10):1183-97.
11. Monson CM, Schnurr PP, Resick PA, Friedman MJ, Young-Xu Y, Stevens SP. Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2006;74(5):898-907.
12. Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2002;70(5):1067-74.
13. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Dang ST, Nixon RD. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2003; 71(4):706-12.
14. Johnsen GE. Tidlig psykososial intervensjon ved traumatiske hendelser – hva skal vi gjøre og hva virker? *Utposten*. 2009(5):35-8.
15. Ehlers A, Clark DM. Post-traumatic stress disorder: the development of effective psychological treatments. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2008;62 Suppl 47:11-8.
16. Meichenbaum D. Self-instructional methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. *Helping people change*. New York: Pergamon Press; 1975. p. 357-91.
17. Hembree EA, Foa EB, Dorfan NM, Street GP, Kowalski J, Tu X. Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*. 2003; 16(6):555-62.
18. Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC, Hembree EA, Alvarez-Conrad J. Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2002; 70(4):1022-8.
19. Bryant RA, Sackville T, Dang ST, Moulds M, Guthrie R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(11):1780-6.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Grethe.Johnsen@uni.no

Ekstrastipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU)

Det utlyses et stipend på to og en halv måneder med tema:
Evaluering av allmennpraktikerstipendene.

Den norske legeforening opprettet i 1976 en stipend-ordning for allmennpraktikere. Ordningen har vært evaluert to ganger, første gang for perioden 1976 frem til 1986 og andre gang fra 1986 frem til 1993.

AFU ønsker igjen å evaluere ordningen i perioden fra 1993 og fram til og med 2009. Målsettingen med stipendordningen er i henhold til statuttene å:

«tildele stipend til allmennleger og leger i samfunnsmedisinsk arbeid som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt, eller medvirke til et undervisningsopplegg og til fagutvikling i allmennmedisin eller samfunnsmedisin med en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Stipendet er et rekrutteringsstipend, særlig rettet mot nybegynnere i forskning.»

AFU utlyser et AFU-stipend på 2,5 måneder for å evaluere AFU-stipendene i perioden 1993 til 2009. Vi ønsker å få svar på følgende spørsmål:

- hvem har fått tildelt stipend?
- hva har forskningstemaene vært?
- hvilke publikasjoner har stipendet ført til?

AFU søker fortrinnsvis en allmennlege som har noe forskningserfaring fra før, men dette er ingen absolutt forutsetning. Søknad med en kort begrunnelse for interessen for stipendet sammen med et kort CV sendes Allmennmedisinsk forskningsutvalg ved sekretariatet innen 30. mai 2010.

Stipendiaten forventes å være tilknyttet ett av instituttene i allmenn/samfunnsmedisin i deler av stipendperioden.

Forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene.

Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning som kan lastes ned fra AFUs nettsider under Norsk forening for allmennmedisin <http://www.legeforeningen.no/id/150235.0> (forskning og fagutvikling, AFU lenke v.side), eller fås tilsendt ved å kontakte sekretariatet. Det vanlige skjemaet ved søknad om allmennpraktikerstipend skal benyttes. Ved behov for nærmere informasjon, ta kontakt med sekretariatet.

Allmennmedisinsk forskningsutvalg
 v/ Tove Rutle
 Sjøbergvn. 32
 2050 Jessheim
 TLF: 63973222
 FAX: 63971625
 E-POST: rmrtove@online.no

Qlaira® – den første p-pillen
som gir naturlig østrogen¹

Nyhet!



Qlaira® inneholder

- østradiolvalerat som gir naturlig østrogen¹
- dienogest som har antiproliferativ og antiandrogen effekt²

Dynamisk dosering - 26 tabletter med hormoner/2 placebotabletter

Qlaira®

- kan gi kortere og lettere menstruasjoner³
- ca 20% opplever blødningsfrie perioder³



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Drammensveien 147 B - N-0212 Oslo
Tlf: +47 24 11 18 00 - www.bayerscheringpharma.no

C Qlaira «Bayer AS»

Antikonseptjonsmiddel

ATC-nr: G03A B-

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver mørkegul tablett inneholder: Østradiolvalerat 3 mg, laktose. Hver mellomgul tablett inneholder: Østradiolvalerat 2 mg, dienogest 2 mg, laktose. Hver lysegul tablett inneholder: Østradiolvalerat 2 mg, dienogest 3 mg, laktose. Hver markert tablett inneholder: Østradiolvalerat 1 mg, laktose. Hver hvit tablett (placebo) inneholder: Laktose. Fargestoff: Gull og rødt jernoksid (E 172), titandioxyd (E 171). En pakning inneholder totalt 28 tabletter: 2 mørkegule, 5 mellomgule, 17 lysegule, 2 markerte og 2 hvite tabletter (placebo).

Indikasjoner: Oral antikonsepsjon.

Dosering: I tablett daglig tas i 28 etterfølgende dager, til omtrent samme tid hver dag. Neste brett påbegynnes uten pause mellom brettene. Tablettene tas om nødvendig med litt væske og i rekkefølgen som er angitt på brettet. Bortfallsblødning begynner normalt under inntak av de siste tablettene på brettet, men kan også starte etter at de første tablettene på neste brett er tatt. Behandlingen starter på menstruasjonsblødningens 1. dag. Overgang fra andre prevensjonsmetoder: P-piller: Oppstart dagen etter siste virksomme tablett av tidligere preparat. P-ring eller p-plaster: Oppstart dagen ring/plaster fjernes. Ved overgang fra preparat som kun inneholder progestogen må tilleggsprevensjon benyttes de første 9 dagene. Minipille: Oppstart hvilken som helst dag. Implantat eller spiral: Oppstart dagen implantat/spiral fjernes. Injeksjonspreparat: Oppstart når neste injeksjon skal administreres. Oppstart etter abort/lødsel: Abort 1. trimester: Behandlingen kan startes umiddelbart. Fødsel/abort 2. trimester: Oppstart dag 21-28 anbefales. Ved senere oppstart anbefales tilleggsprevensjon de første 9 dagene. Graviditet må ev. utelukkes før behandlingsstart, ellers må oppstart vente til 1. menstruasjon.

Kontraindikasjoner: Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromaltilstander (f.eks. angina pectoris og forbigående iskemisk hjertesykdom). Nåværende eller tidligere cerebrovaskulær hendelse. En alvorlig eller flere risikofaktorer for venetrombose eller arterietrombose, som diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi, Arvelig eller ervervet predisponering for vene- eller arterietrombose, f.eks. APC-resistens, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Pankreatitt eller tidligere pankreatitt assosiert med alvorlig hypertriglyserider. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normale igjen. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistenkte maligniteter i genitale organer eller bryst, hvis disse påvirkes av kjønnshormoner. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migræne med lokale nevrologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av hjelpestoffene. Hvis noen av disse tilstandene inntreffer, skal behandlingen seponeres straks.

Forsiktighetsregler: Ved forverring eller første forekomst av nedenfor nevnte tilstander/risikofaktorer skal seponering vurderes. Kombinasjons-p-pille er forbundet med økt risiko for venøs tromboemboli (VTE), spesielt det første året, men risikoen er lavere enn ved graviditet. VTE er fatalt i 1-2% av tilfellene. Risiko for VTE øker med alder, positiv familiehistorie (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (BMI ≥ 30 kg/m²), forlenget immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i bena eller alvorlige skader. I slike tilfeller bør bruken avbrytes (ved elektiv kirurgi: minst 4 uker før), og ikke gjenoppstartes før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Antitrombotisk behandling bør vurderes hvis p-pillen ikke ble seponert i forkant. Kombinasjons-p-piller er forbundet med økt risiko for arteriell tromboemboli (myokardinfarkt, forbigående iskemisk hjertesykdom) og cerebrovaskulær skade. Risikoen øker med alder, røyking (kvinner ≥ 35 år frarådes å røyke), positiv familiehistorie (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme, dyslipoproteinemi, hypertensjon, migræne, hjerte-kar-sykdom og artnelmer. Behandling med antikoagulant må ev. vurderes. Ved mistanke om arvelig predisponering for VTE eller arteriell tromboemboli, må spesialist avgjøre ev. bruk. Ved mistenkt eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstander som er assosiert med komplikasjoner omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus (SLE), hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigmoidale anemi. Hyppigere og kraftigere migræneanfoll (kan være prodromaltilstand for cerebrovaskulær hendelse) kan være grunn til umiddelbar seponering. Noe økt risiko for brystkreft. Økt risiko forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumorer må vurderes som differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre abdomen, forstørrelse av lever eller tegn på intraabdominal blødning. Kvinner med hypertiglyserideremi eller familier sykthistorie for dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Ved vedvarende økt blodtrykk bør behandlingen seponeres og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenoppstartes hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved graviditet eller bruk av kombinasjons-p-piller: Gulsott og/eller pruritus relatert til kolestase, gallesten, porfyri, SLE, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, Herpes gestationis, otosklerose relatert hørselstap. Tilbakevendende kolestatisk gulsott og/eller kolestaserelatert pruritus, som tidligere har forekommet under graviditet eller tidligere bruk av kjønnshormoner, krever at preparatet seponeres. Ved arvelig angioedem kan eksogene østrogeninduserende eller forverre symptomene på angioedem. Ved akutt eller kronisk leverfunksjonsforstyrrelse seponeres preparatet inntil leverfunksjonsverdiene normaliseres. Kan påvirke perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og diabetikere må følges opp nøye, særlig ved behandlingsstart. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt er sett. Kvinner med tendens til klamme bør unngå sollys og UV-stråling. Nøye overvåking ved hjerte- eller nyrerfunksjon, da østrogen kan føre til væskeretensjon. Pasienter med terminal nyresvikt må overvåkes nøye. Da nivået av sirkulerende østrogen kan være forhøyet etter administrering. Laktosemengden (≈ 50 mg/tablett) bør tas hensyn til ved arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktosemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon og ved laktosefritt kosthold. Før behandling foretas grundig medisinsk undersøkelse (inkl. familier sykthistorie og risikofaktorer), blodtrykksmåling og graviditet må utelukkes. Senere

kontrollert avgjøres ut fra etablert praksis og tilpasses individuelt. Antikonsepsjonseffekten kan være redusert ved gastrointestinale forstyrrelser (f.eks. oppkast eller diaré) og tilleggsprevensjon må benyttes. Hvis tablettene tas mer enn 12 timer for sent, kan antikonsepsjonen være redusert. Avhengig av når i syklusen tablettene glemmes, kan det være behov for tilleggsprevensjon (se pakningsvedlegg). Graviditet må utelukkes ved utblitt bortfallsblødning i 2 påfølgende sykluser, eller når tablett glemmes og neste bortfallsblødning uteblir. Uregelmessige blødninger (sporblødning eller gjennombruddsblødninger) kan forekomme, særlig i løpet av de første månedene. Hvis uregelmessige blødninger vedvarer eller inntreffer etter menstruasjonssykluser som før var regelmessige, bør ikke-hormonelle faktorer vurderes, og ondartet sykdom eller graviditet må utelukkes, ev. utskraping. Amenoré forekommer i ca. 15% av syklusene.

Interaksjoner: Foruten forbindelser angitt i interaksjonskapittelet kan følgende forbindelser gi økt clearance av kjønnshormoner: Primidon, felbamal, griseofulvin og johannesurt (prickperikum). Ved kortvarig behandling med disse og andre enzymindusere bør tilleggsprevensjon brukes i 14 dager etter avsluttet behandling. Ved samtidig rifampicinbruk bør barriere metode benyttes i tillegg til kombinasjons-p-pille i hele perioden med rifampicinbehandling og i 28 dager etter seponering. Ved kronisk behandling med enzymindusere anbefales annen sikker ikke-hormonell antikonsepsjon. CYP 3A4 hemmer som antismykotika av azolypen, cimetidin, verapamil, makrolider, diltiazem, antidepressiver og grapefruktjuice kan øke plasmanivået av dienogest. Nedsatt prevensjonseffekt er rapportert ved samtidig bruk av penicilliner eller tetracykliner. (I: G03A A/AB)

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Hvis graviditet oppstår skal behandlingen avsluttes umiddelbart. Overgang i morsmelk: Kan skilles ut i mengder som kan påvirke barnet. Kan gi redusert mengde og endret sammensetning av morsmelken. Anbefales ikke under amming.

Bivirkninger: Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Magesmerter inkl. abdominal oppblåsthet. Hud: Akne. Kjønnshormoner/bryst: Amenoré, brystsmerte inkl. plager/smerter i brystvortene, dysmenoré, intrasykliske blødninger (metroragi inkl. uregelmessig menstruasjon). Nevrologiske: Hodepine inkl. spenningshodepine. Øvrige: Vektøkning. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast. Hjerne/kar: Hypertensjon, migræne med og uten aura. Hud: Alopesi, pruritus inkl. generalisert og utslettspregget, utslett inkl. makulært, Infeksjoner: Soppinfeksjoner, vaginal candidiasis, vaginal infeksjon. Kjønnshormoner/bryst: Forstørrede bryster, brysttumor, cervikal dysplasi, dysfunksjonell uterin blødning, dyspareuni, fibrocystisk brystsykdom, menaragi, menstruasjonssykdom, ovariecyste, bekkenmerter, premenstruelt syndrom, uterin leiomyom, spasmer i uterus, utflod, vaginal tørrhet. Nevrologiske: Svimelhet, Psykiske: Depresjon/nedsatt stemningsleie, nedsatt libido, psykisk lidelse, humorsvingninger, Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Øvrige: Irritabilitet, adem, vektnedgang. Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/1000$): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Konstipasjon, dyspepsi, gastroesofageal refluks. Hjerne/kar: Blødende varicer, hetetokter, hypertensjon, vernerste. Hud: Allergisk hudreaksjon inkl. allergisk dermatitt og urticaria, kløe, kløe, dermatitt, hirsutisme, hypertrofi, pigmentforstyrrelser, seboré, hudlidelse inkl. stram hud. Infeksjoner: Candidiasis, Herpes simplex, antatt okkuler hatiplasma, tinea versicolor, urinveisinfeksjon, bakteriell vaginose, vulvovaginal mykose. Kjønnshormoner/bryst: Godartet brystneoplasma, brystcyste, blødning under samleie, gulkoloré, genitalblødning, hypomenoré, forsinket menstruasjon, ruptur av ovariecyste, sviende følelse i vagina, uterin/vaginal blødning inkl. spotting, vaginal lukt, ubehag i vagina og vulva. Lever/galle: Forhøyet ALAT, fokal nodulær hyperplasi i lever. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, muskelspasmer, tungt å gå. Nevrologiske: Konsentrasjonsvansker, parese, vertigo. Psykiske: Affektibilitet, aggresjon, angst, dystoni, økt libido, nervøsitet, rastløshet, søvnforstyrrelser, stress. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon, hypertiglyserideremi. Øye: Intoleranse for kontaktlinser. Øvrige: Brystsmerte, «fatigue», utplasshet. Alvorlige bivirkninger er: Venøs og arteriell tromboembolisk sykdom, hypertensjon, levertumorer, kløe, akutt eller kronisk leverfunksjonsforstyrrelse, indusjon eller forverring av symptomene på angioedem ved arvelig angioedem. Forekomst eller forverring av tilstander der årsakssammenhengen med kombinasjons-p-piller er usikker: Crohns sykdom, ulcerøs kolitt, epilepsi, migræne, endometriose, uterin myom, porfyri, SLE, Herpes gestationis, Sydenhams chorea, hemolytisk uremisk syndrom, kolestatisk gulsott. I tillegg er det rapportert erythema nodosum, erythema multiforme, brystsekresjon og hypersensitivitet under behandling med andre kombinasjons-p-piller som inneholder etinylestradiol/Overdosering/Forgiftning. Symptomer: Kvalme, oppkast og hos unge jenter, lett blødning fra skjeden. Behandling: Symptomatisk behandling. Intet spesifikt antidot. Se Giftinformasjonens anbefaling G03A side 8.

