

En inspirasjonskilde til humanisme i medisinen

Universitetet i Rochester i New York er kjent for et tradisjonsrikt klinisk og forskningsmessig miljø som er preget av pasientorientert medisin. Både i studiets form og innhold legges det vekt på kommunikasjon; på pasientens egenopplevelse av sykdom og på pasientens familie og nærmiljø og studenter. Lærere og studenter fra forskjellige disipliner samarbeider tverrfaglig om forskning og klinikk. Tankegangen preger hele University of Rochester og School of Medicine and Dentistry. Den som fremfor noen har vært inspirasjonskilde og drivkraft i utviklingen av dette spesielle forsknings- og læringsmiljøet, er indremedisinen og psykiateren George Engel.

I hele etterkrigstiden har George Engel vært en respektert forsker, lærer og tenker ved Rochester universitet. Han er nå professor emeritus både i indremedisin og psykiatri. Fagkombinasjonen er i seg selv et uttrykk for den vekten som er lagt på samarbeid over faggrensene. Da Engel kom til Rochester, var patologen George Whipple dekanus ved det medisinske fakultetet. Under hans ledelse vokste det tverrfaglige universitetet frem, og slagordet var: «We are all under the same roof».

Berømte læremestere

George Engel er ikke en mann av store ord. Han understreker at det var en kollektiv innsats fra mange som gjorde Medical School i Rochester spesiell:

– George Whipple la vekt på samarbeid mellom klinikk og basalfagene. Her var vi under samme tak. Studentene skulle trekkes med i så vel klinikk som forskning. Student og lærer var to alen av samme stykke, og undervisningen skulle foregå ved sengen, forteller Engel.

Dekanus Whipple bygde på undervisningstradisjoner som grunnleggeren av det moderne medisinske fakultetet ved Johns Hopkins Medical School, William Osler, hadde gjennomført.

– Da jeg kom hit samtidig med psykiateren John Romano ble disse tradisjonene ført videre, og vi la stor vekt på kommunikasjo-

nen med pasientene. Romano, som grunnla psykiatrisk avdeling og psykiatrisk institutt ved universitetet, understreket betydningen av å utvikle en pasientorientert medisin. Men mye av æren for denne tradisjonen hadde William Osler med sin stadige understrekning av «your teacher is your patient».

Engel møtte John Romano mens de begge var ansatt ved Harvard: – Romano hadde en enestående evne til å få frem pasientens egen historie. Hans undervisningsvisitter var lærerike opplevelser.

Biomedisinen har sine fordeler

Også onkelen til George Engel, Emanuel Libmann, som for øvrig har fått ikke-bakterielle endokardittiske vekster, såkalte Libmanns sekker, oppkalt etter seg, har vært en fremtredende læremester for George Engel. I et personlig intervju (1) forteller Engel om hvordan hans onkels interesser og avanserte skoling i biomedisinsk vitenskap smittet over på brødrene Engel. Engel og tvillingbroren hans ble leger, og storebror, som var biokjemiker, var i mange år styrer ved biokjemisk institutt ved Harvard.

– Min onkel var usedvanlig skolert og begavet, og lærte meg svært mye. Han var ytterliggående biomedisinsk orientert, men jeg lærte å sette pris på denne tradisjonen. Jeg kjenner biomedisinsens fordeler, og kan derfor også lettere sammenlikne den med den retningen som jeg selv har prøvd å utvikle i medisinen.

Engel understreker at det var mange bidragsyttere til utviklingen av forskningsmiljøet ved Rochester. Da han og John Romano kom til Rochester, ble det akseptert at deres undervisning i kommunikasjon og pasientsentrert medisin ikke skulle være forbeholdt psykiatere. Etter hvert ble dette et viktig element i utdanningen av studentene og leger under spesialistutdanning i indremedisin, pediatri og gynekologi. Flere generasjoner leger kom senere tilbake som praktiserende kolleger i Rochester og omegnen, eller som ansatte ved det medisinske fakultetet.

– Det er grunnen til at vi har hatt en sammenhengende tradisjon på dette feltet i 50 år.

Utvide interessefeltet

Mange i dr. Engels generasjon ble interessert i psykosomatisk medisin. Disse legene så at det var nødvendig å utvide vitenska-

pens interessefelt til også å omfatte verbal kommunikasjon og subjektiv opplevelse. Han illustrerer sitt poeng med en historie fra den tiden han som ung forsker var engasjert i et forskningsprogram i Cincinnati. Programmet skulle finne ut hvordan man kunne forebygge høydebetinget dekompresjonssykdom («bends»). All datidens høyteknologi stod til deres rådighet, og Engel, som også var forsøksobjekt, husker hvordan de simulerte oppstigninger i trykktank med mange nåler og apparatur festet til kroppen. Forskerne samlet et vell av data uten å finne et eneste svar som var relevant for problemstillingen. Det var prosjektlederen som fikk dem til å tenke vitenskapelig på en annen måte.

