

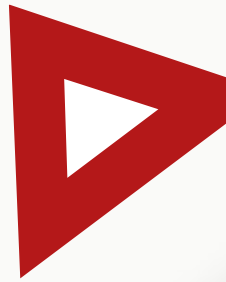
Sykepleien

Pillenes pris

#angst- og sovemedisiner

UTDELING AV BENZODIAZEPINER OG Z-HYPNOTIKA gir sykepleiere samvittighetskvaler. Retningslinjene sier kun for kort tids bruk i lavest mulig dose, og helst ikke til eldre. Men praksis er en helt annen: Økt angst og avhengighet kan bli resultatet.

OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN



DINE RÅD KAN VÆRE VIKTIGE UNDER HELE BEHANDLINGEN

Forebygging av underernæring hos personer med kreft kan utgjøre en positiv forskjell¹

Mindre Volum

Kun 125 ml
18 g protein
300 kcal
6 gode smaker

Mer Næringstett

Ekstra høy energi-
tetthet med 2,4
kcal per ml.

Mer Effektiv

Bedre compliance
fører til forbedret
ernæringsmessig status
og større vektøkning.²

Kreftpasienter har økt behov for protein for å bevare styrken under sykdomsbehandlingen.³ Det kan være vanskelig å få dekket behovet for protein- og energi gjennom et vanlig kosthold, på grunn av fysiske komplikasjoner eller bivirkninger som f.eks. kvalme. Derfor kan en kompakt

medisinsk næringsdrikk være et godt tilskudd. Nutridrink Compact Protein er den næringsdrikk med det høyeste innholdet av kalorier og protein per ml. på markedet i dag. Nutridrink Compact Protein er tilsatt essensielle vitaminer og mineraler og kommer i seks gode smaker.

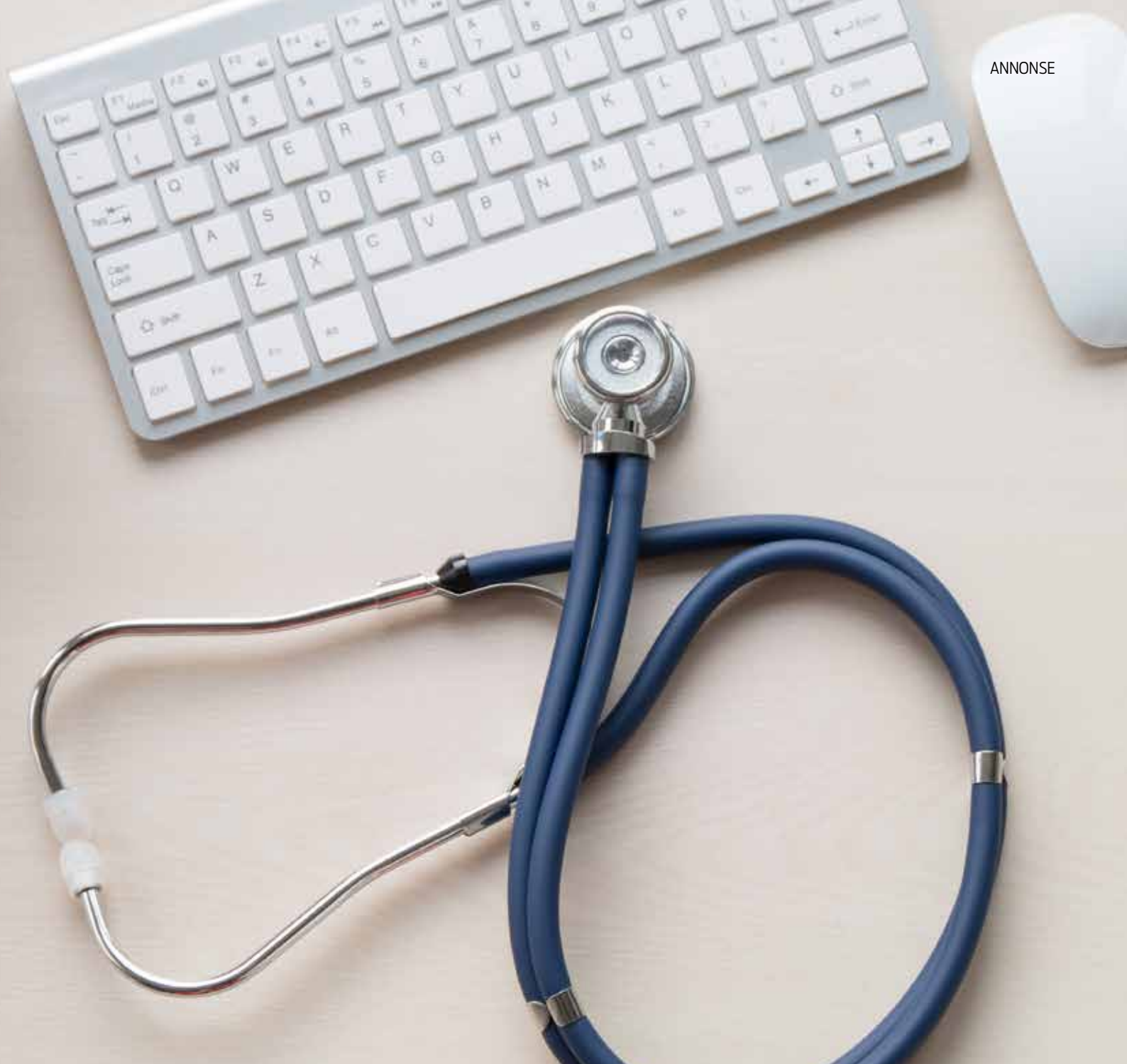


Hjelp til å bevare kreftene gjennom behandlingen

1. Burden ST et al. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2017.

2. Jobse et al. Compliance of nursing home residents with nutrient- and energy-dense oral nutritional supplement determines effects on nutritional status. J Nutr Health Aging. Nov 2014.

3. Arends J, et al. ESPEN Guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr 2016;doi 10.1016/j.clnu.2016.07.015:1-109.



Lederkompetanse for helsesektoren

Oppstart
Høsten 2018
bi.no/helse

Bachelor i Helseledelse

Denne bachelorgraden er utviklet spesielt for deg som jobber i helsesektoren og ønsker kompetanse innen ledelse. Ved hjelp av teorier og praktiske verktøy vil du bli mer bevisst på å være en god leder.

Løpende opptak til studiestart.

Helseledelse - Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten

Dette masterprogrammet bidrar til å utdanne handlekraftige og kompetente ledere for helse- og omsorgstjenestene, som kan håndtere sektorens behov for endring, utvikling og innovasjon.

Utdanning dekket av Helsedirektoratet
- Søknadsfrist 15. april

Circadin «Neurim»

Sedativum. Hypnotikum.

ATC-nr.: N05C H01

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

Indikasjoner: Som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomnia karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter ≥ 55 år.

Dosering: Voksne: 2 mg 1 gang daglig i opptil 13 uker. **Barn og ungdom <18 år:** Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Anbefales ikke. **Nedsatt nyrefunksjon:** Forsiktighet utvises. **Administrering:** Tas 1–2 timer før leggetid og etter mat. Skal svelges hele.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Kan forårsake tretthet og har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Brukes med forsiktighet dersom tretthet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer pga. utilstrekkelige data. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel, eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.

Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP1A, og interaksjon med andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP1A-enzym er mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP1A2 og CYP2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksypropranolol, som øker melatoninnivåene ved å hemme metabolismen. Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP2D-hemmer, som øker melatoninnivåene i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP1A2-induksjon. Østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP1A1 og CYP1A2 og forsiktighet utvises ved samtidig bruk. Kinoloner (CYP1A2-hemmere) kan gi økt melatonineksponering. CYP1A2-induktorer kan gi 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. Samtidig inntak av melatonin og tioridazin kan gi økt følelse av ullenhets sammenlignet med kun bruk av tioridazin. Samtidig inntak av melatonin og imipramin kan gi økt følelse av ro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin.

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Ikke undersøkt og derfor ikke anbefalt. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. *Amming:* Går over i morsmelk og er derfor ikke anbefalt. *Fertilitet:* Bør ikke brukes av kvinner som ønsker å bli gravide.

Bivirkninger: *Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$):* Gastrointestinale: Magesmerter, magesmerter i øvre del, dyspepsi, sår i munnen, munntørrhet, kvalme. Hjerte/kar: Hypertensjon. Hud: Dermatitt, nattesvette, pruritus, utslett, generell pruritus, tørr hud. Kjønnorganer/bryst: Menopausesyntomer. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migrene, letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, hodepine, svimmelhet, søvnighet. Nyre/urinveier: Glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, rastløshet, mareritt, nervøsitet, søvnløshet, unormale drømmer, angst. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystmerter. *Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $<1/1000$):* Blod/lymfé: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroesofageal reflukssykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blemmer i munnens slimhinner, sår på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose, gastritt. Hjerte/kar: Hetetokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Eksem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritisk utslett, neglesykdommer. Infeksiøse: Herpes zoster. Kjønnorganer/bryst: Priapisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelrykninger, nakkesmerter, nattlige krampesmerter. Nevrologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, parestesi. Nyre/urinveier: Polyuri, hematuri, nokturi. Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråtetokter, stress-symptomer, desorientering, tidlig oppvåkning, økt libido, nedstemthet, depresjon. Stoffskifte/ernæring: Hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hyponatremi. Øre: Vertigo, vertigo posturalis. Øye: Redusert synsskarphet, uklart syn, økt lakrimasjon. Undersøkelser: Økning i leverenzym, unormale blodelektrolytter, unormal laboratorietest. Øvrige: Utømmelse, smerter, tørste. *Ukjent frekvens:* Hud: Angioødem, ødem i munn, tungeødem. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner. Kjønnorganer/bryst: Galaktoré.

Overdosering/Forgiftning: Flere tilfeller av overdosering er rapportert etter markedsføring. De fleste mildt til moderat alvorlige. Somnolens er mest rapporterte symptom. I litteraturen er det rapportert om daglige doser på opptil 300 mg melatonin uten signifikante bivirkninger. *Symptomer:* Tretthet forventes. Clearance av virkestoffet forventes innen 12 timer etter svelging. *Behandling:* Ingen spesiell behandling er nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger N05C H01 side c.

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 insomnia. Melatonin forkorter innsøvningsstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Effekten vedvarer i opptil 3 måneder med behandling og antall respondere øker med 10% etter 3 måneders behandlingstid. Søvn sammensetningen og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. *Absorpsjon:* Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant first pass-metabolisme på 85%. C_{max} = 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Absorpsjon og C_{max} påvirkes av samtidig matinntak (T_{max} = 3 timer og C_{max} = 1020 pg/ml). *Proteinbinding:* Ca. 60%. *Fordeling:* Binde hovedsakelig til albumin, alfa1-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. *Halveringstid:* 3,5–4 timer. *Metabolisme:* I lever via CYP1A1, CYP1A2 og muligens CYP2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksymelatonin, er inaktiv. *Utskillelse:* 89% utskilles renalt, som konjugater av 6-hydroksymelatonin. 2% utskilles uforandret.

Pakninger og priser: pr 06.02.2018; 30 stk. (blister) 236,50 kr

Sist endret: 24.09.2015

Referanser:

1) Circadin Preparatomtale 24.09.2015 avsnitt 5.1, www.legemiddelverket.no

2) www.felleskatalogen.no

3) Wade A, Zisapel N, Lemoine P, Prolonged-release melatonin for the treatment of insomnia: targeting quality of sleep and morning alertness, *Aging Health*, 2004; 4, s.11–21

Melatonin til behandling av insomni

Melatonin er "mørkets hormon", det vil si at utskillelsen starter når solen går ned og mørket kommer. Circadin[®] (melatonin depot) er indisert til bruk ved primær insomni hos pasienter > 55 år, med dårlig søvnkvalitet. Circadin har vist seg å gi kortere innsovningstid og bedre søvnkvalitet hos pasienter med insomni.¹

- Circadin er det eneste godkjente legemiddelet i Norge som inneholder melatonin²
- Circadin er ikke vanedannende, og påvirker ikke søvnmønsteret³
- Circadin forbedrer søvnkvalitet og gjør at pasienten føler seg uthvilt og opplagt om dagen³

Circadin kan forårsake tretthet og har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Brukes med forsiktighet dersom tretthet kan føre til sikkerhetsrisiko. Røyking kan redusere melatoninnivået og føre til redusert effekt av Circadin. Circadin anbefales ikke ved autoimmune sykdommer på grunn av manglende data.



#angst- og sovemedisiner

Ansvarlig redaktør: Barth Tholens tlf. 40852179,
barth.tholens@sykepleien.no
Temareaktør: Liv Bjørnhaug Johansen tlf. 97632910,
liv.bjornhaug.johansen@sykepleien.no
Design og forside: Sissel Vetter
Journalister: Ann-Kristin B. Helmers, Eivor Hofstad
og Ingvald Bergsagel
Desk: Ellen Morland, Eivind Solfjell og Signe Marie Flåt
Mer om redaksjonen: Se sykepleien.no
Foto: Stig Marlon Weston
Repro og trykk: Stibo Complete



ANNONSE

EN NY LØSNING MED SILENTIA SKJERMSYSTEM

Oppdag med **StoryPanels**TM



«Et bilde sier mer enn tusen ord». Det kan til og med ha en beroligende og stimulerende effekt. Det er grunnen til at Silentia utviklet StoryPanels, en ny funksjon i Silentia-systemet for foldeskjermene og et effektivt hjelpemiddel for helsepersonell, pasienter og pårørende. Et barn som ligger på sykehus, er langt hjemmefra og må forholde seg til ukjente fjes. Men så begynner en sykepleier å snakke om de fargerike bildene med planeter og gøyale figurer. Dermed settes barnets fantasi og forestillingsevne i sving. Fokus skifter til noe nytt og positivt.

Kontakt oss i dag for mer informasjon, eller se StoryPanels på silentia.no.



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Avalon Medical AS • Tel: 23 03 63 70
info@avalon-medical.no • www.avalon-medical.no
www.silentia.no

Pascoflair® 425 mg

30 tabletter



Reseptfritt legemiddel

Lindrer mild uro - letter innsovning

- Ingen sløvheter eller «hangover» rapportert
- Ingen påvist fysisk avhengighet
- Godkjent for ungdom over 12 år
- 425 mg ekstrakt fra pasjonsblomst pr. tablett
- Inneholder ikke laktose, gluten eller gelatin

Pascoflair® 425 mg letter innsovning når uro, tanker og stress hindrer en i å sovne om kvelden.

Virkestoff: Ekstrakt av pasjonsblomst (*Passiflora incarnata*) - hele 425 mg per tablett. Pascoflair® kan også dempe uro og nervøsitet i forbindelse med lampefeber, flyreise, eksamen eller lignende. Virker i løpet av 30 minutter.



Dosering ved søvnproblemer: 1–2 tabletter en halvtime før leggetid.
Dosering ved stress og uro: 2–3 tabletter jevnt fordelt utover dagen.
 Maksimum 3 tabletter pr. døgn.

 **APOTEK 1**

LEDER:
Kjedekollisjon

10

Dette mener sykepleiere om angst- og sovemedisiner



12

TIDSLINJE:
70 år med piller mot uro



24

FAG:
Dette må du vite om angst- og sovemedisiner

28

Du må betale for søvnen med renter

37

Sobrilen hjalp

40

«Benzodiazepiner er sannsynligvis noen av de legemidlene som volder helsepersonell mest hodebry.»

BRAMNESS OG VØYVIK

Kim Marius Haldorsen kom hjem fra Kosovo med en uro han ikke klarte å håndtere. Valium lindret. En lettelse der og da. Ti år senere møter Sykepleien ham på avrusningsenheten på UNN.

Abstinenser etter benzodiazepiner kommer langt senere enn fra opiater. Dette må helsepersonell kunne noe om for å sikre en god nedtrapping. Vi gir deg tips til vellykket avvenning.

AVHENNIGHET

44

Den lange veien ut av benzogapet

52

Det illegale markedet

56

Pasientskade: Fikk medhold i retten

«Jeg så på klokka hele tiden. Tenkte bare på når jeg kunne ta neste tablett.»

KIM MARIUS HALDORSEN

60

– Folk spør hvordan de kan beholde førerkortet

64

FAGARTIKKEL: Slik avsluttes behandlingen

68

Oppvåkning

72

DIKT: Rottene



HVA DU MÅ VITE

1000 sykepleiere har svart på Sykepleiens spørsmål om bruken av angst- og sovemedisiner på sin arbeidsplass. De mener det er all grunn til bekymring.

Psykiater Jørgen Bramness og avhengighetsspesialist Tom Vøyvik gir deg oversikt over alt sykepleiere bør vite om benzodiazepiner.

**Sårbarheten
for bivirkninger
øker hos eldre**

74

**FAGARTIKKEL:
Pleieren er den beste
medisinen**

78



**Medikament-uro er den
«skjulte diagnosen»**

84



Valgte medisin fritt

86

Nødhjelp ved panikkanfall

90

**En god samtale kan være
medisinen som virker**

92

**«Vi må ha tålmodig-
het når vi håndte-
rer uro.» CAROLINE
BODA SAKARIASSEN**

**Hvem har ansvaret
når medisineren
blir problematisk?**

**Tore Bakken ble
aldri informert om
at tablettene han tok
var avhengighets-
dannende. Hvorfor
trakk ingen på
bremsen?**

**Hva er sykepleier-
nes rolle og ansvar?**

**Sykepleiere, myn-
dighetene, legene og
juristen svarer.**

ANSVARBET

96

I klisteret

100

**Sykepleieren har
også en rolle**

104

**Legens benzodiaze-
pine**

**«Vi kan ikke tillate oss
å være tankeløse.»**

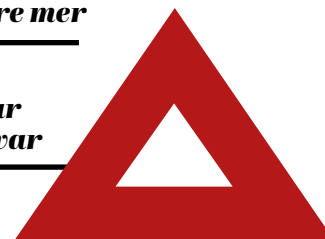
LIV BJØRNHAUG JOHANSEN

106

**Sykepleiere
må lære mer**

110

**Alle har
et ansvar**



114

**SLUTTKOMMENTAR:
Uten skyld?**



116

Les mer

118

**Ordlister og
preparatoversikt**



HVA KAN DU GJØRE?

**På demensavdelingen
på Haugsåsen har de
helt sluttet med angst-
og sovemedisiner.
Caroline Boda Saka-
riassen forteller om
veien dit og resulta-
tene.**

**I psykiatrien etableres
det stadig nye medika-
mentfrie behandlings-
tilbud. Sykepleien har
besøkt ett av dem.**

**Hva kan du gjøre når
panikkangsten tar
pasienten din? Psyko-
log Torkel Berge gir
oppskriften.**

KJEDE- KOLLISJON

Tekst Barth Tholens, ansvarlig redaktør i Sykepleien

At alle i helsetjenesten handler i beste mening, behøver ikke alltid borge for et godt resultat. Noen ganger må noen si stopp i tide.



En vinterkveld for noen år siden var jeg involvert i en stygg ulykke. Jeg satt på i en bil på vei til en landskamp, og føret var vrient. Det var glatt og trafikken tett. Den gode stemningen i bilen forsvant brått da

vi plutselig møtte et hav av hektiske, røde bremselys. Sjøføren, en dreven kar som hadde vært ute en vinter natt før, klarte riktignok å stanse foran nærmeste bil. Men så dundret bilen bak oss inn i bagasjerom-

met og skjøv oss fremover med stor kraft. Dermed krasjet vi også i bilen foran – akkurat som mange andre gjorde den kvelden.

Alle som har opplevd en kjede-kollisjon, vet at det kan arte seg



som et inferno av skingrende glass og skrikende metall. Så dukker spørsmålet opp: Hvordan kunne dette egentlig skje? Hvorfor holdt vi ikke større avstand? Og hvorfor holdt ikke bilen bak meg større avstand til meg?

LEI SPIRAL

Sykepleien tar i denne utgaven opp et tema som har en del fellestrekk med en kjedekollisjon. Å dele ut benzodiazepiner og z-hypnotika er blitt en del av sykepleiernes hverdag. Intensjonen er god. «Om disse medisinene brukes riktig, kan de være til god hjelp for pasientene», skriver legene Jørgen Bramness og Tom Vøyvik i sin innledende artikkel. Men: «Brukt galt kan de være en forbanelse.» Pillene som skulle være en del av løsningen for pasienter med angst- og soveproblemer, er for mange blitt en del av selve problemet. Ved langvarig bruk – utover den anbefalte tiden som produsentene opplyser om i Felleskatalogen – havner mange pasienter i en lei spiral. De trenger stadig større doser for å oppnå samme effekten. Dermed øker også det opprinnelige problemet i styrke og omfang.

Det er en kjede av velmenende aktører som alle i utgangspunktet forsøker å hjelpe pasienten. Industrien satser hardt på å utvikle piller som pasienter

har bruk for, om enn i en begrenset periode. Legen finner frem til virksomme piller som kan hjelpe pasienten gjennom en midlertidig, vanskelig situasjon. Sykepleieren deler ut piller som legen går god for, og som pasienten etterlyser. De gir pasienten etterlengt kontroll over en hverdag som ellers kunne være preget av uro og søvnløse netter.

FOR HØY FART

Så langt alt vel. Problemene oppstår når de kortsiktige gevinstene ved pillebruken gjør det vanskelig å få øye på de langsiktige skadene. Akkurat som i forkant av kjedekollisjoner har mange aktører i helsetjenesten en tendens til å holde for høy fart. Når en pille først virker, vil pasienten nødig gi slipp. Når pasienten nødig gir slipp, vil sykepleieren nødig ha bråk med legen for å få vedkommende over på noe annet. Legen skulle nok gjerne fått medisiner på markedet som ikke var så vanedannende, men så lenge disse ikke foreligger, vil legen nødig frata pasienten en pille som kan fremstå som det minste av flere onder.

Både industrien, leger og sykepleiere kan altså skyve andre foran seg når de skal forsvare dagens praksis. Dermed kan det se ut til at det er opp til myndighetene å sørge for lavere fart på benzodiazepin-motorveien. Dessverre er deres

advarsler å betrakte som et 60 km-skilt på en vei uten fotobokser. Tanken er god, men det hjelper lite når de fleste – ustraffet – kan gi blaffen.

GASSE NED

Med denne utgaven vil Sykepleien på ingen måte bruken av angst- og sove- medisiner til livs. Noen pasienter kan med fordel spores over på medisinfrie behandlingsopplegg, men svært mange får – i en periode – god hjelp fra piller som industrien fremstiller til en rimelig pris. Derimot ligger det i denne utgaven en klar oppfordring om at alle aktørene gasser ned. Leger, sykepleiere og pasienter bør alle ta et selvstendig ansvar for å slakke ned på farten.

Sykepleierne er godt kjent med de advarslene som angst- og sove- medisiner er utstyrt med. I mange tilfeller ser de også hvordan avhengighet av de samme preparatene kan skade pasienten. Men skal de trosse både den etterspørrende pasienten – og legen som tross alt skal vite best?

Svaret på det spørsmålet er: Ja. Nettopp fordi sykepleierne er så tett på pasientene sine, og fordi de daglig ser effekten av pillene de deler ut, må sykepleieren trosse den legen som ikke klarer å stoppe forskrivningen av medisiner som aldri ble utviklet for langtidsbruk. ●



«Leger, sykepleiere og pasienter bør alle ta et selvstendig ansvar for å slakke ned på farten.»



Dette mener sykepleiere om angst- og sovemedisiner

Tekst Ann-Kristin B. Helmers Illustrasjonsfoto Erik M. Sundt og Stig M. Weston

1000 sykepleiere har fortalt om erfaringer, holdninger og ansvar.

HVA ER BENZODIAZEPINER?

Benzodiazepiner er en gruppe legemidler som brukes angstdempende og som sovemidler. I Norge er det disse benzodiazepinene som er i salg:

Anxiolytika-benzodiazepinene (beroligende):

Valium, Vival og Stesolid (diazepam).
Alopam og Sobril (oksazepam).
Alprazolam og Xanor (alprazolam).

Z-hypnotika

(benzodiazepinliknende sovemedisiner):

Imovane, Zopiclone og Zopiklon (zopiklon).
Stilnoct og Zolpidem (zolpidem).
Hypnotika-benzodiazepinene (sovemedisiner):
Apodorm og Mogadon (nitrazepam).

Benzodiazepiner og benzodiazepinliknende hypnotika virker beroligende ved at de forsterker virkningen av transmitterstoffet GABA som virker dempende på aktiviteten i hjernen. Effekten oppleves som behagelig, og medikamentene har et visst misbrukspotensial. Ved daglig bruk over tid vil det oppstå toleranse og risiko for avhengighetsproblematikk.

Kilde: NHI.no og Vøyvik og Bramness (2017)

En av tre sykepleiere i Sykepleiens undersøkelse har månedlig eller oftere delt ut beroligende og angstdempende piller – på grunn av tidsnød.

Pasienter får vanedannende angst- og sovemedisiner fordi sykepleiere opplever tidsnød og ressursmangel.

Det kommer fram i Sykepleiens spørreundersøkelse om erfaringer med og holdninger til administrasjon av angst- og sovemedisiner (benzodiazepiner og z-hypnotika). Spørsmålene ble sendt ut til 6000 sykepleiere i desember 2017. Over 1000 svarte.

Sykepleien spurte blant annet:

- om det brukes, etter deres mening, for mye angst- og sovemedisiner på deres arbeidsplass
- om sykepleierne har administrert slike medikamenter til pasienter som har brukt dem over lengre tid
- om sykepleierne har møtt pasienter som åpenbart har vært avhengig
- om sykepleierne har gitt medikamentene på grunn av tidsnød, og egentlig ment at pasienten burde hatt annen oppfølging

- om de skulle ønske at legene var mer restriktive med disse medikamentene

- om hva sykepleierne selv tenker om sitt eget ansvar for håndtering av vanedannende medikamenter

Av dem som svarte, jobber 26 prosent i somatisk spesialisthelsetjeneste, 36 prosent i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste og 32 prosent i kommunehelsetjenesten.

Undersøkelsen viser at 25 prosent av sykepleierne mener det brukes for mye angst- og sovemedisiner på sin arbeidsplass.

GIR AVHENGIGHET

På grunn av toleranseutvikling og fare for avhengighet skal beroligende benzodiazepiner og benzodiazepinliknende sovemedisiner (z-hypnotika) brukes i lavest mulig doser over kortest mulig tid, ifølge Felleskatalogen.

For de medikamentene som oftest brukes i angstbe-



«Det skjærer i sykepleierhjertet når man vet at miljøterapi hadde virket bedre.» FRITEKSTSVAR

handling (Valium, Vival, Stesolid og Sobril), maksimalt tolv uker.

TIDSNØD OG HENSYN TIL OMGIVELSENE

I undersøkelsen svarer en av tre sykepleiere at de månedlig eller oftere deler ut beroligende og angstdempende piller – på grunn av tidsnød. 26 prosent har aldri gjort dette. Like mange, en av tre, svarer at de har opplevd, månedlig eller oftere, at pa-

sienter får angst- og sovemedisiner primært av hensyn til omgivelsene. Her skiller de som jobber i sykehjem og bolig seg ut, da 43 prosent svarer bekreftende på påstanden.

Hele 86 prosent har svart bekreftende på at de ofte eller noen ganger har delt ut denne typen medisiner over lengre tid. Av dem svarer 60 prosent at de ikke har foretatt seg noe da.

Blant sykepleierne som har møtt pasienter som åpen-

”

Dette svarer sykepleierne om tidsnød og ressursmangel:

«For liten bemanning fører til bruk av medisiner fremfor menneskelig kontakt. Det skjærer sykepleierhjertet når man vet at miljøterapi hadde virket bedre (og er uten bivirkninger), men man må ty til beroligende og sovemedisin på grunn av for lav grunnbemanning og ofte for lav kompetanse hos personalet.»

«Jeg er ofte alene sykepleier på jobb. Da hender det ofte at fagarbeidere fra andre avdelinger kommer til meg og ber om for eksempel Sobril eller Heminevrin. Tidspress gjør at det ofte ikke er anledning for meg til å vurdere pasienten slik jeg skulle ønsket. Jeg spør alltid 'hvorfor vil du at pasienten skal få ekstra?' og eksempelvis 'hvor lenge har pasienten vært urolig?'. Jeg sjekker alltid om det er forsvarlig å gi pasienten ekstra (for eksempel hva pasienten fikk i middags-medisinene

sine) før jeg eventuelt utleverer medikamentet.»

«Er alene på seinvakt ... på ni brukere. Har en bruker som av og til får panikkanfall. Hvis tidspresset er der, er det lettere å ty til beroligende enn å bruke tid til å trygge, gi gode råd og roe ned situasjonen.»

«Jobber hver 4. helg på en sengepost. Der gir vi ofte beroligende frem til mandag da det er flere ressurser å ta av (for eksempel psykolog, sosionom med mer).»

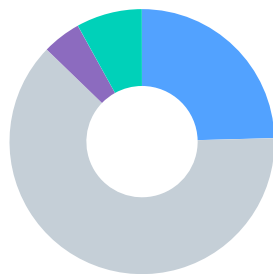
«Når pasienten er på respirator og kunne i hovedsak vært mer våken. På grunn av ressursmangel av personell så sover vi nok mer ned pasienten enn nødvendig.»

«Når legen har ført opp preparatet som eventuell-medisin, kan ikke jeg som sykepleier la være å gi det.»

Fra Sykepleiens spørreundersøkelse, fritekstsvaer

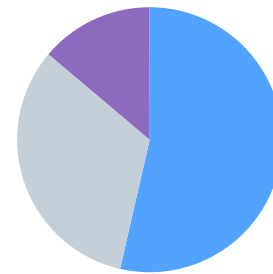
Hvordan vil du vurdere omfanget av bruk av angst- og sovemedisiner på din arbeidsplass?

Totalt antall svar: 1143



På grunn av toleranseutvikling og fare for avhengighet skal beroligende benzodiazepiner ifølge Felleskatalogen brukes i lavest mulig dose over kortest mulig tid – for angstbehandling med diazepam (Valium, Vival og Stesolid) og oksazepam (Alopam og Sobril) maksimalt tolv uker. Har du administrert benzodiazepiner til pasienter som har stått på disse i lengre tid?

Totalt antall svar: 1041



«Ofte lite hensiktsmessig å forklare en dement pasient om faren for å bli avhengig av medisinen.» FRITEKSTSVAR

bart har hatt et avhengighetsproblem, er det færre som sier de ikke har foretatt seg noe; nemlig 35 prosent.

SYKEPLEIERNES EGNE BESKRIVELSER

I undersøkelsen var det mulig å utdype flere av svarene med egne ord. Mer enn 200 av dem som svarte, valgte å utdype dette spørsmålet nærmere: «Har det hendt at du, på grunn av tidsnød eller ressursmangel, har gitt pasienter angst-

sovermedisiner selv om du har ment at det ville være bedre for pasienten om han/hun ble fulgt opp på en annen måte? (Se fritekstsvar s. 14.)

Over 400 av sykepleierne valgte å beskrive med egne ord hvordan de vurderer *omfanget* av disse medikamentene der de jobber. Flere opplever at de ikke har annet å gjøre enn å roe pasienten med piller på grunn av ressursmangel. Andre peker på leger som vil ha ned medikamentbruken, men ikke har alter-

Dette svarer sykepleierne om omfang og bruk:

«Det er veldig stort fokus på miljø og tillitsskape tiltak i stedet for medisiner. Dette er vel og bra, men det har gått litt for langt. At pasienter blir dopet ned på sykehjemmet er ikke lenger gjeldende. Flere pasienter som hadde hatt godt av mer medisiner for blant annet angst. Legene er opptatt av å 'ha ryggen fri' og bruke minst mulig medisiner.»

«Vår tilsynslege er svært restriktiv med bruk av disse. Det medfører at pasientene lider da vi ikke har nok menneskelige ressurser å tilby pasientene. Når vi argumenterer med at da trengs mer personale, sier legen at det er ikke noe hun kan styre. Jeg mener at da må hun ikke frata pasientene medikamentene uten å erstatte det med noe annet. Henger ikke på greip.»

«Vi møter stadig mennesker som har blitt stående på for eksempel Sobril eller Stesolid over tid.»

«Jeg synes det virker lettere å tilby medisin enn å bruke seg selv som et verktøy. Være til stede og samtale med pasienten virker å være for slit-somt for enkelte av personalet.»

«Dagens 17 pasienter i avdelingen bruker alle hypnotika og sedativa. Over halvparten bruker begge deler daglig.»

«Bruk av miljøtiltak først. Legen er svært tilbakeholden med benzo og hypnotika.»

«Prøver å unngå bruk så langt det lar seg gjøre.»

«Tenker flere av brukerne tar innsovningsmedisin av gammel vane og at effekten egentlig er borte forlengst.»

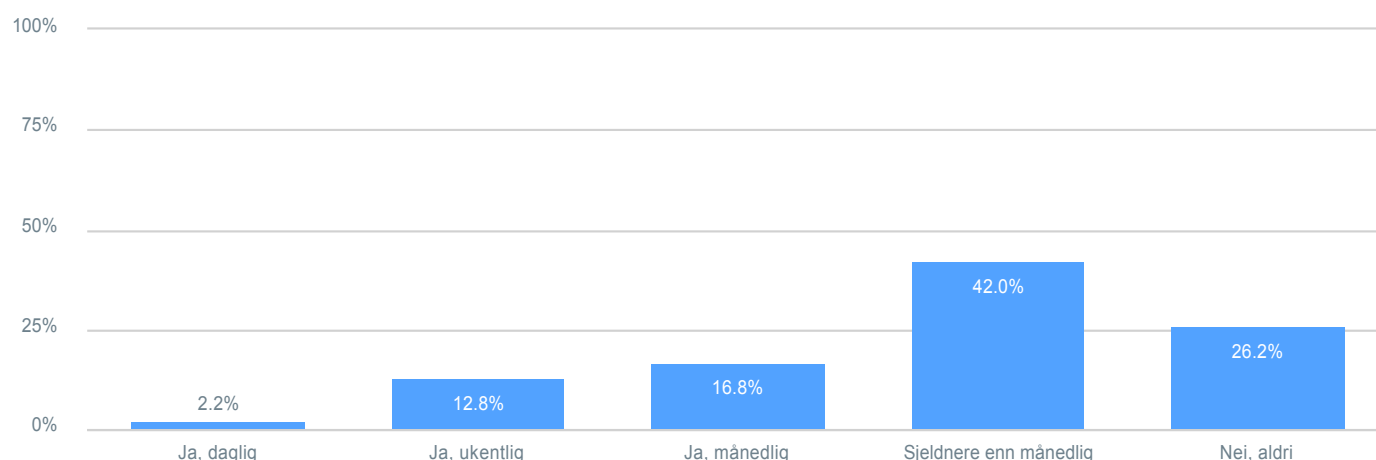
«Pasienter i rullestol med tvangsvedtak på belte, som får høye doser benzo for å unngå uro.»

«Vi har ganske 'frie tøyler' på administrering av angstdempende og innsovningsmedisiner når miljøtiltak ikke fungerer som tiltenkt.»

Fra Sykepleiens spørreundersøkelse, fritekstsvar

Har det hendt at du, på grunn av tidsnød eller ressursmangel, har gitt pasienter angst- og sovermedisiner selv om du har ment at det ville være bedre for pasienten om han/hun ble fulgt opp på en annen måte?

Totalt antall svar: 1054



« Legen må ikke frata pasientene medikamentene uten å erstatte det med noe annet. » FRITEKSTSVAR

► nativer å tilby og dermed overlater vanskelige situasjoner til pleiepersonalet. (Se frittekstsvaret s. 15.)

ØNSKER MER RESTRIKTIVE LEGER

I Sykepleiens undersøkelse svarer over halvparten at de er enig eller litt enig i påstanden «Jeg skulle ønske legene var mer restriktive i å ordinere angst- og sovemedisiner».

Like mange svarer at de er enig eller litt enig i påstanden «På min arbeidsplass jobber vi aktivt for å begrense bruken av angst- og sovemedisiner».

MØTER AVHENGIGE PASIENTER

Mer enn en tredel av sykepleierne svarer at de ofte har møtt

pasienter som åpenbart har et avhengighetsproblem knyttet til beroligende medisiner.

To av tre oppgir altså at de har foretatt seg noe da. Det de fleste oppgir å ha gjort, er å ta det opp med behandlende lege, eller å snakke med pasienten om avhengighet og medisinbruken.

IKKE GODT NOK INFORMERT

I underkant av en tredel av sykepleierne svarer at de sjelden eller aldri synes pasienter som er satt på disse medisinene blir godt nok informert om faren for avhengighet.

Langt de fleste, vel ni av ti, svarer videre at de selv ofte eller i spesielle situasjoner har gjort noe for å sikre at pasientene er godt nok informert om anbefalt bruk. ◀

Dette svarer sykepleierne om informasjon til pasientene:

«Ofte lite hensiktsmessig å forklare en dement pasient om faren for å bli avhengig av medisinen. Siden det er personalet som styrer legemiddelhåndteringen, så er det ikke alltid pasienten blir informert om faren for avhengighet.»

Flere nevner at informasjon om avhengighet til personer med demens er en utfordring.

En av sykepleierne svarer slik:
«Kommer an på om pasienten er kognitivt i stand til å oppfatte info. Dette er meget gamle mennesker og jeg ser ikke helt problemet med faren for tilvenning/avhengighet. Mye verre å ligge våken døgnet etter døgnet med vonde tanker og angst.»

Fra Sykepleiens spørreundersøkelse, frittekstsvaret

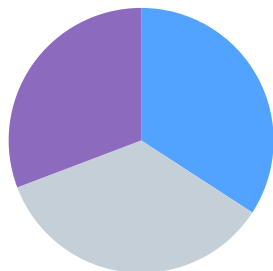
LES OGSÅ hva sykepleierne svarer om sitt eget ansvar på side

100

Synes du at pasienter som blir satt på disse medisinene, blir godt nok informert om faren for avhengighet?

Totalt antall svar: 1118

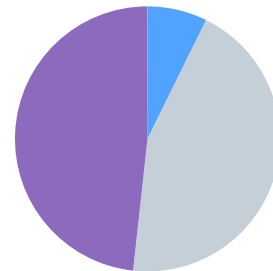
- Ja, oftest 34.2%
- Noen ganger 35.1%
- Nei, sjelden eller aldri 30.8%



Hender det at du selv gjør noe for å sikre at pasientene er godt informert om anbefalt bruk?

Totalt antall svar: 1094

- Nei, aldri 7.3%
- Ja, ofte 44.4%
- Det har hendt i spesielle situasjoner 48.3%



OVER EN HALV MILLIAN RESEPTER

Kilde: Reseptregisteret. Tallene viser kun z-hypnotika og benzodiazepiner brukt som angst- og sovemiddel.

Dette er antall personer som fikk minst én resept på angst- og sovemidler i 2007 og 2016. Tallene inkluderer ikke sykehus og sykehjem.

I 2007 fikk:

348 096 kvinner



182 550 menn



Totalt 530 646 personer

Brukere per 1000 innbyggere: 113

I 2016 hadde tallene sunket noe:

331 648 kvinner

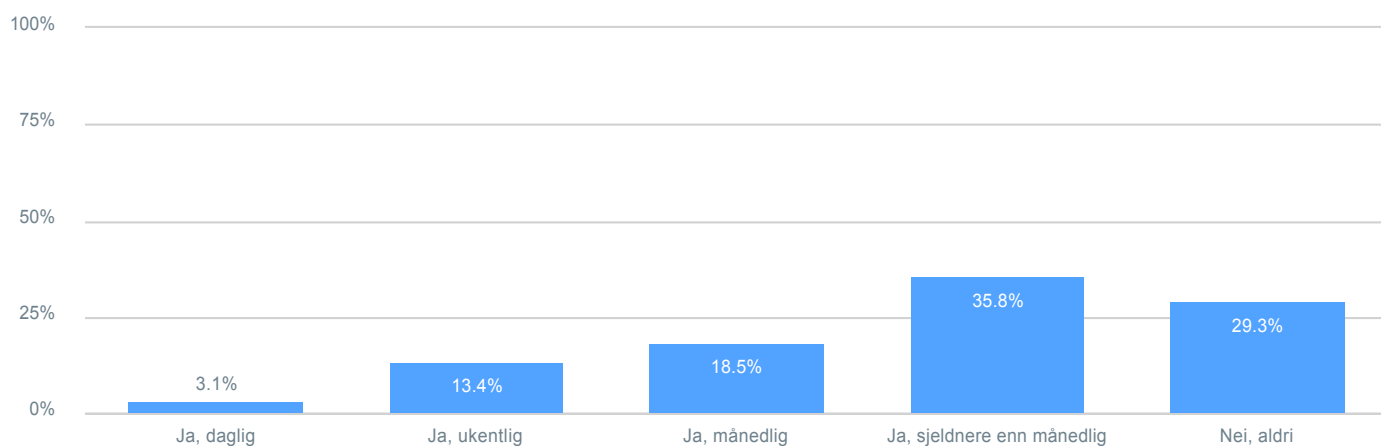
182 136 menn

Totalt 513 820 personer

Brukere per 1000 innbyggere: 98

Har du opplevd at pasienter får angst- og sovemedisiner primært av hensyn til omgivelsene?

Totalt antall svar: 1046



«Vi skal ha kunnskap om virkning og bivirkning av medikamentene vi gir.» ELI GUNHILD BY, FORBUNDSLEDER NSF

Foto: Marti Fonn



– All bruk er ikke feil bruk

Eli Gunhild By, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund, er ikke overrasket over at mange sykepleiere mener det brukes for mye angst- og sovemedisiner.

