

Om å være i takt med seg selv

AV OLE ANDREAS HOVDA, fastlege ved Sandaker Legekontor i Oslo, og teolog

Dagene våre er fylt til randen av valg og avgjørelser. Både i jobben som lege og i livet generelt. Dette med valg er imidlertid ikke bare enkelt. Satt på spissen kan vi si at vi i hele vårt bevisste liv tar valg. Men det er ikke alle valgene vi er oss bevisste. Det er ikke alltid lett å se, eller behagelig å innrømme, at når vi velger én løsning, velger vi vekk alle de andre. Ikke permanent, og ikke ugjenkallelig, men i akkurat det øyeblikket valgte vi alt det andre vekk. Og akkurat det øyeblikket kan vi ikke få tilbake igjen; vi kan ikke spole tilbake og velge på nytt. Det er heller ikke alltid lett å huske på at det å ikke velge også er et valg. Når vi utsetter en avgjørelse velger vi at det skal gå mer tid før vi bestemmer oss. Hele tiden tar vi valg.

La meg ta et eksempel, en historie fra virkeligheten: (kan hende noen kjenner seg igjen.) Mens jeg sitter i en konsultasjon på en hektisk dag på kontoret ringer en av legesekretærene inn og sier at pasient NN står i luken og lager bråk fordi hun er misfornøyd med noe. Hun nekter å godta beskjeden fra legesekretæren, som spør om jeg kan ta to ord med pasienten før neste oppsatte time, for å roe situasjonen. Jeg sier at det kan jeg gjøre, og gir NN noen få minutter før jeg tar inn neste oppsatte pasient. Hva har jeg da egentlig gjort? La oss se litt nærmere på det.

Jeg har hjulpet legesekretæren ut av en vanskelig situasjon, og jeg har bidratt til å skape bedre stemning på venteværelset. Jeg har håndtert et problem på en rask og effektiv måte. Så langt alt vel. Alle tingene er noe jeg gjerne vil gjøre. Men – for det er et men – jeg har gjort mer: Jeg har vist NN at hvis hun bare bråker nok og er ufin nok, får hun komme til med en gang, og jeg har vist alle andre på venteværelset at det å oppføre seg skikkelig ikke nødvendigvis lønner seg.¹ Er dette i overensstemmelse med det jeg står for? Er det i tråd med mine verdier at det er ok å brøyte seg fram og dytte andre til siden? På ingen måte! Men det er jo det jeg har vært med på å gjøre. Det er det jeg har legitimert ved mitt valg.

¹ Jeg har også vist legesekretæren at hvis det blir for ubehagelig å være avvisende mot pasienten så kan hun slippe å gjøre det ved å la meg ordne opp, men det er en mer sammensatt problemstilling som jeg velger å ikke drøfte her.

Per Lauvås og Gunnar Handal har i sine bøker «*På egne vilkår – En strategi for veiledning med lærere*» og «*Veiledning og praktisk yrkesteori*» skrevet om hva som ligger bak handlingene våre. Lauvås og Handals teorier er ikke bare viktige verktøy i undervisningssituasjoner, men er også svært anvendelige ved refleksjon over egne valg og handlinger.

Lauvås og Handal bruker Løvlies analyse av praksis som grunnlag for sitt begrep praksisteori.² Handlingene våre, sier Løvlie, er ikke vilkårlige. De baserer seg både på ytre rammer og begrensninger, samt erfaringer og verdier. Løvlie illustrerte disse tre nivåene i sin *praksistrekant*.³ Det første nivået, P1-nivået, tilsvarer våre handlinger; det som kan observeres. Under, eller bak, handlingene utgjør teoribaserte og praksisbaserte begrunnelser P2-nivået, som igjen hviler på P3-nivået som består av etiske begrunnelser og rettferdiggjøring. Det er P2- og P3-nivåene som Lauvås og Handal kaller praksisteori.

