



Alle legar må førebyggje!

REDAKSJONELT

BRAUT GS

Førebyggjande medisin er under press for tida. Ikkje først og fremst på grunn av manglande medisinsk kunnskap, men fordi det blir stilt spørsmål ved legitimiteten legen har til å drive førebyggjande arbeid. Det er særleg det primærførebyggjande arbeidet som er i søkjelyset, og då helst det som handlar om å få folk til å endre levemåte. Jan Helge Solbakk meiner såleis at det ligg utanfor legens kunnskaps- og kompetanseområde å avgjere kva som representerer det gode livet (1). Sekundærførebyggjande tiltak tykkjest ha større legitimitet (2). Det blir i praksis ganske problematisk når skiljet mellom primær- og sekundærførebygging t.d. for hjarte- og karsjukdommar er i ferd med å bli viska ut (3).

I denne utgåva av Tidsskriftet er det to artiklar om eit intervensjonsprosjekt ved ei akuttmedisinsk avdeling i Telemark (4, 5). Det sentrale temaet er førebygging av hjarte- og karsjukdom ved å påverke kolesterolnivået gjennom ulike former for livsstilsendring. Forfattarane legg fram oppmuntrande resultat både av medisinsk og metodisk art. Det er viktig at slike undersøkingar blir gjort for å sikre eit fagleg forsvarleg grunnlag for førebyggjande medisin. Vidare treng vi undersøkingar av dette slaget for å syne at det faktisk er mogeleg å gjennomføre tiltak av ikkje-farmakologisk art rutinemessig i sjukehus. Slike tiltak handlar i dette tilfellet om rådgeving om og stimulering til endring av livsstil (kosthald, røykevanar) på ein meir offensiv og planmessig måte enn berre gjennom nokre ord ved utskrivingsamtalen eller i farten under visitten. For å få full effekt av t.d. kosthaldsintervensjon må legen gje denne tilnærminga like høg prioritet som han eller ho gjev bruken av farmaka i det einskilde tilfellet (6). Orsakinga om manglande ressursar til slikt arbeid, som norske avdelingsoverlegar gjev til kjenne i ei anna nyare undersøking, ser ikkje ut til å gjelde i Telemark (7).

KLINISK PRAKSIS HANDLAR OGSÅ OM FØREBYGGING

Forfattarane frå Telemark syner på ein overtydande måte at sekundærførebyggjande tiltak er lækjemiddel som høyrer naturleg heime i det miljøet som behandlar pasientane. Den behandlingsansvarlege legen kan ikkje fråskrive seg ansvaret for ikkje-farmakologiske førebyggings- og behandlingsformer. I dette tilfellet er det sjukehuset som er arenaen. Det er ikkje noko ved metoden eller resultatata som tilseier at ein ikkje skulle kunne nytte same tenkinga og arbeidsmåten også utanfor sjukehuset. Sagt på ein annan måte: Allmennmedisinaren må kunne administrere slike metodar like vel som han eller ho tilrår bruk av farmaka, som også for ein stor del er utprøvde i sjukehusmiljøet. I staden for, eller i alle fall i tillegg til, å føreslå eigne førebyggingsspesialistar i sjukehusa, må ein prøve ut samarbeid om tiltak som dette mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta på ein systematisk måte. Gode undersøkingar om resultatata av samarbeid om førebygggingstiltak over forvaltningsgrenser er det lite av i norsk medisin.

Ein leiarartikkel i British Medical Journal nyleg peikar på at legen i framtida ikkje må streva etter compliance (etterleving), men concordance (samsvar, semje) frå pasientane sine (8). Dette understrekar at legen har rolla som rådgjevar, ikkje som ordinator. I dette perspektivet blir skiljet mellom sekundær- og primærførebygging mindre påtrengjande. Dersom ein er viljug til å sjå legen i rolla som rådgjevar, blir kløfta mellom kurative og profylaktiske tiltak heller ikkje så dramatisk som ein av og til kan få inntrykk av i dagens debatt.