► – *Hva synes du om at en av tre i undersøkelsen oppgir at de månedlig eller oftere har delt ut beroligende eller sovemedisiner på grunn av tidsnød?*

– Det er selvfølgelig ikke bra. Det skal ikke være slik at tidsnød skal stå i veien for god, riktig og etisk forsvarlig pasientbehandling, sier Eli Gunhild By etter å ha sett hva sykepleierne har svart i undersøkelsen.

– *Hvilke vurderinger tror du ligger bak når en sykepleier gir potensielt avhengighetsskapende medisiner på et slikt grunnlag?*

– Når dette problemet har et slikt omfang, så viser det at dette ikke først og fremst handler om den enkelte sykepleier. Dette handler om at tjenestene må ha riktig kompetanse og tilstrekkelig bemanning. Det er arbeidsgivers plikt å organisere forsvarlige og omsorgsfulle tjenester, sier hun.

– IKKE OVERRASKET

– *25 prosent svarer at de synes det brukes for mye av denne typen medisiner på deres arbeidsplass. Er det hovedsakelig legen som har ansvaret her?*

– Legen har et ordineringsansvar, samtidig som sykepleiere har et selvstendig ansvar for å observere og vurdere riktig bruk av medisiner, sier By.

By er imidlertid ikke overrasket over at så mange mener det brukes for mye av de vanedannende angst- og sovemedisinene.

– Det er kjent at det har vært et overforbruk av medikamenter, særlig blant eldre på sykehjem.

– MEDISINENE ER TIL STOR HJELP FOR MANGE

Hun har tro på systematisk gjennomgang av medikamentbruk på individnivå, kombinert med miljø- og omsorgsrettede tiltak.

– Slike tiltak reduserer medikament-

bruken. Det er blant annet vist gjennom et omfattende legemiddelprosjekt gjennomført av sykehjemsetaten i Oslo i 2014. (Se side 76) Slike gjennomganger er viktige, sier hun.

By mener undersøkelsen tyder på at sykepleierne følger med og sier ifra når det er nødvendig.

– Men dette kan bli mye bedre ved å ha enda mer fokus på bruken og virkninger av medikamenter. Vi må huske på at sovemedisiner og andre beroligende legemidler også er til stor hjelp for mange. Så all bruk er ikke feil bruk, men medisiner skal brukes når det trengs med riktig dosering. Svarene viser at det er et overforbruk av denne typen medikamenter, sier By.

– SYKEPLEIERMANGEL KAN ØKE PROBLEMET

By tror at sykepleieren kan være avgjørende for å stoppe medikamentavhengighet.

– Gjennom kartlegging av bruken, drøfting av bekymring med kollegaer og forskrivende lege kan vi bidra til en mer riktig medikamentbruk for den det gjelder. Men det krever god oppfølging, tid, ressurser og kompetanse. Med økende sykepleiermangel og en allerede presset arbeidshverdag er det fare for at problemet kan øke, advarer By.

– *Hvilket ansvar har sykepleiere for riktig bruk av disse medikamentene?*

– Sykepleierens kompetanse er viktig når det gjelder rett bruk av medikamenter, selv om det primære ansvaret for forskrivning er legens. Vi skal ha kunnskap om virkning og bivirkning av medikamentene vi gir. Noen medikamenter gir forvirring, kognitiv svikt, og redusert motorisk funksjon. Noe som øker risikoen for fall og lårhalsbrudd. Det er viktig for pasientene at vi har og bruker denne kunnskapen, sier Eli Gunhild By. ◀

«Da bestemoren døde for femte gang, begynte jeg å ane uråd.» PETTER BRELIN, FASTLEGELEDER



Foto: Paal Audestad

– Pasientene kan være manipulerende og truende

Utskriving av vanedannende medikamenter er et daglig dilemma for mange fastleger, sier **fastlegeleder Petter Brelin**.

Petter Brelin, leder i Norsk forening for allmennmedisin, har sett svarene i Sykepleiens undersøkelse om vanedannende angst- og sovemedisiner.

Han mener svarene viser virkeligheten slik også han kjenner den.

– Mange beskriver at det er et problem, og at det er vanskelig å gjøre noe med dette. Så er det kanskje en slags trøst for fastlegene at også andre yrkesgrupper synes at bruk av vanedannende angst- og sovemidler er et krevende felt.

ETTERLYSER HOLDNINGSKAMPANJER

I undersøkelsen svarer 80 prosent av sykepleierne at de opplever at det ofte eller noen ganger er stor forskjell på legenes praksis for utskrivning av angst- og sovemedisin.

– Vi bør gå inn og se på variasjonene blant legene som skriver ut. Mange leger er kjempeflinke og jobber godt med denne problemstillingen hver eneste dag. Men det er forskjeller, og det bør vi finne forklaringer på.

– Jeg skulle ønske helsemyndighetene hjalp oss fastleger med dette. Vi får i dag kun tilbakemelding på vår praksis gjennom at helsetilsynet gjør enkelttilsyn. Vi bør få tilbakemeldinger på egen forskrivningspraksis, slik som på antibiotika. Det viser seg at slike tilbakemeldinger virker. Man ser hvordan man ligger an i forhold til andre.

– For det andre ønsker jeg meg en informasjonskampanje rettet mot befolkningen. Også det har vi gjort med antibiotika, og vi ser at det også virker.

Folk trenger å vite og bli bevisste på hva som er riktig bruk av vanedannende angst- og sovemedisiner, sier han.

LEI AV BANAL FORKLARING

– Over halvparten svarer at de er enig eller litt enig i påstanden «Jeg skulle ønske legene var mer restriktive i å ordinere angst- og sovemedisiner». Hva synes du om det?

– Jeg er enig i at det skrives ut for mye av disse medisinene. Samtidig er jeg lei av den banale og lettvinde forklaringen om at «det er jo bare å slutte å skrive ut». I virkeligheten er dette ofte sammensatte problemstillinger, hvor det ikke bare er én enkelt løsning.

KREATIVE PASIENTER

I tillegg til å være leder for fastlegene jobber Brelin selv som fastlege ved et legekontor i Halden.

– Jeg trenger ikke gå lenger enn til meg selv for å finne eksempler, sier han og beskriver en rekke kreative forklaringer han har fått servert for å skrive ut flere resepter – forklaringer det ikke alltid er mulig å verifisere:

– «Hunden har spist opp medisinene», eller «Medisinene ble mistet på bussen» er gjengangere, forteller han.

En gang hadde han en pasient som mistet bestemoren gang på gang:

– Da bestemoren døde for femte gang, begynte jeg å ane uråd, sier han.

– Poenget er at en del har et veldig sterkt ønske om å få mer av disse medisinene, og de kan være både manipulerende, sterkt appellerende og også truende. Det er ikke så lett å stå imot

og være for streng med disse pasientene. De har det ofte vondt, og de kan få store problemer om vi bare plutselig slutter å skrive ut reseptene. Disse medisinene må nedtrappes planmessig.

– Det er ikke enkelt å kreve at pasienten skal slutte med en medisin de kanskje har stått på i årevis, fra før fastlegen får dem på sin pasientliste.

– UGREIT MED PILLER PÅ GRUNN AV TIDSNØD

At en tredel månedlig eller oftere har gitt slike medisiner på grunn av tidsnød, overrasker ikke Brelin.

– Det er nok dessverre slik at dette gjøres. Det er ugreit og uheldig.

– Men jeg har stor forståelse for sykepleierne som står i det og tar den avgjørelsen når det brenner alle steder og de ikke har tid til alt. Det er ikke sikkert at sykepleierne opplever at de har så mye valg.

– LETT Å BLI RETTHAVERSK

Mer enn en tredel av sykepleierne i undersøkelsen svarer videre at de ofte har møtt pasienter som åpenbart har et avhengighetsproblem knyttet til beroligende medisiner.

Like mange oppgir at de ikke har foretatt seg noe da.

– Det svaret er vanskelig å tolke. Det er lett å bli retthavert og si «hvorfor gjør du ikke noe med problemet?». Men mange føler nok at de er i en posisjon hvor det ikke er så lett å ta tak i det som kan være en avhengighet. Jeg forstår at sykepleiere kan føle seg avmektig i den situasjonen, og at de derfor avstår fra å gjøre noe. ●

«Det holder ikke å tenke 'ja ja, slik ble det i dag'.» ANNE GRETE ERLANDSEN, STATSSEKRETÆR I HOD



– Bruken er bekymringsfullt høy

– Det er doktorene som har ansvaret for riktig forskrivning av disse medisinene, det er det ingen tvil om, sier **statssekretær Anne Grethe Erlandsen**.

▶ Anne Grethe Erlandsen, statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), har blitt forelagt Sykepleiens undersøkelse om bruk og holdninger til vanedannende angst- og sovemedisiner. Der svarer 25 prosent av sykepleierne blant annet at de synes det brukes for mye av disse medisinene der de jobber. 80 prosent svarer at det ofte eller noen ganger er stor forskjell på legenes praksis for utskrivning. Halvparten skulle ønske legene var mer restriktive med å skrive ut disse medisinene. (Se side 103.)

– Det er doktorene som har ansvaret for riktig forskrivning av disse medisinene, det er det ingen tvil om, sier Erlandsen, som selv er sykepleier.

– HAR DIALOG MED LEGEFORENINGEN

Petter Brelin, leder i Allmennlegeforeningen, etterlyser hjelp fra helsemyndighetene og vil ha holdningskampanjer og tilbakemeldinger på egen praksis. (Se side 21.)

– Bruken av vanedannende angst- og sovemedisiner er bekymringsfullt høy.

Erlandsen viser til OECD-rapporten Helse i Norge, som peker på at Norge er blant landene som har rapportert høyest andel eldre som har resept på angst- og sovemedisiner i mer enn ett år. 44 av 1000 eldre hadde slike resepter. Gjennomsnittet for de 16 OECD-landene som

levte på denne indikatoren, var 25 av 1000, ifølge Folkehelseinstituttet.

– Vi har allerede en dialog med Legeforeningen om dette, sier Erlandsen.

Hun viser blant annet til at Helsedepartementet har gitt midler til et veiledningsopplegg med e-læringsprogram for allmennlegene, om riktig bruk av vanedannende angst- og sovemedisiner.

Når det gjelder direkte tilbakemeldinger, mener Erlandsen at metodikken som er brukt i arbeidet for å få ned antibiotikabruken, kan overføres til andre områder, også vanedannende legemidler. Det er imidlertid ingen konkrete planer om å gjøre dette.

Noen informasjonskampanje om legemidlene ut til befolkningen står heller ikke på listen.

– Det er ikke sikkert at informasjonskampanje er riktig virkemiddel, sier hun.

MÅ HA EN PLAN

En tredel av sykepleierne i undersøkelsen svarer at de månedlig eller oftere gir pasienter medisinene på grunn av tidsnød eller ressursmangel når de mener andre tiltak hadde virket bedre.

Den ballen spiller Erlandsen direkte tilbake til sykepleierne:

– Først og fremst har sykepleiere som opplever uforsvarlig praksis, et ansvar

for å melde fra om dette. Det holder ikke å tenke «ja ja, slik ble det i dag».

– Dersom sykepleiere opplever at de må gi vanedannende angst- og sovemedisin på grunn av tidsnød eller ressursmangel, må de ta det videre til sin leder. Lederen må sørge for at det er utarbeidet en plan for hva man gjør når en pasient blir urolig eller ikke får sove.

– Legen skal selvsagt delta i dette arbeidet. Den enkelte sykepleier skal ikke stå i en slik situasjon alene. Planen bør legges før situasjonen er «varm», sier hun.

MÅ VÆRE BEVISSTE

Erlandsen tror kunnskapen om hvordan vanedannende angst- og sovemedisiner skal brukes, er til stede både hos legene og sykepleierne.

– Men bruken av vanedannende legemidler er for høy, og det er viktig å ha en bevissthet rundt når disse medikamentene skal deles ut. Det gjelder for alle pasienter, og spesielt hjemmeboende eldre og eldre på sykehjem, sier hun.

– Sykepleiere og leger må være bevisste på ikke å legge sten til byrden ved å påføre pasienter med angst eller søvnproblemer en medikamentavhengighet. Ofte kan et glass melk eller ei brødkive på kvelden hjelpe like godt som en sovetablett. Man trenger ikke alltid en pille for alt som er ille. ●



VISSTE DU AT HEPATITT KAN SMITTE VIA SEKSUELL KONTAKT?

HEPATITT A

HEPATITT B

UNNGÅ SYKDOM PÅ REISE. SNAKK MED LEGE/REISEKLINIKK OM FOREBYGGING.

Hepatitt A og B er to av mange infeksjonssykdommer du kan risikere å bli utsatt for på reise. Det er flere måter du kan bli smittet på, og smitte kan skje selv om du er forsiktig. De vanligste smitteveiene er gjennom mat og drikke, ved ubeskyttet sex eller gjennom kontakt med urent medisinsk utstyr

REFERANSER Hepatitis A Fact sheet WHO 2015 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/en || Hepatitis B fact sheet WHO 2015 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/ || Changing hepatitis A epidemiology in the European Union: new challenges and opportunities www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21101

Mars 2018: NOR/TH/0002/17(1)

**SJEKK HVILKE
INFEKSJONER DET KAN
VÆRE ØKT RISIKO FOR
DIT DU SKAL OG FINN
NÆRMESTE REISEKLINIKK:**

VAKSINE.NO

LØSNINGEN SOM BLE

70 år med piller mot uro:

Leo Sternbach fremstiller det første benzodiazepinet. Han er kjemiker ved Hoffmann-La Roche i New Jersey. Bildet viser Sternbach og hans kone Herta i Montclair, New Jersey i 2003.



Foto: AP Photo/Mike Deter

1955

Etterfølgeren til barbituratene og forløperen til benzodiazepinene, Miltown (meprobamat), ble lansert som et beroligende middel i USA, og tok Hollywood med storm. I Norge het det Meprobam. På slutten av 1956 hadde 1 av 20 amerikanere prøvd det.

1950

Markedstillatelse for det første benzodiazepin-klordiazepoksid (Librium) blir gitt. Bruken øker raskt. Legemidlene blir ansett for å være relativt ufarlige med lite bivirkninger.

1960

Diazepam (Valium) – også det fremstilt av Leo Sternbach – kommer på markedet (blir også solgt under navnene Vival og Stesolid). Hoffmann-La Roche rettet annonseringen spesielt mot kvinner da de lanserte Valium.



Foto: Scampix/APMarty Reichenthal

1963

1960

1970

1980

Flunitrazepam, mest kjent under merkenavnet Rohypnol, kommer på markedet i Europa.

1975

Eks-presidentfruen Betty Ford var avhengig av benzodiazepiner og ble innlagt på et rehabiliteringssenter. Legen hennes, Joseph Purch, erklærte at misbruk av beroligende midler var landets alvorligste helseproblem.

1978

Senator Edward Kennedy holdt en høring om farene forbundet med bruk av benzodiazepiner i Senate Health Subcommittee.

1979

Legemiddeloven blir vedtatt i Norge: Lov om legemidler av 20. juni 1964 nr. 5

1964

1966

Doctor, please, some more of these: «Mother's Little Helper» av the Rolling Stones når opp til 8. plass på Billboards singelliste. Etter hvert blir man oppmerksom på bivirkninger ved bruk av benzodiazepiner: Forverring av symptomer etter seponering (reboundeffekt), toleranseutvikling og faren for misbruk og avhengighet.



Foto: Scampix/Topfoto

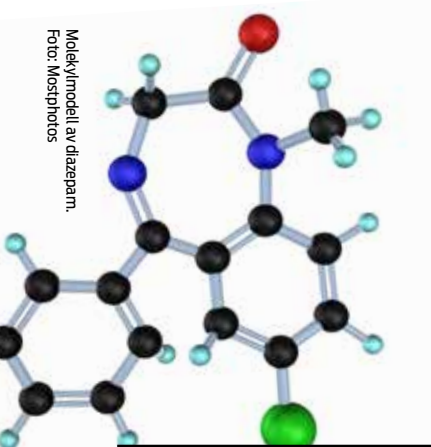
De fleste barbiturater blir avregistrert i Norge. Barbiturater ble innført i medisinen på begynnelsen av 1900-tallet og var de mest brukte beroligende og søvnfremkallende midler før benzodiazepinene overtok i 1960-årene. Høyere doser virker krampestillende og gir generell anestesi.

1984

Lederartikkel i *British Medical Journal* hevdet at «Nå som det er blitt påvist at benzodiazepinene forårsaker medikamentavhengighet, burde bruken av dem reguleres mye strengere – eller til og med forbys?»

... OUTSIDE THE DOOR, SHE TOOK FOUR MORE: Mick Jagger fotografert 6. april 1966.

PROBLEMET



Molekylmodell av diazepam.
Foto: Mostphotos

1990

Helsedirektoratet gir ut en veileder i forskrivning av vanedannende legemidler: IK-2314. Helsedirektoratets veiledningsserie nr. 2–90.

1992

Ny lov om legemidler: Lov om legemidler m.v. av 4. desember 1992 nr. 132

1994

Z-hypnotika, benzodiazepin-liknende sovemedler, kommer på markedet. Zopiklon er blant de første.

1996

På en konsensuskonferanse i Norge i 1996 blir det påpekt at det er et misforhold mellom den utstrakte langtidsbruken av benzodiazepiner og den manglende vitenskapelige dokumentasjonen av nytten av slik bruk.

2001

Helsetilsynet gir ut ny veileder om vanedannende legemidler, forskrivning og forsvarlighet: IK-2755 Helsetilsynet 2001.

2003

Flunitrazepam (Rohypnol) blir flyttet fra reseptgruppe B til reseptgruppe A for å redusere forskrivningen.

2004

Flunitrazepam (Rohypnol) blir avregistrert.

2009

Rapperen Eminem gir ut albumet *Relapse* i mai 2009, med blant annet låten «My mom»: «My mom loves Valium and lots of drugs
That's why I am like I am 'cause I'm like her»

(Ifølge en studie referert i boken *Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner* er faktorer som predikerer langtidsbruk av benzodiazepiner, å være kvinne, å ha høy alder, å ha brukt før, og det å ha brukt mye.)

Foto: Scanpix/AFP/Getty Images/Sean Gardner

2012

Det ble innført «promillegrense» for bilkjøring og 20 narkotiske stoffer og legemidler, blant andre benzodiazepiner og z-hypnotika.

2014

Nasjonal faglig veileder for vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet: IS2014 Helsedirektoratet (oppdatering av Helsetilsynets veileder fra 2001). Her står det blant annet: «Av forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven §4; kan det utledes at helsepersonell har plikt til ikke å være beruset eller sløvet på jobb. Helsepersonell har etter Helsepersonelloven §8; plikt til å orientere sin arbeidsgiver om bruk av legemidler som kan virke sløvende eller berusende.»

2016

Nye helsekrav for førerkort. Strengere for hvilke typer og doser benzodiazepiner og z-hypnotika man kan kjøre med innabords.





Foto: Mostphotos

2018

Kenneth Nerby vinner over Pasientskadenemnda i Glåmdal tingrett. Han får medhold i at han har rett på pasientskadeerstatning for å ha blitt påført avhengighet av benzodiazepiner av legene.



DEBATTMØTE

Se mer på
Sykepleiens
Facebook-
side

DEBATTMØTE - 05|04|2018
KULTURHUSET - OSLO - KL. 18.30

Avhengighet og ansvar #angst- og sovemedisiner

DEBATTMØTE - 05|04|2018
KULTURHUSET - OSLO - KL. 18.30

Avhengighet og ansvar #angst- og sovemedisiner

Kun for kort tids bruk, sier retningslinjer.
Likevel treffer sykepleiere pasienter som blir stående på disse
medikamentene over lang tid og utvikler en problematisk bruk.
Hvorfor havner vi her? Hvem har ansvaret?

Vi samler sykepleiere og leger
til debattmøte på Kulturhuset.

Med:
Tore Bakken – tidligere medikamentavhengig
Tom Vøyvik – spesialist i rus- og avhengighetsmedisin
Elisabeth Kjølrsrud – leder for sykepleiernes etiske råd
Steinar Madsen – direktør i legemiddelverket

Debatten blir ledet av **Barth Tholens**,
ansvarlig redaktør i Sykepleien

Møtet vil bli streamet på sykepleien.no



DEN NORSKE
LEGEFORENING

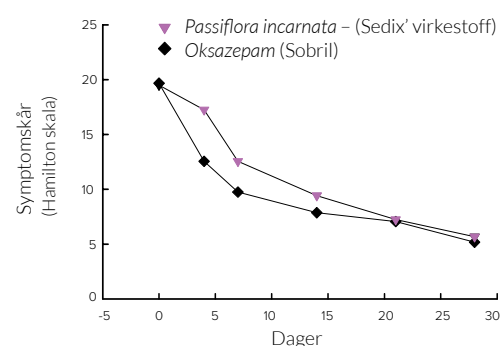
Sykepleien



Sedix® – til behandling av mild uro og innsovningsvansker

Virkestoffet i det plantebaserte legemidlet Sedix, *Passiflora incarnata*, har gjennom årtier vært benyttet til behandling av uro og innsovningsvansker.

I 2001 publiserte Akhonzadeh et al en pilotstudie som inkluderte 36 pasienter med generalisert angstlidelse (GAD). Disse ble randomisert til enten *Passiflora incarnata* (n=18) eller oksazepam (n=18). Ingen signifikante forskjeller var observert mellom de to behandlingene ved studieslutt. *Passiflora incarnata* behandlingen ga ingen nedsettelse av jobbfunksjon.




Figur. Gjennomsnittlig skår på Hamilton skala (angstskår). *Passiflora incarnata* (n=18), oksazepam (n=18).¹

Tilpasset og oversatt til norsk av Sana Pharma Medical.



- ✓ Virker beroligende
- ✓ Letter innsovning
- ✓ Avhengighet lite sannsynlig

 Fås på alle apotek

Sedix®

Plantebasert sedativum. Beroligende.

TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg: Hver tablett inneh.: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*Passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk hos voksne og barn >12 år for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsovning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. **Dosering:** Lindring av mild uro: 1-2 tabletter morgen og kveld. Lette innsovning: 1-2 tabletter om kvelden, 1/2 time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. Bør ikke brukes >6 måneder i strekk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Graviditet, amming og fertilitet:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ingen bivirkninger er rapportert. **Overdosering/forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel. **Pakning:** 28 stk. blisterpakning. Sedix SPC, sist endret: 30.08.2016

ATC-nr.: N05C M-

●

DETTE MÅ DU VITE OM

Tekst Jørgen G. Bramness og Tom Vøyvik Foto Stig M. Weston



Å dele ut av benzodiazepiner og z-hypnotika er en del av hverdagen for mange sykepleiere. Om disse medisinene brukes riktig, kan de være til god hjelp for pasientene. Brukt galt kan de være en forbannelse.

ANGST- OG SOVEMEDISINER



Benzodiazepiner og z-hypnotika er sannsynligvis noen av de legemidlene som volder helsepersonell mest hodebry. Hvem har ikke opplevd pasienter som ikke vil ta disse medisinene fordi de er redde for å bli avhengige, eller pasienter som krever slike medisiner uten at det er noen indikasjon for dem?

Rett bruk av rett medisin er viktig for både samfunnet og den enkelte pasient. Som helsepersonell må man ha kunnskap om disse medisinene, slik at bruken kan optimaliseres.

Helsemyndighetene har i mange år jobbet for å forbedre forskrivningen av vanedannende legemidler, herunder benzodiazepiner og z-hypnotika. I stor grad har dette handlet om å redusere forskrivningen. Man har hatt en idé om at skadelig bruk eller avhengighet av disse legemidlene representerte et stort problem i Norge. Men vi har et forbruk av både angstdempende og søvninduserende legemidler som er helt på linje med land det er naturlig å sammenlikne oss med (se figur 1 og 2).

Det er også slik at bruken av disse legemidlene har sunket ganske betydelig i Norge de senere årene (1, 2). Det er derfor mye riktigere å snakke om å gjøre bruken av vanedannende legemidler generelt, og bruken av benzodiazepiner og z-hypnotika spesielt, bedre, fremfor å ha et ensidig fokus på reduksjon.

HVA ER BENZODIAZEPINER?

Anxiolytika og hypnotika (tabell 1) er gode og effektive medisiner med få bivirkninger om de blir brukt riktig. De gir en god angstdempende og søvninduserende effekt og er relativt sikre i bruk. Dette er også gode medisiner mot kramper og muskelspenninger.

Pasienter vil kunne fortelle at det oppleves som effektivt og behagelig å bruke legemidlene. Virkningen kommer innen 30–60 minutter etter inntak og varer noen timer. De har det vi kaller et bredt terapeutisk område, og brukt alene, hos ellers friske, er det så å si umulig å dø av overdose. I forskningslitteraturen finner vi faktisk ingen rapporter om dødelige overdoser fra benzodiazepiner eller z-hypnotika tatt alene hos friske individer.

Om man er alvorlig syk (særlig lungesykdom), eller om man bruker dem sammen med andre medisiner, er det en helt annen sak. Da kan kombinasjoner med disse legemidlene være svært risikabelt.

I all hovedsak er benzodiazepinene og z-hypnotika (zopiklon eller zolpidem) veldig like medikamenter som kan brukes om hverandre på de ulike indikasjonene. Ut over det at z-hypnotika har

en noe dårligere anxiolytisk effekt og ikke brukes mot kramper, er det dosen som avgjør om medikamentet er anxiolytisk/angstdempende (lavest dose, for eksempel 5 mg diazepam), hypnotisk/søvnfremkallende (mellomstor dose, for eksempel 10 mg diazepam) eller antiepileptisk (høyere dose, for eksempel 20 mg diazepam).

Mange tror at de høypotente benzodiazepinene (alprazolam, flunitrazepam eller klonazepam) er mer effektive enn de mellompotente (diazepam og nitrazepam) eller de lavpotente (oxazepam), men det skyldes stort sett at de lavpotente blir dosert i lavere ekvipotente doser enn de høypotente. Man sammenlikner automatisk milligram uten å gå veien om preparatets faktiske styrke og klarer rett og slett ikke å «oversette» 4 mg klonazepam til 40–80 mg diazepam.

BIVIRKNINGER

Som alle andre medisiner har også benzodiazepiner og z-hypnotika bivirkninger. De viktigste er psykomotoriske og kognitive effekter. De psykomotoriske bivirkningene gjør at man blir dårligere til å kjøre bil (3, 4), noe som reflekteres i førerkortforskriften.

Medisinene vil også i noen grad gi en økt tendens til fall og bruddskader hos eldre (5). I tillegg kompliseres bruken av ruseffekter ved høyere doser, og ved fast bruk oppstår det en toleranseutvikling som både forvirrer og kan gjøre det vanskelig å avslutte bruken.

De kognitive bivirkningene er tydeligst for hukommelsen, der vi finner

uttalt anterograd (fremovervirkende), men også noe retrograd (bakovervirkende), amnesi (hukommelsestap). Man husker dårlig fra tiden rett før inntak av medisinen og timene etter inntak. Dette gjelder også om man ikke har fått stor nok dose til å fremstå som om man har nedsatt bevissthet. Vedkommende kan se våken ut og svare adekvat, men likevel ha dårlig hukommelse av hva som har foregått.

Pasienter som får benzodiazepiner før for eksempel en psykoterapi, vil ha dårligere utbytte av terapien. Det er usikkert om medikamentene som sådanne innebærer en risiko for å utvikle demens (6), men bruk kan være problematisk for personer med redusert kognitiv funksjon, som demente og en del eldre.

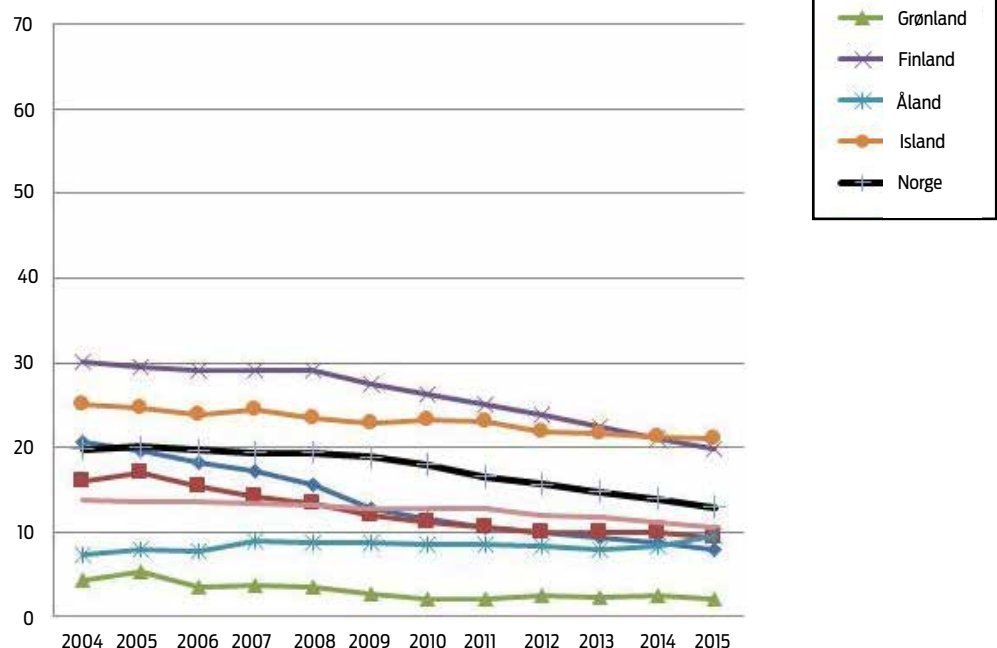
TOLERANSEUTVIKLING

Ved jevnlig bruk vil man alltid utvikle en toleranse for virkningene av benzodiazepiner og z-hypnotika. Ved inntak daglig eller flere ganger daglig over noen uker vil man etter hvert ha like mye angst eller søvnproblemer med legemidlene som man ville hatt uten.

Årsaken til dette er toleranseutviklingen. Reseptorene hvor benzodiazepiner eller z-hypnotika virker i sentralnervesystemet, blir nedregulert og mindre følsomme etter en tids bruk. Den «bremsende effekten» disse legemidlene har på hjernen, blir mindre og mindre.

Kroppen vil alltid søke å finne nye balanser, også når den får en fast medika-

FIGUR 1: Salg av benzodiazepin-anxiolytika
I definerte døgndoser per 100 innbyggere per døgn



menttilførsel. Man kunne derfor tenke seg at «ingen skade var skjedd», men klinisk erfaring tilsier at pasientens nervesystem i den nye likevekten mister en del fleksibilitet som kan være god å ha i en del utfordrende situasjoner. Det ser dermed ut til at nervesystemet i mindre grad kan nyttiggjøre seg av naturlig beroligelse, og man kommer da inn i en avhengighetssituasjon, hvor man må ha medisiner.

Når det i tillegg er slik at man får større toleranseutvikling for virkningene enn for bivirkninger som nedsett hukommelse og psykomotorikk, sitter man igjen med bare bivirkninger, ingen virkninger, og en avhengighet. På grunn av en *rebound*-effekt etter at dosen har sluttet å virke (for eksempel mot slutten av natten), kan det til og med være at man har det verre enn man ville hatt det uten medisiner.

Toleranseutviklingen er også årsaken til at det kan være vanskelig å slutte med medisiner. Når opplevelsen er en fortsatt angst og søvnløshet, vil en del i sin fortvilelse øke dosene og forverre sin avhengighetssituasjon. En konsekvens er jo at man får dårligere søvn eller økt angst når man forsøker å slutte med medisiner.

Vi omtaler gjerne dette som abstinenser, men for pasienten vil det oppleves som en bekreftelse på at man virkelig trenger medisiner. Abstinensreaksjonen bidrar til at det er vanskelig å slutte med benzodiazepiner og z-hypnotika etter langvarig bruk.

PROBLEMATISK BRUK

Det er problematisk å gi benzodiazepiner og z-hypnotika til personer som har et rusmiddelproblem, eller som har vært i et avhengighetsforhold til disse medikamentene. Spesielt kan det være viktig å tenke gjennom folks forhold til alkohol.

Alkoholforbruket har økt betydelig de siste par tiårene i Norge, spesielt i aldersgruppen over 50 år, den samme aldersgruppen som også har et høyere forbruk av benzodiazepiner og z-hypnotika (7). En del pasienter kan ha et for høyt alkoholforbruk uten at helsepersonell er klar over det, og noen pasienter med angst eller søvnproblemer bruker alkohol som hjelp mot plagene.

Alkohol har også rebound-effekter når det brukes mot angst og søvnproblemer, og kan være en årsak til at pasienten går over til benzodiazepiner og z-hypnotika. En ond sirkel av inntatte legemidler og alkohol som i seg selv kan skape angst og søvnproblemer, gir mange tolkningsproblemer både hos pasienten og i helsevesenet.

Noen ønsker også å «behandle» abstinensliknende plager som kommer i avslutningen av en rus, med beroligende medikamenter. Sove- og angstmedisiner kan derfor raskt bli et problem hvis de tas i bruk av pasienter med rusmiddelproblemer.

Selv om de fleste har et uproblematisk alkoholforbruk, er det viktig å snakke med pasientene om alkohol i forbindelse med forskrivning av benzodiazepiner og z-hypnotika. Da kan man informere om

at alkohol ikke er et godt sovemiddel, og hvordan det kan virke inn på plagene og samvirke med medikamentene. Alkoholbruk er en vanlig egenomsorg i vår kultur, også når det gjelder å påvirke et søvnproblem, og bør interessere helsepersonell, spesielt i samtalen med pasienter.

Andre pasienter bruker også benzodiazepiner og z-hypnotika for å oppnå rus, alene eller sammen med andre rus-

«Når man begynner å bruke disse medisinerne, bør man også ha en klar plan for avslutning.»

midler. Slike blandinger er vanlig med alkohol, opioider og sentralstimulerende midler. Dette er farlige kombinasjoner som kan gi uforutsette bivirkninger og risiko for alvorlige overdoser, også dødelige.

AVHENGIGHET

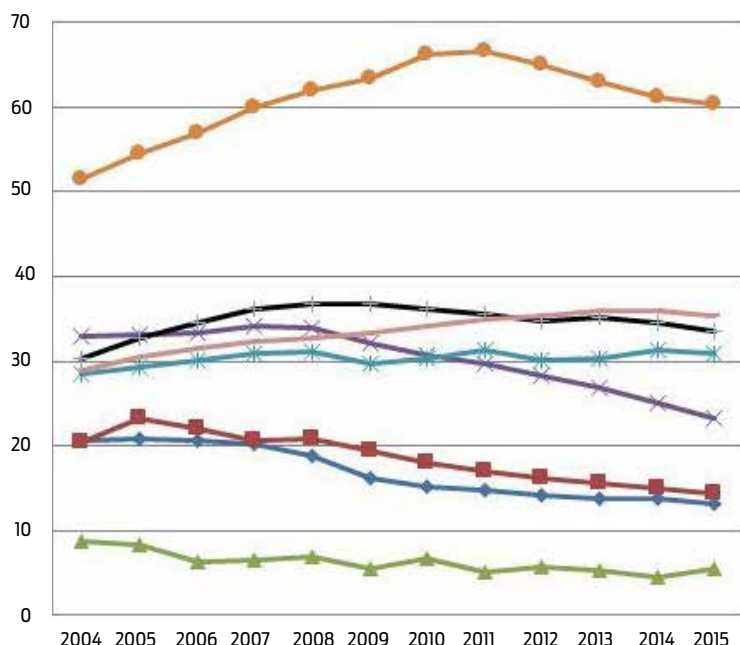
Man kan bli avhengig av både benzodiazepiner og z-hypnotika. Vi snakker om avhengighet med utgangspunkt i sammensatte fysiske og psykiske forhold. Den fysiske avhengigheten er stort sett et produkt av toleranseutviklingen og er veldig vanlig ved bruk av disse legemidlene, men toleranseutvikling alene er ikke nok til å få en avhengighetsdiagnose.

Avhengighet av benzodiazepiner eller z-hypnotika vil i spesialisthelsetjenesten diagnostiseres med koden F13.2 i ICD-10 (vårt og det internasjonale diagnosesystemet). For å få diagnosen må man oppfylle minst tre kriterier fra en liste over en rekke fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener samtidig i løpet av det foregående året:

- Sterk lyst, eller følelse av tvang, til å innta benzodiazepiner eller z-hypnotika
- Problemer med å kontrollere inntaket av benzodiazepiner eller z-hypnotika, enten det gjelder oppstart, avslutning eller mengde man inntar
- Fysiologisk abstinensstilstand som opptrer dersom bruken av benzodiazepiner eller z-hypnotika opphører eller reduseres, eller viser seg ved karakteristiske abstinenssymptomer etter bruk av benzodiazepiner eller z-hypnotika, eller gjennom bruk av benzodiazepiner eller z-hypnotika (eller beslektete stoffer) for å lindre eller unngå abstinenser

FIGUR 2: Salg av z-hypnotika
I definerte døgndoser per 100 innbyggere per døgn

Kilde: Norsk legemiddelstatistikk



BENZOVETTREGLENE

På bakgrunn av egne erfaringer, i samråd med flere legekontorer og sammen med utarbeidelsen av veilederen for bruk av vanedannende legemidler (Helsedirektoratets IS-2014: Nasjonal faglig

veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet) har vi utarbeidet noen generelle råd for forskrivning av benzodiazepiner og z-hypnotika. Disse har vi kalt benzovettreglene.

Begynn ikke med benzodiazepiner hvis du ikke vet at pasienten kan slutte

Tenk alltid på grunnleggende sykdommer og behandlingsalternativer

Verken angst eller søvnløshet er farlig

Diskuter alltid benzobruk med pasienten

Diskuter alkoholforbruk og eventuelt bruk av andre rusmidler

Unngå telefonforskrivning. Resepter bør utstedes ved konsultasjon

Vær oppmerksom på mistete resepter og andre unnskyldninger

Unngå kombinasjon med andre mulige misbruksmedikamenter

Resepten er personlig og kan ikke deles med andre

Selv for langtidsbrukere er en liten reduksjon i forbruket bra

Informer pasienten om toleranse og abstinenser ved benzobruk

Bare skriv ut til egne pasienter. Ellers kun minstepakninger

Lær ett eller to medikamenter å kjenne (nye benzodiazepiner løser ikke problemene med de gamle)

- Toleranseutvikling, slik at større doser må til for å gi samme effekt som tidligere
- Økende likegyldighet til andre gleder og interesser. Mer og mer tid brukes til å skaffe seg benzodiazepiner eller z-hypnotika, til å bruke dem, eller til å komme seg i form etter bruken
- Bruken av benzodiazepiner eller z-hypnotika opprettholdes til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser. Det må fastslås om brukeren var, eller kunne forventes å være, klar over disse konsekvensene

Disse kriteriene henger på en måte sammen to og to. Mens de to første handler om kontroll, handler de to neste om toleranseutvikling og dens konsekvenser, og de to siste om skadelige konsekvenser. Det at man skal oppfylle tre kriterier for å få diagnosen, betyr at man ikke nødvendigvis må ha en toleranseutvikling med påfølgende absti-

nens for å få en avhengighetsdiagnose.

For brukere av benzodiazepiner og z-hypnotika er slik toleranseutvikling veldig hyppig. Da er det viktig å huske at toleranseutvikling alene heller ikke er tilstrekkelig til å få diagnosen avhengighet.

FORSKRIVNING

Sykepleiere og helsepersonell etterlyser ofte klare retningslinjer for medisinering. På området angst- og søvnproblemer vil det aldri bli helt enkel å gi en «oppskrift» på rett behandlingen. Det vil alltid være snakk om individuelle vurderinger og ofte dilemmaer.

I Norge har vi stort sett et reflektert forhold til forskrivning av vanedannende legemidler. Som alltid må vi leger veie fordeler mot ulemper når vi skal forskrive et medikament. Det at et medikament har bivirkninger, er selvsagt ikke en kontraindikasjon mot for-

OM SKRIBENTEN

Jørgen G. Bramness

(side 33) er professor og spesialist i psykiatri. Han er tidligere leder for Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo og er nå seniorforsker ved Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. Sammen med Tom Vøyvik ga han i 2017 ut boken *Rasjonell bruk av angst- og sovemedisin*.

skrivning. Tvert om kan det være god medisin å forskrive medikamenter til tross for at man kjenner bivirkningene.

AVSLUTNING

Når man begynner å bruke disse medisinene, bør man også ha en klar plan for





LES OGSÅ hva Bramness og Vøyvik skriver om hvordan behandlingen kan avsluttes på side **64**

avslutning. Det er fornuftig å være spesielt aktpågivende med pasienter som har en historie med skadelig bruk av rusmidler, som bruker andre vanedannende legemidler, eller som for eksempel har en alvorlig personlighetsforstyrrelse, PTSD eller tvangslidelse. I slike situasjoner vil det som regel bli krevende å få avsluttet medisineringsen.

En god behandling med benzodiazepiner eller z-hypnotika handler med andre ord ikke bare om oppstart på rett indikasjon og med rett dose, men også om rett planlagt avslutning av bruken. En slik plan forutsetter at pasienten er godt informert og tas inn til oppfølgende samtale.

Som sykepleier kan man ofte komme i en god situasjon for samtaler om livsproblemer som rus, angst, søvnproblemer, relasjonsproblemer, medisinbruk og annet. Ofte vil en sykepleier være den som faktisk avgjør om pasienten skal eller ikke skal få en sove- eller angsttablett.

Nå kan man ikke ta «den store samtalen» hver gang. En sovetablett kan være en helt uproblematisk løsning på en vanskelig situasjon for en pasient. Men av og til bør man finne anledning til en slik samtale for å informere, lytte og reflektere sammen. Kanskje er det du, fremfor forskrivende lege, som kommer i posisjon til å finne pasientens egentlige problem og eventuelle motivasjon til å endre en uheldig legemiddelbruk?

