

# Hva slags kunnskap har leger? Hva slags kunnskap har allmennpraktikere?



## Kommentar og debatt

**Leger må ha god kunnskapsforståelse. Metodeforståelse er viktig, men gir ikke nødvendigvis svar på spørsmålet om hva slags kunnskap vi snakker om, verken når vi intervjuer eller når vi måler. Dag Østerbergs tre forståelsesformer innvendighet, identitet og utvendighet kan bidra til klargjøring og antyder hvorfor ingen enkelt forståelsesform kan ha monopol på sann kunnskap. Betrachtingene gjelder legevirkosomhet i sin alminnelighet, men kanskje har allmennpraktikere en særlig kompetanse i å anvende et bredt spenn av forståelsesformer. Kan andre leger lære av dem?**

Alle som vil, kan lage mat etter kokebok, men det er stor avstand derfra til å beherske gastronomiens komplekse kunnskap om råvarer, krydder, konservering, kjemi, sansepersepsjon, fordøyelse – kunnskap som dels kan hentes ut av bøker, dels må erfares i naturen, dels må eksperimenteres frem og øves praktisk. I medisinen er metodeforståelse viktig, men gir ikke nødvendigvis svar på spørsmålet om hva slags kunnskap vi snakker om. Hvor slutter metoden og hvor begynner kunnskapen? Dagens medisinstudenter skriver hovedoppgave på basis av intervjuer og miljøobservasjoner like ofte som de legger til grunn tellinger og målinger. Det er likevel den samme menneskelige verden som forsøkes beskrevet og forstått. Som kliniker, underviser og forsker har jeg erfart at leger trenger et spenn av forståelsesformer, og at ingen forståelsesform kan ha monopol på sann kunnskap.

Sosiologen og filosofen Dag Østerbergs lille bok om forståelsesformer (1) utkom i 1966. Den handler ikke spesielt om medisin, men er for meg et klargjørende bidrag til innsikt i hva slags kunnskap vi har med å gjøre i vår medisinske verden. Den åpner også for noen refleksjoner om hvorfor allmennmedisinere har vært sentrale i kunnskapsdiskusjonen (2, 3), selv om alle leger har noe å lære.

### **Østerberg og forståelsesformene**

Forståelse er innsikt i saksforhold, dvs. hvordan noe forholder seg til noe annet, et værende til et annet værende. Et værende er alt som er avgrenset fra noe annet. Dette er Østerbergs utgangspunkt for å reflektere over forskjellige former for forståelse. Her

---

**Knut Arne Holtedahl**

*knut.holtedahl@ism.uit.no*

Institutt for samfunnsmedisin

Universitetet i Tromsø

9037 Tromsø

---

blir det bare plass til en summarisk gjennomgang og noen korte refleksjoner.

*Utvendighet.* Det handler om værender som er uavhengige av hverandre, hvert værende forblir hva det er uansett hvordan det eller de andre forholder seg. Perlene i et perlekjede er ett eksempel. Snoren er et utvendig bånd mellom de enkelte, uavhengige perlene. Leveren påvirkes ikke av hva vi vet eller ikke vet om hvordan den fungerer. Vi kan godt beskrive hvert øyeeple som uavhengig av det andre, med øyehulene som utvendige hylstre og med nerver, kar og muskler som utvendige bånd. *Tilfeldige* forhold kan også sies å være utvendige. Et empirisk forhold, dvs. forholdet mellom en som erfarer eller observerer og det som blir observert, er utvendig. Det inkluderer dermed det meste som gjøres av tellinger og målinger og all klinisk undersøkelse som bestreber seg på å være objektiv.

*Identitet.* Hvert ledd i et utvendig forhold er identisk med seg selv, for eksempel det enkelte øyeeple. *Regelmessighet* kan innebære at noe identisk inntreffer, det regelmessige er altså forskjellig fra det tilfeldige på samme måte som identitet er forskjellig fra utvendighet. I et hypotetisk-deduktivt resonnement må man først tenke seg en sammenheng, så observere empirisk og dermed utvendig, og til sist stille opp en regel basert på observasjonene – det handler altså om både identiske og utvendige forhold. Anatomisk observasjon kan godt ha ledet til en hypotese om at nervefibrene til musklene med feste på øyeeplene kan formidle øyeebevegelser. Gjentatt stimulering av nervefibrer i en dyremodell kan ha vært et fornuftig eksperiment. Med samme respons hver gang har en nevrofysiologisk regel kunnet avledes. Verden forstås bedre jo mer regelmessig den fremtrer, så en slik modell blir lett et forbilde på *rasjonalitet*. Kausalitet er underforstått, om enn alltid vanskelig å bevise. Denne typen rasjonalitet er det mye av i medisinen.