Lauvås og Handal sier at praksisteorien er en teoretisk konstruksjon, og skriver: «...vi antar at det finnes en slik privat, tankemessig beredskap med elementer fra egen erfaring, ispedd informasjon om andres erfaringer, satt inn i en ramme av teoretisk kunnskap og innsikt og ordnet etter verdier vi oppfatter som viktige.»⁴ De understreker imidlertid at praksisteorien er svært sammensatt, lite konsistent, motsetningsfylt og inneholder i stor grad taus kompetanse.

Læring er en kontinuerlig prosess. I møte med en ny erfaring kommer vi med hele vårt liv og tankesett. Hvis den nye erfaringen er i overensstemmelse med våre tidligere erfaringer, bygger den opp om den forståelsen vi har. Er den nye erfaringen tvert i mot noe annerledes, kan vi enten avvise den som usann, forkaste vårt gamle tankesett helt, eller innlemme den nye erfaringen i vårt eksisterende tankesett

² Jeg velger å bruke begrepet «praksisteori» og ikke «praktisk yrkesteori», fordi jeg ønsker å vise at begrepet og teorien deres har mye for seg, også utenfor en profesjonell kontekst.

³ Både Løvlies og Lauvås og Handals praksistrekant har en noe annen utforming enn det jeg har satt opp, men jeg velger å gjøre det på denne måten fordi jeg mener at illusjonen fungerer enda bedre da.

⁴ Lauvås, P. Handal, G. *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo 2007, J. W. Cappelens forlag, s. 180

og reformere det. I møtet med nye erfaringer kommer det tydelig frem at ikke alle elementene i praksisteorien er like viktige. Verdiene våre farger i svært stor grad hvordan vi tolker den nye erfaringen, og får dermed mye å si for om vi forkaster eller innlemmer. Sånn sett kan vi si at det er verdiene våre som er det mest grunnleggende i vår praksisteori.

Store deler av praksisteorien er taus kompetanse, det vil si kompetanse som er vanskelig eller umulig å uttrykke med ord. Vi kan lese side opp og side ned om hjertelyder eller om palpasjon av abdomen, men disse ordene, denne teorien, kan aldri erstatte den praktiske kompetansen vi får ved å auskultere eller å palpere selv. Vi kan ikke få følelsene i fingrene ved å lese en bok.⁵ Men det er ikke bare her det er problemer mellom den praktiske kompetansen og den teoretiske kompetansen. Når vi får teoretisk kunnskap som vi ikke har praktiske ferdigheter eller erfaringer til å sette i system, kan den teoretiske kompetansen bli lagret som kun verbal kompetanse, som vi ikke klarer å nyttiggjøre oss praktisk.

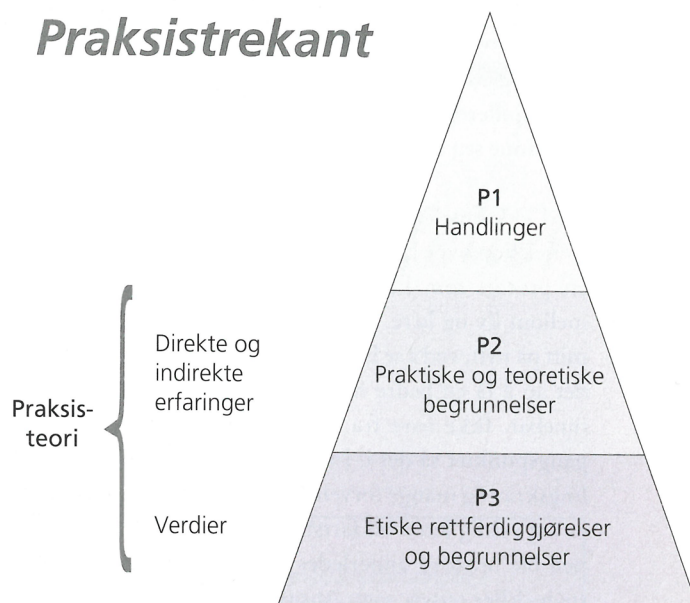
Lauvås og Handal sine tanker om praksisteori er rettet mot en undervisningssituasjon, men jeg synes imidlertid at det er når jeg tar med meg den teoretiske kunnskapen om praksisteori og anvender den på mitt liv og min legehverdag, at teorien blir veldig spennende.

