





Profesjonell
personlig
privat

Om vedlikehold av leger

En privat bruksanvisning.

Reisebrev fra en kollega i faglig eksil

AV BENTE ASCHIM

Jeg har lest et sted at leger når sin faglige topp ti år etter at de er ferdig uteksaminerte fra doktorskolen. Her kan jeg begynne å drøfte hva det vil si å være «faglig på topp». Men det er ingen grunn til å polemisere mot et dårlig uttrykk eller tallet ti, for da mister jeg mitt startsted for denne teksten. Forskning viser at vi ikke alltid avlærer oss det som er utdatert av tidligere kunnskap, at vi glemmer en del av det vi har kunnet tidligere og at vi ikke plukker opp ny kunnskap som yngre kolleger har fått på studiet.

I en alder av 53 år, med snart 28 år bak meg som lege, har jeg derfor for lengst passert toppen. Det er ingen flere fjell å bestige. Men jeg har jo lang klinisk erfaring, jeg har opparbeidet mye kompetanse som jeg kan flyte videre på som lege. Dette borger for kvalitet! Og jeg forsøker da å følge så nøenlunde med? De neste 14 årene som lege ser jeg for meg et slettelandskap med vidt utsyn både bakover og framover og med klar luft og høy himmel hvor jeg kan vandre fredelig til jeg når det forjettete landet: Pensjonstilværelsen. Landet det drømmes om, snakkes om, som planlegges både på det private og politiske plan for tiden, blant mine jevn gamle, også blant leger.

Men det finnes et worst-case-scenario for siste del av yrkeslivet: en (nærmest, men ikke helt) usynlig nedoverbakke som yrkesaktiv. Hvorfor skulle jeg være annerledes enn andre leger som det er forsket på? Kan jeg risikere at manglende kunnskap, mindre nysgjerrighet og redusert engasjement vil gå utover mine kolleger og mine pasienter fram til den dagen alle, inkludert meg selv, puster lettet ut over at yrkeslivet er et avsluttet kapittel?

Tankene på dette skremte meg, nok til å finne fram til en av mine yndlingsbøker: «Zen og kunsten å vedlikeholde en motorsykkel» av Robert Pirsig, amerikansk forfatter og



Bente Aschim

Fastlege Fagerborglegene i Oslo, spesialist og veileder i allmennmedisin, deltidsstilling som veilederkoordinator i Legeforeningen. (Privat: 3 barn, bosatt på Vålerenga med datter og katt.)

filosof. Boka har støvet ned siden jeg leste den på 80-tallet. Den beskriver en reise på motorsykkel gjennom USA; en far med sin elleveårige sønn, året er 1968. Boka kom ut i 1974 og er fortsatt en bestselgende kultbok. Jeg-personen er intenst opptatt av å vedlikeholde sin gamle motorsykkel. Han er også lidenskapelig interessert i å utforske verdier, han leter både i østlig filosofi og blant de gamle grekere. Særlig opptatt er han av å finne ut hva begrepet *Kvalitet* innebærer. Motorsykkelvedlikehold er en metafor: I realiteten er dette en bok om å vedlikeholde seg selv som menneske.

På hvilken måte trenger jeg vedlikehold utover resertifisering av spesialiteten hvert femte år? Hva er kvalitetene i mitt doktorliv og hva er i ferd med lydløst å forvitte? På hvilken måte bevarer jeg en god lege-pasientrelasjon uten å bli utslitt, kynisk, kunnskapsløs og uengasjert? Hva må vedlikeholdes og hva må læres på nytt? Hvor finnes kilder til ny kunnskap og kompetanse? Kanskje spørsmålet heller er *hvordan* enn *hvor*: For er det ikke snart for sent å endre seg? Er det mulig å legge om vaner – i min alder?

Med disse spørsmålene i hodet mitt ønsket jeg meg min egen private motorsykkeltur. Uten førerkort for motorsykkel måtte jeg gjøre noe annet. Jeg har gått inn et selvvalgt medisinsk eksil denne høsten. Reisen ble mindre eksotisk



enn Pirsigs, men utfordrende nok!. Med en god vikar på plass, med støtte fra kolleger, med hyggelige kommentarer fra pasienter gikk jeg hjem og lurte på hva jeg skulle gjøre resten av mitt liv. Jeg hadde to målsetninger:

- 1) Jeg trengte en audition på pensjonsalderen.
- 2) Jeg trengte å planlegge seniortilværelsen.

For å vri på en formulering om familier: Alle leger er ulykkelige på samme måten («For mange skjemaer, for mye byråkrati, for lange arbeidsdager, for krevende pasienter») men vi er lykkelige på forskjellige måter. Det er det som kalles kvalitet i Pirsigs filosofi:

Det han mente med kvalitet var noe annet enn subjektivt behag. Kvalitet er noe som reduserer subjektiviteten. Kvaliteten hever oss over oss selv og får oss til å bli oppmerksom på omverdenen... Kvalitet er ikke en ting. Den er noe som finner sted. En begivenhet.

Hvordan gikk det så å være ikke-doktor? Og hva har jeg lært om meg selv og min legerolle?

