



Allmenntmedisinen som teoretisk veiviser

REDAKSJONELT

HAFTING M

HUMANISTISK MEDISIN SOM FAGOMRÅDE

Serien om allmenntmedisin avsluttes i dette nummeret av Tidsskriftet. Ifølge initiativtakerne (1) har det vært stille rundt norsk allmenntmedisin de siste årene, og målsettingen for serien var derfor å skape blest og debatt rundt norsk allmenntmedisin igjen, for “hvem kan seile foruten vind?”.

I 1970- og deler av 1980-årene representerte allmenntmedisinen en motkultur i norsk medisin som gjenreiste primærhelsetjenesten og den personlige legens prestisje (2, 3). Helsehuset fikk en solid kjeller i disse årene gjennom bl.a. forskning og fagutvikling innen førstelinjemedisinen, bedre arbeidsbetingelser for primærlegene og et lovverk som sikret et offentlig ansvar.

Dagens helsevesen preges av store omlegginger, slik som privatisering av både første- og annenlinjetjenesten med markedsstyring som virkemiddel (4) og en beinhard effektivisering innen sykehusvesenet med påfølgende overføring av oppgaver til primærhelsetjenesten (5). Helsedebatten gjenspeiler skjerpede krav til prioritering av tilbud og tjenester pga. økende kløft mellom det oppnåelige og det mulige, en teknologisk utvikling som bringer frem grenseoverskridende etiske problemstillinger og skjerping og presisering av reglene for å oppnå ulike velferdsgoder. Den økende kløften mellom ressurssterke og ressursfattige skaper pasientgrupper og problemstillinger som dagens helsevesen har lite erfaring med (6).

Da Hernes etter sine 100 dager stilte diagnosen og antydte behandlingen av Helse-Norge, nevnte han knapt primærhelsetjenesten (7). Han så nødvendigheten av en snuoperasjon i retning av et mer “menneskelig helsevesen”, men analysen hans hadde en vesentlig mangel ved at han ikke så at utgangspunktet for en slik snuoperasjon kunne ligge i den allmenntmedisinske fagtradisjonen.

Det særegne ved medisinen som vitenskap og praktisk fag er at den har et todelt kunnskapsgrunnlag (8-11). På den ene side har faget en biopsykososial forankring basert på et naturvitenskapelig grunnsyn. Kunnskap bygges opp gjennom empirisk påviste årsak-virkning-forhold og statistisk signifikante sammenhenger. På den annen side er faget en humanistisk disiplin som forholder seg til relasjoner mellom mennesker, kulturer, verdier, etikk og eksistensielle forhold. Disse spørsmålene kan ikke avklares gjennom telling, måling og statistisk bearbeiding (10). Her må legen gjøre vurderinger, og kunnskapsoppbyggingen skjer ved hjelp av de humanistiske fagfelters arbeidsmetoder, slik

som tolking, refleksjon og argumentasjon. Den biopsykososiale medisinenes mål er å eliminere sykdom eller plage ved å finne årsaken. Modellen er maskinen med feil som skal repareres. Den humanistiske medisinen er mer opptatt av hvordan den enkelte pasient kan leve med sykdom og plage innen de rammer sosiale, kulturelle, etiske og eksistensielle normer setter (11).

Begrepet medisinsk vitenskap blir ofte brukt synonymt med naturvitenskap, og vitenskapelig dokumentert effekt av et tiltak blir sidestilt med påvisning av statistisk signifikante forskjeller i et klinisk kontrollert forsøk. Slike forsøk er nødvendige, men langt fra tilstrekkelige for å kunne avgjøre om effekten er ønskelig sett fra den enkelte pasients synsvinkel (12). Dette er gamle sannheter; sir William Osler skal ha sagt: "Spør ikke hvilken sykdom personen har, men heller hvilken person som har sykdommen." Innen alle kliniske fag forholder leger seg til begge kunnskapsgrunnlagene, men som oftest uten at de er seg det bevisst.

