

Legekunsten eller Om å være doktor i Twin Peaks

«There is no normal life, there's just life»
(Doc Holliday til Wyatt Earp i filmen «Tombstone» 1993)

Den amerikanske filmskaperen David Lynch ble i et intervju spurt om hvorfor han skildrer et samfunn som er så forskjellig fra virkeligheten i sine filmer. «Gjør jeg egentlig det?», var svaret.

Twin Peaks er det filmverket som flest forbinder med Lynch. Da filmserien kom i 1990, vakte den sensasjon og fikk raskt kultstatus. I det ytre begynner den som en krimiserie, den skildrer drapet på unge Laura Palmer og etterforskningen av dette. Twin Peaks er en liten plass i de dype skoger i nordvest-USA, der folk lever sine liv som de fleste andre steder, liv som på overflaten kan virke hverdagslige og «normale». Men etter hvert som episodene skrider fram, avdekkes de dypere lag i Twin Peaks, vi får se de sære og bisarre sidene bak idyllen, Lynch viser oss galskapen, faenskapen og ondskapen, men også storheten, inderligheten og kjærligheten, både den tillatte og den forbudte og alt dette folder seg ut i et «surrealistisk» mangfold. Det finnes ikke noe «normalt» liv, bare liv...

Da jeg fordøyde denne filmopplevelsen, slo det meg at jeg var «doktor i Twin Peaks». Jeg var kombilege i ei lita bygd dypt i de østnorske barskoger, ei bygd som på overflaten så hverdagslig og idyllisk ut som alle andre bygder. Jeg hadde vært der i over ti år, kjente den etter hvert ganske så godt, kjente slektene, hadde vært inne i de fleste husene, hadde hatt mange hundre av bygdefolket på kontoret, ofte for mindre ting, men også når liv og helse sto på spill. Jeg hadde fulgt noen av dem gjennom sykdommer det ikke var noen vei ut av, jeg hadde fulgt dem mot en avslutning vi begge visste ville komme, noen ganger kunne vi snakke med reine ord om det som ventet, andre ganger var det mer koder og symboler. Og en del – ikke så reint få – hadde delt sine innerste tanker med meg når livet var som svartest og bare motbakke, men også når ting lysna og livsgnisten vendte tilbake. Jeg kjente de gale, jeg kjente alkoholikerne som måtte ha hjelp når de enda en gang hadde drukket seg «helt ned», jeg kjente de engstelige og fortvilte barna og ektefellene. Jeg hadde møtt familiene i den dypeste krise når de brått hadde mistet en av sine kjære, ja – jeg syntes jeg hadde sett og opplevd det meste i denne bygda og visste at ingen liv var «normale», her var det bare liv...og død.

Som doktor hadde jeg et forhold til mange mennesker i denne bygda som var unikt. Jeg fikk se sider ved livet som få – kanskje ingen – andre fikk se og oppleve. I tidligere tider hadde kanskje presten noe av den samme rolla i bygdesamfunnet, men nå var det nok mer naturlig for mange å kontakte doktoren når det kneip som verst. Og bak doktoren fantes bare Gud..., men for mange var han død. Jeg visste veldig mye om veldig mange, så mye at det noen ganger kunne være vondt. Jeg bodde i bygda, ungene mine gikk i barnehage og skole sammen med alle andre, jeg traff pasientene på butikken, på foreldremøtene og i badstua i svømmehallen om fredagskveldene. Jeg måtte lære «å svømme som fisken i vannet» (Mao Zedong), lære å skille mellom det profesjonelle, det personlige og det private, men også å se at disse tre scenene i livet til dels overlapper hverandre.

Å være doktor – og særlig å være allmenndoktor – er å leve i Twin Peaks. Ikke bare i skogsbygda mi, men alle steder. Det finnes ingen «normale» steder, like lite som det finnes «normale» liv, det finnes bare steder og liv. Og under fernissen bobler alt det surrealistiske, som vi som leger etter

hvert får innsyn i når vi lærer samfunnet å kjenne. For meg er det nettopp her mye av fascinasjonen ved det å være allmenndoktor ligger, denne «nysgjerrigheten» etter å se hva som utfolder seg i den virkelige verden, den surrealistiske. Dette er ikke å være kikker, men å være en empatisk deltaker, det dreier seg om en «nysgjerrighetens empati». For legen bør intet menneskelig være fremmed, og det meste av det menneskelige utfolder seg under overflaten.

