

Menneskekunnskap som klinisk kompetanse

Medisinens formål er ikke å helbrede sykdom, men å styrke menneskers helse. Medisinske problemstillinger er alltid også eksistensielle, fordi lidelse, angst, død, fødsel og helbredelse berører kjernen i menneskelig eksistens. To begreper som antyder innholdet i denne kjernen er «mening» og «tilhørighet». «Mening», fordi det menneskelige ved mennesket er en fortolkende og forstående prosess, «tilhørighet», fordi mennesket ikke kan bli menneske alene, men formes av sine relasjoner. Når pasienten søker lege, oppstår en relasjon som er preget av asymmetri. I tillit til at legen vet best blottstiller pasienten sårbarhet og avhengighet, og blir samtidig mindre tydelig som autonom og ansvarlig aktør. Dette stiller legen overfor en særegen utfordring, nemlig å ivareta den andre i et møte som har kvalitativt andre kjennetegn enn vanlige menneskemøter, og hvor muligheten for å skade er stor, uavhengig av gode intensjoner. Samtidig innebærer det at legen har en enestående mulighet for å styrke den andre ved å opptre med genuin innlevelse, omsorg og respekt.

Enhver læge som ikke kan gjøre mirakler er en kvaksalver. Enhver læge som ikke tillige er sjælesørger – er en kvaksalver

Arne Garborg (55)

Dr. T hadde jobbet med pasienter hele dagen og ettermiddagen, i 14 timer. Han var sliten på en god måte, litt løftet, suste fra rom til rom på legevakten. Vond hals, vond rygg, vond mage, angst, fyll, feber – det gikk som en lek. På benken på stue åtte lå en kvinne i 60-årene, velkledd, blek, dradd i ansiktet. Dr. T presenterte seg, tok plass på en stol ved benken, så oppmuntrende på henne. «Jeg besvimte i ettermiddag, doktor, jeg har hatt slik hodepine i lengre tid. Det var som om hodet ville sprenges, jeg har vært or hele dagen. Jeg er redd det kan være noe alvorlig, man hører jo om så mange som får kreft i hjernen.» Hun snakket en god stund uten at dr. T sa noe, han lyttet oppmerksomt, betraktet henne. Han kjente en tyngde inni seg ved tanken på alle de omstendelige undersøkelserne han måtte gjøre for å lete etter tegn på hjernetumor og overbevise henne om at hun ikke hadde det. Han så hvor redd hun var. Dr. T hadde ennå ikke sagt et ord, annet enn navnet sitt. Uten at han visste hvorfor fikk han et spørsmål på tungen, langt fra den

Edvin Schei

Edvin.Schei@isf.uib.no

Seksjon for allmennmedisin

Ulriksdal 8 C

5009 Bergen

Schei E.

Knowledge of human nature as clinical competence.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1122–5.

Western medical education has little tradition for critical reflection and discussion. There is a professional overemphasis on the biological and technical aspects of illness and health, with little attention being paid to the phenomenological aspects. The article argues that health depends on two dimensions denoted by the terms meaning and belonging, central in postmodern philosophy in the tradition of Heidegger and Gadamer. Meaning and belonging emerge through dialogue and interpretation. Good clinical communication secures correct medical information and understanding, both of them worthy goals. The most important function of medical dialogue is, however, its ability to strengthen the self-healing interpretational processes of the patient.

☞ Se også side 1020

nokterne kliniske utspørring han ellers brukte i slike tilfeller. Et skudd i mørket, slikt man gjør når man er for trett og blir useriøs. Da hun ble stille og så bort på ham, lot han det stå til: «Kan jeg få spørre deg om det har skjedd noe som har gjort deg veldig glad eller veldig trist i det siste?» Hun tok seg raskt til øynene, tok av seg brillene og signaliserte til søsteren som satt ved fotenden at hun skulle forlate rommet. Mens tårene rant la hun hodet tilbake på puten, så ut av vinduet og sa: «Min far, min mor og min eksmann er døde i løpet av det siste året. Jeg har trøstet alle. Jeg er så sterk.»