Det første jeg lærte handlet om forholdet til mine pasienter: jeg er oppriktig glad i de fleste av dem. Til nå har jeg trodd at jeg var avhengig av min daglige dose pasienter og at jeg ville lide av alvorlig abstinens når jeg ikke lenger satt på kontoret mitt og tok i mot «mine». Slik gikk det ikke. På under en måned klarte jeg å glemme brukernavn, passord og koden på alarmer.

«Jeg savner dem ikke, pasientene» sa jeg, både beskjemet og bråkjekt. «Og de savner ikke deg» svarte en kollega kjapt. Jeg innrømmer at jeg likte ikke at han sa det. Innerst inne tenkte jeg at han tok feil. Dette var tross alt en time-out, ikke game over!

Men jeg lærte også at jeg savnet selve doktorrollen. Jeg liker å være en del av et team, å være ventet, å finne en liste på skrivebordet som strukturerer dagen. Jeg trives å være i en sammenheng hvor jeg ikke behøver å bestemme dagsorden for meg selv hver dag. Profesjonsrollen handler om mer enn pasientrelasjonen: Det er en kvalitet i det å føle seg som en familie på kontoret, det er en kvalitet som sitter i veggene. En kvalitet som også pasientene gleder seg over. Jeg hadde en pasient som hadde sterke anklager mot meg, men sa: «Jeg vet ikke om jeg slutter likevel, det er så hyggelige medarbeidere her».

Lysten til å lese faglitteratur begynner å komme tilbake. Det er den gamle erfaringen om at det man ikke *må*, det er lettest å gjøre.

Noe av det viktigste er kanskje likevel at mitt private jeg har funnet et rom og en plass. Det er mange aktiviteter som

gjør meg glad, fornøyd, fyller dagene og får meg til å sovne tilfreds om kvelden. Jeg visste det selvfølgelig også tidligere, men rakk aldri å nyte det. Å bruke lang tid med avisen, høre på radioen, pusse opp et rom, be venner på middag, lese lyrikk, gå turer, pugge franske verb. Jo, Pirsig har rett: «Kvalitet er en begivenhet.» Jeg tror jeg består audition til pensjonsalderen.

Dette ble en privat fortelling, men se her: Hvordan står det til med dere mine allmennmedisinske kolleger? Det er 4313 av oss pr. dags dato, hvorav ca. 2400 er spesialister, de fleste i allmennmedisin. Andelen kvinner i legeyrket øker, men den relative økningen blant kvinner i allmennmedisin øker ikke tilsvarende. Andelen spesialister i allmennmedisin er svakt synkende. Som gruppe er vi gjennomsnittlig blitt tre år eldre i løpet av de siste ti årene. Gjennomsnittsalderen er 48,1 år. 45,4 prosent av allmennlegene har fylt 50 år. Halvparten av oss er over 48 år, om noen få år vil halvparten være over 50!

Er det et problem for norsk allmennmedisin at vi er en aldrende populasjon og at så mange har begynt med nedtrappingen? Min rettleder Pirsig er opptatt av at man må ha den rette «Geist» (i meningen «ånd/ sjel») i det man gjør. Det greske ordet *enthousiasmos*, opprinnelsen til ordet *begeistring*, betyr bokstavelig oversatt «å ha theos i seg». Theos betyr Gud – eller kvalitet? Har jeg selv lyst til å gå til en lege som har mistet entusiasmen for faget og pasientene og som rolig tar de siste hvileskjærene før målsnoren brytes og pensjonen innkasseres? Jeg ønsker selv en lege som ser meg, møter meg, følger meg inn i diagnosen og videre i rehabiliteringen hvis nødvendig, som ikke gir seg hvis jeg trenger en som står på. Skal mine pasienter forvente mindre?

Så derfor, for de av dere som ønsker å unngå å bli sure gamle kjerringer eller gretne gamle gubber, her deler jeg noen forslag. Disse passer for meg i dag og kanskje for noen andre i morgen. Om jeg klarer å gjennomføre dem når jeg er tilbake i praksis, får tiden vise! Jeg har skrevet «deg» for ikke å bli for privat, men egentlig er utgangspunktet «meg».

Du kan beholde kvaliteten i lege-pasient-forholdet ved å:

- Tillate deg å ta det litt roligere. Du har råd til det.
- Se at pasienten er på din banehalvdel, gi uttrykk for det.
- Ikke bli engstelig, ikke vis utålmodighet, la deg for all del ikke kjede. Det finnes spennende historier i alle mennesker. Du må bare stille de riktige spørsmålene.
- Stopp opp når det skjærer seg med en pasient, gjerne med en kollega. Start med det viktigste: Hvordan er min relasjon til pasienten? Hva er det som mangler i vårt samarbeide? Spør pasienten! Hvis vi kommer på bølgelengde igjen og reparerer relasjonen, så vil diagnosen, behand-

lingen og rehabiliteringen være enklere for begge, både lege og pasient.

