

Eli Berg

SAMMENHENGER

Om erfaring, sykdom og
medisinsk praksis



GYLDENDAL
AKADEMISK

ELI BERG

SAMMENHENGER

OM ERFARING, SYKDOM OG MEDISINSK PRAKSIS



GYLDENDAL
AKADEMISK

© Gyldendal Norsk Forlag AS 2010
1. utgave

ISBN: 978-82-05-44503-1

Sats: Supernova
Brødtekst: Minion 10,5/15 pkt

Alle henvendelser om boken kan rettes til
Gyldendal Akademisk
Postboks 6730 St. Olavs plass
0130 Oslo

www.gyldendal.no/akademisk
akademisk@gyldendal.no

Forfatteren har mottatt støtte fra
Det faglitterære fond.

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverkloven
eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR,
interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i
strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og
inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Tilegnet mine yngste barnebarn Ella Li, Disa og Mira

Takk

Stor takk til *Anna Luise Kirkengen* for spennende, faglige samtaler. En viktig veiviser til artikler om nyere erkjennelser i faget medisin. Et uvurderlig kollegavennskap.

Linn Getz må jeg også takke for sjenerøse bidrag til faglige refleksjoner, stort engasjement og et verdifullt kollegavennskap. Takk for kritisk og konstruktiv gjennomlesning av boken og for forordet.

Björn Nilsson har nok en gang bistått meg faglig både med høyttenkning og ved gjennomgang av bokmanus. Et mangeårig kollegavennskap over Kjølen har bidratt til nok en bok.

Else Karin Kogstad, min dyktige og engasjerte sjef på Senter for helsefremmende arbeid på Akershus universitetssykehus, har støttet meg uten forbehold i arbeidet med manus.

Thore Lie, redaktør i Gyldendal Akademisk, har igjen vært en avgjørende støtte for utgivelse av bok. Uten hans sans for tematikken og prosjektet ville nok veien til utgivelse vært helt annerledes og tyngre. Jeg er dypt takknemlig.

Morten Fastvold, konsulent for Gyldendal Akademisk, har inspirert til lærerike språklige og innholdsmessige drøftelser mot slutten av arbeidet. Takk for fine samtaler om teksten.

Norsk faglitterær forfatter- og oversetterforening (NFF) har støttet arbeidet med boken med et forfatterstipend. Stor takk!

Forord

Hva betyr det at en lege *lytter* til sine pasienter? I hvilken grad er det faglig relevant for helsepersonell å kjenne pasientenes livshistorier og levekår? Om du i rollen som fagutøver eller legmann lar deg engasjere av disse spørsmålene, er dette en interessant bok. Lege og forsker Eli Berg presenterer en personlig og tankevekkende analyse av medisinsk tenkning og praksis. Hun formidler hvordan hun i løpet av år med refleksjon og forskning lærte å møte sine pasienter som «hele mennesker». Hun beskriver også følgene av sin endrede, kliniske arbeidsform: Bedre helse for mange plagede pasienter, økt arbeidsglede for legen, og mer effektiv bruk av helsetjenester.

Denne boka fortjener mange lesere, ikke minst blant leger og andre helseprofesjonelle under utdanning eller tidlig i karrieren. Dagens studenter får ofte høre at medisin skal praktiseres i henhold til en *bio-psyko-sosial* modell. Men hvordan man ved hjelp av to bindestreker skal koble sammen tre ulike faglige tradisjoner med tanke på et profesjonelt, klinisk møte som skal kunne dokumenteres, etterprøves og formidles til nye generasjoner av utøvere, er fortsatt et åpent spørsmål. Eli Berg viser vei i retning av et svar.

