



Legekunst i det 21. århundre

Fra legekunst til pasientautonomi

AV EYSTEIN STRAUME

Er legekunsten død?

Legekunst er for oss et begrep som går tilbake til Hippokrates, og som i antikkens Grekenland hadde et guddommelige opphav. Vi pynter oss enda med Æskulaps stav når vi skal presenteres oss som leger. Filosofen Åge Wifstad har skrevet en interessant artikkel om Gadammers forsvar for legekunsten (1). Han sier at Gadammers tese er at legekunsten representerer en særegen form for praktisk vitenskap som vi ikke lenger har noe begrep for.

Norsk ordbok definerer kunst som skapende, eller utøvende og tolkende estetisk virksomhet. Leger defineres som personer med medisinsk embetseksamen og offentlig godkjenning til å helbrede syke. Etter vår tids ordbruk må altså legekunst forstås som estetisk virksomhet, som er trygt plassert i den offentlig godkjente skolemedisinen. Legekunsten ser ut til å ha blitt noe helt annet enn det kunstens fedre lærte og praktiserte. Det kan være grunn til å spørre om vi idag har legekunst i den opprinnelige meningen i det hele tatt. Eller sagt på en annen måte: Er legekunsten død?

Dersom legekunst fortsatt er et virksomt prinsipp i behandling av syke mennesker, så må denne kunsten kunne finnes i den medisinske grunnutdanningen og i videre – og etterutdanningen av leger. Den må kunne gjenfinnes i myndighetenes krav til helsetjenesten og i pasientenes rettigheter overfor helsetjenesten. Først og fremst må den finnes i den kliniske virkelighet når pasient og lege møtes. Det ville også være naturlig at det ble tatt høyde for denne kunsten i det planverket som ligger til grunn for utbyggingen av helsetjenesten. Legekunsten burde vel også ha sin pris i vårt markedstyrte demokrati med egen takst i Normaltariffen eller som element i DRG-systemet?

Utdanning av leger, og legers forståelsesmåter

Ved å gå 30–40 år tilbake i tiden får vi tilstrekkelig avstand og perspektiv til å belyse spørsmålet om legekunst i vår tid. Da var professor hvithåret og myndig. Han var patriarkalsk autoritær og appellerte til at vi som vordende leger var noe mer enn alle andre. Vi skulle tilegne oss en kunst som vi



Eystein Straume

Kom frivillig og tilfeldig som distriktslege til Finnmark i 1972. Har nå vært fylkeslege i mer enn 7 år, og synes det er spennende, utfordrende og slitsomt! Her er mye håp og glede, og enda mer fortvilelse, tap og sorg. Jeg synes livet kommer nært innpå meg og dagene blir meningsfulle og aldri kjedelige.

skulle bli i stand til å utøve når pasienten krevde det og uten hensyn til om kunsten skulle skapes dag eller natt, helg eller hverdag. Alle andre kunstnere kunne vente på inspirasjonen, men ikke vi, for vi hadde en høyere bestilling. Og han var humanistisk godt skolert, både gresk og latin var språk han var fortrolig med, og han var godt bevandret i litteratur og musikk. Jo, vi hadde noe å strekke oss etter! I ettertid ser vi vel alle tydeligere at professors evne til å helbrede – den var utvilsomt tilstede – i stor grad hvilte på hans autoritet, og mer enn på skapende virksomhet i seg selv. «Når han hadde undersøkt oss så visste vi at det ikke var mer som kunne gjøres», sa en pasient om en av mine lærere. «Dessuten gikk vi ikke til han uten at det feilte oss noe», sa den samme pasienten.

Spranget over til dagens problembaserte læring er stort. Selv om PBL –gruppene har erfarne gruppeveiledere så er patriarken borte, og mester – svenn forholdet er knapt tilstede. Ballasten fra humanoria er skrellet bort og undervisningen er praktisk talt historieløs. Men så er kravet til faktakunnskaper betydelig større, og samfunnet rundt oss vil



ikke ha autoritære leger. Dagens studenter lærer om legeroller, ikke om kunsten. Og rollene kan være mange og de beskrives og analyseres i en naturvitenskapelig sammenheng. Den naturvitenskapelig forståelsesmåten er i sitt vesen slik at den gir et stadig klarere bilde av stadig flere detaljer. I denne situasjonen snakker ingen om legekunst, men medisinsk etikk, prioritering og kommunikasjon er blitt nye tema i legenes utdanning.

