

Innhold:

LEDER: Twin Peaks AV IVAR SKEIE	1
Har legekunsten gode nok rammevilkår... AV EIVIND VESTBØ	3
Legekunsten i det 21. århundre – en balansekunst AV STEINAR KROGSTAD	7
Det skapende mellomrommet mellom pasient og lege AV ELI BERG	11
Legekunst før vår tid AV ÅAGE WIFSTAD	17
Fra legekunst til pasientautonomi AV EYSTEIN STRAUME	20
Lege for kommersialisering og sjukeleggjering AV JOHN NESSA	24
Legekunsten i det 21. århundre AV INGVARD WILHELMSEN	28
På den andre siden av lesesalsmuren AV LINA KLARA HØRL FELDE	31

Desember er måneden både for julebord og ettertanke – og for løfting av blikket fremover. Utposten har samlet noen av sine venner «rundt bordet» til en pause



i hverdagen og bedt dem drøfte sine tanker om legekunsten i det 21. århundre. Vi gir godbitene videre til våre lesere som kan forsyne seg som de vil – fra Utpostens julebord

Legekunsten eller Om å være doktor i Twin Peaks

«There is no normal life, there's just life»
(Doc Holliday til Wyatt Earp i filmen «Tombstone» 1993)

Den amerikanske filmskaperen David Lynch ble i et intervju spurt om hvorfor han skildrer et samfunn som er så forskjellig fra virkeligheten i sine filmer. «Gjør jeg egentlig det?», var svaret.

Twin Peaks er det filmverket som flest forbinder med Lynch. Da filmserien kom i 1990, vakte den sensasjon og fikk raskt kultstatus. I det ytre begynner den som en krimiserie, den skildrer drapet på unge Laura Palmer og etterforskningen av dette. Twin Peaks er en liten plass i de dype skoger i nordvest-USA, der folk lever sine liv som de fleste andre steder, liv som på overflaten kan virke hverdagslige og «normale». Men etter hvert som episodene skrider fram, avdekkes de dypere lag i Twin Peaks, vi får se de sære og bisarre sidene bak idyllen, Lynch viser oss galskapen, faenskapen og ondskapen, men også storheten, inderligheten og kjærligheten, både den tillatte og den forbudte og alt dette folder seg ut i et «surrealistisk» mangfold. Det finnes ikke noe «normalt» liv, bare liv...

Da jeg fordøyde denne filmopplevelsen, slo det meg at jeg var «doktor i Twin Peaks». Jeg var kombilege i ei lita bygd dypt i de østnorske barskoger, ei bygd som på overflaten så hverdagslig og idyllisk ut som alle andre bygder. Jeg hadde vært der i over ti år, kjente den etter hvert ganske så godt, kjente slektene, hadde vært inne i de fleste husene, hadde hatt mange hundre av bygdefolket på kontoret, ofte for mindre ting, men også når liv og helse sto på spill. Jeg hadde fulgt noen av dem gjennom sykdommer det ikke var noen vei ut av, jeg hadde fulgt dem mot en avslutning vi begge visste ville komme, noen ganger kunne vi snakke med reine ord om det som ventet, andre ganger var det mer koder og symboler. Og en del – ikke så reint få – hadde delt sine innerste tanker med meg når livet var som svartest og bare motbakke, men også når ting lysna og livsgnisten vendte tilbake. Jeg kjente de gale, jeg kjente alkoholikerne som måtte ha hjelp når de enda en gang hadde drukket seg «helt ned», jeg kjente de engstelige og fortvilte barna og ektefellene. Jeg hadde møtt familiene i den dypeste krise når de brått hadde mistet en av sine kjære, ja – jeg syntes jeg hadde sett og opplevd det meste i denne bygda og visste at ingen liv var «normale», her var det bare liv...og død.

Som doktor hadde jeg et forhold til mange mennesker i denne bygda som var unikt. Jeg fikk se sider ved livet som få – kanskje ingen – andre fikk se og oppleve. I tidligere tider hadde kanskje presten noe av den samme rolla i bygdesamfunnet, men nå var det nok mer naturlig for mange å kontakte doktoren når det kneip som verst. Og bak doktoren fantes bare Gud..., men for mange var han død. Jeg visste veldig mye om veldig mange, så mye at det noen ganger kunne være vondt. Jeg bodde i bygda, ungene mine gikk i barnehage og skole sammen med alle andre, jeg traff pasientene på butikken, på foreldremøtene og i badstua i svømmehallen om fredagskveldene. Jeg måtte lære «å svømme som fisken i vannet» (Mao Zedong), lære å skille mellom det profesjonelle, det personlige og det private, men også å se at disse tre scenene i livet til dels overlapper hverandre.

Å være doktor – og særlig å være allmenndoktor – er å leve i Twin Peaks. Ikke bare i skogsbygda mi, men alle steder. Det finnes ingen «normale» steder, like lite som det finnes «normale» liv, det finnes bare steder og liv. Og under fernissen bobler alt det surrealistiske, som vi som leger etter

hvert får innsyn i når vi lærer samfunnet å kjenne. For meg er det nettopp her mye av fascinasjonen ved det å være allmenndoktor ligger, denne «nysgjerrigheten» etter å se hva som utfolder seg i den virkelige verden, den surrealistiske. Dette er ikke å være kikker, men å være en empatisk deltaker, det dreier seg om en «nysgjerrighetens empati». For legen bør intet menneskelig være fremmed, og det meste av det menneskelige utfolder seg under overflaten.

Det særegne ved å være allmenndoktor ligger i tettheten på livet, på det uselekterte og usensurerte livet, livet rett på slik det er, sammensatt, kaotisk, usminka, livet uten filter, uten sikkerhetsnett. Det ligger i å kjenne sine pasienter og sitt lokalsamfunn, i det å utvikle sin intuisjon og sin teft som kanskje er vel så treffsikker som sentralkoderte prosedyrer og manualer, og det ligger i å utvikle empatien (gjørne den nysgjerrige) og engasjementet for pasientene, kort sagt å dyrke og foredle den kliniske erfaringen. Dette står slett ikke i motstrid til vitenskapsbasert medisin, men burde tvert om være utgangspunkt for medisinsk vitenskap og forskning. Et eller to tiårs klinisk erfaring som allmenndoktor burde være et ideelt utgangspunkt for å utvikle denne unike kjennskapet til levende liv til medisinsk vitenskap.

Og her er vi framme ved temaet for årets julenummer av Utposten – legekunsten i det 21. århundre. Legekunst er noe annet og mer enn «legearbeid» og «kunst» eller det man får ved å legge disse to tingene oppå hverandre. Legekunst har for meg mye med Twin Peaks å gjøre, med empatien, nysgjerrigheten, engasjementet, intuisjonen, erfaringen på godt og vondt – ja tettheten på det levde livet – å gjøre. Det har med møtene mellom legen og pasientene å gjøre, og med spenningsfeltet mellom det å være en «flink» og «god» lege.

Vi har invitert et knippe skriveføre leger til å dele sine tanker om legekunsten og dens vilkår i vårt nye århundre med Utpostens lesere.

Vær så god!

Ivar Skeie

C Cipralex® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T: 18

T **Tabletter 5 mg og 10 mg:** Hver tablett inneholder: Escitalopram 5 mg eller 10 mg (som oksalat). Filmrasjerte tabletter med delestrek (10 mg), fargestoff: Titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Behandling av alvorlige depressive episoder. Behandling av panikkidelse med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi.

Dosering: Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Cipralex administreres som en enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. **Alvorlige depressive episoder:** Normal dosering er 10 mg én gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maksimalt 20 mg daglig. Vanligvis er 2-4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. **Panikkidelse med eller uten agorafobi:** Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maksimalt 20 mg daglig avhengig av individuell respons. **Maksimal effekt** nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. **Sosial fobi:** Anbefalt doser er 10 mg daglig. Symptomlindring oppnås vanligvis først etter 2-4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maksimum 20 mg daglig. Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. **Elde (> 65 år):** Startdose 5 mg daglig og en lavere maksimal dose bør vurderes. **Nedatt leverfunksjon eller sakte metabolisme av CYP2C19:** Startdose 5 mg daglig de første to behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over en eller to uker for å unngå mulige seponeringsreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor escitalopram eller et eller flere av hjelpestoffene. Samtidig bruk av ikke selektive MAO-hemmere.

Forsiktighetsregler: En eventuell økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de to første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Escitalopram bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani i anamnesen, og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller perorale antidiabetika. Pasienter bør følges nøye i begynnelsen av behandlingen pga. økt suicidalfare initialt. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, cirrotiske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hyponatremi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (for eksempel atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trisykliske antidepressiva, acetylsalisylsyre og ikke-steroid anti-inflammatoriske midler (NSAIDs), ticlopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningsstendens. På grunn av begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinasjonen av escitalopram med MAO-A hemmere anbefales generelt ikke på grunn av risikoen for serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater inneholder johannesurt (*Hypericum perforatum*) kan gi økt insidens av uansede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsett myofunksjon (CLCR mindre enn 30 ml/min). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Da alle psykoaktive legemidler kan påvirke vurderingsvevnen og evnen til å utføre oppgaver, bør pasientene informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilteller av alvorlige reaksjoner, inklusive serotonergt syndrom, er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv MAO-hemmer, og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI behandling og påbegynt behandling med MAO-hemmer. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitalopram behandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversible MAOH (selegelin) og minst én dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOH (RIMA) moklobemid. Selegelin i doser opp til 10 mg/dag har vært gitt sammen med citalopram uten reaksjoner. Samtidig administrasjon med serotonerge legemidler (for eksempel tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampetenskelen. Det foreligger rapporter for forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Som for andre psykoaktive legemidler anbefales ikke en kombinasjon med alkohol. Samtidig administrasjon av legemidler som hemmer CYP2C19, som for eksempel omeprazol, kan gi økte plasmakonsentrasjoner av escitalopram. Forsiktighet bør utvises når escitalopram i øvre del av doseringsintervallet tas samtidig med høye doser cimetidin. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, og som har smal terapeutisk indeks, som for eksempel flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesikt) eller enkelte CNS virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, for eksempel antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tioridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrasjon av desipramin eller metoprolol (CYP2D6 substrate) medfører en dobling av plasmavivene. (I: N06A B escitalopram).

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Cipralex bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Amning: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Kvinner som ammer bør ikke behandles med escitalopram eller amming bør opphøre.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Seponeringsproblemer har ikke vært systematisk undersøkt med escitalopram. Seponeringsreaksjoner har vært observert med rasemisk citalopram; svimmelhet, hodepine og kvalme. De er i hovedsak milde og forbigående. Følgende bivirkninger er observert hyppigere med escitalopram enn med placebo i dobbelt-blind, placebo-kontrollerte studier. Frekvensene er ikke korrigert for placebo. Svært hyppige (>1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hyppige (>1/100): Metabolske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsett libido, anoreksi hos kvinner. Nervesystem: Søvnløshet, søvnplenshet, svimmelhet. Respiratoriske: Sinusitt, gjesping. Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Reproduksjon: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. Mindre hyppige (>1/1000): Nervesystem: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Følgende bivirkninger gjelder generelt for SSRI: Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Metabolske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Svr: Svrforstyrrelser. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, munntørhet, diaré, anoreksi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Muskel-skjelettsystemet: Leddmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampor, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikk anfall, nervøsitet. Urogenitale: Urinretensjon. Reproduksjon: Galaktoré, seksuelle bivirkninger inklusive impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Hud: Utslett, ekkymoser, kløe, angioødem, svette.

Overdosering/forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. Symptomer: Symptomer på overdose med rasemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, søvnplenshet, bevisstløshet, krampor, takykardi, EKG endringer med ST-T endringer, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolyse, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. Behandling: Ingen spesifikk motgift. Etabler og oppretthold frie luftveier, adekvat oksygenering og ventilering. Mageskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Overvåking av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

Pakninger og priser: Tabletter: 5 mg: Enpac: 28 stk. kr 132,10.

10 mg: Enpac: 28 stk. kr 246,70, 98 stk. kr 716,70. Boks: 200 stk. kr. 1427,20.

Endose: 49x1 stk. Kr 375,40.

Basert på godkjent SPC, SLV januar 2004

Pakninger og priser per januar 2004

Referanser:

1. Sorbera LA et al. *Drugs of the Future* 2001; 26(2): 15-20.
2. Gorman JM et al. *CNS Spectrums*, April 2002, volume 7(suppl 1): 40-44.
3. Wade A et al. *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17: 95-102.
4. Lepola UM et al. *Int Clin Psychopharmacol* 2003; 18: 211-217.
5. Francois C et al. *Eur J Health Econ* 2003; 4: 12-19.
6. Burke et al. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(4): 331-336.
7. Preparatortale basert på godkjent SPC, SLV januar 2004.

H. Lundbeck AS, postboks 361, 1326 Lysaker. Telefon: 67 52 90 70. Telefax: 67 53 77 07.

E-post: lundbeck-norge@lundbeck.com.

www.lundbeck.no



Har legekunsten gode nok rammevilkår i starten av eit nytt århundre?

AV EIVIND VESTBØ

Det er ikkje lett å gripa legekunsten. Taust og usynleg kittar den saman intuisjonen i klinisk kompetanse, empatisk oppleving og ei djupare forståing av kva som er til pasienten sitt beste.

Fleire kompetente allmennpraktikarar har gripe til pennen og skrive klokt om legekunst så langt det let seg gjera (1,2,3). Dette er viktig røynslekunnskap som må gjerast eksplisitt og blandast med data frå vitenskap til god allmennmedisinsk teori. Men den gode kunst skal òg praktiserast, og det heile blir nokså meiningslaust dersom vilkåra for dette ikkje er til stades. Det kan difor vera på sin plass med ein del tankar om dei vilkår legekunsten synes å ha i starten av det 21. århundre.

Eivind Vestbø

Kommunelege i Finnøy i ein mannsalder. Har vore oppteken av tankar om konkretisering og alminneleggjering av røynslegrunnlaget i allmennpraksis. Dei siste par åra slik som dette ter seg i eit distriktsmedisinsk perspektiv. Deltar i vakt på overtid, og tykkjer framleis at jobben er triveleg.