En lege som kjenner deg og som det er godt å snakke med? Her snubler vi raskt over en myte som medisinenes egne utøvere selv har bidratt til å opprettholde: Ideen om at pasienter må velge hva deres lege skal være dyktig til – «hard» medisin eller «myke» samtaler. «Jeg vil heller ha en lege som er faglig dyktig enn en som er god til å prate,» sies det gjerne, både blant lek og lærd. Eli Berg behersker heldigvis hele spekteret. Gjennom mer enn 25 år som

medisinsk ansvarlig for en tallrik befolkning, kombinert med faglige tillitsverv og dernest en doktorgrad, har hun dokumentert en ubestridelig faglig innsikt og dømmekraft.

Utgangspunktet for Eli Bergs fagutviklingsprosjekt er dette: Dagens medisinske tenkning og praksis bygger i overveiende grad på en naturvitenskapelig forankret forståelse med røtter nesten fire hundre år tilbake i tid. Og fordi menneskers subjektive livsverden ikke finner noen naturlig plass i en naturalistisk forståelse av mennesket, har de psykologiske og sosiale perspektivene forblitt marginalisert i medisinen. Vårt fags utvikling skjer fortsatt i all hovedsak på naturvitenskapenes premisser, der objektivisering og standardisering er grunnleggende grep. Eli Berg beskriver, med utgangspunkt i en serie konkrete pasienthistorier, hvor *utilstrekkelig* det er å betrakte mennesket kun som et avansert, biologisk urverk. Menneskets biologiske aspekter er «mettet» med mening og erfaring – både av materiell og mental art. Et sykt menneskes biologi (kropp og sykdom) må derfor også betraktes i lys av vedkommendes biografi (livshistorie og levekår). Blant medisinsens viktige verktøy finner vi ikke bare avansert teknologi, men også det enkle ordet «Fortell!» Å «se hele mennesket» er ikke primært et spørsmål om vennlighet og høflighet, men om god, medisinsk praksis. Dette har Eli Berg hevdet i mer enn tjue år, men inntil nylig kunne man møte hennes betraktninger med et skuldertrekk og henvise til begreper som «legekunst» eller «klinisk skjønn». Den tid er nå forbi. For de siste ti årene har frambrakt banebrytende forskning som viser *at*, og i økende grad *hvordan*, et menneskes subjektive livserfaringer «innskrives» i kroppen og gjenspeiles i vedkommendes helse, på godt og vondt.

All menneskelig erfaring, både av kroppslig og mental art, påvirker hjernen, nervesystemet, hormon- og immunsystemet, hvilket i praksis vil si hele kroppen (dette dokumenterer interdisiplinære forskermiljøer innenfor såkalt psyko-nevro-immunologi, nevro-endokrinologi etc.). Erfaring kan nå inn til kjernen av cellene, hvor arvestoffet DNA blir regulert og aktivert (såkalt epigenetiske effekter). Grensekrenkelser, vanskjøtsel, avmakt og redsel er eksempler på erfaringer som, gjennom slike fysiologiske prosesser, gir generelt økt risiko for sykdomsutvikling. Når et menneskes tillit til at tilværelsen er meningsfull og sammenhengende brister, øker sjansen for at vedkommende blir syk i tradisjonell, medisinsk forstand. Eller forblir syk, tross «korrekt»

medisinsk behandling. Eller utvikler en subjektiv *lidelse* som medisinen ikke evner å gi noen adekvat forklaring på, ei heller lindre. Jo mer vond og vanskelig erfaring tidlig i livet, desto større sannsynlighet for sykdom senere. Kort sagt – en samtale om livserfaringer og levekår inngår i den kliniske kartleggingen av komplekse helseproblemer.

Bokas omdreiningspunkt er som nevnt autentiske pasienthistorier fra Eli Bergs egen praksis. Flere av kasuistikkene har hun analysert sammen med andre, profesjonelle «medtenkere». Pasientene hadde i utgangspunktet det til felles at legen ikke evnet å forstå hva som plaget dem, eller ikke evnet å hjelpe dem, til tross for at hun gjorde «det rette» i henhold til lærebøkene. Terrenget stemte ikke med kartet. Men idet disse såkalt «vanskelige» pasienter ble invitert til å fortelle om sine liv, og idet pasient og lege (eventuelt også en tredje medtenker) i fellesskap begynte å betrakte de biologiske plagene i et biografisk lys, begynte ting å skje. En eksistensiell logikk bak helseproblemene begynte å tre fram. Som følge av dette åpnet det seg også nye muligheter og løsninger. Arbeid med meningsaspekter ved liv og sykdom kan forløse og styrke pasientens egne, helsefremmende krefter. At slike helende, biologiske prosesser kan finne sted, bekreftes av ny, empirisk forskning. Blant annet er det vist at effektiv psykoterapi ledsages av endringer i hjernens struktur.