Egenskaper: Klassifisering: Kombinasjons-p-pille med østrogen- og progestogeneffekt. Virkningsmekanisme: Ovarulanshemming, endringer i cervixsekretet og endometriet. Absorpsjon: Dienogest: Raskt og nesten fullstendig. T_{max}: 1 time (estradiolvalerat 2 mg, dienogest 3 mg). Absolutt biotilgjengelighet: Ca. 91%. Østradiol: Fullstendig 3% av dosen er direkte biotilgjengelig i form av østradiol. Østradiol gjennomgår omfattende «first pass»-metabolisme, og en betydelig del metaboliseres i tynntarmens mucosa. Ca. 95% metaboliseres før systemisk sirkulasjon. Maks. serumkonsentrasjon: 70.6 pg/ml nås 1.5-12 timer etter tablettinntak (3 mg østradiolvalerat dag 1). Proteinbinding: Dienogest: Ca. 90% uspesifikt til albumin. Østradiol: 38% til SHBG, 60% til albumin. Fordeling: Dienogest: Distribusjonsvolum: 46 liter etter i.v. administrering av 85 µg 3H-dienogest. Østradiolvalerat: Distribusjonsvolum ca. 1,2 liter/kg etter i.v. administrering. Halveringstid: Dienogest: Ca. 11 timer. «Steady state» nås etter 3 dager (dienogest 3 mg, østradiolvalerat 2 mg). Total clearance etter i.v. administrering av 3H-dienogest er 5,1 liter/time. Østradiol: Halveringstid: Ca. 90 minutter. Etter oral administrering 13-20 timer. Metabolisme: Dienogest: Nesten fullstendig via hydroksylering og konjugasjon, hovedsakelig via CYP 3A4. Østradiolvalerat: Hovedmetabolittene er estron, estronsulfat og østronglukuronid. Utskillelse: Dienogest: 86% via urin og feces etter 6 dager. Østradiol: Hovedsakelig via urin, ca. 10% via feces.

Andre opplysninger: Kan påvirke resultatet av visse laboratorieundersøkelser, inkl. biokjemiske parametre for lever-, skjoldekjertel-, binyre- og nyrefunksjon, plasmaproteinkonsentrasjon av (transport-) proteiner, f.eks. kortikosteroidbindende globulin og lipid/lipoprotein-fraksjoner, parametre for karbohydratmetabolisme og parametre for koagulasjon og fibrinolyse.

Pakninger og priser: 3 x 28 stk. (blister) kr 351,-. Varenummer: O28371.

Sist endret: 17.08.2009. For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no/spc

Tryggere bruk av p-piller

- Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon.
- Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt risikoppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig.

Ref. Statens Legemiddelverk

Referanser: 1) SPC. 2) Oettel M et al. Drugs of Today Vol.31, No 7 1995, pp 517-536

3) Ahendit H-J et al. Contraception 2009; 80 (5) 436-44

Drammensveien 147 B - N-0212 Oslo. Tlf.: +47 24 11 80 00 - www.bayerscheringpharma.no



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Å jobbe i legevakt, «Er det farlig det?»

En undersøkelse av forekomst av trusler og vold blant ansatte ved legevakter i Norge

AV TORILL SKIBELI JOA *Spesialsykepleier i akuttstusykepleie prehospitalt og hospitalt, Sandnes legevakt, Sandnes*
OG TONE MORKEN, *Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, Uni helse, Bergen*

Er det farlig å jobbe i legevakt i Norge? Vi ser stadig avisoverskrifter om vold og trusler mot ansatte i legevakter, og erfaringer og tilbakemeldinger ved Sandnes legevakt viser at mange er redde for å jobbe i legevakt. Dette har endt i en landsomfattende undersøkelse om forekomst av vold og trusler mot ansatte i legevakt.



Torill Skibeli Joa

Født 1969. Sykepleier (1993), videreutdanning i akuttstusykepleie prehospitalt og hospitalt (2007). Arbeidserfaring fra psykiatri og helsesøstertjeneste. Siden 1997 jobbet ved Sandnes legevakt. Prosjektkoordinator i prosjektet «Er det farlig å jobbe i legevakt?» i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin siden 2008.

Den norske legekårsundersøkelsen har vist at hver fjerde lege har opplevd voldshandlinger fra pasienter eller andre besøkende, og at omkring halvparten av legene en eller annen gang har blitt utsatt for trusler om vold (1). Tall fra andre land viser svært varierende forekomst av trusler og vold mot både leger og sykepleiere, noe som kan tyde på ulike definisjoner av fenomenet. Arbeidstilsynet definerer vold og trusler som hendelser hvor arbeidstakere blir utskjelt, utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet fra tredjepart eller angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydning trussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære (2). Selv om trusler og vold synes å være vanlig, er det få tiltak som iverksettes for å forebygge at slike hendelser gjentar seg. I Storbritannia er det funnet at en av tre leger blir fysisk angrepet hvert år, men at få av disse har fått opplæring i aggresjonsforebyggende tiltak (3).

I Norge finnes hele 220 ulike legevaktordninger, som enten betjener innbyggere i en kommune alene eller som er i interkommunalt samarbeid (4). Det er imidlertid ikke kjent hvor stort problemet med trusler og vold er blant sykepleiere og leger ved legevakter i Norge. Våren 2009 ble det derfor gjennomført en spørreundersøkelse for å kartlegge omfanget av trusler og vold mot ansatte i legevakt. I det følgende presenteres noen resultater fra undersøkelsen.

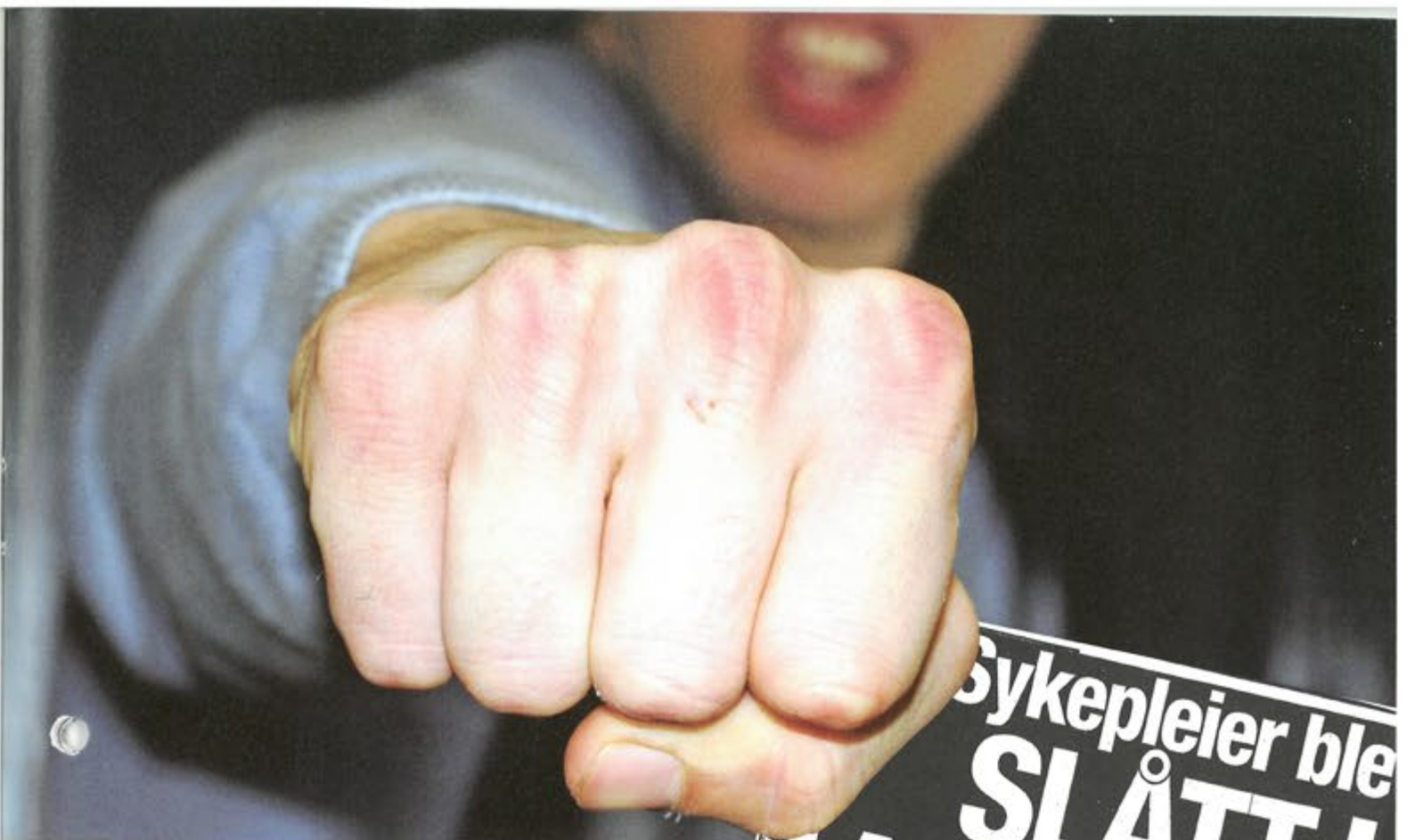
Leger, sykepleiere og helsesekretærer

I denne undersøkelsen svarte 536 personer på spørreskjemaet, en svarprosent på 75. De representerte 20 utvalgte legevakter med ulik størrelse og med geografisk spredning. Flertallet var kvinner (70 prosent), og sykepleiere representerte den største yrkesgruppen (62 prosent). Legene utgjorde 35 prosent av materialet, mens en liten andel (3 prosent) representerte andre yrkesgrupper (som helsesekretær, hjelpepleier og vakter). Alderen på deltakerne varierte mellom 21 og 75 år med en gjennomsnittsalder på 42 år. 88 prosent jobbet i legevakter som dekket mer enn 20 000 innbyggere.

Verbal utskjelling og trusler «normalt»

Tabell 1 viser en oversikt over forekomst av ulike typer vold og trusler i de ulike yrkesgruppene. Nesten åtte av ti personer svarte at de hadde vært utsatt for verbal utskjelling under arbeid i legevakt i løpet av de siste 12 månedene. Flere kvinner enn menn opplevde dette, og flere sykepleiere enn leger.

Godt over halvparten (65 prosent) svarte at de hadde vært utsatt for trusler en eller annen gang i forbindelse med legevaktarbeid, og hele 42 prosent svarte at slike trusler hadde



En av tre opplever vold i legevaktsarbeid. FOTO: TONE NORDEN

de skjedd i løpet av siste året. Trusler var like vanlig blant menn og kvinner, og like vanlig blant sykepleiere og leger.

Verbal utskjelling og trusler forekom imidlertid i ulike situasjoner for de ulike yrkesgruppene. Mens leger opplevde både verbal utskjelling og trusler oftest i direkte pasientkontakt, opplevde de andre yrkesgruppene dette i større grad ved telefonkontakt. Sykepleiere er den gruppen som i størst grad gjennomfører telefonvurderinger i legevakt og som dermed har størst risiko for å bli truet i slike situasjoner. I direkte pasientkontakt er det kanskje legen som lettest blir utsatt for trusler, fordi pasientene sannsynligvis vurderer legen som den med avgjørende myndighet for eventuelle beslutninger som skal tas. Et flertall, uansett yrkesgruppe, antok at rus eller psykisk lidelse var hovedårsak til at både verbal utskjelling og trusler fremsettes mot personale.



TABELL 1. Opplevde trusler og vold fordelt på yrkesgrupper (n=536)

	SYKEPLEIER (N=331)		LEGE (N=190)		ANDRE (N=15)		TOTALT	
	N	PROSENT	N	PROSENT	N	PROSENT	N	PROSENT
Verbal utskjelling siste 12 mnd	283	86	121	64	8	53	412	77
Trusler noen gang	222	67	116	61	7	47	345	65
Trusler siste 12 mnd	148	45	72	38	5	33	225	42
Vold noen gang	101	31	64	34	8	53	173	32
Vold siste 12 mnd	38	11	23	12	6	40	67	13
Seksuell trakassering noen gang	59	18	19	10	0	0	78	15
Seksuell trakassering siste 12 mnd	30	9	16	8	0	0	46	9

En av tre opplever vold

Totalt 32 prosent hadde vært utsatt for vold en eller annen gang i løpet av sitt arbeid i legevakts, mens 13 prosent hadde vært utsatt for vold i løpet av siste året. Flere menn enn kvinner rapporterte at de hadde vært utsatt for vold i legevakts. Det var også flere i gruppen 30 år eller yngre som hadde opplevd vold enn blant de som var eldre. Som for verbal utskjelling og trusler, var det rus eller psykisk lidelse som ble oppgitt som den viktigste grunnen til at den sist erfarte voldsepisoden oppstod. Omfanget av voldshandlinger i denne undersøkelsen synes å være noe høyere enn det som ble funnet i legekårsundersøkelsen (1), noe som kan bekrefte at legevakts har en relativt høy risiko for slike hendelser.

Seksuell trakassering

I vår undersøkelse var seksuell trakassering definert som enhver form for seksuelle antydninger eller ikke-ønsket seksuell oppmerksomhet fra pasient, pasientens venner eller familie. 15 prosent rapporterte at seksuell trakassering har skjedd en eller annen gang i løpet av den tid de har jobbet i legevakts. De var fleste av de som rapporterte dette var kvinner eller sykepleiere. En firedel av de som hadde opplevd seksuell trakassering, var leger. Seksuell trakassering mot allmennleger, spesielt kvinnelige leger, er også vist i en undersøkelse fra Australia (5).

Lite undervisning og trening

Hele syv av ti i undersøkelsen oppgir at de ville ha nytte av kursing/trening innen temaet «vold på arbeidsplassen», men bare 27 prosent svarer at de har fått tilbud om dette i legevakts. Kun 31 prosent av respondentene svarer at deres arbeidssted har rutiner for å forebygge vold og trusler, til tross for at allmennlegeforeningen har hatt fokus på dette og blant annet utarbeidet brosjyre med en rekke tips og råd for å forebygge og håndtere vold og trusler (1).

Vold og trusler – en del av jobben?

Vår undersøkelse med data fra mange ulike legevakts fordelt på ulike størrelser med stor geografisk spredning og en høy svarprosent gir grunn til å anta at funnene kan være representative for dem som jobber i norske legevakts, og at det er mulig å trekke noen generelle konklusjoner. Langt over halvparten av de ansatte har opplevd trusler, mens tre av ti har opplevd vold i sitt arbeid i legevakts. Trusler og vold mot ansatte må dermed kunne sies å være hyppige hendelser ved norske legevakts, og det gjelder både kvinner og menn, og i alle yrkesgrupper.

