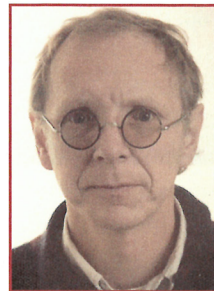




# Lege for kommersialisering om legekunsten i det 21. århundre

«...medicine will eventually flounder in a sea of irrelevancy unless it learns more of the relations of the body...to the total environment,... the past, and the aspirations of human beings.» (1)



**John Nessa**

Cand.med. Oslo 1979.  
Spesialist i allmennmedisin 1991,  
kommunelege på Fister.

Legekunst er alt frå å dissekere lik til å snakke med friske folk. Eg vil her avgrense emnet til allmenn- og samfunnsmedisin. Om det 21. århundre vil eg blande korta litt: Eg vil både beskrive ein del utviklingstrekk som gir seg sjølv, og seie noko om kva som skal til for å dreie utviklinga i den retninga eg ønsker.

## Legekunst som estetisk verksemd

For meg er det viktig at medisinsk arbeid skal vere nyttig og rasjonelt. På ulike nivå bør ein ta sikte på å kunne dokumentere og beskrive på kva måte medisinsk behandling er til hjelp for folk, og kva menneskeleg og økonomisk kostnad det medfører. Legen skal også følge strenge etiske speleregler knytta til legerollen. Ting ein kan tillate seg å gjere i privatlivet, er ikkje dermed automatisk akseptert på eit legekontor.

Legekunst handlar altså både om empiri/dokumentert nytte og om etikk/gjere det som er godt og rett. Det som kanskje ikkje er så sjølvagt for alle, er at legekunst også handlar om estetikk. Vi lærer pasienten å kjenne også som estetiske objekt, som heile menneske som står i relasjon til seg sjølv, ande menneske og verda rundt (2). Med estetikk, gresk *aisthêsis*, forstår ein sanseforneming og kjensle av kva som er vakkert. Det handlar om kva som gjennom sansning og førestillingar utan vidare skaper velvere, oppleves som fint. Når vi observerer personar og seier at dei er unge eller gamle, verkar sunne og spreke, fører seg flott eller oppfører seg merkeleg, er det estetiske vurderingar vi føretar (3).

Susanne Langer argumenterer for at ein intuisjon er ei kognitiv erkjenning av estetiske fenomen (4). Å sjå livet utfalde seg i sitt mangfald frå eit allmennlegekontor, og sjå korleis folk møter sine vilkår og sin skjebne, påverke det i ønska retning om mogeleg, og glede seg ved det, er i siste instans ei estetisk oppleving.

Legekunst handlar om estetikk. Mest det. Det er det estetiske som er kunsten i legeyrket. Det er det som er det kreative ved faget vårt. Resten er sure plikter og trange prosedyrer. På norsk har omgrepet legekunst ei dobbel betydning. Det kan både bety «kunsten å lege» og «den kunsten ein lege utfører». Legen skal vere god i tredobbel betydning. God i betydningen flink handverkar, dyktig klinisk. God i betydningen snill og god. Men også god i betydningen engasjert, nyskapande, kreativ, dristig, kunstnerisk. Når pasient-lege møtet fungerer etter sitt føremål, verkar det skapande og tilhelende, og fører til noko som folk set pris på fordi det er av ein slik natur at det er berre pasient-lege møtet som kan framelske det. Det har ei profesjonell side ved seg som gjerne blir omtalt som å mobilisere «legen i pasienten». Det skjer til dømes når eit menneske gir avkall på si sjølvforakt og får trua på seg sjølv tilbake. Det skjer også når eit menneske forsoner seg med sin skjebne, det skjer også når ein som lege kan bidra til at menneskeverd ikkje går tapt sjølv om sjukdom og ulykke rammar.

