

Uten kunnskap, ingen praksis – uten praksis, ingen kunnskap

Allmenntmedisin – et fag med høy og særegen kunnskapsvaluta¹

■ KIRSTI MALTERUD

Allmenntmedisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni Research • Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

Siden 1985 har allmenntmedisin vært en fullverdig spesialitet. Men mange stusser fortsatt når jeg presenterer meg som spesialist i allmenntmedisin – de spør hva dette er for et fag? En sisteårs legestudent skriver at det viktige i allmenntmedisin-terminen er å lære den gode konsultasjon, mens skulder læres i ortopedi og hjertesykdommer og diabetes i indremedisin. Hva er det som gjør allmenntmedisinen til et spesifikt kunnskapsfelt som består av mer enn øyekontakt og light-versjonen av andre medisinske spesialiteter? Og hvordan kan vi identifisere, utvikle, dele og bruke denne kunnskapen slik at det blir tydelig for oss selv og andre at vi forvalter et fag med høy og særegen kunnskapsvaluta? Hvor ligger de største utfordringene? Og hvordan kan allmenntmedisinen bidra til radikal nytenkning i resten av medisinen?

Klinisk logikk utfordrer lineær kausalitet

Studenten har rett i at allmenntlegen bør ha kjennskap til hvordan ortopedien undersøker en vond skulder. Diagnostiske prosedyrer må imidlertid tilpasses den allmenntmedisinske konteksten. Vidt forskjellige betingelser, som for eksempel pretest sannsynlighet, sammensatte sykdomsmekanismer eller tilgang på medisinsk teknologi bestemmer hvordan funnene tolkes og hva de kan bety – eller hva det betyr når vi ikke finner noe spesielt. Gode samhandlingsferdigheter er nødvendige, men sjelden tilstrekkelige til å oversette det ortopediske til det allmenntmedisinske, selv ved en tilsynelatende enkel og mekanisk problemstilling.

Den allmenntmedisinske kunnskapen bryter ofte med den medisinske lineære logikk og kausalitetsforståelse som vi er lært opp til å følge. Algoritmene kan være til nytte og støtte, men mangler gjerne det avgjørende leddet som forklarer hvorfor akkurat denne pasienten har vondt i skulderen og hva som kan gjøres for at den skal bli bedre. Nå tenker jeg ikke

bare på betydningen av psykososiale faktorer eller ergonomi på arbeidsplassen når det gjelder utvikling av smertetilstander. Jeg tenker heller ikke bare på de kliniske strategiene som allmenntlegen skreddersyr for å kunne håndtere høyprevalente hverdagsplager på en pragmatisk måte (1–2). Jeg vil rette søkelyset mot en faglig annerledeshet i forståelsen av kunnskap og grunnleggende medisinske begreper. Allmenntlegen trenger for eksempel ikke alltid en diagnose for å kunne iverksette målrettet behandling av plagsomme symptomer. Derfor kan den kliniske logikken stille legen overfor tilsynelatende motstridende argumenter eller konklusjoner. Montgomery skriver «When you hear hoofbeats, don't think zebras» (3). Allmenntlegen fjernlagrer kunnskap om sjeldne differensialdiagnoser for å kunne arbeide problemorientert og fokusert, men likevel ha de dramatiske alternativene tilgjengelige tilstrekkelig langt fremme i bakhodet.

Håndgrikelig kunnskap eller bare tilfeldigheter?

De kognitive mønstrene som styrer klinikerens beslutningsgrunnlag har vært kalt intuisjon, ekspertkunnskap eller taus kunnskap (4–6). Noe av dette er personlig, flyktig og tilfeldig på en måte vi aldri vil kunne fange. Men også i grenselandet mot det mer erfaringsbaserte kan vi identifisere håndgrikelig kunnskap som noe mer enn knep og tilfeldigheter som den enkelte allmenntleges skarpe nese kan snuse seg frem til (7). Allmenntmedisinen er et kunnskapsfelt som fortjener å dokumenteres, etterprøves og deles, kanskje særlig fra grensesnittet der den tradisjonelle medisinske kunnskapen kommer til kort. Håndtering av tilsynelatende flytende motsigelser krever is i magen, varme i hjertet, og en avansert evne til å ha flere tanker og følelser i hodet på en gang – en allmenntmedisinsk kompetanse der ute i jungelen på en onsdag, som min gode venn og læremester Per Fugelli pleier å si.