Erfaring fra arbeid i legevakts gir grunnlag for å anta at alle ansatte kan bli utsatt for vold og trusler en eller annen gang, og det oppleves gjerne som en risiko som følger med jobben. Det betyr ikke dermed at de som arbeider i legevakts skal akseptere å bli truet eller utsatt for vold på arbeidsplassen. Det er stor variasjon i alvorlighetsgraden i disse hendelsene, fra verbal utskjelling til livstruende hendelser og seksuelle overgrep. Det vil også være individuelle forskjeller mellom ansatte på hva de opplever som vold og trusler, og konsekvensene av slike hendelser for den enkelte vil variere. Alvorlighetsgraden av selve hendelsen har selvsagt betydning. I tillegg vil sannsynligvis helsepersonellens tidligere erfaring, kunnskap, mestring og oppfølging være viktig. Samtidig viser undersøkelsen vår at det er lite fokus på undervisning og forebygging av vold og trusler. Her ligger en klar utfordring i videre arbeid med å gjøre legevakts til en tryggere arbeidsplass.

Ifølge arbeidsmiljøloven er arbeidsgivere pålagt å tilrettelegge for et trygt arbeidsmiljø. Det innebærer i dette tilfellet både å forebygge uønskede hendelser, men også at det er faste, klare rutiner for å håndtere det som allikevel skjer. De som jobber i legevakts skal ha en trygg arbeidsplass, der både arbeidslokaler og arbeidsforhold er lagt til rette for å forebygge vold og trusler best mulig. Tiltak kan blant annet handle om rømningsvei, varslingsmulighet, fysiske skiller mellom pasient og personale, og nok bemanning. Over halvparten av deltakerne svarte at de ville ha nytte av undervisning/trening innen temaet «vold på arbeidsplassen». Kunnskap gir trygghet, og vil være nyttig både for å unngå, håndtere og å begrense vold og trusler. Økt kunnskap og mestring kan også være et hjelpemiddel i å legge hendelsen bak seg. Faste rutiner/prosedyrer i oppfølging av ansatte som har vært utsatt for vold eller trusler er et annet viktig tiltak for å skape en trygg arbeidsplass. Her er det viktig at arbeidsgiver medvirker og bidrar med å sette klare grenser for hva som er akseptabel adferd, på denne måten unngår en at det er den enkelte arbeidstaker som må definere hva som er å anse som trusler og hva som er å betrakte som vold. En vil da kunne forebygge unødig skyldfølelse hos personale som har vært utsatt for slike hendelser. Arbeidsmiljøloven pålegger også at arbeidsgiver registrerer alle trussel- og voldsepisoder. Registreringsskjema og melderutiner må være gjort kjent og lett tilgjengelige for personale. Regelmessige tilbakemeldinger til personalet i form av rapporter over hendelsesmønstre/utvikling, om hva som er gjort for å følge opp hendelsene vil kunne bidra til å øke fokus på forebygging av nye hendelser.

Forslag til handlingsplan for legevakts fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin anbefaler å gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) for å vurdere

risiko for trusler og vold i legevakt, identifisere tiltak for å hindre uønskede hendelser, og utarbeide tiltak etter en uønsket hendelse (6). ROS-arbeidet skal resultere i en oversikt over problemområde (risikoprofil) og en prioritert liste over risikoreduserende tiltak og forbedringsforslag. Å sette forebygging av vold og trusler på dagsorden vil være nyttig for både arbeidsgiver, arbeidstaker og bruker. Trygge arbeidstakere med kunnskap og klare retningslinjer betyr økt trivsel, helse og bedre arbeidsmiljø, noe som igjen kommer bruker og arbeidsgiver til gode.

Er det farlig å jobbe i legevakt? Vi vil ikke gå så langt som å svare bekræftende på dette spørsmålet. Imidlertid innebærer arbeid i legevakt en åpenbar risiko for uønskede hendelser, med potensielt alvorlige konsekvenser. I tillegg kan frykten for at noe skal skje, være en belastning for den enkelte, selv om man ikke har opplevd alvorlige vold eller trusler. Så da er det kanskje på tide å ta diskusjonen både generelt og i egen legevakt: Er vold og trusler en del av jobben – en yrkesrisiko? Hvor går grensen, hvor mye skal ansatte tåle?

Takk til

alle legevaktene som deltok i studien. Prosjektet er finansiert og gjennomført i et samarbeid mellom Sandnes legevakt og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Rapport med flere resultater fra studien publiseres i løpet av våren 2010 og vil da finnes på www.legevaktmedisin.no

Referanser

1. Vold og trusler på legekontoret. Fagutvalgets hefte om forebygging og håndtering av vold og trusler mot helsepersonell. Oslo: Den norske legeforening, 2003. <http://www.legeforeningen.no/id/35638.0> (08.03.2010)
2. Vold og trusler på arbeidsplassen. Forebygging, håndtering og oppfølging. Arbeidstilsynets publikasjoner – best.nr. 597. Oslo: Arbeidstilsynet, 2009.
3. Kmietowicz, Z., Half of doctors experience violence or abuse from patients. BMJ 2003; 327: 889.
4. Morken T, Hunskaar S, Blinkenberg J et al. Legevaktorganisering i Norge – Rapport fra Nasjonalt legevakregister 2007. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob Helse, 2008.
5. Koritsas S, Coles J, Boyle M et al. Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs: a cross-sectional study. Br J Gen Pract 2007; 57: 967–970.
6. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. ...er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1–2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
tskibeli@lyse.net / tone.morken@uni.no



MEDINOR

Ultralydscanner Logiq C5

Stasjonær PC-basert



Art.nr.: LOGIQ C5

- 2 lydhoder til både abdomen gyn/obstetrikk, muskel og skjelett, vaskulær etc.
- Avansert teknologi og diagnostisk kapasitet som fremstiller bilder av høy kvalitet.
- Applikasjonsinnstillinger for abdomen SMP, gyn, obstetrikk etc. gjør det enkelt å bruke "Tissue Harmonic Imaging".

www.medinor.no

Relpax Pfizer

Migrenemiddel.

ATC-nr.: N02C C06

TABLETTER, filmdrasjerte 20 mg og 40 mg: Hver tablett inneh.: Eletriptyanhydrobromid tilsv. eletriptyan 20 mg, resp. 40 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Paraoransje (E 110), titandioksid (E 171).

INDIKASJONER: Akutt behandling av hodepinefasen av migreneanfall med eller uten aura.

DOSERING: Voksne (18-65 år): Anbefalt initial dose er 40 mg. Bør tas ved første tegn på migrenehodepine, men er også effektiv ved senere inntak under migreneanfall. Skal bare brukes under hodepinefasen av migrene. Skal ikke tas profylaktisk. Tablettene bør svelges hele med vann. Hvis hodepinen kommer tilbake innen 24 timer etter initial respons, er 1 ekstra dose av samme styrke effektivt for behandling av tilbakefall. Hvis tilleggsdose er nødvendig, skal den ikke tas før 2 timer etter initial dose. Hvis effekt ikke oppnås <2 timer etter første dose, skal det ikke tas en ytterligere dose for behandling av samme anfall. Pasienter som ikke responderer på behandling av ett anfall vil trolig respondere på behandling av påfølgende anfall. Pasienter som ikke oppnår tilfredsstillende effekt etter et adekvat forsøk med 40 mg (f.eks. bratoleranse, men manglende respons i 2 av 3 anfall) kan behandles med 80 mg (2 x 40 mg) i et påfølgende migreneanfall. En påfølgende dose på 80 mg skal ikke tas i løpet av 24 timer. Maks. daglig dose: 80 mg. Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering er nødvendig ved mild til moderat nedsatt leverfunksjon. Nedsatt nyrefunksjon: Mild til moderat nedsatt nyrefunksjon: Anbefalt initial dose: 20 mg. Maks. daglig dose bør ikke overskride 40 mg. Effekt er ikke tilfredsstillende dokumentert for ungdom (12-17 år). Sikkerhet og effekt er ikke tilstrekkelig dokumentert for barn (<12 år), og eldre (>65 år), og anbefales derfor ikke til disse aldersgruppene.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon, moderat alvorlig eller alvorlig hypertensjon, ubehandlet mild hypertensjon, påvist koronar hjertesykdom, inkl. iskemisk hjertesykdom (angina pectoris, tidligere hjerteinfarkt eller påvist stum issemi), objektive eller subjektive symptomer på iskemisk hjertesykdom eller Prinzmetals angina, signifikant arytmi eller hjertesvikt, perifer vaskulær sykdom, tidligere cerebrovaskulære hendelser (CVA) eller transitorisk iskemisk anfall (TIA). Samtidig bruk av ergotamin eller ergotaminderivater 24 timer før eller etter eletriptyan, eller bruk av andre 5-HT₁-reseptoragonister.

ADFORSIKTIGHETSREGLER: Skal kun brukes ved klar migrene-diagnose. Ikke indisert for behandling av hemiplegisk, oftalmoplegisk eller basilaris migrene, eller for behandling av atypisk hodepine, dvs. hodepine som kan være relatert til mulig alvorlig tilstand (slag, aneurismeruptur). Kan assosieres med forbigående symptomer inkl. brystsmerte og tranghetsfølelse som kan være intense og involvere svelget. Pasienten bør utredes hvis symptomer på iskemisk hjertesykdom inntreffer, og ytterligere dose bør ikke gis. Preparatet skal ikke gis uten forutgående undersøkelse av pasienter hvor udiagnostisert kardial sykdom er sannsynlig, eller til pasienter med risiko for koronarsykdom (CAD) (f.eks. pasienter med hypertensjon, diabetes, røykere eller brukere av nikotinsubstitutter, menn >40 år, postmenopausale kvinner og personer med klar familieanamnese med koronarsykdom). Kardiologisk undersøkelse vil ikke alltid kunne identifisere pasienter med kardiovaskulær sykdom, og i meget sjeldne tilfeller har pasienter uten underliggende kardiovaskulær sykdom fått alvorlige kardiale bivirkninger når 5-HT₁-agonister er gitt. 5-HT₁-agonister er blitt assosiert med koronar vasospasme. I sjeldne tilfeller er myokard issemi eller infarkt rapportert ved bruk av 5-HT₁-agonister. Det er sett en svak og forbigående blodtrykksøkning med eletriptyan-doser ≥60 mg. Effekten er mer uttalt ved nedsatt nyrefunksjon og hos eldre. Overdreven bruk av legemidler mot migrene kan føre til daglig kronisk hodepine som kan gjøre det nødvendig å avbryte behandlingen midlertidig. Forsiktighet bør utvises ved bilkjøring og bruk av maskiner. Inneholder laktose. Bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Inneholder paraoransje som kan forårsake allergiske reaksjoner. Serotoninerg syndrom (inkl. endret mental status, autonom ustabilitet og nevromuskulære abnormaliteter) er rapportert ved samtidig bruk av triptan og selektiv serotoninreopptakshemmer (SSRI) eller serotonin-noradrenalinreopptakshemmer (SNRI). Reaksjonene kan være alvorlige. Hvis samtidig behandling med SSRI eller SNRI er klinisk berettiget, anbefales nødvendig observasjon, spesielt ved behandlingsstart, doseøkning eller når gitt som tillegg til annen behandling med serotoninerge legemidler.

INTERAKSJONER: Bør ikke brukes sammen med potente CYP 3A4-inhibitorer f.eks. ketakonazol, itraconazol, erytromycin,

klaritromycin og proteaseinhibitorer (ritonavir, indinavir og nelfinavir). Ergotamin eller ergotaminderivater skal ikke gis i et intervall på 24 timer før eller etter eletriptyan. Økt risiko for bivirkninger ved samtidig bruk av urtepreparater med johannesurt. Serotoninerg syndrom kan oppstå ved samtidig bruk av SSRIer eller SNRIer (se Forsiktighetsregler).

GRAVIDITET/AMMING: Overgang i placenta: Ikke klarlagt. Preparatet skal kun brukes ved graviditet hvis helt nødvendig. Overgang i morsmelk: Går over. Eksponering av eletriptyan hos spedbarn kan minimaliseres ved å unngå amming før 24 timer etter behandling.

BIVIRKNINGER: De vanligste bivirkningene er asteni, somnolens, kvalme og svimmelhet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme, munntørhet, dyspepsi, magesmerter. Hjerne/kar: Rødme, palpitasjoner, takykardi. Hud: Svette. Infeksiøse: Faryngitt, rhinitt. Luftveier: Tetthet i svelget. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, myalgi. Nevrologiske: Somnolens, hodepine, svimmelhet, prikking eller unormal følelse, hypertoni, myasteni, hypoestesi. Øre: Vertigo. Øvrige: Varmefølelse, asteni, brystsymptomer (smerte, tetthet, trykk), frynsninger. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Diaré, glossitt. Hjerne/kar: Perifer vaskulær sykdom. Hud: Utslett, kløe. Luftveier: Dyspné, respirasjonsproblemer, gjesping. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, artrose, bensmerter. Nevrologiske: Tremor, hyperestesi, ataksi, hypokinesi, talevansker, sløvhets, smaksforstyrrelser. Nyre/urinveier: Hyppig vannlating, urinveisforstyrrelse, polyuri. Psykiske: Unormale tanker, agitasjon, insomni, forvirring, personlighetsforandringer, eufori og depresjon. Stoffsifte/ernæring: Anoreksi. Øre: Øresmerter, tinnitus. Øye: Unormalt syn, øyesmerter, lysømfintlighet, tåreforstyrrelser. Øvrige: Uvelhet, ansiktsødemer, tørste, ødemer inkl. perifer. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Forstoppelse, øsofagitt, tungeødem, oppstøt. Hjerne/kar: Bradykardi, sjokk. Hud: Hudsykdom og urticaria. Infeksiøse: Luftveisinfeksjon. Kjønnsgener/bryst: Mastalgi, menoragi. Lever/galle: Bilirubinemi, økt ASAT. Luftveier: Astma, stemmeforandringer. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, myopati, rykninger. Psykiske: Emosjonell labilitet. Øye: Konjunktivitt. Etter markedsføring: Allergiske reaksjoner, noen alvorlige. Serotoninerg syndrom, sjeldne tilfeller av synkope. Hypertensjon. Sjeldne tilfeller av iskemisk kolitt, oppkast.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Enkelt-doser 120 mg er tatt uten signifikante bivirkninger. Basert på farmakologien til denne klassen, kan imidlertid hypertensjon eller andre mer alvorlige kardiovaskulære symptomer inntreffe ved overdose. Behandling: Standard støttende behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger N02C C06.

PAKNINGER OG PRISER: 20 mg: Enpac: 6 stk. kr 306,30. 40 mg: Enpac: 6 stk. kr 306,30. 18 stk. kr 848,80.

REFUSJONSBERETTIGET BRUK:

Akutt behandling av hodepinefasen av migreneanfall med eller uten aura.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr
N89 Migrene	139, 140
ICD	Vilkår nr
G43 Migrene	139, 140

VILKÅR:

139

En hodepinekalender skal brukes ved oppstart og endring av migrenebehandling. Det skal dokumenteres i journalen at hodepinekalender er brukt. Hvis bruk av hodepinekalender ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.

140

Ved oppstart og endring av behandling skal sumatriptan tabletter forsøkes først. I tillegg kan inntil 2 andre triptan-preparater forskrives samtidig. Hvert forskrevne triptan-preparat skal forsøkes ved minst 3 migreneanfall med mindre pasienten opplever uakseptable bivirkninger. Pakningsstørrelsen forskrevet skal være tilpasset antall doseringer nødvendig for utprøving. - Hvis pasienten ikke oppnår ønsket effekt eller får uakseptable bivirkninger av triptan-preparatene som er forsøkt, kan ytterligere 3 triptan-preparater forskrives samtidig. - Etter utprøving kan pasienten fortsette behandling med andre triptan-preparater enn sumatriptan tabletter kun dersom det i hodepinekalenderen er vist at: 1. De har bedre effekt og/eller mindre bivirkninger enn sumatriptan tabletter, eller 2. Sumatriptan tabletter alene ikke er tilstrekkelig for optimal anfallsbehandling. - Årsaken til behandling med andre triptan-preparater enn sumatriptan tabletter skal dokumenteres i journalen.