I 1952 skrev Trygve Braatøy at legestudiet var «en årelang trening i den tankegang at en bare blir meningsberettiget ved hjelp av kunnskaper, ved faktiske hukommelseskunnskaper alene. Det blir en avvenning når det gjelder å tenke» (1). Nesten 50 år senere skriver Per Brodal, leder for studieplanreformen i Oslo, om betingelsene for personlig vekst i studiet: «Det er grunn til å tro at forholdene er i ferd med å bli dårligere, blant annet på grunn av den økende faglige fragmenteringen» (2). Empiriske studier av legestudenter underbygger en mistanke om at studiet, med sin uomgjengelige tilpasning til den medisinske kultur, kan ha negativ innflytelse på legers evne til empati (3–7).

Fagkulturen i vestlig medisin er kjennetegnet av et instrumentelt læringssyn og en positivistisk virkelighetsforståelse (8–10). Dette sikrer høy teknisk kompetanse, men ikke tilsvarende utvikling av skjønn og dømmekraft hos den enkelte lege, slik bl.a. filosofen Jon Hellesnes påpekte i boken *Sosialisering og teknokrati* allerede i 1975 (11). Manglende tradisjon for selvkritikk og diskusjon av fagtradisjonen ved de medisinske fakulteter setter idealistiske medisinstudenter i fare for å reduseres til fundamentalister i hvitt (4, 12–14), halvt blinde for at medisin krever profesjonelle kunnskaper om *menneskelighet*, hånd i hånd med tilsvarende solid kunnskap om sykdom (15, 16).

Hva handler egentlig medisinen om?

For å svare på spørsmålet om *hvorfor* en lege trenger menneskekunnskap, må man tenke over hva som er medisinen hensikt. Å bekjempe sykdom er ikke medisinen formål. Å bekjempe sykdom er et middel. *Hensikten* er alltid å styrke helsen, opprettholde helsen, gjenvinne helsen (17). Ettersom medisinsk utdanning for det meste handler om sykdommer, kommer imidlertid mange leger tidlig til å tro at medisin er synonymt med diagnostikk og sykdomsbekjempelse. En dyp faglig kløft mellom medisinsk vitenskap på den ene siden og fenomenet helse på den annen, er rotfestet i vestlig kultur, og kommer for eksempel til uttrykk i distinksjoner mellom «medisin» og «helsefag» ved våre utdanningsinstitusjoner.

Oppgavene

Denne splittelsen mellom medisin og helse trengte ikke bety noe dersom resultatene allikevel var gode nok. Men resultatene er tvetydige. Faglige utfordringer tårner seg opp, trass i medisinen imponerende muligheter for å kontrollere sykdom. I løpet av de siste 50 årene er verden blitt sterkt forandret av fremskritt i medisinsk teori og teknologi (18). Men dette innebærer at menneskene lever til høy alder med sine kroniske sykdommer og funksjonstap, sine sorger, sin angst og sin uro for det ene og det andre, altså med hjelpebehov som bare delvis har teknologiske løsninger. Samtidig har prevalensen av spiseforstyrrelser, depresjoner, selvsen og invalidiserende kroppssmerter blant yngre mennesker økt (19, 20). Dette er tilstander som synes å vitne om undertrykkelse, selvforakt og meningsløshet (21), og som heller ikke kan «løses» med enkle grep. I år gjennomføres ca. 17 millioner konsultasjoner hos norske allmennpraktikere, dobbelt så mange som for ti år siden (22). Samtidig har markedet for alternativ medisin eksplodert.

dert. Undersøkelser viser at folk i vestlige land er mer bekymret for sin helse nå enn de var i 1960-årene (23). Leger er i vår tid mindre tilfredse med sitt yrke enn våre kolleger var i 1960-årene (24). Hvorfor angrer én av fire turnusleger på yrkesvalget (25)? Hvorfor vil en tredel av norske leger ikke anbefale yrket for sine barn (26)?

Medisinske spørsmål er alltid også eksistensielle

Hvorfor er ikke pasientene mer tilfredse med sin helse og legene med sitt yrke i vår tid som medisinen er mer potent enn noensinne? Jeg tror at «irrasjonell» misnøye, frustrasjon og vantrivsel langt på vei kan forstås hvis vi erkjenner at medisinske forhold for den det gjelder, nemlig pasienten, alltid er uløselig sammenvevd med eksistensielle fenomener. Når helsen oppleves som truet, trues også den enkeltes identitet, livssammenheng og mening, mye eller lite. Og omvendt – tap av identitet, livssammenheng og mening gir seg lett utslag i medisinske tilstander og/eller etterspørsel etter helsetjenester i form av diagnostikk, behandling, omsorg og trygd.