*Innvendighet.* Her dreier det seg om forholdet mellom to værender som er det de er gjennom det andre. De utgjør til sammen en

enhet og er ikke identiske med seg selv. Delene må forstås ved hverandre og ved helheten, og helheten må forstås ved delene. Virkeligheten må forstås i all sin fylde, hvilket er vanskelig når man baserer seg på eksperimentering og sansing. I lys av denne forståelsen blir beskrivelsen av det utvendige alltid bare delvis, og dermed usikker kunnskap. Leger møter ofte pasienter som kroppslig gir uttrykk for en sinnstilstand. Slike kroppslige tegn uttrykker et indre forhold, og må forstås som det hvis legen skal kunne hjelpe. En lege som vil stimulere pasienter til livsstilsendringer, trenger også denne typen forståelse.

Dersom man gjør en overskridende erfaring, har man gått utover det regelmessige, og man har da et indre forhold til det man erfarer. Det må gjelde både i forskning og i klinisk praksis. Den  $n+1$ 'te pasient vil alltid være forskjellig fra de  $n$  foregående. I medisinen er det daglig muligheter for overskridende forståelse. Det er derfor åpne spørsmål er så viktige i en sykehistorie. «Fortell mer,» som Eli Berg sier (4). Dette er ikke det samme som å oppleve et mirakel. Det er en tilfeldighet med et utvendig forhold mellom den som erfarer og det erfarte.

### Anvendelse

En forståelsesform er ikke mer verdifull enn en annen. Det kan likevel være grunn til å se nærmere på innvendig forståelse, fordi denne formen har fått mindre oppmerksomhet i medisinen enn de andre formene. Den utvendige observasjonen og ideen om den rasjonelle regelmessighet har hatt en dominerende plass i hvert fall fra den nosologiske tenkningens gjennombrudd på 1700-tallet (5). Men mange spørsmål kan ikke løses på en eksakt og instrumentell måte. Følelser er et hyppig sitert eksempel. Mening og kulturkontekst er blant det som lett forsvinner. I tallanalyse kan statistiske type 2-feil oppstå hvis vår undersøkelse ikke har tilstrekkelig datagrunnlag, vi klarer da ikke å påvise forskjeller mellom grupper selv om forskjeller faktisk er til stede og betydningsfulle. Analogt kan det tenkes at vi overser avgjørende resultater og dermed kunnskap fordi vår beskrivelse av menneskers virkelighet blir for fattig på nyanser.

Dette betyr ikke at matematiske metoder for å måle livskvalitet er meningsløse. Problemet oppstår først når én metode vil *monopolisere* retten til å si noe om hvordan folk har det (6). Det var tilløp til slikt da den elers gode idé å la medisinsk praksis gå ut fra det som er vitenskapelig vist – kunnskapsbasert medisin (evidence based medicine) – ble lansert for omtrent et tiår siden. Det er nå viktig at vi klarer å forholde oss like kritisk til denne typen argumentasjon som til all annen kunnskapssumming (7). Kunnskapsbasert medisin er som demokratiet: Det har sine svakheter, men er noe av det beste man kan forholde seg til i virkelighetsverden. For Auguste Comte i første halvdel av 1800-tallet var den positive kunn-

skapen tredje fase i en historisk utvikling der man tidligere hadde hatt mer ufullkommen kunnskap, først i en teologisk og så i en metafysisk/filosofisk fase (8). Det positive skulle bestå i at vitenskapen ble en slags garantist for fremskritt. Det er viktig at det nå ikke blir en fjerde fase i positivismens ånd.

