

Dr.med.

Jeg var litt forbauset da jeg leste artikkelen i Tidsskriftet nr. 19/2012 (1). Jeg kommer fra et land midt i Europa som er kjent for konvensjoner og formell stivhet. Der skiller man også mellom du og De, holder dørene åpne for kvinner, hilser med god morgen eller god dag ved møte eller på gangen – og håndhilser. Disse vanene er nok sikkert blitt mindre formelle der også. Blant annet likner dresskoden den vi har i Norge: uformell. Noen oppfatter det som kulturelt forfall, andre er helt fornøyd.

Jeg har akkurat fylt 66 år og følgelig av en annen generasjon enn du. Jeg har nå vært overlege i Norge i sju år, men har mer enn 45 års erfaring med omgangsformer fra Sverige, der det begynte med omstilling fra «Ni» til «du» i slutten av 1960-årene. Gamle damer klaget da over uhøflighet hos de unge som ikke lenger sa hos bakeren: «Vil frøken Lundquist være så snill å gi meg tre kanelboller?»

Da jeg reiste til Oslo i august 1970, var det annerledes. Da var det «De» og ikke «du». Men jeg liker bedre det nåværende språket. Det familiære «du» uttrykker nærhet og tillit, «De» stammer fra fordums tider med adel og innebærer avstand og kulde.

Vi er leger og skal «behandle» pasientene. Etter min mening bør vi ikke blande «behandle» med «håndhilse». Vi kan ikke vaske hendene så ofte som nødvendig er ved en visitt med over 20 pasienter – hendene har sannsynligvis betraktelig mer bakterier på samme overflate som et toalettsete. Dersom jeg kan slippe å håndhilse er jeg glad – til tross for at jeg er en mellomeuropeisk psykiater. De fleste pasienter forstår det dersom man ikke håndhilser.

Når det gjelder etternavn, er jeg på Hems side. Det er ugreit dersom den andre ikke vet hvem jeg er. Det er ikke bare høflighetsgrunner som tilsier bruk av etternavn, det har også rent praktiske og juridiske årsaker. Man kan ikke inngå en avtale uten at man er kjent med den andre. Selv hestehandlerne på middelalderens markeder visste hvem de kjøpte merra av. Da var de få. Men i dagens sykehus er det mye folk i hvite klær man må forholde seg til. I tillegg finnes det i Norge tusenvis som har samme navn. Da jeg kom hit, var jeg skrekkslagen over hvor mange som hadde likt for-, mellom- og etternavn. På kontinentet er det også mange som har samme navn, men heldigvis for meg finnes det ingen andre i det tysktalende utland som heter det samme som meg (av ca. 120 millioner).

Det er viktig at folk vet hvem de står overfor, og minstemål må være at de kjenner hele navnet. Anonymitet finnes ikke fra pasientens side – hvorfor vil legen da skjule seg? Vi snakker mye om åpenhet (og helhet) i Norge. Men finnes dette i det virkelige liv? Hvordan skal man i en rettssak finne ut av hvem behandleren var dersom det ikke finnes noe etternavn? Avdelingen kan ha flere leger med samme fornavn.

Etter at man er blitt kjent med hverandre, kan man enige om å bruke fornavn, etternavn, etternavn med doktorgrad eller kun «doktor» (som i USA) – eller hva som helst. Jeg for min del har opplevd en rekke forskjellige kulturer og omstillinger – og jeg lever ennå.

Wolfgang Wittwer

wolfgang.wittwer@helse-fonna.no

Wolfgang Wittwer (f. 1946) er overlege ved Klinikken for psykisk helsevern ved Helse Fonna.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hem E. Privat eller profesjonell. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2141.

Publisert som rask respons i nettutgaven 29.10. 2012

Uenighet mellom generasjoner?

De beste innleggene skaper alltid diskusjon, så takk til Erlend Hem for et viktig innlegg i Tidsskriftet nr. 19/2012 (1). Det du gjør er å belyse et emne jeg trodde jeg visste hva jeg mente om under medisinstudiet, men som jeg har endret mening om etter at jeg begynte i klinikken.