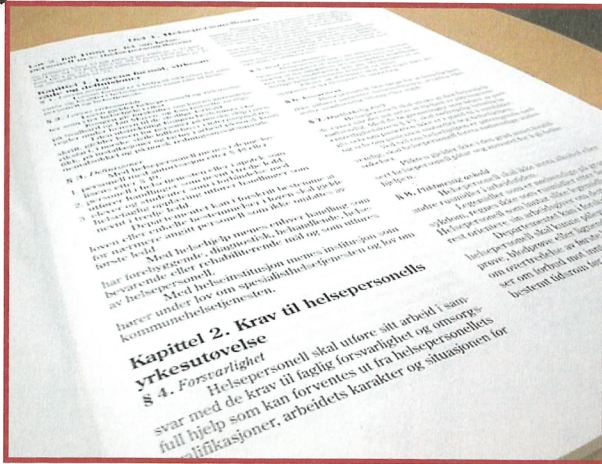
Den brysomme kunnskapen

Kunnskapstilfanget i medisin øker. Et middel for å mestre kunnskapsøkningen er spesialisering og grenspesialisering. Prisen er tap av oversikt og helhet, gevinsten er større trygghet for pasient og lege, og bedre utnyttelse av den ny viten. Den raske kunnskapsveksten øker likevel ikke sikkerheten i legens yrkesutøvelse. Det som er sikkert er at dagens kunnskap raskt vil bli erstattet av ny kunnskap. Kunnskapen blir aldri fullkommen og legene må innse at de må handle under usikkerhet. Statistiske metoder hjelper til å beregne sannsynligheter, ofte med liv/død problematikk som tema. Den profesjonelle treningen burde få fokus på mestring av usikkerhet. Kunnskap er imidlertid blind for verdier. Og når vi savner verdiene vi skal styre etter, og sammenheng og mening, så er vi likevel henvist til å bruke mer og mer kunnskapsbasert medisin, selv om det er den som i stor grad bidrar til at vi savner denne sammenhengen.

Vi er fanget i dette paradokset. Vi hverken kan eller skal kaste kunnskapsbasert medisin fra oss, til det har den gitt for mange strålende resultater. Men lengselen etter en annen forståelsesmåte bærer vi med oss.

Pasient – lege situasjonen i spesialisthelsetjenesten

Det er mange år siden de privatpraktiserende spesialistene presenterte seg som leger som bruker avansert medisinsk teknisk utstyr til undersøkelse og behandling av pasienter. Disse legene hadde nærmest definert seg selv ut av pasient – legeforsholdet og erstattet seg selv med teknikk. Når noen i dag skal legges inn på sykehus, så skal vedkommende opplyses om fritt sykehusvalg og om alle slags klageordninger. Pasienten forventer rask og feilfri behandling. Mislykket legekunst har ingen plass i dagens sykehus, delvis vellykket legekunst er heller ikke akseptabelt. Kan det være en grunn at teknikken har fått slik fremtredene plass? Stoler dagens leger mer på sine instrumenter enn på seg selv? Kravet om feilfri behandling uten sløsing av tid og resurser gjør at sykehusene har blitt hektiske produksjonsvirksomheter. De er ikke lenger et fristed hvor den syke får tid og hjelp til å gjenvinne sin helse. Sykehusene skaper ikke lenger helse, de produserer behandling med bruk av teknisk utstyr. Grunnen til dette er selvfølgelig at denne produksjonen ofte gir betydelig helsegevinst – men kunst er det ikke.