Om legen kan oppnå og utnytte en innvendig forståelse, avhenger av hvor åpen hun/han er, hvor mye grunnlagskunnskap hun/han har å bygge på, og hvordan hun/han maktet å kombinere kunnskap ervervet blant enkelttilfeller av de  $n$  foregående pasientene i en syntese av det Rudebeck (9) kaller prototypkunnskap (med relasjon til sykdomstaksonomi) og det han kaller kroppslig empati. En klinisk kompetent lege må favne begge deler.

### Forholdet til andre forståelsesformer

I pedagogisk litteratur kan man finne tredelingen påstandskunnskap, erfaringskunnskap og fortrolighetskunnskap (10). I denne inndelingen synes jeg viktigheten av visdom (11) i yrkesutøvelsen blir utydelig. Den praktiske kunnskapens kjennetegn er at den er noe man må finne ut av hver enkelt gang (8). Mange som skriver om kunnskap, drøfter Aristoteles' tredeling av de intellektuelle dyder – episteme, *téchnê* og *fronesis*. Lundstøl (8) sier dette handler om teoretisk, teknisk og praktisk kunnskap og sier den første dreier seg mest om naturen, den andre om håndverk, kunst og litteratur, mens den tredje er knyttet til etikk, politikk og retorikk i den forstand at man finner det rette ord på rett tidspunkt. Hjörleifsson (2) fremhever at moralsk kunnskap har den kloke handling som mål, og at det innebærer åpenhet for det nye og uventede, for det som gjør hvert tilfelle forskjellig fra andre. Et annet poeng er at kloke handlinger er noe man kan øve og lære av erfaring. Det er altså ikke bare håndverk som kan øves. Som underviser for medisinstudenter må jeg ha tro på at empati kan øves. Kroppen er det eksistensielle grunnlaget for empati, og Rudebeck (12) sier at kroppslig empati har en *generell* side, i form av legens egne kroppslige erfaringer som legger grunnlag for allmennmenneskelig medlidethet, en *spesifikt medisinsk* side, basert på erfaringer med syke mennesker, og en *biologisk* side, basert på at legene forbinde biomedisinsk lærdom med opplevelser av egen kropp. Å ha en kropp er en forutsetning for å fungere meningsfylt i livet og samfunnet. Et symptom fra kroppen reflekterer muligheten for tap av delfunksjoner, slik filosofen Merleau-Ponty har påpekt. Alle kroppslige organer har et innvendig forhold til hverandre, med kroppen som en delavhengig helhet. Om øyeeplet skal sees på som identisk med seg selv eller ikke, må avhenge av kontekst. Faktisk blir det i de fleste kliniske sammenhenger ganske kunstig å gi en utvendig beskrivelse av øyeeplet. Oftest gir det atskillig mer mening å se øyeeplet som del av en større funksjonell enhet.

Kropper har også minner, gode og dårlige. Emosjoner er en viktig del av alle menneskers tankeverden og blir reflektert i fysiologiske prosesser og kroppslige uttrykk. Innvendige forhold har i denne sammenhengen vel så stor relevans for kliniske vurderinger som oppfatninger om regelmessighet. Det er ikke opplagt at det som er viktigst for medisinsk vitenskap, er viktigst for en lege. Vitenskapens oppdrag kan i en del sammenhenger godt være forståelse av regelmessighet, samtidig som legens viktigste oppdrag kan være innvendig forståelse på individnivå. Det kan også tenkes sammenhenger hvor generalisering ikke bør være vitenskapens hovedmål, fordi nytten av regler ikke kan oppveie den feilbarligheten som alltid er innebygd i generaliseringer (13). Det er en banal sannhet at i en viss forstand er enhver terapeutisk intervensjon et medisinsk eksperiment med usikkert utfall. Gorovitz & MacIntyre (13) sier at dersom svaret på dette er ydmykhet, bør ydmykheten ikke gjelde vitenskapens tilkortkommenhet, men snarere rikdommen i individuell variasjon uansett hvor vitenskapen står. Det konstante er menneskeverdet, som ikke beveger seg opp og ned med hva en person feiler eller presterer (14).

### Hva kan allmennpraktikere?

Allmennmedisinen har de fire-fem siste tiår, på en annen måte enn andre medisinske fagfelter, måttet bygge seg opp fra en passiv og oversett posisjon i den medisinske helheten. Allmennpraktikere har veldig varierte oppgaver, med vekslende vekt på «finne ut av» og «gjøre noe for», i utgangspunktet to svært forskjellige domener, selv om det ene kan være intimt forbundet med det andre. Er det da noe allmennpraktikere kan tenkes å være spesielt gode til, særlig profesjonelle i forhold til?

