

Peter F. Hjort:

## Legevitenskap eller legekunst?



Tittelen er provoserende, og jeg er redd at den er på vei til å bli en realitet. I denne artikkelen forsøker jeg å begrunne hvorfor jeg tror det, og jeg foreslår også noen tiltak.

Jeg starter med historien. Hippokrates omtales gjerne som legekunstens far. Det ville være like rimelig å kalle ham legevitenenskapens far, fordi han gjorde systematiske observasjoner ved sykesengen og bygget opp en medisin som var rasjonell etter den tids forutsetninger. Hippokrates levde omkring år 400 f. Kr. Regner vi at en generasjon er 30 år, har det vært ca. 80 generasjoner av leger siden hans tid. Denne lange tidsperioden kan deles i to, og skillet kan settes til 1937 – det året sulfa-preparatene kom (1). Før dette skillet hadde legene små muligheter for effektiv terapi, bortsett fra fødselshjelp og kirurgi. Etter dette skillet har vi fått en lang serie effektive terapier.

De første 78 generasjonene av leger hadde lite å fare med i terapien. Likevel

bygget de opp en grunnfestet tillit i befolkningen, og de var sosialt høyt respektert. Hvordan klarte de det? En berømt amerikansk kreftforsker, Lewis Thomas, skriver om sin far, huslegen, at hans pasienter ventet tre ting av ham (1):

– Han skulle gå inn i hjem som var rammet av alvorlig sykdom og «take over». Jacob Breda Bull beskriver i fortellingen om «Vesleblakken» hvorledes freden og tilliten senket seg over prestegården i Rendalen da distriktslegen kom til hans dødssyke lille bror. Han hadde ingen terapi å sette inn, bare sin egen person og personlighet.

– Han skulle «stand by» og ikke svikte pasienten.

– Han skulle forklare hva sykdommen var og hvorledes det ville gå (diagnostikk og prognostikk).

Alle tre tingene krevde erfaring, men de to første krevde spesielt: «... a mixture of intense curiosity about people in general and an inborn capacity for affection». Jeg

tror dette fremdeles er en god beskrivelse av hva legekunst er og hva den krever av legen.

Legekunsten forutsetter at legen føler en ekte interesse for pasienten som person og medmenneske og klarer å formidle dette. Denne interessen bør ha en bekrefte-form, dvs. at legen viser pasienten at han anerkjenner ham som person. Hippokrates har også sagt at: «Noen ganger er det viktigere å vite hva slags person som har sykdommen enn å vite hva slags sykdom personen har». Søren Kierkegaard, som selv ikke var lege, har laget kanskje den beste beskrivelsen av grunnlaget for legekunsten: «For i Sandhed at kunde hjælpe en Anden, maa jeg forstaa mere end Han – men dog først og fremmest forstaa det Han forstaaer.» Han føyer til at det gjelder å: «Finde Ham der hvor Han er og begynde der» (2). Jeg tror at det var legekunsten som skapte tillit i befolkningen i de første 78 generasjoner av leger etter Hippokrates.

Legevitenskapen er mye yngre enn legekunsten. Den begynte ikke å skyte fart før i midten av forrige århundre, og bare de siste to generasjoner av leger har hatt tilgang til et stadig større arsenal av effektive behandlingsmetoder. Det er nå en sterk ambisjon om å styrke det vitenskapelige grunnlaget for medisinen ytterligere, og vi drømmer om å gjøre dette grunnlaget komplett. Jeg vil nevne to eksempler. Det ene er det store genomprosjektet som skal kartlegge hele det menneskelige genom. Det andre er det nesten like ambisiøse prosjektet om «evidence based medicine» som skal sanere medisinen for all synsing og alle uvederheftige erfaringer, slik at vi står igjen med et arsenal av behandlinger som er dokumentert effektive i kontrollerte kliniske forsøk. Det er klart at den kjempemessige vitenskapelige innsatsen er både imponerende og løfterik. Den fortjener beundring og støtte.

Samtidig er det grunn til å tenke over et sørgelig faktum, nemlig at befolkningens tillit til legene og medisinen har sunket i de siste to generasjoner, nettopp i den perioden som har gitt oss stadig dypere vitenskapelig innsikt og stadig mer effektive behandlinger. Klagesakene øker, media elsker «legesaker», og dårlig informasjon er pasientenes hyppigste klage. Hvordan forklarer vi det?