Noen legesentre tenker at det er så problematisk å forskrive benzodiazepiner at de velger å lage seg noen absolutte regler. De kan være av typen «I min praksis forskriver jeg ikke benzodiazepiner». Vær klar over at slike absolutte regler kan oppleves som befriende i øyeblikket, men at de ikke kan være allmenngyldige regler for alle møter med pasienter.

Forskrivning av benzodiazepiner og z-hypnotika er ofte dilemmamedisin som innebærer vanskelige avgjørelser i hverdagen. Det dreier seg om å være en god nok hjelper og ha en god nok praksis og er ikke noe man kan komme seg unna ved hjelp av enkle tommelfingerregler, uansett hvor behagelig det er å forholde seg helt firkantet til null forskrivning.

Vi har i stedet forsøkt å lage noen mer allmenngyldige regler (se illustrasjon s. 32). ●

OM SKRIBENTEN

Tom Vøyvik

(side 34) er spesialist i rus- og avhengighetsmedisin. Som overlege på Trasoppklinikken har han lang erfaring i å behandle mennesker med medikamentavhengighet. Sammen med Jørgen Bramness ga han i 2017 ut boken *Rasjonell bruk av angst- og sovemedisin*.



Et skånsomt alternativ!



aminoJern er et lavdose jerntilskudd som er snill mot magen og samtidig gir et svært godt opptak. Man kan ta det til måltider og sammen med all type mat uten at effekten reduseres. aminoJern inneholder verken gluten, sukker, melk eller noen animalske ingredienser.

aminoJern er tilgjengelig hos Vitus/Ditt Apotek, i helsekostbutikker og på supervital.no.

Les mer på aminojern.no

For prøver, brosjyrer og oversikt over studier, send mail til ralph@vitalkost.no eller ring 33 00 38 76.



Dokumentert effektiv og skånsom!



IMOVANE

Zopiklon, virkestoffet i Imovane, ble introdusert som sovemiddel i Norge i 1994 og har raskt blitt svært utbredt, da dette nye medikamentet ble oppfattet som mindre vane-dannende og i mindre grad gir toleranseutvikling og hangover. Dette har imidlertid vist seg ikke å stemme, og allerede etter to ukers daglig bruk kan man forvente toleranse for effekten. Imovane var i 2017 på femteplass over de mest solgte legemidlene i Norge.

Kilder: Vøyvik og Bramness, 2017, apotek.no

– DU MÅ BETALE FOR SØVNNEN MED RENTER

Tekst Eivor Hofstad Foto Stig M. Weston

– Imovane vil gi deg en god natts søvn. Men prisen er hukommelsestap og dårlig søvn etterpå, sier Jørgen G. Bramness om det superpopulære sovemiddelet.

Det var i 1999, fem år etter at sovemiddelet zopiklon (Imovane) tok det norske markedet med storm. Psykiater Jørgen G. Bramness skulle på en psykiatrikongress i USA og tenkte han skulle være lur og få seg litt søvn på flyturen over. Han tok 10 mg zopiklon da han gikk om bord i flyet. Ti timer senere våknet han opp i hotellsengen i New Orleans. Han husket ingenting fra turen.

– Det kalles anterograd amnesi og er en vanlig bivirkning av både benzodiazepiner og sovemidlene z-hypnotika som zopiklon. Det kan vare i opptil åtte-ti timer, men det er individuelt. Noen kan få det retrograd også. Det vil si at de ikke husker noe fra tiden før de tok pillen, sier Bramness.

BLE FORSKREKKET

Psykiateren er seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (N-ROP) og professor II ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Tromsø. Han er også en av dem som bransjeforeningen Legemiddelindustrien foreslår som ekspertkilder på benzodiazepiner og z-hypnotika, og har skrevet boken *Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner* sammen

med overlege Tom Vøyvik ved Trasoppklinikken i Oslo.

– Hva tenkte du da du våknet opp i New Orleans?

– Jeg ble forskrekket. De jeg reiste sammen med, sa at jeg hadde virket helt normal og svarte adekvat på spørsmål. Jeg

«Er det et akutt søvnproblem og man er beredt til å betale for en god natts søvn, er zopiklon eller zolpidem en god løsning.»



JØRGEN G. BRAMNESS

FAKTA

Sovemedisinene Z-hypnotika

Z-hypnotika er benzodiazepinlignende sovemidler. I Norge har vi to typer på markedet, som er omtrent like i virkning og bivirkninger:

- **Zopiklon**, med markedsnavnene Imovane, Zopiklone og Zopiklon.
- **Zolpidem**, med markedsnavnene Stilnoct og Zolpidem.

I 2017 ble det solgt nesten 50 millioner definerte døgndoser (DDD) av zopiklon, og drøyt 11 millioner DDD av zolpidem, inkludert bruk på institusjoner, viser tall fra LMI/Farmastat.

hadde hentet bagasjen, gått gjennom immigrasjonskontrollen og tatt taxi til hotellet hvor jeg hadde sjekket inn.

SYKEPLEIERE MÅ INFORMERE

Senere har han tenkt at helsepersonell må ha denne bivirkningen i bakhodet når de behandler pasienter som står på disse legemidlene.

– Hvor mye husker de egentlig av eksponeringstrening eller kognitiv terapi? Samtidig er det noen som ikke hadde klart slik behandling uten å ha benzodiazepiner i blodet.

Z-hypnotika gir gjerne dårlig søvn et par netter etterpå.

– Har du stått lenge på pillene, trenger du ikke sove dårlig den første natten etter at du slutter med dem. Det problemet kan først komme tredje til femte natt. Det er viktig at sykepleiere er klar over dette når de snakker med pasienter som sier «Jeg forsøkte å slutte med zopiklon, men fikk ikke sove». Da må sykepleierne vite litt om farmakologi og hva brå seponering gjør.

Det er altså helt normalt å ikke få sove når man slutter brått med sovemidler. Det er bare abstinenser man må gjennom fordi kroppen har vent seg til legemiddelet etter for lang tids bruk.

– 4 prosent opplever en bitter metallsmak i munnen av zopiklon, står det i Felleskatalogen. Fikk du det?

– Nei, men mange får det. Godt over 4 prosent, er min erfaring. Felleskatalogen bryr jeg meg lite om fordi opplysningene der ofte er gamle, fra tiden legemiddelet fikk godkjenning.

DET NIENDE MEST SOLGTE LEGEMIDDEL

Helsedirektoratet anbefaler at vane-dannende sovemidler ikke brukes mer enn to til fire uker og oppfordret i 2014 leger og pasienter til økt varsomhet i bruken av disse midlene. Mennesker som bruker slike midler hver kveld over lang tid, sovner ikke raskere, sover ikke mer og føler seg ikke mer opplagte enn dem som lar være å bruke sovepiller til tross for at de har søvnproblemer. De får derimot en toleranseutvikling og avhengighet med bivirkninger som likner på dem vi kjenner fra benzodiazepinene.

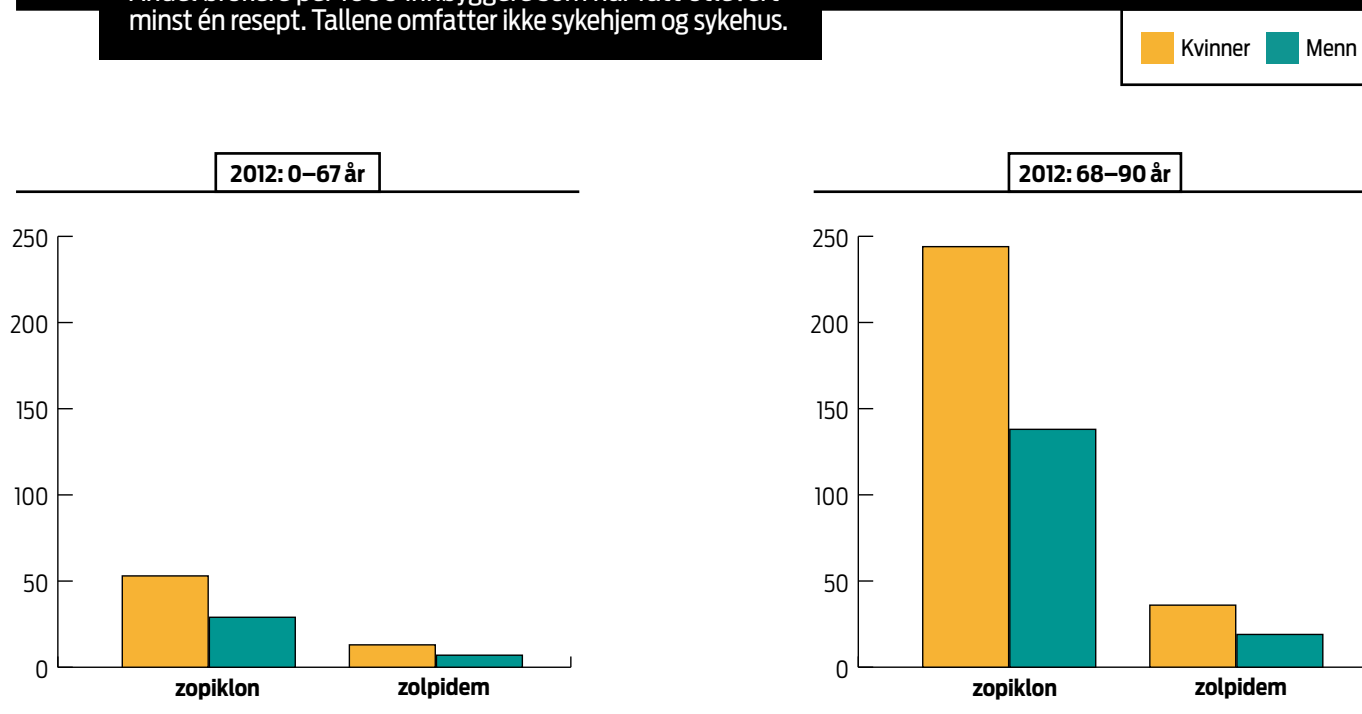
Likevel er zopiklon blant de mest omsatte legemidlene målt i definerte døgndoser (DDD) per 1000 innbyggere i Norge. Zopiklon har kapret en niende plass i 2015 bak storselgere som kolesterolsenkende statiner, blodfortynnende acetylsalisylsyre, fluor, paracetamol og blodtrykkssenkende medisiner, viser tall fra Legemiddelindustrien/Farmastat.

Ingen andre benzodiazepiner eller benzolignende legemidler ligger på denne «25 på topp-listen» i Norge.

HYPPIGST BLANT SJÅFØRER

I veikantundersøkelsen fra 2017 var zopiklon det påvirkningsstoffet sjåførere oftest testet positivt for. Over 5500 tilfeldige førere på Østlandet av person- og varebiler, motorsykler og mopeder var med i undersøkelsen, som ble gjennomført av Seksjon for rusmiddelforskning ved Oslo universitetssykehus. THC (cannabis) kom på andreplass

FIGUR 1-4: Store kjønnsforskjeller i bruk av sovemidler. Andel brukere per 1000 innbyggere som har fått utlevert minst én resept. Tallene omfatter ikke sykehjem og sykehus.



og benzodiazepiner på tredje, etterfulgt av kodein, amfetamin/metamfetamin, kokain og til slutt alkohol.

Bruken av sovemidlene z-hypnotika er over elleve ganger så høy som benzodiazepiner brukt som sovemiddel, til tross for at midlene er nokså like, både i virkning og bivirkninger.

I 2016 ble det solgt 33,4 definerte døgndoser per 1000 innbyggere per dag av z-hypnotika, mens tilsvarende tall for benzodiazepiner (brukt som sovemedisiner) var 2,9, viser tall fra Grossistbasert legemiddelstatistikk fra Folkehelseinstituttet. De tallene inkluderer bruk på institusjoner.

Zopiklon selger nesten fem ganger mer enn zolpidem (se faktaboks).

– Hva er årsaken til det, når midlene er så like?

– De kom omtrent samtidig på markedet, men zopiklon ble markedsført mye kraftigere, hevder Bramness.

LIKE MYE DAGEN DERPÅ-EFFEKTER SOM BENZO

– Hva er det egentlig med dette legemiddelet som gjør at det selger så godt at vi bruker dobbelt så mye sovemidler nå som for 20 år siden?

– Folk opplever god effekt. Det gir god søvn. Og fremdeles oppfattes legemiddelet som at det gir mindre dagen derpå-effekter. Men man må betale med renter. Prisen er hukommelsestap og dårlig søvn etterpå, sier Bramness.

Tidligere trodde man at den korte halveringstiden ga z-hypnotika mindre residual-effekter (dagen derpå-effekter som reduserer funksjonsnivået på dagtid og kan gi økt risiko for fall og brudd, spesielt hos eldre) enn benzodiazepiner. Det skrev også Jørgen Bramness så sent som i 2006 i en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening.

– Men det har blitt tilbakebevist. Nå vil jeg si at mengden dagen derpå-effekter er lik mellom benzodiazepiner og z-hypnotika. Til tross for at mengden er mindre i blodet, varer effekten av z-hypnotikaene lenger enn man skulle tro.

SOVEMIDLER SKAL IKKE I MULTIDOSE

Det er vanskelig å se ut fra Reseptregisterets tall hvor mange som står lenger enn to til fire uker på z-hypnotika. Av alle de 90 000 som startet på en behandling med z-hypnotika i 2009, fikk 10 prosent utlevert z-hypnotika minst én gang i løpet av

«Sykepleierne må vite litt om farmakologi og hva brå seponering gjør.»

JØRGEN G. BRAMNESS

en fireårsperiode og fikk mer enn 100 definerte døgndoser i løpet av det siste året.

– Er det noen grunn til å stå månedsvis og år på et middel hvor virkningen avtar etter bare to uker?

– Nei, derfor skal heller ikke sovemidler pakkes i multi-dose. Men hvis du er en til to dager på og et par dager av, trenger ikke bruken være så farlig. Tallene fra Reseptregisteret viser ikke om personene som får utlevert flere resepter over flere år, tar slike pauser, så vi vet ikke sikkert hvor mange som egentlig står på en uheldig langtidsbruk, sier Bramness.

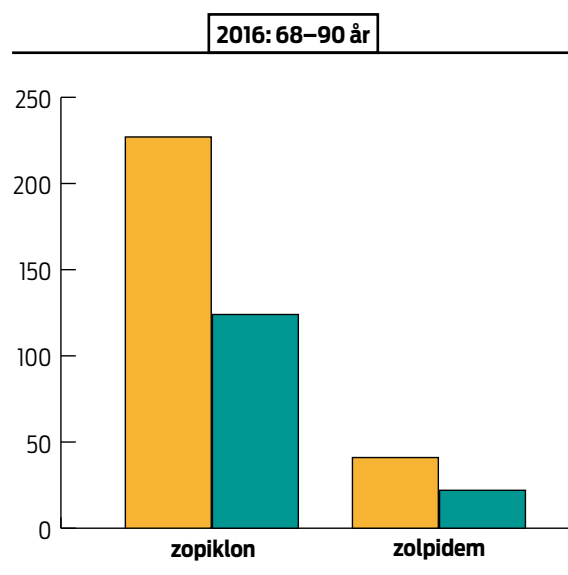
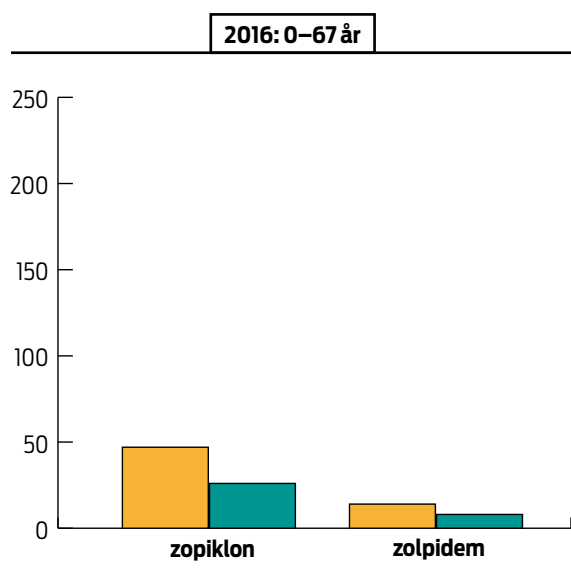
Han er ikke så bekymret over den høye bruken av zopiklon i Norge, siden vi ligger midt på treet i nordisk sammenheng. I 2012 hadde Danmark lavest bruk, mens Island hadde høyest, viser tall fra Nordisk medisinalstatistikkomité.

– Jeg er mer opptatt av at vi må få en riktig bruk.

– Har du tatt zopiklon etter USA-turen?

– Ja, når jeg har vært korridorpatient på sykehus. Det er en fornuftig bruk som jeg gjerne skriver ut z-hypnotika for. Er det et akutt søvnproblem og man er beredt til å betale for en god natts søvn, er zopiklon eller zolpidem en god løsning. ●

Kilde: Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet





SOBRILEN HJELPTE – EI STUND

Tekst og illustrasjon Anja Dahle Øverbye Foto Stig M. Weston

Etter kreftdiagnosen var eg i sjokk. Berre Sobril kunne hjelpe meg.

I august 2014 fekk eg påvist vondarta føflekkreft. Tretti prosent av øyret mitt, samt ein lymfeknute, blei operert vekk. På grunn av ein glepp blei det ikkje fortalt meg at eg hadde kreft før eg skulle skrivast inn på sjukehuset. Eg fekk derfor eit enormt sjokk då eg heilt åleine kom til sjukehuset og fekk denne vonde beskjeden formidla på ein brå og lite medfølande måte.

Den angsten som kom over meg då,

OM MEG

Anja Dahle Øverbye

Anja Dahle Øverbye er teikneserieteikner og illustratør. I 2015 gav ho ut den prisvinnande teikneserieromanen *Hundredager* og den sjølvbiografiske *Hei, er det du som har kreft?* om sitt møte med dødsangst og helsevesenet under ei kreftbehandling. I mai 2018 kjem boka *Bergen*.

er det verste eg har kjend i heile mitt liv; det er ikkje mogleg å sette seg inn i korleis dødsangst kjennest utan å ha vore der. I tillegg var eg åleine på sjukehuset i fleire timar før mannen min kom, og ingen kunne gi meg svar på kva som skulle skje eller informere meg meir om kva som feila meg.

I dagane og vekene etter operasjonen måtte eg ta fleire testar og vente på svar på om det var spreining eller ikkje. Eg hadde så mykje angst at eg ikkje greidde å fungere skikkeleg, men samtidig skulle eg jo vere



Eit par månader etter operasjonen er eg tilbake på sjukehuset for kontroll.



mamma til sonen min som då var to og eit halvt år.

Eg tok Sobril jamleg gjennom heile dagen for å dempe dei verste fysiske symptoma og bedøve dei vonde tankane litt, av di eg ikkje hadde noko anna som hjelpte. Sobril kan ikkje fjerne sterk angst, men det gjorde i det minste slik at eg fekk blodmølpet tilbake i fingrane, munntørreleiken forsvann og uroa i mellomgolvet la seg ei lita stund.

Heile tida gjekk eg gjennom kva som kom til å skje dersom det var spreing, korleis det ville vere å dø, korleis det skulle gå med sonen min. I denne

tida åt eg så mykje Sobril som eg følte var forsvarleg. Eg var i ein krisesituasjon, og eg ser ikkje korleis eg kunne ha gjort det annleis.

Etter kvart som den prekære krisa var over, og det blei konstaterat at lymfene var utan spreing, slutta eg å ta Sobril dagleg, men eg tok det framleis hyppig på dagar med sterk angst. Redselen og skrekken for spreing satt framleis i. Spesielt før dei hyppige sjukehuskontrollane måtte eg ta Sobril ganske tett.

Etter som tida gjekk, brukte eg Sobril sjeldnare og sjeldnare, men eg

hadde det alltid parat i tilfelle eg blei veldig redd. Dette kunne eg fort bli om eg kjende ein rar kul på kroppen, om eg såg ein litt uvanleg føflekk, eller om eg leste om terminal kreft.

I nokre tilfelle, der legen min var einig i at noko burde undersøkast nærare, kunne eg bli så redd at kroppen min gjekk i full beredskap, og eg kunne hyperventilere slik at eg nesten svima av. Eg har vore i terapi for å prøve å hand-

«Etter kvart blei eg meir medveten på kva Sobril gjer med kroppen.»

tere angsten, men eg har ikkje blitt betre til tross for gode intensjonar frå både psykolog og fastlege.

Etter kvart blei eg meir medveten på kva Sobril gjer med kroppen, og at det ved hyppig bruk over lengre tid nettopp kan gi symptom på angst. Eg prøvde så godt eg kunne å unngå å ta Sobril etter at eg leste meg opp på dette, og eg gjorde alt det som ein elles gjer for å få ei bra mentalhelse.

Eg trente, åt sunt, sov nok og gjorde aktivitetar som gir meg glede, men eg kjende meg framleis både full av angst og no deprimert i tillegg. Tankane om kreft dukka opp ofte, og ingen aktivitet kunne dempe eller avleie desse tankane som spant heile døgnet.

Etter eit valdsamt angstanfall i fjor foreslo fastlegen min at eg skulle byrje på antidepressiva. Antidepressiva tek ikkje alltid angst like lett, av di det fungerer best på depresjon, men sidan eg var oppe i ein høg nok dose av Cipralex, merka eg at angsten byrja å slippe taket.

I tillegg forsvann depresjonen, og eg byrja å kjenne meg som meg sjølv att, meir enn eg hadde gjort på fleire år. Brått kunne eg lese om kreft utan å kaldsvette, eg fekk mi eiga oppleving meir på avstand, og eg kunne no gå på kontroll og ultralyd utan å få angstanfall. Etter at Cipralex har virka som den skal, har eg ikkje brukt Sobril i det heile tatt, og eg har no levert pilleboksen tilbake til fastlegen.

Eg har fått ei veldig sterk meistringskjensle av ikkje å ha Sobril i skapet, og det er herleg å ha kontroll over min eigen situasjon att. Eg har ikkje tatt Sobril på eit år no, men eg er likevel veldig glad for at det fantes då eg var i krise og livet blei snudd på hovudet. ●



SOBRIL

Oxepam er mindre potent og har en flatere virkningsprofil enn diazepam. Det betyr at virkningen kommer litt langsommere, og man får mindre opplevelse av å være påvirket. Det er derfor mindre attraktivt som rusmiddel. Siden halveringstiden er kortere foretrekkes ofte dette medikamentet brukt til eldre. Sobril er et av de få benzodiazepinene som har økende salgstall.

Kilder: Vøyvik og Bramness, 2017, Reseptregisteret



DEN LANGE VEIEN UT AV BENZOGAPET

Tekst og foto Eivor Hofstad

Da Kim Marius Haldorsen tok sin første Valium i 2002, var det som å se lyset. Så ble det bare mørkere. Nå trener han på å leve uten bedøvelse når livet butter imot.





NORRØNA 



«Med heroin forstår du at du har driti på draget, men det gjør du ikke med benzodiazepiner.»

KIM MARIUS HALDORSEN

ABSTINENSER:

Kim Marius Haldorsen klarte seg fint en dag uten piller, og forstod ikke selv at han var avhengig før etter åtte års misbruk. Abstinensene fra benzodiazepiner melder seg gjerne senere enn fra andre rusmidler.

NORRLANDS-

KLINIKKEN: Russeksjon Narvik het tidligere Nordlandsklinikken. Der er det plass til åtte pasienter på avrusning og tjueto på åpen døgnpost. Seksti ansatte pluss administrasjon passer på at hjulene går rundt.



Den sovende dronning har fått et hvitt slør av snø over seg, der hun ligger med sitt høyeste majestetiske punkt 1575 meter over havet og over Narvik by. Det er november 2017 og tre uker siden Kim Marius Haldorsen tok et valg som vil gjøre mørketida ekstra krevende: Han skal aldri ruse seg igjen.

– Da vil jeg ikke ta et glass vin til maten en gang. Det er jo faktisk også å ruse seg, sier han til Sykepleien.

Vi rusler en tur ut fra det gule folkehøgskole-liknende bygget til russeksjonen i Narvik, en del av Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Per november 2017 har seksjonen hatt 346 utskrivninger fra rusbehandling i 2017. Mange av pasientene har misbruk av benzodiazepiner som en del av rusproblemet sitt.

Institusjonen ligger på landet, sør for byen, og den islagte stien vi staver på, leder opp til Skjomtinden, også kalt Den sovende dronning.

– I sommer besøkte foreldrene mine meg, og vi gikk en fantastisk dagstur helt opp på nesetippen hennes, sier Haldorsen og peker på fjelltoppen i det fjerne.

VAR UNDERERNÆRT

Den 38-årige bergenseren er akkurat ferdig med to ukers avrusning. Han kom inn etter eget ønske, og hadde selv begynt nedtrappingen fra ben-

zodiazepinene da han ble innlagt.

– Jeg hadde tatt solarium og trodde jeg så fin ut, men jeg var skikkelig langt nede. De ansatte sa til meg at jeg så forferdelig sliten ut. Jeg grein så jeg ble flau, men de beroliget meg og sa jeg bare skulle gråte.

Han synes det er godt å komme hit og stoler hundre prosent på dem som jobber her.

– De trår så forsiktig, og vi blir godt ivaretatt hele døgnet.

Pasientene får full helsesjekk: EKG, blodprøver og vekt inngår i de faste inntakstrutinene. Blodtrykksmåling fire ganger per dag under avrusning er viktig for å finne ut hvor pasienten befinner seg i abstinensfasen. Spirometri gjennomføres på indikasjon, for eksempel hvis pasienten har vært plaget med tungpustethet eller er kjent cannabisrøyker.

Det viste seg at Haldorsen var underernært og hadde vitaminmangel da han kom. Nå er han oppe i 62 kilo fordelt på 167 centimeter.

– Jeg veide 55 kilo da jeg kom inn, men skal opp til 67 eller 68.

I tillegg blir alle undersøkt klinisk. Noen ganger dukker det opp tegn og symptomer på tilstander som ikke har vært avdekket tidligere.

– Det hender stadig at nye diagnoser settes i forbindelse med oppholdet. Kreft og diabetes avdekkes noen ganger, andre ganger avdekkes kols,

sier Geir Hugo Bolle, enhetsleder ved avrusningsenheten.

TROR DET ER 80 PROSENT ILLEGALT MISBRUK

På avrusningsenheten fikk Haldorsen diazepam (Vival), som gradvis ble trappet ned. Da det var et par dager igjen, følte han seg stabil og sa at han ikke trengte flere piller.

– Vi bruker diazepam og oksazepam i avrusningen og tilpasser nedtrappingen individuelt. Vi har ikke et spesifikt regime for dem som er avhengige av benzodiazepiner, sier seksjonsoverlege Andreas Holund.

Nedtrappingsplanen er gjerne avhengig av om tablettene som pasienten bruker, er forskrevet av lege, eller om det er et illegalt misbruk, noe som Holund estimerer at rundt 80 prosent har. De med illegalt misbruk bruker gjerne de mest potente benzodiazepinene som gir mest rus. De aller fleste har et blandingsmisbruk som man også må ta hensyn til under nedtrappingen.

– Mange vil helst ikke gi slipp på benzodiazepinene når legen deres har forskrevet pillene. Det kan gjøre avrusningen vanskelig, sier Geir Hugo Bolle.

– Hva gjør dere da?

– Da snakker vi om at det medfører en risiko for tilbakefall, akkurat som lettøl.

Enheten tilbyr også badstue eller



DAGLIGSTUE:
Russeksjon Narvik tar imot folk fra hele landet. Her tar Kim Marius Haldorsen fra Bergen og Frank fra Alta en pause i dagligstuen.

oljebad og avspenning hos fysioterapeut. Noen tåler raskere nedtrapping da.

– Andre trapper kanskje ned saktere enn de to ukene som vi bruker her. Men abstinensene kommer uansett, så hvorfor ikke korte ned? sier Bolle.

ABSTINENSER KAN KOMME SENT

Abstinensene for benzodiazepiner melder seg ofte senere enn for andre rusmidler, og kan komme på slutten av nedtrappingen.

– Vi har ofte blitt overrasket av det sjøl, også: «Jøss, var det en benzo-abstinens vi så her?» sier Bolle.

Benzo-abstinensene går gjerne mer på psyken enn abstinensene for andre rusmidler. Det handler om angst, sorg, depresjon, mareritt, dårlig søvn, rastløshet, hallusinasjoner, vrangforestillinger og raseriutbrudd.

Kim Marius Haldorsen sier han synes abstinenssymptomene fra benzodiazepinene kommer mer i bølger enn abstinensene for heroin og amfetamin. De kommer tre–fire ganger om dagen og kan dukke opp først tre dager etter nedtrapping.

– Jeg får angst. Hjerterbank og en strøm av negativt tankekjør. Blir klam i nevene og skjelver i stemmen. Det kan vare fra en time til hele dagen. Og når jeg sovner, har jeg hyppige mareritt.

Nøkkelen for Haldorsen har vært å akseptere at han ikke klarer å stoppe

de negative tankene som kommer som perler på en snor.

– Jeg har lært meg å tenke at «Oi, nå har jeg litt angst». Det går over. Hvis jeg kan være min verste fiende, kan jeg også være min beste venn. Så hvis andre kan berolige meg, tenk hva jeg kan gjøre selv!

SPREKK SOM BIVIRKNING

Etter to ukers avrusning flyttet Haldorsen over til en ny enhet. Hans nye rom er et av 22 på «åpen døgnenhet». Her er det mer fritt enn på avrusningen. Pasientene får dra alene ut av huset hvis de ønsker.

Men med friheten kommer fristelsene. Dette kan Haldorsen alt om. Han har vært inn og ut av avrusningsinstitusjoner og psykiatriske avdelinger siden 2006. Seks ganger i rusbehandling og ti ganger på DPS (distriktspsykiatriske senter).

– Å sprekke er nærmest som en bivirkning etter avrusningen. Nitti prosent av dem som er her, sprekker når de kommer hjem igjen, sier han.

Men denne gangen akter han å være blant de 10 prosentene som er standhaftige og tåler å stå i rusuget og ubehaget når det måtte komme. Det trener de på, både i gruppesamtaler og en-til-en-samtaler med psykolog.

– Pasientene ved døgnenheten deltar ofte i gruppebehandling to til fire ganger per uke. Psykologsamtalene

er gjerne av kartleggende karakter, og skjer oftest i en tidlig fase av oppholdet, forklarer Geir Hugo Bolle.

Haldorsen skal foreløpig være på åpen døgnenhet i to uker til. Da skal han vurderes på nytt og kanskje skrives ut.

SATT I RULLESTOL SOM BARN

Kim Marius Haldorsen har en søster og foreldre som har støttet ham hver gang han har trengt hjelp. Men oppveksten var ikke helt A4: En periode i 11–12-årsalderen var han mye inn og ut av sykehus på grunn av beina sine. Han satt i rullestol fra han var to til han var fire år på grunn av osteomyelitt.

– De andre barna kunne løpe og klatre rundt, mens jeg bare måtte sitte i ro. Som voksen ville jeg derfor være med på alt og ble veldig impulsiv. Kunne plutselig hive meg på et fly til Syden på ferie, for eksempel.

– Hvordan vil du beskrive deg selv?

– Ehhh ... jeg er aktiv ... snill ... omsorgsfull, kanskje litt for mye. Jeg liker å gå i fjellet, der er det ikke plass til angst.

– Har du en lidenskap, noe du elsker å gjøre?

– Jeg liker å hjelpe og motivere andre. Jeg trener på å bli glad i meg sjøl for å kunne ta vare på andre. Jeg misliker meg selv så mye. Jeg har spurt meg selv mange ganger: «Hvorfor ruser du deg, Kim Marius?» Svaret er at det er for å kunne være i mitt eget selskap. Men



GRUPPE:

Pasientene ved døgnbehandling deltar i gruppebehandling to til fire ganger per uke. Da sitter de rundt et bord og diskuterer slike ting som står på denne tavla. Kim Marius Haldorsen sier han bruker å gå på rommet og filosofere litt etterpå.

LEGEODKJENT «MEDISIN»:

– Mange vil helst ikke gi slipp på benzodiazepinene når legen deres har forskrevet pillene. Det kan gjøre avrusningen vanskelig, sier Geir Hugo Bolle, enhetsleder ved avrusningsenheten.

det var ikke det som var grunnen til å begynne med. Det var fordi jeg var psykisk syk med mye uro og angst.

PTSD ETTER KOSOVO

Den berømmelige dråpen som fikk begeret til å renne over, mener Haldorsen kom da han i 2001 som 22-åring vervet seg som soldat til en fredsopprettende patrulje for NATO i Kosovo. Han kom hjem igjen etter et år, ganske så forandret.

– Det var slitsomt i Kosovo. Jeg så mye nød og elendighet, og kroppen var alltid på vakt, selv om jeg hadde en dag fri.

Da han kom hjem, klarte han ikke å legge det vekk.

– Jeg var ekstremt urolig og hadde en god del mareritt.

– Hvorfor tror du at du reagerte slik?

– Jeg er en omsorgsfull person, det gikk nok ekstra hardt inn på meg. Jeg skulle heller vært hjelpearbeider enn soldat.

Først i 2006 ble symptomene hans diagnostisert som PTSD, posttraumatisk stressyndrom.

– TABLETTENE SLAPP MEG FRI

Et par dager etter hjemkomsten fra Kosovo i 2002 fikk han Rohypnol og Valium av en barndomskamerat.

– Det var som å se lyset. Alt åpnet seg. All smerte og uro forsvant. Det bare rant av meg. Tablettene slapp meg fri.

Det var som å gå med en vanvittig tung sekk på ryggen, og så kunne jeg endelig slenge den av meg. Jeg kunne sitte i flere timer og bare nyte roen.

Kjæresten hans ba ham gå til lege. Fastlegen ga ham resept på Somadril og Valium.

– Han var veldig forsiktig og forklarte meg at det var avhengighetsskapende. Jeg fikk bare et tjuetalls tabletter av hver, men jeg brukte dem opp på et par dager. Jeg tenkte at legen ikke kjente kroppen min, og at jeg trengte mye mer enn han forskrev.

PILLER FOR 500 KRONER DAGEN

Haldorsen gikk på benzodiazepiner i fire-fem år mens han jobbet som heismontør i Bergen. Først brukte han bare en tablett om morgenen. Så ble det mer, og ganske fort var det minst seks per dag. Han kjøpte tablettene illegalt for 500 kroner dagen.

– Med heroin forstår du at du har driti på draget, men det gjør du ikke med benzodiazepiner. Jeg klarte meg fint en dag uten piller, og forsto derfor ikke selv at jeg var avhengig til å begynne med.

Benzodiazepinene ruste først vekk hans store angstproblem. Men så kom de små problemene, og så ruste han vekk dem også.

– Jeg nådde aldri toppene av ubehag. Jeg kuttet dem alltid med rus. Etter hvert tok jeg en pille for alt, også når jeg skulle feire noe.

BRACK HÅNDEN FEM GANGER

Haldorsen levde et dobbeltliv og ble ekspert på å skjule misbruket.

– Jeg solgte og dealte det ene øyeblikket og var i familieselskap det neste. Jeg gikk jo ikke rundt og snøvlet. Men jeg så på klokka hele tida. Tenkte bare på når jeg kunne ta neste tablett.

Det ble slutt med kjæresten etter tre måneder.

– Hun merket misbruket mitt etter hvert. Jeg var aldri voldelig, men kunne bli så rasende at jeg knuste ting og slo hånda i veggen så den brakk. Jeg har knekt hånden på den måten fem ganger, to av dem foran min mor.

Moren er sykepleier i psykiatrien, faren jobber i fengsel.

– Jeg har vært innom begge deler.

Haldorsen smiler litt matt mens han forteller om en gang han kjørte fra politiet og endte i fengsel.

HEROIN OG AMFETAMIN FRISTET

Å skjule et stadig heftigere tablettmisbruk krevde mye av ham. Til slutt gikk han inn i en ruspsykose og ble innlagt på Sandviken DPS i 2006. Da krevde familien at han gikk i behandling for rusavhengigheten.

– Jeg gjorde det ikke for min egen del.

På Sandviken fikk han høre av sine medpasienter at heroin var som å gange benzo med 1000. Det fristet. I årene som fulgte, ble det en salig blanding



«Jeg nådde aldri toppene av ubehag. Jeg kuttet dem alltid med rus. Etter hvert tok jeg en pille for alt, også når jeg skulle feire noe.»

KIM MARIUS HALDORSEN

LESER PÅ

ROMMET: – Jeg begynte på en bok om Mengele, men måtte gi meg på side 60. Det ble for heavy, sier Kim Marius Haldorsen. Genseren har søsteren strikket til hans mor, men han fikk overta den siden den passet ham så godt.

av heroin, amfetamin og piller. Han overdoserte flere ganger og hadde to selvmordsforsøk mens han var ruspåvirket.

– Den beste rusen var den der jeg var akkurat på kanten til en overdose. Da følte jeg ingen ting. Alt negativt og vondt forsvant, både fysisk og psykisk.

RESEPTFRITT I THAILAND

Etter Haldorsens første opphold ved russeksjonen i Narvik i 2015 holdt han seg rusfri i et og et halvt år. Det er hans rekord. Selv om han hadde trent seg på å stå i ubehag, hjalp det ikke når det kom til stykket.

– Hva var det som gikk galt?

– Den første sprekken kom da jeg dro på ferie til Thailand med familien min i 2016. Jeg hadde ikke tatt en Paracet eller smakt en dråpe alkohol på et og et halvt år. Da jeg ble solbrent på skuldrene en av de første dagene, gikk jeg på apoteket. Der fikk jeg spørsmålet: «You want Xanor? You want Valium?» Det var helt reseptfritt.

– Jeg svarte nei takk. I to uker brukte jeg alt jeg hadde lært av hvordan jeg skulle tenke. Jeg veide for og imot. Sa til meg selv at en sprekke kan føre til døden. Vil jeg det?

Men så var det en dag like før hjemreise at han satt ved bassengkanten og kikket seg rundt. Alle rundt ham hadde en øl i hånden.

– Da fant jeg en unnskyldning. «Alle

rundt meg ruser seg. Hvorfor skal ikke jeg kunne det?»

ANDRE SPREKK ETTER FAMILIEBESØK

I sommer kom den andre sprekken. Da hadde foreldrene hans vært på besøk, og de hadde bodd på samme hotellrom, alle tre.

– Det var en fantastisk ferie. Vi gikk i fjellet og gjorde alt sammen. Det var lenge siden vi hadde vært så close. Jeg så de hadde fått rynker. Plutselig slo det meg hvor mye eldre de hadde blitt. Det fikk meg til å tenke hvor mye tid jeg hadde brukt på rus. Femten år på og av.

En uke etter at foreldrene dro tilbake til Bergen, fikk faren symptomer på slag, og havnet på sykehus. Det var ikke slag, men likevel nok til å få Haldorsen ut av vater.

– Jeg så hvor lett jeg kan miste dem. Jeg ble så knust. Hadde ingen idé om hvordan jeg skulle stå i det. Da gjorde jeg det eneste jeg kan: «Hvis jeg skal dempe denne smerten, må jeg spise en tablett.»

Så var han i gang igjen, men allerede i oktober oppsøkte han altså hjelp fra fastlegen sin.

VIL VÆRE BRUTALT ÆRLIG

Denne gangen har Kim Marius Haldorsen bestemt seg for å slå sin rusfrie rekord én gang for alle. For å hjel-

pe ham litt ekstra har han blitt den første pasienten som får teste ut brukerstyrt seng ved russeksjon Narvik. Det vil si at han kan skrive seg selv inn igjen hvis han merker at russetet blir for sterkt.

– Hva vil du selv gjøre annerledes denne gangen?

– Nøkkelen er å være brutalt ærlig, høre på hva andre har å si og ikke ta for store skritt om gangen. Ikke dra på ferie til et sted hvor fristelsene er store, så tidlig.

Han vil også ta med seg gode rutiner som han får innarbeidet på russeksjonen: fredagsvask, fire måltider per dag, en morgen- eller ettermiddagsaktivitet og lørdagskos.

– Det er alfa og omega å ha rutiner. Hvis det er rotete i hodet, blir det rotete rundt meg. Det går begge veier.

I tillegg står han denne gangen på legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og tar buprenorfin (Subutex).

– Jeg tenker at jeg kan trappe ned i løpet av neste år. Jeg ser på det som krykken min nå til å begynne med. Jeg ønsker også å levere urinprøver to ganger i uka i et års tid til fastlegen min, og vil at sjefen min skal ha adgang til resultatene.

PRAKSISPLASS MED STØTTENDE SJEF

Haldorsen har skaffet seg praksis- plass i en sportsbutikk. Da han skulle

«Nøkkelen er å være brutalt ærlig, høre på hva andre har å si og ikke ta for store skritt om gangen.»

KIM MARIUS HALDORSEN

STORTRIVES:

Etter litt nervøst krøll de første par dagene etter jul er Kim Marius Haldorsen sterkt tilbake hos Intersport på kjøpesenteret i Narvik den 15. januar 2018.
Foto: Kim Opdahl



inn ved russeksjonen denne gangen, fikk han komme en uke før fordi det var en som hadde trukket seg fra plassen. De ringte ham på jobb og sa han kunne komme dagen etter.

– Jeg bare gikk. Rakk ikke å si fra til sjefen, men sendte ham en tekstmelding om hva jeg skulle. Han støtter meg fullt ut. Kollegene vet også at jeg sliter, uten at jeg har gått i detaljer.

Han viser tekstmeldingen fra sjefen:

«Bra valg du har tatt. Jeg vil være med og hjelpe deg videre.»

– En rusfri fremtid er bare en vinnvinn-situasjon for meg. Men det er skremmende fordi det er nesten som din beste venn og din beste fluktmulighet blir borte.

Narvik har en kafé som er drevet av tidligere rusavhengige: Kafé Exit. Der vanker Haldorsen jevnlig og har fått god venner. Han har lyst å bli boende i Narvik når han nå skal i gang med sin rusfrie tilværelse.