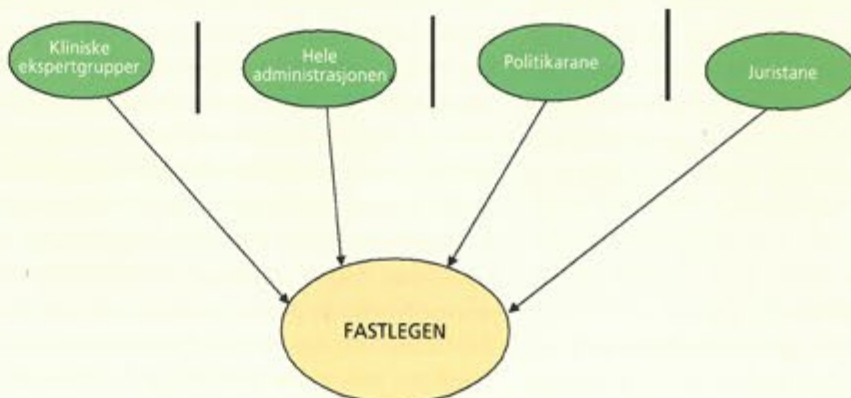


Når konvergeringsspøkelset møter tidsrama

Vi får minna kvarandre om det banale. Vi har ei tidsramme. Six minutes for the patient sa Balint for mange år sidan (4). Heldigvis er det ikkje så snautt med tid i dagens norske allmennmedisinske klinikk. Men krav til legane si fritid, styresmaktene sin budsjettbalanse, nødvendig administrasjon og førebyggjande arbeid set klare grenser på få gonger six minutes. Og så veit vi alle at vi et utsett for eit konvergeringsspøkelse. Der ute, der borte, der oppe – langt frå våre kontor sit dei i vifteform: Spesialistane, byråkratane, institusjonane, juristane, politikarane, og pasientforeningane som gir meir eller mindre normgjevande direktiv til kva vi som allmennpraktikarar skal putta inn i denne tidsrama (fig 1). Ein ting veit dei og to ting veit dei ikkje.

FIG. 1

KONVERGERINGSSPØKELSET





Dei er overtydde at innspela deira er avgjerande for rett handling i allmennpraksis og må implementerast. Men dei kjenner ikkje tankane til eit titals andre som meiner det same. Pilene med dei gode intensjonar går konverterande mot allmennpraktikaren, men mellom seg har desse velmeinand, tette skott. Dei veit heller ikkje at til og med eit skrap minimum av innspela deira vil krevja rask allmennpraktikarkloning med ein faktor på minst ti. Og så sit vi der med pasienten og alle innspela. Kven skal vi stetta, og greier vi tapspresset frå salderingspostane. Kva med legekunsten? Sit det nokon der ute i vifteforma som stiller krav til denne? Felles for alle dei nye krava som dukkar opp er at dei ligg i periferien av den basale klinikken og truar denne. Vi må så godt det lar seg gjera verna om allment aksepterte faglege normer i diagnose og behandling, den gode kliniske samtalen og den pasientsentrerte og kloke kliniske handlinga. Og verna i denne samanheng, vil seia å rydda tid. Lat oss sjå nærare på dei tidsslukande truslane.

Attesteksplosjonen

Ei kort ettertenking gir klare tal for min eigen situasjon i dag; utanom reseptar og sjukemeldingar skriv eg over 1000 attestar i året. Mange av dei er meiningslause, mange er medikalisierende og dei fleste er rimeleg godt betalte. Attestinntektene mine er nå større enn inntektene frå vakt. Er vi kjøpt og betalt gjennom honorar for ikkje å protestera mot denne utviklinga? Vi kjenner alle situasjonane. Gymlæraren som i staden for å setja seg inn i eleven sin situasjon avsluttar ein kort samtale med krav om legeattest. Forsikringslegane som forsyner meg med opptil fleire brev dagleg der helsebogatellar i eigenerklæringa utløyser krav om legeattest. Politikarar og trygd som nå trur at meir omfattande skjematokumentasjon på nytt sjukemeldings-skjema skal få ned sjukefråværet. Trygdekontoret som sender pasient og lege inn i ein omfattande attest- og tilvisingsrunddans for å halda pengestøtta gåande i rehabilitering og attføring av personar som truleg ikkje vil koma tilbake til yrkeslivet, men som heller ikkje vil få uføretrygd. Dette i rein velvilje for å ikkje gjera dei til arbeidslause eller sosialklientar. Forsvarsadvokatane som i aukande grad har oppdaga at fastlegen kan hjelpa klientane deira. Det er vel vi litt eldre legane som må seia ifrå. Vi som har sett utviklinga. Dei yngre trur kanskje det alltid har vore slik.

Aukande pasientrettar, minkande pasienttryggleik?

Rundskriv 15-12/2004 Lov om pasientrettigheter er kome på bordet vårt. Frå 1. sept. er pasientane sitt rettsgrunnlag ytterlegare utvida og inneber nå fylgjande rettar:

- Rett til vurdering innan 30 dagar etter prinsippet om fritt sjukehusval.

- Rett til utredning med fritt sjukehusval.
- Rett til behandling med fritt sjukehusval.
- Rett til klage på sjukehuset si vurdering.
- Rett til ny vurdering.
- Rett til omgjerding ved forverring av den medisinske tilstanden i ventetid.

Like eins er lovgrunnlaget klart for at allmennpraktikaren skal medvirka til at pasientane får sine rettar stetta. I merknadane til §2-4 «Rett til valg av sykehus», heiter det t.d: «Da det normalt er primærlegen som henviser pasienten, vil han eller hun være pasientens viktigste rådgiver ved valg av sykehus, og dermed bistå pasienten slik at pasienten treffer fornuftige valg. Primærlegen bør derfor gi god informasjon om hvilke tilbud som finnes, om valgets betydning for pasienten og om den praktiske gjennomføringen av fritt sykehusvalg. Henvisende lege vil ha en rolle som koordinator.»

Rettane er altså omfattande og legeplikta klar. Dersom pasientar flest, i motsetnad til stoda så langt, blir opptekne av rettane sine for å optimalisera sin eigen situasjon på rettsleg grunn, har vi fått ein truande tidskonkurrent til god klinikk. Eit stort paradoks kan oppstå: Aukande pasientrettar kan som tidstjuv gi minkande pasienttryggleik og lege-kunsten kan ha fått seg ei ny knekk endå før dette.

Garantimedisinen truar legekunsten

Fleire artiklar i Utposten opp gjennom åra har fokusert på tryggleikspadokset (5,6,7): Omfattande undersøking ved lita risiko for sjukdom gir ikkje god avklaring, men ei rekke falske positive funn med angst, medikalisering og unødvendig ressursbruk til fylgje. Dei falske positive funna er spesielt diskutabile i høve til framtidig sjukdom slik som ved medikamentell profylakse av risikantar som ville haldt seg friske utan behandling (hypertoni, kolesterol). Det er dårleg allmennpraksis å tena sine pengar ved å beita på dei falske positive. Presset i retning av «garantimedisin» har likevel auka dei siste åra. Orsakene er fleire. Sjukehusspesialistane har problem med si prevalensforvirring. Dei kjenner ikkje alltid det allmennmedisinske landskapet når dei uttaler seg. Signifikanshysteriet rår. Ein spør seg meir om der er effekt enn om effekten sin størrelse og verd for den ein-skilde pasient. Media sel helsestoff med eit nokså forvirra trusselbilete og skil ikkje mellom legefetil på grunn av slurv, og feil som ikkje er til å unngå i den fagleg korrekte balansen mellom falske positive og falske negative. Respekten for medikalisering og alternativ kostnad er ikkje til stades. Fastlegen som møter kunden i forbrukarrolla i ein metta legemarknad er òg med på å auka garantipresset. «Prøve- og tilvisingsdokteren» kan lett bli sett på som meir kompetent enn «pratedokteren». «Instrumentlegen» er stadig



meir populær. Ultralydapparat og celletellar kan lett bli symboler på seriøs og grundig praksis. Er vi på ein veg der legekunsten og dei goder den gir pasienten blir erstatta av ei desperat jakt på tryggleik og tryggleikssymbol i dei kliniske handlingane? Vil samfunnet betala for ein garanti og eit risikonivå for handlingar i helsetenesta som ligg langt under den risiko vi tek i det moderne liv utanfor helsevesenet?

Fører kvalitetssikring til kvalitet ?

Og så er vi her då – i kvalitetssikrings-, internkontroll- og dokumentasjonssamfunnet der vi talar om å lukka avvik i staden for å gjera ein betre jobb, og svarer at vi skal gjennomgå våre rutinar i staden for vedkjenna oss våre feil. Der tjukke kvalitetshandbøker etter mønster av oljeindustrien blir sett på som garantien for god praksis. Men diverre let ikkje legekunsten og den basale klinikken seg kvalitetssikra på denne måten. Og vi har fått endå ein tidskonkurrent til det essensielle i god allmenmedisin.

Det er vesentleg at at allmenmedisinarane skil klart mellom kva dei skal kvalitetssikra og dokumentera og kva som berre fagleg klokskap og innsikt kan styra. Dersom ikkje dei skriftlege rutine skal kvæla oss, og forstyrre det profesjonelle skjønn, må dei reserverast for pasientlogistikken og berre denne. Det er av vesentleg verd at vi har sikre rutinar for handtering av patologiske prøver, informasjonrutinar, reglar for timebestilling, tilgjenge osv. Å la kvalitetshandboka gå lenger inn i klinikken enn dette, er både feil bruk at tid og truande for legekunsten.

Er handlingsprogramma ein trugsmål mot legekunsten?

Vi har etterkvart fått ein kunnskapsskjede med stigande soliditet og relevans. Denne startar med den eine signifikante vitenskapelege undersøkinga som det spinklaste handlingsgrunnlaget. Det kjem etterkvart fleire som tek føre seg same problemstilling og metaanalyser finn stad. Desse kan gjerast etter prisippet om meister/svennlæring eller bli sertifisert etter bestemte reglar for metaanalyse knytt til teorien om evidensbasert medisin. Vi har på denne måten fått ei kvalitetsmerking eller sertifisering av kunnskap som kan setjast saman med fagleg røynsle, behandlingsgradisjonar og behandlingkapasitet til eit handlingprogram som er det næraste ein kan koma pasienten med kunnskapen før den kliniske vurderinga og handlinga startar. Og det er i denne legekunsten ligg. Dersom tilsynet, media eller kollegar bruker handlingprogrammet som facit, truar dette både legekunst og pasientsentrert medisin. Det er først når kunnskapgrunnlaget i handlingprogrammet blandar seg med legen sin eigen intuisjon, vurdering av pasienten sin bakgrunn og eigen vilje at den gode kliniske handlinga kan finna stad



Å verne legekunsten betyr å rydde tid.

(8). Dei legane som ikkje skjønar dette eller ikkje har mot til å handla på bakgrunn av ei slik erkjening, har gløymt legekunsten eller dei torer ikkje ta den i bruk av redsel for kritikk. Mon tru om det er ein aukande tendens til dette – tena pengar og sikra seg mot kritikk, tilsyn og rettsak?

Kan dei nye helseforetaka trua legekunsten gjennom arbeidsdelinga med fastlegane ?

Som «praktiserande praksiskonsulent» ser eg ein ny trussel i horisonten. Foretaka har ein økonomisk inntenningsideologi. Det er kome til ein prinsipiell fare for at administrasjonsarbeid som t.d. sjukemeldingar, attestar, tilvising til kontrollar etter sjukehusopphald, og auka ansvar for oppfylgging av avansert sjukehusbehandling som cytostaticabehandling, dialyse, heimerespirator og liknande blir lagt til fastlegane, meir for å auka innteninga på sjukehuset enn for å gi pasienten den beste behandling. Og vi vil kanskje møte dette med eit ideal om å vera flinke og å få gratifikasjon av den einskilde spesialist. På ny er legekunsten trua av inn-trenging utanfrå. Med respekt for god pasientflyt og service for pasientane våre bør vi vurdere slike tiltak nøye før vi gir vår tilslutning.

Den kvalifiserte samtalepartnaren

Livsproblema bankar på allmenlegen si kontordør kvar einaste dag. Eit langt legeliv har lært meg at kvardagen jevnt over er meir tyngande enn sjukdommen. Den aller største lidning og smerte ligg truleg i livskrisane, sviket, tapa og konfliktane. Ein kan sjølvstøtt utøva mykje god legekunst i kvalifisert samtale med pasienten om livssituasjonen, men kva då med tid til den basale klinikken. Mange har problematisert denne bredden i allmenpraktikaren si til-



Jeg håper neste direktiv dreier seg om legekunst.

nærming, og med rette. Vi kan ikkje ta oss av alt ubehag eit menneske måtte kjenna på. Men dette er ikkje heilt enkelt fordi: Vi har ikkje godt nok samliv, gode nok naboar, skrifttemålstradisjonar, eller personleg intimitet nok i samfunnet til at folk får dekkja sine basale psykologiske behov. Kven skal dei gå til? Og når dei kjem, skal vi då skriva ut resepten og medikalisera heile livsproblemet eller skal vi prata med dei om livet slik at problemet blir ført tilbake til livet der det høyrer heime. Truleg ligg det ein fin balanse i dette,

om å koma lidinga i møte utan å bli reisande i kvardagsbaggateller, og svara med samtale i staden for reseptblokk utan å bli pasienten sin einaste støtte, prøva å få pasienten til å aktivisera sitt eige nettverk i staden for å overinvolvera oss sjølv. Personleg må eg passa meg for ikkje å bli ein empatisk sjarlatan.

Dette handlar i siste instans om allmennpraktikarane sin ideologi og sjølvtilitt. Det kan sjå ut til at ei rekke aktørar fyrer laust på «arvesølv» vårt utan at dei veit heilt kva dei gjer. Truleg har dei lite peiling på kva dei truar med å knusa. Det er berre allmennpraktikarane sjølv som kan stå imot. Skal vi få dette til, må vi definera, debatera, handla med mot og driva påverknad. NSAM sine sju teser (9) er eit godt utgangspunkt, like eins det akademiske innhaldet i allmennmedisin slik det blir lært ved institutta. Men vi må alle forstå kva som er det sentrale. Vi må bli modellsterke og ideologiske med tanke på det oversynet som skal til for å staka veg med essens, istanden for å praktisera i utbrennande kaos.