Pasienthistoriene vi møter i denne boka har tidløs allmenngyldighet. De knytter an til menneskelivets grunnleggende eksistensielle vilkår og egner seg derfor som utgangspunkt for videre refleksjon. Eli Berg bringer inn relevante perspektiver både fra filosofien og naturvitenskapene. Historien om Nilsen, en mann det opprinnelig var svært vanskelig for legen å like, får en inspirerende kraft i lys av Levinas' filosofi. Og historien om Birger, en mann som etter hvert ble frisk av en invalidiserende astma, understøttes av nyere psyko-nevro-immunologisk forskning.

Det er altså ikke lenger noe spørsmål om *hvorvidt* livserfaringer har medisinsk relevans. Et spørsmål vi derimot kan og bør stille, er *når* og *hvordan* eksistensielle temaer skal drøftes på et legekantor. Integrasjon av biologiske og biografiske perspektiver i praksis forutsetter solide medisinske kunnskaper, klinisk erfaring og sunn fornuft. Et feilplassert spørsmål av typen «Hvordan var barndommen din?» kan undergrave tilliten til en lege. Andre ganger har spørsmålet klar relevans, men tid og sted passer ikke. Eli Berg viser

god, klinisk know-how i forhold til denne problematikken. Med henvisning til filosofen Løgstrup understreker hun at en lege aldri skal trenge inn i en pasients *urørlighetssone*. Det legen skal tilby, er en mulighet for pasienten til selv å *tre fram*.

Pasienthistorier med samme eksistensielle «temperatur» som dem vi møter i Eli Bergs bok, finner man på ethvert norsk legekontor. Hver dag, flere ganger om dagen. Og da er vi ved neste spørsmål: Kan en lege (terapeut) forholde seg til så mange menneskers smerte uten å brenne ut? Sentralt i den medisinske profesjonalitet står en evne til å la seg berøre, uten selv å bli tynget. Eli Berg beskriver hvordan det å endelig forstå hva som faktisk brøt ned helsa til noen av hennes sykeste pasienter, innebar en faglig lettelse som ga ny kraft til hennes legegjerning.

Reykjavik/Trondheim, juni 2010

Linn Getz

Førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin,
Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet (NTNU) og
bedriftslege ved Landspitali Universitetssykehus, Reykjavík.

Innhold

INNLEDNING	15
DEL 1 PRAKSISERFARINGER	
KAPITTEL 1 BAKGRUNNEN	23
Her er det noe som ikke stemmer	23
Å høre bare med ett øre	23
Før ord	25
Ingen ville høre	25
Dette går ikke lenger!	26
KAPITTEL 2 UTFORDRINGER I KØ	29
Et etisk dilemma	29
Status før neste steg	31
Flere praksiserfaringer	33
Når gode råd er dyre	33
Møtt som hel person	35
Psykolog på legens kontor	37
Et synkende skip	38
Hvem var det som slo?	39
Hva nå?	41