PUSLEBITENE FALLER PÅ PLOSS

– Hva er det verste du har vært gjennom så langt i avrusningsprosessen?

– Når tåken forsvinner fra hodet og jeg må kjenne på konsekvensene og lurere på hva jeg egentlig gjorde i situasjoner hvor jeg ikke husker helt hva som skjedde. Jeg blir frustrert. Negative tanker strømmer på, og jeg får panikkangst. Det kan ta uker eller måneder før det forsvinner.

– Det beste da?

– Når bitene begynner å falle på plass. Når jeg tar tak i ting og snakker med foreldrene mine, sjefen, banken og inkasosbyrået.

Han har nettopp blitt gjeldfri etter at han fikset en nedbetalingsplan og betalte 500 kroner i uken. Da er den brikken på plass.

– Det er som et puslespill, og det kan gå lang tid mellom hver gang en brikke faller på plass. Jeg tar babysteps hele veien. Men det er så deilig å skape tillit hos familien igjen. Endelig får folk troen på meg igjen, og jeg får rusfrie venner.

– Får vi lov å ringe deg i januar og høre hvordan det går?

– Jada, bare ring. Men send SMS først, jeg er litt forsiktig med å ta telefoner fra ukjente numre.

HJELP FRA APP OG BRUKER-STYRT SENG

Sykepleien ringer klokken 08.45, mandag 15. januar. En litt trøtt stemme svarer at det går kjempebra, og at det har vært en fantastisk juleferie i Bergen med familien. Han lever et liv med faste rutiner. Står opp klokka sju og legger seg mellom 23 og 24. Spiser fire måltider om dagen og bruker Kafé Exit. Vasker hver fredag.

– Har du hatt bruk for den brukerstyrte sengen?

– Ja, fra mandag til torsdag i forrige uke.

Han hadde gledet seg skikkelig til å

begynne på jobb igjen etter jul denne mandagen.

– Men så ble det ikke sånn jeg forventet. Jeg var usikker og nervøs og hadde en dårlig dag. Da jeg kom hjem på mandag, la jeg meg bare ned på sofaen og rakk ned på meg sjøl. Jeg begynte å tenke feil. Jeg tok meg i å tenke at jeg skulle ringe en kamerat jeg visste det gikk dårlig med. Russuget kom. Det var jo enkleste løsning, i stedet for å stå i ubehaget.

Men så ringte han klinikken i stedet. Han fikk komme inn på flekken.


– Jeg dro en halvtime etter at jeg hadde ringt. Det rare var at russuget forsvant med en gang jeg tok valget og ringte. Det var så godt å få bekreftet at det forsvinner da. For russug er som å få panikk. Det kommer på ett sekund, og det blir vanskelig å finne roen.

Han gikk på jobb mens han var på klinikken og hadde enda en dårlig dag før det kom en god dag.

– Jeg var usikker og skamfull. Følte at jeg ikke fikk ting til. Men jeg var åpen om det, og det hjelper.

Nå er han godt innkjørt i jobboppgavene igjen.

– Neste gang russuget kommer, skal jeg bruke en app som heter Minplan, som jeg har fått tips om fra klinikken. Der står det svart på hvitt hva jeg skal gjøre. Mitt første valg er å ringe til Kafé Exit. Hjelper ikke det, kan jeg ringe klinikken. ●



157

REHABILITERINGSTILBUD

Tekst Eivor Hofstad Foto Stig M. Weston

I Norge finnes 157 offentlige og private rehabiliteringstilbud som har avtaler med de regionale helseforetakene. Se tilbudet under her.

– Det finnes ikke ett skjematisk nedtrappingsregime som passer for alle som vil ut av benzodiazepinavhengighet. Det må tilpasses dose og medikamenttype, personlighet, psykiske og fysiske lidelser og aktuell livssituasjon, sier Tom Vøyvik.

Han er overlege ved Trasoppklinikken i Oslo og har i mange år behandlet pasienter med medikamentavhengighet.

– Min erfaring er at det for mange er en uheldig blanding av pasienter med svært forskjellige behov i avrusningsavdelinger. Ideelt sett burde man ha mer differensierte tilbud, mener han.

OVERSIKT PÅ HELSENORGE.NO

Ved behandlingstilbudene kan man søke på tre ulike tjenester: poliklinisk utredning/behandling, avrusning og innleggelse.

De ulike stedene har ulike nedtrappingsregimer med ulik lengde på nedtrappingen.

FAKTA

Listen over tilbudene

En liste over de 157 offentlige og private rehabiliteringstilbudene som har avtaler med de regionale helseforetakene, finner du på nettsiden til helsedirektoratet, helsenorge.no

Dette er adressen:
<http://bit.ly/2G8Urc>

– Kan man få oversikt over hvilke steder som trapper ned over fire uker fremfor bare to?

– En slik oversikt om skjematisk to eller fire ukers nedtrapping håper jeg ikke finnes. Benzodiazepinavhengige

må ha mulighet for å kommunisere sine behov om mer tid underveis, sier Vøyvik.

TO PROBLEMER

På Trasoppklinikken gir de ikke langvarig nedtrapping i døgnavdeling fordi det er manglende muligheter til å differensiere behandlingen der.

– For mange kan i stedet tett poliklinisk oppfølging mellom flere korte innleggelse gi en nedtrapping de mestrer, mener Vøyvik.

Han er glad for at han ser en utvikling der det har blitt større aksept for at medikamentavhengighet hører hjemme i TSB (tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser). Men generelt er det to problemer som går igjen:

– Poliklinisk behandling brukes for lite, og tilbudet om døgnbehandling er for dårlig tilpasset dem som ikke har rusavhengighet ved siden av benzodiazepinavhengigheten sin, sier Tom Vøyvik. ●

– Rivotril selges for en tier

Tekst Eivor Hofstad Illustrasjonsfoto Mostphotos

Benzodiazepiner var det nest mest beslaglagte narkotiske stoffet i 2017, etter hasj, ifølge Kripos. Det rapporteres om et stort illegalt marked der mange av pillene er svært billige.

Benzodiazepiner er narkotikalistet. Har man ikke resept, regnes medikamentene som ulovlig narkotika. Pillene brukes illegalt, både for å forsterke effekten av andre dempende rusmidler og for å dempe bivirkninger av andre rusmidler som for eksempel amfetamin og alkohol. De brukes sjelden som stimulerende i seg selv, men kan ha den virkningen ved store doser.

Kripos skriver dette om den generelle utviklingen for narkotikastatistikken i 2017: «Narkotikamarkedet har endret seg mye det siste tiåret. Internett, og spesielt det mørke nettet, har blitt en viktig kanal for kjøp og salg av narkotika.»

I en undersøkelse av overdosedødsfall i Oslo, publisert i *Journal of Substance Use* i 2016, ble det funnet at av de døde som hadde benzodiazepiner i blodet, hadde 70 prosent fått tak i tablettene illegalt.

TODELT BRUK BLANT UNGDOM

I Ullensaker, rett utenfor Oslo, har kommunen jobbet med å informere ungdom om farene ved å skaffe seg benzodiazepiner illegalt, og Utekontakten laget for noen år siden en egen internettside med informasjon om benzodiazepiner.

– Det er et stort illegalt marked for benzodiazepiner. Ungdom får av venner, finner dem i medisinskapet hjemme eller kjøper dem på gata. Det ser ut som at de bruker de svake for å roe seg ned og

de sterke for å miste hemninger, sier Kristin Nyjordet.

Hun er miljøterapeut i avdeling for rus og avhengighet og jobber i ambulant team med ungdom over 18 år.

– HUSKER INGENTING OG SLIPPER Å LYVE

Avhengigheten kan også starte på «lovlig vis». Kristin Nyjordet har sett at leger har skrevet ut benzodiazepiner til unge mennesker som raskt har blitt avhengige.

– Vi vet om tilfeller hvor heroinkarrieren har startet med Sobril utskrevet fra lege, sier hun.

Rusen fra benzodiazepiner likner alkoholrusen. Man blir søvnnig, sjanglete og får snøvlen- de tale, nedsatt dømmekraft og konsentrasjonsevne samt sene reflekser. Men benzodiazepiner kan ha en omvendt virkning når de tas i større mengder (paradoksaleffekt). Hos enkelte kan pillene da føre til oppstemthet, rastløshet, aggresjon eller personlighetsforandringer. Disse effektene



PÅ GATA: Benzodiazepiner brukes illegalt, både for å forsterke effekten av andre dempende rusmidler og for å dempe bivirkninger av andre rusmidler. Paradoksaleffekten kan slå inn ved store doser. Da får pillene en motsatt effekt.

BESLAG I 2017

Kilde: Krijpos

- I 2017 er det beslaglagt cirka 675 000 tabletter med benzodiazepiner fordelt på cirka 4675 beslag.
- I 2017 utgjorde benzodiazepiner 16 prosent av antall beslag av narkotiske stoffer i Norge. Bare hasj ble beslaglagt mer, og utgjorde 33 prosent.
- Både antall beslag og beslaglagt mengde benzodiazepiner er blant de laveste det siste tiåret. Det er 10 prosent færre beslag sammenliknet med foregående år.
- Det er fortsatt klonazepam (hovedsakelig Rivotril) som dominerer og står for halvparten av beslagene og vel 60 prosent av beslaglagte mengder. Deretter følger diazepam (Valium, Vival og Stesolid) og alprazolam (Xanor).
- Det har vært en nedgang i nye psykoaktive stoffer (NPS) til rundt 300 beslag i 2017, men benzodiazepinliknende stoffer utgjør en stadig større andel av NPS-beslagene.
- Utviklingen i antall saker gjenspeiler endringer i innførsel og tilgjengelighet, og i politiets og tollvesenets prioriteringer. Fra et år til et annet vil det være naturlige variasjoner, uten at det betyr endringer i narkotikamarkedet eller i politiets og tollvesenets aktivitet.

BENZOENS KALLENAVN PÅ GATA

Generelt for gruppen benzodiazepiner brukes «sukkertøy», «knapper» og «drop»

Stesso, stessere, stes	= Stesolid
Hyppere, rop, hylere	= Rohypnol (trukket fra det norske markedet i 2004)
Sobbere, briller	= Sobril
Fluniser, flunier	= Flunipam
Bikkjebein	= 2 mg Xanor med to delestreker
Roche	= Valium (Roche er produsenten)
Moggiser	= Mogadon

Kilder: Boken Rusmiddelkunnskap for tilsatte i kriminalomsorgen, og Kristin Nyjordet

har ungdom i Ullensaker beskrevet, ifølge Utekontaktens nettside.

Rivotril (klonazepam) blandes gjerne med alkohol for å få en spesiell ruseffekt. – Da mister brukerne hemninger og kan bli lett antenkelige. Etterpå husker de ingenting. Har de gjort noe kriminelt, slipper de å lyve etterpå, forteller Nyjordet.

Benzodiazepiner virker forsterkende på alkohol og andre stoffer. Ved økte doser kan pillene svekke hukommelse, innlæringsevne og koordinasjonsevne. Sammen med andre dempende rusmidler eller medikamenter kan pustesen-teret lammes, advares det på nettsiden.

OMSETTES PÅ GATA OG NETTET

Peder Brinchmann Solvang ved Rustelefonen i Oslo kommune snakker daglig med rusmisbrukere og deres pårørende. Han har inntrykk av at den typiske selger er en blandingsmisbruker som selger enkelttabletter eller maks et glass på gata.

– Ofte foregår jo salg for å finansiere eget forbruk. Mange selger pillene de får av legen sin. En del selger også illegalt produserte piller som de får gjennom sine kontakter, enten via andre brukere eller mer eller mindre direkte fra importørens nettverk, sier han.

– Hvem er kjøperne?

– De samme som selger. Men også yngre, mindre garvede brukere finner

veien til dette markedet. De kan for eksempel ha startet med å roe seg ned etter fyllesyke og utviklet en uvane. Begge grupper handler nok mer på gata enn på nettet, tipper Solvang.

BILLIG RUS

Gateprisen er mellom 10 og 50 kroner per tablett. For tabletter med de sterkeste virkningene er prisen 50 til 80 kroner.

– Det er kvantumsrabatt på piller på samme måte som for andre typer narkotika. Kjøper du et helt glass, tipper jeg du får prisen ned i 8 kroner per tablett, sier Solvang.

Rivotril fra utlandet er lett å få tak i. Det speiles i prisen.

– Det er skummelt fordi det er så billig. Man får en Rivotril på gata for en tier, sier Nyjordet.

– Markedet flyter over av Rivotril nå, bekrefter Solvang.

Xanor (alprazolam) er blitt vanskeligere å få tak i.

– For et glass med Xanor kan selgerne få 5000 kroner, sier Nyjordet.

Det er mer usikkert hva pillene som ikke markedsføres i Norge, inneholder. Dermed synker prisen.

– Du får mer for en norsk Valium enn en utenlandsk Rivotril, sier Solvang. ●

LES MER PÅ NETT: Informasjonen fra utekontakten i Ullensaker: <http://bit.ly/2oqJBXC>

Liker du å skrive?

Har du meninger som
du vil sette søkelys på?

Da inviterer vi deg til
å bli med og blogge!

På Sykepleiens blogg
skriver personer om:

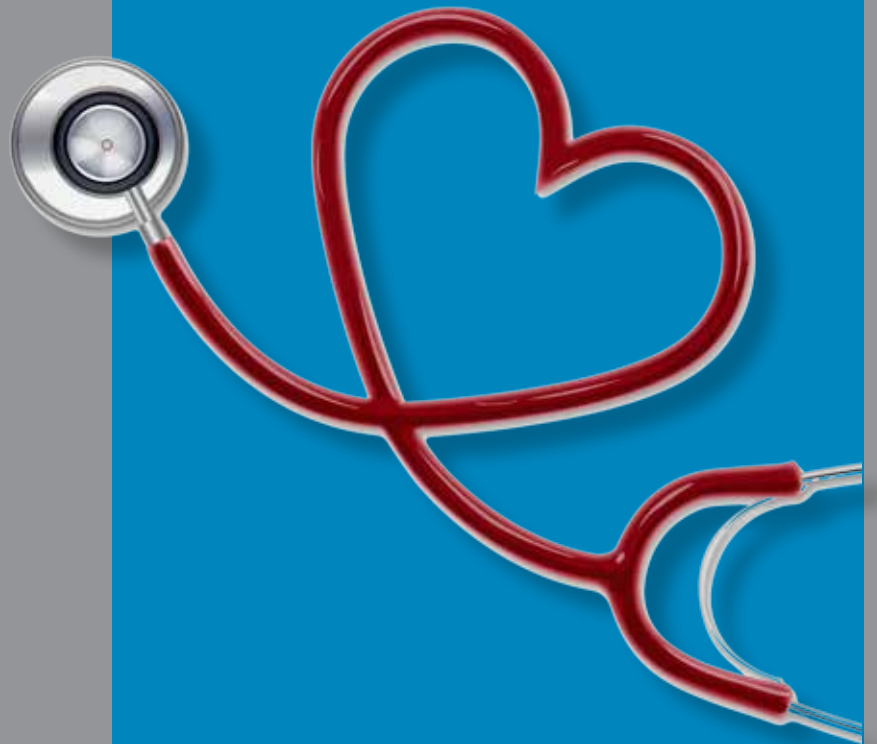
helsetjenesten
sykepleiefaget
arbeidsmarkedet
utdanning
etikk

De som skriver, formidler sine
personlige meninger og erfaringer.
Sykepleien ønsker at bloggen skal
bidra til meningsbrytning om
aktuelle og viktige
spørsmål.

Kontakt oss i dag,
så kontakter vi deg
med mer informasjon.

redaksjonen@sykepleien.no

Sykepleien



Har du noe
på hjertet?
Skriv til

sykepleien.no

MOGADON

Nitrazepam er et benzodiazepin som først og fremst brukes som sovemedisin. Nitrazepam er svært avhengighetsdannende og har halveringstid opp mot 40 timer. Felleskatalogen anbefaler at dette medikamentet bare brukes fire uker inkludert nedtrapping, og foreslår bruk bare annenhver dag. Det har et kjent misbrukspotensial og er i omlop på det illegale markedet. Mogadon og synonympreparatet Apodorm har synkende salgstall.

Kilder: Vøyvik og Branness, 2017 og Felleskatalogen

Fikk medhold i retten

Tekst Ann-Kristin B. Helmers

Kenneth Nerby gikk til sak mot staten etter å ha fått avslag på erstatningskravet. Siden 1990-tallet har han vært avhengig av angst- og sovemedisiner. Likevel fortsatte legene å skrive ut resepter.

– Utrolig godt å få en bekreftelse på at pilleavhengigheten ikke bare har vært min skyld, sier Kenneth Nerby om dommen som slår fast at han ble påført avhengigheten av leger.

– Jeg gråt av glede, sier han.

I januar kom beskjeden han hadde ventet på: Tingretten mener han har krav på erstatning for økonomisk tap etter skade påført av vanedannende medisiner i perioden 1994 frem til i dag.

– Jeg fikk diagnosen benzodiazepin-avhengig i 1994. Og likevel skriver legene ut hundretusener av tabletter i de neste 25 årene. Det er utrolig godt å få konstatert at dette ikke er riktig behandling, sier Nerby.



STO FREM: Kenneth Nerby sto frem med sin historie i Brennpunkt på NRK i 2013. I januar i år, vel fire år senere, vant han frem med sitt krav om erstatning. Foto: Rolf Nordberg/Glåmdalen

KENNETH NERBYS VEI MOT ERSTATNING

2012

Kenneth Nerby meldte saken til Norsk pasientskadeerstatning i 2012. Der ble erstatningskravet avvist.

Han anket videre til Pasientskadenemnda, som kom frem til at behandlingen av Nerby hadde vært innenfor god medisinsk praksis, med unntak av medisineringen i perioden 2007 til 2009. Nemnda mente imidlertid ikke at skaden skyldtes behandlingen, og han fikk igjen avslag på erstatningskrav.

Da gikk han til sak mot staten ved Pasientskadenemnda.

Glåmdal tingrett ga ham medhold i at han har krav på erstatning for økonomisk tap etter skade påført av vanedannende medisiner.

2018

«Retten anser det klart at benzodiazepinavhengigheten er blitt påført av helsesystemet», heter det i dommen.

– Jeg vil karakterisere dette som en knusende dom mot nemnda. Vi har fått medhold på absolutt alle punkter, sier Nerbys advokat, Janne Larsen i advokatfirmaet Roander & Co.

MISTET FORELDRE

Medisineringen startet sommeren 1994. I tiden før hadde Nerby mistet sin far etter kreftsykdom. Så døde farfaren, og sommeren 1994 døde også moren av kreft.

Kenneth Nerby hadde det tungt etter morens bortgang. Ifølge saksfremstillingen sa han til fastlegen at han trengte en henvisning til psykolog. Fastlegen skrev først ut Vival og deretter Rohypnol.

Deretter hadde han kontakt med fastlegen hver 14. dag. Etter den første jula uten foreldrene skal det ha toppet seg. Kontakten med fastlegen gikk på utskrivning av tabletter, og han fikk ifølge saksfremstillingen utskrevet Vival og Rohypnol med 50 tabletter per pakke hver gang.

Etter starten på pilleavhengigheten. Allerede i 1995 fikk Nerby diagnosen benzodiazepinavhengig.

Etter hvert fikk han også diagnosen ADHD og fikk utskrevet Ritalin. Denne diagnosen ble tatt vekk i 2012.

OVER 3000 PILLER PÅ ETT ÅR

Fra 1994 frem til stevningen i fjor er det ifølge apoteklistene som fremkommer i saksfremstillingen, skrevet ut store mengder av avhengighetsdannende sove- og angstmedisiner.

Blant annet viser apoteklisten at det ble skrevet ut følgende:

- 2007: 1200 tabletter Stesolid 5 mg, 360 tabletter Imovane 7,5 mg
- 2008: 1900 tabletter Stesolid 5 mg, 390 tabletter Imovane 7,5 mg, 25 tabletter Valium 5 mg
- 2009: 2675 tabletter Stesolid 5 mg, 247 tabletter Sobril 25 mg, 90 tabletter Imovane 7,5 mg, 100 tabletter Valium 5 mg

De ulike legene Kenneth Nerby har hatt, er ifølge dommen ikke innkalt som vitner i saken og har dermed ikke hatt mu-

lighet til å forklare seg om bevismateriale og de påstandene som ble nedlagt i retten. I selve dommen er legene derfor ikke omtalt med navn.

SVIKT VED OPPFØLGINGEN

Statens påstand var ifølge rettsdokumentene at «behandlingen ikke har vært inadekvat eller sviktende i en slik grad at det er faktisk og rettslig årsakssammenheng med anført skade av rusbrukeren. Det foreligger ikke svikt i behandlingen. At det unntaksvis er foreskrevet medikamenter utover det ideelle må ses i sammenheng med saksøkers øvrige blandingmisbruk».

Staten anførte at Nerby ikke har vært samarbeidsvillig og ikke møtt til møter, og derfor selv må klandres for skaden som er påført.

Retten konkluderte med at dette ikke er bevist:

«... det er en del av sykdomsbildet ved avhengighet å ikke tenke like logisk som en person som ikke er avhengig. Avhengigheten medfører nettopp at fokuset er å skaffe mer medisiner og ikke trappe ned forbruket.»

Retten mener også at Nerby ikke har hatt manglende vilje til å trappe ned, men at det er svikt ved oppfølgingen fra hans leger.

Pasientskadenemnda anker ikke, og dommen blir stående.

– VIKTIG DOM

Advokat Janne Larsen har lang erfaring med pasientskadesaker. Hun har selv vært prosedyreadvokat i Pasientskadenemnda.

– Denne dommen er viktig av flere grunner: Mange blir nok utsatt for det samme, men har ikke ressurser til å føre saken. Denne saken kan bane vei og vise at de kan vinne frem, sier Larsen.

Hun mener også at dommen illustrerer hvor skadelig det er å gå på vanedannende medisiner over lang tid.

– Dommen viser også at det var kjent for helsevesenet at han var avhengig, men at ingen tok tak i avhengigheten og hjalp ham med nedtrapping. Retten mener at han kunne blitt rusfri tidligere

dersom noen hadde tatt tak i den kjente avhengigheten, sier Larsen.

– Videre tar retten opp at han ikke fikk informasjon om avhengighetsfaren. Selv om han forsto det etter hvert, var det for sent. Da var han allerede avhengig, sier advokaten.

«Alle henvendelsene tyder på at det ikke bare er meg.»

KENNETH NERBY

– Hvor stort kan erstatningskravet bli?

– I og med at han var såpass ung, og har et langt liv med inntektstap, kan det bli et betydelig beløp, sier hun.

MANGE HENVENDELSER

Siden medholdet ble kjent, har Nerby mottatt henvendelser fra folk fra hele landet:

– Det har ringt folk fra Karasjok til Mandal. Mange har liknende historier. Jeg sier til alle at jeg bare kan fortelle min historie, jeg verken kan eller vil gi andre råd i deres saker, sier han.

SYKEPLEIERDRØMMEN SPRAKK

Kenneth Nerby jobbet på sykehjem da han fikk utskrevet Valium og Rohypnol første gang.

– Jeg trivdes veldig godt med å jobbe på sykehjemmet og hadde en drøm om å bli sykepleier. Den drømmen sprakk, livet mitt har blitt ødelagt av pilleavhengigheten, sier han.

Han håper nå å kunne bruke sin erfaring til å hjelpe andre.

– Jeg har fått høre «pokker ta, så tøff du er som står fram!». Men alle henvendelsene tyder på at det ikke bare er meg som har opplevd dette, det er tusenvis som sliter med legepåført avhengighet, sier han. ●

LES MER OM: Erstatning for medisinavhengighet



8 millioner utbetalt i erstatninger

Tekst Ann-Kristin B. Helmers

Norsk pasientskadeerstatning må punge ut for pilleavhengige pasienter. Over halvparten av klagene som hittil er behandlet, har fått medhold og dermed erstatning.

Til sammen er det utbetalt 8,8 millioner kroner i erstatning til pasienter som har blitt avhengige av benzodiazepiner. Det viser tall Sykepleien har fått fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

NPE har hatt 39 erstatningssaker på dette temaet til behandling de siste ti årene.

Av disse har 23 fått medhold.

FOR MYE SOBRIL I ELLEVE ÅR

Gjennomgangen viser eksempler på at oppfølgingen etter å ha satt pasienter på sterkt vanedannende medikamenter, har sviktet.

En pasient fikk Sobril og B-preparater i flere år på grunn av angstlidelse og kreftdiagnose. NPE mener pasienten har opplevd svikt i behandlingen:

Det var for høy forskrivning av Sobril.

I tillegg var det mangelfull oppfølging av medisiner med B-preparater. Dette pågikk i en periode på elleve år. Pasienten opprettholdt avhengighet og fikk redusert kognitiv funksjon i denne perioden. Pasienten har rett til erstatning, konkluderer NPE.

BLE IKKE FULGT OPP

En annen pasient ble behandlet med

HVEM FÅR ERSTATNING FRA NPE?

SKADEN MÅ SKYLDES BEHANDLINGEN

Du må ha fått en skade som skyldes behandling, undersøkelse, diagnostisering eller oppfølging.

En skade kan være både forbigående og varig. Dersom skaden skyldes den sykdommen du ble behandlet for, har du ikke krav på erstatning.

SVIKT I BEHANDLINGEN

For at du skal ha krav på erstatning, må skaden din skyldes behandlingssvikt. I tilfeller der det oppstår en skade uten at det skyldes svikt i behandlingen, har du normalt ikke krav på erstatning.

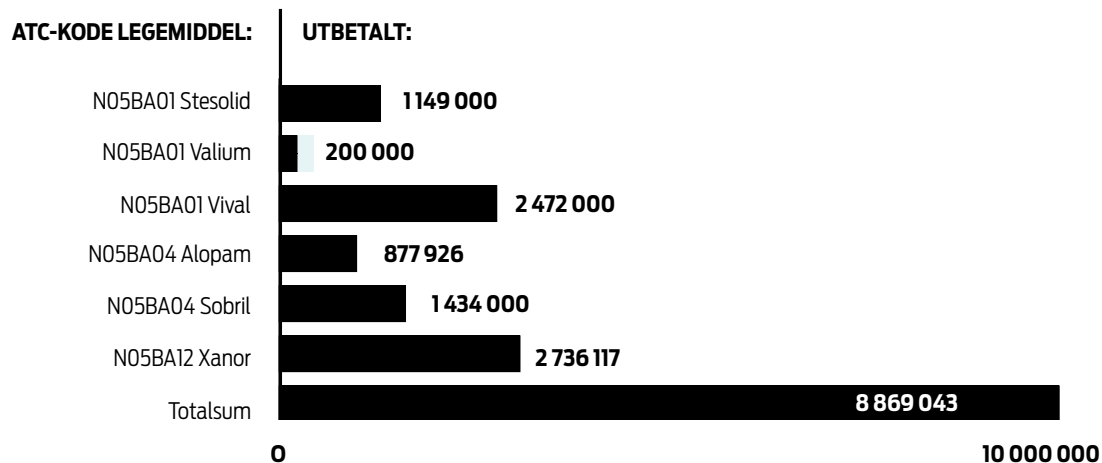
I helt spesielle tilfeller kan man få erstatning selv om det ikke har skjedd en svikt. Dette gjelder dersom skaden er spesielt stor eller uventet.

ØKONOMISK TAP

Skaden må som hovedregel ha ført til et økonomisk tap. Formålet med erstatningen er å dekke økte utgifter til legebehandling, medisiner, transport og liknende. Du kan også få erstatning for inntektstap eller tap av forsørger.

Dersom du har hatt forbigående smerter eller en dårlig opplevelse, men ikke et økonomisk tap, vil du ikke få erstatning. Du kan heller ikke få erstatning som «plaster på såret».

TOTALT UTBETALT ERSTATNINGSBELOP SORTERT ETTER LEGEMIDDEL:



Xanor på grunn av angstlidelse og ADD.

Utredningen i NPE viser at det var svikt i behandlingen. Det var manglende oppfølging av medisinerings med Xanor i tre år.

På tross av lite kontakt med legen fikk pasienten forskrevet medikamentet i perioden. Dette førte til avhengighet, økte angstplager og innleggelse. Pasienten har rett til erstatning.

MEST OVERMEDISINERING

Hovedtyngden av sakene hvor pasienten har fått erstatning, gjelder overmedisinering og at medisinerne har vært utskrevet til pasienten i altfor lang tid. Dette har i mange tilfeller ført til avhengighet og andre bivirkninger, ifølge NPE.

I noen av sakene har det også vært manglende grunnlag for slik medisinerings, og manglende oppfølging

mens pasienten gikk på preparatene.

FIKK AVSLAG

Ikke alle pasienter har fått medhold: En pasient mente å ha fått påført en skade etter behandling av sosial angst, depresjon og rusproblematikk med B-preparater (Rivotril, Xanor, Somadril og Valium).

Pasienten hevder feilmedisinering medførte utmattelse og sosial angst. Utredningen i NPE konkluderer imidlertid med at det ikke var svikt i behandlingen. Medisineringsen var kontrollert, og det ble gitt lavest mulig dose og antall. Det var ingen medisinalavhengighet. Pasienten fikk ikke erstatning.

En annen pasient som mener pillebruken har ført til tørre øyne, har også fått avslag.

Alle de fire sakene gjelder behandling

hos fastlege. Sobril og Xanor er de medikamentene som NPE har flest saker på, henholdsvis tolv og sju saker.

HØYESTE UTBETALING: 2,3 MILLIONER KRONER

En av pasientene i gjennomgangen fra NPE har fått utbetalt 2,3 millioner kroner i erstatning som følge av avhengighet av legemiddelet Xanor.

Dette er den høyeste erstatningssummen NPE har utbetalt for pasient-skader som skyldes avhengighet av medikamenter.

Den yngste pasienten var på skadetidspunktet 18 år, og den eldste var 71 år gammel.

De fleste skadene har skjedd i kommunehelsetjenesten, under fastlegeordningen. Ingen sykepleiere har vært involvert i disse skadesakene. ●

Kilde: NPE

MENERSTATNING

I noen tilfeller kan det gis erstatning uten noe økonomisk tap, for eksempel ved en varig og betydelig skade. Med varig menes vanligvis at skaden varer i en periode på minst ti år. Med betydelig menes at skaden må gi en medisinsk invaliditet på minst 15 prosent. For å fastsette medisinsk invaliditet brukes en egen tabell for personskader. Beregningen bygger på medisinsk invaliditetsgrad, alder på skadetidspunktet og folketrygdens grunnbeløp.

Formålet med menerstatningen er å kompensere for redusert livskvalitet. Menerstatning gis altså for tapt livskvalitet, uavhengig av om du har hatt et økonomisk tap.

SKADEN MÅ IKKE VÆRE FOR GAMMEL

Du kan søke om pasientskadeerstatning senest tre år etter at du burde ha forstått at det er behandlingen eller mangel på behandling som har ført til skaden.

Kilde: NPE

– Folk spør hvordan de kan beholde førerkortet



Tekst og foto Eivor Hofstad

Stadig flere spør Rustelefonen om angst- og sovemidler. Mange vil beholde førerkortet og blir satt på for rask nedtrapping fra fastlegen eller sykehuslegen, hevder fagkonsulent Peder B. Solvang.

– Velkommen til Rustelefonen. Hva kan jeg hjelpe deg med?

Fagkonsulent Peder Brinchmann Solvang har hodetelefonene på, der han sitter på sitt lille kontor i Maridalsveien i Oslo. Han er en av de ellevte ansatte hos den nasjonale informasjonstjenesten Rustelefonen og svarer på henvendelser om rusmidler og vanedannende legemidler.

Så langt det er mulig registreres kjønn, alder og hvor i landet man kontakter tjenesten fra. I 2017 svarte tjenesten på godt over 9000 henvendelser. 8791 av dem angikk en rusbruker.

BENZOSPØRSMÅL NUMMER TRE PÅ LISTA

Ikke sjelden gjelder spørsmålene angst- og sovemedisiner (benzodiazepiner). Disse henvendelsene havner som nummer tre på lista over hva folk ønsker informasjon om, etter alkohol og cannabis. Sovemidlene z-hypnotika har noe færre henvendelser.

– Henvendelsene om disse to legemiddelgruppene skiller seg fra de andre henvendelsene på flere måter, sier seksjonsleder Sturla K. Naas Johansen, og forklarer nærmere:

– Rundt tre ganger flere i denne gruppa henvender seg om temaer som

nedtrapping, abstinenser og rusmidler og bilkjøring. For z-hypnotikaene (sovemidlene) sin del er denne tendensen enda tydeligere.

Fagkonsulentene har ulik bakgrunn. Alle har høyere utdanning og har fått intern opplæring og kursing i selvmordsforebygging. De fleste har jobbet lenge innen rusfeltet, men ingen er utdannet helsepersonell.

– Det er vi nøye med å påpeke overfor dem som ringer inn, og råder dem ofte til å snakke med lege, sykepleier eller annet helsepersonell som kan noe om dette, sier Solvang, som selv er filosof.



NEDTRAPPINGSRÅD: Peder Brinchmann Solvang erfarer at stadig flere ønsker nedtrappingsplaner for ulike legemidler. Han anbefaler ofte folk å søke hjelp fra helsepersonell til dette.

HELSEKRAVENE TIL FØRERKORT

Det er flere legemidler som gir sjåfører kjørestriksjoner, men her er grensene for benzodiazepiner og z-hypnotika for å kunne beholde førerkortet for personbil og lettere kjøretøy (førerkortgruppe 1):

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| ● Diazepam: 10 mg/døgn | ● Zopiklon: 7,5 mg/døgn |
| ● Oksazepam: 30 mg/døgn | ● Zolpidem: 10 mg/døgn |
| ● Nitrazepam: 10 mg/døgn | |

Andre benzodiazepiner er ikke lov å bruke hvis man skal kjøre bil. For tyngre kjøretøy er det strengere regler. Helsekravene er ikke oppfylt den første uken etter introduksjon eller doseøkning. For Nitrazepam, Zopiklon og Zolpidem må man vente åtte timer før man kan kjøre. For diazepam og oksazepam sier forskriften at man må «vente en stund etter inntak». Ved samtidig bruk av antipsykotika, antiepileptika eller antidepressiver halveres maksdose for benzodiazepiner.

FLERE HENVENDELSER, MEN MINDRE BRUK

Siden 2013 har henvendelsene om benzodiazepiner steget jevnt og trutt. Drøyt 15 prosent av dem som ringte Rustelefonen i 2017, ville ha råd om benzodiazepiner. Det er en økning på over 6 prosentpoeng fra 2013. Knapt

3 prosent ville ha råd om sovemidlene zopiklon og zolpidem. Det er en økning på knapt 1,5 prosentpoeng fra 2013.

Økningene i henvendelsene til Rustelefonen kan synes underlig siden forbruket av disse to legemiddelgruppene i Norge i samme periode har sun-

ket (fra drøyt 54 definerte døgndoser per 1000 innbyggere i 2012 til knapt 49 i 2016), viser tall fra Folkehelseinstituttets grossistbaserte legemiddelstatistikk.

Også den såkalte veikantundersøkelsen fra Oslo universitetssykehus viser over en halvering i bilførere som

RUSTELEFONENS TILBUD:

- Telefonsjenereste
- Chat
- Hjemmesiden www.rustelefonen.no med anonym spørresjenereste
- To apper: Drikkevett og HAP (HasjAvvenningsProgrammet)
- Ekstern konsulentvirksomhet via nettstedet
 - Ung.no
 - Eksterne foredrag og kurs

HELSEPERSONELL- LOVEN OM FØRERKORT

§ 34. Lege, psykolog eller optiker som finner at en pasient med førerkort for motorvogn eller sertifikat for luftfartøy, ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles, skal oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet eller sertifikatet.

Dersom pasientens helsetilstand antas ikke å være kortvarig, skal helsepersonell gi melding til offentlige myndigheter etter nærmere regler fastsatt av departementet i forskrift.

tester positivt for benzodiazepiner i 2017 sammenliknet med 2009.

INNSTRAMMING AV HELSEKRAV FOR FØRERKORT

Solvang tror økningen kan ha sammenheng med de nye helsekravene til førerkort.

– Jeg har merket en økning i spørsmål om benzodiazepiner etter at de nye kravene kom, sier Solvang.

I oktober 2016 kom en innstramming både i hvilke typer benzodiazepiner man har lov å bruke, og i hvilken dose, hvis man skal beholde førerkortet. Lovlig dose er også blitt lavere for sovemidlene zopiklon og zolpidem.

Før kunne fastlegene søke dispensasjon hos fylkeslegen for doser opptil dobbelt så høye som dem som nå er lov. Det kan de fremdeles, men dispensasjonsadgangen er mye snevrere enn tidligere. Legene har meldeplikt til fylkeslegen dersom pasienten skal stå på legemidlene i mer enn seks måneder. Er fylkesmannen enig, skal fylkesmannen anbefale politiet å inndra førerkortet. Blir pasientene kjøredyktige før det har gått seks måneder, må legene pålegge pasientene et muntlig kjøreforbud i den aktuelle tidsperioden medisineringsen varer.

– Det skal ligge an til ganske alvorlige hendelser før man har rett og plikt til å melde som sykepleier, ifølge seniorrådgiver i Helsedirektoratet, Trine Hessevik Paulsen.

Hun henviser til rundskriv IS-8/2012 med kommentarer til helsepersonelloven, s. 64 om § 23 nr. 4 og § 31, for dem som vil vite detaljene rundt dette.

FOR RASK NEDTRAPPING

– Mange ønsker en oppskrift på hvordan de kan trappe ned, slik at de kan kjøre bil lovlig. De ønsker hjelp anonymt, uten å bli konfrontert med sin problematiske medikamentbruk, sier Solvang.

– *Hva svarer dere da?*

– Vi råder dem å snakke med lege eller sykepleier. Men mange har gjort det og opplever å ikke få god nok hjelp. Ofte blir de satt på for rask nedtrapping.

– *Av hvem da?*

– Som oftest av fastlegen, men også av sykehusleger. Det er særlig vanskelig for folk som er ute i jobb. Mange står på store doser og får plutselig beskjed om å slutte.

– *Hva sier dere da?*

– Det er litt avhengig av hva de vil selv, deres alder og hvor omfattende bruken har vært. Er det skriftlige henvendelser over nett, er vi spesielt forsiktige. Vi råder også til å kontakte helsepersonell for å sette opp nedtrappingsplan, men mange har gjort det uten å lykkes. Da oppmuntrer vi dem til ikke å gi opp og heller kontakte spesialisthelsetjenesten hvor de kan få mer kyndig veiledning.

Solvang forteller at det er en økende tendens til at folk ønsker nedtrap-

pingsplaner for ulike medikamenter, men at de ansatte ved Rustelefonen diskuterer i hvilken grad de skal gå inn i dette.

– Vi har noen skriftlige råd rundt dette på nettsiden vår, som er utviklet i samråd med helsepersonell, sier han.

Der står det blant annet: «Som et utgangspunkt kan vi angi en reduk-

«Ofte blir de satt på for rask nedtrapping.»

PEDER BRINCHMANN SOLVANG,
RUSTELEFONEN

sjon av dose på 10 prosent per uke. Men dette er kun et anslag og kan variere veldig fra person til person og etter hvilke mengder du har brukt.»

– *Hvilke rehabiliteringsinstitusjoner anbefaler dere?*

– De offentlige som finnes gjennom spesialisthelsetjenesten, eller private som har avtale med en helseregion.

– Mange er desperate og villige til å betale selv, men vi kvier oss for å anbefale private uten offentlig avtale. Disse er dyre og ikke nødvendigvis av bedre kvalitet, sier Solvang. ●

LES MER OM rehabiliterings-
tilbudet i Norge, på side

51

VID
vitenskapelige
høgskole

Studier for deg som er sykepleier!

VID har studiesteder i Bergen, Oslo, Sandnes og Stavanger. Totalt har vi 20 videreutdanninger, 13 Mastergrader og 2 PH.D. og her viser vi noen av de studiene som er spesielt relevant for deg som er sykepleier.

Videreutdanninger VID Bergen

- Akuttmedisinsk sykepleie
- Avansert gerontologi
- Kreftsykepleie
- Palliativ sykepleie
- Veiledning

Videre- og masterutdanninger VID Sandnes

- Forebygging og håndtering av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming
- Medborgerskap og samhandling

Videreutdanninger VID Oslo

- Psykisk helsearbeid
- Psykososialt arbeid med barn og unge
- Rus- og avhengighetsproblematikk
- Livsstyrketrening
- Familieterapi og systemisk praksis
- Nyresykepleie
- Kreftsykepleie

Masterutdanninger VID Oslo

- Tjenesteutvikling til eldre
- Sykepleie og helsesøsterutdanning
- Familieterapi og systemisk praksis
- Verdibasert ledelse
- Diakoni

Søknadsfrist 15. april
Etter dette praktiseres fortløpende
optak dersom ledige plasser

For mer informasjon
om våre studier, se vid.no



VID

Slik avsluttes behandlingen

FAGARTIKKEL av psykiater Jørgen G. Bramness og overlege Tom Vøyvik

Vellykket nedtrapping forutsetter at helsepersonell har kunnskap om toleranse og abstinenser.

Når man starter med benzodiazepiner eller z-hypnotika, bør man ha en plan for hvor lenge behandlingen skal vare, og hvordan den skal avsluttes. Ideelt sett bør man ikke starte en behandling man ikke ser for seg man kan avslutte.

Det kan være vanskelig å bli enige med pasienten om avslutning. Pasienten opplever å ha nytte av medikamentene og er ikke motivert for å slutte. Mange har også opplevd betydelige plager ved tidligere forsøk på å slutte. Men med tid og aktiv lytting vil en god samtale kunne motivere og skape en ny situasjon. Grunnlaget for en samtale som kan ende med nedtrapping, er imidlertid at du har en forståelse av hva toleranse og abstinenser er.