Litteraturliste

1. Skarsaune K. La reven leve! Om intuisjonens plass i allmennmedisinen. Utposten 1991;20: 289-291.
2. Malterud K. Klinisk kunnskap-legen som deltaker og fortolker. Utposten 1998;27:24-27
3. Nessa J. Medisin og eksistens. Gyldendal Akademisk, Oslo 2003.
4. Balint E. Norell J. Six minutes for the patient: Interaction in general practice consultations. Tavistock publications, London 1983.
5. Meland E. Om falsk positivitet og falske profetar. Utposten 1993;22: 100-4.
6. Hunskaar S. Meland E. Det feilbarlige helsevesen. Utposten 1995; 24:4-6.
7. Hunskaar S Meland E. Myten om det ufeilbarlige helsevesen (2). Utposten 1995; 24: 7-9.
8. Stensland P. Børheim A. Hva slags handlingsprogrammer ønsker vi fra NSAM. Utposten 1998;27: 14-17.
9. NSAM. Sju teser for allmennmedisin. En oppsummering av NSAM tenkedugnad 2000-2001. Plakat.

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 ham på nord-ola@frisurf.no

UTPOSTEN
- meldinger om og fra
den gode **primærmedisin**



Legekunsten i det 21. århundre

– en balansekunst!

Å balansere er en kunst. Interessen for østlige treningsformer og idealer har vokst veldig de siste åra. Yoga, pilates, tai chi, body balance og annen trening for kropp og sjel er populære treningsformer der balanse er et sentralt element.

Etter hvert som årene går tenker jeg mer og mer på de østlige kulturer som dyrker balansekunsten, har vi leger noe å lære? Det som preger utviklingen i den vestlige verden i det 21. århundre kan sies å være preget av globalisering, medikalisering og markedsliberalisme. Hvordan påvirker denne utviklingen legenes mulighet til å holde balansen, greier vi å stå på rett fot?

Balansekunst i kontakten med legemiddelindustrien

Hvordan kan man å la seg informere om medikamenter uten å la seg påvirke til å endre praksis utfra andre motiver enn de faglige? Legemiddelforbruket i Norge går rett til vær. De siste ti år har omsetningen økt fra seks til 14 milliarder kroner årlig (www.legemiddelforbruk.no). Markedsføringen av legemidler er omfattende og aggressiv. Dokumentasjonen som presenteres i reklamene er ofte selektert og ubalansert, til tider direkte spekulativ. I Helsepersonellovens § 9 står det at helsepersonell ikke må motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som er egnet til å påvirke helsepersonells tjenestlige handlinger på en utilbørlig måte. Hvis vi ikke lot oss påvirke av måltider, gaver og sponsede turer hadde legemiddelindustrien sikkert brukt pengene på noe annet.

Som naiv nordmann har jeg levd i den tro at jeg kanskje kunne greie denne balansen. Når jeg ser ti år tilbake blir jeg betenkt. I første halvdel av 1990-årene ble kalsiumblokkere markedsført tungt, dokumentasjonen var haltende. Jeg var ute av balanse og ser i ettertid at jeg ble påvirket til en praksis som var dårlig faglig fundert.



Steinar Krokstad

Cand.med. 1989, Universitetet i Oslo
Kommunelege II i Holtålen 1991–1997.
Spesialist i allmenntilleggsmedisin Spesialistutdanning i psykiatri 1997–2004. PT: 1. amanuensis dr. med. og Nestleder HUNT forskningscenter, Verdal Institutt for samfunnsmedisin NTNU Bistilling: Psykiatrisk poliklinikk, Sykehuset Namsos

Dessuten trodde jeg at jeg hadde oversikt over de faktorene som har betydning for å vurdere forholdet til industrien. Helt til jeg leste Eva Joly, «Er det en slik verden vi vil ha?» (1). Trolig foregår det en omfattende korrupsjon i all globalisert handel, og hva skulle tilsi at internasjonal legemiddel-

«Hvis man må behandle 100 pasienter i fem år for at ett liv skal bli spart, skal man da fortsatt anbefale piller som profylakse?»





industri er bedre enn de andre. Når det gjelder bruk av medikamenter i vår praksis tror jeg det er behov for å rette opp balansen.

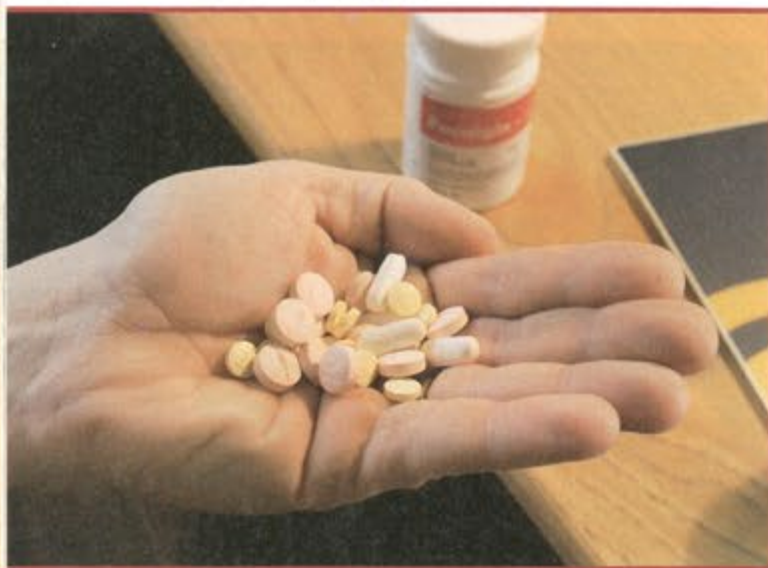
Å balansere bruken av medikamenter i primær profylakse

Når ingen vet om pasienten egentlig har nytte av det, når ingen vet om bivirkningene egentlig er mer skadelige enn effektene for den enkelte pasient på lang sikt, hva gjør man da? Hvis man må behandle 100 pasienter i fem år for at ett liv skal bli spart, hvis sjansen for å holde seg frisk øker fra 90 til 95 % i løpet av 10 år, skal man da fortsatt anbefale primærprofylakse (2)? Statistiske beregninger viser imidlertid at flere holder seg friske i behandlingsgruppen i kontrollerte forsøk. Men disse forsøkene kan ikke sammenlignes med den kliniske hverdag (3). Å balansere mellom å tilrå og fraråde medikamentell primærprofylakse er en krevende kunst. 2. linjespesialister har individets perspektiv og synes å ha store problemer med å se konsekvensene av det de anbefaler i befolkningen og primærhelsetjenesten. Sammen med legemiddelindustrien blir de en meget tung meningsbærer som kan vippe en og enhver lege ut av balanse.

Balansen mellom individuelle- og populasjonsbaserte strategier i forebyggende helsearbeid

Hvilken rolle skal så legene ha i forebyggende helsearbeid? I prinsippet er det to måter å forebygge sykdom på, å forsøke å redusere risikoen til pasienter med høy risiko eller å forsøke å redusere risikofaktorer i hele populasjonen. Alle burde lese «The strategy of preventive medicine» av Geoffrey Rose – minst to ganger (4). Ikke bare leger, men også helsepolitikkerne. Når helseministeren anbefaler grønn re-

... at det masseproduseres medikamenter designet for den friske og rike del av verden.



sept, først og fremst en individualisert forebyggingsstrategi, kan det skyldes mangel på kunnskap. Resepter kan aldri endre folks sosiale situasjon. Hovedårsakene til sykkelighet i samfunnet i dag er av psykososial art (5). Psykiske lidelser og diffuse muskel-skjelettlidelser dominerer uførestatistikken (6). I helsevesenet foregår det mye forebyggende helsearbeid. Effektene av slike individuelle strategier er imidlertid ofte svært skuffende på populasjonsnivå. Det er fordi de bakenforliggende årsakene til årsakene fortsatt er til stede i samfunnet. De primære årsakene for helseproblemer i befolkningen er av sosial og økonomisk art. Derfor må virkemidlene også være sosiale og økonomiske (7). Det må vi leger bli mer tydelige på i vår kommunikasjon slik at vi kan rette opp balansen og i større grad bli premissleverandører for helsepolitikken.

Balanse i butikken

Loven om den omvendte omsorg ble formulert av den engelske allmennpraktikeren Julian Tudor Hart (8). Loven handler om at helsetjenester tenderer til å drifte i retning av at tjenestene blir best for de som trenger dem minst, og motsatt, dårligst for de som trenger dem mest (9;10). Loven utøver sin effekt i økende grad når helsetjenesten eksponeres for markedsmekanismer, og kan motvirkes gjennom bevisste politiske og strategiske valg. Problemet oppstår når slike politiske valg nettopp gir større plass for markedsmekanismer slik vi ser i Norge i dag (11). Egenandelene øker kontinuerlig, konkurranse innføres som prinsipp for prioriteringer, private helseinstitusjoner øker i antall, løsninger som passer de friskeste vinner fram på bekostning av løsninger tilpasset de sykeste (12;13).

Fastlegeordningen ble også en privatiseringsreform. All markedstilpasning har konsekvenser. Viktigere enn noen gang er det å reflektere over balansen mellom å drive etter bedriftsøkonomiske prinsipper og å tilby helsetjenester etter behov og ikke etter betalingsevne. Mange små mekanismer utøver til sammen en betydelig kraft og kan vippe oss ut av balanse. Språkproblemer, dårlig betalingsevne, kulturelle forskjeller, upassende oppførsel og sosiale problemer er faktorer som gjør det lettere å velge å arbeide der disse faktorene i liten grad er til stede og møte pasienter som er mindre krevende og friskere. Et høyt kunnskapsnivå om sosial ulikhet i helse og velutviklede holdninger er faktorer som må være med for å holde balansen.

Den globale medikamentbalansen

Loven om den omvendte omsorg blir tydeligst demonstrert når vi tenker på fordelingen av medikamentforbruk i et globalt perspektiv. Manglende politisk styring av den internasjonale legemiddelindustrien fører til at det masseproduseres medikamenter designet for den friske og rike del av



«Ventetid.»

verden. Utvikling av medisiner som kunne ha hjulpet millioner av fattige går tregt. Legemiddelindustrien burde selv tatt ansvar og utviklet etiske retningslinjer. De internasjonale legeorganisasjoner burde i større grad utøve et press mot industrien, gjerne gjennom Verdens helseorganisasjon. Tette forbindelser mellom de som produserer og de som forskriver hemmer trolig balanseevnen i alvorlig grad.

Friskmeldingsbalansen

Kostnadene forbundet med sykkelighet, sykmeldinger og stress i arbeidslivet er formidable. De er godt kjent, og det er gjort mye forskning på området som gjør at vi har kunnskap om hvordan problemene oppstår (6), og hvordan de kan reduseres (14). Nedsatt produktivitet gjennom tapt arbeidstid, tapte ferdigheter, tapt motivasjon og nedsatt mulighet for å utvikle nye ideer og å nå nye mål for bedrifter og organisasjoner, kommer i tillegg til all den unødvendige menneskelige lidelsen. Det at alt skal lønne seg i øyeblikket har blitt viktigere enn at folk skal greie å stå i arbeidslivet over tid og holde seg friske. Den totale mangel på et balansert regnskap i omstillingsprosesser både i privat og offentlig sektor er himmelrope. Gammeldags kortsiktig konvensjonell bedriftsøkonomisk tenkning appliseres over alt, i de siste 10 år ikke minst i offentlig sektor. Mange lurer på hvem det er som genererer slike prosesser og hvor de kommer fra. Blårussen blir stadig nevnt. Nå har vi fått et eget moderniseringsdepartement...

Arbeidstakernes livskvalitet og helse har blitt mindre viktig enn profit og regnskap. Nå er over 10% av befolkningen i arbeidsfør alder uføretrygdet, og andelen øker stadig. Folk som har kroniske plager og problemer utstøtes fra arbeidslivet. Vi beveger oss raskt i retning av det Peter F. Hjort har kalt sjokkvisjonen for det fremtidige arbeidslivet: 20% på uførepensjon, 20% midlertidig ansatt, stadig arbeidsløs eller i sesongarbeid, 40% i fast arbeid, mens 20% innehar høyt-lønnede jobber forbundet med makt, prestisje og 16 timers

arbeidsdag (15). Inntektsforskjellene øker, motivasjonen for å stå i arbeid for de med lavest inntekt synker.

I dette landskapet får leger ofte kritikk for å ha for lite engasjement i arbeidet med å redusere sykefraværet. Balansen mellom å beskytte folk for helseskadelige prosesser i arbeidslivet og motivere dem til arbeidsinnsats er en legekunst.

Kvalitetsbalansen

De siste årene har det blitt mer og mer vanlig å sette tall på hvor bra ting er (11). Kvaliteten på helsetjenesten skal også vurderes ved hjelp av tall. Rett etter sykehusreformen var et faktum startet det nye helseforetaket i min del av landet med å utgi en informasjonsavis. Jeg var spent på hva den nye direktøren for helseregionen ville formidle i sin første lederartikkel. Lederen handlet hverken om helsetjenestens overordnede rolle, hvordan de nye helseforetakene kunne bidra til bedre folkehelse, om fordeling av helsetjenester til beste for befolkningen eller om overordnet kvalitet, men om *ventetid*.

Det første og største målet for det nye helseforetaket var å redusere ventetiden i poliklinikkene! Ventetid var et hett politisk tema, og er et godt eksempel på hvordan det som kan telles ofte blir gjenstand for debatt og strategi i dagens samfunn. Det skal formuleres tydelige mål, standarder og kriterier for god kvalitet på tjenester, og ikke minst, det skal systematisk vurderes om man oppnår resultater. Det er enkelt å gjøre ved å tallfeste det vi oppnår gjennom våre handlinger.

Spørsmålet er om slike systemer gir oss det de lover. Kan kvalitet i helsetjenesten telles? Svaret er selvsagt både ja og nei. Men når vikeligheten skal måles, tvinges vi ofte til å redusere den til noen få målbare tegn. Og tallene blir ofte stående igjen alene som objektive sannheter. Legekunst handler imidlertid først og fremst om holdninger, kunnskaper og ferdigheter. Det er disse egenskapene som primært gjør legen i stand til å holde balansen og gjøre det rette på rett sted og til rett tid. Gode holdninger, kunnskaper og ferdigheter oppnås gjennom utdanning, forskning og veiledning. Faren er at balansen forrykkes, og at det er disse grunnleggende aktivitetene som blir skadelidende i en verden der stadig mer handler om suksesskriterier, konkurranse, penger og retten til å velge.

