

BOK *anmeldelser*

Eit godt kjøp om medisinsk utdanning og danning

Schei Edvin og Gulbrandsen Arild (red):
Forstår du, doktor? Mot en humanistisk legeutdanning.
 Oslo: Tano Aschehoug, 2000.

Ein av debattane i litteraturvitskapen for tida er om bokmeldarane bør vere meir subjektive i sine analysar (1). Dei kan då frigjere seg frå strukturar og vedtekne kriteria og knyte analysane nærare til eigne røynsler og oppfatningar. Det er nett denne metodiske tilnærminga eg ønskjer å nytte i denne meldinga. Eg meiner at dette også er i samsvar med den gjennomgåande tråden i føreliggjande boka, nemleg at legen som person og medisinen som fag skal gjere meir bruk av dei unike situasjonane som eit kvart møte mellom pasient og lege legg opp til. Det blir altså mitt møte med denne boka eg skal skrive litt om. Det møtet kan vere ganske ulikt møtet andre lesarar måtte kome til å få.

Alt gjennom tittelen på boka kan vi høyre ropet om meir subjektivitet. Redaktørane er tydelege på målet med boka; ho skal hjelpe til med å få endringar i medisinen og i utdanninga av lækjarar. Dermed inviterer dei ei rekkje menneske til å skrive ned tankar som kan påverke denne utviklinga. Tekstane er lettskrivne, lesinga flyt lett. Av og til tykkjer eg det går alt for lett. Det blir mange omtalar av eigne røynsler utan at desse blir lagde ut for analyse og debatt. Analysane som er der, lurar meg ikkje inn i strevsame tankebanar. Teksten får meg heller ikkje til å falle fritt i kognisjonar eller emosjonar. Tekstane blir for eksplisitte og gjev for lite rom for refleksjon til det.

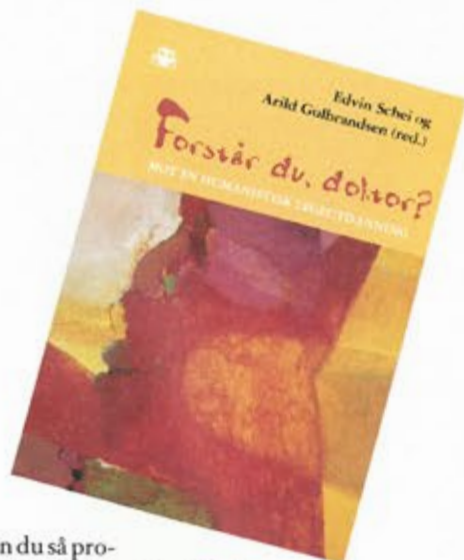
Då melder tanken seg hjå meg om å nytte den mest fandemivoldske kritikarteorien eg veit om på lesinga mi. Eg tenker på «dekonstruksjonen»; lese måten som tek sikte på å få strukturen til å bryte saman (2). Dette er ei djevelsk form for kritikk. Alle som har fått tekstar brotne i småstykke av

andre, veit korleis det sånn umiddelbart kan kjennast. Men du så produktiv denne lese måten kan vere. Når ein sit der med haugevis av tekstbitar, har ein mat for å byggje opp nye tankar med grunnlag i teksten og eigne røynsler. Og når eg gjer det, blir denne boka spanande. Når eg lyttar til dei konkrete røynslene som forfattarane presenterer, likar eg meg. Då får eg innsikt i røynsler som eg ikkje sjølv alltid kjenner igjen. Det gjer at eg kjenner meg rik, og kjenner at eg må streve litt.

Men straks eg igjen fell for freistinga til å relatere forfattarene sine eigne tolkingar til teorigrunnlaget dei sjølv presenterer, kjenner eg meg litt snytt. Går ein såleis til boka for å finne utgangspunkt for eigen refleksjon, meiner eg at utbyttet er godt dersom ein kan fri seg frå dei forklaringane som forfattarane presenterer. Mitt største kritikkpunkt er såleis at tekstane, trass i at dei er subjektive, pretenderer til å avdekkje allmenne sanningar i seg sjølve. Dei konkluderer framfor å la spørsmåla stå opne.