Marit Hafting set oss på sporet av overordna retningsliner for førebyggjande og helsefremjande arbeid i allmennmedisinen i ein artikkel i dette nummeret av Tidsskriftet (9). Ho byggjer ei bru mellom tradisjonell monokausal tenking og meir systemorienterte tilnærmingar. I slike modellar må legen meir vere rådgjevar enn ordinator.

LEGEN VEIT MEIR ENN PASIENTEN OM NOKRE SIDER VED LIVET

Thomas Hylland Eriksen stiller spørsmål ved om den postmoderne opninga for at alt ikkje berre er tillete, men også like sant og godt, eigentleg er av det gode i lengda (10). Han meiner tydelegvis at ein må kunne hevde at noko er sant og noko anna usant, objektivt sett, på eit gitt tidspunkt. Eller, om ein vil: Alle måtar å leve på er ikkje like gode, korkje for helsa, individet eller samfunnet.

Det er ikkje sikkert at etiske vurderingar som einsidig legg vekt på autonomiomgrepet er dei ein skal nytte i førebyggjande og helsefremjande arbeid. Det handlande subjektet som Marit Hafting skriv om, er ikkje sjølvstendig og uavhengig. Mennesket lever i ein sosial kontekst som det på godt og vondt sit ganske fast i. Legens mål kan ikkje vere å frigjere personen frå denne tilknytninga. Legen må vere med på å sikre at relasjonane blir fylde av gjensidig ansvar. Tenkjarar frå vår tid, som Knud E. Løgstrup og Emmanuel Levinas, ser på tilknytning som meir grunnleggjande enn autonomi (11). Desse tenkjarane gjev teoriar og modellar som legen som førebyggjar må interessere seg for dersom ein skal hindre at tilknytning utviklar seg til undertrykking.

Legen veit gjennom fagkunnskapen sin litt om den tidstypiske sanninga. Dei som hevdar at ein ikkje skal kunne målbera dette, er fangar i det postmoderne fengslet. Poenget må enn så lenge vere: Alle legar skal tillate seg å vere rådgjevarar innanfor eigne faggrenser overfor dei ein skal vere lege for. Det er difor glimrande at legar i ein kurativ kvar dag prøver ut potensialet i ikkje-farmakologiske profylaktika og terapeutika. Fleire bør kome etter.

Geir Sverre Braut

LITTERATUR:

1. Solbakk JH. Medisinen som møtested og markeds plass. Oslo: Forlaget Forum, 1995.
2. Morken J. Legar skal reparera, ikkje førebyggja. Intervju med JH Solbakk. Vårt Land 18.3.1997: 8-9.
3. Færgeman O, Kjekshus J. Kolesterol senkning forebygger hjertesygdom. Ugeskr Læger 1997; 159: 2193.
4. Hoff G, Olafsson S, Thiis-Evensen E, Paulsen Ø, Johannesen Ø, Olafsson T et al. Integrering av forebyggende medisiner i en akuttmedisinsk avdeling. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1918-21.
5. Thiis-Evensen E, Hoff G, Johannesen Ø. Langtidsresultat ved livsstilsintervensjon i grupper. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1913-6.
6. Stender S, Astrup AV, Dyerberg J, Færgeman O, Godtfredsen J, Lind EMV et al. Kostens betydning for patienter med iskæmisk hjertesygdom. Ugeskr Læger 1996; 158: 6885-91.
7. Ørstavik JW, Christensen EO, Solberg EE, Westheim AS. Sekundærprofylakse ved koronarsykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 219-23.
8. Mullen PD. Compliance becomes concordance. BMJ 1997; 314: 691-92.
9. Hafting M. Forebyggende og helsefremmende arbeid i allmennmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1933-6.
10. Eriksen TH. Et verdensbilde for det 21. århundre. Samtiden 1997; nr.1: 2-14.

11. Henriksen J-O, Vetlesen AJ. Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker. Oslo:Ad Notam Gyldendal, 1997.

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

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