KAPITTEL 3	NÅR LIVSHISTORIEN OPPLYSER SYKEHISTORIEN ...	42
En forskningsreise mot vest	.....	42
Livet og helsa	.....	43
På kirkegården	.....	45
Du kan vente til lørdag	.....	47
De hadde nok jult liket	.....	48
Astma og kameler	.....	50
Skolen var gul og blå	.....	51
En fare for seg selv	.....	53
Utsikt og innsikt	.....	55
Deg ville jeg ikke ha tatt i med ildtang!	.....	58
Drømmen	.....	62
En profesjonell arena	.....	63
Tilbakeblikk på kontakter med leger	.....	64
Fra «man» til «jeg»	.....	66
Fred og framtid	.....	67
Refleksjoner etter tilbakereisen	.....	68
KAPITTEL 4	ENDRET PRAKSIS	71
Vi bør arbeide på en annen måte	.....	71
Ti stille, ikke forstyrr!	.....	74
Hva var det hun så?	.....	76
Ansiktet, nakent og sårbart	.....	78
KAPITTEL 5	TID FOR NYE UTFORDRINGER	83
Medtenkere på veien	.....	83
Med tillit i bunnen	.....	85
En bekreftelse på stedet	.....	87
Alle kortene på bordet	.....	89
Nå skal du høre	.....	91
Dere ville meg vel	.....	93
Respekt og ydmykhet	.....	96
Hopp ikke over første kapittel!	.....	98
Ta ansvar for eget liv	.....	99
Sterke møter	.....	101

DEL 2 HISTORISKE OG FILOSOFISKE REFLEKSJONER**KAPITTEL 6 KJÆRLIGHET TIL VISDOM OG**

KJÆRLIGHETENS VISDOM	107
Et historisk tilbakeblikk	107
Et fenomenologisk helsebegrep	112
Med kroppen som utgangspunkt	114
Hermeneutikk og medisinsk praksis	116
Relasjoner mellom mennesker	120
På grensen av det fattbare	122
En betydelig tenker	125
Vestens desorientering	126
Et utvidet perspektiv	127
Den Andres ansikt	128
Ut av fatning	130
Etikk og rettferdighet	132
Alvor og glede	132

KAPITTEL 7 HVERDAGSFILOSOFI MØTER FAGFILOSOFI 134

Noen nøkkelord	134
Tillit	134
Likeverd	135
Medvandrer	136
Legen må gi av seg selv	137
Sårbarheten	138
Spesialist på eget liv	139
Barn som pasienter	140
Tid nok	140
Åpenhet	141
Refleksjon	142
Hjelp til selvhjelp	143
Livsoppsvinget	144

DEL 3 STÅR VI FORAN ET PARADIGMESKIFTE I FAGET MEDISIN?

KAPITTEL 8 KUNNSKAPSFELTET HAR VÆRT FOR SMALT	149
To blindveier	149
Evidence Based Medicine (EBM)	150
Risikantene	151
«Ulydige» leger	153
KAPITTEL 9 BIOLOGI PLUSS BIOGRAFI ER SANT	155
Krenkelse kan gjøre krank	155
Generasjonsovergrepene konsekvenser	158
Medisinske «bindestreksfag»	158
HPA-aksen og inflammasjon	159
Allostasemodellen	161
Epigenetikk	162
Cellealdringen påvirkes av hvordan vi har det	164
Vi nærmer oss en integrert teori for faget medisin	165

DEL 4 PROFESJONELLE UTFORDRINGER

KAPITTEL 10 TILLIT TIL FASTLEGEN – OGSÅ I FRAMTIDEN	169
Noen historiske milepæler	169
Sats på primærhelsetjenesten	170
Behov for et endret legestudium	172
Teori og praksis	173
Bank på!	173
Urørighetssonen	175
Hva vil det da si å være profesjonell?	176
Den unike andre	178
Det handler om legekunst	179
LITTERATUR	181

Innledning

I første del av denne boka vil leseren kunne gjenkjenne noen avsnitt som tidligere er presentert i min bok *Det skapende mellomrommet - i møtet mellom pasient og lege* fra 2005 (1). Det gjelder enkelte pasientfortellinger, noen refleksjoner over møter i helsevesenet, samt noen filosofiske avsnitt. I de senere årene er det kommet vesentlige forskningsbidrag fra naturvitenskapelig hold som sammen med en fenomenologisk helseforståelse kan gjøre leger bedre i stand til å møte befolkningen på en helsefremmende måte. Dette er motivet for å skrive denne boka, som er blitt noe mer enn en revidering av *Det skapende mellomrommet*. Om bokas første halvdel rommer mye kjent stoff, rommer andre halvdel såpass mye nytt og sterkt omarbeidet stoff at det sprenger rammene for en revidering.