Poenget mitt her er at er du estetisk døv og blind, bør du ikkje velge legeyrket. Det hjelper lite at du både er etisk og



# og sjukeleggjering:



*Legen i møte med mennesker. – Døve musikere vil gjerne få eit problem i orkesteret, sjølv om dei kan både noter og teknikk.*

empirisk plettfri. Det kan hende du ikkje blir etterspurt i det 21. århundre dersom folk opplever det som ei påkjenning å møte deg. Døve musikarar vil gjerne få eit problem i orkesteret. Sjølv om dei kan både noter og teknikk.

## Dei sjuke har blitt friske

Eg møter ein god kollega med lang fartstid som allmenn- og legevaktlege. Ho er oppglødd og entusiastisk over utviklinga i faget vårt. Det har skjedd ein revolusjon sidan ho byrja for over 20 år sidan. Dei mest dramatiske sjuke ein hadde før, er borte. Folk tygg ikkje nitroglycerin lenger. Dei store apopleksiane på relativt unge folk er borte. Likeså dei kraftige astmaanfalla med teofyllin, steroider, cyanose og månefjes. Får du trykk for brystet, blir du tatt på alvor som hjertesjuk til et motsette er prova. Du treng ikkje gå tett før du får stent. Folk tygg ikkje nitroglycerin lenger. Derimot tygg dei acetylsalicyl, statiner og antihypertensiva. Kvardagslivet er medikalisert. Og det positive resultatet for

enkelte større sjukdomsgrupper har gitt merkbare forandringar på kva ein kan forvente seg til dømes på ei legevakt.

Dette er nok ei tendensiøs og uvitskapleg framstilling. Epidemiologane kan sikkert plukke påstandane frå kvarandre. Mange faktorar har spela inn. Men om det skulle vere ei lita kjerne av sanning i det, ser ein her dei positive effektane av at folk er blitt opplyste og kroppsfikserte. Det er også dei positive effektane av potent helsemoralisme (røykelov etc.) og medikalisering av kvardagslivet. Vårt bidrag til sjukdomsførebygginga er å medikalisere kvardagslivet. Det er å skremme og formane med medisinsk autoritet. Det er å putte på friske folk piller, kostnader og biverknader lenge før dei blir sjuke. Det er å gjere folk «sjuke» før dei blir sjuke. La gjerne 999 personar tygge antihypertensiva til ingen nytte dersom det medfører at ein person blir spart for 10 år med skeivt ansikt, svelgvanskar og rullator. Å tygge antihypertensiva er vår tids solidaritetshandling med oss



sjølv og vår neste. Og å skremme vatnet av folk kan vere godt anvendt legekunst. Vi treng ikkje shamanar og healrar i vår tid. Det vi treng, er «noen som virkelig kan skremme vettet av oss, få de dype strengene i oss til å vibrere. Hjelp oss til selv å ville, til å handle, til å ta ansvar og selv ta styringen over våre liv» (5).

### Medikalisering og kommersialisering

Ei sentral side av legekunsten i dette århundre vil vere å hjelpe folk til å nyttiggjere seg alle dei framskritt som farmakologien representerer. Mange kollegar åtvarer mot det. Dei bekymrar seg over ei urimeleg grad av medikalisering av kvardagslivets plager. Det åtvarer mot dynamikken i det medisinske industrielle kompleks som kan føre til at det knapt finst nokon person over 50 år som ikkje bør ta eit eller fleire medikament – livet ut (6). Eg deler ikkje andre si bekymring over dette. Eg ser dette heilt annleis. Eg trur det medisinsk industrielle kompleks, med økonomisk konkurranse og profitt som drivkraft, bidrar til å bringe medisinen framover. Og eg meiner det er vårt ansvar som allmennlegar å bidra til at folk får tilgang på desse framskritta, gjerne med eit rikt arsenal av faste medisiner som konsekvens. Vi pussar tennene og tar tran livet ut. Kvifor skulle vi ikkje også pusse blodårevæggen dagleg dersom det lot seg dokumentere at det førte til ein betre alderdom med mindre sjukdom og færre symptom?