For det første tror jeg at allmennpraktikernes hverdagserfaring og videreutdanning oppmuntrer mer til å vektlegge retorikken, kunsten å finne det riktige ord eller den riktige handling på det riktige tidspunkt. Jo mer teknisk preg over situasjonen, desto lettere kommer slikt i bakgrunnen. Det er ikke lett å forene refleksjonens ro med teknologiens tempo.

For det andre er det slik at allmennpraktikere tvinges til å anvende, og derfor kanskje får litt større sans for og innsikt i, det Østerberg kaller innvendig forståelse. Vi må hele tiden, og kanskje i høyere grad enn mer teknologisk preget medisin, vurdere delinformasjon som bare kan forstås i lys av annen delinformasjon. Vi har i liten grad verktøy for makro- eller mikroskopisk konklusiv synliggjøring av en definert sykdom, og behandlingen vi kan tilby, er sjeldnere en panasé som fjerner sykdommen med ett slag. Vi må oftere delta i en mer kompleks interaksjon der våre handlinger justeres etter hvem pasienten er og hva pasienten mener, og der målet kan være mestring like ofte som helbredelse. Allmennpraktikere har litt mindre

behov enn sykehusmedisinen for å se nosologisk på pasienten, altså på sykdom som noe som skal klassifiseres i kraft av seg selv, med pasienten som et mer eller mindre forstyrrende moment. I allmenntilmedisinen diagnostiseringsklassifiseringssystem er symptomdiagnoser nesten – men bare nesten – likeverdige med sykdomsdiagnoser.

For det tredje er allmenntilmedisinere opp-tatt av kommunikasjon, og dermed av språk. Det er problematisk å tro at kunnskap og informasjon kan flyte kontekstfritt. Geners språk foregår i en kontekst, og det samme må kunne sies om fysiologiske signaler. Nessa (15) har analysert lege-pasient-kommunikasjon i en sirkulær modell, der budskap utveksles i en kulturell kontekst, i motsetning til den enklere lineære modellen med avsender, informasjonsflyt og mottaker. En slik modell forutsetter innvendig forståelse, et enkeltutsagn må forstås i sammenheng med andre utsagn og forhold. Mer i rasjonalitetstradisjonen har Malterud (16) diskutert nytten av nøkkelspørsmål av typen «Hva skulle du egentlig aller helst ønske at jeg kunne hjelpe deg med i dag?». Dette er en form for identitetsforståelse der det regelmessig stilte spørsmålet på rasjonelt vis forventes å utløse meningsbærende og medisinsk relevant informasjon, om enn ikke i alle sammenhenger. Nessa sier at hans arbeid er påvirket blant annet av en antakelse om at leger gjør en viktig og undervurdert jobb i konversasjonssammenheng.

### Øg hva kan alle leger bruke?

Da jeg studerte, var det ingen egen undervisning i allmenntilmedisin. Det underforståtte synet var nok at det som er god sykehusmedisin, er god allmenntilmedisin. Til en viss grad er dette riktig. God medisinsk praksis har mange generelle trekk som alle leger kan bruke. Men all diagnostikk starter med møtet med pasienten, og klinisk kunnskapsforståelse må utvikles i forlengelsen av dette. Allmenntilmedisin må først og fremst læres i allmenntilpraksis. Noen pasienter henvises, de kan møte mange leger på sin vei og opplever sin sårbare posisjon i mange slags møter. Ikke alle pasienter helbredes eller lærer å mestre sin situasjon. Noe av det vanskeligste i medisinen er å ivareta verdigheten til dem som kommer igjen etter endt runddans og som fortsatt ikke mestrer (14). Dette er viktig for alle leger, men det er mest synlig i allmenntilpraksis.

Kanskje er det slik at metoden slutter der det blir behov for overskridende og dermed innvendig forståelse. Det gjelder i både forskning og klinikk. Når khikvadrattesten er gjort, må tolkingen inn. Når auskultasjonen er gjort og stetoskopet lagt til side, må dialogen gjenopptas. Herfra må kunnskapen søkes i det Østerberg kaller det ubestemt mulige, det som ennå ikke er bestemt mulig eller bestemt umulig. Alle leger kan ha noe å lære av spennvidden i de Østerbergske forståelsesformer.