Faget vårt består av to sentrale deler: kunnskap og praksis, hvor den ene er en nødvendig betingelse for den andre: Uten praksis, ingen kunnskap. Uten kunnskap, ingen praksis. Viktig forskning om konsekvensene av Giardia-epidemien i Bergen startet for eksempel da Knut-Arne Wensaas la merke til at det var

usedvanlig mange pasienter med diare på legekontoret hans noen novemberuker i 2004 (8–9). I dag er det vanlig å kombinere allmenntmedisinsk forskning med klinisk praksis. Dette gir et godt utgangspunkt for utvikling av relevant og praksisnær kunnskap.

Pasienttilfredshet er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for medisinsk kvalitet. Fastlegene har de mest tilfredse kunder blant ni utvalgte offentlige tjenesteleverandører i 2012. Paradoksalt nok har allmenntmedisinen likevel et betydelig omdømmeproblem. Folk, politikere og kolleger kjenner ikke merverdien av faget vårt i forhold til sykehusspesialitetene. Kongens livlege er professor i kardiologi. Riktignok vet vi at kongen er operert for hjertesykdom. Men ingen ser ut til å tenke at han trenger en fastlege. Vi må gjøre det tydeligere for oss selv og andre hva faget vårt faktisk består av.

Mangfold eller kaos?

I klinisk praksis er variasjonene store. Handlingsprogrammene er ikke alltid brukbare kart i praksisterrenget. Individualisert omsorg og multimorbiditet passer dårlig inn i en mal beregnet på enkeltsykdommer. Vi må finne praktiske kompromisser når blodtrykkverdier, livsstilsråd og reseptblokk skal passe med pasientens totale sykdomsbilde, livssituasjon, muligheter og verdier. Anna Hansen, 82 år gammel, tåler kanskje ikke NSAID for sin hoftelédssartrose fordi hun også har hjertesvikt og atrieflimmer med antikoagulasjonsbehandling. Allmenntlegen må finne de best mulige og minst farlige kompromissene. Likevel er variasjonene i klinisk praksis større enn det vi kan forklare på denne måten. Her har akademisk allmenntmedisin en viktig utfordring – vi må være tydelig og overbevisende på at vi forholder oss forpliktende til en kjerne av kunnskap. Vi må undersøke og drøfte hvor grensen går for kunnskap som er og skal være flytende og i bevegelse, sammenliknet med tilfeldig klinisk aktivitet.

De store variasjonene behøver likevel ikke nødvendigvis innebære at allmenntmedisinen er et faglig anarki. Det kan også tyde på at et snevert normalitetsbegrep passer dårlig i allmenntpraksis. Avvik behøver ikke innebære uheld – enten det gjelder prøvesvar, kroppshøyde eller seksuell orientering. Per Fugelli sier at allmenntlegen kan motvirke medisi-

¹ Omarbeidet festtale (eller preken) fra 40-årsjubileet for akademisk allmenntmedisin i Bergen 10. november 2012



Vi må finne praktiske kompromisser når blodtrykkverdier, livsstilsråd og reseptblokk skal passe med pasientens totale sykdomsbilde, livssituasjon, muligheter og verdier. ILLUSTRASJONSFOTO COLLAGE: DUŠAN ZIDAR / UNNTAK: LIV FRIIS-LARSEN (Ø.T.H.), HELDER ALMEIDA (MIDTEN), COREPICS VOF (MIDTEN T.H.) OG ANDRZEJ TOKARSKI (N.T.V.)

nens tyveri av verdighet (10) i møte med mennesker som avviker fra medisinsens normalitet. Kunnskap om hvordan stigma, skam og anklager – eller motsatt: styrking, anerkjennelse og forståelse – utspiller seg i det allmennmedisinske rommet, er viktige forutsetninger for et fag som ikke ønsker å overlate samhandling om grunnleggende spørsmål til øyeblikkets innskytelse. Lesbiske kvinner og mennesker med sykelig overvekt er pasientgrupper som vet mye om hvilke kommunikative nyanser som kan utgjøre en forskjell i møtet med allmennlegen (11–12).

Hva er en diagnose, og hva kan den brukes til?

De store variasjonene i allmennpraksis kan også gi oss indikasjoner på hvor, hvordan og hvorfor det medisinske kartet stemmer dårlig med terrenget. Riktignok har vi et utall av diagnoser til rådighet – også symptomdiagnoser fra ICPC for de udifferensierte sykdomsbildene som førstelinjen er full av. I 1942 problematiserte Henry Cohen, britisk radiolog, diagnosen som medisinsk grunnhet. Han skrev: «All diagnoses are provisional formulae designed for action.» – alle diagnoser er foreløpige

formler som skal brukes til handling (13). Diagnosen må vurderes i forhold til sin bruksverdi. Allmennlegen vet at diagnosene ikke alltid gir et godt navn på det pasienten feiler, og slett ikke alltid kan brukes til handling. Her har vi ennå mye ugjort, ikke minst så lenge mange andre, både kolleger, godfolk og politikere, tror en diagnose er et faktum.