Det spesielle med det allmennterapeutiske fagmiljøet er at der har medisinsk vitenskapsteori stått på dagsordenen i flere tiår. I KOPF-idealet om en kontinuerlig, omfattende, forpliktende og personlig tjeneste er nettopp dualismen i faget formulert i ord (2, 3), og innen videre- og etterutdanningen er etiske og filosofiske problemstillinger ofte fremme. På dette området har Norsk selskap for allmennterapeutikk vært en viktig drivkraft (13) og Utposten et forum for debatt. Det har vært et gjensidig stimulerende forhold mellom fagutvikling og forskning ved at det allmennterapeutiske forskningsmiljøet har tatt i bruk forskningsmetoder fra humanistiske fagtradisjoner (14). Dette har åpnet for muligheten til å innhente vitenskapelig dokumentert kunnskap fra områder som tidligere ikke ble ansett som mulige å forske på, og har resultert i viktige bidrag til forståelsen av f.eks. lege-pasientforholdet og ulike former for pasientatferd.

Arbeidet med å synliggjøre det humanistiske kunnskapsgrunnlaget i medisinen og å tilegne seg denne fagtradisjonens metoder i vitenskapelig og praktisk klinisk arbeid er viktig. Veien mot en menneskelig medisin i teknologiens tidsalder går gjennom å gi verdiene større vekt når avgjørelser skal tas. Dette gjelder de mellommenneskelige verdiene, de kulturelle, de etiske og de eksistensielle. Skal disse sidene av det medisinske faget få gjennomslagskraft, må de som målbærer dem kunne argumentere for dem og ha et reflektert forhold til dem. Det holder ikke lenger med synsing eller autoritære uttalelser om at dette vet legen best. Hun må argumentere for et saksforhold og klargjøre rammene og premisene for konklusjonen, ofte som aktør i et samspill mellom pasient, pårørende eller storsamfunn. Holdbarheten av konklusjonen avgjøres ved at andre kan se hva den bygger på.

Begrepene fra den humanistiske medisinen er nødvendige arbeidsredskaper i det daglige arbeidet ved allmennpraktikerkontoret, f.eks. når det anbefalte behandlingsopplegget fravikes fordi det ikke lar seg forene med pasientens mål for et godt liv. Det gjelder også ved utfylling av erklæringer til trygdekontor eller i funksjonen som portvakt eller portåpner overfor annenlinjetjenestene. Ved å videreutvikle den humanistiske medisinenes verdigrunnlag og metoder for fagutvikling og forskning vil allmennterapeutikken finne et hensiktsmessig teoretisk og praktisk ståsted i møtet med tidens utfordringer. Kan faget også bli veiviser for resten av medisinen?

Marit Hafting

LITTERATUR:

1. Mjell J, Skarsaune K. Hvem kan seile foruten vind? Norsk allmennterapeutikk i 1990-årene. Tidsskr Nor Lægeforen 1996;116: 2293-4.
2. "Tenkekomitéen" innen Alment praktiserende lægers forening og Offentlige legers landsforening. Tanker ommorgendagens primærlegetjeneste! Oslo: Den norske lægeforening, 1978.
3. Komité oppnevnt av: Alment praktiserende lægers forening, Norsk selskap for allmennterapeutikk,

Offentlige legerslandsforening, Norsk bedriftslegeforening. Primærlegen mot år 2000. Oslo: Den norske lægeforening; 1991.

4. Brekke M. Fornyet debatt om privatisering i helsevesenet. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1709-10.
5. Aplfs fagutvalg. Hvem skal gjøre hva - og hvorfor? Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 634-5.
6. Elstad JI. Sosial klasse i helsestatistikk og forskning. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 502-4.
7. Nylenna M. Gudmund Hernes: Se, han snakker! Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1122-4.
8. McWhinney IR. A textbook of family medicine. Oxford: Oxford University Press, 1989: 43-72.
9. Skjervheim H. Objektivismen og studiet av mennesket. Oslo: Gyldendal, 1974.
10. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Medisinsk filosofi. København: Munksgaard, 1990.
11. Toon PD. What is good general practice? London: The Royal College of General Practitioners, Occasional paper 65, 1994.
12. Haug C. Mer helse for hver lege? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1990-1.
13. Kirkengen AL, Jørgensen J, red. Medisinsk teori. Oslo: Tano, 1993.
14. Malterud K. Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. FamilyPractice 1993; 10: 201-6.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no