Nøytral funksjonalitet er en illusjon

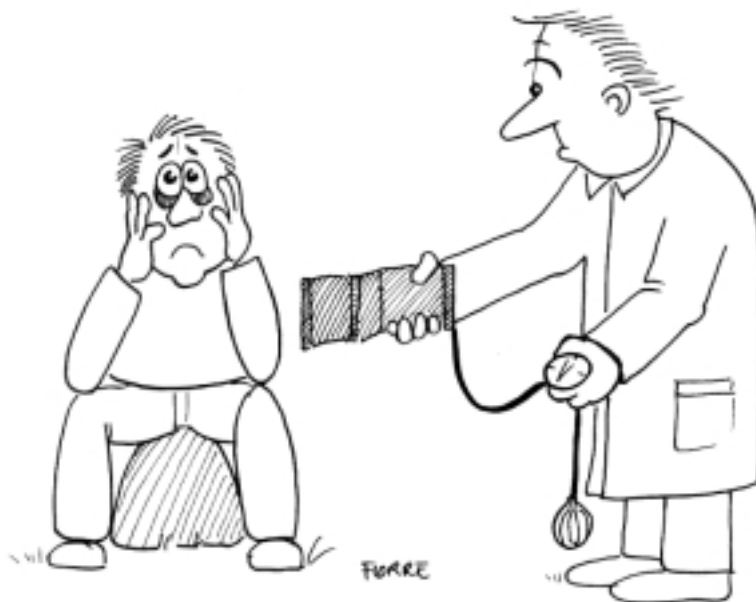
Helbredelseskunsten var fullstendig sammenvevd med religionen i alle førmoderne samfunn (27). Det latinske ordet for helse, «salus», betyr også frelse. Våre «helse» og «hellig» kommer fra en felles etymologisk rot (28). I moderne tid er det imidlertid vanlig å anta at vitenskap, medisin og helseteknologi er verdimeslig og livssynsmessig nøytrale fenomener. Dette er en uheldig illusjon (29). Mennesket er et symbolsk dyr som ikke kan annet enn å fortolke verden rundt seg – uten nødvendigvis å erkjenne selv at det er slik, fordi fortolkningen skjer automatisk og umerkelig (30, 31). Vi lever i en sekularisert kultur, Gud er død for de fleste, men til gjengjeld har vitenskap, deriblant medisin og helseteknologi, beholdt viktige religiøse funksjoner i vestlige samfunn (32, 33).

Hvilke funksjoner har religion?

Religionssosiologien ble grunnlagt av bl.a. Max Weber (1864–1920) og Émile Durkheim (1858–1917). Weber betonet religionens betydning for opplevelse av mening i tilværelsen, mens Durkheim la vekt på at religion bekrefter individets identitet og tilhørighet til sin sosiale gruppe (34). De to begrepene «mening» og «tilhørighet» synes å være fellesnevner for all religion, inkludert kommunisme, markedsliberalisme, fotballhooliganisme og new age (27). Mening og

tilhørighet er universelle fundamenter for tillit, håp, verdier og idealer.

Moderne biomedisin står i sterk kontrast til helbredelsestradisjonen ved sitt skarpe skille mellom objektive og subjektive (fenomenologiske, fortolkede) aspekter ved helse, sykdom og lidelse. Termene «mening» og «tilhørighet» finnes ikke på vanlige medisinske pensumlister, og det er uheldig. De medisinske prosedyrene rundt fødsel, heling og død består av høyt teknifiserte riter som bidrar lite til pasientens og de pårørendes bestrebelse på å gi sine erfaringer mening og moralsk betydning (27). Tvert imot kan helsevesenets tunge instrumentalisme og profesjonelle autoritet utgjøre et reelt hinder for pasientens og de pårørendes forsøk på å integrere kriser, lidelse og død i hverdagens liv.