– Han sa: «Vi er klinikere, men hvorfor i helvete» – jeg tror han sa helvete – «oppfører vi oss som fysikere eller kjemikere? Hva ville vi gjort som klinikere hvis en pasient hadde kommet inn på kontoret og klagde over de samme symptomene? Vi ville selvfølgelig ha spurt ham mer, og etter en grundig samtale ville vi ha gjennomført en fysikalsk undersøkelse. Så la oss gjøre det da! George, du tar ansvaret i de neste ukene!», siterer Engel. Etter noen dager ble Joe, en forsøksperson, bedt om å avlese manometeret. Han svarte at nei, han ville ikke lese av manometeret. Han mente det var en forbannelse knyttet til dette, fordi han fikk bends hver gang han gjorde det! Han utførte imidlertid manometerlesingen likevel – og ganske riktig: Han fikk bends!

Så gjennomførte gruppen en studie hvor alle i trykk-kammeret skulle gjøre de samme bevegelsene som Joe hadde gjort: de bøyde seg ned på huk for å se trykkmåleren. Og – insidensen av bends økte fra det gjennomsnittlige 30 % til 100 %.

– Poenget er at Joes uttalelse, en verbal meddelelse, var den viktigste informasjonen, det viktigste enkeltdata her. Vi må innse at kommunikasjonen er en essensiell kilde til vitenskapelig erkjennelse, mener George Engel.

Biopsykososial medisin

Biopsykososial medisin er blitt kjennemerket på den nyorientering innen medisinsk praksis og vitenskap som dr. Engel har stått for. Han introduserte begrepet i en berømt artikkel i tidsskriftet Science i 1977 (2), hvor han brukte von Bertalanffys generelle sys-

temteori til å forklare hvilke endringer som måtte til i medisinsk erkjennelse og praksis.

– Betyr biopsykososial medisin det samme som å inkorporere psykososiale faktorer i biomedisinsk erkjennelse?

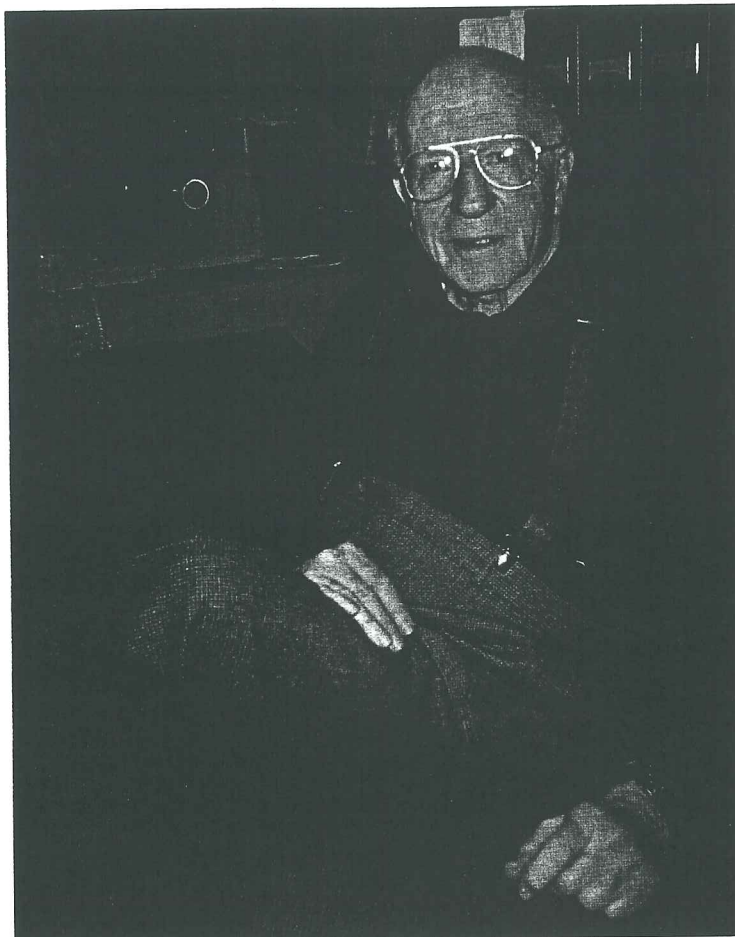
– Det var en ulykke at jeg begynte å bruke begrepet biopsykososial medisin. Jeg ville aldri ha introdusert det på nytt, nettopp fordi det la grunnen for den misforståelsen du røper. Faktum var at referees i Science som hadde lest min artikkel, enten var skeptiske eller negative. En av dem var mer positiv enn de andre, og jeg merket meg hans anbefalinger som gikk ut på at jeg ikke bare kunne kritisere status i biomedisinsk virksomhet. Jeg måtte ha et navn på det alternativet som jeg selv stod for. Det var han som foreslo begrepet – jeg tenkte ikke mer på det den gang, dessverre.