TOLERANSEUTVIKLING

Toleranse innebærer at man har mindre effekt av samme dose eller må øke dosen for å oppnå samme effekt. Dette fordi kroppen vender seg til medikamentet og forsøker å «motvirke» effektene gjennom såkalt homeostase. Dette er også grunnen til abstinenser hvis man avslutter bruken. Kroppen får ikke det den er vant til å få.

Ved jevnlig bruk får man toleranse for benzodiazepiner og z-hypnotikas virkninger. Brukt hver dag i tre–fire uker har man det ikke bedre med disse medisinene enn det man ville hatt uten. Toleransen er så å si fullstendig for søvneffekten og antakelig også for den angstdempende effekten. Det er ikke den samme toleranseutviklingen for bivirkninger, som nedsatte psyko-

motoriske ferdigheter eller kognitive evner. Ved jevnlig bruk sitter man igjen med få virkninger og mye bivirkninger.

Ved regelmessig bruk opplever likevel pasienten det som om benzodiazepiner eller z-hypnotika virker hver gang. Her forveksler man den akutte virkningen med konsekvenser av toleranse. Dette gir pedagogiske utfordringer i samtalene om endring av bruk.

For pasienten er det stor forskjell på timene etter at man har tatt eller ikke har tatt en sovetablett. Men når toleranse er oppnådd, sover man ikke bedre med sovetabletter enn uten. Stopper man bruken, kan man over tid vende tilbake til en mer normal søvn. Ved lengre tids jevnlig bruk vil man få abstinenser om man slutter. Å fortsette bruken av for eksempel sovetabletter blir mer en unngåelse av abstinenser enn en søvnfremkallende behandling.

Mange bruker midlene intermitterende. De tar dem noen få ganger i måneden eller i høyden noen ganger i uken (1). Da er toleranseutviklingen betydelig mindre, og man beholder mer av den opprinnelige effekten. Det blir en vurderingssak om dette er et brudd med anbefalingene eller ikke.

AVSLUTTE BRUKEN?

Av og til bør pasienten av ulike grunner stoppe eller redusere bruken av benzodiazepiner eller z-hypnotika. Det er viktig å involvere pasienten i beslutningen og opptre støttende. Som ved mye annen helserelatert atferd vil noen slutte tilsynelatende problemfritt, om de får

informasjon. Av og til vil en kort samtale være nok til å sette i gang en undring og en endringsprosess (2).

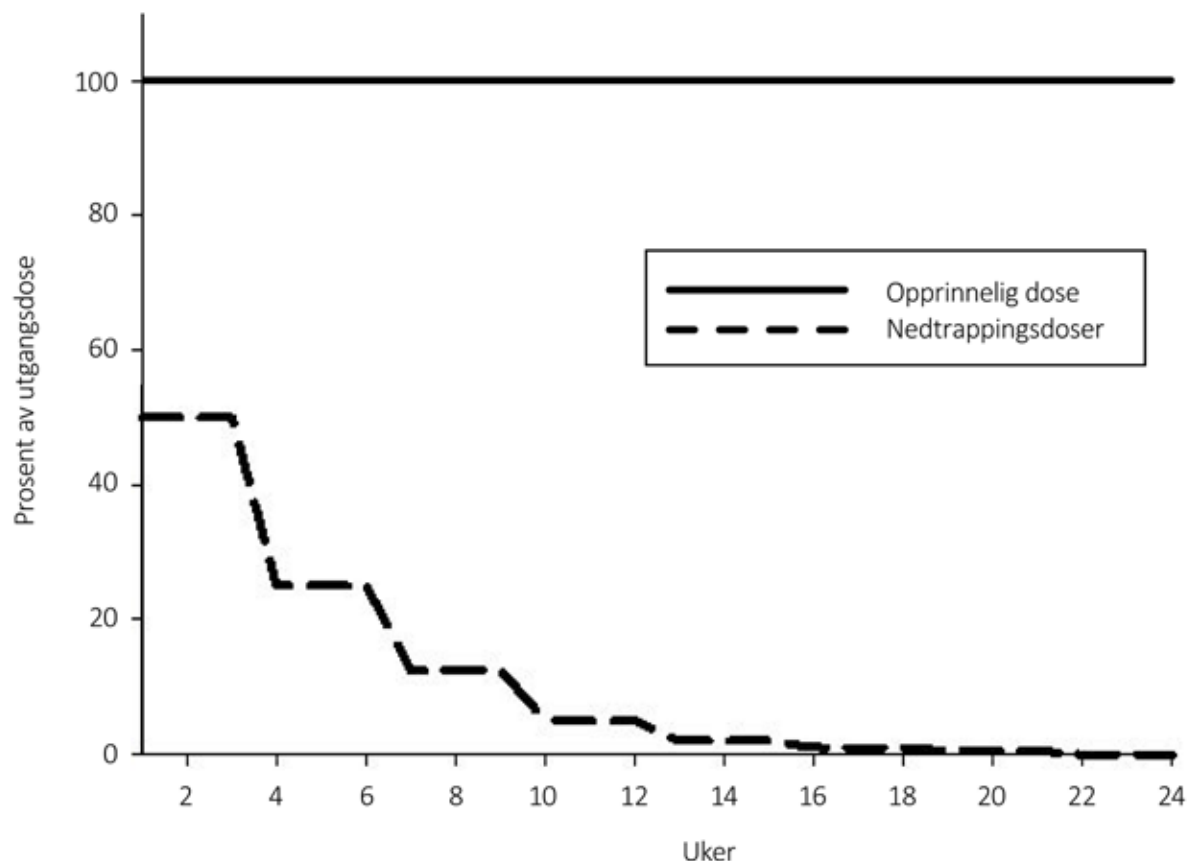
For andre er det vanskeligere. Pasienten kan fremdeles ha angst eller søvnproblemer. Han eller hun har kanskje forsøkt å klare seg uten noen ganger, men har opplevd det som vanskelig. Bare tanken på å være uten disse medisinene skaper engstelse. Som regel har pasienten selv tenkt tanken om at dette ikke er bra, eller har blitt møtt med kritikk av andre. Informasjonen du kommer med, kan leses inn i dette moralske landskapet og være både kjent og fryktet.

Noen ganger blir man så frustrert over stadige krav om benzodiazepiner eller z-hypnotika at man som behandler ønsker å sette ned foten. Da blir avslutningen av behandlingen en ensidig handling. Det finnes lite forskning på hvordan dette går for pasienten. En langsom nedtrapping lykkes bedre på sikt. En brå avslutning kan i verste fall føre til brudd i behandlingsrelasjonen. Man må også huske at både livssituasjon og psykiske problemer kan være så vanskelige at nedtrappingen ikke skal igangsettes akkurat nå.

NEDTRAPPING

Ikke alle pasienter behøver å trappe ned. Noen, som bruker lave doser, kan bare seponere. Om man bruker over et visst nivå av benzodiazepiner eller z-hypnotika, bør man trappe ned. Hvor høyt dette nivået er, kan diskuteres. Om man bruker til sammen mer enn

FIGUR 1: Nedtrapping av benzodiazepiner



NEDTRAPPINGSTEMPO: Eksempel på poliklinisk nedtrapping av benzodiazepiner. Man kan starte med å ta bort halvparten av dosen i begynnelsen og så tenke halvering etter hver andre til tredje uke (lenger for eldre pasienter). Det er viktig at nedtrappingshastigheten er et tema for samtale mellom pasient og behandler.

ekvivalenten til 10–20 mg diazepam hver dag, vil mange synes det er for tøft å slutte brått.

Det kan også være farlig å brå-seponere, fordi man kan få et delir. Delir er potensielt livstruende og innebærer sykehusbehandling. Det kan være vanskeligere å gjenkjenne et benzodiazepindelir enn et alkohol-delir fordi det kommer senere og mer snikende.

ULIKE PASIENTER, ULIKE BEHOV

Mange som synes det er vanskelig å slutte med benzodiazepiner og z-hypnotika, har gjort tidligere forsøk med brå-seponering og har opplevd dette som svært ubehagelig. De har negative erfaringer fordi de ikke har trappet ned over tid. Det er viktig å bruke erfaringene fra slike tidligere avslutninger når man skal legge opp en plan for nedtrapping.

Ulike pasienter vil ha ulike behov og mestringssevne. Vi må planlegge ulike nedtrappingsregimer. Felles er at nedtrappingen bør foregå trinnvis. Man kan ta store trinn i begynnelsen, men

«Brukt hver dag i tre–fire uker har man det ikke bedre med disse medisinene enn det man ville hatt uten.»

mindre etter hvert (figur 1). Når man først har bestemt seg for å begynne, kan man godt ta bort halve dosen først. Ut over det er det vanskelig å være konkret med hensyn til størrelsen på trappetrinnene.

Hvor sterke abstinenser hver pasient vil oppleve, og hvordan han eller hun vil mestre abstinensene, vil variere sterkt. Antakelig er summen av de abstinensene hver enkelt pasient opplever, nokså konstant om man velger å ta små eller store trinn. Ved store doser brukt lenge blir det mange trappetrinn over lang tid. Vi snakker måneder fremfor uker. For noen pasienter må man forlenge tiden på hvert trinn mellom hver dose. Etter mange år med fast bruk er det en kre-

vende endring som man må bruke tid på.

Hvor lenge man skal vente mellom hvert trinn i nedtrappingen, bestemmes av legemiddelets terminale eliminasjonshalveringstid ($T_{1/2}$) og kunnskapen om at ny stabil konsentrasjon (*steady state*) oppnås etter omtrent fem ganger $T_{1/2}$. Mange benzodiazepiner har en $T_{1/2}$ rundt ett døgn, noe som indikerer at man ikke må trappe ned oftere enn én gang i uka.

LANGTIDSSABSTINENS

Pasienten må «komme seg» mellom hvert trinn. De må støttes og oppleve at ubehaget ved abstinenser går over. Mange tar derfor et trinn annenhver

uke. Eldre mennesker kan ha en betydelig øket T½ og må derfor vente lenger mellom hvert trinn.

Det er viktig med jevnlig møter i hele nedtrappingsperioden for å snakke om abstinensplager og for å kontrollere at man ikke tar for store trinn. Pasienten bør gis anledning til å oppleve mestring med faste doser. Dosen bør beholdes selv om det går litt lengre tid mellom hver nedgang i dose.

De siste milligrammene kan kreve lang tid før seponering. Noen pasienter opplever en type «langtidsabstinens», som nødvendigvis svært langsom nedtrapping.

FLERE LEGEMIDLER

Om pasienten bruker flere ulike benzodiazepiner og/eller z-hypnotika, kan det være riktig å konvertere til ett middel. Ved konvertering til for eksempel diazepam må man sørge for tilstrekkelig dose. Diazepam har den fordelen at det finnes i tilstrekkelig lave styrker til at det er mulig å administrere små trinn mot slutten av nedtrappingen.

Om man skal trappe ned flere ulike

vanedannende legemidler, er det ikke anbefalt å begynne med benzodiazepiner og z-hypnotika. Alkohol og opiat er ute av bildet før benzodiazepinabstinensen kommer.

Ved nedtrapping i døgnavdeling kan man gå betydelig fortere frem. Man har som regel ikke anledning til å ha pasientene inne i flere måneder for å trappe ned. Man kan følge pasienten på en medisinsk sikker måte og selv store doser kan tas i tre-fem trinn. Man kan styre etter hvor mye abstinenser pasienten har (3).

En rask nedtrapping i døgnavdeling kan kompliseres av abstinens etter utskrivning. Det må gis en god oppfølging etter utskrivning fra døgnavdeling. ●

REFERANSER

1. Bramness JG, Sexton JA. The basic pharmacoepidemiology of benzodiazepine use in Norway 2004–9. *Nor Epidemiol.* 2011;21(1):35–42.
2. Moulund G. Praktiske råd om nedtrapping av benzodiazepiner. *Tidsskrift for Den norske legeforening.* 2001;121:2394–5.
3. Busto UE, Sykora K, Sellers EM. A clinical scale to assess benzodiazepine withdrawal. *Journal of clinical psychopharmacology.* 1989;9:412–6.

OM SKRIBENTENE

Jørgen G. Bramness

er professor og spesialist i psykiatri. Han er tidligere leder for Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo og er nå seniorforsker ved Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. Sammen med Tom Vøyvik ga han i 2017 ut boken *Rasjonell bruk av angst- og sovemedisin*.

Tom Vøyvik

er spesialist i rus- og avhengighetsmedisin. Som overlege på Trasoppklinikken har han lang erfaring i å behandle mennesker med medikamentavhengighet. Sammen med Jørgen Bramness ga han i 2017 ut boken *Rasjonell bruk av angst- og sovemedisin*.

ANNONSE



UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet



Avansert geriatrisk sykepleie (master - 4 år deltid)

Det samlingsbaserte deltidsstudiet gir erfarnesykepleiereen klinisk spesialisering innen geriatrisk sykepleie. Du lærer systematiske kliniske undersøkelser gjennom variert undervisning og mer enn 400 timer veiledet praksis.

uio.no/ags



Sykepleievitenskap (master - 2 år)

Få kompetanse til å initiere og delta aktivt i faglig utviklingsarbeid og forskning slik at du kan være med å forme fremtidens helsetjenesten. Fordypningskurs i normal aldring, innovativ praksisutvikling og pasientlæring.

uio.no/sykepleievitenskap-master

Søk innen 15. april

VIVAL

Diazepam, virkestoffet i Vival, er den mest kjente og brukte av benzodiazepinene. Det har en rekke indikasjoner og finnes i mange administrasjonsformer. Det ble lansert med salgsnavnet Valium i USA i 1969, ble en stor suksess og var det mest brukte legemiddelet i USA frem til 1982. Stoffet har relativt raskt innsettende effekt og svært lang halveringstid, da det inneholder stoffer som er aktive også etter at de er brutt ned i kroppen. Halveringstiden er økende med alderen, og effekten kan henge i flere døgn hos eldre.

Kilder: Vøivik og Brannæs, 2017; Støssel, 2015

OPPEVÅKNING OPPEVÅKNING

«Etter å ha gått en stund på disse tablettene fikk jeg angstanfall, og etter hvert så jeg på tablettene som den eneste redningen fra disse anfallene.»

ANONYM

For noen år siden måtte jeg lære meg å leve på nytt. Jeg kan best beskrive det som om jeg ble født på ny, med alt det innebærer av sansning og læring.

Lenge føltes det som om jeg var et nyfødt barn i en kvinnes kropp. Eller som et utenomjordisk vesen nettopp ankommet jorden i form av en voksen kvinne.

Jeg hadde i nesten fem år spist beroligende tabletter av merket Vival da jeg bestemte meg for å slutte. Livet mitt hadde disse årene bestått av angst for omtrent alt. For å skulle bli gal, dø i panikk, være alene, gå, reise. Jeg var redd nesten alt.

BEHOV FOR Å BLI SETT

Tiden før jeg begynte på tabletter, var litt strevsom. Jeg var lei meg, jeg visste ikke hva jeg hadde lyst til å gjøre med livet mitt, hva jeg ville jobbe med, jeg var frustrert. Med andre ord et nokså vanlig uttrykk når man er i tjuårene.

Jeg hadde jobb og samboer, ingen tanker om å avslutte livet mitt, og ingen store, virkelig hemmende plager, slik jeg ser det nå.

Likevel ble jeg til en syk psykiatrisk pasient, avhengig av beroligende tabletter.

OM MEG

Anonym

En Vival-forskrivning i en vanskelig periode i tjuårene førte henne inn i en femårs avhengighet preget av angst og nedsatt funksjonsevne. Redaksjonen kjenner skribentens identitet.





Jeg tror jeg hadde behov for å bli sett, behov for noen å snakke med. Kanskje trengte jeg noen som ville høre på meg, og som kunne si noe klokt om livet?

FØRST SOM SIST

Så da gikk jeg til lege, det eneste stedet jeg visste om hvor jeg kunne henvende meg. Legen henviste meg videre til samtaler ved voksenpsykiatrisk poliklinikk. Der ble jeg møtt av en psykiater som ganske raskt hintet frempå om sykdom, diagnoser og medisiner. Han mente at jeg var deprimert, og sa at siden angst og depresjon ofte går hånd i hånd, kunne jeg like gjerne begynne med benzodiazepiner først som sist.

Jeg hadde aldri tidligere brukt liknende medisiner, men jeg var ung og gjorde selvsagt slik som han foreslo. Samtaler om mine vonde erfaringer fra barndommen, samt benzodiazepiner, var behandlingen som skulle gjøre meg bedre.

Etter å ha gått en stund på disse tablettene fikk jeg imidlertid angstanfall, og etter hvert så jeg på tablettene som den eneste redningen fra disse anfallene. Jeg tok dem ikke hver dag, og i begynnelsen holdt det med et glass 2 mg tabletter i måneden. Etter hvert måtte jeg øke til 5 mg.

VIVA VIVAL

De neste årene var et helvete for meg. Jeg var aldri noe sted uten tablettene mine. *Viva Vival* (fransk for «leve Vival») pleide jeg å si. Jeg følte at tablettene var det eneste som reddet meg fra å bli gal, det eneste som dempet angsten min for å dø.

Flere ganger byttet jeg behandlere, jeg hadde samtaler med psykolog og psykiatrisk sykepleier. Jo mer vi snakket om barndommen min og jo lenger jeg brukte Vival, desto verre ble jeg. Jeg var sikker på at noe alvorlig var i veien med meg, og enkelte av behandlerne sa rett ut at de ikke skjønnte hvorfor jeg stadig ble dårligere.

Jeg var svimmel og redd for å gå, jeg var redd for å være alene, jeg var redd for å bli gal. Livet mitt var blitt nesten helt ulevelig av angst, og familien min måtte passe meg som om jeg var et lite barn.

SKREMMENDE TANKE

Etter nesten fem års samtale- og benzodiazepinbehandling satte en av terapeutene ved poliklinikken opp en avtale for meg med den nye legen ved avdelingen. Han viste seg å være en av de fremste ekspertene på benzodiazepiner og avhengighet, og hadde jobbet ved poliklinikken noen måneder.

Under vår første samtale sa han, veldig forsiktig, at

«Under vår første samtale sa han at Vivalen kanskje kunne være årsak til min angst. Jeg ble forbannet og stormet ut fra kontoret, livredd for at noen skulle ta fra meg det jeg oppfattet som min livbøye.»

ANONYM

Vivalen kanskje kunne være årsaken til min angst. Jeg ble forbannet og stormet ut fra kontoret, livredd for at noen skulle ta fra meg det jeg oppfattet som min livbøye.

En skremmende tanke hadde blitt sådd i meg: Var det kanskje noe i det legen hadde sagt?

MIN SISTE TABLETT

Jeg bestemte meg en tid senere for å forsøke å slutte å ta tabletter. Det skulle jeg selvsagt ha snakket med en lege om først, men jeg forsto ikke alvorlet. Hvor stor påvirkning Vivalen faktisk hadde på kroppen, ante jeg ikke i det hele tatt.

I løpet av de neste månedene prøvde jeg å ikke ta tabletter selv om jeg følte at jeg trengte det desperat. Min siste tablett tok jeg en dag pappa og jeg var på tur til en psykiatrisk institusjon hvor jeg skulle vurderes innlagt. Den psykiatriske sykepleieren jeg gikk i samtale hos, sa at jeg kunne ta tabletter for i det hele tatt å makte å komme meg dit.

Jeg delvis lå på gulvet inne på det trange, lille kontoret der legene og sykepleierne hadde bestemt seg for å møte meg. Jeg hadde støttet meg mot veggen i korridoren for å greie å gå fra ytterdøren og inn dit.

Jeg var så angstfull, så redd. De sa at de ikke kunne hjelpe meg, jeg var for dårlig.

Datoen var 14. september. Jeg tok aldri mer beroligende medisiner etter den dagen. Jeg gjorde det man ikke skal gjøre: slutte brått på medisiner man skal trappe ned på.

UNØDVENDIG SMERTE

Det neste året var ubeskrivelig tøft. Jeg hadde fæle abstinenser i form av hjerterytmeforstyrrelser, kramper, mareritt, angst, smerter og forfølgelsesvanvidd, merkelige symptomer i armer og bein.

Jeg gikk ikke lenger til samtaler ved den psykiatriske poliklinikken. Gjennom en allmennlege fikk jeg kontakt med mennesker på internett som hadde gått gjennom det samme som meg, og jeg begynte å forstå at tablettene ikke hadde hjulpet meg, snarere tvert imot.

Jeg ble forbannet da jeg oppdaget at det jeg hadde sett på som hjelp, i virkeligheten var noe som hadde gitt meg angst. Jeg hadde, ved å spise tabletter, vendt livssmerten min innover, og i tillegg ga tablettene i seg selv mye unødvendig smerte.

HVEM VAR JEG?

Så begynte virkeligheten sakte å få feste i meg. Jeg følte jeg hadde sovet i flere år, med øynene åpne slik at det for verden

«Jeg gjorde det man ikke skal gjøre: slutte brått på medisiner man skal trappe ned på.»

ANONYM

så ut som om jeg var våken. Det var som om jeg brått hadde våknet, til et liv alle rundt meg trodde jeg hadde levd, men jeg følte det slett ikke slik.

Jeg visste knapt noen ting. Jeg ante ikke hvordan man forholdt seg til hverandre. Hvem var jeg? Hvordan er man en god kjæreste? Hvem er jeg som datter? Hvordan fungerer et vennskap? Jeg måtte lære meg alt på nytt.

I tillegg ble det forventet en viss mengde livskunnskap når man er i slutten av tjueårene, som for eksempel nødvendigheten av å vaske gulv eller skifte barberhøvel når den er uskarp. Jeg var overveldet av alt jeg ikke kunne. Alt jeg ikke engang hadde visst at jeg ikke kunne.

Jeg ble rasende på pappa da jeg en dag ble klar over min egen forgiengelighet. – Hvorfor har du ikke sagt at jeg skal dø en dag? ropte jeg til ham.

Forståelsen av at jeg hadde «sovet med øynene åpne», hadde begynt å synke inn hos meg. Jeg begynte å fatte hvor mye jeg skulle ha lært, sanset og reflektert hver dag. Jeg ante ikke før etter at jeg hadde sluttet med benzodiazepiner, hvor mye jeg måtte ta igjen. Alle så ut til å ha gått videre i livet, mens jeg følte jeg hang langt etter.

UVANTE FØLELSER

En dag satt jeg med armene bak stolryggen og så på tv. Plutselig ble jeg redd og skvatt til. Noe ukjent foregikk bak ryggen min, jeg kjente det i fingertuppene mine. Jeg tok frem hendene og gjenskapte det jeg hadde kjent. Jeg så at det som hadde skjedd, var at fingertuppene mine på den ene hånden hadde berørt fingertuppene på den andre hånden.

I flere dager satt denne redselen i meg, før det roet seg igjen, og jeg var klar for flere skremmende øyeblikk. Jeg hadde begynt å sanse.

Jeg leste om benzodiazepiner, og lærte at de virker hemmende på noen funksjoner og stimulerende på andre. Sansningen min hadde ligget i dvale i noen år, og nå meldte det seg et helt spekter av uvante følelser.

Jeg var redd de første gangene jeg kjente at jeg var trøtt. De første gangene jeg var mett. De første gangene jeg skulle gjøre noe uten Viva-

len min. Hele livet var sånn, i flere år. Det var en lang, lang vei å gå.

DVALE

Gjennom Norsk patientskadeerstatning gikk jeg etter noen år til sak mot sykehuset og legemiddelprodusenten. Etter noen runder fikk jeg et endelig avslag om erstatning for det jeg mente var feilbehandling.

Jeg valgte da å avslutte min personlige kamp mot uretten jeg følte var begått mot meg. Jeg hadde mer enn nok å forholde meg til. Jeg, som var så fersk i livet, og som tidligere hadde gitt opp tanken på å leve et godt liv, hadde begynt på skole for å bli sykepleier.

Jeg hadde lenge jobbet for å bygge opp relasjoner mellom meg og alle jeg visste hvem var, uten å fortelle dem hva som hadde skjedd. Bare mine nærmeste venner og min familie visste om det.

Jeg ble konfrontert med mange hendelser jeg ikke engang kunne huske. Mange av dem var ikke særlig flatterende. Enda kan jeg kjenne flauhet når jeg blir minnet på ting som skjedde de årene jeg gikk på tabletter. Jeg var ikke meg selv.

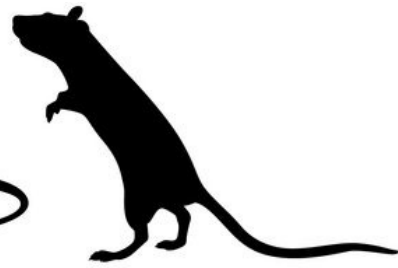
Sansene mine lå i en slags dvale mens jeg brukte Vival. Jeg greide ikke å utvikle meg, jeg følte at jeg ble sittende helt fast. Hvem vet hva som ville skjedd om jeg hadde møtt et menneske som så det naturlige i min situasjon da jeg søkte hjelp?

I stedet møtte jeg noen som var i den medisinsk-diagnostiske tenkningen. Om jeg hadde blitt møtt av noen som skjønte at det jeg ikke trengte, var medisiner og diagnoser, så kan det hende jeg hadde jobbet meg gjennom det annerledes. I hvert fall hadde jeg unngått den unødvendige smerten benzodiazepinene førte med seg. ●

«Enda kan jeg kjenne flauhet når jeg blir minnet på ting som skjedde de årene jeg gikk på tabletter.»

ANONYM





08.50

Jeg har ennå ikke blitt redd
det må være feil, galt, noe som har gått
gæli i dag
jeg sitter i stolen
innbiller meg at jeg
tror jeg, er helbredet
et skikkelig sjølbedrag, innbilning
skriver dikt, dikt, du liksom
med den hånda, ok med høyre
venstre henger og dingler.
Ca 9.00 vil rottene være på plass igjen
om ti minutter for å være korrekt
på jobben igjen bak brystbeina mine
særlig på venstre side, innved hjertet

De streiker visst aldri
aldri så mye som en bitte liten
sultestreik som er retta mot meg
ALDRI!

Innved hjertet bak brystbeina mine
har de funnet sitt eldorado

Jeg kan like godt bare sitte her og vente på dem
Like godt det – i hvert fall ikke tro
at de blir borte, eller gir blaffen i meg
finner noen andre

Jeg stod opp 07.00
og nå 08.55 tror jeg de må ha hørt
ryktet om at jeg muligens

altså hør: muligens
kan bli frisk
at mysteriet meg kan være løst
det vil være en tragedie for rottene
de hater slike løsninger

Jeg ser dem sitte nede ved komposthaugen
de bor vel der
men i dag er rottehodene senket
de lange tynne halene er slappe
langs bakken
men nå begynner de å røre på seg
de har sett meg ute på terrassen

08.55

Der er hun! sier den ene
Jeg ser henne, sier den nærmest komposten
Kom igjen, mens hun fremdeles er ute
Skynd dere, før hun ser sola
og finner på å tenke
positivt, bli optimist
Gud hjelp oss!
Skynd dere, hun gjesper
gaper, hopp inn i munnen
finn plassen, 09.00, der er de igjen
Jeg kjenner dem
de roper nå
Gnag! Gnag! Gnag!
fram til 10.30
Hun sitter og teller ned
og gleder seg
til sine to faste formiddagsobrill

Wenche Britt Hagabakken



OM MEG

Wenche Britt Hagabakken

Wenche Britt Hagabakken (1952) er forfatter. Hun har flere prisbelønte romaner og en diktsamling bak seg. I 2012 fikk hun en serie hjerneslag som utløste depresjoner og angst. Hun satt på ulike medikamenter mot dette og utviklet en benzodiazepinavhengighet som hun fortsatt sliter med.

Hennes siste utgivelse er den selvbiografiske romanen *Mor, jeg vil hjem* (Aschehoug, 2016)

– Sårbarheten for bivirkninger øker hos eldre

Tekst Ann-Kristin B. Helmers Foto Martin Lundsvoll/Aldring og helse



ALVORLIGE BIVIRKNINGER:

Forskningsleder Geir Selbæk ved Aldring og helse sier det er svak dokumentasjon for at benzodiazepiner er effektive i behandling av angst, uro eller søvnløshet hos eldre.

FAKTA

SYMPTOMER SOM ER VANLIGE VED ANGSTLIDELSER:

- Angst, panikk, agorafobi
- Søvnløshet, mareritt, økt tretthet
- Nedstemthet og depresjon
- Uro, lettskremthet
- Dårlig hukommelse og konsentrasjon
- Svimmelhet og ørhet
- Svakhet, stivhet eller smerter i muskler
- Skjelvinger
- Svetteing – også om natten
- Hjerterbank

FAKTA

SYMPTOMER SOM ER MER RELATERT TIL BENZODIAZEPINBRUKEN ENN ANGSTEN:

- Sanseforstyrrelser
- Følelse av uvirkelighet
- Hallusinasjoner
- Kroppsbildeforstyrrelser
- Kribling og følelse av nummenhet i kroppen
- Økt sensorisk følsomhet for lys, lyd, lukt og berøring
- Øresus

Kilde: Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner, av Jørgen G. Bramness og Tom Vøyvik, som viser til <http://www.benzo.org.uk/>



1 av 4 eldre får resepter på vanedannende angst- og sovemedisiner.

Det er absolutt grunn til å være forsiktig med bruken av benzodiazepiner hos eldre, mener professor Geir Selbæk.

– Benzodiazepiner har en rekke bivirkninger som er særlig ugunstige for eldre, som økt falltendens, søvnighet og økt risiko for kognitiv svikt og trolig også demens, påpeker han.

Selbæk er forskningssjef ved Kompetansesenter for Aldring og helse, professor ved avdeling for sykepleievitenskap og forskningskonsulent ved Alderspsykiatrisk

«Jeg vet ikke hvorfor eldre bruker mer av disse medikamentene.»

GEIR SELBÆK, FORSKNINGSLEDER I ALDRING OG HELSE

forskningssenter ved Sykehuset Innlandet.

– De siste årene er det blitt publisert studier som viser at det er en økt risiko for demens ved bruk av benzodiazepiner. Man vet ennå ikke hva årsaken til dette er, sier han.

28 prosent, altså vel 1 av 4 personer som er 70 år og eldre, fikk i 2016 utlevert benzodiazepiner eller z-hypnotika (benzodiazepinliknende medikamenter) på resept, ifølge tall fra Reseptregisteret. For ti år siden var andelen høyere, på 33 prosent. (Se figur neste side.)

Tallene fra registeret sier ikke noe om hva som skjer med medisinene etter at resepten er hentet ut og om medisinene faktisk blir brukt. Tallene fra Reseptregisteret in-

kluderer heller ikke personer på sykehjem eller sykehus.

– ALVORLIGE BIVIRKNINGER

Selbæk kjenner til disse tallene.

– Det er svak dokumentasjon for at disse medikamentene er effektive i behandling av angst, uro eller søvnløshet hos eldre, mens bivirkningen er alvorlige. Hvis man ser på tall fra Reseptregisteret, viser det seg at antall brukere øker med alderen, sier han.

Han viser til at det i 2016 var 66 brukere av benzodiazepin-derivater per tusen innbyggere i aldersgruppen 55 til 59 år. Dette er beroligende medisiner som for eksempel Xanor, Sobril, Valium og Vival.

Deretter er det en jevn stigning frem til aldersgruppen 85 til 89 år, hvor det er 143 brukere per tusen innbyggere.

Fra 90 år og over går det så litt ned i bruken, med 132 per tusen.

– Dette er særlig urovekkende fordi sårbarheten for bivirkninger øker hos eldre, sier Selbæk.

– Jeg vet ikke hvorfor eldre bruker mer av disse medikamentene, men noen tidligere undersøkelser har vist at eldre i mindre grad får psykologisk eller psykoterapeutisk behandling enn yngre. I tillegg er det en del som tyder på at urotilstander hos personer med demens behandles med benzodiazepiner eller benzodiazepinliknende medikamenter (z-hypnotika), sier han.

HELSEDIREKTORATET: – LAVE DOSER

I Helsedirektoratets retningslinjer for bruk av vanedannende legemidler understrekes det at god effekt av z-hypnotika ikke kan forventes utover de første 2–3 ukene av behandlingen.

Hvis eldre skal behandles med benzodiazepiner eller z-hypnotika, bør det velges et legemiddel med kort virketid, og i lavere doser, anbefaler Helsedirektoratet.

I retningslinjene vises det til at samtidig bruk av flere psykofarmaka og langvarig daglig bruk av z-hypnotika er uheldig hos eldre. Et eget punkt viser til at American geriatric society fraråder rekvirering utover 90 dager av z-hypnotika til eldre. Rekvirerende lege bør også være oppmerksom på om det er en kombinasjon av legemidler og alkohol hos pasienten, ifølge retningslinjene.

FLERE FALL OG BRUDD MED BENZODIAZEPINER

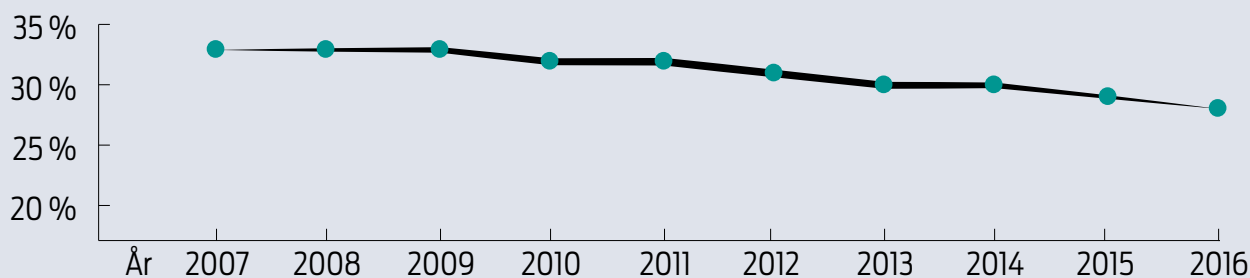
Helsedirektoratet fremhever at benzodiazepiner og z-hypnotika kan bidra til å utløse forvirringstilstand, og at eldre og pasienter med demens eller parkinsonisme er særlig utsatt for dette.

Det er ifølge retningslinjene for bruk av vanedannende legemidler velkjent at faren for fall og brudd øker ved bruk av benzodiazepiner.

I tillegg er det rapportert økt risiko for demensutvikling

FÆRRE FÅR RESEPT:

Så mange prosent av eldre over 70 år har fått minst én resept på vanedannende angst- og sovemedisiner.



Andel (prevalens per 1000) som har fått legemidler utlevert etter minst én resept av enten anxiolytica (N05BA), benzodiazepin-hypnotika (N05CD) eller z-hypnotika (N05CF) for aldersgruppen 70 år eller eldre i Norge.

Kilde: Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet (gjelder personer utenfor institusjon)

ved bruk av benzodiazepiner, og eldre kan oppleve delir og andre utilsiktede virkninger ved bruk av disse legemidlene.

FORANDRINGER I DEN GAMLE KROPPEN

Diazepam (Valium og Stesolid) har lengre halveringstid enn oksazepam (Sobril og Alopam).

– Ved aldri forandres evnen til å bryte ned medikamenter. Det gjør at halveringstiden for benzodiazepiner kan øke mye. Denne endringen er større for diazepam enn for oksazepam, ifølge Selbæk.

– Benzodiazepiner kan også hope seg opp i fettvev, og når dette vevet brytes ned hos en eldre person, for eksempel ved en infeksjon, kan disse lagrene bli «aktivert». Det kan forårsake svært høye konsentrasjoner av stoffet i blodet, sier han.

Fettandelen i kroppen er ifølge Helsedirektoratet i gjennomsnitt cirka 15 prosent hos en 15-åring. Hos en 75-åring er fettandelen cirka 30 prosent. Intracellulær væske er i gjennomsnitt 42 prosent hos en 25-åring og 33 prosent hos en 75-åring.

– Kunnskap om økt fettandel i kroppen er viktig, særlig for medikamenter som er fettløselige, som for eksempel diazepam, sier Selbæk.

For eldre over 60 år er det en tommelfingerregel at halveringstiden for diazepam tilsvarer omtrent alder, i antall

timer. Det vil si at en 75-åring vil ha en halveringstid på diazepam på tre døgn, ifølge boken *Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner* av Jørgen G. Bramness og Tom Vøyvik.

Den lange halveringstiden kan bidra til at abstinenssymptomer kommer lenge etter at man har sluttet med bruken, ifølge forfatterne.

«Det er absolutt grunn til å være forsiktig med bruken av benzodiazepiner hos eldre.»

GEIR SELBÆK, FORSKNINGSLEDER I ALDRING OG HELSE

I tillegg reduseres nyrefunksjonen hos eldre, og dette bidrar til at halveringstiden blir forlenget for flere legemidler, opplyser Helsedirektoratet i retningslinjene.

– Forskjellen mellom diazepam og oksazepam gjør at vi anbefaler å bruke oksazepam i stedet for diazepam – etter at vi har anbefalt å avstå fra å bruke benzodiazepiner i det hele tatt hos eldre, sier Selbæk. ●

ANER IKKE OM RETNINGSLINJENE BLIR FULGT

Tekst Ann-Kristin B. Helmers

– Eldres bruk av angst- og sovemedisin er noe vi snakker mye om, sier Petter Brelin, leder for fastlegene, som antar at eldre får for mye av disse medikamentene.

Lederen i Norsk forening for allmenntilleggsmedisin, Petter Brelin, er kjent med at tall fra Reseptregisteret viser at 1 av 4 eldre over 70 år fikk resepter på benzodiazepiner og z-hypnotika i 2016. Tallene fra Reseptregisteret sier ikke noe om hvorvidt de eldre faktisk har fått i seg pillene.

– Men vi kan nok si med relativt stor sikkerhet at det brukes for mye angst- og sovemedisiner blant eldre, og det er gode grunner til å redusere bruken vesentlig i denne aldersgruppen, sier han.

– NÅ VET VIMER

– Mange av de eldre pasientene som bruker mye benzodiazepiner eller z-hypnotika, begynte med dette i tider hvor man trodde det var mindre vanedannende, sier han.

– Nå vet vi mer om at dette er medisiner vi skal være forsiktige med. Det kan være farlig for eldre på grunn av blant annet økt fallfare og fare for avhengighet.

– SYKEPLEIERNE KAN BIDRA

Brelin mener sykepleierne kan bidra med mye for å få ned bruken av disse medisinene.

– Om for eksempel hjemmesykepleiere tar en samtale med pasienten for å bevisstgjøre rundt hva bruken av disse medisinene kan føre til, er det en god støtte for oss fastleger, sier han.

Han mener det er vanskelig å vurdere om retningslinjene blir fulgt på dette området:

– Nei, det er det faktisk ingen som har oversikt over, sier han, og etterlyser et større myndighetsengasjement for å få mer faktisk kunnskap om hvordan det ligger an med eldre og bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika. ●

Pleieren er den beste medisinen

FAGARTIKKEL av Caroline Boda Sakariassen, fagsykepleier, Haugsåsen bokollektiv. Foto Caroline Boda Sakariassen

I demensboligen Haugsåsen har beroligende tabletter blitt erstattet med økt kunnskap om uro, tilstedeværende pleiere og et miljø pasientene kjenner seg igjen i.



SKAPER GOD FØLELSE: Haugsåsen bokollektiv i Skien vektlegger hverdagslige aktiviteter som miljøterapi. Her nyter beboerne en varm sommerdag i hagen.

Bruk av psykofarmaka hos mennesker med demens er utbredt. Årsakene er mange og komplekse (1, 2). På Haugsåsen bokollektiv i Skien hadde vi et høyt forbruk av slike medikamenter. I tillegg opplevde vi at flere beboere hadde høy falltendens, større søvnbehov, nedsatt ernæringstilstand og økende uro og forvirring.

Ved å redusere og seponere psykofarmaka opplevde vi at uroen var den samme, men bivirkningene ble redusert. Appetitten økte, falltendensen avtok, og vi så at flere ble mer våkne. Samtidig fokuserte vi mer på hverdagslig miljøterapi og innførte små tiltak som appellerte til den enkelte beboers identitet og mestringsfølelse.

Med miljøterapi eller miljøbehandling hos oss mener vi at vi bruker

oss selv og våre fysiske rammer for å oppnå lindring eller behandling av uro. Ved å være sammen med og samhandle med beboeren forsøker vi å se beboeren og være der gjennom vonde følelser, angst og forvirring, og på den måten lette beboers lidelse (3).

Miljøterapi trenger ikke omfatte store aktiviteter som inkluderer alle beboerne på en avdeling. Individuelt tilpassede tiltak gjør at beboeren føler seg hørt og inkludert. Hos oss vet vi at vi ikke alltid klarer å skape gode hverdager, men vi vektlegger å skape gode øyeblikk.

HØYT FORBRUK

Da vi deltok i pasientsikkerhetsprogrammet Riktig legemiddelbruk på sykehjem, ble en tanke sådd når det gjaldt bruken av medikamenter hos

eldre med demens. Legen og sykepleierne fikk i oppgave å dra tilbake på jobb og se over medikamentbru-

«Appetitten økte, falltendensen avtok, og vi så at flere ble mer våkne.»

ken – spesielt beroligende medikamenter.

Det vi oppdaget, var at vi hadde et høyt forbruk av beroligende, men likevel var beboerne fortsatt urolige. Vi kartla beboere som fikk beroligende, og noterte hvor mye de fikk. Vi



ønsket å kartlegge medikamentbruken på nytt etter at vi var ferdige med pasientsikkerhetsprogrammet. Samtidig tenkte vi at vi måtte gjøre noe med det fysiske miljøet.