Strukturelle maktforhold tvinger legene til å konsentrere seg om sykdomskategorier, fysiologi og teknisk effektivitet, slik at spillet med pasienten preges mer av observasjon og administrasjon enn av dialog og gjensidig forståelse. I siste instans er det gjerne svært svake bånd som knyttes mellom helsepersonellet og det sårbare og avmektige enkeltmennesket i klient- og pasientrollen (35). Det taper begge parter på. Den terapeutiske relasjonens helbredende potensial for pasienten blir ikke utnyttet, og legen går glipp av menneskelig modning og innsikt.

Mening og tilhørighet som universelle behov

Jeg vil argumentere for at de to begrepene mening og tilhørighet, «oppdaget» av religionsvitenskapen, ikke har noe som helst med religion per se å gjøre, men betegner prosesser som utgjør kjernen av hva det er å være menneske, og dermed også er kjerneelementer i sunnhet, heling og velvære (36). En lege bør ha tenkt over hva disse fenomenene er og hva de betyr, ikke bare for hans pasienter, men også for ham selv og hans egen eksistens.

Hvis vi vender oss mot nyere europeisk filosofi, finner vi overbevisende argumentasjon for at mening og tilhørighet, synonymer for forståelse og relasjon, er essensielle trekk ved menneskelighet som sådan. De tyske filosofene Martin Heidegger (1889–1976) og Hans-Georg Gadamer (f. 1900) fremhever det uholdbare i å tenke seg at mennesket er den ene halvdel av et subjekt-objekt-forhold (37, 38). Heidegger viser at personen ikke er og ikke kan være et klart avgrenset subjekt som på en eller annen måte eksisterer uavhengig av sitt samspill med verden, og at «verden» heller ikke er ytre objekter som subjektet søker å forstå eller kontrollere gjennom bevisst bruk av fornuften, slik de fleste har tenkt seg det siden Descartes' tid (René Descartes, 1596–1650). Heideggers begrep «Dasein» betegner mennesket som værende-i-verden, som en prosess, ikke som en fiksert bevissthet som betrakter verden fra utsiden. Dasein, ofte oversatt med *personen*, er ikke primært kjennetegnet av sine objekttegenskaper (kropp, fysiologi osv.), men av sin karakteristiske måte å være i verden på, sin mestring av hverdagslivet. Og den karakteristiske måte å være i verden på for mennesket er at vi forsøker å forstå. Å være er å gjøre seg opp meninger om hva det er å finnes, om hva jeg er som værende-i-verden. Denne kontinuerlige prosessen av å forstå vår væren er *ikke* noe vi bevisst vet om eller tenker. Vi er en forstående prosess. Det er

av denne grunn vi må erkjenne at alt fortolkes symbolsk. Institusjoner, yrker og teknologi får symbolske betydninger for brukerne og tilskuerne, mer eller mindre uavhengig av eksplisitte intensjoner og rasjonelle formål (29, 39). Røntgenbilder, magnetisk resonanstomografi, blodprøver eller en enkel stetoskopi av et forkjølt barn, har, som alle klinikere vet, en betryggende betydning for pasienter og pårørende som ofte går langt utover det rasjonelle. Gode leger bruker hver dag teknologi som magi. Den gode lege må også være i stand til å bruke seg selv, symbolet «legen», til å utløse helbredende prosesser.

Like fundamentalt som mening og fortolkning er menneskets tilhørighet til andre, til fellesskapet og til kulturen. Det er villende å tenke seg at mennesket skulle kunne være før, eller uavhengig av, kommunikasjon. Personen som kontinuerlig er involvert i sin forståelsesprosess, gjør seg opp meninger på måter som relaterer til andre. Språk og tenkning forutsetter dype erfaringer med andre og bærer i seg andres fortolkninger. Intet menneske kan skape sin egen verden. «Væren-med betegner et aspekt av Dasein

som er like opprinnelig som væren-i-verden,» skriver Heidegger (40). Mennesket er grunnleggende relasjonelt, ikke individuelt. Den danske filosofen Knud E. Løgstrup (1905–81) beskriver også dette urfenomenet, og gjør det til ankerpunkt for all etisk tenkning og handling: «Den enkelte har aldri med et annet menneske at gjøre uten at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej» (41). Åpenbart vil leger oftere enn de fleste holde ganske mye av andres liv i sine hender. Vår evne til å holde på en måte som blir til hjelp er ikke bare knyttet til dimensjonen kunnskap–uvitenhet, men like mye til aksept–avvisning, fordi menneskets *selv* alltid berøres i menneskemøtet, uansett om det offisielle formålet skulle være å undersøke en vond skulder (42).