Hvilke verdier og idealer har jeg egentlig? Hva ønsker jeg skal prege den jeg er og det jeg gjør? I livet mitt har jeg mange forskjellige roller. Jeg er legen til mange, jeg er kollegaen til noen få. Jeg er mannen til min kone, og sønnen til min mor. I alle disse rollene har jeg forskjellige idealer som preger hva jeg gjør. Hvor ofte er det vi setter oss ned og tenker gjennom hvilke idealer vi ønsker skal prege disse rollene våre? Har du noen gang satt deg ned og tenkt over hvilke verdier og idealer du vil skal prege legejobben din?

Når slike spørsmål blir stilt, kommer fort protestene. Den slags moralisme skal mange ha seg frabedt. «Hvem tror han han er, som kommer her og snakker om verdier?» Men dette handler ikke om moralisme. Dette handler ikke om at jeg eller noen andre skal fortelle deg hvilke idealer du bør ha, eller hvordan du bør velge. Poenget er ikke at du skal ha en bestemt type verdier. Poenget mitt er at verdiene og praksisteorien du har, preger hva du gjør, og derfor er lurt at du stopper opp og reflekterer rundt disse. Ikke fordi du skal være i takt med tidsånden eller god legeskikk. Men fordi det er hensiktsmessig å være i takt med seg selv.

⁵ Denne tause kunnskapen kan være et problem i en naturvitenskaplig positivistisk tradisjon hvor alt skal kunne verifiseres såkalt «objektivt» og empirisk. Er de praktiske kunnskaper ikke ekte kunnskaper?

Praksistrekant



Det er ikke veldig kontroversielt å hevde at det er lurt å unngå indre strid. Enten det gjelder innad i et land, en forning, på et kontor eller i oss selv. Det er ikke vanskelig å se at dersom det er for store motsetninger mellom det vi gjør (P1) og det vi står for faglig (P2) og etisk (P3), så vil dette kunne ha uheldige konsekvenser i form av indre uro eller distansering fra seg selv. Lauvås og Handals modell kan være et godt redskap for å skape balanse mellom liv og lære ad to veier. På den ene siden kan vi spørre: «Hvilke verdier og meninger ligger implisitt i handlingene mine?» Og på den andre: «Hvilke handlinger bør verdiene mine medføre?» Disse to spørsmålene kan sette i gang en bevisstgjøring hvor handlingene mine både påvirker og utfordrer verdiene mine, og hvor verdiene påvirker og setter spørsmålstegn ved handlingene. På denne måten kan liv og lære i større grad komme i dialog med hverandre, og motsetningene reduseres.

I eksempelet tidligere i artikkelen brukte jeg et perspektiv fra handling til praksisteori. Hva skjer når jeg så snur perspektivet? Refleksjonene rundt valget jeg tok i den aktuelle situasjonen har tydeliggjort for meg at jeg ikke vil at det skal lønne seg å være ufin og bryte reglene, jeg vil ikke at de som oppfører seg skikkelig skal skyves bak i køen. Jeg vil hjelpe legesekretærene dersom situasjonen blir uhandterlig for dem, og jeg ønsker å bidra til at det er hyggelig på venteværelset. Hvordan skal jeg da handle i en tilsvarende situasjon for å være i takt med det jeg står for? En måte kan være: Hvis konsultasjonen jeg sitter i tillater det, kan jeg unnskylde meg og gå ut på venteværelset, og si til NN at den type oppførsel er uakseptabel. Jeg kan tydelig si at jeg ser at

hun er opprørt, men at jeg synes hun behandler de andre pasientene på venteværelset respektløst, ved at hun prøver å tvinge seg frem på bekostning av de som oppfører seg adekvat. Hvis hun vil ha hjelp, må også hun følge spillereglene. Kan hun ikke akseptere dette, bør hun finne seg en annen lege.