Samtidig finnes det diagnoser som er ufravikelig viktige å stille. Tenk bare på malignt melanom, hjerteinfarkt, slag og meningitt. I allmennmedisinen må vi ikke henfalle til et kunnskapssyn der øyekontakt alltid er det vik-

tigste – slik enkelte av våre kolleger fra andre medisinske fagfelt av og til omtaler faget vårt. Det allmennmedisinske kunnskapsfeltet må være robust nok til å samle gammel og ny kunnskap i samme rom, helst på en måte som skaper harmoni og ikke tordenvær. Det må være mulig å se merverdien av fenomenologiske perspektiver uten å måtte forkaste all biomedisinsk kunnskap. Å sette denne summen av kunnskap i system og gjøre den tilgjengelig er også et viktig oppdrag for det allmennmedisinske akademi. Den norske læreboka i allmennmedisin, redigert med sikker hånd av Steinar Hunskaar, er et godt eksempel på at dette er mulig, selv om det kan virke digert (14).

Flere tanker i hodet på en gang – dikotomiene er meningsløse!

Kompleksitet og multimorbiditet er viktige stikkord for de krevende faglige utfordringene i den medisinske førstelinjen. Ulike forskningsmetoder kan på ulike måter vise oss hvilke krefter som er i spill når folk blir syke. Å kunne ha mange tanker i hodet på en gang er allmennmedisinsk basiskompetanse. Allmennlegen vet at i klinisk praksis kan det være viktigere å bryte negative sirkler enn å identifisere årsak. Myten om den nøytrale observatør er forlenget avlivet i akademiske fagområder utenfor medisinen. Vi må vise resten av medisinen hvor meningsløst det er å skille mellom kropp og sjel, subjektivt og objektivt, ved å presentere et kunnskapsgrunnlag som gjør det mulig å forstå og håndtere samtidig pågående prosesser. Vitenskapelig-gjøring og videreutvikling av den allmennmedisinske kompleksitetskompetansen er et viktig oppdrag, slik for eksempel vår svenske kollega Carl Edvard Rudebeck har gjort ved å presentere begrepene «eksistensiell anatomi» og «kroppsempati» (15).

Å ta vitale beslutninger under betydelig usikkerhet

Ofta må allmennlegen ta vitale beslutninger under betydelig usikkerhet. De kliniske utfordringene opptrer i ulike forkledninger, der vi først i ettertid får den endelige fasiten. Når algoritmene ikke strekker til, er avansert klinisk skjønn, beslutningsteori og sannsynlighetstenkning sentrale aspekter av den allmennmedisinske kompetansen. Allmennlegen må tåle å leve med usikkerhet – faget innebærer en kalkulert risiko for å gjøre feil, til og med vitale feil. Vi som forvalter dette kunnskapsfeltet må gjøre usikkerheten til en synlig og legitim dimensjon. Vi må utvikle metoder for å redusere usikkerheten, og samtidig støtte den modige og sårbare kliniker som tar belastningen ved å stå midt i dette feltet over tid. I møte med barn med feber vil det kanskje bare i ettertid være mulig for all-

mennlegen å peke ut den ene som viste seg å ha livstruende meningitt. Vi vet hvordan alvorlig sykdom kan utvikle seg så raskt at det med dagens kunnskap er umulig å forutsi på individnivå. For legfolk kan det være vanskelig å forstå at et dramatisk sykdomsforløp ikke skyldes legefeil. Tilliten til allmennmedisinen styrkes hvis vi kan vise at beslutningsfeltet er flytende, men likevel forutsetter en kunnskapsbasert logikk som faget stiller seg bak.

Sårbarhet som styrke

I tillegg skal vi allmennleger bære frustrasjonen som mange mennesker med kroniske helseplager retter mot dem som ikke kan fjerne plagene. Å forherde seg følelsesmessig er risikabelt. Når teknisk rasjonalitet får forkjørsrett, kan resultatet bli at legen brenner ut og at pasienten møter krenkelser fra den som skulle hjelpe (16). I allmennmedisinsk forskning har vi lang tradisjon for å legge de kliniske dialogene under mikroskopet, slik at vi kan forstå mer om hva som kan gjøres bedre (17). Hvordan kan både pasientens og legens sårbarhet vendes til styrke for alle parter? Per Fugelli skriver om tillit som et bærende element i slike forhandlinger (18). Hva slags kunnskap er dette, og hvilke forskningsmetoder kan åpne de små og trange vinduene til rommene der det finnes noen svar (19)? Det er lettere for forskeren å finne veien til disse rommene når man selv har vært der som kliniker.