For noen år siden ble jeg mer og mer tankefull og oppgitt over at pasienter kom igjen og igjen på legekontoret med de samme plagene eller med stadig nye helseproblemer som verken jeg som allmennpraktiker eller mine samarbeidspartnere i og utenfor sykehuset greide å hjelpe dem med. Det kunne for eksempel dreie seg om uklare smertetilstander som vi ikke fant ut av, eller det kunne være mer veldefinerte sykdommer som ikke ble lindret selv med de beste medisinske tiltak, slik som astma, infeksjoner eller høyt blodtrykk. Etter hvert begynte det å ulme en uro hos meg: Mine livserfaringer – i og utenfor faget – og min praksis som lege hang ikke helt sammen. Jeg forsto noe som menneske som faget medisin ikke ga høyde for.

For å forklare sammenhengen skal jeg begynne med begynnelsen. Jeg er utdannet i det faglige miljøet som rådde på 1960–70-tallet, med vekt på tekno-

logi og spesialistmedisin. Dette fundamentet har gitt store medisinske framskritt, men det var også noe vesentlig som manglet. Hva dette var, kom jeg etter hvert på sporet av, men det tok lang tid.

I 1972 var jeg ferdig med legestudiet på Universitetet i Oslo. Fra 1975 arbeidet jeg som allmennpraktiker på samme sted i 25 år. Deretter hadde jeg vel seks år på Universitetet i Tromsø, hvor jeg bl.a. forsvarte en avhandling for den medisinske doktorgrad. For tiden er jeg overlege på Senter for helsefremmende arbeid på Akershus universitetssykehus (Ahus) og førsteamanuensis på Universitetet i Oslo.

I alle år har jeg vært opptatt av fagutvikling og organisering av helsetjenesten, både lokalt og sentralt. Jeg har hatt ansvar for diverse kursvirksomhet og møteplasser for leger, og jeg deltok i forarbeidene til spesialiteten i allmennmedisin. Jeg har dessuten sittet i sentralstyret i Den norske legeforening.

Med dette vil jeg poengtere at jeg har vært en lege med engasjement for fag og helsetjeneste – og dette innenfor de rådende rammer og forståelser av hva som anses for god medisin. Min identitet som lege er godt plantet i «mainstream» legearbeid i vårt land og i vår tid, og i en biomedisinsk forankring for faget. Denne boka er skrevet med dette som utgangspunkt.

Med tiden ble det altså mer og mer tydelig at flere pasienter ble dårlig hjulpet av meg og det øvrige helsevesenet. Noen ganger kunne det også se ut til at tiltakene våre bidro til en forverring hos noen av dem som søkte hjelp. Det måtte være en nærmere sammenheng mellom levd liv og helsa til folk. Gang på gang slo det meg at jeg ikke ble overrasket over at enkeltpersoner ble syke da de ble det. Jeg kjente jo befolkningen og lokalmiljøet godt etter mange år som allmennpraktiker på samme sted. Kunne sykdom handle om uttrykk for smertefulle erfaringer, en relasjonell smerte? Slike spørsmålsstillinger ble ikke tematisert i medisinske fora, verken i legestudiet eller i videre- og etterutdannelsen.

Om jeg nå skulle ta på alvor antakelsen min om at livshistorien kunne opplyse sykehistorien, så måtte jeg møte pasientene på en annen måte enn det faget så langt hadde forfektet som et ideal – nemlig den såkalte objektive posisjon. Å være profesjonell som lege betydde å ikke involvere seg – i alle fall ikke for mye. Dette stred mot min antakelse om at det noen ganger var andre og kanskje vanskeligere fortellinger som måtte få ord i møtene på legekontoret. Og det fordret at jeg i tilfelle måtte møte pasientene mine mer som menneske til menneske, ante det meg.