Pasient – lege situasjonen i allmennpraksis

Allmennpraksis ble for 20–30 år siden kraftig revitalisert ved at pasienten kom frem i lyset bokstavelig talt. Legene interesserte seg for pasientene på en ny måte og vi fikk pasientsentrerte metoder. Legene kom på en måte ned fra piedestallen av nysgjerrighet og opplevde at faget ble styrket! Scenskiftet var betydelig og gevinstene store. Legerollen ble en annen, men i enda større grad endret pasientens rolle seg. Pasienten gikk fra å være ydmyk, underdanig og aksepterende, til å bli krevende og bestemmende. Fra nå av er det pasienten som er kunstneren. Det er pasienten som velger og bestemmer og medvirker og skaper sitt liv ut fra sine egne premisser. Kanskje vi skulle innføre pasientkunst som nytt begrep?

Myndighetenes krav til helsetjenesten og pasientrettigheter

Legekunst som begrep forekommer ikke i myndighetenes krav til helsetjenesten. Begrepet finnes ikke i gjeldende lover og forskrifter på helsetjenestens område, og det inngår derfor heller ikke i helsetilsynets språkbruk. Det er utenkelig at helsetilsynet i dag skal føre tilsyn med om legekunst er utøvet. Den rettslige standarden er at helsepersonell skal utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull undersøkelse og behandling. Utfordringen for helsetilsynet blir å definere hvor grensen til faglig uforsvarlighet går. Og mens helsetilsynet leter etter denne grensen, forsøker juristene å finne forbindelsen mellom faglig uforsvarlighet og uaktsomhet. Slikt blir det ikke kunst av!

Sosial – og helsedirektoratet er ikke så opptatt av denne grenseoppgangen. De har rettet sin oppmerksomhet mot begrepet god praksis, og vil være pådrivere for etablering av god praksis. Kvalitetsindikatorer er stikkordet, assosiasjonene går i mange retninger: Fag, økonomi og resursbruk, verdier og politikk og dynamisk fagutvikling for å nevne

noen. Det er mulig at direktoratet ved sin streben etter god praksis må utøve det muligens kunst. Men jeg tror det er et begrep som Stortinget vil reservere for sin egen virksomhet!

Pasientenes stilling er de siste få tiårene dramatisk endret. Pasientene har frihet og ansvar på en ny måte. Det er ikke sikkert at det er blitt enklere å være pasient. Men det er sikkert at fremtidens helsetjeneste må ta pasientens situasjon som utgangspunkt. Legens samfunnskontrakt gjør at han har plikt til å levere pasienten dennes rettigheter. Den moderne pasienten har rett til råd og veiledning, adekvat undersøkelse og god behandling. Han trenger kanskje også hjelp til å velge og enda mer hjelp til å akseptere sin sykdom. Legerollen må defineres ut fra denne situasjonen, og gis innhold tilsvarende de oppgavene dette fører med seg. Legekunst, dersom vi vil bruke det begrepet, må være å finne i en ydmyk, lyttende og forstående holdning som er villig til å følge pasienten gjennom angst, usikkerhet, smerte og lidelse på pasientens egne vilkår. Men det som gjør oss forskjellig fra sjelesørgere, psykologer og andre gode empatiske lyttere, er vår medisinske kunnskap. Kunsten er å oversette pasientens opplevde problemer over til vår kunnskapsbaserte medisin der diagnoser kan stilles og behandlingsalternativer vurderes, og så oversette dette tilbake til pasientens virkelighet slik at det gir mening og grunnlag for å treffe valg. Legekunsten må bli det limet som holder mening og fakta sammen, i en virkelighet som blir stadig mer kompleks og fragmentert.