I sum hevder altså eksistensialistisk filosofi at vi alle lever i verdener som vi konstruerer, det vil si gir mening til, gjennom en kontinuerlig forståelsesprosess hvor vi gjør oss opp meninger om, og gjennom, våre verbale og nonverbale interaksjoner med omgivelsene. Å leve er å være kontinuerlig engasjert i «bygging-og-ombygging-av-verden», eller ganske enkelt «verdensdanning» (engelsk «worlding»), og essensen av verdensdanning er å forstå og forholde seg til.

Helse og sykdom

Jeg har så langt unngått å definere helse. Helsedefinisjoner skaper gjerne mer forvirring enn klarhet, fordi «helse» er sammenvevd med de udefinerbare fenomenene «menneske» og «det gode» (43, 44). At helse ikke lar seg fange definatorisk, forhindrer ikke at vi trenger begrepet i medisinsk og hverdagslig sammenheng. Gitt ovenstående betraktninger om mening og tilhørighet vil jeg derfor foreslå at vi tenker på helse som tilstander hvor det er forholdsvis enkelt å forstå og integrere de daglige erfaringer, altså tilstander hvor ens «verdensdanning» går rimelig greit og smertefritt for seg. En slik begrepsfesting av helse betyr interessant nok at helse er fullt kompatibelt med å være syk, lidende eller døende dersom den smertefulle realiteten har fått anledning til å bli en del av personens verdensdanning, vanligvis gjennom en form for sorgprosess.

Sykdom er problematisk fordi det påfører lidelse og funksjonstap, men like mye fordi det bryter opp normaltstanden, skaker hverdagens tilsynelatende forutsigbarhet og blottstiller eksistensens sårbarhet. Sykdom truer oss både ved fysiologiske effekter og gjennom virkninger på identitet, relasjoner og fremtidsdrømmer. Frykt for sykdom og andres sykdom (for eksempel egne barns) kan ha samme virkning som egen sykdom. Både mening og tilhørighet blir i noen grad

truet eller svekket. Hverdagens «verdensdanning» får ikke gå smidig og upåaktet hen, tilværelsen synes å tape noe av sin mening. Tilhørighet blir desto viktigere under sykdom, man trenger andres oppmerksomhet, tid, energi og assistanse for å skape forsoning og helbredelse, slik at verdensdanning kan gå videre.

Lege-pasient-forholdet

La oss nå se på møtet mellom lege og pasient. En rekke konsultasjonsundersøkelser har vist at leger regelmessig går glipp av pasientens grunner for å oppsøke legen, og at emosjonelle og sosiale temaer blir utelatt i konsultasjonen (45). Et eksempel er en studie publisert i *British Medical Journal* (46), hvor lydåndopptak av 35 konsultasjoner ble sammenliknet med forutgående forskningsintervjuer av pasienter. Bare fire av 35 fikk frem hele sin dagsorden under samtalen med legen. At viktige temaer ikke ble tatt opp, førte ofte til misforståelser, uønskede resepter og følelser av ubehag, forvirring og skuffelse hos pasientene.

Pasienten som amputert person

Slike funn, og det er mange av dem, reiser en rekke spørsmål, hvorav noen er: Hvorfor forlater alle disse pasientene legekantoret med sine uspurte spørsmål og uformulerte behov, uten å klage, uten innvendinger til legen? Hvorfor sier de ikke ganske enkelt at det har skjedd en misforståelse, at det er noe mer de vil spørre om eller snakke om? Hvorfor aksepterer mennesker misforståelser og usikkerhet i en situasjon hvor det er uvanlig viktig å forstå og bli forstått (47)?