Jeg ble ferdig med medisinstudiet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i juni 2012. Under studiet hadde vi blant annet undervisning i kommunikasjon og legens rolle. Jeg trodde jeg hadde skjønnet det, at vi, den nye generasjonen, i møtet med unge pasienter kan være kule og på fornavn. Men da jeg begynte i praksis, forsto jeg at den profesjonelle avstanden er veldig viktig for å kunne gjøre jobben best mulig. Pasientene føles ikke som venner eller familie, og det er viktig i lege-pasient-forholdet ikke å hoppe over vanlige sosiale normer. Hvem ville introdusert seg med bare fornavn på et jobbintervju? Å være på fornavn med pasienten fra starten av er å undergrave rollen som lege. Profesjonalitet betyr ikke at man er mindre menneskelig – man skal være empatisk, ikke sympatisk.

Jeg liker å omtale mine kolleger som «overlege xxxx» eller «dr. xxx» både muntlig og skriftlig. Selv om jeg representerer det ferskeste kullet av leger utdannet i Norge, synes jeg *ikke* det er gammeldags å presentere seg med fullt navn. Det er både høflig og nødvendig å gjøre det hvis man skal jobbe som lege. Jeg føler det er av respekt for pasienten – vedkommende skal vite at det er som lege jeg er der for å hjelpe, ikke som privatpersonen Ane-Kristine!

Ane-Kristine Finbråten

ane.finbraten@gmail.com

Ane-Kristine Finbråten (f. 1986) er stipendiat ved Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hem E. Privat eller profesjonell. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2141.

Publisert som rask respons i nettutgaven 29.10. 2012

E. Hem svarer:

I tillegg til de ni leserbrevskribentene har en rekke kolleger kontaktet meg etter denne lederartikkelen (1). Alle har vært enige om at fornavn + etternavn er det riktige når man treffer pasienten første gang. Jeg trodde at dette var selvsagt – inntil studentene lærte meg noe annet. Leserbrevene utdypet og utfyller poenget, og eksemplene viser at studentene på ingen måte er alene.

Selv om responsen på lederartikkelen har vært unison, er det ikke sikkert at flertallet – hvis det er et flertall – får rett. En parallell: Jeg vil tro at de fleste mennesker i Norge i 1950-årene syntes at sondaeringen mellom «du» og «De» var en grei og praktisk ordening. Mange av de samme argumentene som vi nå bruker for å begrunne at fullt navn er riktig, kunne benyttes den gang: Det bidro til nødvendig profesjonell distanse, at man spilte en tydelig rolle i et sosialt spill, viste fornøden respekt til den man snakket med osv. Men i dag er det knapt noen som savner De-formen.

Noe av hensikten med hilsningsritualer er at deltakerne i ritualen skal slippe å tenke over hvordan det foregår – det er ritualisert. Man skal kunne konsentrere seg om andre og viktigere ting når man møter et menneske for første gang. Når Wolfgang Wittwer skriver at han er glad dersom han slipper å håndhilse på en pasient, er jeg ikke sikker på om pasienten deler den gleden. Avvik fra ritualene kan gjøre at man blir usikker på omgangsformene.

Hilsningsritualer er ikke for de spesielt interesserte. Nylig gikk «hjertekirurgenes tidligere sjef, Mons Lie, i strupen på nåværende sjef Otto A. Smiseth og resten av ledelsen ved Oslo universitetssykehus» (2). Bakgrunnen var at en alvorlig hjertesyk pasient ble vekket opp av narkose rett før operasjonen og overflyttet fra Ullevål til Rikshospitalet, hvor han døde kort etter operasjonen. Lie innledet e-posten på følgende måte: «Kjære Otto» – Smiseth svarte med «Hei».

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem (f. 1970) er dr.med. og assisterende sjefredaktør i Tidsskriftet.

Litteratur

1. Hem E. Privat eller profesjonell. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2141.
2. Gjerding ML, Utheim E, Sæther AS et al. «Hvor mange pasienter synes du det er rimelig å ofre, Otto?» VG 16.11.2012: 6–7.

Livsviktige medisiner som mangler



Jeg er glad for at det er kommet en liste over viktige medisiner og utstyr til å redde kvinner og barn, slik Lie og medarbeidere beskriver det i Tidsskriftet nr. 19/2012 (1). Allikevel er jeg nokså overrasket over listens innhold. Jeg vet at den initialt var lengre. Jeg ville trodd at sterile hansker var viktigere enn kvinnelig kondom. Jeg ville trodd at fungerende blodtryksapparater og apparater for å måle hemoglobinnivå var helt essensielt. Disse tingene kom ikke med. Det kan være at prioriteringene ser ulike ut fra ulike ststeder. Fra min erfaring i Afrika ser jeg at mange ikke vet når de skal føde, ikke får målt blodtrykket og ikke vet om de har anemi.