SIST ENDRET: 21.10.2008 (priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

RELPAXTM

eletriptan HBr

Sumatriptan: Foretrukket triptan Relpax:¹ Kan forskrives samtidig

Refusjonsberettiget bruk:¹ Akutt behandling av hodepinefasen av migreneanfall med eller uten aura.

Refusjonskode

ICPC: N89 Migrene Vilkår nr. 139, 140,

ICD: G43 Migrene Vilkår nr. 139, 140

Refusjonsvilkår¹

139 En hodepinekalender skal brukes ved oppstart og endring av migrenebehandling. Det skal dokumenteres i journalen at hodepinekalender er brukt. Hvis bruk av hodepinekalender ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.

140 Ved oppstart og endring av behandling skal sumatriptan tabletter forsøkes først. I tillegg kan inntil 2 andre triptan-preparater forskrives samtidig. Hvert forskrevne triptan-preparat skal forsøkes ved minst 3 migreneanfall med mindre pasienten opplever uakseptable bivirkninger. Pakningsstørrelsen forskrevet skal være tilpasset antall dosering er nødvendig for utprøving.

- Hvis pasienten ikke oppnår ønsket effekt eller får uakseptable bivirkninger av triptan-preparatene som er forsøkt, kan ytterligere 3 triptan-preparater forskrives samtidig. Etter utprøving kan pasienten fortsette behandling med andre triptanpreparater enn sumatriptan tabletter kun dersom det i hodepinekalenderen er vist at:

1) De har bedre effekt og/eller mindre bivirkninger enn sumatriptan tabletter, eller
2) Sumatriptan tabletter alene ikke er tilstrekkelig for optimal anfallsbehandling.

Årsaken til behandling med andre triptanpreparater enn sumatriptan tabletter skal dokumenteres i journalen.

FOLKETRYGDEN Rekvisisjon – viktige legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmaterieil		Navn, fødselsnummer (11 siffer), kjønn og adresse Ola Nordmann (110175 11311) Skammekroken 4 1234 Røyken
For legen Preparat/produkt, virkestoff, styrke, mengde, bruksområde, dosering. Rp. Tbl Sumatriptan 50 mg No. 6 Dssn. 1 el. 2 tabletter ved migrene. 2 timer mel- lom dosene. Maks.6 tabl/døgn #	Resept fra sykehus	For apoteket/bandasjsten Følgende intervensjon er foresatt for at utlevering kan foretas på blå resept.
Rp. Tbl Relpax 40 mg No. 6 Dssn. 1 tabl ved migreneanfall. En tilleggsdose kan gjentas etter 2 timer hvis nødvendig. Maks. 2 tabl/døgn #		
Rp. Tbl. Triptan X No. 6 Dssn. Startdose X mg.		
For legen ☐ Søkna om individuell refusjon er sendt NAV Helseetjenesteforvaltning, dato: _____ Jeg attesterer at pasienten har behov for langvarig behandling. Sykdom og preparat oppfyller vilkår for refusjon etter: ☒ § 2 ☐ § 3a ☐ § 3b ☐ § 4 ☐ § 5 punkt _____ ☐ § 6 punkt _____ Refusjonskode (skal fylles ut når § 2 benyttes): (ICD) G43 / (ICPC) N89 *§§ 3a, 3b og 6 krever gyldig vedtak fra NAV Navn, ID-nummer, yrke/spesialitet og adresse Lege Per Nordmann Doktorgata 5 1010 Doktorstad Tlf: 000 000 000 ID-nr 1000 000		

Et eksempel på
hvordan en resept
kan se ut ved opp-
start eller utprøving
av triptaner

ETIKK I LEGEVAKT

AV KRISTINE BÆRØE OG OLE FRITHJOF NORHEIM

Prosjektet «Etikk i legevakt» er utført på oppdrag fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Prosjektets hovedmål har vært å utvikle undervisningsmateriell i etikk for legevaktspersonell. Ansvarlige for prosjektet har vært lege og professor i medisinsk etikk, Ole Frithjof Norheim, og filosof og forsker Kristine Bærøe. I denne artikkelen redegjør vi for den teoretiske bakgrunnen og oppbygningen av studieheftet «Etikk i legevakt».

GRUNNLEGGENDE PREMISS FOR ETIKK: Moralsk likeverd

Helt generelt kan vi si at etikk handler om å behandle andre som moralsk likeverdige. Vi behandler andre som moralsk likeverdige når vi er oppmerksomme på andres tilstedeværelse og behov og når vi søker å ivareta andres ve og vel. Vi viser at vi anerkjenner andre som moralsk likeverdige når vi tolerer og aksepterer ulikheter i oppfatninger og ønsker, når vi lar være å presse oss på når noen uttrykker motvilje mot å bli trådd for nære, og når vi søker å unngå enhver form for undertrykkelse som utnyttning, misbruk og diskriminering. Ved å opptre etisk, forstått i denne brede forstand, beskytter vi andres integritet samtidig som vi ivaretar vår egen i kraft av å demonstrere at vi anerkjenner menneskers moralsk likeverd.

Hvordan handler man så når man anerkjenner moralsk likeverd? Det kan høres tilforlatelig enkelt ut når akseptabel og uakseptabel oppførsel beskrives i generelle termer som «å vise toleranse» og «å unngå diskriminering», men hva innebærer det i konkret praksis? Visse «kjøreregler» kan etableres gjennom oppdragelse, etikette-regler og på bakgrunn av erfaringer vi gjør oss. Slike regler legger grunnlaget for intuisjonene våre om rett og galt, og utgjør



Kristine Bærøe har hovedfag i filosofi og PhD i medisinsk etikk. For tiden er hun ansatt som post.doc. stipendiat på Etikkprogrammet ved Universitet i Oslo. Forskningsinteressene er metaetikk, klinisk etikk, bioetikk, profesjonsteori og politisk filosofi. Hun har jobbet spesielt med prioriteringer i helsetjenesten, kvalitetssikring av skjønnsmessige beslutninger og sosialt betinget ulikhet i helse.



Ole Frithjof Norheim er professor i medisinsk etikk ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen og assistentlege ved Medisinsk avdeling på Haukeland Universitetssykehus. Norheim fikk forskningsmidler for yngre fremragende forskere av Forskningsrådet i 2004 for å se på det etiske grunnlaget for prioritering av helseressurser i land med ekstrem ressursknapphet. Leder av the International Society for Priority Setting in Health 2006-2008. Han er nå leder av klinisk etikkkomité i Helse Bergen.

kompasset vi navigerer etter i hverdagslivets kontakt med andre. Når det oppstår situasjoner der en intuisjon om hva som er rett gnisser an mot en annen, slik at kravet om å fremme moralsk likeverd kommer under press, blir vi oppmerksomme på den etiske dimensjonen ved situasjonen vi står i. Hva er riktig å gjøre? Hvordan kan man ivareta andres og egen moralske likeverd på en best mulig måte? Disse to spørsmålene representerer to sider av samme sak i slike situasjoner. Spesifikke hensyn og verdier som står på spill i den konkrete situasjonen må veies mot hverandre for å kunne konkludere om det rette å gjøre og handle deretter.

Klinisk etikk generelt og etikk i legevakt spesielt

I forhold til klinisk, helsefaglig arbeid, kan vi si at etikk handler om å understøtte og fremme pasienters, pårørendes og helsepersonells moralske likeverd gjennom hele

Etikk i legevakt

Kristine Bærøe, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



helsehjelpforløpet, fra første henvendelse til avsluttet oppfølging.

I tillegg kan vi spesifisere nærmere karakteristiske trekk som er særegne for kliniske helsehjelpkontekster. En helsehjelpssituasjon er spesiell i den forstand at den ene parten (pasienten) er avhengig av den andre partens (helsepersonell) velvilje og kompetanse. Dette er en asymmetrisk maktrelasjon som stiller helsepersonell overfor særskilte utfordringer når det gjelder å fortolke og etterleve det etiske kravet om å behandle den andre som moralsk likeverdig. Videre faller helsehjelpssituasjoner inn under en rekke reguleringer i form av lovverk, direktiver og krav om å fremme helse-tjenestens organisatoriske verdier. Etisk akseptabel helsehjelp innebærer å fremme moralsk likeverd selv i situasjoner der ulike verdier kommer under press eller i konflikt. Om man lykkes eller ei har direkte konsekvenser for den helhetlige kvaliteten på tjenesten som tilbys.

Etikk i legevakt skiller seg ikke på noen prinsipiell måte fra etikk i en hvilken som helst annen helsehjelpssituasjon. Derimot vil lover og direktiver som regulerer legevaksarbeid innebære spesifikasjoner som skiller formålet med legevaksarbeid fra andre helsetjenester. I den forstand vil man i legevakt kunne stå over for andre typer situasjoner enn de man normalt vil oppleve på for eksempel et allmennpraktikerkontor. Skal etikken i legevaksarbeid styrkes betyr dette at man må basere undervisningsopplegget på situasjonsbeskrivelser som er karakteristiske for legevaksarbeid. Det er disse konkrete, kontekstuelle forholdene som styrer spesifikke, «legevaktsetiske» refleksjoner. Det er med andre ord ikke påkrevet med en særskilt metodisk tilnærming til etisk refleksjon i legevaksarbeid. Metoder som gjelder for klinisk arbeid generelt kan anvendes.

Hva er etisk kompetanse i klinisk arbeid?

Helt generelt kan vi si at etiske kompetanse involverer tre ulike elementer: Identifikasjon, refleksjon og handling. For akademikere med en teoretisk innfallsvinkel til etikk, vil etisk kompetanse primært måtte forstås som en evne til refleksjon og identifisering av etiske problemstillinger. For praksisnære, profesjonelle yrkesgrupper som helsepersonell derimot, viser den etiske kompetansen seg først og fremst i hvordan man handler og dernest i hvordan man håndterer konfliktsituasjoner som krever mer omfattende refleksjon. Hvordan helsepersonell velger å handle vil være betinget av at man er i stand til å identifisere hvilke hensyn som står på spill samt avveie hvilke hensyn og verdier man finner det riktig å realisere gjennom handling. Skjematisk og forenklet kan utøvelse av klinisk relevant etisk kompetanse beskrives kronologisk som følgende forløp: 1) identifikasjon av etiske spenninger i en situasjon, 2) refleksjon over hva man bør gjøre, og 3) handling i tråd med handlingsalternativet man bedømmer som det beste. I situasjoner der etiske spenninger i 1) fremstår som etisk konflikter eller dilemmaer med store krav til refleksjonsarbeidet i 2), viser den etiske kompetansen seg mer spesifikt som en evne til å håndtere etiske konflikter.

Hvordan heve etisk kompetanse i klinisk arbeid?

Tiltak for å heve helsepersonells etiske kompetanse i helsehjelpssituasjoner kan ta utgangspunkt i alle de tre ulike kompetanseelementene som fremkommer i den skjematiske fremstillingen over. For det første kan inntaket til ut-

vikling av etisk kompetanse gå via handlingskomponenten. I helsefag erverves deler av kunnskapsgrunnlaget for god praksis gjennom erfaring. Det vil derfor være hensiktsmessig å legge vekt på observasjon av erfarne utøvere av yrket som en del av opplæringen. Praktisk kunnskap kan internaliseres gjennom etterligning av rollemodellens handlinger. Selv om en slik mester-svenn-metode primært brukes til opplæring i fagtekniske ferdigheter og vurderinger, kan den sannsynligvis også anvendes for å overføre forbillidige holdninger, kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter i pasientbehandlingen (1).

For det andre kan organisert opptrening av etiske kompetanse i klinisk arbeid gå via refleksjonskomponenten. Med et undervisningsfokus på spørsmålet om hvordan man skal reflektere over etiske konflikter kan undervisningen ta ulike former. Man kan velge å legge vekt på etiske teorier for å synliggjøre ulike argumenters form, styrke og svakheter, eller man kan resonnerer over ulike etiske sider ved helsehjelpssituasjoner uavhengig av teorikunnskap men med utgangspunkt i studentenes intuisjoner (2, 3). Uavhengig av et fokus på teori eller ei, vil bruk av eksempler eller kasuistikker i en opplæringssituasjon være avgjørende for å knytte refleksjonstrening til relevante problemstillinger for helsepersonell. Videre er det utviklet modeller for hvordan man på systematisk, løsningsorientert vis kan reflektere over kliniske etiske problemstillinger (4, 5). Disse kan bidra til en kontinuerlig videreutvikling av etisk kompetanse gjennom yrkeslivet.

For det tredje kan man velge å fokusere undervisningen rundt den første komponenten som inngår i etisk kompetanse, det vil si evnen til å identifisere relevante etiske spenninger i en situasjon. Denne ferdighet går logisk sett forut for de andre kompetanseelementene ettersom etisk kompetent refleksjon og handling forutsetter at man er i stand til å erkjenne hva som står på spill for hvem i ulike situasjoner. Velger man å fokusere undervisningen i henhold til refleksjonskomponenten, er tilgangen til de grunnleggende etiske strukturene ved klinisk arbeid ikke bare indirekte formidlet, men samtidig også begrenset. Begrensningen ligger i at kasuistikkene og problemstillingene undervisningspersonell legger til grunn for refleksjonsopplæringen kun vil representerer et utvalg av mulige etiske aspekter ved klinisk arbeid. Dermed kan også helsepersonellens evne til å identifisere etiske aspekter ved kliniske situasjoner begrense seg til de mer og mindre vilkårlig utvalgte aspektene de har fått presentert som eksempler på situasjoner som påkaller etisk refleksjon. Tilsvarende gjelder også for en handlingsorientert mester-svenn læringsmodell. Innføring i relevante etiske situasjonsaspekt er betinget av de handlingene man faktisk observerer.

Ved å fokusere undervisningen på identifikasjonskomponenten i etisk kompetanse kan man bidra til en direkte og mer adekvat formidling av de grunnleggende vilkårene som betinger klinisk etikk, forutsatt at man søker å kartlegge og presentere disse etiske strukturene på en systematisk og gjennomgripende måte. Ved å flombelyse dette landskapet av etiske vilkår, kan man forhindre at «upopulære» etiske problemstillinger blir neglisjert i undervisning og senere aldri oppdaget i praksis.

I studieheftet «Etikk i legevakt» har vi lagt vekt på å formidle en systematisk analyse av de grunnleggende etiske strukturene i klinisk arbeid generelt og legevaktarbeid spesielt. Vi har med andre ord ønsket å styrke den første komponenten i den skjematisk fremstillingen av etisk kompetanse, evnen til å identifisere etiske spenninger i en klinisk situasjon. I det følgende skal vi utdype vår teoretiske tilnærming.

STUDIEHEFTETS TEORETISKE GRUNNLAG: Etiske strukturer i klinisk arbeid

Utgangspunktet for analysen er det etiske kravet om å behandle andre som moralsk likeverdige på den ene siden, og helsepersonells utøvelse av *skjønn* på den annen. Helsepersonell tar i mot pasienter, diagnostiserer, behandler, evaluerer behandlingen og følger opp pasienten. Alle disse sidene ved helsehjelp kan involvere kunnskapsmessig usikkerhet. Skjønnsutøvelse er påkrevd når man er nødt til å konkludere med tiltak til tross for usikkerhetsfaktorene som inngår (6). Samtidig forventes helsepersonell å ivareta det grunnleggende etiske kravet om å fremme den andres moralske likeverd gjennom hele helsehjelpsforløpet. Å se hva dette innebærer i konkrete, varierte og komplekse situasjoner er ikke tilgjengelig som standardisert kunnskap. Skjønnsutøvelse er påkrevd også her.