Det beste dømet på dette ønsket om å vere konkluderande, er avslutningskapitlet der redaktørane lagar ei konkret skisse av eit framtidsbilette. Det er ikkje så vanskelege å seie seg samd i det meste som står der. Men eg saknar ei drøfting av påstandane om kva som skal til for å rette på utdanninga av nye legar opp mot dei forsakingane ein må gjere for å realisere forfattarene sine ønskjer. Korleis kan ein til dømes arbeide for å få legar som vil vere i stand til å tilgjie seg sjølv i eit samfunn som har «korsfest den skuldige» som sitt offentlege mantra? (Og merk, dette gjeld ikkje berre legar, jernbanedirektørar og barnemordarar.)

Og, i dekonstruksjonens namn; eg tykkjer ikkje at det vitnar om framgang i den ønskete retninga at redaktørane i sine fiksjonar om framtida viser til kronikkar i Aftenpostens friskdel og notat til Frisk- og læringsdepartementet. Det minner meg for mykje om vår eiga tid, der medisinenens mål er å gjere folk friske – og alt som minner om sjukdom og liding er teikn på tap og avmakt. Eg skulle ønskt meg at den



nye humanistiske medisinen makta å vere så pluralistisk at ein kunne arbeide for å gjere folk friske samstundes med at ein kunne akseptere det veike og det sårbare (3).

Boka gjev inga samlande tilnærming til eit humanistisk grunnlag for medisinen. Om ho så skulle gjort, meiner eg at forfattarane måtte ha teke meir med frå musikk, narrativ teori og religionsvitskap. Særleg saknar eg personleg meir om narrativ teori. Eg trur nemleg at ei vesentleg og underkjent oppgåve for medisinen er å lære folk til å ta hand om sine eigne livsforteljingar, «skrive» sin eigen biografi så å seie. Vi har derimot lange tradisjonar for at det er legen som skriv pasienten sin biografi (4).

Konklusjonen min er: Boka er eit godt forsøk på å auke ordskiftet om utdanninga av legar i framtida. Personleg skulle eg ønskt meg meir opne spørsmål utan svar. Her trur eg rett og slett at det rådande medisinske symbolmiljøet (kulturen) har bunde både redaktørar og forfattarar til å gje oss svara.

Det er i samsvar med humanistisk vitskap å nytte andre symbolmiljø for å tolke røynsle (5). Dette vil gje rom for ulike tolkingar og ulike sanningar. Og då er vi ved den store utfordringa for medisinsk utdanning og danning i humanistisk perspektiv – kan medisinen som vitskap og tradisjon makte å (over)leve som ein samlande kultur med dei opne spørsmåla og dei mangfaldige svara? Og vil folk akseptere at medisinen blir så anti-deterministisk?

Geir Sverre Braut

Fylkeslegen i Rogaland, Stavanger

Litteratur:

1. Fredin MA. Litteraturkritikerne mangler mot. Dagbladet 19. august 2000 s. 54-55.
2. Dahlerup P. Dekonstruksjon. København: Gyldendal, 1991.
3. Solli HM. Et primærmedisinsk senter for den tredje epidemi. Utposten 1993;22(6):240-45.
4. Aaslestad P. Pasienten som tekst. Oslo: Tano Aschehoug, 1997.
5. Josefson I. Läkarens yrkeskunnande. Lund: Studentlitteratur, 1998.

NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

Tilsagns- og forbeholdskjema

Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) arbeider for å bedre kvaliteten i forskning som utføres i allmennpraksis. Vi ønsker også at kolleger som deltar i data-innsamling og rekruttering får innsyn i kvalitetsvurderinger i forskningsprosjekt.

Allmennpraktiserende kolleger kan hjelpe oss i dette arbeidet med å bruke dette tilsagns- og forbeholdskjema når de inviteres til å delta i eksternt planlagte studier. Du finner også dette skjema på AFUs hjemmeside på veven.

Ja, jeg er interessert i å delta i følgende forskningsprosjekt:

.....

.....

Jeg vil først ta endelig stilling til deltagelse når jeg har sett den kvalitetsvurdering Allmennmedisinsk forskningsutvalg har foretatt av prosjektet.

Vennlig hilsen (navn):

.....