Litteratur

- 1 Joly E. Er det en slik verden vi vilk ha? Oslo: Aschehoug, 2003.
- 2 Wisløff T, Halvorsen PA, Kristiansen IS. Antall som må behandles (NNT) – misvisende, misforstått, misbrukt? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124(15):1926–1929.
- 3 Hetlevik I. Individuell forebygging i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123(10):1395–1396.
- 4 Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992.



- 4 Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- 5 Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:1479-1485.
- 6 Krokstad S, Westin S. Disability in society. Medical and non-medical determinants for disability pension in a Norwegian total county population study. Soc Sci Med 2004; 58:1837-1848.
- 7 Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol 2001; 30:427-432.
- 8 Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971; 1(7696):405-412.
- 9 Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited - protecting patients from overtreatment. N Engl J Med 1992; 327(6):424-429.
- 10 Grøholt EK, Stigum H, Nordhagen R, Kohler L. Health service utilization in the Nordic countries in 1996: Influence of socio-economic factors among children with and without chronic health conditions. Eur J Public Health 2003; 13(1):30-37.
- 11 Lian OS. Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2003.
- 12 Westin S. Likhhet og brorskap - verneverdige verdier i helsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119(1):1474-1479.
- 13 Westin S. Ny ekstraskatt for de syke. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:653.
- 14 Karasek RA, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.
- 15 Hjort PF. Social inequities in health - an overview with five perspectives. Norsk Epidemiologi 2002; 12:7-9.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ingvild Menes Sørensen. Kontakt henne på ingmenes@online.no



Nasjonal konferanse:

Svangerskap og fødsel - i en kunnskapsbasert og differensiert helsetjeneste

Radisson SAS Royal Hotel, Bryggen, Bergen 26. - 28. januar 2005

ONSDAG 26. JANUAR 2005

Åpning kl 11.00 ved Ansgar Gabrielsen, Helse- og omsorgsdepartementet. Legkvinnekonferansen i 1999: Hva var budskapet? Synnøve Berg, Fra lyd og flink pike til trygg hovedperson i egen fødsel. Hvordan? Janecke Thesen. Hva er brukerorientert svangerskapsomsorg? Brit Roland

Faglig kvalitet i fødselshjelpen - tilsyn som verktøy. Utdringer etter landsomfattende tilsyn med fødestasjoner i 2004. Innledninger ved: Lars E. Hanssen, Helga Anansson, Per Børudahl og Nina Jamssen.

Trender i fødselsomsorgen i Europa.

Thierry Du Pont

Kveldshopping med mat og drikke.

Banca Rotto

TORSDAG 27. JANUAR 2005

Nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen
Keiserinner i nye klær: Nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Atle Kløvning. **Kunnskapsgrunnlaget for færre kontroller i svangerskapet.** Per Bergsjø. **Elektronisk helsekort for gravide.** Anders Grimsmo. **Psykiske lidelser og graviditet: Effekt av forebygging og behandling.** Lillebeth Larun. **Overvekt og svangerskapskomplikasjoner:** Nanna Voldner/Tore Henniksen. **Svangerskapsdiabetes, noe å bry seg om?** Tore Henniksen. **Svangerskapsdiabetes hos kvinner med innvandrerbakgrunn - hva gjør vi?** Synne Holan. **Svangerskapsomsorgen - hvem gjør hva? Om organisering.** Børn Backe.

Differensiering av fødselsomsorgen
Making labour safer for the mother and the baby. Lawrence Impuy, Oxford. **Normale fødsler - hvilken betydning har CTG?** Ellen Blix. **Home deliveries - a part of modern obstetrics in the Netherlands.** Simone Buitendijk, Leiden. **Barnelege i vakt ved alle fødestasjoner?** Kristin Lossus. **Perinatal outcome in Europe.** Simone Buitendijk. **Hvorfor ber kvinner om keisersnitt?** Lotta Halvorsen/Hilde Nerum. **Perinealrifter: Hva kan vi gjøre bedre?** Jouko Pahtonen. **Maternelle dødsfall: Hva kan vi gjøre bedre?** Alice Beathe Andersgaard. **Kveldshopping med mat og drikke:** Gailen Nygåten.

FREDAG 28. JANUAR 2005

Differensiert fødselsomsorg i Norge: Hva skjer? Helse Nord, Einar Hennisdal og presentasjon av et prosjekt: Fem års data fra fødestuene. Nina Schmidt. **Helse Midt-Norge ved en representant og presentasjon av et prosjekt i Trondheim.** Kjell Å. Salvesen. **Helse Vest.** Helge Bryne og presentasjon av et prosjekt fra Odda og Haugesund. Torunn Ekeland. **Fødsel i kunsten.** Gunnar Danbolt. **Helse Sor ved en representant og presentasjon av et prosjekt fra Drammen.** Lise Broen. **Helse Øst.** Bente Mikkelsen og presentasjon av et prosjekt fra Bamum. Karen Sofie Koss. **Avslutning: Veien fremover: Inviterte stortingsrepresentanter ved Sonja Spjøli, med flere. Hvor går svangerskaps- og fødselsomsorgen?** Pål Øian. (Dagen avsluttes ved lunsj kl 13.30)

PÅMELDING TIL NASJONAL KONFERANSE

Fornavn: _____
 Etternavn: _____
 Stilling: _____
 Arbeidssted: _____
 Avdeling: _____
 Postadresse: _____
 Postnummer: _____ Seed: _____
 Telefon: _____
 Telefaks: _____
 E-post: _____

Vegetarianer Collaki Røykerom

Jeg ønsker å delta på konferansen:
 Konferanseavgift inkl. lunser, kaffepauser og to kveldsarrangement Kr. 2.500,-

Jeg bestiller følgende overnatting på Radisson SAS Royal Hotel
 Enkeltrum per person inklusiv frokost Kr. 950,-
 Dobbeltrum per person inklusiv frokost Kr. 475,-

Jeg bestiller: Enkeltrum Dobbeltrum

Ankomstdato: _____ Avreisedato: _____

Bo sammen med: _____

Jeg bestiller følgende flybilletter:

Jeg skal reise til Flesland fra: _____ Dato: _____ Ca kl _____

Jeg skal reise fra Flesland til: _____ Dato: _____ Ca kl _____

Jeg ønsker å reise elektronisk (e-ticket) og bruker følgende korridor og utslippsdato: _____

Jeg ønsker full-pris flybillet (kan endres) 50% rabatt (kan endres, men refunderes ikke etter at billetten er skrevet ut)

NB! Servicehonorar kommer i tillegg til billettprisen med kr. 325,-

Påmeldingsfrist 15. desember 2004

Påmeldingen er bindende. Bekreftelse med faktura for de bestilte tjenester sendes fra Team Congress. Innbetaling skal være gjort før arrangementet starter.

Ved avbestilling etter 10. januar 2005 ingen refusjon.

Ved endring/avbestilling før 10. januar, servicehonorar kr. 350,-

Påmelding sendes TEAM CONGRESS AS, Postboks 594, 2603 Lillehammer, df 61

24 70 70, faks 61 24 70 71

Påmelding og program:
www.teamcongress.no/shdir2005

Nasjonal råd for fødselsomsorg Sosial- og helsedirektoratet

Signatur: _____

Dato: _____



Det skapende mellomrommet i møtet mellom pasient og lege

AV ELI BERG

Dette er tittelen på en avhandling jeg forsvarte for den medisinske doktorgrad ved universitetet i Tromsø i mai dette året (1). Noen av mine tidligere pasienter, mine medtenkere, og jeg hadde hatt lange samtaler om kvaliteter i pasient-lege-møter. Skal tro om de erfaringene mine medtenkere og jeg hadde gjort oss kan ha noe med lege-kunst å gjøre?

Kanskje var det tre år gamle Siv som i 1987 vekket meg til en refleksjon som jeg fortsatt befatter meg med. «Ikke putte noe der», sa hun og så på meg med store, redde øyne. «Tanten» i barnehagen hadde brakt henne til helsestasjonen for undersøkelse. En nær omsorgsperson fikk flere år i fengsel. –

Alvorlige krenkelser tidlig i livet synes for noen personer å bli avgjørende for livsløpet, – til dyp fortvilelse for mange, – som for Siv – , for andre vokser det fram en livskraft som forbauser (2). Og hva med de tilsynelatende mindre alvorlige krenkelsene, men som i sum kan dreie seg om en opplevelse av ikke å bli verdsatt av nære og viktige personer? Er slike erfaringer med i utviklingen av sykdom?

Om det skulle være slik at livshistorien og sykehistorien har nære bånd til hverandre mer generelt, da må det få konse-



Eli Berg

Er spesialist i allmenmedisin med 25 års fartstid som allmennpraktiker i Kongsvinger og 1 år i Tromsø, på et prosjekt med navnet «Det skapende mellomrommet i møtet mellom pasient og lege.» Nå 1. amanuensis samme sted.

Her med to barnebarn. FOTO: ASE SCHRØDER

kvenser for selve møtet mellom pasient og lege, tenkte jeg. Men hvordan gå fram for ikke å være en sjarlatan? Jeg inviterte med meg klinisk psykolog Bjørn Angvik til felles konsultasjoner med pasienter som led mye (3). Vi stilte opp med en grunninnstilling om at den som har skoen på, vet hvor den trykker. Kanskje kan vi hjelpe pasientene til å løse på lissene, få opp blåknutene. Vi var enige om å gi fra oss kontroll over samtalen og så se hva som skjedde. Tidsrammen var en klokke-time.

30 av de pasientene jeg kjente meg mest hjelpeløs i forhold til, kom seg så godt at noen av dem kunne forlate helsevesenet etter fra en til fire fellestimer med psykolog til stede. Mange av disse pasientene hadde gått hos meg i mange år, til fortvilelse for oss begge antagelig. Alle 30 fikk mindre behov for legehjelp, mange medisiner ble satt til side, og flere tok mer plass i eget liv. Noen startet på utdannelse i godt voksen alder (4).

Dramatisk. Ja, det var dramatisk. Og min nysgjerrighet fikk næring. Vi hadde erfart i praksis at deler av livsfortellingen klargjorde en følgeriktighet for pasienten, en logikk som hjalp dem i arbeidet med å få historien til nettopp å bli – historie. De behøvde ikke lenger å bære den med seg i kroppen som en bær, – en helseplage.





En reise

En idé dukket opp: Hva med å gjøre en konkret tilbakereise i en livsfortelling?

En av de pasientene som led mye av en rekke sykdommer, takket ja til en liten ukers tur sammen med meg. Han fant seg selv igjen i det som møtte ham. Lukter og lyder, natur og folk han traff underveis, framskaffet minner som ble svært tunge å forholde seg til. De ga ham symptomer der og da, blant annet store pusteproblemer. «Astmaen min er et språk. Jeg har en kropp som sier ifra når nok er nok,» var en av hans mange konklusjoner.

Han karakteriserer seg selv som frisk i dag. Han har midtveis i livet omsider tatt plass i egen kropp. Han fyller seg selv til fingerspissene, – og i forlengelsen av disse svinger han penslene (5).

Fellessamtalene med psykolog og tilbakereisen sammen med en pasient bidro til at jeg gradvis forsøkte å legge om min legepraksis. Underveis ble det mulig å ta sko-meta-



foren på alvor ved at jeg tenkte at sentrum for refleksjonen i møtet må være hos pasienten primært, ikke hos legen. Det er pasienten som har levd sitt liv så langt og som fortsatt skal leve det. Som lege er jeg til stede som en medvandrer en liten stund – akkurat så lenge som pasienten ønsker det, men heller ikke lenger.

Pasientene har ofte tenkt mye før de bestiller seg en lege-time. Det ble viktig for meg å ikke forstyrre fortellingen, men tvert om å oppfordre til å utdype den litt til. Og kanskje de også hadde noe annet de ville ta fram i dag? Jeg prøvde å legge til side mitt diagnostiserende blikk og møte den andre personen – ja, nettopp – som person i første omgang.

Ved dette fikk jeg andre fortellinger enn dem jeg var vant til fra tidligere. Også vanskelige beretninger om skam og skyld og dårlig selvbilde ble lagt ut for samtale. Veien inn til disse historiene syntes kortere enn før.

Kanskje ble det slik fordi jeg stilte åpen og ønsket å møte pasientene som menneske? Jeg ble mer forsiktig når jeg hilste velkommen. Hva var deres anliggende i dag, tro? Selv personer jeg tidligere hadde vegret litt for å møte, vokste foran meg. De inntok rommet og ble tydelige for meg som levd liv. Og dette levde livet kunne jeg ikke kjenne – mer enn det pasientene selv ville vise fram gjennom fortellingene sine. Det ga meg dyp respekt for dem. Det var som å hilse på gode venner.

Etter hvert i møtene ble vi enige om det trengtes medisinske tiltak videre, eller om det ville være naturlig å søke annen type hjelp i deres situasjon. Kanskje hadde de til og med funnet ut av problemene gjennom den refleksjonen de hadde hatt der og da på legekontoret. Noen ytterligere undersøkelser eller henvisninger, oppfølgingstimer eller medisiner ble ikke aktuelt for flere.

Har disse erfaringene noe med *legekunst* å gjøre? Iallfall skjer det noe skapende i møtet. Men det er ikke legen som skaper, – det gjør vi sammen, pasientene og jeg. Men for at dette skal bli mulig, må jeg bruke meg selv som person. En samtale som med en god venn, medbevegelse i fortellingene, og da med hele meg, ikke bare mitt intellekt. Personlig, men ikke privat.

Når vi møter gode venner, viser vi et engasjement, at vi bryr oss. I mine kvalitative forskningsintervjuer med tidligere pasienter er det nettopp dette som presenteres som det viktigste når de søker legehjelp. At legen møter dem som person, «menneske først og så lege», som flere uttrykte det. Det var vesentlig at legen bryr seg om hvordan det går, har en



genuin interesse for pasientens situasjon, – rett og slett at pasienten kan føle seg trygg på at legen vil dem vel.

Så kommer alt det «faglige» i tillegg, som de sa. Men hvordan de ble møtt, var det avgjørende for å komme seg rent helsemessig – og for om de fulgte opp konklusjonene i møtet, inklusive eventuell medikasjon. «Hvordan kan jeg være sikker på at jeg har fått riktig medisin, når legen ikke fikk hele historien? Så da satte jeg tablettene til side. Jeg følte meg ikke trygg. Jeg stolte ikke på legen.»