Barry og medarbeidere kommenterer den slående kontrasten mellom de rikholdige presentasjonene pasientene gir av seg selv og sine helseproblemer i forskningsintervjuene og de merkelige amputerte versjonene presentert i legekonsultasjonen senere samme dag: «I konsultasjonene synes pasientene bare å være delvis til stede, med bare begrenset autonomi» (46). Forfatterne knytter dette an mot sosiologen Jürgen Habermas' (f. 1929) kommunikasjonsteori og skriver at personene synes å miste sin «livsverdensstemme» så snart de trår inn på medisinsk grunn. Dermed blir pasienten «vanligvis oppfattet som en rent «biomedisinsk» enhet, det vil si en person med frittstående kroppslige symptomer, som ønsker en merkelapp for det som er galt og en resept for å fikse det» (46).

Pasienten er ikke en likestilt samtalepartner

Artikkelen til Barry og medarbeidere er interessant ved at den viser empirisk at personer i pasientrollen mister noe av sin evne til å handle som komplette mennesker. Det kan anføres en rekke plausible forklaringer på dette, sosialpsykologiske så vel som kulturelle, organisatoriske og historiske. Men det avgjørende for legen er ikke å forklare hvor-

for det er slik, men å erkjenne at pasienten gjerne ikke er i stand til å fremstille seg selv, sin sak og sine behov på en hensiktsmessig måte, fordi det skjer «noe» med pasientens bevissthet og selvpålevelse i møtet med legen. Både Barry og medarbeideres artikkel og en fersk norsk studie viser at pasienter vanligvis ikke gir legen tilbakemelding på opplevde misforståelser, utelatelser og skuffelser (47). Det betyr at en leges opplevelse av å forstå sine pasienter godt nok, kan være delvis illusorisk, fordi den bygger på en sviktende forutsetning om at pasientene ville sagt fra hvis noe var galt.

Pasienten trenger eksistensiell hjelp

Artikkelen tar utgangspunkt i at formålet med medisinsk virksomhet ikke er å stille diagnoser, men å styrke folks helse. Behandling av sykdom kan være et middel for å oppnå dette, men er utilstrekkelig hjelp ved kronisk eller uhelbredelig sykdom, når sykdommen i seg selv er et symptom på vold, undertrykking, tap og svik, når problemet ikke er sykdom, men bekymring for egen og andres helse osv. Mange av dem som søker lege, vil trenge biomedisinsk intervensjon, men *alle* vil i noen grad trenge en annen type hjelp (48).

Denne andre typen hjelp, som kanskje kan kalles «eksistensiell», vil i form og innhold være like mangfoldig som mennesker og skjebner er det, men vil ha som siktemål å støtte pasienter i deres forsøk på å mestre tilværelsen, med eller uten sykdom. I artikkelen har jeg pekt på mening (forståelse og erkjennelse) og tilhørighet (støtte, respekt) som kjerneprosesser i ethvert menneskes bestrebelse på å mestre tilværelsen. Den gode samtalen innebærer alltid en sammensmelting av mening og tilhørighet, idet ny erkjennelse vokser frem ved at to mennesker søker og skaper mening gjennom samspill og erfaringsutveksling. Konsultasjonen og lege-pasient-forholdet er utpreget dialogiske, og gir leger et privilegert utgangspunkt for å yte denne type hjelp. Men da må legen, som overmektig vert og premissleverandør, kjenne til både de store hindringer og de rike potensialer som ligger i den medisinske settingen.

Å være til hjelp som lege: barrierer og potensialer

Både barrierer og potensialer oppstår ved at medisin, teknologi og leger (som alt annet) fortolkes symbolsk og dermed får andre og til dels større betydninger enn de rent instrumentelle og rasjonelle. En hindring oppstår eksempelvis når personer som blir pasienter, fremstår med amputerte versjoner av seg selv og sine behov. For å klare å være til hjelp må leger derfor oppøve særegne samtaleferdigheter som ikke er nødvendige i alminnelig prat mellom folk (49–53).