Vi vet at mange mennesker med demens har tidsforskyvninger og ikke er mentalt til stede i nåtida. Stua på den ene avdelingen minnet om et venterom, ikke bare for oss, men også for beboerne. De satt i stolene, kikket på klokken sine og lurte stadig på når bussen, toget eller legen kom.

Psykiatrien har som mål at både pleierne og de fysiske rammene, altså oppholdslokalene, skal skape trygghet og mestringfølelse. Denne tanken ville vi overføre til hvordan vi jobber hos oss.

UNDERVISTE INTERNT

Vi som pleiere har forskjellige oppfatninger av hva uro er, uansett om vi er fagutdannet, høyskoleutdannet eller assistent. Som mennesker preges vi av beboernes uro på forskjellige måter; noen har lavere toleransegrense for uro enn andre.

Vi ønsket at pleierne skulle få mer kunnskap om og forståelse av at uro kan være et symptom. Uroen kan være et uttrykk for normal demensatferd, men også for et behov eller en somatisk sykdom. Derfor underviste vi cirka 50 ansatte internt om hva demens og uro er.

I internundervisningen forklarte vi hva symptomene på demens er – uro, forvirring, angst og utageringer – og at disse symptomene er normal demensatferd. I tillegg gikk vi inn på begreper som validering, reminisens og livshistorie. Validering innebærer å anerkjenne følelsene til beboeren, for eksempel bekrefte at det er greit å være redd, engstelig og trist. Ved reminisens eller ved å gjenkalle minner henter vi frem noe som skaper gode følelser.

Når vi legger til rette for at brukeren kan kjenne igjen noe, enten en gjenstand eller en følelse, gjør vi det mulig for personen med demens å bidra med noe, enten kunnskap eller et minne (4).

Ved å innhente livshistoriene til beboerne får vi innsikt i hvem de er og har vært som personer. Vi får informasjon om deres yrkesliv og familie. Vi skaper en inngangsport til reminisens. Beboerne får anledning til å snakke om kjente ting som skaper mestringfølelse. Vi appellerer til de-

res identitet – at de skal bli sett, hørt og inkludert.

STARTET NEDTRAPPING

Da vi sammen med legen startet en nedtrapping av beroligende medisiner, opplevde vi en økende uro hos noen av beboerne. Pleierne på avdelingen ble frustrerte og ville at vi skulle gi dem tilbake de beroligende medisinene. Legen kunne forklare at det mest sannsynlig var snakk om abstinenser som skapte uroen, men at det ville gå over. Vi måtte bare stå i det.

Vi erfarte også at når de beroligende medikamentene var helt seponert, roet noen beboere seg. Andre hadde samme uro som da vedkommende fikk beroligende. Det som er viktig for oss, er at beboerne skal ha den medikamentelle behandlingen som er nødvendig, men de skal ikke ha medikamenter som ikke er nødvendige, og som gir uheldige bivirkninger.

Mennesker med en demensdiagnose har mange bekymringer. Bekymringer for økonomien, for at barna er hjemme alene, for at de har gamle og syke foreldre de må ivareta, for at de ikke finner frem i miljøet, og for at de ikke vet hvor toalettet er.

OM SKRIBENTEN

Caroline Boda Sakariassen

Caroline Boda Sakariassen (bildet) er spesialsykepleier med etterutdanning i praktisk rettet etikk, videreutdanning i tverrfaglig psykisk helsearbeid og geriatrisk vurderingskompetanse. Hun har lang erfaring fra eldreomsorgen og arbeid med mennesker med demens og er opptatt av at eldre på institusjon skal ha et godt liv, preget av pleiere med høy faglig kompetanse, omsorg og medmenneskelighet. Hun har jobbet som fagsykepleier på Haugsåsen bo-kollektiv i Skien kommune, og er fra mai avdelingsleder på Brevik sykehjem.

Som helsepersonell må vi forstå at et slikt symptom ikke kan behandles bort, men vi kan i stor grad forsøke å redusere uroen.

DIAGNOSE OG BEHANDLING

Når man jobber med mennesker med demens, må man lære seg og erfare at symptomer som forvirring, angst og utageringer i stor grad ikke kan

«Vi hadde et høyt forbruk av beroligende, men likevel var beboerne fortsatt urolige.»

behandles. Demens er en progredierende sykdom som man dør med eller av, og symptomene den gir, er i stadig forandring.

Sykepleierne må ha samme kunnskap og erfaring som andre som jobber med denne pasientgruppen. Vi har derfor lagt vekt på lik internopplæring til sykepleierne og resten av personalet. Slik siktes det til at alle skal ha en lik forståelse av demensatferd. Som sykepleier er vi utdannet til å stille sykepleierdiagnoser, og deretter finne en løsning. Vi tenker diagnose og behandling.

Sykepleierne har deretter fokusert på farmakodynamikk og farmakokinetikk – altså hva medisiner gjør med kroppen, og hva kroppen gjør med medisiner. Når man jobber med eldre, er det viktig å ha kunnskap om hvordan aldring og sykdom forandrer måten kroppen tar opp medisiner på. Det er avgjørende å vite om virkninger og bivirkninger av ulike medikamenter.

HVORDAN HÅNDTERE UROEN?

I tillegg må man kartlegge uroen: Er den somatisk betinget, må den utredes og behandles dersom det er nødvendig. Er uroen psykisk betinget, må man undersøke, observere og kartlegge hva som kan trigge uroen.

Da vi seponerte beroligende, var beboerne like urolige som da de fikk beroligende. Fordelen er at de slipper bivirkningene, som eldre er mer utsatt for å få. Økt falltendens, mer forvirring og uro, nedsatt matlyst. Vi er opptatt av at de som bor her, skal





AVSLAPPING: En kald lettøl i sola vekker gjenkjennelse hos de fleste.

få det de trenger av medisiner, men ikke mer.

Ved å bruke validering, reminisens og livshistorie kan man avlede eller «behandle» uroen. I de fleste tilfellene går uroen naturlig over av seg selv. Der- som man skal gi beroligende enten fast eller ved behov, må man vite at det kan ta opp mot to til fire timer før en slik tablett virker på eldre. Etter så lang tid har uroen i mange tilfeller gått over av seg selv, og brukeren sitter igjen med bivirkninger.

Pleieren er den beste medisinen for en person med demens. Vi mener at det å møte et menneske med anerkjen- nelse, bekreftelse, støtte og trøstende ord har mer effekt enn en beroligende.

BEROLIGENDE VS. MILJØTERAPI

På arbeidsplassen vår har vi mange flinke ansatte som gjør sitt ytterste for beboerne hver eneste dag. Vi står i tunge stell, i vanskelige tilfeller med pårørende og beboere. Vi rir av stormen ved utfordrende atferd, forvirringstilstan- der, uro, vandring og angst. Vi har ingen enkel jobb; den krever mye av oss, både som mennesker og fagpersoner. Vi blir slitne og lei.

For noen er det en redning å kunne gi en beroligende tablett til en beboer som har vandret hele dagen, for da blir vedkommende endelig rolig. Vi har ofte stilt oss spørsmålet om vi endrer atferden vår overfor beboeren når vi gir dem beroligende. Har den beroli- gende pillen en effekt på oss?

Etter å ha jobbet i mange år med mennesker med demens, vet vi at atferden vår smitter over på beboerne. Kommer vi på jobb og er stresset, pra- ter mye, rydder, bråker og farter frem og tilbake, skaper vi uro.

Det er viktig å bruke tid på å aner- kjenne personalets følelser og skape rom for å uttrykke frustrasjon og fø- lelse av hjelpeløshet. Gi rom for at man en dag kan være på en annen avdeling for å få litt pusterom eller miljøskifte.

Som sykepleiere har vi et ansvar for at beboerne får best mulig helsetilbud, omsorg og pleie. Ved å ivareta perso- nalet på en slik måte ivaretar vi også beboerne. Vi må ha tålmodighet når vi håndterer uro. Dagene er ikke like. Noen dager er uroen større enn andre dager.

GITAR OG HÅNDARBEID

Begrepet «miljøterapi» brukes løst og fast, og det finnes mange definisjoner på hva ordet betyr, og hva det skal inne- holde. Mange vil ikke høre om miljøte-

rapi, for ordet skaper forventninger. Forventninger til meg som ansatt om hva jeg skal prestere.

Selv kan jeg verken spille gitar el- ler piano, eller synge. Hos oss legger vi lista lavt når det gjelder miljøterapi. Vi kan ikke samle sju beboere i en ring og spille gitar og forvente at alle skal synes det er like stas. Noen blir overstimu- lert, og det skaper uro. Noen sovner, mens andre synes det er veldig hygge- lig. Det er her det er viktig å kjenne sitt publikum.

Hos oss er det lov å ta med hånd- arbeid på jobb. Vi damer viser møn- stre og farger og snakker om hvor mye vi har strikket tidligere, mens men- nene husker at konene deres strikket, eller at moren strikket gensere til dem. Strikking er en rolig aktivitet som ska- per et felles samtaleemne og en følelse av tilhørighet.

SKAPER MESTRINGSFØLELSE

Om sommeren griller vi pølser, deler en kald lettøl i sola og bowler på gres- set. Noen kler av seg og sitter i bar over- kropp eller i bh-en og soler seg – slik de gjorde da de bodde hjemme. Vi går en tur rundt bygget eller i sansehagen. Leser dikt, hører på musikk, limer inn bilder i album. For oss er dette miljøte- rapi.

Noen vil nok si at miljøterapi skal være en systematisk og gjennomtenkt aktivitet, men hos oss vektlegger vi hverdagslige aktiviteter som miljøte- rapi. Mennesker med demens trenger å kjenne på en mestringsfølelse, og ved å gjennomføre hverdagslige aktiviteter som de husker, skaper vi nettopp en slik følelse.

SOM Å VÆRE DETEKTIV

Sykepleierens rolle er, sammen med personalet, å være en pådriver for veiled- ning, kartlegging og forklaring. Vi skal gå foran som et godt eksempel. Vi må være faglig sterke nok til å svare på spørsmål fra og diskutere med både kollegaer og pårørende. Fagkunnskap og erfarings- kompetanse spiller en avgjørende rolle for å kunne stå i denne typen arbeid.

HOVEDBUDSKAP

Haugsåsen bokollektiv jobber med å redusere bruken av psykofarmaka ved å bedre kunnskapen og holdningene til personalet, øke forståelsen for polyfarmasi samt informere pårørende. Samtidig fokuserte de mer på hverdagslig miljøterapi. Personalet erfarte at det er lettere å nå inn til beboerne når de ikke bruker psykofarmaka.

Det er mange årsaker til at nye be- boere kommer inn med lange medisins- lister og høyt forbruk av beroligende. Som sykepleier på sykehjem eller bo- kollektiv har vi da ansvar for, sammen med lege og andre kollegaer, å kartleg-

«Hos oss vektleg- ger vi hverdags- lige aktiviteter som miljøterapi.»

ge behovet for medikamentell behand- ling. Noen har kanskje fått beroligende medisiner av fastlegen da de var mye alene som hjemmeboende med hjem- mesykepleie.

Å være sykepleier og jobbe med geri- atriske pasienter er som å være de- tektiv. Man må lete etter årsaker til hvorfor pasienten er mer urolig eller forvirret enn tidligere. Det er viktig å vite at en person ikke bli mer dement over natten. Ofte er det en akutt eller subakutt sykdom som bidrar til end- ringen. Da må man begynne å lete sys- tematisk etter årsaken til den akutte forvirringen. ●

LES OGSÅ om Raymond Lower som fikk medisinfri behand- ling, på side

86

REFERANSER

1. Wyller TB. Eldre og legemidler. I: Bondevik M, Nygaard HA, red. Tverrfaglig geriatri. En innføring. Bergen: Fagbokforlaget; 2012. s. 131–40.
2. Ulstein I. Demens. I: Bondevik M, Nygaard HA, red. Tverrfaglig geriatri. En innføring. Bergen: Fagbokforlaget; 2012. s. 295–303.
3. Lillevik OG, Øien L. Hva er miljøterapi? Sykepleien. 2015;103(5):60–
3. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/04/hva-er-miljoterapi> (nedlastet 19.02.2018).
4. Balteskard B, Storli SL, Martinsen K. Hendene husker ulla's uttrykk – om betydningen av å gjøre tilværelsen rommelig for pasienter på sykehjem. Nordisk sygeplejeforskning. 2012;2(3):167–79.

DOI-nummer: 10.4220/Sykepleiens.2018.65757

URO: Medikamenter gitt på forrige vakt kan være årsaken til pasientens uro.



– Medikament-uro er «den glemte diagnosen»

Tekst Ann-Kristin B. Helmers Illustrasjonsfoto Erik M. Sundt

– Uro på grunn av bivirkninger av angst- og sovemedisiner er et stort problem for personer med demens, sier psykolog Lise Næss.

– Sykepleiere må ofte avgjøre om en pasient skal ha medisin som er forskrevet «ved behov». Det kan være vanskelig å registrere hvilken effekt medisinen har på atferden. Vaktskifte og overføring av informasjon er en av grunnene, sier Lise Næss.

Hun er psykolog, spesialist i eldrepsykologi og leder av fagutvalget i eldrepsykologi i Norsk psykologforening.

– GODE REGISTRERINGER

Da Helsedirektoratet jobbet frem en nasjonal faglig retningslinje for demens for et drøyt år siden, skrev Næss til direktoratet og ba dem vektlegge bivirkninger av blant annet benzodiazepiner og z-hypnotika i sine anbefalinger.

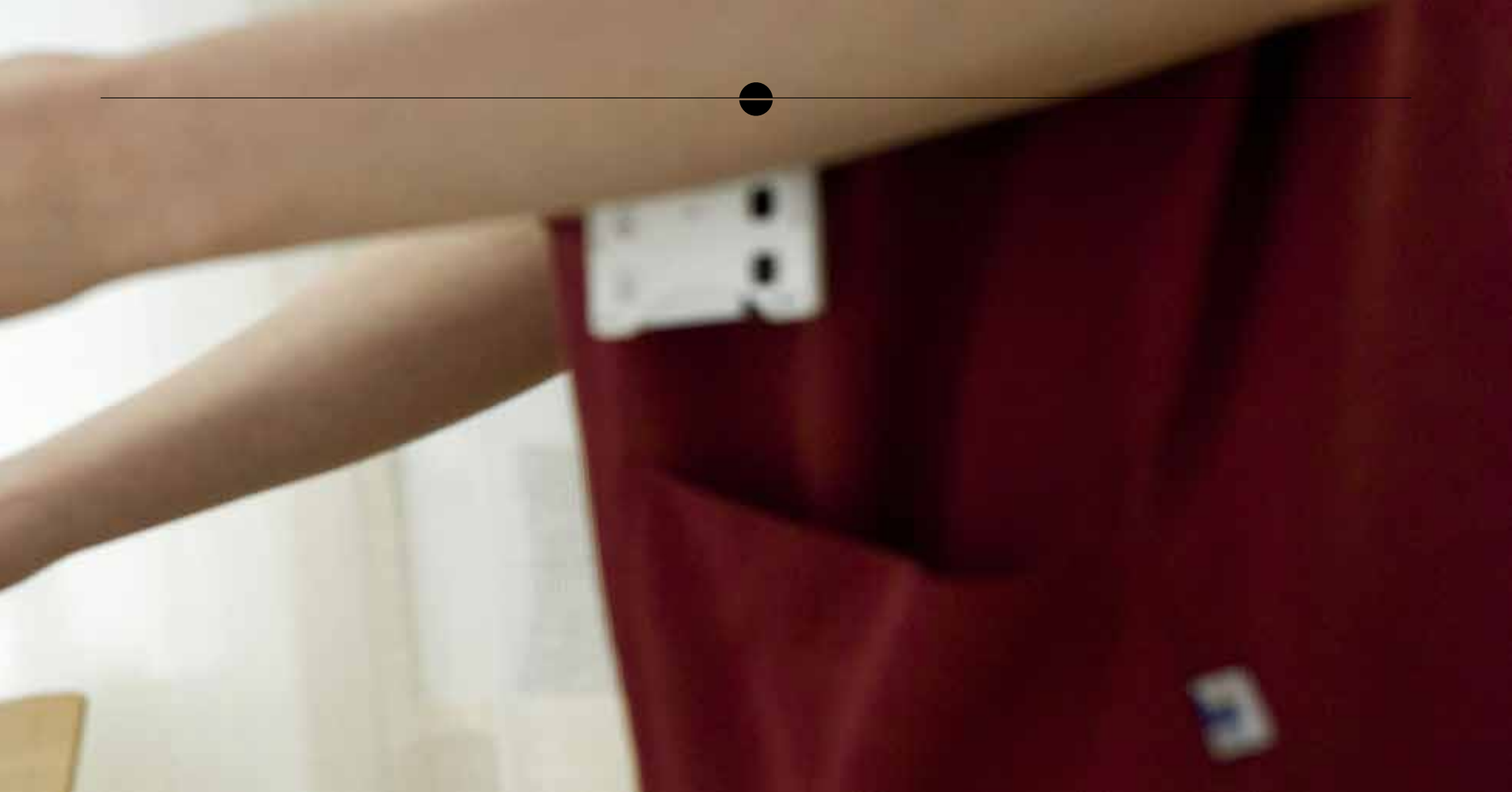
Næss er opptatt av at medisiner som gis «ved behov», blir kartlagt ordentlig.

– Det er viktig med gode registreringer av bivirkninger, for å følge med på

hvordan medisinen virker, og hva som forårsaker eventuell økt uro hos den enkelte.

– SEKS TYPER URO

– Jeg pleier å si at det hovedsakelig er seks typer uro hos personer med demens. Av disse er medikament-uro «den glemte diagnosen». Den rammer mange, men jeg opplever at den snakkes lite om.



Hun sier de ulike formene for uro er:

HJEM TIL MOR-URO:

Den aldersdemente «lever i gamledager» og opplever at det er dagen i dag.

– Dette skyldes svikt i korttidshukommelsen. Det som har hendt for lenge siden og ligger i langtidshukommelsen bevarer lengst. Denne typen uro skal i utgangspunktet ikke behandles med psykofarmaka, sier Næss.

MEDIKAMENT-URO:

– Mange aldersdemente får psykofarmaka og sovemedisin som gir bivirkninger – blant annet økt uro. Jeg kaller medikament-uro «Den glemte diagnosen».

Næss nevner et eksempel: En pasient med aldersdemens blir medisinerert med psykosemedisin uten å være diagnostisert som psykotisk.

– Dette kan føre til medikament-uro. Når denne uroen medisineres med nye medikamenter eller høyere dose, kommer man lett inn i medikament-hjulet, hvor pasienten etter hvert blir mer og mer apatisk og utilgjengelig for en psykososial tilnærming, sier hun.

Næss mener det er viktig å stille spørsmålet om medisineringen kan være en skjult form for maktbruk overfor den aldersdemente.

ETTERMIDDAGS-URO:

– Denne formen for uro blir også kalt «The sundown phenomena», sier Næss.

– Man antar at ettermiddags-uroen blant annet kan skyldes serotoninsvikt, fordi utskillelsen av serotonin er lavere på ettermiddagen. Fysisk aktivitet bedrer serotonin-flyten mellom synapsene.

SMERTE-URO:

Aldersdemente kan ofte ikke gi konkret uttrykk for at de har vondt. Urinveisinfeksjoner, fordøyelsesproblemer og smerter av forskjellig slag kan gi uro.

– Dersom ansiktet er forvridt i forbindelse med uroen, kan det indikere at uroen henger sammen med fysisk smerte. Det er viktig å observere kroppsuttrykk, ha en god somatisk utredning og behandling av denne typen uro, mener Næss.

PSYKOTISK URO:

– Psykotisk uro er mindre vanlig, men det forekommer. Her kan pasienten ha klare vrangforestillinger, hallusinasjoner og vedvarende katastrofereaksjoner. Personer som har frontallappdemens kan ha periodevis psykotisk uro, sier Næss.

– Det er viktig at pasienten i utgangspunktet – og først og fremst – behandles med psykososiale behandlingsmetoder, sier hun og tilføyer at psykosemedisin må være et førstevalg ved psykoser for at pasienten skal kunne dra nytte av en psykososial tilnærming.

URO PÅ GRUNN AV AVDELINGENS RUTINER:

– I sykehjem er det ofte slik at «alle skal gjøre alt», og man har ansvaret for hver sine rom. Dette kan føre til at beboerne blir sittende alene på stuen mens personalet rydder rom og gjør praktiske oppgaver, sier hun.

– Demente blir urolige når personalet ikke er til stede, de begynner å vandre, rope, plukke på ting, pakker og vil hjem til mor.

Hun mener en annen måte å organisere arbeidet på er å ta ut én av personalet

som tar seg av det praktiske, mens en annen sitter på stuen med beboerne.

– Tilstedeværelse og det å forebygge søvn på dagen fører ofte til mer harmoni, mindre vandring og plukking og mindre behov for beroligende medisiner.

ET VANSKELIG DØGN

Næss eksemplifiserer hvordan medisinerings på feil grunnlag kan bære galt av sted:

En sykepleier på dagvakt kjenner ikke igjen at det dreier seg om «hjem til mor»-uro, og gir 10 milligram Sobril, som står som «eventuell-medisin». Pasienten sovner, og personalet får en umiddelbar «belønning» i form av en roligere pasient. Utover kvelden blir pasienten mer motorisk uro som et resultat av medisinen tidligere på dagen. Sykepleieren som da er på vakt, ser at Sobril kan gis som eventuell-medisin, og gjør det. Pasienten får så ikke sove når nattevakten kommer og får derfor sovemedisin.

– Etter et slikt døgn vil det være vanskelig å vite hvor uroen egentlig kommer fra. Er det bivirkning på grunn av medikamentet som ble gitt tidligere på dagen, er det en uro som oppstår på et bestemt tidspunkt på dagen, er det uro på grunn av vaktskifte eller noe annet? spør Næss.

Hun mener det er avgjørende at både legen og personalet på sykehjem har riktig bilde av hvilken type uro det dreier seg, slik at man i første omgang setter i gang sosiale forebyggende tiltak.

– Man bør også kunne stille spørsmål ved behovsmedisinering med psykofarmaka. Feilmedisinering kan føre til både økt uro og større belastning for personale, understreker hun. ●

VALGTE MEDISIN- FRITT

Tekst og foto Ingvald Bergsagel

Da Raymond Løwer (57) først ble spurt om han kunne tenke seg å prøve medisinfri behandling, var han aldri i tvil om svaret.

En moidag i fjor kunne forbipasserende se en middelaldrende mann på Lillestrøm stasjon, der han satt og ventet på Flytoget.

Ingenting uvanlig med det, bortsett fra at Raymond Løwer ikke hadde tenkt å gå om bord i toget.

Planen var å kaste seg foran.

TØFFE ÅR

– Jeg følte at det ikke var så mye å se frem imot lenger.

Det hadde vært noen harde tak de siste årene: Samlivsbrudd. Begge foreldrene døde i løpet av kort tid. Så kom arbeidsledigheten.

Løwer hadde hatt sitt daglige virke i olje- og gasssektoren siden han var tenåring. I 2015 ble han rammet av nedbemanningsspøkelset. Det han selv beskriver som «feil bruk av alkohol», gjorde ikke situasjonen lettere.

En dag i mai 2017 hadde han altså fått nok.

– Tre minutter var det jeg hadde beregnet at jeg trengte, for å komme meg opp på perrongen og i posisjon til å hoppe.

Men så ringte telefonen.

– Hvem det var som ringte, det husker jeg ikke i dag. Men lyden rykket meg ut av situasjonen, forteller Løwer.

VENDEPUNKTET

Vi spoler frem noen måneder – til en gnistrende vinterdag i Sørums kommunne, en halvtimes kjøretur fra Oslo.

Her er en opplagt femtisuåring ute og lufter bikkja si Buddy.

Den kraftige tassen på fire bein spinner rundt husfar og seg selv, haler i båndet og dekorerer brøytekanter med stor iver.

Kort tid etter episoden på Lillestrøm stasjon fikk Løwer tilbud om medisinfri behandling på Lillestrøm distriktpsikiatrisk senter, seksjon døgn Moenga.

«Medisinfri» var et ord som umiddelbart klang riktig i Løwers ører.

– Jeg sa «ja» med én gang, forteller han.

– Livet er en komplisert affære, og jeg har alltid ment du må jobbe med deg sjøl, skal du komme noen vei.

SKEPTISK I STARTEN

Løwer var blant de første som fikk tilbudet på Moenga.

Det var blitt lansert kun et par måneder tidligere, i mars 2017. Ved inngangen til 2018 hadde totalt 37 personer rukket å benytte seg av det.

Det ble opprettet som følge av at Helse- og omsorgsdepartementet i 2015 ba alle regionale helseforetak tilby alternativer for psykiatriske pasienter som ønsket legemiddelfri behandling, eller hjelp til nedtrapping av etablert medisinbruk.

– I starten var jeg skeptisk, innrømmer Astri Svalastog Løken.

Hun er tillitsvalgt for sykepleierne ved Moenga og har 20 års fartstid i yrket.

– Jeg reagerte spesielt på at pasienter med tunge diagnoser skulle kutte i medisinbruken, men jeg så at mange ble bedre.

I dag ser hun på medisinfri behandling som et veldig bra tilbud. Spesielt

«Jeg har alltid ment du må jobbe med deg sjøl, skal du komme noen vei.»

RAYMOND LØWER

liker hun at pasientene får bestemme mye selv. Som hvilke tilfriskningsmål de skal ha.

– Tidligere var det de ansattes kunnskap og erfaringer som regulerte hva slags behandling hver enkelt bruker fikk. Nå kommer folk hit for å jobbe med seg selv og delta aktivt. De må engasjere seg for å klare å gjennomføre. Da er det mye større sjanse for at man tar tak i livet sitt, mener sykepleieren.

FOR FRISKE TIL MEDISINFRI BEHANDLING

– I starten hadde vi to-tre inne med lettere tilstander. De skrev seg ut etter én uke og mente selv de var for friske til å være her, forteller psykolog Anders Skogen Wenneberg, som er seksjons-



leder ved Moenga og prosjektleder for medisinfri behandling på Akershus universitetssykehus.

– Vi har hatt pasienter som er psykotiske, traumatiserte eller har alvorlige depresjoner. Folk som ikke kommer seg opp av sengen.

Wenneberg mener det må en viss alvorlighetsgrad til for at man skal få utbytte av tilbudet.

– Du må rett og slett være der at du ikke fungerer, for å bli tilstrekkelig motivert til selv å ta tak, sier han.

– Vi stiller store krav til egeninnsats og motivasjon. Det er ikke alle som kommer hit, klar over.

MINNER OM RØYKELOVEN

Ifølge Wenneberg har enkelte fagfolk uttrykt skepsis til opplegget ved Moenga, blant annet fordi de tror psykosepasienter kan få en forverring av å være sammen med andre med høyt lidelsestrykk.

– Det har ikke skjedd her. Brukere med psykoser har trappet ned på

medisineringen og blitt del av fellesskapet, som alle andre.

– For øvrig er vi ikke så opptatt av diagnoser her. Folk er folk. Du er ikke sykdommen din.

Han sammenlikner det medisinfrie tilbudet med innføringen av røykeloven:

– Skepsisen er stor til å begynne med, men har man først opplevd det i praksis, er det vanskelig å tenke seg å gå tilbake.

I EN SVART KUBE

En som ikke var helt klar over hvilke krav som ble stilt, var Raymond Løwer.

– Jeg hadde jo blitt fortalt hva opp-

legget gikk ut på, men det tok tid å fatte det skikkelig, forteller han.

Han beskriver tiden før innleggelse som å være fanget inne i en svart kube der han forsøkte å rømme fra krok til krok.

– Du må forstå: Da jeg kom inn, var jeg jo dødssliten! Så da jeg ble vist rommet mitt på Moenga, tenkte jeg at det skulle bli så godt endelig å slippe av. Den gang ei.

IKKE LENGER ALENE

Løwer ble sendt rett på time med IMR (Illness Management & Recovery) – et behandlingsprogram som legger stor vekt på deltakernes egeninnsats.

– Jeg synes det var veldig spennende,

«Folk er folk. Du er ikke sykdommen din.»

ANDERS SKOGEN WENNEBERG,
SEKSJONSLEDER VED MOENGA



men også ekstremt krevende. Det kjentes bra helt frem til vi måtte begynne å stikke hull på det vonde. Da var det ikke morsomt lenger.

Løwer forteller at han fant stor støtte i de andre brukerne under gruppesamtalene.

– Det ga meg sjokk å høre hvordan tilsynelatende vellykkete og velfungerende folk også kunne slite. Plutselig var jeg ikke alene.

ÅTTE INTENSE UKER

Behandlingsopplegget går i utgangspunktet over åtte uker. I tillegg til ovennevnte IMR – individuelt og i grupper – inkluderer timeplanen blant annet fysiske aktiviteter, kunst- og uttrykksterapi, avspenningstrening og søvnhygiene.

– Brukerne er mennesker som lar seg engasjere i eget liv, og vi forsøker å støtte

opp om det, forklarer Wenneberg.

Han understreker at medisinerer nok kan hjelpe mange, men at noen får for mye og noen vil ikke ha det.

– Det bør ikke være opp til psykolog eller psykiater å bestemme hva som er riktig eller galt for deg.

DET BESTE SOM FINNES FOR ANGST

Moenga følger de sju såkalte aksjonspunktene, utformet av Fagråd for psykisk helsevern i Helse Sør-Øst (se egen faktaboks).

Et av punktene lyder: «Medikalisering av normale livsproblemer bør unngås».

– Dersom målet ditt er å dempe symptomer, kommer du langt med medisiner, vedgår Wenneberg.

– Benzodiazepiner er det beste som finnes for angst. Problemet er at du da kun tar tak i symptomene, ikke årsake-

ne. Dessuten risikerer du å dempe funksjonsevnen. Livet har ingen quick fix. Det er et langtidsløp.

– Vi kan ikke bare moralisere og si at det er galt å bruke benzodiazepiner. Men det er viktig å vite at det finnes alternativer.

KØ FOR TERAPI

Wenneberg mener det viktigste aspektet ved et medisinfritt tilbud er valget brukerne selv tar.

– De bestemmer selv, og de vil noe. Når du tar et eget valg, forplikter du deg til å gjennomføre på en helt annen måte enn når andre velger for deg.

Ifølge Wenneberg ser de en betydelig endring i motivasjonen hos brukerne.

– Før måtte mange nærmest piskes inn til terapien. Nå står de i kø utenfor og venter på å få slippe inn.



VEIEN VIDERE: Turer med hunden Buddy, bøker og musikk – spesielt favoritten Eminem – er noe av det som for tiden lyser opp dagene til Raymond Løwer.

RETT MEDISIN I RETT DOSE

Wennebergs råd til sykepleiere som vil dele ut mindre medisiner, er å søke seg til arbeidsplasser som i utgangspunktet satser på dette.

– I daglige, individuelle rutiner er det ikke så mye å hente, og jeg tviler på at én enkelt ansatt kan klare å endre kverna på egen hånd. Det må strukturelle endringer til, der alle trekker i samme retning, understreker han.

Det viktigste rådet han gir til virksomheter som vil trekke i en slik retning, er å

innføre og bruke et tilbakemeldingssystem fra brukerne.

– Dere må sørge for å få tilbakemeldinger og tillate dere å bli endret av dem!

Astri Svalastog Løkens oppfordring til andre sykepleiere er å alltid spørre pasienter ved innlegging hvilke medisiner de går på og hvorfor.

– Spør også hva de selv synes om effekten og om de kunne tenke seg å redusere, sier hun.

– Det er så trist når folk blir satt på mer enn de trenger. For all del: Jeg er for

medisiner, men det må være riktig medisin, i rett dose og over riktig tidsperiode.

NATURLIGE FØLELSER

Raymond Løwer er ennå ikke hundre prosent medisinfri. Han tar Cipraleks og Kvetiapin, men forteller at det er i mindre doser og ikke avhengighetsdannende.

– Piller kan gi deg en timeout, men de helbreder ikke noe.

Hans viktigste råd til andre som måtte slite, er å innse at følelser – som angst, nervøsitet, nedstemthet og så videre – er noe naturlig.

– Ord som «deppa» og «angst» blir mye misbrukt i dag. Ofte må du orke å stå i følelsene. Ikke rømme fra dem. Jobb med deg selv!

– Jeg tror mye medisiner kan gjøre vondt verre. Det må i alle fall ikke brukes som en hvilepute. ●

«Det er så trist når folk blir satt på mer enn de trenger.»



ASTRI SVALASTOG LØKEN, TILLITSVALGT FOR SYKEPLEIERNE VED MOENGA

Om tilbudet

Moenga er et DPS (distriktpsikiatrisk senter) i Sørum kommune, underlagt Ahus.

●
Lanserte sitt medisinfrie behandlingstilbud mars 2017, i form av en sengepost med sju plasser.

●
Ved utgangen av fjoråret hadde til sammen 37 brukere benyttet seg av tilbudet.

●
Behandlingsopplegget går i utgangspunktet over åtte uker og består blant annet av gruppeterapi basert på IMR (Illness Management & Recovery) samt fysiske aktiviteter, kunst- og uttrykksterapi, avspenningstrening og søvnhygiene.

●
Tilbudet er tilgjengelig for pasienter over 18 år i psykisk helsevern, som tradisjonelt er blitt behandlet med medikamenter.

●
Personer som er motivert for å gjøre en innsats for å bedre sin livskvalitet – uavhengig av diagnose og medisiner – vil kunne få tilbud om et medisinfritt behandlingstilbud her.

7 aksjonspunkter for medisinfri behandling

1

1. Alle pasienter skal så langt det er mulig og forsvarlig, kunne velge mellom ulike behandlingstilbud, også medisinfri behandling.

2

2. Medikalisering av normale livsproblemer bør unngås.

7. Psykofarmakabruk bør registreres ved det enkelte sykehus og sammenliknes med andre sykehus.

3

3. Psykofarmaka skal bare forskrives på god indikasjon og seponeres dersom effekten uteblir.

6. Leger plikter å holde seg oppdatert innenfor psykofarmakologi.

4

4. Dersom doseringen overskrider WHO's anbefalinger (definerte døgndoser), må dette begrunnes.

5

5. Bivirkninger skal monitoreres systematisk.

6

7



Nødhjelp ved panikkanfall

Tekst Ann-Kristin B. Helms

Illustrasjon Mostphotos

Psykolog **Torkil Berge** ved Diakonhjemmet Sykehus har en oppskrift til sykepleiere som må roe engstelige pasienter.

HVA SKJER I KROPPEN UNDER ET PANIKKANFALL?

På nettsiden kognitiv.no og i boken *Tran-ge rom og åpne plasser* beskriver Torkil Berge vanlige kroppsforfølelser ved panikkanfall:

Endringene i **puls** og **blodtrykk** kan oppleves som **kraftig hjertebank** og som **varmebølger** i kroppen.

Økt svetting kan virke nedkjølende, slik at vi får **frysninger** gjennom kroppen. Spesielt fingre og tær kan føles **klamme** og **kjølige**, fordi blodet flyttes til de store musklene i armer og ben, som er så viktige når vi skal flykte eller forsvare oss.

Økt muskelspenning merker vi gjennom en generell nervøsitet; vi blir **anspente**. Vi føler ofte også at ben og armer **skjelver**.

Hvis **kroppstemperaturen** faller for brått, kan vi få **gåsehud**, der hårene på kroppen reiser seg i et forsøk på å holde mer på varmen.

Når vi har **nedsatt fordøyelse** fordi blodet er sendt ut til musklene, kan vi få **tørr munn** og **mageforstyrrelser**. Mange blir **kvalme** og opplever **sommer-**

fugler i magen. Tilførselen av **adrenalin** i blodstrømmen kan føles som et **spark i magegropen**.


Når **pupillene utvider seg**, oppleves **økt følsomhet** for sterkt lys. Noen ser **tåke** eller **prikking** for øynene. Andre erfarer endringen i synsfeltet som å se omgivelsene **gjennom en tunnel**. **Økningen i åndedrett** kan gi **svimmelhet** og en følelse av ikke å få pustet skikkelig, av å bli **kvalt**.

Dette er særlig ubehagelig når vi puster mer enn det kroppen har behov for, såkalt **hyperventilering**. Vi kan få en midlertidig følelse av å bli kvalt og oppleve en **luftunger**. Dermed puster vi enda mer, noe som bare øker følelsen av å få for lite luft. Noen opplever **brystsmerter** når de har angst. Smertene skyldes ofte at vi trekker inn ekstra mye luft, slik at brystmuskulaturen blir belastet. Ved å puste roligere vil smertene vanligvis forsvinne etter en tid. Mange blir imidlertid **redde for at smertene varsler et hjerteinfarkt**, noe som i sin tur øker angsten.

Uvirkelighetsfølelse, ved at en føler

seg fjernet fra egen kropp eller fra omgivelsene, er vanlig. Man kan oppleve **sin egen stemme** som merkelig eller fjern. Situasjonen kan fortone seg **som en film** der alt skjer i langsom bevegelse. **Omgivelsene** kan virke vage og fremmede. Uvirkelighetsfølelsen er forbigående og ufarlig, men noen blir skremte, og feiltolker opplevelsen som et tegn på at de er i ferd med å **miste forstanden** eller **tape kontrollen** over seg selv.

Det er vanlig å bli svimmel under et angstanfall, og dette tolkes av mange som et tegn på at de er på **besvimelsens rand**. Det er imidlertid svært uvanlig at en besvimer som følge av panikkangst. Å besvime er vanligvis knyttet til **blodtrykkfall**, mens **blodtrykket tvert om økes** under sterk angst som en del av kroppens naturlige alarmreaksjon. **Sannsynligheten for å besvime blir faktisk mindre**. Et unntak her er de med blodfobi eller injeksjonsfobi, som er en helt egen type av angstlidelse. De reagerer med blodtrykkfall ved synet av blod, og kan derfor besvime. ●



– Dessverre er det for få i dag som får evidensbasert helsehjelp for panikkklidelse. Bruk av benzodiazepiner er en uheldig praksis, som tilfører ekstra problemer, sier Berge.

Han har følgende råd når panikkangsten slår ut hos pasienten:

1

RÅD 1: BEHOLD ROEN

– Den viktigste oppgaven for den som skal hjelpe en person med panikkanfall, er å gjøre nettopp det som mange sykepleiere fra før av er gode på: å beholde roen, sier psykolog og forfatter Torkil Berge.

2

RÅD 2: FORTELL AT KROPPEN ER RUSTET TIL Å TAKLE ET ANGSTANFALL

Før og under et panikkanfall er det vanlig at pasienten skanner kroppen for symptomer. Man kan oppleve at det gjør vondt i brystet eller at man har åndenød, som om man er i ferd med å kveles. Det vekker sterk angst. Angstreaksjonene føles farlige i seg selv. Dersom sykepleieren stresser for mye med å sjekke ting som egentlig er unødvendige, kan det øke angstnivået. Pusting i pose og liknende vil ikke Berge anbefale.

– Vis med ansiktsmimikk og kroppsholdning at du opplever at det som skjer, er ufarlig, men også at du skjønner at pasienten er svært oppskaket og redd.

3

RÅD 3: VÆR DER

– Et panikkanfall varer i en avgrenset periode, kanskje 10 til 20 minutter, og sjelden over 30 minutter.

Si: «Jeg opplever at du har et panikkanfall. Reaksjonene vil roe seg, og de er ikke farlige. Jeg kan sitte hos deg til de går over.» Det kan hjelpe at pasienten får oppmerksomheten over på andre ting, men aktiv bruk av distraksjonsteknikker, som å høre på høy musikk eller knipe seg i armen, blir gjerne en uheldig form for unngåelse.

– Vi kaller det sikringsstrategier. De kan kanskje gi en kortvarig lettelse fra ubehaget, men på sikt bidrar de til å opprettholde angstproblemet. De kan gi en opplevelse av at man så vidt det var unnsnapp en katastrofe. Da tyr man til liknende former for unngåelse eller sikringsatferd neste gang. Det blir en ond sirkel, sier han.

4

RÅD 4: FORTELL OM ANGSTEN FOR ANGSTEN

Angsten for angsten er navet i en panikkklidelse.

– Budskapet til pasienten er at selv om sterk angst er ubehagelig og skremmende, så er den ikke farlig. Tvert om er kroppreaksjonene rettet mot å beskytte fra farer. De skal gjøre oss raskere og sterkere når vi flykter eller forsvarer oss, forklarer Berge. Angst er kroppens alarm, og den skal være lettutløselig. Panikkanfall er falsk alarm. Men det er jo skremmende når alarmreaksjonen utløses slik, uten synlig grunn. Hadde du sett en isbjørn løpe mot deg, hadde du nok bare løpt, uten å tenke over at kroppen reagerte så sterkt.

5

RÅD 5: SAMLE INFORMASJON

Se på angstanfallet som en mulighet til å få tak i hva pasienten er redd for. Still derfor spørsmål om de kroppslige fornemmelsene under panikkanfallet: Hvilke symptomer er mest skremmende? Angst for å besvime? Hjertebank? Kvelningsfornemmelse? Svimmelhet? Uvirkelighetsfølelse? Be pasienten beskrive det som skjer i kroppen og mentalt.

6

RÅD 6: VIS AT DU FORSTÅR AT PASIENTEN BLIR SLITEN

Et panikkanfall er svært energitappende.

– Etterpå føler man seg sliten og utkjørt. For kroppen er dette like hardt arbeid som en intensiv treningsøkt, og mange av reaksjonene er faktisk de samme som under krevende fysisk trening, sier Berge. Det er informasjon du kan gi til pasienten.

7

RÅD 7: LA ALARMREAKSJONENE FÅ DØ UT AV SEG SELV

Et godt råd er systematisk å trene på å akseptere det som skjer i kroppen. La alarmreaksjonene få dø ut av seg selv, uten å kjempe mot dem.

