

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvarsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Bedriftshelsetjeneste og IA-avtalen

I Tidsskriftet nr. 8/2010 argumenterer M. Mathisen for at den foreslåtte forandringen i dialogmøter kommer til å binde opp altfor mange legeårsverk (1), legeårsverk som kunne ha vært brukt til pasienter som trenger legehjelp. Jeg er enig i det. I forsøket på å få bukt med sykefraværet settes det etter min mening i gang mange tiltak som ikke blir evaluert på effektivitet i forhold til ressursbruk og resultat. Dette gjelder ikke bare tiden fastlegen skal bruke, men også andre tiltak. Det satses mye penger på arbeidslivsentrene, men vet vi noe om resultatet? Og hva med tiltak innenfor Raskere tilbake?

Arbeidsrettet rehabilitering er utvilsomt et bra tiltak i mange tilfeller, men har vi oversikt over om personer faktisk kommer raskere tilbake etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold? Uansett kommer man inn ganske sent i fraværforløpet. Kanskje det finnes andre metoder som kan settes inn tidligere, som er mindre ressurskrevende og som har likt resultat? Bedriftshelsetjenesten har en helt annen mulighet enn fastlegene til å jobbe forebyggende med inkluderende arbeidsliv (IA). En slik tilnærming er gjort i intervensjonsforsøk både i Finland (2) og i Nederland (3), med en fraværsreduksjon på om lag 35 % sammenliknet med kontrollgruppen.

Mathisen nevner ikke at ifølge arbeidsmiljøloven og trygdeloven skal også bedriftshelsetjeneste være representert på dialogmøtet. For 1.1. 2010 var nesten 60 % av alle arbeidstakere tilknyttet en bedriftshelsetjeneste. Nå er store deler av kommunal virksomhet (undervisning/helsesosial) også pålagt å ha bedriftshelsetjeneste. Hvorfor ikke satse mer på denne tjenesten? Der er det helsepersonell som kjenner bedriften og likevel jobber i en fri og uavhengig stilling. Godkjenningsordningen som er innført for bedriftshelsetjenesten (4) vil dessuten bidra til å sikre at kvaliteten på tjenestene blir bedre.

Jeg savner dialog om rollefordeling og mer fornuftig bruk av ressurser i fraværsarbeidet. Hvem kan ta tak i det?

Marijke Engbers
Modum

Litteratur

1. Mathisen M. Feilslått forslag om IA-avtalen. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 818.

2. Taimela S, Malmivaara A, Justen S et al. The effectiveness of two occupational health intervention programmes in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomised controlled trials. *Occup Environ Med* 2008; 65: 236–41.
3. Kant IJ, Jansen N, van Amelsvoort L et al. Structured early consultation with the occupational physician reduces sickness absence among office workers at high risk for long-term sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil* 2008; 18: 79–86.
4. Forskrift om virksomheters bruk av godkjent bedriftshelsetjeneste og godkjenning av bedriftshelsetjeneste. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2009.

Zopiklon og krampeanfallet

Benzodiazepiner og benzodiazepinliknende medikamenter skrives sannsynligvis ut for ofte til personer som har rusmiddelproblemer, skriver Helge Waal & Jørgen G. Bramness i Tidsskriftet nr. 6/10 (1). Zopiklon er det mest brukte sovemidlet i Norge. Få betrakter medikamentet som avhengighetsskapende. Det fremgår heller ikke av Felleskatalogen at krampeanfallet kan oppstå etter seponering. Vi vil belyse disse problemstillingene med en sykehistorie fra egen praksis.

En mann i 20–30-årsalderen kom for første gang til avrusingsavdeling i forkant av videre psykiatrisk behandling. Han hadde tidligere hatt innleggelser med diagnosene blandingsavhengighet, affektiv lidelse og AD/HD. Pasienten opplyste ved innkommst at han brukte zopiklon 7,5 mg opptil 15 tabletter daglig og ingen andre faste medisiner. Han hadde aldri hatt epilepsi eller krampeanfallet av annen årsak. Han avga rene urinprøver på opiat, benzodiazepiner, amfetamin og cannabis ved innkommst. I journalen var det anført misbruk av zopiklon i kombinasjon med antidepressiver og alkohol fra 2001. I 2009 var forbruket kommet opp i 200 tabletter zopiklon per uke, og man iverksatte en gradvis nedtrapping frem til innleggelsen da han brukte ca. 12 tabletter per dag.

Han var motivert for rask avvenning og fikk standard krampeprofylakse med 1 200 mg valproat daglig. Zopiklon ble seponert. Ca. 36 timer etter innkommst ble pasienten observert sengeliggende og noe fjern, men det lot seg gjøre å kommunisere med ham. Han mistet så bevisstheten, begynte å riste og ble etter hvert stiv i kroppen. Anfallet varte ca. 90 sekunder. Deretter våknet pasienten, desorientert, prøvde å reise seg, men falt ned på skulderen og dunket

hodet i veggen. Det var postiktal tretthet, men ikke urinavgang eller tungebit. Etter anfallet sov pasienten i 10 timer under tilsyn. I etterkant valgte man å fortsette gradvis nedtrapping med zopiklon til null over en uke. Det kom ingen nye krampeanfallet og pasienten ble utskrevet som avtalt.

I litteraturen har vi funnet to beskrivelser av krampeanfallet hos zopiklonbrukere. Fra England er det et tilfelle hvor en 76 år gammel kvinne utviklet tonisk-kloniske kramper to dager etter brå seponering av zopiklon. Hun hadde brukt ni tabletter 7,5 mg daglig delt på tre doser i noen måneder (2). Den andre rapporten omhandlet en 36 år gammel mann som brukte 30–90 mg zopiklon daglig. Han fikk to abstinensanfallet i forbindelse med seponering av medikamentet. Denne pasienten brukte også alkohol, antidepressiver og nevroleptika (3).

Etter vår mening bør zopiklon betraktes på samme måte som benzodiazepiner når det gjelder avhengighetsutvikling og abstinens, og benyttes deretter med gradvis nedtrapping. En god artikkel står i *Canadian Family Physician* (4).

Øistein Kristensen

Adrian Razvan Pasareanu

Avdeling for rus og avhengighetsbehandling
Sørlandet Sykehus

Litteratur

1. Waal H, Bramness JG. Benzodiazepiner til personer med rusmiddelproblemer? *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 610–2.
2. Flynn A, Cox D. Dependence on zopiklon. *Addiction* 2006; 101: 898–900.
3. Aranko K, Henriksson M, Hublin C et al. Misuse of zopiklon and convulsions during withdrawal. *Pharmacopsychiatry* 1991; 24: 138–40.
4. Cimolai N. Zopiklon – is it a pharmacological agent for abuse? *Can Fam Phys*, 2007; 53: 2124–9. www.cfp.ca/cgi/content/full/53/12/2124 (14.4.2010).

Pasienten har gitt samtykke til omtalen.

J.G. Bramness og H. Waal svarer: Selv om zopiklon muligens kan ha mindre misbruksfare enn benzodiazepiner (1), binder medikamentet seg antakelig til samme sted som benzodiazepiner på GABA_A-reseptoren (mellom β og γ_2 -subenhetene av den pentamere reseptoren). Det vil derfor forekomme toleransutvikling, noe det også gjøres oppmerksom på i teksten i Felleskatalogen. I tillegg nevnes abstinensplager. Et forbruk på 100–200 mg zopiklon per dag er