Per Fugelli minner oss også om at avmakt og sykdom er alle menneskers lodd. Det han kaller nullvisjonen er vrangforestillingen om at menneskelivet helst skulle vært uten lyte, sykdom og død (18). Når nullvisjonen blir rettesnor, kommer både allmennlegen og pasientene til kort. Pasienter forteller at legen sa 'Du har kun deg selv å takke'. Forakten for svakhet er en farlig variant av nullvisjonen som kan dukke opp i møter med folk som sliter med livsstil og risikotilstander. Forskning viser at allmennlegen i blant bruker skam som virkemiddel i livstils påvirkning (20). Kunnskapsfeltet vårt må omfatte metoder for å styrke mennesker som sliter, herunder røde flagg når vi nærmer oss forakt for dem som ikke lykkes i det vi selv klarer uten problemer. Risikotenkning og sykdomsforebygging må balanseres av ressurstenkning og helsefremmende perspektiver for at det allmennmedisinske regnestykket skal gå opp.

En slags diagnose for akademisk allmennmedisin

Mot slutten av denne teksten er det nå på tide å stille en slags diagnose for akademisk allmennmedisin – en diagnose som ikke er navn på en sykdom, men en foreløpig formulering som grunnlag for handling. I denne teksten

har jeg løftet frem pluser og minuser i vårt faglige regnskap. Et prima grunnlag for videre handling nasjonalt og internasjonalt er at faget vårt over tid har utviklet en bred og solid vitenskapelig kompetanse, med gjensidig respekt for ulike strategier for utvikling av ny kunnskap. Men nå gjelder det å ikke hvile på laurbærene, men utålmodig jage videre. Ikke hvor som helst, ikke nødvendigvis der de mest opplagte publikasjonsgevinstene ligger, men i riktig retning – innover mot kjernen i faget. Med relevans som sentral målestokk, slik at dialogen mellom akademi og grasrot blir tydelig og produktiv.

Uten praksis, ingen kunnskap. Uten kunnskap, ingen praksis.

REFERANSER

1. Howie JG. Diagnosis--the Achilles heel? J R Coll Gen Pract 1972; 22: 310–5.
2. Crombie DL. Diagnostic process. J Coll Gen Pract 1963; 6: 579–89.
3. Hunter K. «Don't think zebras»: uncertainty, interpretation, and the place of paradox in clinical education. Theor Med 1996; 17: 225–41.
4. Polanyi M. The tacit dimension. Gloucester, Mass.: Peter Smith, 1983.
5. Schön DA. The reflective practitioner : how professionals think in action. Aldershot: Avebury, 1991.
6. Malterud K. The legitimacy of clinical knowledge: towards a medical epistemology embracing the art of medicine. Theor Med 1995; 16: 183–98.
7. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. Lancet 2001; 358: 397–400.
8. Wensaas K-A, Langeland N, Hanevik K et al. Irritable bowel syndrome and chronic fatigue 3 years after acute giardiasis: historic cohort study. Gut 2011.
9. Wensaas K-A, Langeland N, Rørtveit G. Avdekking av giardiasisutbruddet i Bergen 2004. Tidsskr Nor Lægeforen 2007 2007; 127: 2222–5.
10. Fugelli P. Den helbredende dansen. Allmennlegeforeningens 75-års jubileumsbok 2013 (in press).
11. Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. Scand J Prim Health Care 2009; 27: 238–43.
12. Malterud K, Ulriksen K. Obesity in general practice. A focus group study on patient experiences. Scand J Prim Health Care 2010; 28: 205–10.
13. Cohen H. The nature, methods and purpose of diagnosis. Lancet 1943; 24: 23–5.
14. Hunskaar S. Allmennmedisin. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, 2003.
15. Rudebeck CE. The doctor, the patient and the body. Scand J Prim Health Care 2000; 18: 4–8.
16. Malterud K, Thesen J. When the helper humiliates the patient. A qualitative study about unintended intimidations. Scand J Public Health 2008; 36: 92–8.
17. Nessa J. From a medical consultation to a written text. 1. Transcribing the doctor-patient dialogue. Scand J Prim Health Care 1995; 13: 83–8.
18. Fugelli P. 0-visjonen : essays om helse og frihet. Oslo: Universitetsforl., 2003.
19. Stensland P. Action research on own practice. Methodological challenges. Scand J Prim Health Care 2003; 21: 77–82.
20. Abildsnes E, Walseth LT, Flottorp SA et al. Power and powerlessness: GPs' narratives about lifestyle counselling. Br J Gen Pract 2012; 62: e160–6.

kirsti.malterud@isf.uib.no