Det særegne ved å være allmenndoktor ligger i tettheten på livet, på det uselekterte og usensurerte livet, livet rett på slik det er, sammensatt, kaotisk, usminka, livet uten filter, uten sikkerhetsnett. Det ligger i å kjenne sine pasienter og sitt lokalsamfunn, i det å utvikle sin intuisjon og sin teft som kanskje er vel så treffsikker som sentralkrettede prosedyrer og manualer, og det ligger i å utvikle empatien (gjærne den nysgjerrige) og engasjementet for pasientene, kort sagt å dyrke og foredle den kliniske erfaringen. Dette står slett ikke i motstrid til vitenskapsbasert medisin, men burde tvert om være utgangspunkt for medisinsk vitenskap og forskning. Et eller to tiårs klinisk erfaring som allmenndoktor burde være et ideelt utgangspunkt for å utvikle denne unike kjennskapet til levende liv til medisinsk vitenskap.

Og her er vi framme ved temaet for årets julenummer av Utposten – legekunsten i det 21. århundre. Legekunst er noe annet og mer enn «legearbeid» og «kunst» eller det man får ved å legge disse to tingene oppå hverandre. Legekunst har for meg mye med Twin Peaks å gjøre, med empatien, nysgjerrigheten, engasjementet, intuisjonen, erfaringen på godt og vondt – ja tettheten på det levde livet – å gjøre. Det har med møtene mellom legen og pasientene å gjøre, og med spenningsfeltet mellom det å være en «flink» og «god» lege.

Vi har invitert et knippe skriveføre leger til å dele sine tanker om legekunsten og dens vilkår i vårt nye århundre med Utpostens lesere.

Vær så god!

Ivar Skeie

C Cipralax® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T: 18

T **Tabletter 5 mg og 10 mg:** Hver tablett inneholder: Escitalopram 5 mg eller 10 mg (som oksalat). Film-drasjerte tabletter med delestrek (10 mg). Fargestoff: Titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Behandling av alvorlige depressive episoder. Behandling av panikktilstand med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi.

Dosering: Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Cipralax administreres som en enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. **Alvorlige depressive episoder:** Normal dosering er 10 mg én gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maksimalt 20 mg daglig. Vanligvis er 2-4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. **Panikktilstand med eller uten agorafobi:** Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maksimalt 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maksimal effekt nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. **Sosial fobi:** Anbefalt dose er 10 mg daglig. Symptomlindring oppnås vanligvis først etter 2-4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maksimum 20 mg daglig. Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. **Eldre (> 65 år):** Startdose 5 mg daglig og en lavere maksimal dose bør vurderes. **Nedsatt leverfunksjon eller sakte metabolisme:** Startdose 5 mg daglig de første to behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over en eller to uker for å unngå mulige seponeringsreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor escitalopram eller et eller flere av hjelpestoffene. Samtidig bruk av ikke selektive MAO-hemmere.