Herr Nilsen

Det er noen år siden nå. «Det var Nilsen neste!» Sola blander meg idet jeg åpner døra til venterommet. Jeg ser den velkjente silhuetten hans når han langsomt, langsomt prøver å krefte seg opp av stolen. Han sier ned igjen. Han gjør et nytt forsøk. Og så kommer han tvekroket, haltende over gulvet og passerer forbi meg mens jeg holder døra åpen for ham. Bortover korridoren stønner han og støtter seg til veggen. «Du spiller godt i dag,» tenker jeg, «men ikke godt nok.»

Det kommer alltid en kulde inn på legekontoret sammen med Nilsen, et gys som setter seg fast som is i hele kroppen min. Blikket hans er også kaldt og nærmest skjærende. Han er stor og kraftig, denne mannen, en dyktig arbeidskar er han kjent for å være også. Masse å gjøre i det «svarte» markedet. Det er vel derfor han stadig må ha sykemelding for den vonde ryggen.

I fylla har han skrytt av hvor god han er til å lure de dumme doktorene. Dette har jeg nylig fått høre ad omveier. Så jeg merker at jeg er litt «på hugget» denne dagen. Neimen om han skal få lure meg til å gi ham nok en «ferie» fra jobben i byggfirmaet!

«Nå må du gi deg!» avbryter jeg meg selv. «Hvordan er det du tenker? Nå får du være profesjonell og møte denne mannen på en respektfull og åpen måte. Fordommer til side!»

Jeg har kjent ham i nærmere 15 år. Det har vært mange konsultasjoner på kontoret mitt for smerter i kroppen. Og verst har det vært med ryggen. Han har fått henvisning til all tilgjengelig ekspertise for korsryggplagene. Svarene vi får tilbake fra spesialistene er alltid de samme: Det dreier seg nok om muskelspenninger, og det beste for ham vil være mer egenaktivitet, eventuelt fysioterapi i perioder. Og slik er det blitt til den ene behandlingsrunden etter den andre, – men med minimalt utbytte for ham.

Det har sivet inn til meg noen opplysninger om aggressive tendenser på byen. Nilsen er ikke god å ha med å gjøre når han har tømt litt innpå. Folk kommer helst ikke i diskusjoner med ham da, forstår jeg. Ikke er han helt grei når han er



edru heller, for den saks skyld. Fire koner og samboere har forlatt ham i tidens løp. Og barna har han mistet besøksretten til.

På legekontoret er det alltid med litt utrygghet jeg ber ham om å legge seg på undersøkelsesbenken for nærmere vurdering av armer og bein og rygg. Han er så ansent at jeg fornemmer at han hvert øyeblikk kan sparke meg unna eller komme til å gi meg en «teve» der jeg forsøker å teste ut bevegelighet og smertelokalisering. Og han formelig letter fra benken når jeg forsøker å løfte på beina hans. Dette må da være simulering? Eller er det ikke det?

Han har omsider fått satt seg i pasientstolen. Blikket slakker og svetteperlene står tett på pannen og i tinningen. Håret er vått og halsen rødflammet. Jeg ruller stolen min bort til ham. Hva tenker han så på i dag? Hva kan jeg hjelpe ham med?

«Ryggen, denne jævla ryggen.» Han har ikke sovet på flere døgn, og nå er han helt utslitt.

Jeg ser på ham – og med ett så er det som om jeg ser forbi ham, at ansiktet på en måte blir transparent. Jeg fornemmer et levd liv.

Jeg får tanker om at han kanskje ikke var ønsket da han kom til verden. Kanskje hadde ingen vist ham hvor verdifull han var, gitt ham livsmot og livsglede. Kanskje ble han vingestekket tidlig. Kanskje hadde det skjedd noe alvorlig i livet hans. På skolen, ja, hvordan hadde han hatt det der? Kunne det være at han hadde måttet kjempe for en plass, – kanskje en posisjon – og havnet i isolasjon? Hva visste jeg?



I ett nå aner det meg et menneske, kastet inn i verden uten å ha bedt om det selv. Som vi alle. Han hadde verken fått velge tid eller sted for sitt liv. Heller ikke sine foreldre. Som vi alle. Plutselig får jeg en respekt for denne «verdingen». Jeg fornemmer et livsløp, et strev hos den lille pjokken som kanskje ikke ble ønsket velkommen eller tatt imot og nærret med varme og omsorg.

I et lite sekund står dette for meg som en bønn, et rop fra uminnelige tider: Ser du meg? Hører du meg? Uten gjensvar kan vi ikke leve.

Mannen har uten tvil ansvar for alt han har forvoldt mot sine. Men dette viker til side, og jeg forholder meg til et levd liv, en person, et menneske, verdt å lytte til, Nilsen i pasientstolen. Isen er smeltet.

For første gang våger han øyekontakt. Anspenheten slipper taket i muskulaturen, – også i ansiktet. Pannen glettes, og mannen lar seg senke helt ned i stolen. Han slipper pusten. Tårene renner.

Det er stille. Lenge.

Fortvilelsen står å lese med store bokstaver i ansiktet hans. Jeg gir ham et papirlommetørkle. Han snyter seg og tørker kinnene med skjorteteermet. «Jeg er så redd –» han får ikke sagt mer. Han prøver å kvele noen hikst.

Så kommer beretningen om hvordan han i helgen var nær ved å drepe et annet menneske. Han bor alene nå. Samboeren reiste for noen dager siden. Og det er hun som eier leiligheten. Han har mistet jobben. Fylla. Og den vonde ryggen gir ham ikke fred ett sekund.

Jeg lytter. Jeg venter på fortsettelsen – .

Jeg vil prøve å belyse den radikale endringen jeg opplever hos meg selv i dette møtet med Nilsen. Å like eller ikke like – , det er ikke det det handler om for meg denne dagen. Det er ikke en erfaring innenfor polariteten sympati-antipati. Jeg blir rett og slett overrumplet av noe som det er vanskelig å finne ord for. Kanskje lar det seg rett og slett ikke beskrive. Det kan kanskje ikke settes på begrep fordi det ikke lar seg gripe. Det må *erfares*.

Han er en pasient jeg i utgangspunktet ikke ønsket velkommen – innerst inne. Om jeg i tidligere møter har oppført meg eksemplarisk i forhold til god takt og tone, så har det sikkert vært mulig for Nilsen å fornemme at han kanskje ikke var velkommen. Det kan ha vært subtile ting som at jeg kunne vike unna det harde blikket hans, kanskje en

kroppsbevegelse. Hva vet jeg. Men antagelig har jeg bekräftet det han har erfart i så mange livssammenhenger etter hvert: at han er et ikke-ønsket individ, en person folk unngår og som de ikke helt stoler på.

Men jeg møter ham ansikt til ansikt denne dagen, og jeg viker ikke unna blikket hans. Jeg legger ikke merke til øyefarge eller andre detaljer ved fjeset hans, det er ikke observatørens distanserte blikk som skuer sitt objekt. I stedet blir jeg slått av at jeg kjenner ham jo ikke, jeg kan ikke kjenne ham. For jeg har jo aldri gitt ham anledning til å fortelle meg hvem han er. Jeg har rett og slett ikke vist ham *gjestfrihet*, et velkommen fram, et «her er jeg, og jeg vil gjerne høre på deg.» Jeg har avvist ham, og jeg har avvist hans fortelling.

Og nå er det som om jeg plutselig våkner – til respekt og interesse og ansvar for Nilsen. Mine egne bekymringer i situasjonen viker til side. Jeg glemmer meg selv og erfarer en åpning mot det jeg ikke kan vite noe om. En genuin undring og et alvorlig ment ønske om å høre og å gå med ham i fortellingen hans.

Hvordan kan jeg bli så grepet av denne personen som jeg i årevis har forsøkt å unngå? Hvordan kan det være mulig å kjenne på strenger av godhet for denne voldsmannen? Jeg tror ikke det er verken til å forstå eller til å beskrive fullt ut. For det handler om noe ordløst, noe som rammer meg, trefter meg, åpner meg opp i undring, – en bevegelse i dobbelt betydning av ordet.

For det er som om vi er i slekt, Nilsen og jeg. Jeg føler et ansvar som for en kjær person som jeg ikke har sett på lenge og som nå plutselig dukker opp helt uventet. Omtrent slik kjennes det når jeg møter ansiktet hans. Det er kanskje det nærmeste jeg kan komme en beskrivelse.

Plutselig er han der. Og overrumplende, i forbauselse, trefter det meg hvor sårbare vi er, vi mennesker. Og hvis vi ikke tar imot hverandre i denne sårbarheten, lytter til fortellingene, enten de formidles i ord eller i tilsynekomst, ja, så kan vi oppleve oss selv som «feil» på en måte.

Når uttrykkene våre ikke blir lyttet til og tatt imot, så begynner de kanskje å leve sitt eget liv – i kroppen. Og da er det kanskje forståelig at Nilsen blir så ansent, så uutholdelig plaget av muskelspenninger år ut og år inn. For er det noen som har tatt imot ham og hans historie noen gang?

Og så er det dette med ansiktet, det i seg selv så sårbart, det mest nakne på et menneske. Der og da åpner det opp for noe tidløst, noe uendelig av karakter, noe om slekters gang både



for Nilsen og meg selv og menneskene til alle tider på denne kloden. Noe om et liv som ikke starter når man fødes og slutter når man dør, men som er der i forventningene fra generasjonen før og bæres videre i generasjonen etter oss. Historiene.

Jeg får der og da en dyp respekt for Nilsen. Og jeg kjenner en skam over ikke å ha tatt ham på alvor tidligere. Men raskt går skammen over til ansvar og en følelse av et fellesskap som er «eldre enn fjellene» (6). Det blir et imperativ i situasjonen, og jeg kan ikke forhindre det. –

Jeg har etter hvert erfaring med at ved å stille meg mer åpen, så er det flere enn Nilsen som treffer meg på et helt nytt vis. Det endrer min måte å forholde meg til personene på. Og det forandrer også pasientenes måte å være på i møtene våre. Den ene etter den andre av de som jeg ikke alltid har vært så begeistret over å se på timelista mi, blir spennende personer å møte. Jeg kjenner dem jo ikke, selv om noen av dem faktisk har brukt meg som lege i over 20 år. Ved dette trer de fram for meg – og for seg selv – en radikal endring.

Jeg begynner å tenke aktivt på at alle så prøver vi å få til et liv den tiden vi har til låns. Ikke alle lykkes like godt i dette. Men alle gjør sine forsøk fra de er bitte små på å sikre seg en god og forutsigbar verden, tenker jeg. Kanskje en naiv innstilling, vil noen mene. Men for meg blir dette en alvorlig

erkjennelse. Og det gir meg en dyp respekt for hver og en av de som søker hjelp. Det blir viktig for meg å gå på silkefotter for ikke å krenke dem på den ene eller andre måten.

Den Andres ansikt

«...for den Andre kommer nær og med ett befinner seg under mitt ansvar. Da har 'noe' skyllet over mine beslutninger, som var fattet i frihet, listet seg inn i meg uten at jeg visste det og som således fremmedgjorde min identitet» (7).

Det er ikke uten grunn at dette sitatet stadig dukker opp i litteratur som omhandler den fransk-litauiske filosofen Emmanuel Levinas' filosofi. Det er en fortettet utforming av kanskje det mest sentrale i hele hans tenkning. Om og om igjen, fra ulike ståsteder og forskjellige innfallsvinkler, søker han gjennom sin poetiske formidlingsstil å utdype hva som kan ligge i dette å møte det andre mennesket. «Det rammer meg utenom de åpninger jeg kommuniserer med verden og andre mennesker gjennom. Det overrumpler min aktive oppmerksomhet, treffer meg før min beredskap er mobilisert» (7).

I utgangspunktet er mennesket ikke alene i verden. Var det det, ville det ikke kunne leve. Forholdet til andre mennesker har en primær – eller før-logisk – betydning, slik Levinas uttrykker det. Det er kanskje nok å minne om hva som ville skjje om et nyfødt barn ikke ble møtt kontinuerlig av en nær person. Det ville dø, selv om det både fikk mat og klær og hus. Barnet blir så over tid



et jeg i møtet med sine nærmeste og andre. Motsatsen er beretninger om barn som har vokst opp uten menneskelig kontakt ut over den første fasen etter fødselen (8). De er for all framtid fratatt evnen og muligheten for nærhet til andre personer.

Levinas framholder at i møtet med det andre mennesket kan jeg forholde meg til ham som et eksemplar av arten menneske, eller til det jeg ser, nesens fasong eller ørenes plassering for eksempel. Jeg kan også tenke på den andre som en lærer, en student, en flyktning – eller en sykdomstilstand. Jeg kan med andre ord beholde en distanse som gjør det mulig for meg å befinne meg innenfor fenomenologiens terminologi av intensjonalitet i min rettethet mot fenomenet, det som kommer til syne, det som viser seg. Da beveger jeg meg i ontologien. Jeg møter som værende et annet værende i vår felles væren, for å holde meg i den tyske filosofen Martin Heideggers begrepsverden. Og jeg beholder et grep om situasjonen, – jeg har på sett og vis kontroll.

Men å møte et annet menneske har en annen og mer opprinnelig betydning, i følge Levinas. Den andre treffer meg før jeg i det hele tatt har fått tenkt meg om. En avmakt, passivitet, en lidelse. Jeg er påvirkelig, blir affisert. Det er utgangspunktet i møtet.

Ved at den andre kommer til syne, erfarer jeg en henvendelse som fordrer at jeg gir et svar. Ansiktet taler, og jeg blir nødt til å si noe tilbake. Her er antagelig utgangspunktet for alt språk, hevder Levinas. Det er imidlertid ikke det sagte som er det grunnleggende for språket, men selve henvendelsen, det å hilse, det han kaller sigen.

Å bli truffet av den andre, den helt Andre, betyr videre at jeg kommer inn under et ansvar for dette mennesket, et ansvar for å svare, – og i ytterste konsekvens et ansvar for den Andres liv. Hva leder meg til en slik erfaring? Levinas svarer i et intervju med Philip Nemo: «Tilgangen til ansiktet er umiddelbart etisk... Det som spesifikt er ansikt, er det som ikke kan reduseres til persepsjon. Det er først og fremst ansiktets likefremhet, dets uforbeholdne utsatthet, forsvarsløsheten. Ansiktets hud er den mest nakne, den mest blottede... I ansiktet finnes en grunnleggende fattigdom... ansiktet er truet, som om det oppfordret til en voldelig handling. Men samtidig er ansiktet det som forbyr oss å drepe... Det er et helt opprinnelig *Après vous* (Etter Dem –) jeg har forsøkt å beskrive,» sier Levinas (9). Han peker altså på min passivitet i møtet med den Andre. Jeg blir sub-ject, både underkastet og meg.