Dette ble etter hvert et etisk anliggende. Å være en del av en profesjon som til tider ikke kunne hjelpe folk – og som noen ganger til og med bidro til at pasienter ble mer plaget med helsa si, det kunne jeg ikke være med på lenger. Måtte jeg slutte som lege? Eller skulle jeg utfordre meg selv og faget medisin? Jeg valgte det siste.

En omlegging av konsultasjonene mine i tråd med ovennevnte betraktninger bidro til en forbløffende bedring hos en rekke pasienter, både av velkjente sykdommer og mer tilsynelatende uforklarlige tilstander. Dette medførte at det ble langt mindre behov for medisinske utredninger og tiltak for den enkelte, og ventetiden i praksisen min gikk ned.

For ytterligere å utfordre tanken om sammenhenger mellom levd liv og sykdomsutvikling foretok jeg en reise sammen med en pasient, en «tilbake-reise» til hjemplassen og forhistorien til en mann med flere sykdommer og en risiko for ytterligere helseplager. Han fant seg selv igjen i terrenget, fikk godhet for smårollingen som var budt så magre kår, og fant en logikk mellom levd erfaring og helsesvikten i voksen alder. Han karakteriserer seg i dag som frisk.

Jeg selv hadde etter hvert noen refleksjoner over hva som kunne være helende i de endrede møtene på legekantoret. Men hva tenkte pasientene om hva som var viktig i konsultasjoner? Personer som tidligere hadde brukt meg som lege, ble mine informanter og medtenkere i disse spørsmålene i et forskningsprosjekt, seinere presentert i boka *Det skapende mellomrommet – i møtet mellom pasient og lege* (1).

De tidligere pasientene, som jeg kalte hverdagsfilosofer, la fram mange refleksjoner omkring møter med leger – fenomener som kanskje kunne finne gjenklang hos europeiske fagfilosofer. Det ble klart for meg at filosofi kan berike vår forståelse av hva som er viktig for en god eller dårlig helse, og for hva som må til for å oppnå helsefremmende møter mellom pasienter og leger. Mest radikal og utfordrende fant jeg filosofen Emmanuel Levinas.

Problemet med dikotomien kropp og sjel i faget medisin ble ikke helt løst etter møtet med filosofien. Filosofenes fokus på vår livsverden – på fenomenologi – åpnet for nye og spennende perspektiver. Men hvordan erfaringer og fortolkninger hos den enkelte kunne gi seg utslag som sykdom, var fortsatt ikke helt forståelig for meg, gitt min fagbakgrunn i naturvitenskapelig biomedisin.

I de siste årene har det kommet en rekke resultater fra medisinsk forskning rundt om i verden som bekrefter mine antakelser om at det må være en nærmere sammenheng mellom det vi opplever i livet og hvordan det kan komme til uttrykk som sykdom. Og vi nærmer oss en bredere innsikt i hva som skal til for å kunne bidra til at pasienter kan gjenvinne god helse.

Det som er ekstra spennende, er at naturvitenskapelig basert forskning erkjenner mer og mer at det å lete etter forståelse av sykdom og uhelse ved å søke smalere og smalere forskningsfelt, ikke gir adekvate svar – alene. Det som nå vokser fram, er såkalte «bindestreksfag» – ulike grunnforskningsmiljøer som skjeler til hverandres kunnskapsfelt og samarbeider tett. De erfarer at de dermed forstår langt mer av hva sykdom og helse kan handle om.

Det interessante er at vi nå sannsynligvis nærmer oss en integrert teori for faget medisin, hvor fenomenologi og naturvitenskap *sammen* kan vise hvordan hele vårt indre univers, inklusive våre arvemessige forutsetninger, står i et tett samspill med våre erfaringer og fortolkninger av det som skjer. Det tegner seg et bilde av at biografi og biologi er uatskillelig vevet sammen hos det enkelte mennesket, at vi er «mindful bodies». Dette peker mot et paradigmeskifte i faget medisin.