Men det er noe som er mer alarmerende, og det er at medisiner og utstyr som er billige og som kan redde kvinner fra å dø av farlig abort ikke er med. Manuelle vakuumaspirasjonsinstrumenter er både billige og livreddende. Medikamenter som misopristol kan også brukes for å stoppe blødning etter abort (eller igangsette abort der loven ikke forbyr det, som det så pent heter). Opptil en tredel av mødredødsfallene skyldes farlige aborter. Hvorfor har ikke legemidler mot dette kommet med på listen? Skyldes det politisk ambivalens? Eller det at man ikke har tenkt på det?

Johanne Sundby

johanne.sundby@medisin.uio.no

Johanne Sundby (f. 1951) er professor I ved Seksjon for internasjonal helse ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Lie SO, Apeland BG. Livsviktige medisiner til kvinner og barn. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2150.

Publisert som rask respons i nettutgaven 23.10. 2012

Lavere inntekt, dårligere helse?

Jeg takker Vidar Hjellvik og medarbeidere for en interessant artikkel i Tidsskriftet nr. 19/2012 (1). Det er forståelig at innbyggere i Norge med høyere utdanning og god lønn har økonomi til å finansiere alternative behandlingsmetoder for sine «problemer». Det er for lett tilgang på narkotika og vanedannende medisiner. Jeg tror faktisk personer med lavere inntekt oftere tyr til en medisinsk behandlingsmetode. Forestill deg for eksempel antidepressiver kontra en samtale med psykolog.

Det er både lønnsommere med medisiner, og det gir forhåpentligvis raskere behandling av eventuelle «problemer». Legene må henvise, ikke misbruke retten sin ved å forskrive så lekende lett.

Mahdi Michael Fattouhi

michaelfattouhi@gmail.com

Mahdi Michael Fattouhi er student.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hjellvik V, Mahic M, Tverdal A. Utdanning og legemiddelbruk. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2166–70.

Publisert som rask respons i nettutgaven 26.10. 2012

Høna eller egget?

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 19/2012 påviser Vidar Hjellvik og medarbeidere at den delen av befolkningen som har lavest utdanning, har høyest uttak av nesten alle typer medikamenter (1). En fellesnevner for en god del av disse medikamentene er at de på en eller annen måte griper inn i inflammasjonsprosesser. Dette gjelder blant annet TNF- α -hemmere, midler mot obstruktiv lungesykdom, protonpumpehemmere og statiner. Forfatterne fant også høyere uttak av antidepressiver og sovemidler hos dem med kortest utdanning.

De diskuterer en rekke mulige årsaker til de forskjellene som er observert. Lars Slørdal kommer med flere innspill i en lederartikkel i samme nummer av Tidsskriftet (2). Ingen av dem trekker bastante konklusjoner, selv om begge antyder at sosiale forskjeller i helse kan spille inn.

Da jeg så listen over de medikamentene som var mest skjevfordelt i forhold til utdanningsnivå, tok jeg frem igjen en artikkel av Linn Getz og medarbeidere (3). Her beskrives meget grundig endringer i kroppens biologiske funksjoner som følge av kronisk stress, krenkelser og overgrep. En fellesnevner er inflammasjon.

Som følge av dette vil jeg bringe til togs enda en mulig forklaring på forskjellene i uttak av medikamentgruppene som er nevnt over: En større andel av dem med lav utdanning enn av dem med høyest utdanning har stressomme liv. Kronisk stress og liten følelse av styring og kontroll over livet kan føre til inflammasjon. Dersom denne forklaringen er riktig, er de observerte forskjellene i medisintak logisk og rasjonell, men ikke oppmuntrende. Dette bør anses politisk og helsearbeidere til å arbeide enda sterkere for å utjevne sosiale forskjeller i helse og gi innbyggerne optimal kontroll over sine liv. Kanskje det til og med kan spare noen utgifter til inflammasjonsdempende medikamenter?

Dagfinn Haarr

dhaarr@online.no

Dagfinn Haarr (f. 1952) er allmennpraktiserende lege/fastlege ved Sentrum legesenter, Kristiansand. Ingen oppgitte interessekonflikter.