Den ene betydningen av ordet sub-ject kan utdypes til at den Andre står over meg og stiller med en fordring – om ikke å drepe –

innbefattet ikke å skade eller krenke. Dette møter meg i den Andres ansikt, og da ikke som noe jeg ser, men noe som jeg hører. Det er en uendelig sårbarhet i dette ansiktet som jeg rammes av og som vekker meg til ansvar. Og ikke til medlidenhet, presiserer han. Det er ikke medfølelse det er snakk om. I sårbarheten i den Andres ansikt blir jeg minnet om menneskets endelighet, innbefattet min egen død. Jeg blir altså utfordret til å ta ansvar for den Andres liv. I møtet går det an å si at jeg er sterk og den andre svak. Men den Andre er herren og jeg er tjeneren hans. Jeg er sub-ject, underkastet. Makt og posisjon er altså ikke koblet sammen slik at den ene eller den andre av oss er truet. «Den Andres blikk forbyr meg all erobring... jeg makter ikke lenger å makte» (10).

Men Levinas' betegnelse sub-ject har også en annen betydning. Jeg er uerstattelig i ansvaret som jeg møter som en appell i den Andres ansikt. Ingen kan stille i mitt sted. Jeg er enestående, rett forstått. Det er i møtet med det andre mennesket at jeg blir meg, altså subjekt. (Kfr. det lille barnets utvikling til et seg.) Den Andre forteller meg hva jeg har å gjøre i verden, nemlig å ta vare på mine medmennesker. Høydemålet for livet er altså den Andres ansikt. «Nesten trer i ansiktet fram for meg, ikke som en hindring, heller ikke som en trussel jeg overveier, men som noe som veier meg» (10).

Legekunst, – kanskje innbefatter begrepet en åpenhet – motakelighet – et an-svar, – men også improvisasjon og medbevegelse – hvor pasienten er orkesterleder og jeg en med-spiller? Jeg tror det.

Referanseliste

1. Berg E. Det skapende mellomrommet i møtet mellom pasient og lege. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 2004.
2. Kirkengen AL. Inscribed bodies : health impact of childhood sexual abuse. Dordrecht: Kluwer, 2001.
3. Berg E. Tilfellet Anna – en samarbeidsmodell i allmennpraksis. Utposten 1995; 24(6):254–256.
4. Angvik BR, Berg E. Psykolog og allmennpraktiker på legens kontor. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1996; 33(794):799.
5. Berg E. Han gikk ned med Estonia. Utposten 1998; 27(2):23–25.
6. Hanssen TM. Englevakt. Oslo: Vidarforlaget, 1994.
7. I sporet av det uendelige : en debattbok om Emmanuel Levinas. Oslo: Aschehoug, 1995.
8. Itard J-M-G. The Wild Boy of Aveyron. New York: Appleton-Century-Crofts, 1962.
9. Levinas E. Etik og uendelighet. København: Hans Reitzels Forlag AS, 1995.
10. Levinas E. Underveis mot den annen : essays av og om Levinas : debatt. Oslo: Vidarforl., 1998.

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



Legekunst for vår tid

AV ÅGE WIFSTAD

Legekunst kan være flere ting. Når kirurgen får til et komplisert inngrep, er det legekunst. Når allmennpraktikeren stiller riktig diagnose på vage indikasjoner, er det legekunst. Når psykiateren får kontakt med og beroliger en redd og forvirret psykotisk pasient, kan det også kalles legekunst. Legekunst er at legen ved hjelp av kunnskaper, ferdigheter, fantasi og innlevelsesevne lever opp til situasjonens krav. Mer er det kanskje ikke å si?

Når Utposten likevel vil tematisere legekunsten, er det antakelig fordi noe skurrer i dagens medisin. Selv om det 21. århundrets lege vil ha langt større muligheter enn forgjengerne til virkelig å hjelpe pasienten, blir kanskje også usikkerheten større: Hva består egentlig legens oppgave i?

Kunnskapsveksten og teknologiutviklingen i vestlig medisin har vært formidabel. Men medisinske framskritt utfordrer også legerollen. Det er vanskelig å følge med på spesialisert kunnskap om stadig mindre deler av kroppen. Selv spesialisten klarer knapt å holde seg oppdatert innen eget fagområde. Nettopp derfor er det blant annet behov for en *allmenn* medisin og en syntetiserende, samfunnsmedisinsk kunnskap, – som motvekt mot fokus på detaljer og gruppeinteresser.

Men det er ikke nok å insistere på allmenntilmedisinens betydning i spesialiseringens tidsalder. Den medisinsk-vitenskapelige og medisinsk-teknologiske utvikling påvirker også legerollen på mer grunnleggende vis: Spesialiseringen og teknologiseringen kan over tid føre til at medisinske oppgaver settes ut til andre. Jo mer presist et tiltak beskrives og entydige rutiner etableres, desto mindre grunn er det til at nettopp legen må ha ansvaret for dem. Andre helsearbeidere, teknikere og bioingeniører kan ta over.

Pediateren John D. Lantos spøkte derfor ikke da han i 1997 spurte «Do we still need doctors?» (1). Lantos poengterer at medisinske framskritt bygger på, og bekrefter, at pasien-



Åge Wifstad

f. 1956, førsteamanuensis i medisinsk filosofi, Institutt for samfunnsmedisin, UiT. Har særlig vært opptatt av vitenskapsteori og etikk relatert til psykiatri og allmennmedisin.

ter kan betraktes som like, biologisk sett – og at leger oppfører seg likt i den forstand at de lærer å følge de riktige prosedyrene. Samtidig er det nettopp legens evne til å foreta individuelle, helhetlige vurderinger i situasjonen som gjør henne til noe *annet* enn en tekniker. Men dette hippokratiske idealet passer ikke helt med den moderne medisinske realitet: «Many attempts to deal with the role of doctors in the new world of medicine begin from the assumption that the fundamental basis of the doctor-patient relationship has not changed. But it has. The primary change is that the doctor need no longer espouse a philosophy, need no longer have a particular vision or a worldview. Instead, she need only know how to handle the tools, how to transplant a heart, deliver a baby, or lower the blood pressure (1, s. 174). Det legen trenger for å være en god lege, likner mer og mer på teknikerens kyndighet. At «legekunst» i lys av dette kan oppfattes som et marginalet og vanskelig begrep, er ikke rart.

Men kan vi ikke rett og slett si at framskrittene i moderne medisin har gjort alt vidløftig snakk om legekunst overflødig – alternativt at legekunst i dag nettopp bør forstås som *teknisk* kyndighet? I så fall blir oppgaven å perfektionere seg i bruken av beslutningsalgoritmer; og den som ikke slår seg til ro med dette, har misforstått hva det vil si å være lege i det 21. århundret.

Det er imidlertid et faktum at medisinen egen suksess kan oppleves som fremmedgjørende, for eksempel slik Lantos' mange eksempler viser. Og skal vi ta denne erfaringen på alvor, kan vi ikke bare avfeie den som en misforståelse. Fremmedgjøringen kan for eksempel komme til uttrykk ved at legen først og fremst forventes å være en *iverksetter* av faglig korrekte tiltak, der det er lite rom for, ei heller ikke særlig behov for, at vedkommende gjør reelt selvstendige



Venter hun legekunst eller teknisk kyndighet?

vurderinger. Å kalle dette fremmedgjøring henspiller på at det nettopp er når legen lykkes med å hjelpe pasienten, at hun likevel kan synes det butter imot. (Når legen mislykkes eller gjør feil, kan dette selvsagt også virke fremmedgjørende, men på en annen måte.) Alt kan gå på skinner, men motivasjonen for og gleden ved arbeidet avtar likevel.

I stedet for å tolke dette som utbrenthet, altså som et (patologisk) trekk ved den enkelte, kan vi tolke det som uttrykk for en konflikt mellom arbeidet legen er satt til å utføre, og behovet for å realisere seg selv som *person* gjennom dette arbeidet. En annen måte å si det på er at problemet om legekunst i det 21. århundret dreier seg om hvordan gi innhold til et begrep om *humanistisk* medisin.

Lantos er her interessant fordi han søker svar i en annen retning enn forventet. Løsningen ligger ikke å utvikle en overgripende medisinsk *teori* om legekunsten og lege-pasientforholdet. Lantos henviser i stedet til eksempler på kanten av det vi er tilbøyelige til å oppfatte som medisinsk relevant, og han beskriver hendelser og sykehistorier som ikke riktig passer i noen kategori (se også (2)). Den kunnskapsbaserte medisins ideal er å konsentrere seg om det man kan gjøre noe med. Lantos antyder derimot at det nettopp er i forholdet til de som ikke passer helt inn i behandlingsopplegget, begrepet om legen som noe annet enn tekniker, kan gi næring. Det er der prosedyrekunnskapen blir utilstrekkelig, at behovet for noe mer enn teknisk kyndighet særlig melder seg. Men hva dette konkret vil si, er det selvsagt vanskelig å lese ut av medisinsk faglitteratur. Lantos viser i stedet til en rekke skjønnlitterære eksempler, blant andre John Berger (3) og Walker Percy (4), som han mener på ulike vis har utforsket grensene for den moderne legerollen.

At Lantos viser til andre diskurser enn den medisinske, kunne være verdt en oppfølging. Er for eksempel noe av ubehaget i dagens situasjon knyttet til at vi fortvilet leter etter en klar vitenskapelig definisjon av legekunst, mens vi i stedet burde innse at begrepet best kan gis innhold indirekte gjennom beskrivelser av eksempler – beskrivelser som utfordrer grensene mellom det subjektive og det objektive, det personlige og det faglige? Denne metodeproblematikken skal jeg imidlertid la ligge.

Jeg vil heller utdype Lantos' resonnement i en annen retning, ved å trekke inn et poeng fra Einar Kringlens *Psykiatriens samtidshistorie* (5). Mot slutten av boka reflekterer Kringlen over sitt fags framtid og spør hva psykiatrien bør konsentrere seg om: «Psykiatrien bør etter mitt syn prioritere de alvorlig syke, det danskene kaller psykiatriens kjernegruppe. Burde ikke folk med mindre alvorlige plager kunne klare seg med kortvarige behandlinger av ikke-spesialister?» (5, s. 314) Antakelig må du ha jobbet i eller i nærheten av psykiatrien for å forstå hvor ømt et punkt Kringlen her berører. Nettopp i psykiatrien er nemlig fristelsen stor til å prioritere de med mindre plager. De tunge klientene skaper ofte motløshet og oppgitthet. Evidensbaserte behandlingsregimer er bare delvis til hjelp fordi klientene har mange, og diffuse, problemer samtidig.

Kringlens enkle råd om å prioritere de alvorlig syke minner oss om en medisinsk-etisk forpliktelse overfor pasienten selv når det er vanskelig å gi effektiv behandling. Og det er i legens særlige forpliktelse overfor den syke at forskjellen mellom legekunst og teknisk kyndighet blir tydelig. Legekunst er vel så mye et etisk som et praktisk eller kompetansemessig anliggende. Nettopp fordi mer og mer blir prosedyrestyrt, og skjønnets betydning tilsvarende tones ned, blir legekunstens grunnspørsmål hva den medisinske kunnskapen skal være godt for, hvem som skal få nytte av den og på hvilken måte?

Litteratur

1. Lantos JD. Do we still need doctors? A physician's personal account of practicing medicine today. New York & London: Routledge, 1997.
2. Lantos JD. The Lazarus case. Life-and-death issues in neonatal intensive care. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 2001.
3. Berger J. A fortunate man. New York: Vantage, 1978.
4. Percy W. The moviegoer. New York: Ballantine Books, 1961.
5. Kringlen E. Psykiatriens samtidshistorie. Oslo: Universitetsforlaget, 2001.

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 ham på nord-ola@frisurf.no

Nyhet!

Weifa

C Ibux «Weifa» Antiflogistikum. ATC-nr.: M01A E012

STIKKPILLER 600 mg: Hver stikkpille inneholder ibuprofen 600 mg.
TABLETTER 200 mg, 400 mg og 600 mg: Hver tablett inneholder ibuprofen 200 mg, 400 mg og 600 mg. Filmhøylet. Tabletter 400 mg og 600 mg med behetrolol. **Indikasjoner:** Stikkpiller: Til voksne når peroral bruk ikke er berikningsveg. Ved milde til moderate smerter. Feber. Dysmenoré. Smerter i forbindelse med mindre operative inngrep (f.eks. tannekstraksjoner). Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet. **Tabletter:** Ved milde til moderate smerter. Feber. Dysmenoré. Smerter i forbindelse med mindre operative inngrep (f.eks. tannekstraksjoner). Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet. Reumatoid artritt og artrose. Svereri reumatoid artritt. **Dosering:** **Voksne:** For tilpasnings rykdomstiltand og individuell respons. Ved artrose bør behandlingen ikke gå kontinuerlig, men intermittente avhengig av pasientens plager. Analgetisk effekt: 400-1200 mg pr. dagn fordelt på 2-4 doser. Sikker antiinflammatorisk effekt kan kreve doser på 2400 mg eller mer. Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet: Første dose: 1200 mg (i størst mulig etter en skådd) deretter 1800-2400 mg daglig fordelt på 3-4 doser i 3-10 dager. **Dysmenoré:** **Stikkpiller:** Inntatt 600 mg hver 6-8 time etter behov. **Tabletter:** Inntatt 400-800 mg, deretter 400 mg hver 6-8 time etter behov. **Barn:** **Tabletter: 6-10 kg:** Dosering etter legens vurdering. **10-20 kg:** 100 mg inntatt 4 ganger i dagn. **20-40 kg:** 200 mg inntatt 4 ganger i dagn. Dosen kan tas ferende eller ved inntid, alt etter om det endres hurtig eller mer gradvis svettende og mer langvarig effekt. **Kontraindikasjoner:** Aktivt ulcus pepticum, gastrointestinal blødning. Overfølsomhet for ibuprofen. Skal ikke gå om acetylsalicylat eller andre ikke-steroid antiinflammatoriske midler har forårsaket astma, urticaria eller rhinitt. Allverlig hjertesvikt og/eller ryresvikt (glomerulofiltrasjon mindre enn 30 ml/minutt). **Forsiktighetsregler:** Pasienter med ulcus pepticum eller dyspepsi i anamnesen må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Gastrointestinale reaksjoner som kan oppstå forsvinner ofte ved dose-reduksjon, men er av og til av en slik alvorlighetsgrad at behandlingen må avbrytes. Dyleforandring er observert. Hvis tåkesyn oppstår skal høye oftalmologiske kontroll foretas. Periodiske oftalmologiske kontroller er ønskelig ved langtidsbehandling. Kan gi reversibel hemming av plateaggregasjonen med risiko for forlenget blodloptid. Anvendes derfor med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. Forsiktighet ved nedbatt lever og nyrefunksjon, hepatisk porfyri og ved systemisk lupus erythematosus. Økende alder medfører økt risiko for bivirkninger. Mulighet for at behandling over lang tid kan forårsake tilhelsingsprosesser, inkl. frakturheilning. Det er videre mulig at artrose kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling. Pasienter bør informeres om at preparatet kan gi svimmelhet og tretthet, særlig i starten av behandlingen. Dette