Forsiktighetsregler: En eventuell økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de to første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Escitalopram bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani i anamnesen, og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller perorale antidiabetika. Pasienter bør følges nøye i begynnelsen av behandlingen pga. økt suicidalfare initialet. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, chirotske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hyponatremi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (for eksempel atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trisykliske antidepressiva, acetylsalicylsyre og ikke-steroid anti-inflammatoriske midler (NSAIDs), ticlopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningsstendens. På grunn av begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinasjonen av escitalopram med MAO-A hemmere anbefales generelt ikke på grunn av risikoen for serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder Johannesurt (Hypericum perforatum) kan gi økt incidens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR mindre enn 30 ml/min.). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Da alle psychoaktive legemidler kan påvirke vurderingsevnen og evnen til å utføre oppgaver, bør pasientene informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner, inklusive serotonergt syndrom, er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv MAO-hemmer, og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI behandling og påbegynt behandling med MAO-hemmer. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitalopram behandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversibel MAOH (selegelin) og minst én dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOH (RIMA) moklobemid. Selegelin i doser opp til 10 mg/dag har vært gitt sammen med citalopram uten reaksjoner. Samtidig administrasjon med serotonerge legemidler (for eksempel tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampeterskelen. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Som for andre psychoaktive legemidler anbefales ikke en kombinasjon med alkohol. Samtidig administrasjon av legemidler som hemmer CYP2C19, som for eksempel omeprazol, kan gi økte plasmakonsentrasjoner av escitalopram. Forsiktighet bør utvises når escitalopram i øvre del av doseringsintervallet tas samtidig med høye doser cimetidin. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, og som har smal terapeutisk indeks, som for eksempel flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesikt) eller enkelte CNS virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, for eksempel antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tiordazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrasjon av desipramin eller metoprolol (CYP2D6 substrater) medfører en dobling av plasmavåne. (I: N06A B escitalopram).

Graviditet/Amning: **Overgang i placenta:** Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Cipralax bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. **Amning:** Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Kvinner som ammer bør ikke behandles med escitalopram eller amming bør opphøre.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Seponeringsproblemer har ikke vært systematisk undersøkt med escitalopram. Seponeringsreaksjoner har vært observert med rasemisk citalopram; svimmelhet, hodepine og kvalme. De er i hovedsak milde og forbigående. Følgende bivirkninger er observert hyppigere med escitalopram enn med placebo i dobbelt-blindet, placebo-kontrollerte studier. Frekvensene er ikke korrigert for placebo. **Svært hyppige (>1/10):** Gastrointestinale: Kvalme. **Hyppige (>1/100):** Metabolske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido, anorgasmi hos kvinner. Nervesystem: Søvnløshet, sømnløshet, svimmelhet. Respiratoriske: Sinusitt, gjespning, Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Reproduksjon: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. **Mindre hyppige (<1/1000):** Nervesystem: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Følgende bivirkninger gjelder generelt for SSRI: Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Metabolske: Hyponatremi, utilstrøkkelig ADH-sekresjon. Syn: Synsforstyrrelser. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, munntørhet, diaré, anoreksi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampor, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikk anfall, nervøsitet. Urogenitale: Urinretensjon. Reproduksjon: Galaktoré, seksuelle bivirkninger inklusive impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Hud: Utslett, ekkymoser, kløe, angioødem, svette.

Overdosering/Forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. **Symptomer:** Symptomer på overdose med rasemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, sømnløshet, bevisstløshet, krampor, takykardi, EKG endringer med ST-T endringer, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolose, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. **Behandling:** Ingen spesifikk motgift. Etabler og oppretthold frie luftveier, adekvat oksygenering og ventilering. Mageskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Overvåking av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

Pakninger og priser: Tabletter: 5 mg: Enpac: 28 stk. kr 132,10.

10 mg: Enpac: 28 stk. kr 246,70, 98 stk. kr 716,70. Boks: 200 stk. kr 1427,20.

Endose: 49x1 stk. Kr 375,40.

Basert på godkjent SPC, SLV januar 2004

Pakninger og priser per januar 2004

Referanser:

1. Sorbera LA et al. Drugs of the Future 2001; 26(2): 15-20.
2. Gorman JM et al. CNS Spectrums, April 2002, volume 7(suppl 1): 40-44.
3. Wade A et al. Int Clin Psychopharmacol 2002; 17: 95-102.
4. Lepola UM et al. Int Clin Psychopharmacol 2003; 18: 211-217
5. Francois C et al. Eur J Health Econ 2003; 4: 12-19
6. Burke et al. J Clin Psychiatry 2002; 63:4: 331-336
7. Preparatomtale basert på godkjent SPC, SLV januar 2004.

H. Lundbeck AS, postboks 361, 1326 Lysaker. Telefon: 67 52 90 70. Telefax: 67 53 77 07.

E-post: lundbeck-norge@lundbeck.com.

www.lundbeck.no