

Misforstått om viktig maktanalyse

Oddbjørn Brubakks leserinnlegg i Tidsskriftet nr. 8/2012 (1) føyer seg inn i det jeg oppfatter som misforstått kritikk av Tidsskriftets relevante og viktige påpekning av at andre forhold enn kvalitet og klinisk relevans bidrar til å avgjøre hvilke utgivelser som fenger og oppnår publisitet i samfunnet.

I sin leder i Tidsskriftet nr. 2/2012 (2) setter Stine Bjerkestrand verken metode eller resultater i to artikler om kronisk utmattelsessyndrom opp mot hverandre. Hun tar heller ikke stilling til teorier om tilstanden, men påpeker at utenomfaglige krefter påvirker hvilken oppmerksomhet som blir forskningen til del.

Fordi hun har valgt en kontroversiell klinisk tilstand som eksempel, har dessverre temaet druknet i en metadiskusjon om årsak og behandling (3). Etter mitt syn er det Brubakk og øvrige kritikere som viser at de har tatt stilling i sistnevnte debatt når de har gått glipp av Bjerkestrands egentlige poeng.

Som eksempel på Bjerkestrands tematikk vil jeg vise til en artikkel i et av de siste numrene av *Lancet* om effekten av Internett-basert kognitiv terapi ved kronisk utmattelsessyndrom hos barn og unge i alderen 12–18 år (4). Resultatene var oppsiktsvekkende gode i intervensjonsgruppen sammenliknet med resultatene i kontrollgruppen. Studien er omtalt i Dagens Medisin og således gjort kjent for et langt bredere publikum enn *Lancet*-leserne, inkludert bloggere og helsejournalister. Jeg kan vanskelig forstå at denne studiens resultater skulle være mindre klinisk relevante enn rituximab-studiens, uten på noen måte å sette dem kvalitetsmessig opp mot hverandre. Poenget i denne sammenhengen er at andre forhold enn kvalitet og klinisk relevans belyser hvorfor den ene studien har fått mer oppmerksomhet enn den andre.

Jeg skulle ønske vi kunne enes om at årsaksbildet ved kronisk utmattelsessyndrom er uklart og sammensatt, at patogenesen er interessant, men ikke nødvendigvis relevant for behandlingen, og at kognitiv terapi har effekt når den blir godt tilrettelagt. Men, som Bjerkestrand påpeker, vi bør først og fremst enes om at hvilken forskning som pønskes ut, iverksettes, finansieres og stimuleres, og hvilke resultater som fenger i samfunnet, i stor grad styres av forventet oppmerksomhet. Denne oppmerksomheten er i sin tur ikke først og fremst bestemt av hva som er klinisk relevant, men av samfunnets mottakelighet – av hva som er in og salgbart.

Virkelig nøytral forskning og forskningsformidling er en illusjon. Når vi likevel streber mot dette idealet, må vi ta hensyn til alle mekanismer som er i sving. Det er bekymringsfullt at så mange norske leger ikke synes å forstå hvilken makt som ligger i de ukontrollerte, vanskelig tilgjengelige, ikke-målrettede, ikke-totalitære og ikke-ondsinnede, men likevel svært sterke og sorterende samfunns-kreftene.

Georg Espolin Johnson
Trygderetten i Oslo

Georg Espolin Johnson (f. 1953) er cand.med. og cand.philol. med idé-historie hovedfag på en oppgave om legerollen som historisk konstruksjon. Han har yrkeserfaring fra allmennmedisin, arbeidsmedisin, personforsikring og trygdemedisin. Han er medisinskyndig rettsmedlem i Trygderetten (trygderettsdommer) og har bistilling som universitetslektor ved Institutt for helse og samfunn, Avdeling for samfunnsmedisin. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Brubakk O. To underlige lederartikler. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 927.
2. Bjerkestrand S. Maktskiftet. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 125.
3. Bjerkestrand S. Nødvendig maktskifte? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 619.
4. Nijhof SL, Bleijenberg G, Uiterwaal CS et al. Effectiveness of internet-based cognitive behavioural treatment for adolescents with chronic fatigue syndrome (FITNET): a randomised controlled trial. *Lancet* 2012; 379: 1412–8.

Mitt ansvar – og kanskje også ditt?



Jeg takker forfatterne av *Lege, student og medmenneske* (1) i Tidsskriftet nr. 10/2012 for gode innspill til min tekst om tilværelsen som medisinstudent. Avslutningsvis i deres tekst er det svært gode forslag til forbedringer. Jeg er enig med dem i at manglene jeg skisserte i *Medisinsk lettvekt – bare meg?* (2) også er aktuelle for preklinikken. Det kan handle om dårlig organisering og manglende kunnskap om medisinstudenters opplevelse av studiet. Det sistnevnte har

Medisinsk fagutvalg i Bergen lenge sett behovet for, og i februar 2012 ble det utført en trivselsundersøkelse som over 400 studenter besvarte. Min opplevelse er som regel ikke at det dreier seg om dårlige holdninger, mangel på medmenneskelighet og manglende respekt i veiledningen, det er heller mangel på tid og kapasitet. Dette oppleves også for meg som et strukturelt problem.

Jeg mener at større vekt på miljøet, inkludert forholdet mellom studenter og leger, er viktig for et godt studium. Vi studenter vil ikke leies gjennom studiet. Vi vil behandles med respekt, vi vil regnes med og gis ansvar – under oppfølging. Jeg ønsker å oppleve at vi er på lag. Det er viktig å understreke at jeg har møtt leger som ser på meg som en på laget. Disse legene gir ofte også oss studenter rom til å snakke om de medmenneskelige aspektene. Hovedpoenget i denne sammenhengen er at det er kontinuiteten i møtet mellom studenter og leger som mangler! Der synes jeg Brodal har et viktig poeng i sin kommentar (3). Jeg møter aldri den fantastiske onkologen som presset meg til nye høyder på en spesialvisitt igjen. Det største problemet som student er at man aldri opplever at noen ser nettopp deg, tror jeg.

Det er imidlertid viktig for meg å påpeke at min tekst også handler om studiemiljøet oss medisinstudenter imellom. Det er ikke bare legene som har et ansvar. Som studenter har vi ansvar for vår egen læring og trivsel og for at miljøet oss imellom har så stor takhøyde at vi tør å være lettvektene hvis vi føler det slik. Fakultetet og studieorganiseringen har ansvaret for at vi studenter har den plattformen vi trenger og at legene vi møter har lyst, evne og ikke minst tid til å følge oss opp. Jeg tror det er her vi studenter møter store utfordringer, og kanskje er det dette som skulle stått i sentrum? Kan vi skape kontinuitet i oppfølgingen av studentene?

Ansvaret for medisinstudiet ligger på både studenter, undervisere og ikke minst de som har ansvar for organiseringen av studiet. Hva gjør strukturen og organiseringen av studiet med oss – og med vår oppførsel ovenfor pasientene og kollegene vi møter og skal samarbeide med?

Ingrid Neteland
Bergen

Ingrid Neteland (f. 1987) er medisinstudent, studentrepresentant i Medisinsk fagutvalg og skriver bloggen *godtnok.wordpress.com*. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Nortvedt P, Pedersen R, Solbakk JH. Lege, student og medmenneske. *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132: 1205.
2. Neteland I. Medisinsk lettvekt – bare meg? *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132: 696–7.
3. Brodal P. Et varselrop om læringsmiljøet i klinikken. *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132: 698.