Eg deler heller ikkje bekymringa for ei stadig aukande kommersialisering av helsevesenet. Kommersialiseringa er ein naturleg konsekvens av autonomiprinsippet, som gir pasienten ein prinsipiell rett til å velge sjølv. Skal pasienten få velge behandlingalternativ sjølv, og ein samstundes vil unngå Kardemommeby tilstandar, må dei vala ein føretar, også ha ein kostnad for dei som vel. Valfridom reguleres med økonomiske verkemiddel elles i samfunnet, og bør også gjere det i helsevesenet. Det er prinsipielt sett ingen skilnad på å kjøpe seg ein brokkoperasjon og å kjøpe seg ny sofa. Vil ein betale 10 000 kroner for å unngå tre månaders sjukehusløp, er det mange gode argument for at det bør legast til rette for det. Framleis bør deler av helsevesenet skjermast for kommersialisering. Og eit sivilisert samfunn må organisere seg slik at ein slepp ta opp lån for å få grunnleggande helsetenester. Men det prinsipielle står fast. Ei auka kommersialisering er både ei nødvendig og ønska utvikling i det 21. århundre. Det vil gi oss eit helsevesen som genererer nye ressursar og utviklar seg til å bli betre og betre. Ein sentral del av legekunsten blir å rådgi og påverke pasientane til å velge dei løysingane som samla sett er best.

### Dei friske blir «sjuke»

Sjukeleggjering av stadig fleire friske er i følge Leger mot økt kommersialisering og korrupsjon ei utvikling det er

grunn til å bekymre seg over (7). Personlege og sosiale problem blir gjort til medisinske. Døme på dette er utagerande åtferd eller sosial fobi (6).

At dette er eit klart utviklingstrekk, treng ingen vere i tvil om. Men det er ingen grunn til å bekymre seg over det. For å komme bak slagorda og klisjeane, vil eg illustrere med ein kasuistikk frå eige legevakttdistrikt:

Hilde er ei gløgg og kvikk jente på ti år. Ho har harmoniske og oppegående foreldre som både er glade i kvarandre og glade i barna. Likevel blir det problem. Mor ringjer legevakta og seier familien treng hjelp. For Hilde vil ikkje gå på skulen. Ho seier ho orkar det ikkje fordi ho då blir kvalm og vil brette seg. Hilde gret når ho blir pressa. Og Hilde brekker seg når ho må gå på skulen. Vesle Hilde har sosial fobi. Vesle Hilde vil berre vere heime. Og vesle Hilde blir heime. Foreldra er makteslause. Takka vere ein klok turnuslege og ein klok sjukepleiar løyser likevel problemet seg opp etter lange samtalar der Hilde blir trudd, foreldra får råd, turnuslegen og Hilde blir glade i kvarandre, og faglege relasjonar bygges som hjelper Hilde tilbake til skulen.

I helse – og trygdestatistikken har Hilde fått ein sjukdomsdiagnose. Både administrativt og fagleg var det nødvendig for å kunne hjelpe Hilde på ein adekvat måte. Men etter vanleg folkeleg oppfatning om kva det vil seie å vere sjuk, både var, er og blir Hilde ei kjernesunn jente. Det er ei estetisk oppleving å sjå at Hilde blomstrar opp når ho møter turnuslegen. Det er ei fin oppleving å sjå foreldre som senkar skuldrene og kan slappe av når dei igjen ser at jenta blir trygg og spontan i møtet med skulen og andre barn. Hilde ville nok ikkje gått til grunne om ho ikkje fekk hjelp. På den andre sida trur eg verken Hilde eller samfunnet rundt tok skade av at Hilde blei eksponert for god og slitesterk legekunst.

Sjølv om mange meiner at det er skummel medikalisering å hjelpe folk med personlege og sosiale problem. Det kan visstnok ikkje bli god folkehelse av slikt. Eg møter mange unge og gamle variantar av Hilde i min praksis. Det er ei takknemleg og meiningsfylt oppgåve som lege å hjelpe folk med livs- og livsfaseproblem. Men då må dei også erkjenne sitt problem. Så å seie kjenne seg litt sjuke. Det er fagleg meiningsfullt å få friske folk til å kjenne seg sjuke. For det er ein føresetnad for å hjelpe dei til å bli friske. I dei fleste samanhengane i livet er det nok uheldig å sjukeleggjere/stakarsleggjere folk med livsproblem. Men det store unntaket er på eit legekantor. For søker folk hjelp der, har dei som regel gode grunnar for å gjere det. Då er det noko som er verre. Og det er å bagatellisere problemet. For det betyr i praksis det same som å avvise pasienten.