Ibux
600

gjør at reaksjonsevnen kan nedsettes, men preparatet antas ikke å påvirke evnen til å kjøre bil eller betjene maskiner. **Interaksjoner:** NSAIDs bør ikke kombineres med warfarin og tiklopidin pga. additiv hemming av trombocytthæmningen og NSAIDs hemming av metabollene av warfarin. Samtidig bruk av etanol og ibuprofen gir økt blødningsrisiko. NSAIDs øker effekten av antidiabetika ved samtidig administrasjon. Interaksjoner forekommer eller kan forekomme ved samtidig behandling med antikoagulantia, diuretika, betablokkere, metotreksat, ciklosporin, lithium, ACE-hemmere, opirofloksacin, probenecid, kolestiramin eller andre NSAIDs. (f. M01A E01) **Graviditet/Amning:** **Overgang i placenta:** Passerer. Føsterkadelige effekter som prematur lukning av ductus arteriosus med primær pulmonal hypertensjon og degenerative forandring i myokardet, trikuspidaleffekt, manglende lukning av ductus arteriosus postnatal (behandlingssistent), blødninger, nekrotiserende enterokolitt, nedbatt nyrefunksjon og nyresvikt er sett ved bruk i 3. trimester. Forstyrrelser i svangerskapsforløpet er sett i form av oligohydramnion, forlenget av svangerskaps, samt nedbatt reaktivitet. Preparatet skal derfor ikke brukes i 3. trimester. Preparatet bør ikke brukes i 1. og 2. trimester. **Overgang i morsmelk:** Konsentrasjonen i morsmelk er ca. 1% av serumkonsentrasjonen. Det er lite sannsynlig at barn som ammes blir påvirket. **Bivirkninger:** Vanligst er dyspepsi og diaré som forekommer hos ca. 10% av pasientene. Ved bruk av stikkpiller forekommer lokal irritasjon i rektum/vagina hos ca. 10-35% av pasientene. **Myopipi (p-1/100):** Hodepine, tretthet. **Gastrointestinale:** Dyspepsi, kvalme, diaré, brekninger, bukmerter. **Hud:** Hudutslett. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Blødninger, ulcus, ulcers stomatitt. Hud: Urticaria, pruritus, purpura, angioødem. Hørsel: Hørseløshet. **Luftveier:** Astma. **Psykiske:** Søvnforstyrrelse, lett vekt. **Syn:** Synforstyrrelser. **Sjeldne (f-1/1000):** Blod: Trombocytopeni, leukopeni. **Gastrointestinale:** Perforasjoner. Hud: Epidermal nekrolyse, erythemmultiforme. Lever: Hepattitt, gultett. **Psykiske:** Depresjon, forvirring. **Sentralnervesystemet:** Aseptisk meningitt. **Sirkulatoriske:** Ødem. **Syn:** Toksik amblyopi. **Urogenitale:** Nyreskader. **Øvrige:** Anafylaktiske reaksjoner. **Overdosering/Forgiftning:** Ibuprofen har lav toksisitet. Behandlingen ved forgiftninger symptomatisk. **Utløsering:** Tabletter 200 mg 20 stk. og 400 mg 10 stk. er unntatt fra resept-plikt. **Pakninger og priser:** **Stikkpiller: 600 mg:** Engpac: 10 stk. kr 76,80. **Tabletter: 200 mg:** 100 stk. kr 71,00. Endose: 50 stk. kr 49,80. Engpac: 20 stk. kr 400 mg: 50 stk. kr 59,20, 100 stk. kr 91,70. Endose: 50 stk. kr 58,20. Engpac: 10 stk. kr 20, 20 stk. kr 45,20. **600 mg:** 10 stk. kr 35,90, 30 stk. kr 54,40, 100 stk. kr 119,30. **T:** 30, 110, 170, 350. **Refusjon:** Gjelder ikke stikkpiller eller tabletter 200 mg 20 stk. og 400 mg 10 stk. **1. okt. 04**

Ibux 600 mg stikkpiller.

Til voksne når tabletter ikke er hensiktsmessig.

Ved milde til moderate smerter. Feber. Dysmenoré. Smerter i forbindelse med mindre operative inngrep. Akutte inflammasjoner i muskel-skjelettsystemet





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 trykt plassert i den offentlige 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 sammenheng.

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 pedestalene 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 svakeste, 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 forvirring 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 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) 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 deksrometorfan 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. Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmodiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksrometorfan 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/Amning: 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 amning 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): Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner, forvirring, svimmelhet, hodepine og tretthet. Mindre hyppige: 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, sømnlens, stupor og tap av bevissthet) som gikk tilbake uten varige mén. **Behandling:** Bør være symptomatisk.

Oppbevaring og holdbarhet: Dråper: Åpent 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.



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)

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 spelereglar 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 *aisthēsis*, 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).



John Nessa

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

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 legevaktslege. 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 månefejs. 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 åtvare mot det. Dei bekymrar seg over ei urimeleg grad av medikalisering av kvardagslivets plager. Det åtvares 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 10000 kroner for å unngå tre månaders sjukhuskø, 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 legevaktstrakt:

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 brette 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 sjanse 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 allmenmedisin*. 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



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/



LEGEKUNSTEN

i det 21. århundre

AV INGVARD WILHELMSSEN

Helsevesenet er preget av profesjonalitet, avansert diagnostikk og høyt utviklet teknologi. Dette krever kommunikasjonsferdigheter på tilsvarende nivå. Vi må følge med i den medisinskfaglige utvikling. Ingen pasienter vil gå til en lege som er gått ut på dato. Legeyrket er, i tillegg til den spesifikke medisinske kunnskap, preget av at vi behandler mennesker. Vi jobber i en menneskelig relasjon. Legekunsten i det 21. århundre er ikke minst en relasjons- og kommunikasjonsutfordring. Vi skal forholde oss til en godt informert allmennhet og enkeltmennesker som kan ha lest seg opp på sitt spesielle interessefelt. Dette stiller krav og gir muligheter. Idealet er en relasjon preget av gjensidig respekt og likeverd, hvor legen er ekspert på sitt område, mens pasienten er ekspert på sitt liv og har full råderett over dette. Det er et mål at pasienten også gjennom sykdom og lidelse beholder dette ansvaret for sitt eget liv. En slik holdning hos pasienten kan vi som leger både fremme og hemme.

Våre personlige holdninger

Det er en utfordring for oss å bruke våre egne livserfaringer på en nyttig måte. Vi må tenke gjennom egne holdninger til menneskelige lidelse, sårbarhet og livssmerte. Å bruke sitt liv som en ressurs er en stor fordel. Det krever imidlertid at vi selv har et reflektert og avklart forhold til de temaene vi regelmessig samtaler med våre pasienter om; livets skjørhet, døden, usikkerhet og urettferdighet, forholdet til fortiden, nåtiden og fremtiden. Både grunnutdanningen og videre- og etterutdanningen vil måtte ta opp slike temaer, som i en strikt akademisk tradisjon lett kan stemples som subjektive og uvitenskapelige.

Rådgivning kontra behandling

Leger er ofte i en rådgivningsposisjon når pasienten stilles overfor vanskelige valg vedrørende utredning eller behandling av sykdom. Da skal vi, med vår faglige bakgrunn, veilede pasienten frem til et mest mulig velbegrunnet og reflektert valg. Men leger får også mange spørsmål hvor vår faglige bakgrunn ikke hjelper oss. Da skal vi ikke gi råd, men heller innta en terapeutisk holdning. I psykoterapi er ikke terapeuten en rådgiver, men en fornuftig samtalepartner, som hjelper pasienten til å overskue de forskjellige alternativenes han har. Dersom vi gir råd i situasjoner hvor vi egentlig ikke vet bedre enn pasienten hva som er rett, lurt eller hensiktsmessig, vil vi overta en del av ansvaret fra pa-



Ingvar Wilhelmsen

Dr.med. og professor ved Institutt for indre medisin, UiB, overlege ved Haraldsplass Diakonale sykehus. Han er spesialist i indremedisin, fordøyelsesykdommer og psykiatri og startet verdens første klinikk for innbilt syke.

sienten. På spørsmål av typen «bør jeg skille meg? bør jeg flytte? bør jeg skifte jobb? osv», kan vi ikke råde andre mennesker. Vi har ingen spesialkompetanse på området, og vet faktisk ikke svaret. Da er det vår oppgave å hjelpe pasienten til å se hvilke valgmuligheter han har, og hva som taler for eller mot hver av disse; men han må selv velge, og deretter stå for sitt valg. I medisinskfaglige spørsmål kan vi uttale oss med autoritet og trygghet. I andre spørsmål kan vi være gode samtalepartnere, men ikke en moderne versjon av Klara Klok.

Folkeopplysning

Det er viktig at vi som lever i et opplysningsamfunn, selv tar på oss oppgaven som folkeopplysere. Med vår faglige bakgrunn har vi både et ansvar og en mulighet til å påvirke folks holdninger når det gjelder synet på og kunnskap om kropp og sjel. Dette gjøres allerede i stor stil i møte med enkeltpasienter og familier, men det må også gjøres i forhold til lokalsamfunn, interesseorganisasjoner, arbeidsplasser, pasientforeninger og media. Den økende forekomsten av folk med fremmedkulturell bakgrunn gjør denne oppgaven enda viktigere enn tidligere. Opplysningsvirksomheten kan blant annet være lokale samlinger, innlegg i pressen, undervisning i skoler og bedrifter og aktiv bruk av internett.

En spesiell utfordring er møtet med de ulike pasientforeningene. Antallet kan komme til å eksplodere siden folk i en internett-tid lett finner sammen, og informasjonsflyten er nesten ubegrenset. Ikke alle pasientforeninger er av det gode. Dersom formålet med gruppen er å overbevise helsepersonell om hvor syk man er, vil stemningen lett preges av bitterhet, kritikk og mistenksomhet. Andre pasient-



foreninger spiller på lag med helsevesenet, og er til uvurderlig nytte for deltakerne og deres pårørende. Det er vår oppgave å fremme sunne, nøkterne holdninger, gjerne med et snev av optimisme, og med økt mestring som mål.

Hvilke budskap er det viktig at vi som helsevesen bringer ut til folket i det 21. århundre? Skolemedisinen bør representere det som er dokumenterbart, faglig velfundert og nøkternt. Noen kampanjer vil søke å få frem spesifikk medisinsk faglig kunnskap. Andre vil hente sin innsikt fra psykologi og psykiatri, og vil søke å påvirke folks generelle holdninger til helse. I den forbindelse vil jeg forslå følgende slagord:

1. Du må ikke stole på følelsene dine.
2. Du må ikke stole på tankene dine.
3. Du må ikke lytte til kroppens signaler.

Er dette god folkeopplysning? Skal vi ikke stole på følelsene våre? Nei, det er det liten grunn til. En svært sjalu mann kan ikke argumentere med at siden han er så utrolig sjalu, så *må* samboreren ha noen på si. En pasient som får den store skjelven når han kommer inn på RIMI; svimmelheten og hjertebanken tiltar og han synes han får for lite surstoff, kan ikke argumentere med at siden han er livredd *må* det være farlig å bli værende inne. Vi kan stole på at dersom vi er redd, har vi tolket noe som farlig eller truende; dersom vi er sint, har vi tolket noe som urettferdig osv.; men om denne tolkningen er god, presis eller realitetsorientert er en helt annen sak. Dette må vi sjekke. Hva så med tankene? Skal vi ikke stole på dem heller? Nei, spesielt ikke om man er god til å katastrofetenke. Da har man en egen evne til å se farer og trusler over alt, og de konklusjonene man trekker er nesten uten unntak feil. Tanker er tanker, ikke sannhet. Det er en god øvelse å

vurdere sine tanker, og tillegge dem stor eller liten troverdighet. Ingen kan styre automatiske tanker, som bare *er der* utløst av indre eller ytre stimuli, men vi kan styre hvordan vi forholder oss til dem og i hvor stor grad vi velger å tro på dem. Hva da med kroppens signaler. Bør man ikke lytte til disse? Livet er en balansegang, og det er ikke forbudt å følge med på hva som skjer i kroppen. Det er OK å lytte med et halvt øre. Problemet med å lytte ofte og intenst til kroppens signaler er at jo mer man lytter, jo mer vil man høre. Verden er full av uviktige og forbigående subjektive fysiske symptomer, og mange av disse vil forsterkes og forlenges i tid om man fokuserer på dem. Spesielt ille kan det bli om lyttingen fører til feilaktige konklusjoner om overhengende fare, ledsaget av atferdsendring i form av unngåelser og forsiktighet. Det er en meningsfull oppgave for oss som leger å hjelpe befolkningen til et nøkternt forhold til

afinionTM
POINT OF CARE CENTER

**NORSK VERDENSNYHET KOMMER NÅ
LANSERES FØRST I NORGE!**

Afinion forenkler arbeidet og trykker god kvalitet på legekontorets laboratorium. Afinion er prisbelønnet allerede før introduksjon. (DnB NOR's innovasjonspris 2004).

Afinion kommer med følgende parametere:

- HbA1c
- CRP
- PT-INR (sommer 2005)
- ACR, Albumin-Kreatinin Ratio (høst 2005)

Andre parametere som er planlagt:

- hsCRP, høysensitiv CRP
- Homocystein
- Flere følger.....