Videre er det nyttig å skille mellom *strukturelt skjønn*, eller skjønnsmyndighet, på den ene siden og *epistemisk skjønn*, erkjennelse på basis av egendefinerte kvalitative standarder, på den andre (6). Når vi skiller mellom skjønn som en avgrenset skjønnsmyndighet og som en erkjennelsesaktivitet, kan vi klargjøre hvordan eksterne forhold regulerer det erkjennelsesmessige skjønnets den individuelle helsearbeider står fri til å utøve. Gjennom lover, regler, styringsverdi- og pragmatiske forhold begrenses den autoritative myndighet helsepersonell har til å bedømme pasientens behov for helsehjelp i henhold til egendefinerte standarder. Mot en slik bakgrunn lar etiske strukturer seg kategorisere i henhold til hvorvidt den enkelte helsearbeider selv opplever en konflikt mellom hva vedkommende finner riktig å tilby og hva man ender opp med å tilby. På den annen side

kan det oppstå konflikter mellom hva helsearbeideren tilbyr og hva andre, det vil si pasient, pårørende, kollegaer, politikere, media eller folkeopinionen finner det rimelig å tilby.

På basis av disse skjønnsrelaterte, strukturelle spenningene som kan oppstå enten internt innad i helsearbeiderens eget perspektiv, eller mellom helsearbeiderens og andres vurderinger, analyserer vi de ulike, generelle vilkårene som vil kjennetegne etisk spenningsfylte situasjoner. Grovt skissert kan vi si at på den ene siden vil slike vilkår handle om eksterne normative reguleringer (lover, regler, verdibaserte prinsipper for formålet med og organiseringen av helsetjenesten), praktiske hindringer eller personlige motiver som kommer i veien for den konkrete hjelpen helsepersonell erkjenner at de bør tilby. På den annen siden opptrer etiske spenninger i konfliktsituasjoner der det foreligger skjønsmessige uenighet mellom helsepersonell og andre om helsehjelpen som ytes. De etiske spenningene vil da kunne være knyttet til kritikk av helsepersonells skjønsmessige behovsvurderinger, enten i en *fagteknisk* eller en *distributiv* forstand. Kritikken kan også rette seg mot manglende utvist relasjonelt skjønn, det vil si, helsepersonell anklages for å ha behandlet pasient eller pårørende på en måte som undergraver deres moralske likeverd. Videre kan den skjønsmessige uenigheten skyldes helsepersonells håndtering av eksterne normative reguleringer eller pragmatiske hindringer. Eller den skyldes hvorvidt personlige motiver som har påvirket helsehjelpsbeslutningen er å betrakte som akseptable eller ei.

I tillegg til å summere opp de ulike vilkårene som kan bidra til etiske spenninger i pasientbehandling, understreker vi at selve håndteringen av disse spenningene bringer inn en ny etisk dimensjon i samsvar med kravet om å fremme andres moralske likeverd. For det første er individuelle helsearbeidere forpliktet til å melde fra når normative reguleringer eller praktiske hindringer skaper etiske uakseptable løsninger. Ved å ta ansvar for å påpeke, og om mulig endre slike forhold, handler helsepersonell i tråd med kravet om å fremme berørte parter moralske likeverd. For det andre må skjønsmessig uenighet håndteres på en måte som tilkjenner alle involverte parter moralsk likeverd. Dette innebærer at alle de involverte parter må kunne få legge frem sitt syn og begrunnelser må gjøres tilgjengelig og følges ad med klagemulighet for involverte parter. Når undertrykkende maktutfoldelse avverges, fremmes partenes moralske likeverd. Det hviler et etisk ansvar på helseinstitusjonens ledelse for å sikre kanaler for rapportering om uetiske forhold. I tillegg er det behov for prosedyrer for håndtering av skjønnsbaserte konfliktsituasjoner (7). Dette etiske ansvaret sammenfaller med ansvaret om å sikre tjenester av god kvalitet.

STUDIEHEFTETS PRAKTISKE TILNÆRMING:

Kasuistikker

Ved å synliggjøre de underliggende strukturene og vilkårene som påkaller etisk respons i klinisk helsearbeid, gir studieheftet et teoretisk grunnlag for oppøving av etisk årvåkenhet i praksis. Vi har i tillegg lagt til rette for praktisk opptreningen av denne evnen. Hefet presenterer en samling kasuistikker av helsehjelpssituasjoner med klar relevans for legevaktsarbeid. Ved hjelp av spørsmål inviteres legevaktansatte til å reflektere i fellesskap over de etiske sidene ved de gitte situasjonsbeskrivelsene. Vi utfordrer leserne til å trekke konklusjoner om hvordan situasjonen bør håndteres og oppfordrer dem til å trekke paralleller til personlige erfaringer og forholdene ved egen legevakt. Kasuistikkene er utviklet på bakgrunn av innspill fra kolleger ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin om etisk utfordrende legevaktssituasjoner. Innspillene ble sortert i henhold til den teoretiske analysen. Ved å sørge for at alle de ulike strukturene og vilkårene som kjennetegner etiske kliniske situasjoner er representert i kasuistikkene, har vi gjennom denne praktiske tilnærmingen søkt å gi en adekvat og ikke-vilkårlig presentasjon av grunnvilkårene for klinisk etikk.

VEIEN VIDERE:

Vedvarende utvikling av etisk kompetanse

I studieheftet har vi også lagt vekt på å formidle lederes ansvar for å tilrettelegge for en kontinuerlig utvikling av medarbeidernes etiske kompetanse. Helsehjelp er et etisk forpliktende arbeid i et komplekst, regulert felt der helsepersonell vil stå overfor utfordringen om å etterleve det etiske kravet om å behandle andre som moralsk likeverdige i stadig nye kontekster. Etisk kompetanse utvikles i henhold til en kontinuerlig voksende erfarings-«pool» som bidrar til å styrke evnen til å identifisere og å håndtere nye situasjoner. Ledere kan påvirke denne individuelle utviklingsprosessen ved å tilrettelegge for felles refleksjon over påtrufne etiske problemstillinger, samt stimulere til et diskusjonsklima med rom for kritisk selvrefleksjon.

Studieheftets oppbygning

Studieheftet er utarbeidet for å kunne fungere på en variert og fleksibel måte. Innholdsmessig er det bygd opp med en innledning der vi sier litt om hva etikk er, om hvorfor vi bør fokusere på etikk og hva vi legger i begrepet etisk kompetanse. Så følger samlingen med kasuistikker samt spørsmål som utgangspunkt for refleksjon. Denne delen fungerer som arbeidsoppgaver man med fordel utfører i fellesskap med andre legevaktstilsatte. Avslutningsvis gir vi en utdypende analyse av de etiske strukturene og vilkå-

rene som kjennertegner klinisk arbeid. Kasuistikkene kan fint diskuteres uavhengig av om man har lest den teoretiske delen eller ei. Samlet sett gir heftet tilgang til ulike opplegg for fordypning, og vi foreslår også forskjellige måter studiet kan organiseres på.

Studieheftet og annet relevant undervisningsmaterie

Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester og Legeforeningens nettkurs «Etske dilemmaer» representerer to nye, større satsninger på etisk kompetanseheving i helsetjenesten (8, 9). Etikkhåndboka legger vekt på å presentere refleksjonsmodeller som løsningsverktøy for etiske problemstillinger i arbeidet. Legeforeningens nettkurs inviterer med varierte pedagogiske grep til metodisk drøfting av etiske dilemmaer. Disse undervisningsoppleggene skisserer ikke systematisk de spesifikke vilkårene som skaper etiske spenninger og konflikter i klinisk arbeid. Tvert imot forutsetter fokus på metodisk refleksjon at slike etiske spenninger eller dilemmaer allerede er erkjent. I dette perspektivet vil den teoretiske analysen studieheftet «Etikk i legevak

Referanser

1. Lynoc N, Löfmark R, Thulesius HO: Teaching medical ethics: what is the impact of role models? Some experiences from Swedish medical schools. *Journal of Medical Ethics* 2008, 34(4):315–316.
2. Benatar D: Moral theories may have some role in teaching applied ethics. *J Med Ethics* 2007, 33(11):671–672.
3. Lawlor R: Moral theories in teaching applied ethics. *J Med Ethics* 2007, 33(6):370–372.
4. Jonson AR, Siegler M, Winslade WJ: *Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. Sixth edition. New York: McGraw Hill; 2006.
5. Førde R, Pedersen R: *Manual for arbeidet i klinisk etikk-komité*. Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo; 2007.
6. Grimen H, Molander A: Profesjon og skjønn. I *Profesjonsstudier*. Red. av Molander A, LI Terum. Oslo: Universitetsforlaget; 2008:179–196.
7. Den norske legeforening: *Legeforeningens policy. Profesjons-etikk. Rom for etisk refleksjon i utdanning og på arbeidsplasser*. Nr. 2 2006.
8. Eide T, Aadland E: *Etikk håndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Kommuneforlaget AS; 2008.
9. Nettkurs: *Etske dilemmaer* (<http://nettkurs.legeforeningen.no/course/view.php?id=34>)

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
kristine.baroe@isf.uib.no / ole.norheim@isf.uib.no

C Circadin «Neurim»

ATC-nr.: N05C M17

Sedativum, Hypnotikum.

DEPOTTABLETTER 2 mg: Hver depottablett inneholder Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter >55 år.

Dosering: Bør svelges hele. **Voksne:** 2 mg 1 gang daglig, 1–2 timer før leggetid og etter mat. Denne doseringen bør fortsettes i 3 uker. **Barn og ungdom: <18 år:** Anbefales ikke pga. utilstrekkelige data vedrørende sikkerhet og effekt. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefales ikke.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

⚠ Forsiktighetsregler: Melatonin har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan forårsake tretthet. Brukes med forsiktighet hvis effekten av tretthet med sannsynlighet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer, da det ikke foreligger kliniske data angående bruk til denne pasientgruppen. Pasienter med sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvede laktasemangel (lapp-laktasemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. **Interaksjoner:** Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzymet, er derfor mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2 og CYP 2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksyporalen, som øker melatoninnivåene ved å hemme metabolismen. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP 2D0-hemmer, som øker melatoninnivåene i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP 1A2-induksjon. Østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP 1A2-hemmere, som kinoloner, kan føre til økt melatonineksponering. CYP 1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkohol må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepinhypnotika, som zolopon, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tioridazin kan føre til en økt følelse av urolighet sammenlignet med kun bruk av tioridazin. Samtidig inntak av melatonin og imipramin kan føre til økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Bruk under graviditet er ikke undersøkt. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Pga. manglende kliniske data bør ikke gravide og kvinner som ønsker å bli gravide, bruke preparatet. **Overgang i morsmelk:** Går over. Anbefales derfor ikke til ammende. **Bivirkninger:** Mindre hyppige: Gastrointestinale: Magesmerter, forstoppelse, munnørthet. Hud: Hyperhidrose. Lever: Hyperbilirubinemi. Neurologiske: Migrene, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnighet. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer. Øvrige: Vektøkning, Asteni, Sjeldne (< 1/1000): Blod: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastrointestinale lidelser og ubehag, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose. Hud: Ekssem, erytem, kløende utslett, pruritus, tørr hud, neglesykdommer, nattesvette. Hørsel: Vertigo posturalis. Lever: Økt leverenzymnivå, unormale leverfunksjonstester. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkramper, nakkesmerter. Metaboliske: Hypertriglyseridemi. Neurologiske: Nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, dårlig søvnkvalitet. Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråtetokter, tidlig våkning om morgenen, økt libido. Sirkulatoriske: Hørdetokter. Syn: Redusert synsskarpheit, uklart syn, økt lakrimasjon. Urogenitale: Priapisme. Øvrige: Herpes zoster, tretthet.

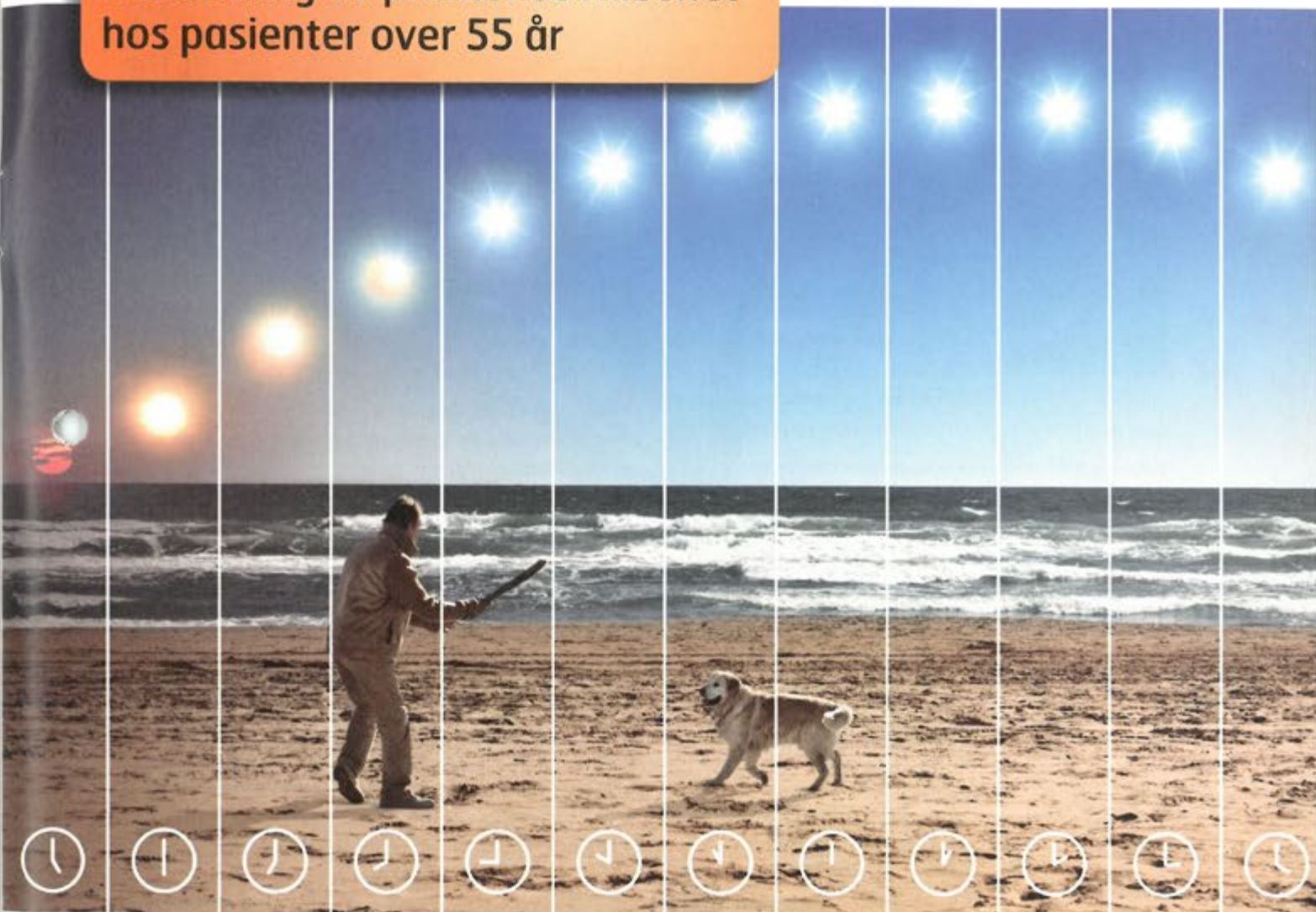
Overdosering/Forgiftning: Ingen rapporterte tilfeller. I litteraturen er det rapportert om administrering av daglige doser på opptil 300 mg melatonin uten at dette forårsaket signifikante bivirkninger. **Symptomer:** Tretthet forventes. Clearance av virkestoffet forventes innen 12 timer etter svelging. **Behandling:** Ingen spesiell behandling er nødvendig.