Potensialene for å være til hjelp ligger, slik jeg ser det, i den samme avhengigheten og sårbarheten som gjør at personer blir

«amputerte» pasienter. Pasientrollen innebærer at personen omdefinierer seg selv fra mestrende og ytende til mottakende. Den innebærer også at pasienten i tillit avstår fra retten til å vite sitt eget beste, hun må stole på at legen vet det. Pasienten abdiserer midlertidig fra sjefsposisjonen i egen tilværelse og legger seg selv i legens hender. Pasienten gjør seg naken og sårbar, ofte i dobbel forstand. I dette, som åpenbart kan liknes med å bli som et barn igjen, ligger en åpenhet og en mottakelighet som innebærer at alt legen sier og gjør overfor pasienten, og måten det sies og gjøres på, får en annen og større betydning enn det ville hatt i vanlig mellommenneskelig samvær. Potensialet for å styrke pasienten ved å vise respekt, interesse og omsorg er i denne situasjonen stort (36) – like stort som muligheten for å skade gjennom å vise likegyldighet, avvising og forakt. Åpenbart vil det eksistensielle aspektet ved lege-pasient-møtet ha helt forskjellig vektning i ulike kliniske situasjoner, og legen må utvikle et stort repertoar av tilnæringer for å kunne være «en god lege» enten pasienten har flis i fingeren eller svulst på hjernen.

Medisinsk humanisme – en nødvendig del av faget

Medisinsk kompetanse krever en syntese av «de to kulturer» (54). Legen må ha innsikt både i kropp og sinn, biologi og fortolkning, pasienter, samfunn og seg selv. Vi lever i en teknologidominert kultur, og legeutdanningen står hele tiden i fare for å utarte til overdrevent teknikkteri, fordi det er lettere å synliggjøre behov for teknisk kompetanse enn for humanistisk. Mange tiårs materialisme i vestlig kultur ser imidlertid i våre dager ut til å ha skapt en lengsel etter refleksjon og menneskeforståelse både i og utenfor medisinen – interessen for filosofi og etikk er større enn på lenge. Gjennom forskning som kan belegge empirisk at medisinsk humanisme har konsekvenser for pasientene, og ved å opprettholde en løpende debatt om hva leger bør kunne, er det derfor håp om at den medisinske kultur kan balanseres, slik at våre kommende kolleger med selvfølghet integrerer teknisk og humanistisk kompetanse i sin yrkesutøvelse.

Litteratur

1. Braatøy T. Pasienten og lægen. 4. utg. Oslo: Cappelen, 1967.
2. Brodal P. Om å skape forandring i legers utdanning. I: Schei E, Gulbrandsen A, red. Forstår du, doktor? Oslo: Tano Aschehoug, 2000.
3. Kay J. Traumatic deidealization and the future of medicine. JAMA 1990; 263: 572–3.
4. Sinclair S. Making doctors. An institutional apprenticeship. Oxford: Berg, 1997.
5. Hjørleifsson S. Doktorfabrikken. Om sjelelig feilernæring i legestudiet. I: Schei E, Gulbrandsen A, red. Forstår du, doktor? Oslo: Tano Aschehoug, 2000.
6. Christakis DN, Feudtner C. Temporary matters. The ethical consequences of transient social relationships in medical training. JAMA 1997; 278: 739–43.