Noen antydninger fra store forskningsfelt peker dessuten i retning av det helende potensial i dialogen når fokus er på fortellingene, de større og de mindre. I møte med legen er pasienten refleksjonens sentrum, den det handler om. Legen som kvalifisert samtalepartner kan utfordre til nye fortellinger, til valg, som i neste omgang kan gi mening, sammenheng og håp, som i sin tur kan ha en helende effekt for pasienten. Noen ganger er det riktig å gå videre med medisinsktekniske tiltak som utredninger og behandlinger, men ikke alltid.

I dagens helsetjeneste er det nok spesielt fastleger og kommuneleger som allerede er forberedt på denne tenkningen gjennom sine praksiserfaringer. Ser vi på hvordan mange leger i primærhelsetjenesten forholder seg til pasientene sine og lokalsamfunnets helseprofiler, så viser kollegene indirekte en praksis som tar høyde for slike innsikter som antydet. Men altså uten å ha en teoretisk støtte for sin måte å tenke og arbeide på. Spesialister i sykehus har et avgrenset, ofte organbestemt, fagområde som sitt anliggende. De forholder seg ikke alltid til pasientenes problemer innenfor en forståelse av den betydningen levd erfaring og meningsaspektet har for sykdomsutvikling – og for helbredelse. Dette gjelder også spesialområdet psykiatri.

Størstedelen av befolkningens helseproblemer finner i dag sine løsninger i primærhelsetjenesten. Med et nytt paradigme i sikte vil primærlegene bli enda viktigere for folkehelsen. Å satse på fastlegene vil derfor være en framtidsrettet og god investering for samfunnet, både menneskelig og økonomisk.

Om disse faglige innsiktene skal få innpass i *hele* det medisinske fagfeltet, må vi – parallelt med videre faglig forskning og utvikling av praksis – også legge om legestudiet. Vi kan ikke lenger ha hovedtyngden av utdannelsen i sykehus, men må antakelig legge den til primærhelsetjenesten og med sykehusspesialitetene som supplement, slik bl.a. Northern Ontario School of Medicine i Canada allerede har gjennomført – med stor suksess. I Norge har vi ennå en vei å gå her.

Ovennevnte betraktninger er ment som en antydning om hva som har vært tanken med denne boka. Mine praktiske erfaringer som lege på 1990-tallet får nå sitt teoretiske korrelat. Og det finner jeg grunn til å skrive om – i håp om at vi leger ikke lenger skal behøve å fortvile over alt vi ikke forstår ut fra det gamle paradigmet. Vi skal få slippe å stå i spagaten. Vår egen hverdagskunnskap, livserfaring og vårt kliniske skjønn skal kunne forenes med en solid biomedisinsk kunnskap, en integrert teori i faget medisin. Vi kan glede oss over at det faktisk finnes noen svar som hjelper pasientene. Ikke sjelden er det pasientene som finner dem selv – noen ganger hjulpet av legens utfordringer i samspillet i dialogene. Vi skal naturligvis fortsatt benytte de til dels høyteknologiske redskapene i den medisinske verktøykassa, men redskaps-skuffen må inneholde mer enn verktøy for maskinfeil.

Det er å håpe at ikke motkreftene blir for store. Da tenker jeg på at flere kan ha interesse av å holde liv i det gamle paradigmet med oppdelingen av mennesket i kropp og sjel, spesialisthelsetjenesten i somatikk og psykiatri, og med ditto forskjellige diagnosemanualer og separate lovverk. Men forskningen viser vei mot en ny forståelse med utgangspunkt i mennesket som et integrert hele, hvor våre biologiske forutsetninger hele tiden er uløselig vevet sammen med våre erfaringer og våre fortolkninger, og det til og med over generasjonsgrenser. Dette må leger både i og utenfor sykehus ha en solid forankring i for å kunne følge Hippokrates' lege-ed: Aldri skade, noen ganger helbrede, ofte lindre og alltid trøste.

Jessheim, 31.05.10.

Eli Berg