Engel understreker at forskjellen er mye mer fundamental. Dette har han utdypet andre steder (3,4). I dag vil han helst sammenlikne den tradisjonelle biomedisinen med den vitenskapstradisjonen som var enerådende på 1700-tallet.

– Forandringen i denne erkjennelsen kom allerede med Charles Darwin som klart så at alt levende var forbundet med hverandre. Senere kom revolusjonen i fysikken, og Albert Einsteins erkjennelse av at eksperimentør og eksperiment aldri kunne være uavhengig av hverandre. Forandringene som kvantemekanikk og irreversibel termodynamikk innebærer, har bekreftet dette. Det er disse forandringene som ligger i mitt begrep biopsykososial medisin.

Det er ikke Engels holdning at biomedisin er mindreverdige og bør kasseres: – Einstein sa at Isaac Newtons mekanikk var ypperlig til sine formål. Hans metafor var at det var som å bestige et fjell. Det ligger dekket av skyer, og når du når toppen, og skyene letter, oppdager du at du er på toppen av noen høydedrag ved foten av en mektig fjellkjede. Norge og Sveits er vakre steder!

Det er altså ikke slik at opplevelsen av å bestige de første toppene er verdiløs. Biome-



George Engel er hovedpersonen bak «biopsychosocial medicine». Når kommunikasjon med pasienten har fått så stor betydning i undervisningen ved flere læresteder i USA, er det i stor grad etter inspirasjon fra Engel. Foto E. Meland

disin er ypperlig til sine formål, og du trenger ikke kvantemekanikk for å bygge en bro, sier Engel.

– Slik jeg oppfatter Einstein og hans egen utlegning av denne konflikten, understreker det betydningen av ydmykhet i vitenskapen.

– Ja, men Max Planck var mer kynisk. Han sa at gamle oppfatninger og tradisjoner i vitenskapen ikke kom til å utvikle seg videre til ny erkjennelse før de gamle og studentene som var opplært under dem, var gått i graven. Utviklingen her i Rochester viser at Planck tok feil. Det er mulig å fremme en ny vitenskaps- og klinisk kultur hvis du har miljø, klima og stabilitet som fremmer ny erkjennelse.

George Engel understreker hvordan Rochester-kulturen; kjennetegnet av likeverd, av at forskjellige yrkesgrupper møttes, samarbeidet, spiste sammen, forsket sammen og gikk visitter sammen, stimulerte til forandring.

– Det kunne også være sykepleiere med interesse for forskningsaktivitet som bidrog med vesentlig informasjon ved lunsj eller ved tilfeldige sosiale møter. Stipendiatene ved medisinsk avdeling hadde forskjellig klinisk bakgrunn, men de forsket sammen, hadde kliniske møter. Klinikere som var opplært på denne måten, ble etter hvert en fast stab ved fakultetet. Denne stabiliteten

trenge vi blant annet for å fremme undervisning i kommunikasjonsferdigheter med bruk av lydbånd og senere video, der lærer og student satt sammen for å dyktiggjøre seg.

– Selv sliter jeg med et personlig og kulturelt ubehag som jeg vil beskrive som medikaliserings og en stigende forventning til medisins evne til å løse alle problemer. Vil ikke et biopsykososialt konsept i medisinen bidra til ytterligere å øke folks forventninger?

– Tvert imot! Det biopsykososiale konsept innebærer ikke at medisinen skal spre seg over alle områder og illudere å løse alle problemer. Det dreier seg om å forstå pasientens perspektiv, men også å sette pasienten i stand til å løse sine problemer, om mulig, svarer Engel. – En lege kan hjelpe dem med det, men den best kvalifiserte kan også være en fysioterapeut, en advokat, eller en prest. Den biopsykososiale medisin handler også om grenser og begrensninger.

Det har ikke vært noen enkel vei for Engel og hans samtidige å gjennomføre forandringene ved Rochester School of Medicine and Dentistry. På begynnelsen av 1970-tallet måtte han gå mellom ledelsen og studentene da de protesterte mot en truende nedleggning av kommunikasjonsundervisningen. Men det ble med trusselen, og nå er kommunikasjonsundervisning en integrert del av studiet fra første dag.

– Eivind Meland, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

Litteratur

1. Morse DS. A family-oriented interview with George Engel. *Families, Systems & Health* 1996; 14: 413–24.
2. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129–36.
3. Engel GL. From biomedical to biopsychosocial. I: Being scientific in the human domain. *Families, Systems & Health* 1996; 14: 425–33.
4. Engel GL. Foreword. I: Foss L, Rothenberg K. The second medical revolution. Boston New Science Library: 1988.