7. Charlton R, Dovey SM, Jones DG, Blunt A. Effects of cadaver dissection on the attitudes of medical students. Med Educ 1994; 28: 290–5.
8. Downie RS, Charlton B. The making of a doctor. Medical education in theory and practice. Oxford: Oxford University Press, 1992.
9. Christakis NA. The similarity and frequency of proposals to reform US medical education. JAMA 1995; 274: 706–11.
10. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. New York: Oxford University Press, 1991.
11. Hellesnes J. Sosialisering og teknokrati. Oslo: Gyldendal, 1975.
12. Schei E. Fundamentalisme i hvitt? Om makt og autoritetsunderkastelse i medisin og helsefag. Omsorg 1998; 16: 63–7.
13. Skrabanek P. The death of humane medicine and the rise of coercive healthism. Bury St Edmunds: The Social Affairs Unit, 1994.
14. Schei E. Medisin og hjernevask. Hvordan legers virkelighetsoppfatning formes slik at den blir til skade for dem selv og folks helse. Nord Med 1992; 107: 62–4.
15. McWhinney I. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press, 1997.
16. Stolt C-M. Vad är humanistisk medicin? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3736–7.
17. Pellegrino ED, Thomasma DC. A philosophical basis of medical practice. Toward a philosophy and ethic of the healing professions. New York: Oxford University Press, 1981.
18. le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. London: Little, Brown and Company, 1999.
19. Sandanger I, Nygard JF, Ingebriksen G, Sørensen T, Dalgard OS. Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999; 34: 570–9.
20. Rutter M, Smith DJ. Psychosocial disorders in young people: time trends and their causes. Chichester: J. Wiley, 1995.
21. Skårderud F. Uro – en reise i det moderne selvet. Oslo: Aschehoug, 1998.
22. Johnsen R, Holtedahl KA. Arbeidstid og produksjon av kurative tjenester i allmennpraksis i 1993. Norske primærlegers praksisprofil. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1489–92.
23. Barsky A. The paradox of health. N Eng J Med 1988; 318: 414–8.
24. Allen I. Doctors and their careers: the new generation. London: Policy Studies Institute, 1994.
25. Vikanes Å, Akre V, Hjørtdahl P. Medisinsk grunnutdanning i utakt. Grunnutdanninga slik turnuskandidaten opplever ho. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2541–5.
26. Landvik T, Aasland OG, Botten G. Arbeidsforholdenes betydning for anbefaling av legeyrket blant leger med sykehusbasert spesialitet. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4371–4.
27. McGuire MB. Religion. The social context. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, 1997.
28. Falk H, Torp A. Etymologisk ordbog over det norske og det danske sprog (1903). Oslo: Bjørn Ringstrøms antikvariat, 1994.
29. Stivers R. Technology as magic. The triumph of the irrational. New York: Continuum, 1999.
30. Nørretranders T. Merk verden: en beretning om bevissthet. Oslo: Cappelen, 1992.
31. Sørhaug T. Ledelsesformers religiøse fundament. I: Sørhaug T. Om ledelse. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.
32. Bull M. Secularization and medicalization. Br J Sociol 1990; 41: 245–61.
33. MacDonald M. The medicalization of suicide in England: laymen, physicians, and cultural change, 1500–1870. Milbank Q 1989; 67 (suppl 1): 69–91.
34. Bullock A, Stallybrass O, Trombley S. The Fontana dictionary of modern thought. 2. utg. London: Fontana Press, 1988.
35. Lillestø B. Når omsorgen oppleves krenkende. En studie av hvordan mennesker med

funksjonshemninger opplever sitt forhold til helsetjenesten. Bodø: Nordlandsforskning, 1998.

36. Ekeland T-J. Meaning som medisin. Ein analyse av placebofenomenet og implikasjoner for terapi og terapeutiske teoriar. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 1999.
37. Gadamer H-G. The enigma of health. Stanford, CA: Stanford University Press, 1996.
38. Stewart J. Philosophical features of social approaches to interpersonal communication. I: Leeds-Hurwitz W, red. Social approaches to communication. London: Guilford Press, 1995.
39. Turner V. Blazing the trail. Way marks in the exploration of symbols. Tucson, AZ: The University of Arizona Press, 1992.
40. Heidegger M. History of the concept of time. Bloomington, IN: Indiana University press, 1985.
41. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal, 1991 (1956).
42. Killingmo B. Den åpne samtalen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 56–9.
43. Merok E. Om helsens skjulte natur. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; akseptert for publisering.
44. Schei E. Helsebegrepet i bevegelse. I: Skjærven LH, red. Bevegelseskvalitet, kunst og helse. Bergen: Høgskolen i Bergen, 1999.
45. Steine S, Finset A, Lærum E. Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 349–53.
46. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. BMJ 2000; 320: 1246–50.
47. Steine S, Finset A, Lærum E. Pasienters ordvalg og uttrykksmåter om siste konsultasjon hos allmennpraktikere. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 354–7.
48. Reilly D. Enhancing human healing. BMJ 2001; 322: 120–1.
49. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Oslo: Tano, 1990.
50. Meland E, Schei E, Bærheim A. Pasientsentrert medisin – en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2253–6.
51. Schei E, Bærheim A, Meland E. Klinisk kommunikasjon – et strukturert undervisningsopplegg. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2258–61.
52. Thornquist E. Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1998.
53. Nessa J. Talk as medical work. Discourse analysis of patient-doctor communication in general practice. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 1999.
54. Nylenna M. De «to kulturer» i medisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3732–5.
55. Garborg A. Trætte mænd. Kristiania: Aschehoug, 1891.

○