

God medisinsk praksis avhenger av god teori

REDAKSJONELT

BRODAL P

Flere artikler i Tidsskriftet nylig illustrerer betydningen av et godt teorigrunnlag for medisinsk virksomhet. Hetlevik & Grimstad (1) viser for eksempel hvor galt det kan gå hvis leger har for snever forståelse av risikobegrepet. Haakenaasen (2) setter søkelyset på ukritisk bruk av de nye antidepressiver av typen selektive serotoninreopptakshemmere. Berg & Haug (3) drøfter farene ved manglende dialog og refleksjon rundt legers rolle under raskt skiftende ytre betingelser. Førde og medarbeidere (4) hevder at leger lider av teorivegring når det gjelder etiske problemstillinger. Samtidig ropes det varsku om sviktende rekruttering til akademisk medisin (5, 6). De akademiske medisinske miljøer er - eller bør være - de fremste leverandører av medisinsk teori.

Men hva legger vi i begrepet medisinsk teori? Mitt inntrykk er at vi ofte bruker en for snever definisjon. Medisinsk teori er mer enn en stor mengde empirisk og vitenskapelig kunnskap (7), og innlæring av store kunnskapsmengder i en utdanning garanterer ikke et godt teorigrunnlag. Teoribegrepet innbefatter også at fakta kan knyttes sammen på en måte som gir mening og forklaringsverdi, og som kan danne grunnlag for riktige valg.

DE AKADEMISKE MILJØENES ROLLE

“Akademisk” innebærer (når det ikke brukes som skjellsord) refleksjon og meningsutveksling, forståelse av hvordan ny kunnskap erverves, av forskningsresultaters begrensede gyldighet og en åpen, fordomsfri holdning til det man selv ikke vet nok om. Hvis imidlertid Schei (7) har rett i at legeutdanningen hemmer legers tenkning, og Berg & Haug (3) har rett i at dialog og refleksjon forvitrer i medisinske miljøer, bør vi spørre oss om de akademiske miljøene er akademiske i ordets rette forstand.

Eksempelene nevnt innledningsvis illustrerer farene ved en for snever oppfatning av hva som er relevant medisinsk teori. Når i og for seg korrekte data ikke sees i en større sammenheng, blir resultatet feil. Haakenaasen (2) argumenterer for eksempel ikke mot bruk av selektive serotoninreopptakshemmere generelt, men mot markedsføring basert på forestillinger om absolutt spesifisitet og bagatellmessige bivirkninger. Hvis leger aksepterer slik markedsføring, tyder det på at de har et svakt teorigrunnlag om sammenhengene mellom komplekse mentale prosesser og deres substrat i hjernen. Selv om en reduksjonistisk vitenskapelig tilnærming er en forutsetning for mange dramatiske fremskritt innen medisinen, oppstår problemer når reduksjonisten ikke ser begrensningene i sine metoder og funn: “...når uvitenhet ikke erkjennes, og det lille vi forstår betraktes som om det var alt, da oppstår det en virkelighetsforvrengning som gjør at

også det vi vet mister sin gyldighet” (7).

HVORDAN SIKRE GODT TEORIGRUNNLAG?

Det er altså grunn til å tvile på om medisinstudiet gir en god nok teoretisk basis i dag. I så fall - hvor ligger svikten, og hva kan vi gjøre for å rette på dette? En god begynnelse kunne være en bred drøfting innad av hva vi mener med medisinsk teori og hvilken rolle den bør spille. Norske allmennpraktikere går foran med gode eksempler (7, 8). Videre må faresignalene når det gjelder medisinsk forskning tas alvorlig (5, 6). Vi bør også spørre om de akademiske miljøene holder dialog og refleksjon levende, og om studentene stimuleres til å knytte kunnskaper sammen og utfordres til å drøfte sammenhenger.

Sist, men ikke minst, må vi være bevisst på *hvordan* teorigrunnlaget innlæres. Hvis målet er at teorikunnskapene skal innvirke på praksis, kreves det at studentene stadig eksponeres for situasjoner som knytter teori til anvendelse. Derfor er klinisk smågruppeundervisning i medisinstudiet en avgjørende faktor. Klinisk undervisning og utplassering i studietiden har altså ikke - som noen synes å tro - som mål å utdanne leger uten behov for videre opplæring når de kommer ut. Noen tror kanskje at helsevesenet ville blitt mer effektivt hvis medisinnutdanningen prioriterte opplæring i praktiske prosedyrer, utfylling av skjemaer, rutiner ved sykehusavdelinger etc. Det måtte i så fall skje på bekostning av andre aspekter ved utdanningen, som trening i kliniske resonnementer, kommunikasjon og forståelse av livsprosessene. Også diskusjonen om hvorvidt turnustjenesten er nødvendig når alle de medisinske fakultetene etter hvert har noen måneders utplassering i lokalsykehus og kommunehelsetjenesten, vitner om manglende forståelse for grunnutdanningens vesentligste hensikt.

Per Brodal

LITTERATUR:

1. Hetlevik I, Grimstad H. Forebygging av risiko. Riktig informasjon kan villede. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117:1170-1.
2. Haakenaasen K. Lykkepiller med bismak. Noen betraktninger om et klinisk paradoks. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117:1168-9.
3. Berg O, Haug C. Dialogene som forvitrer. Et kritisk blikk på klinikkens utvikling. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117:1163-8.
4. Førde R, Lie S, Aasland OG. Kurs i medisinsk etikk - et pliktløp for klinikere? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117:1138-40.
5. Hørven I. Akademisk medisin i krise. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1639.
6. Aarseth HP. Den medisinske forskningen må prioriteres opp. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1665.
7. Schei E. Legen - et får i ulveklær? I: Kirkengen AL, Jørgensen J, red. Medisinsk teori. Tanker om sykdom og tanker om helse. Oslo: Tano, 1993: 105-14.
8. Swensen E. Til forsvar for faglige normer basert på autoritet, mening - og kunnskap. Utposten 1997; 2: 86-8.

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

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