T Tabletter 1 mg og 2 mg: Hver tablett inneholder: Tolterodin L-tartrat 1 mg, resp. 2 mg, tilsv. tolterodin 0,68 mg, resp. 1,37 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E171). Filmdrasjert.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv muskarinreseptorantagonist, med høyere selektivitet for urinblæren enn spyttkjertlene. Virningsmekanisme: Tolterodin har en avslappende effekt på blærens muskulatur, og fører til at vannlating skjer mer kontrollert. En av metabollittene, 5-hydroksymetylderivatet, har tilsv. farmakologiske effekt som modersubstansen. Ved normal metabolisme bidrar denne metabollitten i høy grad til den terapeutiske effekten. Effekten av behandlingen kan forventes innen 4 uker. Absorpsjon: Raskt. Uavhengig av samtidig matinntak. Proteinbinding: Tolterodin 96%. 5-hydroksymetylderivatet 64%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 113 liter. Halveringstid: Tolterodin: 2-3 timer. 5-hydroksymetylderivatet: 3-4 timer. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Tolterodin og 5-hydroksymetylderivatet når maks. serumkonsentrasjon etter 1-3 timer. "Steady state" nås innen 2 dager. Ca. 2 ganger høyere eksponering av ubundet tolterodin og 5-hydroksymetylderivatet er målt hos pasienter med levercirrhose. Metabolisme: I lever til den farmakologisk aktive 5-hydroksymetylderivatet hovedsakelig ved cytokrom P-450 2D6 (CYP2D6). Hos personer som mangler CYP2D6 dealkyleres tolterodin ved CYP3A4 til en ikke-aktiv metabollitt, og konsentrasjonen av tolterodin øker ca. 7 ganger pga. redusert clearance. Mengde aktivt stoff forblir uendret, og dosejustering er uavhengig. Utskillelse: Ca. 77 % i urin og 17 % i feces. Mindre enn 1 % av dosen utskilles uendret og ca. 4 % som 5-hydroksymetylderivatet.

Indikasjoner: Overaktiv blære med symptomer som "hyppig vannlating", "urgency" eller "urge inkontinens".

Kontraindikasjoner: Urinretensjon. Avviklig ulcerøs kolitt. Toksik megacolon. Ukontrollert trangvinkelig glaukom. Myastenia gravis. Overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre innholdsstoffene.

Bivirkninger: Tolterodin kan forårsake milde til moderate sideeffekter som munntørhet, dyspepsi og redusert tåreproduksjon.

Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørhet, dyspepsi, obstipasjon, magesmerter.

Flakulens, brønninger.
Hud: Tør hud.
Psykiske: Søvnproblemer, nervøsitet.
Sentralnervesystemet: Parestesi.
Syn: Tørre øyne.
Øvrige: Hodepine.

Mindre hyppige: Syn: Akkommodasjonsforstyrrelser.
Øvrige: Byrystemer.

Sjeldne (<1/1000): Sentralnervesystemet: Forvirring.
Urogenitale: Urinretensjon.
Øvrige: Allergiske reaksjoner.

Forsiktighetsregler: Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blæretømming med risiko for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), hjerstopne, autonom neuropati, myo- og lever- sykdom. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert. Organiske årsaker til vannlatingstrang og hyppig vannlating skal utredes før behandling. Pasienter som får samtidig behandling med potente CYP3A4-hemmere som makrolider (erytromycin, klaritromycin) eller antismykotika (ketokonazol, itraconazol og mikonazol), skal behandles med forsiktighet. Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjonsforstyrrelser, og reaksjonssvnen kan påvirkes. Skjerpet oppmerksomhet kreves, f.eks. ved bilkjøring og presisjonsbeholdt arbeid.

Graviditet/Amning: Overgang i placent: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Graviditet bør ikke behandles med tolterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk av tolterodin hos ammende kvinner bør unngås.

Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk av tolterodin hos ammende kvinner bør unngås.

Interaksjoner: Samtidig behandling med legemidler som har antitolinerge effekter kan resultere i mer uttalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Omvendt kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrasjon av muskarinreseptoragonister. Effekten av mobilitetsstimulerende middel som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av tolterodin. Farmakokinetiske interaksjoner er mulige ved samtidig behandling med andre preparater som metaboliseres ved eller hemmer cytokrom P-450 2D6 (CYP2D6) eller CYP3A4. Pasienter som får samtidig behandling med potente CYP3A4-hemmere som makrolider (erytromycin, klaritromycin) eller antismykotika (ketokonazol, itraconazol og mikonazol) skal behandles med forsiktighet. Ikke påvist interaksjoner med warfarin eller kontraceptiva i faste kombinasjoner (etinystradiol/levonorgestrel).