Egenskaper: Klassifisering: Hormon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av døgnrytmer og tilpasning til lys-mørkesyklusen. Det er også forbundet med en hypnotisk effekt og økt tilbøyelighet for søvn. **Virkningsmekanisme:** Aktiviteten til melatonin ved MT1-, MT2- og MT3-reseptorene antas å bidra til de søvnfremmende egenskapene, da disse reseptorene (hovedsakelig MT1 og MT2) er involvert i reguleringen av døgnrytme og søvnregulering. Pga. den aldersrelaterte reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomni. **Melatonin forkorter innsøvnstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten.** Søvnens sammensetning og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. **Absorpsjon:** Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifkant «first pass»-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig matinntak ($T_{max} = 3$ timer og $C_{max} = 1020$ pg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 60%. **Fordeling:** Binde hovedsakelig til albumin, a1-f2-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. **Halveringstid:** 3,5–4 timer. **Metabolisme:** I leveren via CYP 1A1, CYP 1A2 og muligens CYP 2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksymelatonin, er inaktiv. **Utskillelse:** 89% utskilles renalt, som konjugater av 6-hydroksymelatonin. 2% utskilles i uforandret form. **Pakninger og priser (pr. 08.10.2009):** Enpoc: 21 stk. 155,90 kr.

Klar for en ny dag

NYCOMED

Behandling av primær søvnløshet
hos pasienter over 55 år



Økt

Søvnkvalitet
Våkenhet
Funksjonsevne
Livskvalitet

Redusert

Innsøvningsstid

1,2,3,4)

Dosering:

1 tablett én gang daglig, 1-2 timer før leggetid og etter mat.
Denne doseringen bør fortsettes i tre uker¹⁾

1) SPC

2) Wade A. et al. Aging Health 2008;4(1),11-21

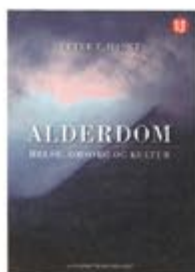
3) Lemoine P. et al. Journal of Sleep Research 2007;16(4)

4) Wade A. et al. Curr Med Res Opin 2007;23(10)

Depottablett melatonin

circadin®
Klar for en ny dag

Alderdom, helse, omsorg og kultur



Peter F. Hjorth
Alderdom, helse, omsorg og kultur,
1. utgave
Universitetsforlaget, 2010
256 sider

«Alderdom, helse, omsorg og kultur» dreier seg om tanker og filosoferinger rundt alderdommen, hvordan den oppleves og takles av helsetjenesten og samfunnet, sett gjennom forfatterens mangeårige aktive lege- og pensjonistliv.

Boken er som tittelen antyder inndelt i tre avsnitt.

I første del gir Hjorth oss et minikurs i alderdommens utfordringer og foreslår en rekke mestringsstrategier, som å opprettholde fysisk og psykisk aktivitet og funksjonsevne, og ikke minst, vedlikeholde sosiale nettverk.

Han ser mange dilemmaer knyttet til alderdommen, både i medisinen og i samfunnet. Arbeid eller pensjon? Aktivitet eller ro? Hvem er egentlig ansvarlig for helsen? Bolig, flytte eller ikke? Livets slutt, hva med eutanasi? Hvordan skal vi mestre motgang og sykdom?

Helse oppfatter Hjorth som et «overskudd» i møte med hverdagens krav. Motgang mener han er så vanlig at en må se den som en del av livet.

Botemidlene blir aktivitet i alle former, slik at man kan oppnå følelse av å lykkes med noe, stoppe negative følelser og dyrke frem humor og optimisme! Han gjentar ofte mosjon som viktig, og skulle først sykdom oppstå anbefaler han å sette seg skikkelig inn i det man måtte rammes av.

I andre del omtales helsetjenesten. Her gis det blant annet en rekke nyttige råd til oss leger. Vi må kunne «gripe», det vil si at vi må kunne faget og bry oss om pasientene. Vi bør ha tid for pasientene, vise evne og vilje til å informere riktig; kunne kommunisere, «skape noe sammen», skape tillit, være til å stole på. Vi må lytte, pasientens egen fortelling er viktigere enn legens spørsmål.

Han berører en rekke tema som rehabilitering, tvang, innleggelser på sykehus eller ikke, hvem skal bestemme behandling - pårørende eller legen? Overbehandler vi og skaper «lært hjelpeløshet»? Styrer pengene oss for mye?

Når det gjelder det kontroversielle temaet eutanasi har Hjorth kommet til at han nærmer seg nederlandske verdier, og foreslår følgende vilkår for aktiv dødshjelp: Pasienten og

familien må ønske det, det må være på slutten av livet, pasienten må ha store lidelser, to uavhengige leger må være enige; og en rapport må sendes en uavhengig kommisjon.

I siste del er «kultur og helse» tema. Hjorth trekker frem historiske utviklingstrekk. Før var de gamle «takknemlige for lite», før var de aktet, nå til bry. Mange hevder det skjedde «noe» rundt 1980 som snudde utviklingen i feil retning, mot mer pengefokus, mindre menneskelighet.

Hjorth mener det er på tide å trekke frem et «felles verdisystem», nemlig de gamle «dydene» fra Platons tid: Visdom, mot, måtehold, rettferdighet, tro, håp, kjærlighet.

Mot disse sto «syndene». Vanlige «svakhets synd» kunne en få tilgivelse for hvis en angret. «Dødssyndene» overmot, griskhet, lyst, misunnelse, fråtseri, sinne og sløvheter kunne en bare frigis fra av Gud.

Hjorth konkluderer: «De vanlige syndene kan vi overlate rettsvesenet, dødssyndene til dommedagsprofetene. Dydene, derimot, er det verdigrunnlaget vi må satse på. Et anstendig samfunn grunnlegges ikke på rettigheter, men på plikter, våre plikter ovenfor hverandre!»

Om fremtiden er han usikker. «Det kommer en overveldende eldrebølge uten tilsvarende yngrebølge. Jeg tror det er klokt å regne med at sykehjemsbehovet ikke vil gå ned og at dette vil bli svimlende dyrt.»

Litt pirk må det være tillatt å komme med: Ikke alle eksempler på dilemmaer er like gode, som for eksempel demment uro nattetid: «vi har tre muligheter, la henne fortsette å vandre, sette opp en sengehest, eller dope henne.» Demensomsorgen har heldigvis flere muligheter enn dette! – vennlig omsorg fra personalet, berolige, småprate, en kopp varm sjokolade, bli søvnig... Kanskje lyset skal stå litt på? Døren litt åpen? Kanskje legge madrassen på gulvet? Dessuten, ikke all medisiner er «doping». God lege-kunst er også å bruke adekvate medisiner i riktige doser.

Til slutt vil anmelderen som Hjorth sitere Aristoteles: «Episteme (kunnskap) og techne (kyndighet, teknikk) er viktig, men det er phronesis (klokskap) som er målet.»

Og jeg velger som Hjorth når det gjelder vår utfordrende fremtid å være optimist: «Jeg tror at folk bruker vettet når de ser det ikke er noen annen utvei!»

Alt i alt er dette en lettlest og underholdende bok, slett ikke en lærebok, men med stoff til ettertanke. *Jan Rodtviit*

Lyrikk

En lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten. Velkommen og lykke til!

Tove Rutle – lagleder

Mine vel 26 år som allmennlege har gitt meg nærkontakt med tusenvis av individuelle liv og skjebner. Dette berikende arbeidet gir meg en stadig eksistensiell bevissthet og refleksjon også over eget liv.

Åpenheten er ikke alltid til stede hos pasientene, men ofte skal det lite til i en fortrolig samtale før pasienten selv får tak i eller nikker gjenkjennende til tanker om hva som virkelig betyr noe i lys av livets beske rammebetingelser.

På denne bakgrunn har jeg valgt to dikt som har gitt meg mye, det ene en frodig og underfundig allegori, det andre et kort aforistisk ordspill, men begge dikt konfronterer oss med spørsmålet: Er det slik jeg ønsker å leve?

Døden

Det er lenge til eg skal dø,
har eg bestemt.

Det er mykje eg skal ha gjort
før den tid,

mange jenter eg skal kysse
og gifte meg med,
mange land eg skal besøke
og hav eg skal symje i.

Og når døden ein dag kjem
i den store svarte bilen sin,

skal eg først be han inn
på ein kopp svart kaffi
før vi set oss i bilen og kjører.

Og når døden snur seg mot meg
og spør: No, har du fått
gjort alt du skulle?

skal eg svara fornøgd:

Ja, det har eg.

Ragnar Hovland

De bodde i rekkehus og rakk ikke mer...

Ernst Orvil

Jeg sender stafettpinne videre til
min gode kollega Hilde Beate Gudim,
Skui Legekontor.

Vennlig hilsen Morten Finckenhagen





Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Spørsmål til RELIS

Samtidig bruk av paracetamol og/eller kodein kan gi endret effekt av warfarin. Paracetamol gir økt INR, kodein gir redusert INR i følge DRUID (Drug Information Database). Hva blir da summen i forhold til INR når pasienten bruker kombinasjonspreparatet Paralgin Forte (paracetamol + kodein) sammen med warfarin? Og foreligger det anbefalinger om å endre warfarindose ved samtidig bruk av paracetamol eller paracetamol/kodein? Henvendelse fra allmennpraktiker.

Interaksjon mellom warfarin og paracetamol

I 2006 var det i underkant av 80 000 warfarinbrukere i Norge, hvorav minst en fjerdedel samtidig fikk foreskrevet analgetiske eller antiinflammatoriske legemidler som har interaksjonspotensiale med warfarin. Dette er tall fra en reseptregisterundersøkelse som ble publisert i 2009, og tallene inkluderer dermed ikke eventuelle håndkjøpspreparater. Fra tidligere vet en at warfarinbrukere ofte unnlater å informere legen om bruk av reseptfrie legemidler, naturmidler og lignende, og at de heller ikke informerer apoteket om at de bruker warfarin ved kjøp av slike midler (1).

Paracetamols effekt på warfarin og INR

De godkjente norske preparatomtalene (SPC) for Marevan (warfarin), Paracet (paracetamol) og Paralgin Forte (paracetamol/kodein) oppgir alle et interaksjonspotensiale mellom paracetamol og warfarin, med økning av INR som resultat. Denne effekten vil sannsynligvis ikke oppstå ved kun intermitterende bruk av daglige doser paracetamol opp til 1,5–2 g (2a-c). Mekanismen bak interaksjonen med warfarin er ikke helt klarlagt. En teori er at en toksisk metabolitt fra paracetamol hemmer vitamin K-avhengig gammakarboksylase som inngår i dannelsen av flere koagulasjonsfaktorer (1, 3). Andre teorier går på at faktorer som aldring, vevshypoksi og hypertensjon omdirigerer metabolismen av paracetamol til leverenzymmer som også metaboliserer warfarin (3).

En internasjonal anerkjent interaksjonsdatabase (Stockley's Drug Interactions) oppgir at det er undersøkt i over ti publiserte studier om paracetamol kan endre effekten av antikoagulerende kuraminderivater (4). Halvparten av studiene har vist at paracetamol gir økt antikoagulerende effekt, og halvparten har vist at det ikke gjør det. Verken studiepopulasjon, kumarintype eller paracetamoldose ser ut til å kunne forklare forskjellen mellom studiene som viser en interaksjon og de som ikke gjør det. I de tilfellene der randomiserte kontrollerte studier har vist en interaksjon er det snakk om små til moderate endringer, for eksempel INR økt med 1,04 enheter i en godt kontrollert studie. Tallet på publiserte kasusrapporter er svært lavt i forhold til den utstrakte bruken paracetamol har og det faktum at paracetamol generelt er ansett som trygt å bru-

ke sammen med warfarin. Konklusjonen i denne kilden er at dette ikke gir grunnlag for verken å anbefale økt monitorering eller fraråde bruk av paracetamol sammen med warfarin (4). Ifølge den norske interaksjonsdatabasen DRUID (Drug Information Database) er det sett at bruk av fire gram paracetamol over tre til fire dager har gitt en gjennomsnittlig økning i INR på 0,6 (5).

Det pågår nå en stor finsk studie hvor man ser på ugunstige legemiddelkombinasjoner med warfarin gjennom ett år ved hjelp av data fra den finske postmortale toksikologidatabasen, knyttet opp mot relaterte dødsattester. Nylig ble data for kombinasjonen warfarin og paracetamol publisert (3). Av totalt 6178 tilfeller, ble warfarin identifisert i post-mortem blodprøver hos 328. Av disse inneholdt 33 prosent (109) minst ett annet legemiddel som ifølge en interaksjonsdatabase (SFINX) interagerer med warfarin. Paracetamol var det hyppigst brukte interagerende legemidlet, med 54 tilfeller (49 prosent). Disse funnene ble sammenlignet med blødning som dødsårsak i dødsattester, og det ble funnet at prevalensen for fatal blødning var 4,6 ganger høyere for warfarin/paracetamol enn for paracetamol alene, og 2,7 ganger høyere enn for warfarin alene. Den publiserte artikkelen inneholder ikke informasjon om doseringer av paracetamol eller warfarin, eller premortale INR-verdier (3).

Kodeins effekt på warfarin og INR

I DRUID er det oppført en interaksjon mellom warfarin og kodein som vil medføre nedsatt konsentrasjon av warfarin og redusert INR hos enkelte pasienter (5). I Stockley's interaksjonsdatabase oppgis det at warfarin ikke påvirkes av kodein på generell basis. Konklusjonen begrunnes dels utifra mangelen på dokumentasjon og dels på grunn av at det er lite sannsynlig at kodein kan påvirke metabolismen av warfarin. I en liten crossover-studie hvor 15 pasienter stabilisert på warfarin ble behandlet med celecoxib eller kodein som smertebehandling ble det ikke sett INR-påvirkning under behandling med kodein (4). Ved søk i tilgjengelig litteratur finner vi ikke andre kilder som omtaler interaksjon mellom warfarin og kodein.

Paracetamol og kodeins samlede effekt

Det er så vidt vi kjenner til ikke publisert studier som har sett på kodein og paracetamols samlede effekt på warfarin. Kodeineffekten regnes imidlertid for å være minimal sam-

menlignet med paracetamoleffekten, slik at en ved bruk av paracetamol/kodein i høyere doser over tid eventuelt vil kunne se en økning av INR (6).

Konklusjon

Det foreligger motstridende informasjon vedrørende paracetamols effekt på INR. I de tilfellene det er vist en interaksjon dreier det seg en liten eller moderat økning av INR. Det synes å gå et skille mellom intermitterende og jevnt bruk, samt mellom doseringer over og under 1,5–2 g daglig. En studie har vist økt hyppighet av fatale blødninger ved samtidig bruk av paracetamol og warfarin, sammenlignet med preparatene brukt hver for seg.