Det er ikke sikkert at den moderne pasienten vil godta slike leger i fremtiden. Pasientens autonomi tilsier at pasienten selv skal gjøre sine valg og være ansvarlig. Legene kan innta en mer passiv holding og nøye seg med å levere det pasienten krever innen rammene som samfunnet setter for helsetjenesten. Den nye loven bringer med seg to ulike forhold som trenger diskusjon. Når pasienten selv har ansvaret, så må han selv bære følgene av sine valg. Pasienten kan hverken skyld på Gud eller lege når det viser seg at valgene førte galt av sted. Byrden av gale valg kan bli stor, mon tro om det er en grunn til økende klager mot helsetjenesten? Er det lettere å bære byrden av gale valg dersom det likevel viser seg at svikten ligger i helsetjenesten? For ordens skyld: Pasienten kan ikke gjøre sine valg uten å ha tillit til helsetjenesten og uten å vite hva helsetjenesten kan levere. (i seg selv et prosjekt av enormt omfang!)

Det andre forholdet er kanskje vanskeligere. Det gjelder de pasientene som ikke krever sin rett. Hvem ser til at de sva-keste, minst taleføre og minst krevende får sin rett til helsetjenester? Og det er forskjell på sykdommer. Det er ikke alle tilstander som egner seg for pasientforeninger og of-



fentlig oppmerksomhet. Det er store sosiale forskjeller mellom hjertesyke og sinnslidende. Trenger vi to typer leger: En mer patriarkalsk som taler de svakes sak, og en som leverer tjenester til pasienter som krever sin rett?

Vil vi ha legekunst i det 21. århundre må den defineres på nytt og etterspørres

Legekunst definert med dagens begreper gjenfinnes hverken i utdanningen av leger eller i beskrivelsene av pasient-legeforholdet. Derimot finnes økende detaljkunnskap og spesialisering. Beskrivelser som fragmentering og forvitring dukker opp. Den moderne pasient bestemmer selv, men virvles inn i en helsetjeneste som er svært kompleks og uoversiktlig. Behovet for sammenheng og helhet er påtrengende. Sykdom har ingen mening lenger og det gjør det slett ikke enklere å være syk!

Helsetjenesten og legevitenskapen har aldri vært bedre enn i dag, likevel lengter vi etter og håper på en forståelse som kan gi oss sammenheng, helhet og mening. Vi må hegne om dette håpet og ikke bli håpløse. Midtvinters snur solen og lyset kommer tilbake, med nytt håp og med ny mulighet for å kunne forstå helt og fullt, og ikke bare stykkevis og delt. Dersom legekunst kunne defineres inn i en slik sammenheng, så trenger vi den mer enn noensinne.

Litteratur:

1. Åge Wifstad: Tidsskr Nor Lægeforen nr. 24, 2003; 123: 3567-8

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com

Ebixa® – Verdt å huske på!

memantine

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 alvorlig 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 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 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) 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/1,73m²) anbefales maks. 10 mg.

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

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med 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 III-

IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Moderat alvorlig til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at dagpasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner.

Interaksjoner: Memantin har potensiale til å interagere med medikamenter med antikolinerg effekt. Effektiviteten 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.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Preparatet 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. **Hypyge (>1/100):** Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner, forvirring, svimmelhet, hodepine og tretthet. **Mindre hypyge:** Gastrointestinale: Oppkast. Psykiske: Angst. Sirkulatoriske: Hypertoni. Urogenitale: Cystitt, økt libido.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: I ett tilfelle av suicidal overdose overlevde pasienten inntaket av opptil 400 mg memantin (oralt) med virkninger på sentralnervesystemet (f.eks. rastløshet, psykose, visuelle hallusinasjoner, krampes, somnolens, stupor og tap av bevissthet) som gikk tilbake uten varige mén. **Behandling:** Bør være symptomatisk.

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

Pakninger og priser pr. aug. 2003: Dråper: 50 g kr 945,50, 100 g kr 1856,90. **Tabletter:** 30 stk. kr 579,60, 50 stk. kr 945,50, 100 stk kr 1856,90.

Basert på godkjent SPC, SLV juni 2002

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. *Pharmacoeconomics* 2003; 21 (5): 1-14.

H. Lundbeck A/S
Lysaker Torg 12
Postboks 361
N-1312 Lysaker
Tel +47 6752 9070
Fax +47 6753 7707
www.lundbeck.no



www.ebixa.com

Ebixa® – medisinen som dine Alzheimer-pasienter stoler på at du skal huske.