MEDINOR
Et AXIS-SHIELD selskap

Medinor ASA
Postboks 94, Bryn
N-0611 Oslo

Tlf: 22 07 65 00
Fax: 22 07 65 05
www.medinor.no



egen kropp. Har du en kropp, så merker du det! De fleste symptomer er ufarlige, og kan trygt sees an. Man skal fortsatt bekymre seg for å spy blod, store uforklarlige vektuttap eller knallsvart avføring; mange andre symptomer kan man trygt avvende. Ekte kreft kan det være en fordel å oppdage tidlig, men det er sjelden avgjørende. Det som avgjør om man overlever dersom man er uheldig og får kreft, er typen kreft. Når pasienten eller legen oppdager kreften, er løpet ofte lagt. Hva gjør vi når den viktigste faktoren, som i stor grad avgjør om vi overlever eller dør, er tatt ut av våre hender? Det beste er å kose seg, håpe, og ha et så godt liv som mulig.

Forholdet til alternativ medisin

Det er stor sannsynlighet for at det vil dukke opp nye og flere typer alternativ medisin i løpet av det 21. århundre. Lege er en beskyttet tittel; behandler eller terapeut er det ikke. Enhver kan henge opp et skilt som flagger en eller annen terapeutisk retning. Som skolemedisinere har vi ingen grunn til panikk. Vi vil alltid få mange, som regel altfor mange, pasienter. Det vil alltid være slik at folk som blir virkelig syke oppsøker helsevesenet først. Det kommer aldri til å bli vanlig å oppsøke en healer med bruddskader etter en alvorlig ulykke eller å gå til soneterapeuten med et akutt hjerteinfarkt. Vi behøver ikke fiske etter kunder. Istedenfor å argumentere mot skoleretninger og tradisjoner som vi kanskje ikke en gang kjenner særlig godt, kan vi sørge for at vi selv er faglig oppdatert og møter pasienten på en profesjonell, varm og tydelig måte. Folk gjør som de vil, og dersom de velger å bruke sin tid og sine penger på alternative behandlinger hverken kan eller skal vi hindre dem. Vi kan imidlertid råde folk til å velge sine rådgivere med omhu. De behøver selvfølgelig ikke å velge oss, men de bør tenke seg om, slik at de vet best mulig hva de gjør.

Det er heller ikke vår oppgave å etterkomme alle mulig ønsker eller krav fra en pasient som har vært hos en alternativ terapeut, og fått en for oss spekulativ og merkelig forklaring på et symptom eller en tilstand. Dersom pasienten har fått vite at han har «blokkeringer», så kan ikke vi gjøre noe med det. Heller ikke om «kroppen er full av giftstoffer», men likevel har normale blodprøver, om «milten ligger skjevt», auraen er i uorden eller «nyrene er svarte» (med normal kreatinin). Etter min mening påligger det den som stiller en diagnose enten å behandle den, eller si at dette er uhelbredelig. Skolemedisinen behøver ikke å forholde seg til tolkninger som kommer fra en annen forståelsesramme enn den vi har. Personlig har jeg ingen god metode for å løse blokkeringer, bleke nyrer, rense kroppen eller jekke opp milter.

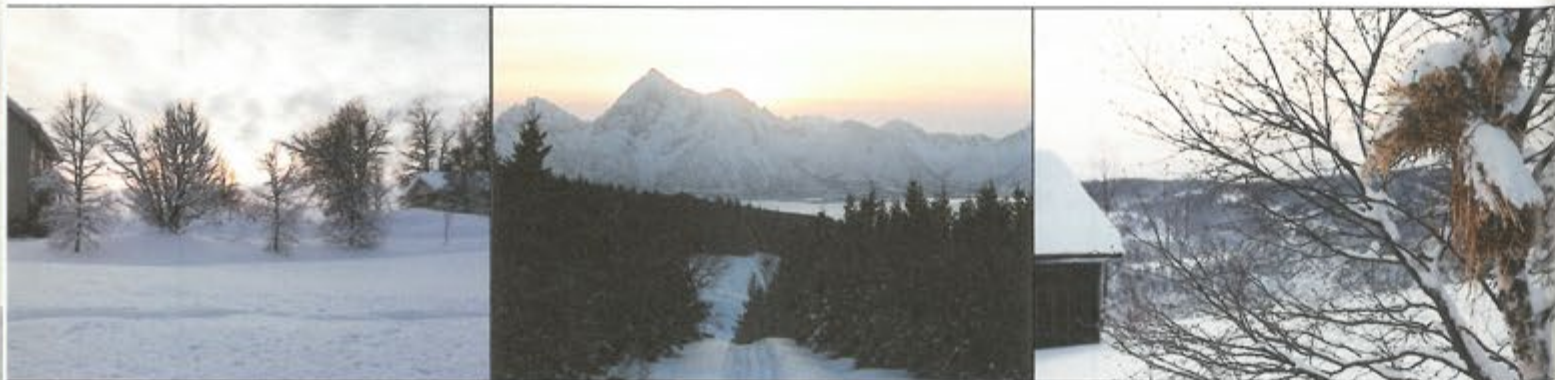
Konklusjon

Også i det 21. århundre vil legeyrket være et av de desidert beste og mest spennende yrker man kan tenke seg. Det beste vi kan gjøre for våre pasienter er å være faglig oppdatert, og sørge for at vi bruker våre egne livserfaringer på en nyttig måte. Da må våre egne holdninger til livet, døden, urettferdighet og usikkerhet være på plass, slik at vi kan være fornuftige samtalepartnere og folkeopplysere i et spennende og mangfoldig informasjonssamfunn.

For videre lesing anbefales:

Ingvar Wilhelmsen «Sjef i eget liv – en bok om kognitiv terapi» Hertevig Forlag, Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, Stavanger, 2004.

Ingvar Wilhelmsen
 Institutt for indremedisin, Universitetet i Bergen
 Haraldsplass Diagonale Sykehus
 5009 Bergen
 Ingvar.Wilhelmsen@med.uib.no





På den andre siden av

LESESALSMUREN

AV LINA KLARA HOEL FELDE



Lina Klara Hoel Felde

Medisinstudent Syddansk Universitet
Odense og redaktør i helsestudentenes
tidsskrift, Sund og Hed på Fyn.

Er *legekunst* kun en floskel å slå om seg med ved store anledninger på de bonede gulver? Noe svulstig som trekkes opp av hatten for å krydre talen på de store dagene? Jeg hørte det sist brukt i talen til de nyttelekkede kandidatene fra Syddansk Universitet i Odense i januar – når taleren allikevel var i sving med Hippokrates og de store greske guttene, så kunne de nye kandidatene i samme utpust få to ord om *legekunst* med på turnusveien. Begrepet *legekunst* pumpes opp til en lettere oppblåst affære ved store begivenheter i de store saler. Men når den oppblåste ballongen punkteres, så blir essensen tilbake – og den burde være brukelig: I de gamle greske og latinske kulturer var begrepet kunst et uttrykk brukt om enhver form for menneskelig kunnskap og ferdighet som lå til grunn for et skapt produkt, og ethvert skapende arbeid var således et uttrykk for kunst. De latinske betegnelser *ars* og *ingenium* kan brukes for å karakterisere *legekunst* – *ars* om den tillærte kunnskap og *ingenium* om det medfødte talent som ikke kan læres (men som kan stimuleres, vel?). Vettuge ord. Umulig å måle i tall og rubrikker.

Går det an å påvirke stud.med.'s læring, slik at stud.med. utdannes til *legekunstner*? Og slik at stud.med. ved neste leilighet kommer i familieselskapet og forkynner: «Jeg studerer *legekunst*»? Går det an, gjennom studiet, å stimulere til en utvikling av de talenter som former stud.med. til kunstner og ikke robot? Går det an å stimulere de uuttalte og ubeskrivelige talenter som er noe annet og mer enn tilegnelse av boklig viten? Er det i det hele tatt utviklingen av slike uuttalte og ubeskrivelige talenter som gjør at stud.med. kan utøve *legekunst* den dag stud.med. har eksamensbeviset i lommen? Er *legekunst* i så tilfelle det uuttalte og ubeskrivelige?

Nå når vi likevel var i Odense blant studentene... Jeg inviterer med på en reise til Odense for å se på noe, overveie noe og synse om noe som *kanskje* kan være en vei til flere *legekunstnere*.

I denne lille byen på Fyn, som dog er mer enn H.C. Andersen, er det innført en ny form for embedseksamen etter OSCE-modellen. OSCE (Objective Structured Clinical Examination) er en prøveform designet til ferdighetstesting for anvendt viten. Veldokumentert. Et redskap med på forhånd bestemte standarder, pålitelig tester kliniske ferdigheter. Verktøyet OSCE er kanskje en kjeledegge? Nja. Selv om vi er i eventyr-Odense, er det mer enn keiserens nye klær.

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Syddansk Universitet i Odense har altså hoppet på OSCE-karusellen og utarbeidet en modifisert form for OSCE som prøveform ved embedseksamen. Vekk med måling av hva kandidaten kan reproducere fra side ditt eller datt i den tykke boken i den oppkonstruerte samtalen med overlegen (eksaminator)! Prosenttall og detaljer er nice to know, jo jo, men ikke nok. (Det er kunstneren pasienten trenger?) Nå skal det måles hva kandidaten kan av ferdigheter og anvendt viten. OSCE-eksamen er en intensiv forestilling – de medisinske kandidatene flytter seg fra stand til stand hvor de blir testet i anvendt viten og observert i ferdigheter, inklusiv kommunikative evner, overfor simulerte pasienter (skuespillere). Nivå: Turnuslegenivå. Hvilke ferdigheter skal turnuslegen besitte? På grunnlag av turnuslegens arbeidsoppgaver konstrueres det til eksamenssituasjoner som illustrerer det man er på jakt etter å observere, og disse situasjoner eksamineres kandidaten i.



Den beste forberedelse til OSCE – og det senere legeliv – er å få nesen ut av boken på lesesalen og møte pasienter «på den andre siden av muren», uttrykte studielederen for medisinstudiet i Odense i fakultetsbladet. Gresset pleier ikke å være grønnere på den andre siden av gjerdet, men her er gresset irrgrønt på den andre siden av gjerdet, i hvert fall på den andre siden av lesesalsgjerdet... Stud.med. trenger nemlig øvelse i å anvende sin viten og kommunisere med fru pasient X samtidig, og det skjer ved å stikke nesen inn på pasientstuen, ikke kun på lesesalen. Det er en kunst å få den boklige lesesalsviten til å henge sammen med kontakten med fru pasient X. Stud.med. blir neppe kunstner av alene å sitte bakkdelen flat på lesesalen, men kan muligvis nærme seg kunsten ved å møte mange fru X'er «på den andre siden av lesesalsmuren».

Et oppstilt eksempel: Student Y skal til OSCE-eksamen. Student Y er som studenter flest – fokusert på eksamen. Så student Y tenker at å møte flest mulige pasienter i real life gir uttelling den dagen Y er kandidat til OSCE-eksamen – for til OSCE-eksamen kommer Y til å være en slags marionettefigur som danser «på scenen» hvor autoritetene observerer hvordan Y mestrer kunsten å være lege overfor fru pasient X. Etter eksamen – når student Y er blitt turnuslege Y, ass.lege Y, overlege Y, almenntillegger Y eller hvilken som helt lege Y – er doktor Y formentlig happy for de mange pasientmøtene. Med andre ord: Læringen i krysset lesesal-pasientstue gavner trolig doktor Ys legegjerning.

Bli student Y gjennom forberedelsen til *sin* ferdighetso-rienterede eksamen bedre forberedt til et legeliv som lege-kunstner? Tja. Dokumentasjon viser at evalueringspro-sedyrer påvirker studentens læring. Et problembasert curriculum og testing som fokuserer på anvendt viten, oppnåelse av praktiske ferdigheter og kommunikative evner burde kunne stimulere til innlæring av tillært viten (ars) i kombinasjon med utvikling av medfødte talenter (ingenium) for ferdigheter og kontakt til pasienten. Gir det flere kunstnere i hvit legefrakk? Kanskje. Kanskje ut-vikler flere sine ubeskrivelige og uuttalte talenter som nettopp gjør dem til *legekunstnere*? Spørsmål til over-veise.

OSCE

Objective Structured Clinical Examination

Performancetesting for anvendt viten

Utviklet for 30 år siden primært til å teste ferdigheter på en strukturert måte



FOTO: CHEBE ANDERSEN

Blir medisinstudentene kunstnere i hvit legefrakk av å terpe detaljer og prosenttall på lesesalen? Nepe. Det oppnås neppe kunst av alene å sitte bakkdelen flat på lesesalen. I dette tilfelle er gresset grønt «på den andre siden av gjerdet» – faktisk irr-grønt – for pasientene i real life er «på den andre siden av lesesalsmuren». Spørsmålet er så: Gir et problembasert curriculum og stimulering til ferdighetstrening og bruk av anvendt viten på medisinstudiet flere legekunstnere?

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på gunhild.felde@sensewave.com



Cipralex®

Rask, effektiv, selektiv^{1,4,7}

Ved behandling av pasienter med depresjon finner man i kliniske studier at*:

- Cipralex® gir tidligere symptomlindring^{**2,3,4}
- Cipralex® har signifikant bedre effekt^{**2,4}
- Cipralex® gir flere symptomfrie pasienter^{4,5}
- Cipralex® tolereres godt⁶

*Placebokontrollerte studier hvor Cipramil®(citalopram) er inkludert som aktiv kontroll. **Bedre effekt enn placebo og Cipramil® målt i uke 1 og 8 (OC-analyse)

For preparatomtale og referanser se side 2.

www.cipralex.com

Lundbeck  **Cipralex**
escitalopram

Se preparatomtale side 2

Det er mange stadier av Alzheimers sykdom. Ebixa[®] er den eneste medisinen som også hjelper de som er hardest rammet^{1,2}.

**Redusert pleiebehov.**

Ebixa[®] reduserte pleietiden for hver pasient med 52 timer i måneden i forhold til de som fikk placebo.³

Ebixa[®] er den eneste medisinen som er godkjent for behandling av pasienter med moderat alvorlig til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.

Lundbeck

**Ebixa[®]**
memantine**Ebixa[®]**

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

For referanser og preparatomtale se side 23