Det foreligger ikke anbefalinger om å endre warfarindose ved samtidig bruk med paracetamol eller kodein. Utifra tilgjengelig litteratur kan det imidlertid være grunnlag for å kontrollere INR tettere enn normalt ved oppstart og seponering av høye doser paracetamol, alene eller i kombinasjon med kodein, samt ved behandling utover sporadisk bruk.

Warfarinbrukere bør generelt advares mot å starte med eller endre annen medikasjon uten etter samråd med behandlende lege, dette gjelder også reseptfrie legemidler.

Referanser

- 1) Håkonsen GD, Pettersen MH et al. Samtidig bruk av warfarin, analgetika og antiinflammatoriske midler. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129(12): 1217-20.
- 2) Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) a) Marevan (Sist endret: 9. september 2009), b) Paracet (Sist endret: 26. juni 2009), c) Paralgin Forte (Sist endret: 4. november 2009). <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok>
- 3) Launiainen T, Sajantila A et al. Adverse interaction of warfarin and paracetamol: evidence from a post-mortem study. Eur J Clin Pharmacol 2010; 66: 97-103.
- 4) Baxter K, editor. Stockley's Drug Interactions. Coumarins + Paracetamol (Acetaminophen). London: Pharmaceutical Press. Electronic version. (Søk 8. februar 2010).
- 5) Spigset O, (red.). Drug Information Database (DRUID) <http://www.interaksjoner.no/> (Søk 18. mars 2010).
- 6) RELIS database 2010; spm.nr. 6031, RELIS Vest. www.relis.no/database/

*Eirin N. Ellensen, cand.med. og
Jenny Bergman, cand.pharm., RELIS Vest*

Ukens pasient

I timeboken står det kløe og utslett hos en 36 år gammel kvinne. Jeg har hatt en litt hektisk dag, og har ikke fått tid til å sette meg skikkelig inn i de forskjellige tilstander som kan gi kløe og utslett før jeg henter henne inn. Når vi kommer inn på kontoret takker hun for at jeg var tidlig ute, fordi hun ikke ville sitte og klø seg ute på venterommet. Så begynner hun å klø. Sier at det klør noe helt forferdelig, at det er like før hun blir tulle! Hun har aldri hatt noe lignende før. Det bare var der plutselig når hun våknet om morgenen. Det klør over hele kroppen, hun trenger så absolutt noe som kan stille kløen, sier hun. Når jeg undersøker henne ser jeg at hun er rød mer eller mindre over hele kroppen. Hun er også litt hoven i huden, både på armer og ben. Eneste stedet hun har et slags utslett er på baksiden av låret, der hun har flere hvitlige kvadler.

I mitt stille sinn tenker jeg at dette må være en allergisk reaksjon på noe. Jeg spør om hun har spist noe spesielt, eller tatt noen medisiner som hun aldri har tatt før. Hun sier at hun har tenkt over saken, og det eneste uvanlige hun har vært inntatt det siste døgnet er et ibuprofen-preparat som mannen hennes hadde liggende.

Hun hadde nemlig hatt vondt i nakken på kvelden, og det hadde ikke hjulpet med Paracet eller Ibox, så da hadde hun tatt en tablett av dette ibuprofenpreparatet før hun gikk og la seg, men navnet husker hun ikke. Pasienten er helt sikker på at hun ikke har fått i seg annet som hun ikke har vært borti før.

Veileder kommer inn og ser på pasienten, og mener at dette nok er en urticariavariant. Behandlingen vil være prednisolon og antihistamin i noen dager. Pasienten klør fortsatt, har sittet og klødd seg under hele konsultasjonen. Sier at hun virkelig ser fram til at kløen skal gi seg. Hun får med seg en resept på prednisolon og antihistamin. Jeg informerer henne om at hun ikke må ta flere av de tablettene hun hadde prøvd dagen før, selv om muligheten vel er liten for at reaksjonen har sammenheng med inntak av ibuprofen. Hvis hun ikke blir bedre, eller hvis hun av en eller annen grunn skulle bli verre så må hun ta kontakt med lege igjen.

Det som er litt merkelig i denne saken er at hun har brukt Ibox mot nakkesmerter i mange år, og aldri hatt lignende symptomer. Når jeg snakker med veileder om årsaken blir vi enige om å lete på NEL slik vi lærer å gjøre, og finner der at årsaken til urticaria oftest er vanskelig å påvise, men selve reaksjonen er lett å behandle. Jeg kontakter henne etter to dager – og tro det eller ei, hun var helt kvitt plagene sine! For meg var dette en lærerik kasuistikk. Det er flott å oppleve at det vi leser om i lærebøkene virker.

Skrevet av Heikki N. Hansen, femte års medisinestudent fra Universitetet i Tromsø under utplassering i allmennpraksis i Kirkenes.

«Forandre og fornye»

Primærmedisinsk uke (PMU) 25.–29. oktober 2010
www.pmu.no

Primærmedisinsk uke (PMU) er en ledende nasjonal kurskongress for leger og medarbeidere – med solide tradisjoner. I år bryter vi med en av dem: Etter 20 år på Voksenkollen, flytter vi til Oslo sentrum, nærmere bestemt til Radisson Blu Scandinavia Hotell, Holbergsgate 30 ved Slottsparken

– Hvorfor flytter PMU?

Kongressen trenger større kapasitet for å få plass til alle som ønsker å delta, og for å dekke et bredt kursrepertoar. Bli med på en opplevelsrik uke som gir deg inspirasjon så vel som tellende kurs!

Hold av datoen nå

PMU 2010 arrangeres i Oslo 25.–29. oktober
Påmelding skjer fra 1. juni: gå til www.pmu.no

Variert program

PMU tilbyr 22 emnekurs som spenner tematisk fra ultralyd og matalergi til kognitiv terapi og medisinsk akupunktur, ett grunnkurs i allmennmedisin (Å/EU-kurs 1), 9 ulike dagkurs, plenumsinnlegg av kjente og engasjerende fagpersoner, og ikke minst et sosialt og kulturelt program med mange godbiter.

Kongressens motto er «Forandre og fornye». Meld deg på, og vær med på å innvie Radisson Blu Scandinavia Hotell («gamle» Radisson SAS Scandinavia hotel) som PMU's nye storstue!

Velkommen til PMU 2010

Hilsen fra oss i hovedkomiteen:

Tom Sundar
Anne Aune, Tor Carlsen, Helle Dunker, Torfinn Kleive,
Gjertrud Lødøen, Mariann Mathiesen, Bente Rusten,
Tove Rutle og Per Wium

Best kunnskap om forskning innen legemiddelområdet

Tips til praksis

Hva er effektive legemidler ved røykeslutt?
Hvor godt fungerer multidosesystemet fungerer? Er du nysgjerrig på hva som finnes av kunnskapsoversikter knyttet til effekt av legemidler i Norge?

Kunnskapssenteret og Helsebiblioteket er i så måte en god veiviser. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) er en statlig institusjon som sammenfatter forskning innen helse, måler kvalitet på helsetjenester og bidrar til å utvikle og forbedre kvaliteten på helsetjenester.

Fire arbeidsområder

Kunnskapssenterets virksomhet er delt inn i fire arbeidsområder:

- kunnskapsoppsummering
- kvalitetsmåling
- kvalitetsforbedring
- pasientsikkerhet

Hva er en kunnskapsoversikt?

En kunnskapsoversikt er en systematisk gjennomgang og sammenfatning av allerede eksisterende forskning.

De fleste av Kunnskapssenterets oversikter ser på effekt av behandling og hva vi vet om nytte og kostnader knyttet til forebyggende tiltak, diagnostisering, habilitering, rehabilitering og ulike måter å organisere helsetjenesten på.

Oppsummert kunnskap om legemidler

I Helsebiblioteket finner du lenke til *kunnskapsoversikter om effekt av legemidler* under Legemidler i venstremenyen på emnesiden Oppsummert forskning eller på Emnebibliotek legemidler, under Oppsummert forskning (gå til undermenyen Norske oppsummeringer). På Kunnskapssenterets nettsider finner du ulike rapporter knyttet til temaet *Legemidler* i venstremenyen.

Eksempler på noen av de siste rapportene:

- *Misoprostol ved igangsetting av fødsel*



Systematiske kunnskapsoppsummeringer er gjennomgang og sammenstilling av eksisterende forskning. TORILJA, BOKSE

- *Metylnaltrekson ved forstoppelse i kreftbehandling*
- *Bupropion mer effektivt enn narremedisin ved røykeavvenning* (Cochrane Library, omtale)

Lær mer om kunnskapsoversikter

Under Oppsummert forskning på Emnebibliotek legemidler er det også lenket til internasjonale oversikter gjennom Cochrane Library og til Helsebibliotekets egen side om kunnskapsoversikter. Denne siden inneholder flere kilder til kunnskapsoversikter samt tips om hvordan du finner frem til de beste oversiktene.

Flere kilder til kunnskapsoversikter:

- *Clinical Evidence*
- *DARE*
- *Health Technology Assessment (HTA)*
- *MedNytt*

For mer informasjon fra Kunnskapssenteret, gå til www.helsebiblioteket.no/Legemidler:

- Les mer om *hvordan Kunnskapssenteret oppsummerer forskning*
- Finn ut mer om Kunnskapssenterets *Seksjon for legemidler og helseøkonomi*
- Kunnskapssenterets Arkiv for *nyhetssaker om legemidler*

Ingrid Moen Rotvik,
nettredaktør (Samfunnsmedisin, folkehelse og legemidler)

Endrede ytelser fra SOP

Av Hans Kristian Bakke, styreleder SOP

Nestleder i Ylf, Johan Torgersen, gir i Utposten nr. 1 uttrykk for at Ylf misliker de reduksjoner i ytelser som er foreslått fra styret i SOP, og argumenterer for at eldre kolleger i stedet bør fratas ennå mer av den pensjon de er forespeilet (1). Forslag til reduserte ytelser fra SOP fra 2011 har vært ute til høring. Den generelle tilbakemeldingen er at alle ser behov for innsparinger, mange liker ikke at dette er nødvendig, men knapt noen har alternative forslag til innsparinger.

Behovet for innsparinger har flere årsaker. Det handler blant annet om svært begrensede avsetninger ved normaltarifforhandlingene etter 1992, flere privatpraktiserende leger og økende bruk av avbruddsytelser. I korthet går forslagene ut på at leger autorisert etter 01.01.1993 ikke får alderspensjon og, med viktig unntak, reduserte avbruddsytelser fra SOP.

Det har vært lagt til grunn at de som har bidratt til kapitalen i SOP, ved å arbeide for lavere refusjonstakster enn de ellers skulle hatt, skal tilgodeses i større grad enn de som i liten grad har gjort det samme. Leger som er nærmest pensjonsalder vil ha liten tid til å spare opp egen pensjon, og skal fortsatt få denne ytelsen fra SOP. De eldste, og de med etablert sykdom (uavhengig av autorisasjonstidspunkt om man får unntak ved søknad om privat avbruddsforsikring), skal fortsatt få tilnærmet dagens avbruddsytelser. Det samme gjelder avbrudd grunnet fødsel og adopsjon. Uføretrygden er foreslått lik for alle uavhengig av autorisasjonstidspunkt.

Tilnærmingen tar således i noen grad hensyn til hvem som vesentlig har bidratt til kapitalen i SOP, hva man har mulighet til selv å foreta av sparing og hva man kan/ ikke kan tegne av egne forsikringer. Denne tilnærmingen misliker Ylf. De argumenterer i stedet for å ta pensjon fra dem som har liten tid til selv å spare, og som er blitt forespeilet en pensjon på et nivå langt høyere enn det som i dag ytes. Ylf ønsker å fortsette å gi avbruddsytelser til alle på dagens nivå.

Som begrunnelsene fremføres dels en manglende kunnskap om normaltarifforhandlingene. Det er ikke slik, som Ylf hevder, at avsetninger til SOP innebar svakere vekst i normaltariffen. Det man gjorde var å sette av en del av den totale økonomiske rammen til SOP. Denne delen av rammen ble også øket med forhandlingsresultatet år for år. De enkelte takster ville blitt høyere uten avsetning til SOP, men pengene forsvant ikke, og ble – uten etterslep, slik Ylf synes å mene – lagt tilbake på takstene i 1993, og da inkludert økningene tilsvarende de årlige forhandlingsresultatene. På samme måte finansieres utdanningsfondene – også den delen som går til sykehuslegenes videre- og etterutdanning. Alle slike fondsavsetninger innebærer at privatpraktiserende leger arbeider for lavere refusjonstakster enn de ellers ville fått. På denne måten bidrar leger i privat praksis også til videre- og etterutdanning for leger i sykehus.

Videre begrunner Ylf sitt forslag med at etableringskostnadene i legepraksis har steget. Dette har i seg selv intet med

SOP å gjøre. Årsaken til at verdien av de fleste legepraksiser har øket er blant annet at det i en fastlegeordning er et langt tyngre økonomisk løft å etablere en ny (0-liste) enn i det tidligere åpne systemet hvor pasientene ikke sto på lister hos enkeltleger. Skal man få (unge) leger til å starte legepraksis, må de få igjen for denne krevende økonomiske øvelsen den dagen de slutter. Hvis ikke stopper rekrutteringen og utviklingen opp. Fortsatt svarer det seg nok med god margin å overta en etablert praksis fremfor å starte en ny.

Til slutt argumenteres det med at forslagene i større grad går ut over det som i fremtiden vil være en gruppe bestående av en høyere andel kvinner. Kvinner autorisert før 1993 vil nok fra 2011 for en stor del ha gjort sitt av barnefødsler. Det betyr at SOP foreslår høy avbruddsyttelse knyttet til fødsler til medlemmer som i liten grad har bidratt økonomisk i ordningen. Begrunnelsen er todelt: rekruttering og manglende mulighet til å forsikre seg for denne type avbrudd. Det å få en slik ytelse fortsatt, tilnærmet uten å ha betalt noen premie for den, kan knapt kalles «direkte anti-rekrutterende» slik Ylf fremfører.

Endringene slår likt ut for kvinner og menn, men kvinner skjermes ved at fødselspenger ikke svekkes på samme måte som andre avbruddsytelser for dem autorisert etter 1993.

Uførepensjonen følger i SOP, som andre ordninger, alderspensjonen. En gradvis avtrapping av alderspensjonen vil dermed slå ut i lavere uførepensjon. Om dette er bevisst fra Ylf, er de alene om et slikt forslag.

Leger som har arbeidet mange år i praksis frem til 1993 synes å ha akseptert fortsatt store tildelinger til unge kolleger som knapt har bidratt til økonomien i ordningen. Det fremstår solidarisk.

Det har vært viktig for SOP å synliggjøre for medlemmene hva de kan forvente, og ikke forvente, fra SOP i fremtiden. Det er helt nødvendig for at medlemmene ved det kan innrette seg med egen sparing og tegning av egne forsikringer.

Det å skape rammer for en virksomhet som virker rekrutterende er først og fremst et ansvar for partene gjennom forhandlinger om kostnadsdekning og inntektsutvikling. I denne sammenheng har partene alle muligheter til igjen å øke avsetningene til SOP og ved det legge grunnlag for at også de legene som til nå i liten grad har bidratt til SOP's kapital kan gjøre det, slik at ytelsene igjen kan bedres.