### Litteratur

1. Østerberg D. Forståelsesformer. Oslo: Pax, 1966.
2. Hjørleifsson S. Hvor dyktig er legen? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1270–2.
3. Kirkengen AL. Medisinsk teori. Tanker om sykdom og tanker om helse. Oslo: TANO, 1993.
4. Berg E. Ser du meg, doktor? Oslo: Emilia, 1999.
5. Schaanning E. Den syke kroppen i idéhistorisk perspektiv. I: Vitenskap som skapt viten. Foucault og historisk praksis. Oslo: Spartacus forlag, 1997.
6. Holtedahl KA, Kirkengen AL, Nessa J. Grunnlag og grenser for klinisk kunnskap. I: Huns-kår S, red. Allmenntilmedisin. Klinisk arbeid. Oslo: ad Notam Gyldendal, 1997.
7. Haynes RB. What kind of evidence is it that evidence-based medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? BMC Health Services Research 2002; 2: 3. www.biomedcentral.com/1472–6963/2/3 (15.4.2002).
8. Lundstøl J. Kunnskapens hemmeligheter. Oslo: Cappelen Akademisk, 1999.
9. Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentations, and bodily empathy Doktor-avhandling. Scand J Prim Health Care 1992; 10 (suppl 1).
10. Pedersen OB, Prestegaard K, Hjortdahl P, Holm HA. Livslang læring – hvordan lærer leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2684–8.
11. Vestbø E. Visdom – kunnskapen, pasienten og legen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1146–8.
12. Rudebeck CE. The doctor, the patient and the body. Scand J Prim Health Care 2000; 18: 4–8.
13. Gorovitz S, MacIntyre A. Toward a theory of medical fallibility. J Medicine Philosophy 1976; 1: 51–71.
14. Vetlesen AJ. Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1118–21.
15. Nessa J. Talk as medical work. Discourse analysis of patient-doctor communication in general practice. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 1999.
16. Malterud K. Allmenntilpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Oslo: TANO, 1990.

# Legemiddel-industrien og astma-behandling

**Skal legemiddelindustrien lage retningslinjer for astmabehandling? Retningslinjer for astmabehandling har vært tilgjengelig de siste 14 år og blir jevnlig oppdatert fordi vår kunnskap om astma, etiologi, patofysiologi og behandling er i kontinuerlig utvikling. Lansering av kombinasjonen langtidsvirkende beta-2-agonist og inhalasjonssteroid som «ved behov»-medisinering representerer et betydelig avvik fra de behandlingsprinsipper vi bruker i dag.**

I forbindelse med lanseringen av nye kombinasjonspreparater for innhalasjon av steroider og langtidsvirkende beta-2-agonister kan det virke som om det blir forsøkt innført nye behandlingsprinsipper for mild og moderat astma. De nye prinsippene avviker nemlig fra gjeldende retningslinjer ved at indikasjonsområdet for langtidsvirkende beta-2-agonister utvides i forhold til det som er allment akseptert i dag.

De toneangivende retningslinjer for behandling av astma i dag er Global initiative for asthma (GINA) (1), laget på initiativ fra Verdens helseorganisasjon og National Institutes of Health i USA. Leger følger ikke alltid retningslinjer. Allmenntilpraktikerens manglende oppfølging av den nasjonale handlingsplanen i USA (National Asthma Education Program, NAEP) (2) er vurdert å være potensiell årsak til manglende symptomkontroll og dårlig etterlevelse (2). Men med tilbakemelding på forskrivningspraksis og vurdering av denne praksisen opp mot retningslinjer for behandling kan man øke kvaliteten (3).

Pasientens styring av behandlingen er viktig. En Cochrane-oversikt fra 1999 viste til 25 studier som alle konkluderte med at egenbehandling på basis av skriftlige behandlingskjemaer gir klar bedring av lungefunksjon, redusert nattlig astma, redusert sykefravær og færre akutte innleggelser i sykehus (4). Dette spilles det på i forbindelse med markedsføringen av de nye inhalasjons-