## Oppsummering

Legekunsten har aldri hatt så gode vilkår som den har no. Dei faglege og materielle vilkåra er framifrå. Det er stor forståing for – og stor etterspurnad etter – tenestene våre. Og pasientane er ikkje så dumme som helsevesenet ofte vil ha det til. Tvert om er folk vettuge og forstandige med rimelege forventningar til den tenesten vi yter. Den største trusselen mot legekunsten er oss sjølve som legar, og dei medisinske stereotypiane og fordommane vi meir og mindre automatisk tek til oss. Kunne vi slappe av for all sytinga og katastrofetenkninga som legar ofte er flinke til, har vi større sjansje til å oppdage enkeltpasienten. Det er han og henne vi skal hjelpe utan sjølv å bli eten opp. Det er oss sjølve vi skal bruke som «legekunstnarar». Vi treng ikkje gå rundt og tru at vi veit alt (8). Vi kan meir enn nok. Resten finn vi på nettet. Vi kjem langt med nokre enkle levereglar: Hald hovudet kaldt og hjarta varmt. Det går fort gale dersom temperaturen blir omvendt fordelt.

## Litteratur

1. Dubos R (1965). *Man adapting*. New Haven: Yale University Press.
2. Cassell E.J. (1997). *Doctoring. The nature of primary care medicine*. New York: Oxford University Press.
3. Nessa J.(2003). *Medisin og eksistens. Samtale og psykodynamikk i allmenntmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk
4. Langer S. (1953). *Feeling and Form*. New York: Charles Scribner's Sons.
5. Bruland Ø. (2001). Tanker i tresko. En kreftleges reaksjoner mellom logos og kaos. I: *Kaos, logos og kjærlighet*. Festskrift til Frøydis Langmark. Oslo: Kreftregisteret, Institutt for populasjonsbasert kreftforskning.
6. Westin S. Kan man selge sykdom? Kronikk *Dagbladet* 29. mai 2004.
7. Leger mot økt kommersialisering og korrupsjon. Annonse *Dagbladet* 8. mai 2004.
8. Smith R. Thoughts for new medical students at a new medical school. *BMJ* 2003; 327: 1430- 3.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ola Nordviste. Kontakt han på [nord-ola@frisurf.no](mailto:nord-ola@frisurf.no)



UNIVERSITETET I OSLO  
DET HISTORISK-FILOSOFISKE FAKULTET

## Filosofikurs våren 2005

Fra og med vårsemesteret 2005 igangsettes et bredt etter- og videreutdanningstilbud innen ulike grener av filosofifaget ved Universitetet i Oslo. To av disse er aktuelle for leger, sykepleiere og utøvere av, eller studenter i, fag med fokus på mellommenneskelige relasjoner.

### Filosofisk praksis – teoretisk innføring

Deltakerne får i dette kurset en historisk og teoretisk innføring i denne virksomheten og dens ulike posisjoner. Deltakerne lærer å plassere ulike typer filosofisk praksis i en idemessig og sosial kontekst. Dette suppleres ved at studentene gjennom innleveringsoppgavene får anledning til å reflektere over egen livserfaring.

### Klinisk kommunikasjon

Deltakerne får i dette kurset anledning til etisk refleksjon over helsearbeideres møter med pasienter gjennom den kliniske samtalen. Kurset gir samtidig et bidrag til å klarlegge relevante mønstre og mekanismer som ligger til grunn for kommunikasjon generelt og klinisk kommunikasjon spesielt. Kontakt oss gjerne på telefon 22854111

For ytterligere informasjon om innhold, kursstart, påmelding og pris:

[www.hf.uio.no/filosofi/evu/](http://www.hf.uio.no/filosofi/evu/)