Dosering: Anbefalt dose er 2 mg 2 ganger daglig. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon anbefales 1 mg 2 ganger daglig. Ved plagsomme bivirkninger kan doseringen reduseres fra 2 mg til 1 mg 2 ganger daglig. Etter 6 måneder bør behovet for videre behandling vurderes. Ved leversykdom må ikke dosen overstige 1 mg 2 ganger daglig.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Akkommodasjonsforstyrrelser og vannlatingproblemer er sett ved doser på 12,8 mg. Behandling: Ev. ventrikelsykling og medusinsk kull. Symptomatisk behandling.

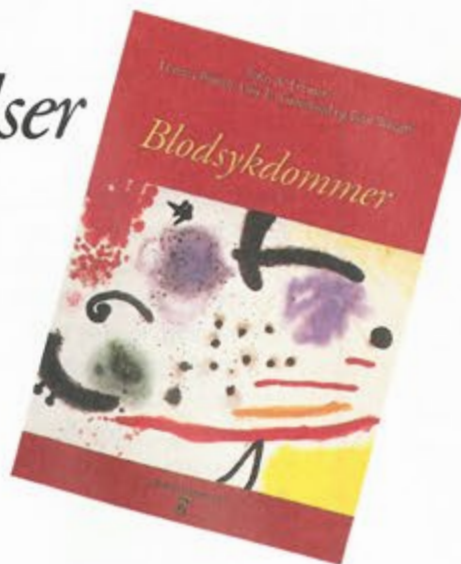
Pakninger og priser: 2 mg 56: 407,60 2 mg 500: 3346,60
1 mg 56: 395,80 1 mg 500: 3241,40

August 2000

BOK anmeldelser

Blodsykdommer

Stein A. Evensen, Lorentz Brinch,
Geir E. Tjønnfjord og Finn Wisløff
Universitetsforlaget 1999
294 sider, pris kr 345



«Kjell Hansen er 54 år. Han gikk til lege fordi han følte seg slapp. De siste månedene hadde han vært mye plaget med kvalme og nedsatt appetitt og hadde gått ned 8 kg i vekt. Kona hadde sagt at han var gul i øynene. Hansen selv var redd for at han hadde kreft.

Du målte Hb på kontoret og fant en verdi på 7,8 g/100ml.

Hvilke undersøkelser vil du forordne?»

Med pasienthistorier som denne innleder forfatterne mange av kapitlene i denne utgaven av boka «Blodsykdommer». Dette er 5. utgave av boka, og Per Stavem har nå overlatt stafettspinnen til yngre forfatterkrefter. Med innføring av pasientbeskrivelser har forfatterne prøvd å gjøre stoffet så jordnært som mulig, og de har lyktes godt med det.

Utover i kapitlene får vi så presentert de ulike blodsykdommene og deres karakteristika. Fasiten på pasientbeskrivelsene er så flettet inn der det passer, og gir oss dermed en følelse av å henge med på notene ganske bra når det avsløres hvilken blodsykdom pasienten hadde.

Pasientbeskrivelsen over hadde overskriften «Megaloblastanemier» og dette kapitlet avslutter som følger:

«Du husket at din gamle lærer i hematologi gjentatte ganger hadde sagt: «Når Hb går ned, bestem MCV». MCV viste seg å være 130fl (82-102). I blodutstryk fant du makro-ovalocytose og hypersegmentering i nøytrofile granulocytter. Du rekvirerte da vitamin B12 samt folat i serum og erytrocytter og fant svært lave verdier for alle tre parametre. LD var 3124 U/l (230-450) og bilirubin 43 mikromol (3-26). Du stilte den tentative diagnosen pernisiøs anemi og startet med vitamin B12-substitusjon. Pasienten følte seg vesentlig bedre allerede etter et par døgn, og Hb steg raskt. Senere fikk du beskjed fra laboratoriet om at det var påvist intrinsic factor-antistoffer i pasientens serum. Du forordnet en gastroskopi for å vurdere graden av atrofisk gastritt og for å utelukke samtidig ca. ventriculi.

Ved at ditt utgangspunkt for utredningen var makrocytær anemi, sparte du pasienten for en kanskje lang og plagsom malignitetsutredning. Din enkle og rasjonelle utredning sparte samfunnet for endel utgifter.»

Boka er skrevet for medisinstudenter, allmennleger og sykehusspesialister. Stoffet er velskrevet og mye av innholdet er svært relevant for allmennleger. Endel av innholdet er relativt uinteressant for oss i førstelinjetjenesten fordi den omtaler forhold som kun gjelder innlagte pasienter. Det medfører at man som allmennlege ikke leser boka fra perm til perm med den risiko det innebærer å gå glipp av noen gullkorn innimellom.

Jannike Reymert