Med eksempelet ønsker jeg å fremheve flere poeng. Refleksjon over handling og praksisteori setter i gang en prosess som kan skape større overensstemmelse mellom liv og lære. Ved å stoppe opp og tolke valget mitt på nytt, ved å se hendelsen fra en annen vinkel, går det an å få en bedre forståelse for hva det jeg gjorde innebar. Ikke bare fra den snevre vinkelen jeg i utgangspunktet så det i. I en travel hverdag med handlingskrav og mange forventninger til raske avgjørelser, er det veldig lett å bli fartsblind og ikke se at situasjonen ble opplevd annerledes for de andre som var til stede. Eller rettere sagt: At situasjonen ble opplevd annerledes for de andre som ble berørt, for det er aldri bare de som er til stede som blir berørt. Det er fort gjort å alltid gi oppmerksomhet til det kravet som rammer oss kraftigst. Men er det alltid en god måte å prioritere på?

Avslutningsvis vil jeg understreke et annet viktig poeng. Dersom vi bruker praksisteorimodellen i jakten på Svaret, i søken etter *Det Riktige Valget*, så bommer vi alvorlig. Hvis vi tror at dette er et virkemiddel som i én etter én situasjon kan hjelp oss til å komme fram til fasiløsningen på hvordan løse problemer vi møter, så har vi ikke kommet noen vei. Målet er ikke å komme fram til en riktig løsning. Målet er å stadig være i en prosess; å leve i en hermeneutisk sirkel. Målet er å være åpen til gang på gang å tolke på nytt, og gradvis få en mer og mer reflektert holdning til det vi gjør og det vi står for. Forslaget jeg skisserte for å handle mer i tråd med egen praksisteori, er ikke en endelig løsning. Det kun et utgangspunkt for videre refleksjon. Hvis jeg ved neste korsvei hadde fulgt mitt eget råd, ville nye spørsmål dukket opp. Hva signaliserer jeg med å være så tydelig og avvisende? Er det riktig å ha så liten toleranse for det som bryter med konformiteten? Svarene vi kommer med i dag må aldri være mer enn utgangspunkt for spørsmålene vi stiller i morgen.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
oahovda@yahoo.no

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, kalium-sorbat (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. **DOSEERING:** 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 legemiddelinntak. 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 ½ tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken. 10 mg daglig i den andre uken (en ½ tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en ½ 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 krampeanfallet 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 syrenøytrali-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. Nedsatt nyrefunksjon: Ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt) er det ikke nødvendig med dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg/dag i.h.t. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg/dag. Nedsatt leverfunksjon: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A eller Child-Pugh grad B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Det finnes ikke data om bruk av memantin hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Pasienter med arvelig galaktoseintoleranse, Laptasemangel eller glukose-galaktose-malabsorpsjon bør ikke bruke tabletten. Pasienter med fruktoseintoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorikjetøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorikjetøy eller betjene 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, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid 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. Sirkulatoriske: Hypertensjon. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisme. Øvrige: Tretthet, soppikefeksjoner. Krampeanfallet 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. **OVERDOSE/INGIFORTNING:** Symptomer: Hhv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med enten bare tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mave-tarmsbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synstørrelsesforstyrrelser, krampeendens, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. **Behandling:** 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 kr 798,70. Tabletter: 30 stk. kr 528,60. 50 stk. kr 792,10. 100 stk. kr 1549,80. Sist endret: 29.10.2007

REFERANSER:

- 1) Gauthier S et al: Int J Geriatr Psychiatry 2005; 20;
- 2) Reisberg B et al: N Engl J Med 2003; Vol 348: 14; 1333-1341.
- 3) Winblad B et al: Int J Geriatr Psychiatry 1999, Vol 14; 135-146.



H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no