– Mottoet her er: aksept innover, fokus utover. Målet er en holdning der pasienten aksepterer det som skjer i kroppen, og minner seg selv på at det er naturlige og ufarlige kroppreaksjoner. Fokus utover er på gjøremålene i situasjonen og på det som skjer rundt en. Dersom anfallet kom på et kjøpesenter, hva var det pasienten ønsket å foreta seg der? Fortsett så som planlagt.

8

RÅD 8: GI GOD HELSEINFORMASJON NÅR ANGSTANFALLET ER OVER

– Noen er redde for å svime av, fordi de jo blir svimle. Gi informasjon om at sannsynligheten for å besvime faktisk er lavere under et angstanfall, siden blodtrykket øker. Det er de med blodfobi eller sprøytefobi som kan besvime, fordi de reagerer paradoksal med et blodtrykksfall.

Hjertet tåler helt fint et angstanfall, på samme måte som det tåler en treningsøkt. Hjertet blir ikke ødelagt, slik noen kan forestille seg, sier han.

Man kan også forklare at angst skal skremme, på samme måte som at smerte skal gjøre vondt. Det er angstens hovedoppgave.

– Jeg pleier å snakke pent om angsten. Angst er en grunnleggende evne hos alle dyr, og gjennom evolusjonen har vi trent angsten for å overleve som art. Slik sett viser et panikkanfall at man har et alarmsystem som fungerer, selv om det altså er falsk alarm, forklarer Berge.

– Samtidig er panikkklidelse et stort problem som rammer livskvaliteten hos svært mange. For samfunnet er det en kostbar lidelse fordi den bidrar til sykefravær og ved at pasienten blir storforbruker av de gale helsetjenestene, for eksempel de akuttmedisinske. Mange kommer på hjerteavdelinger og går gjennom unødvendige undersøkelser, som heller ikke roer pasienten, sier han. ●

«Jeg pleier å snakke pent om angsten.»

TORKIL BERGE, PSYKOLOG OG FORFATTER

●

EN GOD SAMTALE KAN VÆRE MEDISINEN SOM VIRKER

Tekst Cecilie Ann Molvik Markvoll Foto Stig M. Weston

Ved noen tilstander er det åpenbart hvilken hjelp vi som sykepleiere skal gi. Å møte pasienters vonde erfaringer og følelser kan være atskillig vanskeligere.

Vi er travle individualister i Norge. Jeg kan huske at vi allerede på barneskolen ble introdusert for begrepet «selvrealisering». For de fleste innebærer det utdanning og yrkesvalg, banklån, hjem, barn og karriere. Vi bryr oss først og fremst om oss selv og våre nærmeste. Om det er virkelig nødvendig, kan vi bry oss om andre også.

Slike samfunn kan bli ensomme. Vi blir gjerne alene om æren for våre suksesser, og like alene om vår ulykksalighet. De aller fleste av oss erfarer perioder der vi søker en eller annen form for hjelp, det er en del av livet. Måten vi møter vanskeligheter i livet på, kan ha mange uttrykk, og i dag finnes det diagnoser for alle uttrykk som avviker fra den såkalte normalen.

Noen følelsesmessige uttrykk sees på som lidelser vi trenger hjelp og medisiner for.

NOEN SOM LYTTER

Som sykepleiere møter vi mange av menneskene som trenger hjelp, og det er ikke enkelt å vite hvilken hjelp som til enhver tid er riktig å gi. Noen ganger er det opplagt: 88 år gammel dame med falltendens trenger hjelp og tilrettelegging til morgenstell. Eller: 79 år gammel mann har for lite B12-vitamin og trenger å få satt injeksjoner.

I slike tilfeller er det åpenbart at hjelpen vi gir, er riktig. Like enkelt er det ikke når det gjelder pasienters vonde erfaringer







og følelser. Når 70 år gammel mann tar beroligende tabletter i månedsvis etter å ha mistet kona si, og det virker som om livskvaliteten hans blir dårligere og dårligere, da bør vi kanskje stoppe opp og spørre om tablettenene kan ha noe med forverringen å gjøre. Kanskje kan tablettene skiftes ut med noen som lytter i stedet?

SYKEPLEIER ER NÆR PASIENTENS FORTELLINGER

Eller har vi blitt litt redde for følelser? Terskelen senkes stadig for hva som defineres som sykdom. Jeg tror det er viktig at også vi sykepleiere, uansett hvor vi jobber, reflekterer over dette. Riktignok er det legens beslutning å ordinere medisiner, men ofte er sykepleierne nærmere pasientene og deres fortellinger. Kan leger og behandlinger, samt våre egne vaner, utfordres litt?

Noen ganger er det dessuten kanskje nok å være mer til stede for dem som har det vondt. På sykepleierstudiet fikk vi høre at pasienter kan oppleve bedring og friskne til hvis de får lov til å fortelle til noen som hører på.

Vi som jobber med mennesker, vet at det kan være vondt og vanskelig å forholde seg til andres smerte. Er det flere enn pasientenes følelser som dekkes over ved å møte sorg med beroligende tabletter? Hva ville vi ønsket for oss selv, om det var vi som trengte hjelp?

GODE RELASJONER VAR BESTE MEDISIN

Fra Zimbabwe kom det for litt over et år siden resultater fra en studie som omhandlet måten å behandle psykiske lidelser på.

Studien omfattet flere hundre pasienter med ulike symptomer og problemer. Den ene gruppen pasienter fikk standard behandling med evaluering, rådgivning og medisiner, mens den andre gruppen fikk ukentlige samtaler med lekfolk som hadde fått noen dagers opplæring i rådgivning, samt kunnskap om psykiske lidelser.

Resultatene var entydige: Gruppen som hadde hatt sam-

OM SKRIBENTEN

Cecilie Ann Molvik Markvoll

er utdannet sykepleier med videreutdanning rettet inn mot seksualitet, seksuelle overgrep og misbruk. Hun jobber i hjemmesykepleien i Leirfjord kommune og er fast spaltist i lokalavisen. Hun har frittgående høner, dyrker egne grønnsaker og er opptatt av samfunn og sammenhengene i livet.

taler med lekfolk, og som ikke hadde fått profesjonell psykiatrisk hjelp, opplevde mye større bedring enn den andre.

Norske Ragnfrid Kogstads doktorgradsavhandling støtter på et vis dette. Intervjuer med hundrevis av brukere av psykiatritjenester over hele landet besvarte Kogstads spørsmål om hva som virkelig hjalp dem. Svaret var at det som hadde hjulpet, var en god relasjon med et annet menneske. Om det andre mennesket hadde formell kompetanse eller ikke, var uten betydning.

HOLDNINGER ENDRES

Det er ikke alltid enkelt å begripe hvordan endringer og holdninger har blitt til, fordi noen kommer så umerkelige over tid. Andre endringer virker så logiske at det nesten er for enkelt.

Det er kjent at amerikanske kvinner bidro sterkt i arbeidslivet i USA under andre verdenskrig, og at mange av disse kvinnene etter krigen ikke var fornøyde med å gå tilbake til å være hjemmeværende husmødre. Var det tilfeldig at utviklingen i bruken av benzodiazepiner i USA sammenfalt med uroen som bredte seg blant kvinner på denne tiden? Har både mennesker og samfunn noen ganger behov for å døyve plagsomme uttrykk?

HVA TÅLER VI?

Benzodiazepiner er en god medisin når den brukes riktig. Men folks fortellinger om legen som tilbyr beroligende medisin mot premenstrualitet, røykeslutt og i forbindelse med samlivsbrudd, forteller noe helt annet. I verste fall forteller det om et samfunn som er blitt fremmed for det mest menneskelige av alt: våre følelser. Hvordan oppleves det å bli møtt med tilbud om medisiner, som vanskelig kan tolkes som noe annet enn tildekking, når vi har det vondt? Jeg undres på om det kan oppleves som en avvisning, ja kanskje til og med som en krenkelse. Er det vi mennesker som ikke tåler samfunnet, eller tåler ikke samfunnet oss? ●

NEDGANG I OSLO

Tekst Ann-Kristin B. Helmers

Sykehjemsoverlege Siri Schøyen Seterelv ved Sykehjemsetaten i Oslo registrerer at det har vært en nedgang i bruken av benzodiazepiner og z-hypnotika ved de kommunale sykehjemmene i hovedstaden.

Fra et gjennomsnitt på 11 definerte døgndoser (DDD) per 100 liggedøgn i 2013 gikk gjennomsnittet ned til

8 DDD per 100 liggedøgn i 2016.

Seterelv mener mye av nedgangen skyldes legemiddelgjennomganger. Hun påpeker også at det fremdeles er forskjeller i bruken som hun ikke kan se forklaringen på.

– Variasjonen mellom sykehjemmene i seg selv tilsier at dette er et område

vi må fortsette å jobbe systematisk med. Vi må snakke sammen på tvers av sykehjem og avdelinger, og drøfte hvorfor vi ender opp såpass ulikt. I tillegg må vi høre med dem som bruker lite hva de har gjort, sier hun. ●

Tall for 2017 blir klare i løpet av våren.

XANOR

Alprazolam, virkestoffet i Xanor, kom på det amerikanske markedet for første gang i 1981. DSM-III hadde akkurat kommet ut og lansert panikk lidelse som ny diagnose, og Xanax, som preparatet het i USA, ble godkjent for behandling av denne lidelsen. Dette er det mest potente benzodiazepinet i salg i Norge. Xanor er regnet som svært vanedannende og har stort misbrukspotensial. I Norge har man derfor vært tilbakeholden med å skrive den ut, men denne pillen er av de mest utbredte benzodiazepinene på det illegale markedet.

Kilder: Vøyvik og Bramness, 2017, Felleskatalogen

I KLISTERET

Tekst Tore Bakken Foto Stig M. Weston

Medisinene som skulle hjelpe meg, forvandlet meg til en pleiepasient. Hvor sviktet det?

Det finnes en rekke historier med tragisk utfall om overmedisinering med vane-dannende medikamenter. Mange pasienter har gjennom årenes løp gått i denne fellen. Klisteret som kalles for benzodiazepiner, virker mot sin hensikt, kleber seg til hjernecellene og gjør livet tåkete, grått og utrivelig. Nesten ulevelig. Ikke bare for pasienten selv, men også for pasientens pårørende og for kollegaer, hvis han fortsatt er så heldig å ha noen.

Pasienten kommer til et punkt hvor mer av den samme medisinen ikke hjelper og forårsaker de samme alvorlige symptomene som den i utgangspunktet skulle hjelpe mot. Oppdagelsen kommer brått eller snikende. Den trofaste følgesvennen, pilledo-setten som hittil har holdt sykdommen i sjakk, har forvandlet seg fra problemløser til problemskaper.

Som i skibakken når det kladder. Du forstår at du bør smøre om. Begynne på nytt. Søke et annet behandlingsopplegg. Likevel klarer du ikke å slippe klisteret fra deg, og behandleren som du har satt din lit til, har løsningen klar: Han legger på enda et lag klister, øker dosen og forskyver problemet fremover i tid. Eller prøver en ny medisin i tro på at Felleskatalogen sikkert inneholder et preparat som makter å hamle opp med bivirkningene av den gamle medisinen.

PÅ RESEPT

Benzodiazepinavhengighet er diagnosen. Medisinen er nedtrapping og deretter avhold. I teorien er det såre enkelt. Men så viser det seg at dette er gjesten som ikke vil gå, nesten uansett hva man gjør.

OM MEG

Tore Bakken

Tore Bakken (1950) utviklet en tiårig medikamentavhengighet etter behandling av søvnløshet og plager i forbindelse med somatisk sykdom i 1995. Nå driver Bakken informasjonsvirksomhet om medikamentavhengighet og har utgitt boken *Pasientskaden*.

Avhengighet kalles det. Enda det ikke er avhengigheten i seg selv som er problemet, men det at pasienten blir tvunget av sterke krefter – godt hjulpet av en reseptglad lege – til å fortsette med en behandling som i beste fall ikke virker lenger på grunn av toleranseutvikling, og som i verste fall er destruktiv.

Reseptene fortsetter å komme på ubestemt tid fordi forskriveren ikke klarer å sette ned foten og ta den nødvendige samtalen med pasienten. Og pasienten er ofte glad til. Da slipper han i hvert fall å bli kastet ut i et ragnarok av abstinens. Og legen på sin side slipper å forholde seg til at han har påført pasienten avhengighet, og den ubehagelige stemningen som oppstår på legekantoret når han nekter den lidende «nødvendig medisin».

«Det er ikke enkelt, dette med benzodiazepiner», er en frase som jeg ofte møter. Selv synes jeg at det er ganske så enkelt. Selv en lekmann forstår at behandling med narkotiske legemidler ikke er god behandling over tid.

Det er innlysende at selv om et legemiddel virker bra til å begynne med, kan det bli livsødeleggende ved langtidsbruk. Narkotika er og blir narkotika, selv om legen velsigner bruken med sin underskrift på resepten.

Behandlingen er også enkel. Den er like enkel som den er smertefull. Langsom nedtrapping til null, til all medisin er ute av kroppen, og deretter vente den tid tilfriskningen måtte ta. Problemet er at det kan ta år. I vår tid har de færreste tålmodighet til å vente så lenge. Om noen tror at dette er lettvinde ord fra en teoretiker, så kan jeg



«Narkotika er og blir narkotika selv om legen velsigner bruken med sin underskrift på resepten.»

forsikre om at det er det ikke. Jeg har prøvd alt sammen.

ER JEG EN MISBRUKER?

Legen min har prøvd å gjøre meg frisk ved hjelp av benzodiazepiner og har mislyktes totalt. De medisinerne som skulle hjelpe meg, forvandlet meg til en pleiepasient etter fem års bruk.

Hvordan kunne den medisinen som hjalp meg til å føle meg frisk, som var så makeløs i starten, forvandle seg til et så stort problem? Den stjal jobben og gode relasjoner. Den brøt ned sjelefreden og alt som gjorde livet verdt å leve.

Etter at jeg ble medisinfri, har jeg ofte møtt det stigmatiserende misbrukerbegrepet, enda de aller fleste som har brukt legeordinerte medisiner, aldri har misbrukt dem. Det virker som om ansvaret for legens feilbehandling skal skyves over på pasientene – enda pasientene har utviklet de bivirkningene som man med rimelighet må forvente, og som det opplyses om i Felleskatalogen.

Selvsagt finnes det misbrukere og noen som jakter på pillerusen som mål. Men de aller fleste som havner i avhengighet av benzodiazepiner, har tatt medikamenter som behandling for å bli friske og for å kunne leve normale liv. Det blir derfor å legge sten til byrden å bruke betegnelsen «misbruker» på denne pasientgruppen. «Feilforskrivning» er et mer dekkende ord.

HVOR SVIKTET DET?

Når ting går galt, må man spørre: Hvordan kunne det bli så galt? Var det sykehuset som sviktet da de gløttet på døren til sykerommet og spurte om jeg ville ha noe å sove på? Var det den vennlige sykepleieren som anbefalte meg å ta sovetabletten sammen med en smertestillende? Uten å si noe mer enn det jeg selv kunne konstatere en halv time senere – at det hjalp. Pusteproblemene ble mindre. Smertene ble lindret. Søvn kom tilbake.

Eller var det legen som feilet da jeg ble skrevet ut fra

sykehuset og han undertegnet den første resepten på sovemedisin. Uten samtidig å fortelle at behandlingen skulle og måtte være kortvarig, maksimalt to-fire uker.

Nei, jeg tror ikke at det var sykehuset som sviktet. Heller ikke fastlegen sviktet da han skrev ut denne ene resepten. Det var en behandling som jeg i etterpåklokskapens lys gjerne skulle ha vært foruten, men det var den gangen innenfor rammene av god skolemedisin.

Svikten skjedde ved neste korsvei, den andre resepten – og de påfølgende tretti som ble utlevert over en periode på fem år. Svikten skjedde da legen sa at alt var i orden så lenge jeg holdt meg til terapeutiske doser og ikke misbrakte medisinerne.

Noen leger vil kanskje til sitt forsvar i en tilsvarende situasjon hevde at pasienten ikke var kritisk nok, at pasienten var krevende, eller at det ikke fantes alternativer til avhengighetsskapende midler.

Slike argumenter er uvitenskapelige og holder ikke. Selvsagt er det ikke pasienten, men legen som skal være kritisk til egen forskrivning. Det er legens jobb å håndtere alle typer pasienter, også dem som måtte oppleves som krevende – noe som for øvrig må betraktes som en bivirkning av behandlingen. Det finnes gode alternativer til benzodiazepiner, for eksempel kognitiv terapi.

EN PÅFØRT SKADE

Selvsagt forstår jeg legenes dilemma. Det koster for et medmenneske å si nei til tabletter som effektivt kan lin-



«Var det sykehuset som sviktet da de gløttet på døren til sykerommet og spurte om jeg ville ha noe å sove på?»

Var det den vennlige sykepleieren som anbefalte meg å ta sovetabletten sammen med en smertestillende? »

dre en akutt angstreaksjon eller alvorlige søvnproblemer. Det er sikkert smertefullt for helsepersonell å erkjenne at middelet som lindrer der og da, ikke kan brukes uten risiko for å påføre pasienten skade.

Det man ofte glemmer i en akutt situasjon, er at pasientskade er en alvorlig sak. Å påføre andre mennesker skade er alltid alvorlig. Enda mer alvorlig blir det når skaden oppstår som et resultat av en legeordinert behandling.

Det er forskjell på bivirkninger som oppstår som et resultat av en nødvendig og god behandling, og bivirkninger som oppstår på grunn av feilbehandling. Og pasientskade må det faktisk kalles når man blir påført skade som følge av en behandling som ikke er i samsvar med god legepraksis.

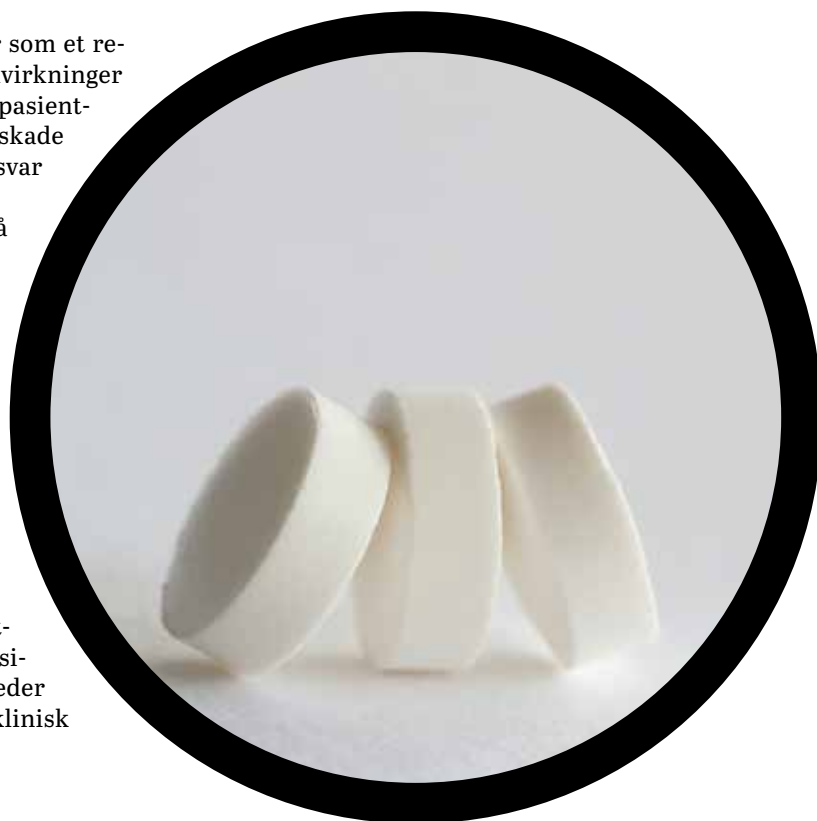
Noen skylder på at opplæringen av leger på dette feltet har vært for dårlig. Det er sikkert riktig. Men som lege plikter man å inneha de nødvendige faglige kvalifikasjoner, hvis ikke må man søke opplæring eller henvise til en spesialist i avhengighetsmedisin.

Felleskatalogens retningslinjer er krysstallklare. Pasienthistorier er det nok av. Forskning likeså. Benzodiazepiner skal og må brukes kortvarig. Likevel velger noen leger å overse offentlige veiledere for forskrivning av vanedannende medikamenter og går sine egne veier.

Det er det som er problemet. Ikke at tabletene finnes. Heller ikke at de brukes i en akutt situasjon. Problemet er at bruken går over måneder og år, stikk i strid med faglige anbefalinger og klinisk erfaring.

Det virker som om det er en dyp uoverensstemmelse mellom de faglige veilederne og den praksis som følges ved mange legekontorer. Det er ikke samsvar mellom dagens forskrivning og de strenge, men fullt ut realiserbare retningslinjene.

I det siste har det kommet frem historier i media og i rettssaker om at det finnes en ukultur blant enkelte norske leger i forskrivningen av vanedannende medikamenter. Slik skal det ikke være i et land som tar mål av seg å ha et av verdens beste helsevesen. ●



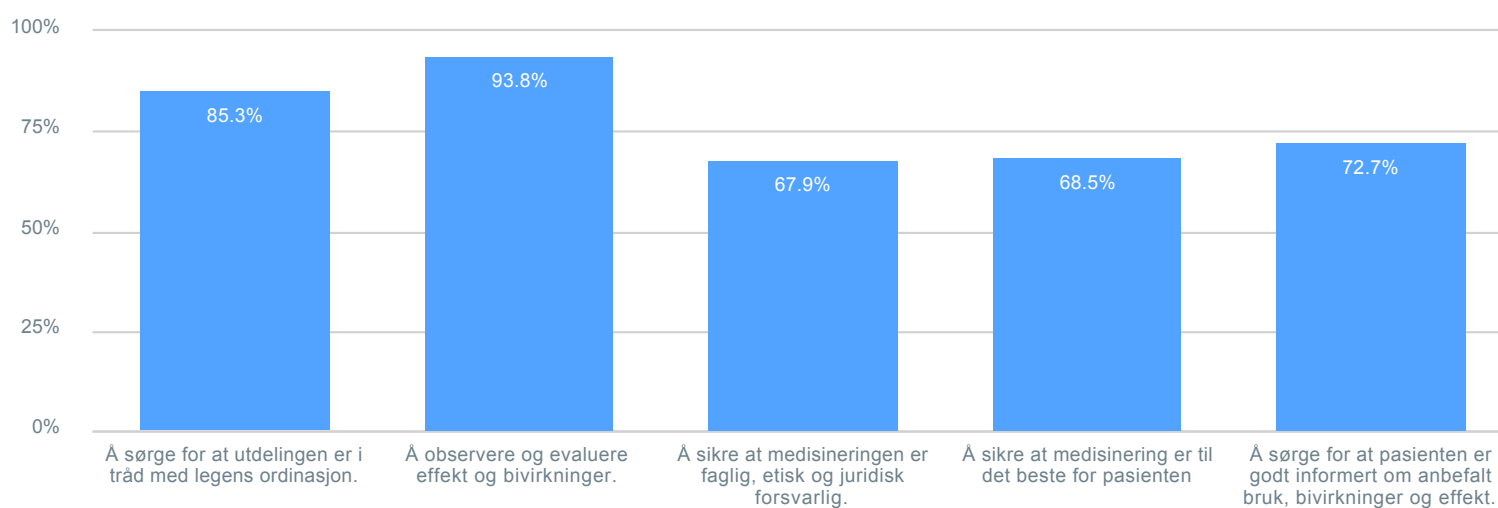
Hvilket ansvar har sykepleieren for pasienter som har eller kan utvikle en avhengighet av medisiner?



– **VIKTIG SAK:** Janne Larsen i advokatfirmaet Roander og co. har lang erfaring med pasientskadesaker. Foto: Ann-Kristin B. Helmers

Hvordan vil du besykepleierens ansvar medikamenthånd

Totalt antall svar: 1014



DETTE ER UNDERSØKELSEN:

I desember 2017 sendte Sykepleien ut en spørreundersøkelse om erfaringer med og holdninger til administrasjon av angst- og sovemedisiner til 6000 sykepleiere. Vi fikk over 1000 svar. Av disse jobber 26 % i somatisk spesialisthelsetjeneste, 36 % i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste og 32 % i kommunehelsetjenesten.

LES OM RESULTATENE PÅ SIDE 12–22

– Sykepleiere har også en rolle

Tekst Ann-Kristin B. Helmers

– Det er mye som spiller inn, sier advokat Janne Larsen i advokatfirmaet Roander & co om hvilket ansvar sykepleiere har for pasienter som har eller kan utvikle medikamentavhengighet.

I saker der pasienten har blitt påført en avhengighet i helsevesenet, peker pila ofte mot legen som har skrevet ut reseptene.

– Men mange av disse pasientene har også møtt på sykepleiere, sier Janne Larsen.

Larsen har flere års erfaring med pasientskadesaker. Hun har blant annet vært prosedyreadvokat i Pasientskadenemnda, instansen som behandler klager på vedtak i Norsk pasientskadeerstatning.

UHELDIG «VENNSKAP»

Larsen mener sykepleieren ofte forsvinner litt når noen skal stilles til ansvar for at en pasient har blitt påført en medikamentavhengighet i helsevesenet.

– Det er legen som forskriver, og vi har sett flere saker hvor det har utviklet seg et uheldig «vennskapsforhold» mellom

pasient og lege, hvor legen har skrevet ut altfor mye og i lang tid.

– Men sykepleierne har også en rolle når de møter pilleavhengige pasienter, understreker hun.

POSITIV VARSLING

«Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasientenes sikkerhet» er ordlyden i Lov om helsepersonell, §17.

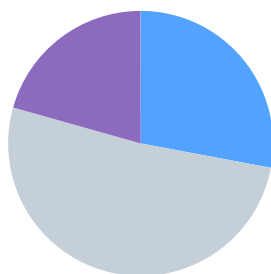
– Har sykepleiere varslingsplikt dersom de møter pasienter som åpenbart har et avhengighetsproblem?

– Når varslingsplikten trer inn, går det ikke an å svare generelt på, da det må bero på et skjønn og hvor konkrete opplysninger i den enkelte sak vil spille en rolle.

– Det som er sentralt og viktig er at helseforetakene og arbeidsplassene jobber med, og legger til rette for, at det skal være lav terskel for å varsle om ethvert forhold som setter en pasients helse i fare, og at varsling blir en positiv rutine og ikke sett på som angiveri, sier hun.

Opplever du at det er stor forskjell på legenes praksis for utskriving av angst- og sovemedisiner?

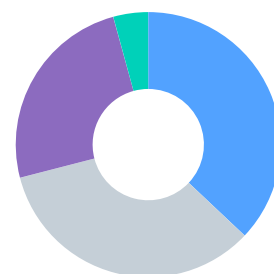
● Ja, ofte	28.0%
● Noen ganger	51.4%
● Nei, sjelden eller aldri	20.6%



Totalt antall svar: 1066

Har du møtt pasienter som åpenbart har et avhengighetsproblem knyttet til beroligende medisiner?

● Ja, ofte	37.0%
● Noen ganger	33.9%
● Det har hendt	24.8%
● Nei, aldri	4.3%



Totalt antall svar: 1034

1 AV 3 FORETOK SEG IKKE NOE

Janne Larsen har sett resultatene i Sykepleiens undersøkelse om holdninger til angst- og sovemedisiner.

Mer enn en tredel av sykepleierne svarer at de ofte har møtt pasienter som åpenbart har et avhengighetsproblem knyttet til beroligende medisiner.

Like mange oppgir at de ikke har foretatt seg noe da.

To av tre oppgir at de har foretatt seg noe. Det de fleste oppgir å ha gjort, er å ta det opp med behandlende lege, eller å snakke med pasienten om avhengighet og medisinbruken.

44 prosent oppgir at det ofte hender at de selv gjør noe for å sikre at pasientene er godt informert om anbefalt bruk. 48 prosent svarer at det har hendt i spesielle situasjoner.

Over halvparten svarer at de er enig eller litt enig i påstanden: «Jeg skulle ønske legene var mer restriktive i å ordinere angst- og sovemedisiner.» (Se graf på neste side.)

80 prosent opplever at det ofte eller noen ganger er stor forskjell på legenes praksis for utskriving av angst- og sovemedisin.

– LITT MERKELIG

I undersøkelsen ble sykepleierne bedt om å krysse av på hvilket ansvar de opplever at de har når det gjelder medikamenthåndtering. 85 prosent mener de har ansvaret for å sørge for at utdelingen er i tråd med legens ordinasjon. (Se figur s. 100.)

– Det var litt merkelig, her burde det vært 100 prosent, kommenterer Larsen.

68 prosent mener de har ansvaret for å sørge for at medisineren er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.

– Dette synes jeg relativt mange har krysset av på, det er ikke overraskende.

65 prosent mener de har ansvaret for å sikre at medisineren er det beste for pasienten.

– Dette er i utgangspunktet legens ansvar, så jeg forstår at en del sykepleiere ikke har krysset av på denne.

72 prosent mener de har ansvaret for å sørge for at pasienten er godt informert om anbefalt bruk, bivirkninger og effekt.

– Sykepleiere er ofte de som står for informasjon til pasienten, så denne synes jeg flere burde krysset av på.

HAR EN INFORMASJONSPLIKT

– Kan sykepleiere lovlig administrere medikamenter som det er kjent at kan påføre pasienten en avhengighet, uten å informere pasienten – eller pårørende ved manglende samtykkekompetanse – om dette?

– Pasienten har krav på informasjon, og den informasjon som er gitt – hovedinnholdet i denne – skal nedtegnes i journal.

– Dersom denne informasjon ikke er gitt og nedtegnet i journal av ansvarlig lege, bør sykepleier gi slik informasjon, sier hun og påpeker at det ikke er avgjørende hvem som informerer, men alle som yter helsehjelp har plikt til å gi nødvendig informasjon om helsehjelpen som gis, sier hun og viser til spørsmålet om administrering av avhengighetsskapende medikamenter:

– I dette tilfellet mener jeg sykepleier har en plikt, og at unnlatt informasjon vil være et pliktbrudd, sier hun.

ANSVAR VED GROV UAKTSOMHET

Vanedannende sove- og angstmedisiner står ofte på «eventuelt»-liste over medisiner som gis. Det betyr at sykepleieren som er på vakt, vurderer om pasienten trenger denne medisinen eller ikke.

– Kan en sykepleier risikere å bli straffet for å ha opprettholdt eller lagt til rette for en påført avhengighet?

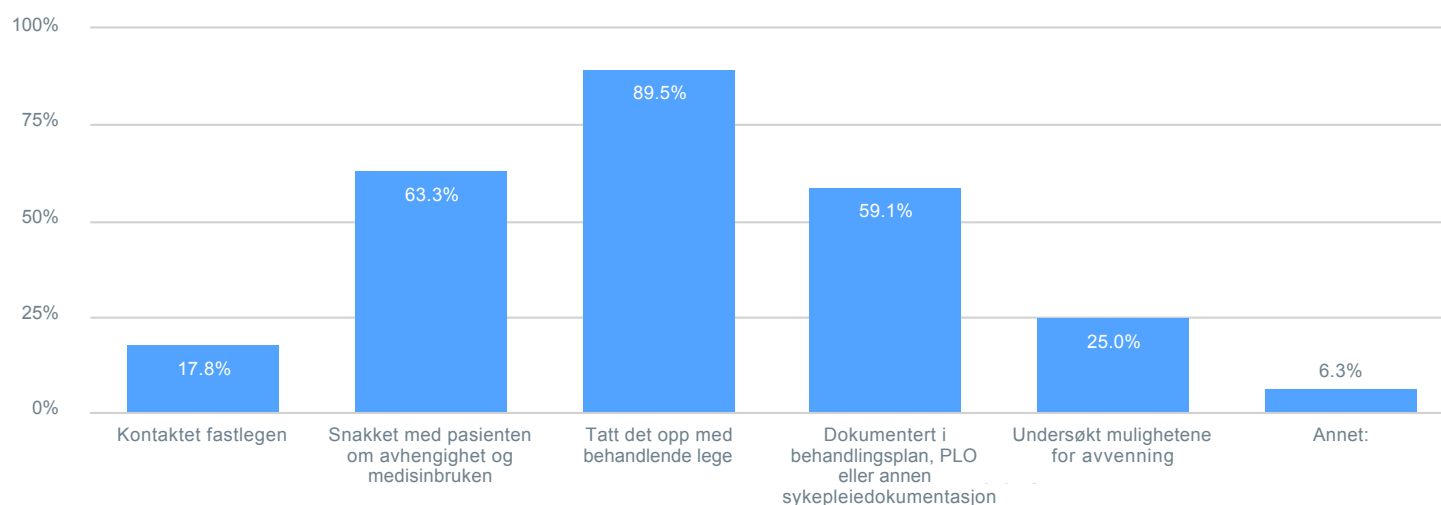
– Straff etter straffeloven anser jeg lite praktisk, men en sykepleier kan bli erstatningsrettslig ansvarlig hvis han eller hun har opptrådt grovt uaktsomt. Sanksjoner fra Fylkesmannen krever brudd på forsvarlighetskravet i helsepersonelloven.

– Det er muligens også aktuelt med interne disiplinære korrigeringer dersom forskrivningen har gått utover det som anses forsvarlig, sier hun. ●

Sykepleierne som svarer bekræftende på at de ofte har møtt pasienter som åpenbart har et avhengighetsproblem, fikk dette tilleggsspørsmålet:

Hva har du gjort?

Totalt antall svar:
640



«En sykepleier kan bli erstatningsrettslig ansvarlig.» JANNE LARSEN, ADVOKAT

Dette svarer sykepleierne om eget ansvar ved administreringen av vanedannende medikamenter:

«Hele tiden følge med på pasientens tilstand og vurdere om pasienten er i behov for medisin. Administreringen må gjøres ut fra legens indikasjoner, som kan være sterk angst. For eksempel er ikke uro det samme som sterk angst.»

«Vi bør i utgangspunktet ikke forslå dette, men heller sette i gang med miljøtiltak.»

«Vi har et stort ansvar, og det er ofte sykepleier som legger press på behandlende lege fordi det er vi som observerer mest. Sykepleier blir imidlertid presset av øvrig personal om at «noe må gjøres» og ressursmangel, men har også hovedansvaret for å tenke alternative tiltak.»

«Vi bør nok bli mer bevisste på dette, ha økt fokus på bivirkninger og avhengighet og bli bedre på samarbeid på tvers av faggruppene.»

«Ofte har vi ikke rom for så mange alternativer. Både med tanke på tid, kultur og holdninger. Alle krever god og samstemt ledelse i mange ledd. Men det er absolutt rom for forbedringer innenfor dagens gitte rammer også.»

«Sykepleiere har stort ansvaret på grunn av oppfølging av bivirkninger og effekt. Fastlegene følger dårlig opp sine pasienter, har ikke sjans til å følge

opp som man burde.»

«Vi er stilt mellom barken og veden. Vi ser at pasientene blir medisinert istedenfor kontakt med pleiepersonalet da vi har det for travelt. Slik har det vært siden jeg begynte i helsesektoren på begynnelsen av 80-tallet. Det er gjort mange undersøkelser på dette, men statistikk fører aldri til en løsning på problemet.»

«Det må være legens ansvar. Men når en står på det ved behov forsøker jeg å vurdere sammen med pasienten om det er nødvendig.»

«Alltid reflektere over hvorfor det gis, og om vi har andre muligheter. Ta dette opp med sykehjemslege, beboer og kollegiet. Det er sjeldent en nøye planlagt separering ikke har fungert.»

«Vi som sykepleiere har et stort ansvar vi ikke alltid klarer å følge opp på alle plan.»

«Vi er medansvarlige, men det er legen som bestemmer medisinering. Viktig å informere og være bevisst på riktig bruk. Trenger ikke å være så restriktiv med gamle, demente. Viktig å være svært bevisst i forhold til yngre mennesker.»

«Vi har et ansvar i forhold til legen og spørre om det ikke finnes andre alternativer. Samt informere pasient og pårørende.»

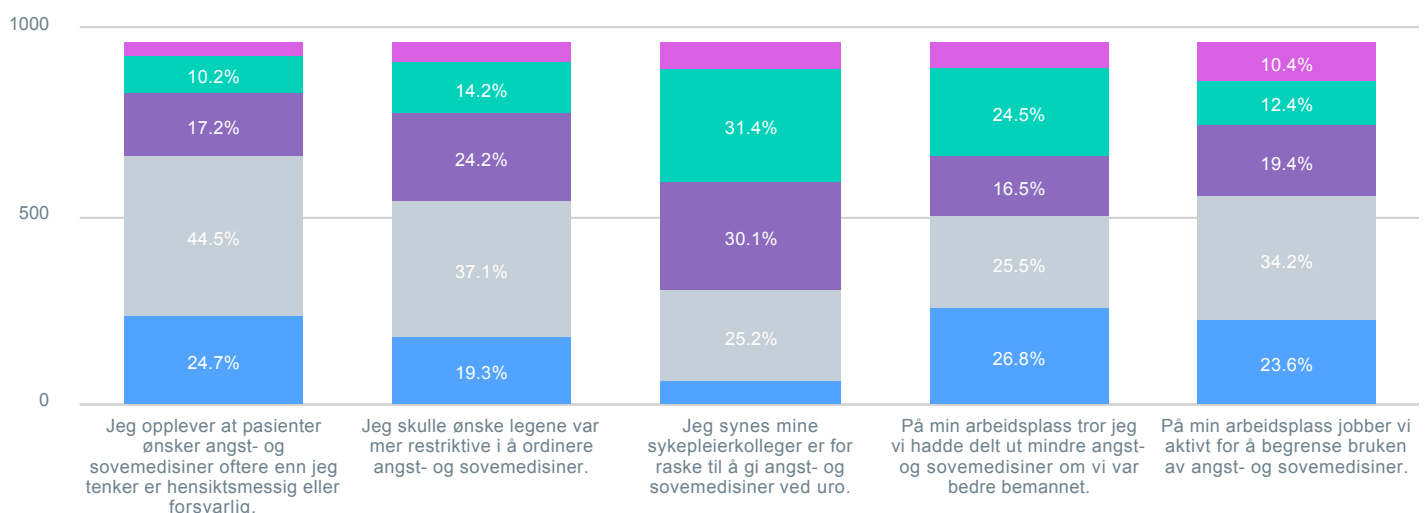
Fritekstsvaer fra Sykepleiens undersøkelse.

LES FLERE FRITEKSTSVAR PÅ SIDE 12-22 OG PÅ SYKEPLEIEN.NO

Ta stilling til disse påstandene:

Totalt antall svar: 965

- Helt enig
- Litt enig
- Litt uenig
- Helt uenig
- Har ingen mening.



LEGENS BENZODIAZEPINE

Tekst Svein Aarseth Foto Stig M. Weston

For legen skal samarbeidet med pasienten bygge på gjensidig tillit. Dermed er det viktigste å motivere pasienten for avvenning.

Jeg tror jeg har til gode å høre en pasient si at hun har lest pakningsvedlegget for benzodiazepiner og innsovningstabletter og derfor ikke vil ha dem.

Innsovningstabletter brukes av svært mange, og andelen av befolkningen som bruker disse preparatene, øker med økende alder. Det samme gjelder benzodiazepiner som Valium/Vival og Sobril. Det skal dog sies at det for mange kun er snakk om én resept. Det er ikke uvanlig at pasienter gir egne tabletter til familie og venner.

Både retningslinjer og felleskatalogtekst sier at disse medisinene fortrinnsvis bør brukes kortvarig. Noen har kortvarig eller sporadisk bruk, noe som er greit å håndtere både for pasient og lege. Noen har regelmessig, lavgradig bruk, og det skjer ikke doseøkning. Disse vil jeg anta utgjør en stor gruppe brukere, og forskrivningen er et problem både for behandler og pasient, erkjent eller ikke. Til sist har vi personer med stort forbruk, noen bruker flere preparater i samme gruppe. De har økende forbruk eller forbruket lar seg vanskelig kontrollere, noe som indikerer et avhengighetsproblem.

IKKE EN SAK FOR ETIKKRÅDET

Fra et legeetisk ståsted er det flere utfordringer. Legen skal verne om menneskets helse. Samarbeidet med pasienten skal baseres på gjensidig tillit, og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke. En lege skal ved undersøkelse og behandling kun ta i bruk metoder som forsvarlig legevirkosomhet tillier. Forskrivning av vanedannende medisiner har ikke vært tema i Rådet for legeetikk, og vi vil nok mene at dette primært er et medisinsk faglig spørsmål som vi ikke skal vurdere.

MÅ FÅ PASIENTEN MED PÅ LAGET

Fra et fastlegeståsted har vi selvfølgelig dette i bakhodet når vi behandler våre pasienter.

OM SKRIBENTEN

Svein Aarseth

er spesialist i allmenn- og arbeidsmedisin og fastlege på Frysja legekantor. Han har vært aktiv i Legeforeningen og i samfunnsdebatten og har siden 2013 vært leder i Rådet for legeetikk.

Mange pasienter har brukt slike medisiner i tiår, og det er ikke uten videre enkelt å slutte med dem. Det krever tid, både i konsultasjonen og i varigheten av nedtrappingen. Å få avsluttet slik bruk krever et samarbeid og en felles forståelse av mål og midler. Seponering krever tid og tett samarbeid mellom pasient, lege og eventuelt sykepleier.

Det viktigste er dog at pasienten er motivert. Da må vi klare å framheve fordelene ved å ikke bruke disse preparatene over tid – og få pasienten med på laget. En motiverende samtale kan være en god begynnelse.

Mange eldre får etablert slikt forbruk på sykehus og i sykehjem. I en travel hverdag er det enklere å ha en fast forskrivning enn kun ved behov. Det er nok enklere å putte disse medisinene inn i multidoseposen enn å ta dem ut. På den annen side vil multidose være et godt middel ved nedtrapping og seponering.