Dersom SOP også i fremtiden skal være et visst sosialt sikkerhetsnett for næringsdrivende leger, må grep tas nå. Det bør ikke skje at én yrkesforening ødelegger denne muligheten fordi ikke alt gikk deres vei.

REFERANSE: 1. Torgersen J. Endringer i ytelsene fra SOP. Utposten 2010; 1; 37–38.

Neurontin Pfizer

Antiepileptikum.

ATC-nr.: N03A X12

KAPSLER, harde 100 mg, 300 mg og 400 mg: Hver kapsel inneh.: Gabapentin 100 mg, resp. 300 mg og 400 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 100 mg: Indigotin (E 132), titandioksid (E 171). 300 mg og 400 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172), indigotin (E 132), titandioksid (E 171).

TABLETTER, filmdrasjerte 600 mg og 800 mg: Hver tablett inneh.: Gabapentin 600 mg, resp. 800 mg, hjelpestoffer. Med delestrek.

Indikasjoner: Tilleggsmedikasjon ved partiell epilepsi med og uten sekundær generalisering hos voksne og barn ≥ 6 år. Indisert som monoterapi ved behandling av partiell epilepsi med og uten sekundær generalisering hos voksne og ungdom ≥ 12 år. Til behandling av perifer nevropatisk smerte som f.eks. smertefull diabetisk nevropati og postherpetisk nevralgi hos voksne.

Dosering: Tabell 1 viser anbefalt dosetitreringsskjema for alle indikasjoner ved oppstart av behandling av voksne og ungdom ≥ 12 år.

Tabell 1

Dag 1	300 mg 1 gang daglig
Dag 2	300 mg 2 ganger daglig
Dag 3	300 mg 3 ganger daglig

Preparatet bør seponeres gradvis over minst 1 uke. Epilepsi: Individuell behandling på basis av toleranse og effekt. Ved dosereduksjon, seponering eller bytte til et annet legemiddel, bør dette gjøres gradvis i løpet av minimum 1 uke. Voksne og ungdom: Effektiv dose varierer fra 900-3600 mg/dag. Behandling kan initieres ved å titrere dosen som beskrevet i Tabell 1. Alternativt kan en gi 300 mg 3 ganger daglig på dag 1, deretter, avhengig av den enkelte pasients respons og toleranse, kan dosen økes med 300 mg/dag hver 2.-3. dag opptil en maks. dose på 3600 mg/dag. Langsomme titrering av gabapentindosen kan være nødvendig for enkelte pasienter. Det må brukes minst 1 uke på opptitrering til en dose på 1800 mg/dag, minst 2 uker på opptitrering til en dose på 2400 mg/dag og minst 3 uker på opptitrering til en dose på 3600 mg/dag. Doser opptil 4800 mg/dag er godt tolerert. Den totale daglige dose bør fordeles på 3 enkelt-doser. For å hindre gjennombruddsanfall skal maks. tidsintervall mellom dosene ikke overskride 12 timer. Barn ≥ 6 år: Startdosen bør ligge mellom 10-15 mg/kg/dag, og effektiv dose oppnås ved å titrere opp i løpet av en periode på ca. 3 dager. Effektiv gabapentindose for barn ≥ 6 år er 25-35 mg/kg/dag. Doser opptil 50 mg/kg/dag er godt tolerert. Den totale daglige dose bør fordeles på 3 enkelt-doser med ikke mer enn 12 timers tidsintervall mellom hver dose. Det er ikke nødvendig å følge gabapentinplasmakonsentrasjonen for å optimere gabapentinbehandlingen. Gabapentin kan brukes i kombinasjon med andre antiepileptika uten at det vil gi endring av plasmakonsentrasjonen av gabapentin eller serumkonsentrasjonen av andre antiepileptika. Perifer nevropatisk smerte: Voksne: Behandlingen kan startes ved å titrere dosen som beskrevet i Tabell 1. Alternativt kan en starte med 900 mg/dag fordelt på 3 like doser. Deretter, basert på den enkelte pasients respons og toleranse, kan dosen økes videre med 300 mg/dag hver 2.-3. dag inntil en maks. dose på 3600 mg/dag. Langsomme titrering kan være nødvendig for enkelte pasienter. Det må brukes minst 1 uke på opptitrering til en dose på 1800 mg/dag, minst 2 uker på opptitrering til en dose på 2400 mg/dag og minst 3 uker på opptitrering til en dose på 3600 mg/dag. Ved behandling av perifer nevropatisk smerte som smertefull diabetisk nevropati og postherpetisk nevralgi, er effekt og sikkerhet ikke undersøkt for behandlingstid >5 måneder. Tiden mellom kveldsdose og påfølgende morgendose bør ikke overskride 12 timer. Kan tas uavhengig av mat. Kapslene bør svelges hele med rikelig drikke. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon/ pasienter som får hemodialyse/ eldre: Ved kjent nyreinsuffisiens gis redusert dose. Nyrefunksjonen bør vurderes hos eldre.

Følgende doser anbefales:

Tabell 2 Kreatininclearance (ml/minutt)

Kreatininclearance (ml/minutt)	Døgndose ¹ (mg)
≥ 80	900-3600
50-79	600-1800
30-49	300-900
15-29	150-600
$<15^2$	150-300

¹ Dosen fordeles på 3 doser.

² 300 mg hver annen dag.

³ Den daglige dosen bør reduseres i forhold til kreatininclearance (f.eks. bør pasienter med kreatininclearance på 7,5 ml/minutt få halv dose i forhold til pasienter med kreatininclearance på 15 ml/minutt).

Hemodialysepasienter: Til anuriske pasienter som får hemodialyse og som tidligere aldri har fått gabapentin, anbefales det en startdose på 300-400 mg, deretter 200-300 mg etter hver 4. time med hemodialyse. På dialysefri dager skal det ikke gis gabapentin. For pasienter med nedsatt nyrefunksjon som får hemodialyse, bør vedlikeholdsdosen av gabapentin baseres på de doseanbefalinger som er gitt i Tabell 2. I tillegg til vedlikeholdsdosen er det anbefalt å gi ytterligere 200-300 mg etter hver 4. time med hemodialyse.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

ΔForsiktighetsregler: Selvmordstanker og selvmordsrelatert atferd er rapportert ved behandling med antiepileptika. En metaanalyse av antiepileptika har vist en liten økning i risiko for selvmordstanker og selvmordsrelatert atferd. Mekanismen bak risikoen er ukjent og tilgjengelige data kan ikke utelukke muligheten for økt risiko ved behandling med gabapentin. Pasienten bør overvåkes for tegn på selvmordstanker eller selvmordsrelatert atferd, og nødvendig behandling vurderes. Pasienten (og pårørende) bør oppfordres til å søke medisinsk hjelp omgående dersom selvmordstanker eller selvmordsrelatert atferd oppstår. Hvis en pasient utvikler akutt pankreatitt under gabapentinbehandling, bør seponering vurderes. Selv om det ikke foreligger holdepunkter for tilbakefall av epileptiske anfall med gabapentin, kan brå seponering av antikonvulsiva hos epileptikere utløse status epilepticus. Enkelte pasienter kan oppleve en økning i anfallsfrekvens eller nye anfallstyper. Gabapentin anses ikke å være effektiv mot primære, generelle anfall som absens, og kan hos noen pasienter forverre denne type anfall. Bør derfor brukes med varsomhet hos pasienter med blandede anfall inkl. absens. Nedsatt nyrefunksjon. Opphør av gabapentinbehandlingen eller supplering med annet antiepileptisk legemiddel skal skje gradvis over minst 1 uke. Effekten av langtidsbehandling med gabapentin (>36 uker) på læring, intelligens og utvikling hos barn og ungdom er ikke tilstrekkelig studert. Fordelene ved langtidsbehandling må derfor vurderes opp mot den mulige risiko av slik behandling. Ved behandling med gabapentin

kan reaksjonsevnen nedsettes hos enkelte pasienter, og pasienten må utvise forsiktighet ved bl.a. bilkjøring. Gabapentin gir en forbedret anfallskontroll hos kun en del tidligere terapieresistente pasienter. Om en ikke oppnår tilfredsstillende effekt, bør derfor gabapentin gradvis seponeres. For hurtig seponering kan medføre risiko for en økning i antall anfall eller t.o.m. status epilepticus. Ved høye doser av gabapentin er det sett økt forekomst av adenomer og carcinomer i bukspyttkjertel hos hannrotter. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Falske positive resultater kan sees ved semikvantitative bestemmelser av total mengde protein i urinen ved bruk av dipstick-tester. Inneholder laktose. Kapslene bør ikke benyttes ved sjeldne arvelige former for galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: Samtidig inntak av gabapentin og antacida minsker biotilgjengeligheten med inntil 24%. Gabapentin bør derfor inntas tidligst 2 timer etter antacida. Ved samtidig bruk av morfin bør pasienter følges nøye mht. tegn på CNS-depresjon slik som søvnighet, og gabapentin- eller morfindosen bør reduseres tilstrekkelig.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Da erfaring fra gravide er begrenset, skal gabapentin bare gis til gravide hvis fordelen klart oppveier en mulig risiko. Hvis forebyggelse av anfall svekkes eller opphører, kan dette føre til betydelig risiko for både mor og det ufødte barn. Dyreforsøk har vist reproduksjonstoksiske effekter, som indikerer en mulig risiko for humane fosterskader. Overgang i morsmelk: Går over. Fordi påvirkning av barnet er ukjent, skal forsiktighet utvises når gabapentin gis til ammende. Skal kun administreres til ammende hvis fordelen klart oppveier risikoen.

Bivirkninger: Svært vanlige ($\geq 1/10$): Infeksjoner: Virusinfeksjoner. Nevrologiske: Somnolens, svimmelhet, ataksi. Øvrige: Tretthet, feber. Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$): Blod/lymfe: Leukopeni. Gastrointestinale: Oppkast, kvalme, tannmisstander, tannkjøttbetennelse, diaré, abdominal smerte, dyspepsi, forstoppelse, tørrhet i munn eller hals, flatulens. Hjerte/kar: Hypertensjon, vasodilatasjon. Hud: Ansiktsødem, purpura, oftest beskrevet som blåmerker etter skade, utslett, pruritus, akne. Infeksjoner: Pneumoni, luftveisinfeksjon, urinveisinfeksjon, infeksjon, mellomøretbetennelse. Kjønnssystemer/bryst: Impotens. Lufteveier: Dyspné, bronkitt, faryngitt, hoste, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi, ryggsmerte, muskelrykninger. Nevrologiske: Kramper, hyperkinesi, taleforstyrrelser, hukommelsestap, tremor, søvnløshet, hodepine, fornemmelse av prikking i huden, nedsatt berøringssans, unormal koordinasjon, nystagmus, forsterkede, nedsatte eller fraværende reflekser. Psykiske: Fiendtlighet, forvirring og følelsesmessig labilitet, depresjon, angst, nervøsitet, unormal tankegang. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi, økt appetitt. Undersøkelser: Redusert antall hvite blodlegemer, vektøkning. Øre: Vertigo. Øye: Synsforstyrrelser som synssvekkelse, dobbeltsyn. Øvrige: Perifer ødem, unormal gange, asteni, smerte, utilpasshet, influensasymptomer, skade ved uhell, fraktur, hudavskrapning. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$): Hjerte/kar: Palpitasjoner. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner (f.eks. urticaria). Nevrologiske: Hypokinesi. Undersøkelser: Forhøyede leverfunksjonsverdier SGOT (ASAT), SGPT (ALAT) og bilirubin. Øvrige: Generalisert ødem. Etter markedsføring: Ukjent: Blod/lymfe: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Pankreatitt. Hud: Stevens-Johnsons syndrom, angioødem, erythema multiforme, alopesi. Kjønnssystemer/bryst: Brysthypertrofi, gynekomasti. Lever/galle: Hepatitt, gulsott. Muskel-skjelettsystemet: Myoklonus. Nevrologiske: Andre bevegelsesforstyrrelser (f.eks. choreoatetose, dyskinesi og dystoni). Nyre/urinveier: Akutt nyresvikt, urininkontinens. Psykiske: Hallusinasjoner. Undersøkelser: Svingende blodglukosenivåer hos diabetikere. Tilfeller av akutt pankreatitt. Årsakssammenhengen med gabapentin er uklar. Hos pasienter som får behandling med hemodialyse ved terminal nyresvikt, er det rapportert om myopati med økt kreatininkinasenivå. Luftveisinfeksjoner, mellomøretbetennelse, kramper og bronkitt er bare rapportert i kliniske studier hos barn. I tillegg ble aggressiv oppførsel og hyperkinesi rapportert hyppig hos barn. Øre: Tinnitus. Øvrige: Seponeringsreaksjoner (hovedsakelig angst, søvnløshet, kvalme, smerte, svette), brystmerter. Plutselig uforklarlig død er rapportert uten at relasjonen til gabapentin er klarlagt.

Overdosering/Forgiftning: Akutt livstruende toksisitet er ikke observert ved overdosering av gabapentin med opptil 49 g. Overdose, spesielt ved kombinasjon med andre CNS-hemmende legemidler, kan føre til koma. Symptomer: Svimmelhet, dobbeltsyn, utydelig tale, døsighet, letargi og mild diaré. Behandling: Symptomatisk. Gabapentin kan fjernes fra plasma ved hemodialyse. Se Giftinformasjonens anbefalinger N03A X12. **Pakninger og priser:** Kapsler: 100 mg: Enpac: 100 stk. kr 104,90. 300 mg: Enpac: 50 stk. kr 109,20. 100 stk. kr 203,60. 400 mg: Enpac: 100 stk. kr 272,00. Tabletter: 600 mg: Enpac: 100 stk. kr 363,70. 800 mg: Enpac: 100 stk. kr 489,90.

Refusjon:

Refusjonsberettiget bruk:

Tilleggsbehandling ved partielle epileptiske anfall med eller uten sekundære generaliserte anfall hos pasienter som ikke er tilfredsstillende kontrollert med andre tradisjonelle antiepileptika. Symptomatisk behandling av kronisk, sterk nevropatisk smerte med betydelig redusert livskvalitet og funksjonsevne. Palliativ behandling i livets slutfase.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr
-71	Kroniske, sterke smerter
90	Palliativ behandling i livets slutfase
N88	Epilepsi
-71	Kroniske, sterke smerter
-90	Palliativ behandling i livets slutfase
G40	Epilepsi

Vilkår:

111 Smerteanalyse skal være utført, og dokumenteres i journal. Det skal brukes et validert verktøy for diagnostikk, vurdering av smertegrad og evaluering av effekt av legemiddeltiltak.

112 Behandlingen skal følges opp etter 3 måneder. Legen skal spesielt vurdere effekten opp mot bivirkninger, og behandlingen skal bare fortsettes dersom det har skjedd en vesentlig eller betydelig effekt som påvirker pasientens livskvalitet og/eller funksjonsevne. Dette skal dokumenteres i journal.

136 Refusjon ytes selv om legemiddel skal brukes i mindre enn tre måneder

Sist endret: 01.04.2009

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

DOSERING: NEURONTIN

1

NEURONTIN	Oppstart			Titrering			
	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4-6	Dag 7-10	Dag 11-14	Dag 14-21
Morgen			 300 mg	 300 mg	 300 mg	 600 mg	 600-1200 mg
Middag		 300 mg	 300 mg	 300 mg	 600 mg	 600 mg	 600-1200 mg
Kveld	 300 mg	 300 mg	 300 mg	 600 mg	 600 mg	 600 mg	 600-1200 mg



Ref: 1) Neurontin FK tekst

NEURONTIN[®]

gabapentin