Du kan beholde kvaliteten i kollegaforholdet, særlig til de yngre ved å:

- Si ofte: Dette kan du bedre, vil du hjelpe meg?
- Si aldri til noen som har en tanke å dele med deg: Dette har allerede stått på EYR. Dette sto i en artikkel i Utposten, dette kan du lese om i...
- Si så sjelden som mulig at det var mer entusiasme og idealisme før (les: da vi var unge) og at dugnadsånden er død.
- Innrøm at du gjør feil og fortell om dem.

Du kan beholde kvaliteten i eget liv ved å:

- Innse at de store prosjektene kanskje er lagt bak deg. Finn noen små eller mellomstore prosjekter som får deg til å løfte blikket utover hverdagen. La det være noe som betyr noe for flere enn deg selv.
- Ikke slite med adjektivene i superlativ form: best, flinkest, raskest, rikest. Men bruk gjerne de komparative formene: «Jeg vil bli bedre til..... f.eks. å informere pasientene..... enn jeg har vært tidligere»
- Fri deg fra de modale hjelpeverbene: skulle – burde – måtte. Det har vært nok sjefer i livet ditt til nå. Overta styringen selv.
- Tro at du fortsatt har betydning. Du er ikke uunnværlig, men du gjør en forskjell.
- Tørre å utfordre sannhetene i ditt eget liv: Hver gang du tenker: Jeg har ikke noe valg, så forsøk å ta det valget du tror du ikke har og følg det helt ut i tankene. I vår tid, i vårt land, i vårt yrke har vi alltid valgmuligheter. Det er en luksus vi ikke skal gi fra oss.
- Le mer, gjerne sammen med pasientene dine.
- Lytt gjerne på andres råd, men lag dine egne overlevelsesregler.

Å bli eldre er det heldigvis noen som har opplevd før oss. Og de hadde verken avtalefestet pensjon eller nedtrappingsplaner. Men også de visste at livet er begrenset i dager og at utfordringen er å fylle disse dagene med noe som gir både en selv og andre gleder.

Hør en nonnes bønn fra 1700-tallet:

Herre, du vet bedre enn jeg at jeg er blitt eldre og at en vakker dag er jeg blitt gammel. Fri meg fra den ulykksalige uvanen å tro at jeg for en hver pris må uttale meg ved enhver anledning om ethvert emne. Frigjør meg fra trangen til å ordne opp i andres saker. Gjør meg omtenksom, men ikke lunefull, hjelpsom, men ikke påtrengende...

La meg få være forholdsvis omgjengelig. Ikke så at jeg vil være noen helgen – de helgenene jeg kjenner, er temmelig vanskelige å omgås – men sure gamle mennesker er et av djevelens mesterstykker. Gi meg evnen til å se gode ting på uventete steder og talenter i uventete mennesker. Og gi meg, Herre, den nådegave å kunne fortelle dem det. Amen.

Dette var min utfordring til meg selv – og kanskje til noen andre. God jul!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: bentema@online.no

Ebixa®

memantin

- Verdt å huske!

C
Ebixa «Lundbeck»
Middel mot demens.
ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann.

TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg:

Hver tablett inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek.

Indikasjoner: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.

Dosering: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelintak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer.

Voksne/eldre: Maks. daglig dose er 20 mg.

Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en 1/2 tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken. 10 mg daglig i den andre uken (en 1/2 tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en 1/2 tablett/10 dråper på ettermiddagen eller kvelden) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40-60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfall eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksametofan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarkost, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med *Proteus* bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner.

Interaksjoner: Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksametofan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin,

prokinamid, kinin og nikotin inneberer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokloriazid eller kombinasjonspreparater med hydrokloriazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta:

Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko.

Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme.

Kvinner som tar memantin, bør ikke amme.

Bivirkninger: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse.

Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og somnolens. **Mindre hyppige:**

Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Øvrige: Tretthet. Krampeanfall er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord, og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin.

Overdosering/Forgiftning: **Symptomer:** I ett tilfelle av overdose (selvmordsforsøk) overlevde pasienten inntak av opptil 400 mg memantin (oral) med virkninger på sentralnervesystemet (rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, kramper, somnolens, stupor og bevissthetsløshet) som gikk tilbake uten varige mén. **Behandling:** Bør være symptomatisk.

Egenskaper: **Klassifisering:** Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. **Virkningsmekanisme:** Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse.

Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon.

Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} oppnås etter 3-8 timer.

«Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner.

Proteinbinding: Ca. 45%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg.

Halveringstid: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9.

Metabolisme: Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt.

Oppbevaring og holdbarhet: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder.

Pakninger og priser: **Dråper:** 50 g 782,00.

Tabletter: 30 stk. 527,30, 50 stk. 790,40, 100 stk. 1546,40.

Sist endret 12. oktober 2006.

Basert på godkjent SPC april 2006.

Referanser:

1. Reisberg B, Doody R, Stöffler A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New Engl J Med* 2003; 348: 1333-1341.

2. Godkjent SPC.

3. Wimo A, Winblad B, Stöffler A, et al. Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Pharmaco-economics* 2003; 21 (5): 1-14.

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
N-1312 Lysaker
Tel +47 91 300 800
Fax +47 6753 7707
www.lundbeck.no

www.ebixa.com