BRUKEREN KAN FØLE SKAM

Som fastlege er det ved ny forskrivning jeg må være tydelig på hvordan og hvor lenge medisinen skal brukes, og vi bør derfor bare forskrive små pakninger. Noen ganger er både innsovningstabletter og angstdependende medisiner riktig medisin.

Dessverre er det slik at spørsmål om beroligende og sove- medisiner ofte tas opp idet konsultasjonen synes å være slutt. Det er nok flere grunner til det. Pasienten er ikke komfortabel med å ta det opp, fordi hun vet at legen ikke uten videre synes det er en grei forskrivning. Bruken kan være belagt med skamfølelse. Der og da er det ikke tid til å gå inn i problemstillingen, og en ny forskrivning blir ofte en utvei. For legen vil det være krevende å gå inn i problematikken så vel faglig som i lege-pasient-relasjonen. De skal ikke forstås slik at legen er redd for at pasienten skal forlate listen, men fordi bruken av slike medisiner ofte ikke er det mest påtrengende helseproblemet. ●



SYKEPLEIERE MÅ LÆRE MER

Tekst Åshild Fause Foto Ingun Alette Mæhlum

At medikamentell behandling påfører pasientene ekstra lidelse og plager, er noe vi som sykepleiere ikke kan sitte og se på.

«Leger skriver ut for mye sterke, vanedannende medisiner som sovemedisin, angstmedisin og beroligende medikamenter.» «Det er ikke sjelden pasienter må på avrusning for medisin de har fått av fastlegen» (1). Slike overskrifter kan en med jevne mellomrom lese i media. Leger og annet helsepersonell etterlyser tiltak fra både egne faggrupper, men også myndighetene for å redusere bruken.

DELEGERT TIL SYKEPLEIERE

Å effektivt ordinere legemidler på en forsvarlig måte er og har vært et ansvarsområde tillagt sykepleiere og vernepleiere. Ansvarer innebærer å sørge for at rett legemiddel gis til rett pasient, i rett legemiddelform, i rett dose, på rett måte, til rett tid og med rett informasjon. Oppgaven er en delegert legeoppgave i samsvar med gjeldende lov og forskrift (2).

Den delegerte oppgaven innebærer også at sykepleieren har ansvar for å observere effekten av behandlingen, for å kunne gi legen en umiddelbar tilbakemelding dersom noe uventet inntreffer. Sykepleiere og vernepleiere kan ikke delegere denne oppgaven videre til andre yrkesgrupper.

Hvem er det sitt ansvar at mennesker blir avhengige av beroligende og angstdempende medikamenter? Er det legene som i sin tid forordnet medikamentet, og som fortsetter å skrive ut resepter på vanedannende medikamenter uten å sjekke ut hvilken effekt og hvilke plager medikamentene har påført pasienten? Gir legene tilstrekkelig informasjon om de medikamentene de forskriver?

Hva med sykepleiere og vernepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten som har ansvaret for å dele ut medikamenter og følger opp pasientene i det daglige? Delegerer de ut de forskrevne medikamentene selv om pasientene kanskje kunne hatt langt større utbytte av alternative tiltak? Har de tid til å observere hvilke plager beroligende medikamenter og sovemedisin påfører pasienter?

Hva med oss som utdanner sykepleiere og annet helsepersonell? Har vi sørget for at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap og skoling om vanedannende medikamenters virkning, interaksjon og bivirkning?

HVA VILLE MARIE LYSNES SAGT?

I vår var jeg så heldig å bli tildelt Marie Lysnes' stipend for å skrive en biografi om hennes liv og virke.

Marie Lysnes var en av grunnleggerne av Statens spesialscole i psykiatrisk sykepleie i 1954 og var rektor ved skolen i nesten tjue år. Kan hun si oss noe om sykepleiernes ansvarsområde som har betydning i dag?

I alle sine artikler, notater og foredrag var Lysnes brennende opptatt av fag og utdanning, og ikke minst stilte hun stadig kritiske spørsmål til i hvilken retning psykiatrisk sykepleie utviklet seg (3).

Det var særlig på to områder dette kom til syne. For det første mente hun at psykiatriske sykepleiere hadde glemt sin biologiske basis (3). For det andre hadde sykepleierne, helt siden etableringa av spesialskolen, hatt problemer

OM SKRIBENTEN

Åshild Fause

er psykiatrisk sykepleier med doktorgrad i helsevitenskap. Hun har en spesiell interesse for sykepleiefagets historie og kunnskapsutvikling innen psykisk helsevern. Hun er førsteamanuensis i sykepleie på Universitetet i Tromsø og har utgitt flere bøker om sykepleiefaget historie.



med å formulere hva som er sykepleierens funksjon og ansvar.

ANSVAR FOR MEDIKAMENTHÅNDTERING

Lysnes skriver at psykofarmaka, som hadde gått sin seiersgang over hele verden siden femtitallet, ikke ble den løsningsen man håpet på da medikamentene ble lansert. Det skyldes uvitenhet og ukritisk bruk. Mange pasienter fikk fysiske symptomer som følge av medisineren, med til dels store fysiske utslag, hvorav en del skulle vise seg å være irreversible (3). «Medikamentene dempet», skriver Lysnes, «en del uønskete aktiviteter, men de avslørte ikke symptomenes årsak» (3).

I tillegg skriver Lysnes at mange pasienter ble sosialt invalidisert og til dels pleietrengende. «Jeg har også vært vitne til dødelig utgang under de sværeste lidelser på grunn av feilbruk og overdosering av psykofarmaka innen den såkalte eldreomsorg», skriver Lysnes (3).

Ifølge Lysnes forutsetter behandling med psykofarmaka inngående kunnskaper om hjernens nevroanatomi, nevrofysiologi og elektrokjemiske funksjon. «Det er en forutsetning for bruken av medikamentene at sykepleierne kan observere, ikke bare atferd, men kroppens hårfine signaler på negative virkninger og farlighetsgrenser. Her synes sykepleierens kunnskaper å være lik null i likhet med de fleste behandlingsgrupper innen området, leger innbefattet.» (3)

Lysnes understreker at sykepleierne har et stort ansvar i oppfølgingen av pasientenes medikamentelle behandling. «Sykepleieren må ha kunnskaper om de medikamenter som til enhver tid ordineres av legen og som gis av sykepleieren. Det krever inngående kunnskaper om det enkelte medikaments innhold, styrke, dosering og doseringsmetoder, forventet virkning, bivirkning og farlighetsgrad samt viten om pasientens tilstand og tålsomhetsgrad overfor forordnet behandling.» (3)

KROPPENS SIGNALER PÅ AT DEN LIDER

For Marie Lysnes var sykepleie en håndens gjerning, der handlingene og hva sykepleierne gjorde for og med pasientene, var det sentrale. Det var gjennom sine handlinger sykepleieren viste om hun var dugende eller ikke. «Fordi pasientenes lidelser er dødsens alvorlige for dem selv, for familien og for samfunnet og de er i aller høyeste grad knyttet til kroppsfunksjonen», skriver hun (4).

I utøvelsen av pleien viser sykepleieren om hun har tilstrekkelig kunnskap og erfaring om kroppslige plager ved psykisk lidelse og plager som følge av behandlinga. Sykepleieren må i tillegg kunne «filosofere over handlingenes utslag, dens positive, eventuelt negative resultater, om fortsettelse av handlingen, eventuelle endringer eller avbrudd av handlingen» (4).

For Marie Lysnes er sykepleierens handlingsvalg basert på inngående kunnskaper om menneskets mentale og fysiske forsvarsverk, samt patologiske utfall. For å kunne forebygge og avhjelpe pasientenes mange plager må sykepleieren forstå pasientens uttrykk i en prosess der mentale, sosiale, kulturelle, åndelige og biologiske faktorer spiller sammen.

BETYDNING FOR MODERNE SYKEPLEIE

Kan sykepleiere lukke øynene for at mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer lever 15–20 år kortere enn gjennomsnittet i den øvrige befolkningen? (5) Nesten 60 prosent av overdødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer, og mange hevder at tilleggssykdommene

er en følge av ukritisk bruk av medikamenter med mange og uheldige bivirkninger (5). Dette gjelder ikke bare psykofarmaka, men også sterkt vanedannende medikamenter som sovemedisin og beroligende medikamenter.

I tillegg vet vi at mennesker med psykiske lidelser er dobbelt så utsatt for fedme, høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdommer, diabetes og for tidlig død sammenliknet med normalbefolkninga (7).

En studie fra Sintef viser at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten sier at de ikke trenger mer kunnskap om medikamenter (8). De ønsker derimot å vite mer om medisinfrie behandlingstilbud.

Marie Lysnes ville sagt «ja takk, begge deler». Sykepleiere trenger både mer kunnskap om hva vi i dialog med pasientene kan erstatte medikamentell behandling med, om hvordan medikamentene virker, om deres mange bivirkninger og om interaksjoner med andre medikamenter. For Lysnes var farmakologi for komplisert til å overlates til ufaglærte. Det er innlysende at kompleksiteten ikke er mindre i dagens helsetjeneste, der både antall medikamenter og forbruket øker.

VI TRENGER FORDYPNING

Å beskytte pasientene mot inngripende behandling var noe Marie Lysnes var svært opptatt av. «Hvis sykepleierne ikke har lært å observere karakteristika og symptomer ved somatisk lidelse, vil de lett kunne overse de hårfine kroppslige signalene behandlingen kan påføre pasientene.» At medikamentell behandling påfører pasientene ekstra lidelse og plager, er noe vi som sykepleiere ikke kan sitte og se på. Endringer kan kun skje gjennom en god dialog og et tett samarbeid mellom pasient, lege og sykepleier (4).

Mange av oss vil være enige med Marie Lysnes, og av hensyn til pasienter og brukere må vi som sykepleiere kreve at det gis rom og nødvendig kunnskap for å ivareta det særegne ansvaret de har i medikamenthåndteringa utover det de har tilegnet seg i grunnutdanninga i sykepleie. Slik er det ikke i dag. Myndigheter og utdanningsinstitusjoner ser ikke lenger nødvendigheten av at sykepleiere (og vernepleiere) trenger mer kunnskap om medikamenthåndtering enn de øvrige faggruppene i det tverrfaglige teamet som ergoterapeuter, fysioterapeuter, barnevernspedagoger og sosionomer. Det er derfor ingen fordypning og spesialisering for sykepleiere (og vernepleiere) i dagens videre- og masterutdanning i psykisk helse og rus-feltet. Det må vi gjøre noe med. ●

REFERANSER

1. Båtnes A. Legar skriv ut for mykje: – Gjer pasienten ei bjørneteneste [internett]. Oslo: NRK; 31.07.2017 [siteret 26.02.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/mr/legar-skriv-ut-for-mykje-b-preparat-1.13620029>
2. Forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320> (nedlastet 26.02.2018).
3. I Riksarkivet i Oslo er det et arkiv etter Marie Lysnes (Pa S-0873 Marie Lysnes). Arkivet inneholder dokumenter, artikler, forelesninger, brev m.m. Arkivet er ikke åpent tilgjengelig, og man må søke innsyn fra Riksarkivaren.
4. Lysnes M. I ærbødighet. Sykepleie, en åndens, håndens og hjertets gjerning. Upublisert; 1992. Lysnes M. Betenkning vedrørende spørsmålet om nedleggelse av spesialskoler i psykiatrisk sykepleie i Norge. Upublisert; 1993.
5. Lien L, Huus G, Morken G. Psykisk syke lever kortere. Tidsskr Nor Legeforen. 2015 februar;135(3):246–8.
6. Whitaker R. Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America. New York: Crown; 2010.
7. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FINI study). The Lancet. 2009 august;374(9690):620–7.
8. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: SINTEF; 2017. SINTEF Rapport A28053.



Forskningens ABC

Sykepleien har ugitt en artikkel-samling som inneholder artikler om forskningsmetoder, statistikk, søk osv. i et hendig format på 164 sider.

Artiklene fungerer som en manual for alle som vil søke, lese, vurdere og bruke forskning. Boken er også nyttig for den som skal skrive oppgaver eller forskningsartikler på høyskole eller universitet.

Bestill boken til kun 49 kroner!

Studentene har fått boken, men vi har flere som vi selger til medlemmer.

Bestill boken ved å sende en mail til: redaksjonen@sykepleien.no

Sykepleien



Hold deg
opplyst

sykepleien.no

●

ALLE HAR ET ANSVAR – MEN HVEM TAR DET?

En
av fire i
**Sykepleiens
undersøkelse**
mener at det bru-
kes for mye angst- og
sovemedisiner der de
jobber. Men hvem som har
ansvaret for å få ned bruken, er
de ulike aktørene uenige om.

Tekst Barth Tholens

Les om resultatene på side 12–22 og 100–103

Dette er undersøkelsen: I desember 2017 sendte Sykepleien ut en spørreundersøkelse om erfaringer med og holdninger til administrasjon av angst- og sovemedisiner til 6000 sykepleiere. Vi fikk over 1000 svar. Av disse jobber 26 % i somatisk spesialisthelse-tjeneste, 36 % i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste og 32 % i kommunehelsetjenesten.



ELISABETH SVEEN KJØLSRUD

Elisabeth Sveen Kjølrsrud er leder i Rådet for sykepleieetikk. Hun mener sykepleiere ikke kan dekke seg bak andre når de skal dele ut angst- og sovemedisiner.

– **Hva er sykepleiernes ansvar for at disse medisinene brukes riktig og ikke volder mer skade enn nytte?**

– Sykepleierens ansvar er å observere pasientene, om medisiner har ønsket effekt, om det forekommer bivirkninger med mer. Dette skal skje i samarbeid med pasienten (brukermedvirkning). Før medikasjon skal man vite om det er angst eller søvnproblemer, om det er viktig med øvrige sykepleietiltak, kartlegge hva som for eksempel er årsaken til problemene (ikke alltid så enkelt!) og legge til rette om det er andre praktiske ting som kan gjøres. Det er viktig å gi seg tid til å snakke med pasientene og sammen forsøke å etablere trygghet. Angst og søvnproblemer kan være komplekst og dermed tidkrevende, og sykepleierne kommer i en skvis og kan også oppleve moralsk stress i slike situasjoner.

– **Mange sykepleiere sier at de gir benzodiazepiner til pasienter fordi de ikke har tid til å ivareta dem slik de kunne ønske. Er det forsvarlig og i tråd med god sykepleieetikk?**

– I yrkesetiske retningslinjer (YER) står dette: «Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten». Det betyr at sykepleiere må si ifra og ta en faglig diskusjon med kolleger/legen omkring denne tematikken, og få gode faglige begrunnelser for hvorfor et legemiddel benyttes. Sykepleiere kan altså ikke dekke seg bak det legen forordner. Sykepleierne skal handle faglig

forsvarlig og gi omsorgsfull hjelp (YER og Helsepersonelloven).

– I yrkesetiske retningslinjer står det også at: «Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom». Det innebærer å varsle hvis avvik. Retningslinjene gir oss også verktøy på andre områder: «Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten» og «Sykepleieren bidrar til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis på arbeidsteden». Dette betyr igjen at det er viktig å fremme samarbeid, og om dette ikke er mulig, varsle om det er avvik.

– **Mener du at sykepleierne skal nekte å dele ut angst- og sovemedisiner til pasienter når de ser at pasienter står i fare for å utvikle problemer knyttet til langtidsbruk?**

– Jeg synes ikke det er noen god idé å nekte å gi benzodiazepiner. En slik reservasjonsrett vil kunne medføre uheldige situasjoner for både personalet og pasienten. Dernest: Alle rundt pasienten må ha lik stemme inn til pasienten, til pasientens beste. Hvis et helt team observerer store bivirkninger hos pasienter som står på disse medisinene, skal det vel mye til at legen presser frem en forordning?

– Det ville jo også være skadelig for pasienten om sykepleiere ikke ville gi pasientene disse medisinene i «protest». Pasientene vil jo få abstinens, og det er ikke å gi omsorgsfull hjelp. Eventuell avtrapping og avvenning av disse medisinene må gjøres av alle i samarbeid med pasientene. Det tar tid, og det kan være svært ubehagelig for pasientene. Og det vil kreves ressurser. Omsorgsfull hjelp vil være svært viktig her. ●



MARIT HERMANSEN

Marit Hermansen er president i Den norske legeforening. Hun ser problemene med bruk av angst- og sovemedisiner, men mener at legene er på rett vei.

Hva er legenes ansvar for at angst- og sovemedisiner brukes riktig og ikke volder mer skade enn nytte?

– Disse medisinene er effektive ved akutt angst, uro og søvnvansker, og det er få like gode alternative medikamenter når kort tids behandling er indisert. Insomni, angst og uro øker i hyppighet ved økende alder. For legen som skal ta stilling til forskrivning, fører dette til vanskelige medisinske og etiske vurderinger, hvor det er viktig at pasienten gjennom god dialog kan gjøre valg i tråd med sine behov og preferanser. Heldigvis har det over tid vært en betydelig overgang fra medikamenter med lang halveringstid til de med kortere halveringstid og mindre bivirkningspotensial. Etter hvert finnes det også gode retningslinjer som beslutningsstøtte, både for behandling og avslutning av behandling.

– Benzodiazepingruppen gir oss store utfordringer knyttet til faren for vanedanning. Det er ingen tvil om at benzodiazepinoverforbruk/misbruk er en stor utfordring som fører med seg mye lidelse for både den avhengige og pårørende. Det fins også et omfattende illegalt marked for smugling og omsetning av benzodiazepiner.

I vår undersøkelse sier mange sykepleiere at de ønsker at legene er mer tilbakeholdne med å forskrive angst- og sovemedisiner. Tar ikke legene problemene knyttet til overforbruk alvorlig nok?

– Legene og Legeforeningen er svært opptatt av å redusere feilbruk og misbruk av angst- og sovemedisiner. Problematikken rundt kognitive bivirkninger, økt fallskaderisiko med mer har høy grad av oppmerksomhet blant våre medlemmer.

Legeforeningens ulike foreningsledd har stor aktivitet på området, i form av ulike kurs og faggrupper i legenes videre- og etterutdanning. Legeforeningen har også et eget nettkurs om vanedannende legemidler som tilbys alle medlemmer.

– Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) tilbyr bl.a. gjennomgang av kvalitetsindikatorer på risikoforskrivning til eldre i sine digitale uttrekksverktøy for legekontoets journalsystem. SKIL er for øvrig finansiert av legene selv, og vi ønsker oss hjelp fra myndighetene til å finansiere og utvikle dette viktige arbeidet. SKIL driver kvalitetsarbeid for legekontor, en arena det statlige Pasientsikkerhetsprogrammet ikke dekker.

Er dere komfortable med omfanget og bruken av disse medikamentene slik som det er i dag?

– Nei, vi er ikke tilfreds med dagens situasjon og har derfor et stort engasjement på dette området. De store skadevirkningene som alle typer rusmidler påfører individ og samfunn er svært tydelige for alle som arbeider i front mot pasienter. Legeforeningen tok derfor initiativ til å gjøre rusmedisin til en egen medisinsk spesialitet og registrerer med tilfredshet at fagområdet nå utvikler seg positivt i Norge. Men det er fortsatt utfordringer. Det er for eksempel for få behandlingstilbud som er tilpasset legemiddelavhengige som ikke er tradisjonelle rusmisbrukere, og fastleger blir ofte stående alene sammen med pasienten uten reelle muligheter for hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

– Men heldigvis er det lyspunkter. Blant annet viser Folkehelseinstituttets legemiddelstatistikk at det i perioden 2012–2016 er en klar nedgang i omsetningen av angst- og sovemedisiner av benzodiazepiner og z-hypnotika type målt i definerte døgndoser. Vi er på rett vei, men alt er ikke vel. ●



STEINAR MADSEN

Steinar Madsen er medisinsk fagdirektør i Statens legemiddelverk. Han mener at vi bør passe oss for å mistenkeliggjøre pasienter som bruker angst- og sovemedisiner. Mange har god nytte av pillene.

– Hva er legemiddelverkets ansvar for at angst- og sovemedisiner brukes riktig og ikke volder mer skade enn nytte?

– Preparatomtalen og pakningsvedlegget er de offisielle dokumentene som gir råd til leger og pasienter om hvordan legemidler skal brukes. Hvis vi ser på preparatomtalene (legens bruksanvisning) er de gode når det gjelder alle disse legemidlene siden det understrekes at legemidlene kun er til kortvarig eller intermitterende bruk.

– Det har vært vanskelig å finne klare tall på hvor omfattende avhengighetsproblematikken er, bruken av disse medikamentene i sykehjem og sykehus, samt anslag over hvor stort det illegale markedet er. Har myndighetene god nok oversikt over bruken av disse medikamentene?

– Både ja og nei. Vi har relativt god oversikt over hvor stor andel av pasientene som har et svært høyt forbruk, blant annet fra forskning ved reseptregisteret/Folkehelseinstituttet. Og vi har rimelig god oversikt over hvor stor andel av legene som har en uvanlig høy forskrivning av disse legemidlene fra epidemiologisk forskning. Det er i dag ingen gode metoder for å fange opp enkeltleger som skriver ut for mye medisiner. Da er man helt avhengig av at apotek, andre leger eller pårørende rapporterer legen til Helsetilsynet.

– Er legemiddelverket komfortable med omfanget og bruken av disse medikamentene slik som det er i dag?

– Ingen kan si hva som er et «ideelt» forbruk disse medisinene i samfunnet. Vi må passe oss for å mistenkeliggjøre pasientene generelt. Mange pasienter har god nytte av disse medisinene.

– Vi har blant annet gjennom vår kampanje for legemiddelgjennomgang hatt som mål å redusere bruken av noen benzodiazepiner (slik som diazepam) og unngå unødvendig dobbeltforskrivning av for eksempel benzodiazepiner og z-sovemidler.

– Antallet pasienter som får benzodiazepiner mot angst og som sovemidler, har gått ned mens bruken av z-sovemidler har vært ganske stabil. Alt i alt synes vi derfor utviklingen går i riktig retning for befolkningen som helhet. Om den går i riktig retning inne pleie- og omsorgstjenestene, har vi ikke tall på. ●

KARITA BEKKEMELLEM

Karita Bekkemellem er administrerende direktør i Legemiddelindustrien (LMI). Som er opptatt av å studere effekten og eventuelle bivirkninger av medikamenter generelt.

– Hva er legemiddelindustriens ansvar for at angst- og sovemedisiner brukes riktig og ikke volder mer skade enn nytte?

– Legemiddelindustriens ansvar er å dokumentere om effekt og bivirkninger står i forhold til hverandre. Dette gjør vi gjennom kliniske studier. Legemiddelmyndighetene gjennomgår all dokumentasjon, og dersom de vurderer at nytte/risikoforholdet er positivt, blir legemiddelet godkjent. Det er legen som kjenner sine pasienter best og som kan vurdere hva som er til det beste for pasienten, og det er legen som er ansvarlig for hvilken behandling pasienten skal få.

– Sterkt vanedannende medikamenter som Xanor selges i 100-pakninger til pasienten. Vil LMI støtte et forbud mot salg av slike legemidler i så store pakninger?

– Som bransjeforening kan vi ikke uttale oss om enkeltlegemidler. Hvilke pakningsstørrelser som er tillatt solgt bestemmes av legemiddelverket, og alle legemiddelselskapene skal forholde seg til dette.



– Er dere komfortable med omfanget og bruken av disse medikamentene slik som det er i dag?

– Dette er legemidler som er vurdert å ha større nytte enn risiko for pasienten, og vi må stole på legens vurdering av hver enkelt pasient. Vi som bransjeforening har ingen formening om bruken av et legemiddel er for høyt eller for lavt. ●

UTEN SKYLD?

Tekst Liv Bjørnhaug Johansen, temaredektør

Står du inne for hver tablett du gir?
Å være en del av et system fritar oss
ikke fra det personlige ansvaret.



En gang iblant leser jeg preparat-
omtalene på benzodiazepinene for
faktisk å minne meg selv på hva det
er vi driver med. Hver gang får jeg gå-
sehud av tanken på hva slags ansvar
vi har for andre mennesker i denne
bransjen.

Det er ikke sukkertøy vi deler ut. Vi
skal bli litt skremt. Vi skal ikke ta lett
på det.

Min første benzoavhengige pasient
traff jeg allerede som student. Hun
fikk Vival morgen, middag, kveld og
natt av oss. I tillegg skranglet det av ta-
bletter i veska som hun supplerte med
ved behov.

Jeg snakket med henne om det. Hun
avviste blankt at dette var noe problem
og ville gjerne ha en annen sykepleier i
morgen. Jeg tok det opp med legene på

avdelingen. De ristet litt på hodet og sa
at de ikke fikk gjort så mye med det her
i en kortvarig sykehusinnleggelse.

Jeg ringte fastlegen. Han sa «ja og
ha» og «vi tar det opp i ny og ne, men
du vet ... hun er jo godt voksen og ikke
motivert for å gjøre noe med det. Har
hatt angst og litt nerver hele livet». Han
så ikke at det var noe han kunne
gjøre med det.

UTBREDT PROBLEM

I psykiatripraksisen traff jeg pasienter med et så omfattende pilleforbruk at det er vanskelig å tro på. Og jeg gikk nøyaktig den samme runden med nøyaktig samme resultat. Krenket pasient, resignert lege, ikke noe resultat.

Etter et år som sykepleier var jeg nedsløpt og bedre integrert i systemet. Jeg delte ut benzodiazepinene som alle andre uten å lage mer leven enn en advarende tale til nye brukere og en oppfordring til legen om å skrive en linje om nedtrapping i epikrisen.

For du skal ikke ha jobbet så veldig lenge i helsevesenet før du ser at dette er et ganske utbredt problem. Vi har ingen tall på hvor mange som faktisk tar benzodiazepiner hver dag, men vi vet at det er mange nok til at vi burde ha dette høyt på agendaen. Og være oss bevisst ansvaret vår. Men hva er egentlig vårt ansvar?

Det er legen som ordinerer. Vi gir bare det de har gitt oss beskjed om å gi. Eller?

EICHMANN

Den tysk-jødiske filosofen Hannah Arendt fulgte rettssaken mot Adolf Eichmann som gikk for seg i Jerusalem i 1960. I boken *Eichmann i Jerusalem – en rapport om ondskapens banalitet* brukte hun denne saken for å si noe om personlig ansvar og skyld.

Eichmann hadde hatt ansvaret for transport av jødene i Det tredje riket under krigen. I første omgang var målet å transportere jødene ut av Tyskland for ny bosetting i øst. Det var Eichmann en tilhenger av. Jødene var i en utsatt posisjon i Europa, og dette ville kunne gi dem fast grunn under føttene, mente han. Men nå, i ettertid, vet

vi alle hvordan dette utviklet seg. Eichmann sa at han ikke likte vendingen prosjektet tok – fra ny bosetting til faktisk folkemord – men han fortsatte like fullt å gjøre jobben sin, om enn uten den samme gløden som før.

TANNHJUL I EN STOR MASKIN

Eichmann var en nødvendig brikke i logistikken, han visste godt hva som skjedde med dem han transporterte ut. Men han hevdet seg fri for skyld. Han hadde aldri drept noen. Han hadde heller aldri gitt ordre om at noen skulle drepes. Han hadde personlig ingenting imot jøder. Han var bare et tannhjul i en stor maskin. Hans oppgave var å løse logistikk – hva som skjedde med passasjerene hans når de gikk av toget og inn i gasskamrene, var ikke hans ansvar. Han hadde vært lydlig og utført oppgaven han fikk forelagt seg, så godt han kunne.

TANKELØS, IKKE OND

Eichmann er ikke ond, skriver Arendt. Han har ikke handlet ut fra andre motiver enn sin personlige fremgang; «*Det var bare det at han aldri innså hva han gjorde*» (Arendt 2000: 296). Han har passet jobben sin, vært opptatt av sin egen karriere uten egentlig å gløtte opp og ta innover seg resultatet av handlingene sine. Han er skyldig i å ha vært tankeløs.

Når vi mennesker inngår i større administrative systemer, er det lett å skli inn som et hjul i maskineriet, følge ordre og la tankeløsheten ta over for det personlige moralske ansvaret. Det er faktisk lettere å være tankeløs som Eichmann enn å være seg bevisst den fulle konsekvensen av sine handlinger.

Når jeg gir en beroligende tablett

på natta til en urolig pasient, og min kollega A gir en ny neste formiddag, og sykepleier C gir en på kvelden, og D gir en ny før MR neste dag, og jeg igjen en neste kveld for å roe før natta, og vi fortsetter sånn i to uker, er det ingen av oss som har gjort noe forbrytersk eller straffbart. Det er ikke engang et avvik.

Men til sammen har vi skapt et uheldig mønster som kan få alvorlige konsekvenser for pasienten. Legen har ordinert det, pasienten er urolig og vil gjerne ha noe. Vi har ikke vært onde, men i forsøket på å løse situasjonen har vi vært tankeløse. Utfordringen for oss som opererer i kompliserte systemer, er at vi må klare å heve blikket og se på hva summen av alle tannhjulene i maskinen produserer. Hva er det vi faktisk gjør?

SLIK GÅR DAGENE

Vi jobber i et system som slett ikke er ufeilbarlig. Vi leser bivirkningslista og forsiktighetsreglene i Felleskatalogen, men tar vi faktisk innover oss hva som står der? Vi vet at Imovane mister effekten og gir avhengighet etter et par ukers bruk, men deler vi ikke allikevel ut nummer 15 i rekka uten å agere?

Vi ser et uheldig Sobril-mønster utvikle seg, eller kanskje allerede være etablert – men hvor lett er det ikke å falle til ro med at legen har ordinert det og pasienten ønsker det – det er ikke noe vi kan gjøre? Vi er bare et tannhjul i maskineriet. Og det er vanskelig å gjøre noe annet enn det som er forventet av deg.

Vi sykepleiere er gitt et voldsomt ansvar, og vi forvalter stor tillit. Vi må søke kunnskap, tenke konsekvenser og våge konfrontasjoner. Vi kan ikke tillate oss å være tankeløse. ●

«Vi må klare å heve blikket og se på hva summen av alle tannhjulene i maskinen faktisk produserer.»

Les mer om angst- og sovemedisiner

Tekst Liv Bjørnhaug Johansen

JØRGEN G. BRAMNESS OG TOM VØYVIK: Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner

Universitetsforlaget, 2017

Helsepersonell kan ikke nok om benzodiazepiner, mener forfatterne av denne boken. Bramness er psykiater og opptatt av at benzodiazepiner brukt riktig er gode og effektive medisiner. Vøyvik har i en årrekke jobbet med medikamentavhengige og har erfart hvor store problemer benzodiazepinene kan skape når avhengighet utvikles.

Til sammen har de laget en balansert fremstilling av kunnskap og erfaring på området. Boken tar deg gjennom farmakologi, toleranse- og avhengighetsutvikling og rebound-effekt, og presenterer retningslinjer, verktøy, lovverk og nedtrapping. Alt du (og legen du jobber med) burde vite på 200 sider.



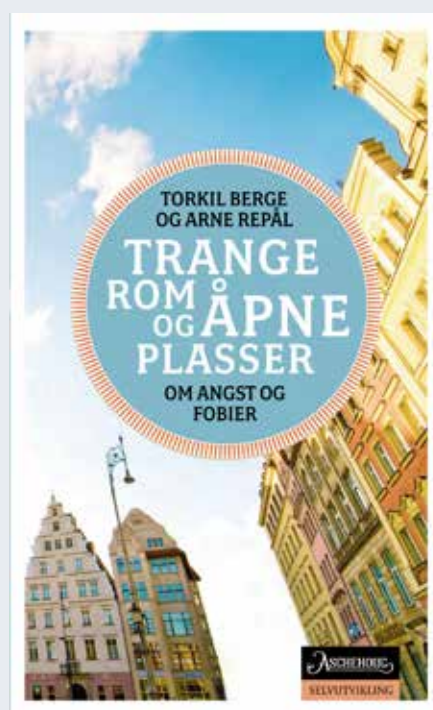
TORKIL BERGE OG ARNE REPÅL: Trange rom og åpne plasser. Om angst og fobier

Aschehoug, 2012

Er vi for raske ned i tablettskuffen når vi ser angsten bygge seg opp hos pasientene våre? Har du mer kunnskap om hva angst er og gjør med deg, vil du lettere kunne hjelpe pasienten gjennom det.

Torkil Berge og Arne Repål er begge psykologer som jobber med kognitiv terapi. Boken *Trange rom og åpne plasser* er skrevet som en selvhjelpsbok for mennesker med angst. Her får du vite hva angst er, hva det gjør med kroppen din, og hva du kan gjøre for å komme deg gjennom det.

Forfatterne advarer mot bruk av benzodiazepiner ved vedvarende angstproblematikk, men gir gode råd om hvordan du selv kan jobbe med angsten, både langsiktig med eksponeringsterapi og med kognitivt arbeid og teknikker for å kupere anfall av panikkangst der og da.



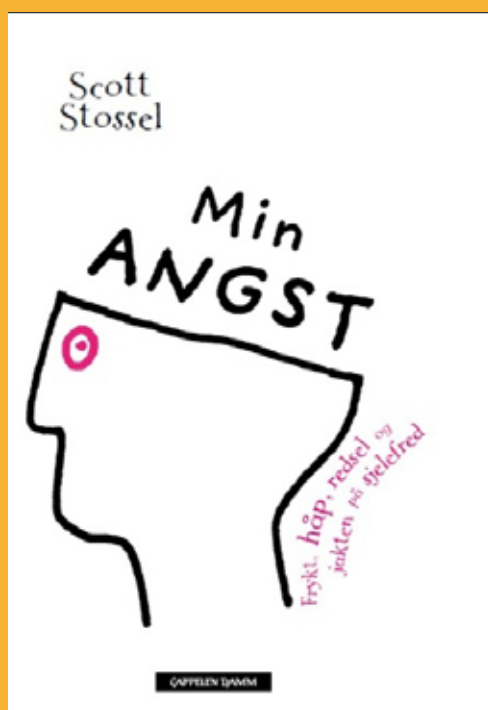
SCOTT STOSSEL:

Min angst. Frykt, håp, redsel og jakten på sjelefred

Oversatt til norsk av Lars Holm-Hansen
Cappelen Damm, 2015

Journalist og redaktør Scott Stossel har hatt hemmende angst så lenge han kan huske. Han har i over tretti år gått i psykoterapi, han har meditert, trent yoga, gått i kognitiv terapi, gruppeterapi, fått hypnose, akupunktur og eksponeringsterapi. Han har drukket alkohol, stått på antidepressiver og antipsykotika og selvfølgelig brukt alle tenkelige angst- og sovemedisiner. Ingenting har hjulpet.

I denne boken, som en slags biografi over sin egen angst, deler han ærlig, innsiktsfullt og humoristisk kunnskap, erfaringer og erkjennelser han har kommet frem til på veien. Dette er ikke bare en bok om Scott Stossel og hans liv i angsten, men en slags angstens kulturhistorie sett fra innsiden.

**TORE BAKKEN:**

Pasientskaden

Agape forlag / Tore Bakken, 2015

Tore Bakken har skrevet en ikke helt vellykket, men allikevel viktig roman basert på egne erfaringer som medikamentavhengig.

Boken er skrevet som en roman om forretningsmannen Kristen Hansen, som etter en angstreaksjon ved et samlivsbrudd ledes inn i en omfattende medikamentavhengighet. Det ene medikamentet legges på det andre, og etter et par år er han tungt medisinerert, dårlig fungerende og preget av bivirkninger. Romanen reiser spørsmål som: Hvorfor blir man kalt misbruker når man har fulgt legens forordning? Og: Hvorfor er det så vanskelig å få helsevesenet til å ta ansvar for å rette opp skader legen har påført?



a

Anxiolytika: Legemidler mot angst

A-preparater: Legemidler med høy misbruksfare. Skrives ut på egne resepter og er underlagt egne kontrollrutiner. Av benzodiazepinene er det bare det nå avregistrerte Rohypnol som er i denne klassen.

b

B-preparater: Legemidler med misbruksfare. Kan bare hentes ut av den det er ordinert til. De fleste benzodiazepinene på det norske markedet er i denne klassen.

Benzodiazepiner: En legemiddelgruppe som brukes mot angst, søvnproblemer og epilepsi

h

Hypnotika: Sovemidler

r

Rebound-effekt: Når man har oppnådd toleranse for en medisins effekt, vil det å slutte med medisinen ofte føre til at man ikke bare får tilbakefall av symptomene, men at tilbakefallet blir enda verre enn det var i utgangspunktet.

Residualeffekter: Dagen derpå-effekter som reduserer funksjonsnivået på dagtid og kan gi økt risiko for fall og brudd, spesielt hos eldre.

z

Z-hypnotika: En gruppe sovemidler som likner på benzodiazepiner både i virkning og bivirkninger

Benzodiazepiner: Hva er hva?

Dette er benzodiazepiner og z-hypnotika på det norske markedet.

Her er listen over generiske navn og salgsnavn på benzodiazepiner og benzodiazepinliknende hypnotika i Norge:

ANXIOLYTIKA (ANGSTMEDISINER):

Anxiolytika (angstmedisiner):

Diazepam –
Stesolid, Valium, Vival

Oksazepam –
Alopam, Sobril
(25–50 mg tilsvarer
10 mg diazepam)

Alprazolam –
Xanor
(0,5–1 mg tilsvarer
10 mg diazepam)

HYPNOTIKA (SOVEMEDISINER):

Hypnotika (sovemedisiner):

Nitrazepam –
Apodorm, Mogadon
(10 mg tilsvarer
10 mg diazepam)

Flunitrazepam –
Flunipam
(0,5–1 mg tilsvarer
10 mg diazepam)

Zopiklon –
Imovane, Zopiklon
(15 mg tilsvarer
10 mg diazepam)

Zolpidem –
Stilnoct, Zolpidem
(20 mg tilsvarer
10 mg diazepam)

ANTIPILEPTIKA:

Antiepileptika:

Klonazepam –
Rivotril
(0,5–1 mg tilsvarer
10 mg diazepam)

HSN tilbyr høsten 2018 følgende videreutdanninger:

Campus Drammen

- Psykisk helse og rusrelaterte problemer *60 stp*
- Kunst- og uttrykksmetoder i terapi *75 stp*
– *Oppstart juni!*
- Sår- forebygging, behandling og lindring *30 stp*
- Smertebehandling *30 stp*
- Kunnskapsbasert praksis *15 stp*
- Hverdagsrehabilitering *30 stp**

Campus Porsgrunn

- Samspill og tilknytning mellom barn og nære omsorgspersoner *30 stp*

Campus Vestfold

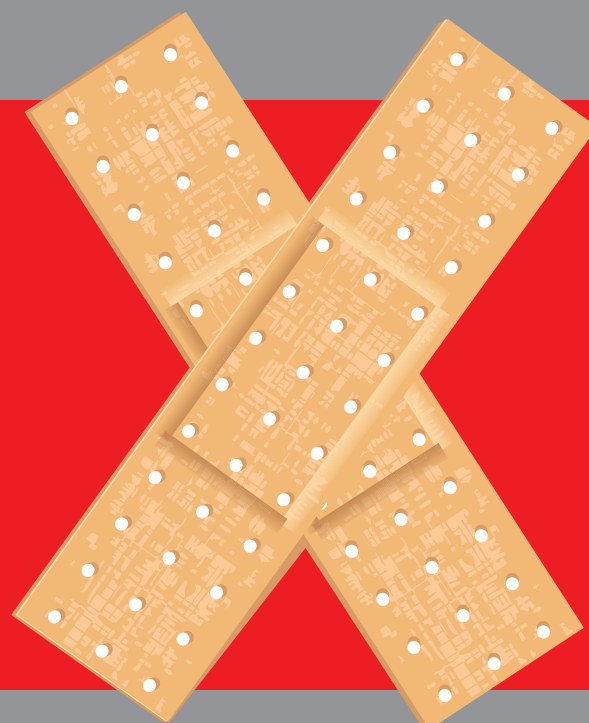
- Psykisk helsearbeid *60 stp - Vestfold/Porsgrunn*
- Psykososialt arbeid med barn og unge *60 stp*
- Geriatrisk vurderingskompetanse *30 stp*
- Akutt syke eldre (*kurs*)
- Personorientert helserett *30 stp*
- Diabetes for sykepleiere *30 stp**
- Hygiene og smittevern *40 stp*

**Med forbehold om godkjenning*

www.usn.no/studier/videreutdanning/helsefag

Her får du nyheter
som angår
sykepleiere

sykepleien.no



64.000

følgere kan ikke ta feil.
Følg oss på Facebook du også!



facebook.com/Sykepleien

Sykepleien

Hva ser du etter?
Sjekk

sykepleien.no



Sykepleien SØK

NYHETER FAG FORSKNING MENINGER BLOGG

Fagartikler
på nett

Klikk deg inn på **sykepleien.no**
og les våre artikler

Forsknings-
artikler
på nett

Ser du
også etter
forskningsartikler?

sykepleien.no



#sykepleien

Sykepleien gir ut bokasin, spesialutgaver om ett tema.
De kan bestilles i fordelsbutikken her: nsf.no

Til nå har disse kommet ut:



Pris medlemmer 129,-
Pris ikke-medlemmer 149,-
+ porto

Sykepleien



Lyst på en mer attraktiv CV som sykepleier?

Som Dedicare-vikar kan du fylle CVen din med variert erfaring og kompetanse. Samtidig finner du ut hva som er din fremtidige drømmejobb. Dette er bare to av mange grunner til å velge Dedicare, Norges største og mest erfarne vikarbyrå innenfor helsesektoren.

Ta kontakt enten du er sykepleier eller spesialsykepleier, så forteller vi deg mer om god lønn, pensjon, gratis reise og bolig, sommerbonus, samt våre andre fordeler.

Vi ser fram til å høre fra deg!

www.dedicare.no/nurse

+47 07480 – rekruttering@dedicare.no 

Vi bryr oss mer!

DEDICARE
Nurse