En mulighet er at den nesten ufattelige vitenskapelige fremgangen har skapt overmøt – hybrid. Vi har begynt å tro at

det er sykdommen som er det viktigste, ikke pasienten. Vi forholder oss til sykdommen og møter den med rasjonell vitenskaps-basert diagnostikk og dokumentert effektiv behandling. Denne «sykdomsmedisinen» har imidlertid noen innebygde svakheter:

- Vi behandler alltid enkeltpasienter med alle deres individuelle eiendommeligheter. Ikke sjelden kan de skille seg fra det statistiske gjennomsnitt som vitenskapen bygger på.
  - Det er langt igjen til vitenskapen dekker hele behandlingsfeltet. Mange behandlingsoppgaver – spesielt i allmennmedisin, eldreomsorg og psykiatri – må fortsatt baseres på erfaring og lege- og sykepleiekunst, i tillegg til vitenskapen.
  - Ikke sjelden har pasientene psykologiske, sosiale og kulturelle preferanser som legen må få tak i og ta hensyn til.
- En annen mulighet er at dagens organisering av helsetjenesten svekker mulighetene for å utøve legekunst:
- Helsetjenesten er travel, effektiv (på kort sikt) og resultatorientert. Antall behandlede pasienter er et viktig mål.
  - Helsetjenesten – spesielt sykehusene – prioriterer akutte problemer og øyeblikkelig hjelp, mens de fleste pasienter har kroniske helseproblemer.
  - Det er vanskelig å skaffe den ro og den tid legekunsten krever. Korte liggetider, korridorpasienter, fulle venteværelser, PC'en og mange andre praktiske forhold påvirker den kliniske hverdagen.
  - Økonomiske forhold spiller større rolle. Alle ledd i helsetjenesten er blitt mer opptatt av inntjeningsforhold. Det henger sammen med at hele befolkningen går i materialistisk retning (3).

Jeg tror det er viktig å erkjenne at legekunsten er truet i dagens helsetjeneste. Det er viktig å legge forholdene bedre til rette for legekunsten, slik at vi får en helsetjeneste som bygger på legevitenenskap og samtidig prioriterer legekunst. For å få til det, blir tre tiltak viktige:

- Både legekunst og sykepleiekunst kan langt på vei læres, men kunsten kan bare læres gjennom praksis under veiledning av gode rollemodeller (4).
- Legevitenenskap kan en studere, legekunst må en lære seg i praksis – jfr. uttrykket «fra lærling til mester» (5). Utanningen må leges til rette for denne læringen.
- Vi må organisere helsetjenesten slik at den fremmer personlig kontakt og kontinuitet. Det krever f.eks. at alle sykehuspasienter får en personlig lege og en primærsykepleier under sykehusoppholdet. Denne legen skal holde kontakt med pasienten under oppholdet og gjennomføre utskrivningssamtalen (helst med pårørende til stede). Fastlegeprinsippet i allmennmedisinen er en god ordning ut fra dette perspektivet. I tillegg må vi huske at legekunst tar tid, men på litt lengre sikt sparer den tid fordi den gir pasientene trygghet og tillit.
- Vi må sørge for at de økonomiske ordninger ikke undergraver mulighetene for legekunst. Dette er kanskje den største og vanskeligste utfordringen.

Jeg startet med et spørsmål: legevitenenskap eller legekunst? Legevitenenskapen er rasjonell, men problemet er at pasientene har fornuft (ratio), men likevel styres like mye eller mer av følelser. Spesielt under alvorlig sykdom lengter de etter tre ting – tillit, trøst og håp. I begynnelsen håper de

å bli friske, men etter hvert justeres håpet ned – å bli litt bedre, få en god periode og til slutt bare å få en god død. Legevitenenskapen alene møter ikke disse menneskelige behovene.

Legekunst alene blir lett føleri og kvakksalveri. God legekunst må bygge på legevitenenskap og komme i tillegg til den. Den starter der legevitenenskapen slutter. Derfor er det rette svaret selvsagt: legevitenenskap og legekunst.

Jeg slutter med et eksempel som viser at det fremdeles fins kunstnere blant leger. Jeg satt i venterommet til en travel poliklinikk. Det var fullt av pasienter og pårørende, og vi satt der i flere timer. Døren til ett av undersøkelsesrommene gikk opp, og en gammel kvinne kom ut med sine to krykker. Ansiktet hennes var et stort smil, og hennes første ord til ektemannen var: «Han var den fødte lege».

#### Litteratur

1. Thomas L. The youngest science. Notes of a medicine-watcher. New York: The Viking Press, 1983.
2. Kierkegaard S. Synspunktet for min forfattervirksomhed. En ligefrem meddelelse. Rapport til historien. København: C.A. Reitzels Forlag, 1859. (Søren Kierkegaards Samlede Verker. Bd. XIII. København: Gyldendalske Boghandel, 1906.)
3. Hellevik O. Nordmenn og det gode liv. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.
4. Hjort PF Gode leger – hvordan blir studentene det? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111:3700-2.
5. Josefson I. Från lärling till mästare. Om kunskap i vården. FOU rapport 25. Stockholm: Svenska Hälso- och sjukvårdens tjänstmannaförbund, 1983.

# SE-IN

## Sentrum Endoskopiinstitutt

Timebestilling 22 20 71 10. Storgt. 8, 0155 Oslo

- Kveldsåpent 16.00–20.00
- Kort ventetid
- Pris kr. 590,-



AEM MOSS

Ansvarlig lege:  
Dr. Jacob Mosvold

**GASTROENTEROLOGER MED LANG KLINISK ERFARING**