
Filosofisk poliklinikk – å stille diagnose på medisinen

KRONIKK

EDVIN SCHEI

Edvin.Schei@uib.no

Edvin Schei er lege og professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen, hvor han leder medisinstudiets profesjonssøyle. Han startet og sitter i styret i Filosofisk poliklinikk.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Filosofisk poliklinikk, en frittstående tenketank tilknyttet Det medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen, fyller 25 år. Formålet er å forebygge overforenkling og ønsketenkning i medisin og helsevesen. Metoden er filosofering – å øve på å tenke bedre.

Leger er gode til å tenke, og derfor kan vi i dag hjelpe syke mennesker og forebygge sykdom i et omfang som overgår alt vi har sett i historien. Men tenkningen i medisinen kan bli for selvsentrert og smal. Leger og medisinstudenter trenger impulser til faglig refleksjon [\(1\)](#). Filosofisk poliklinikk drives av leger som er glade i faget og som tror kvaliteten på utdanning og pasientomsorg kan bedres [\(2\)](#). I denne kronikken forklarer jeg hva en filosofisk holdning kan tilføre legestanden i en tid hvor teknologi, demografi og sekularisering endrer verden.

Utdanning uten menneskelig dybde

Som 26 år gammel turnuskandidat i Namsos og Kautokeino kjente jeg på uro i legerollen. Begrepet moralsk stress fantes ikke da, men i ettertid har jeg skjønnet at min økende kynisme overfor pasienter og pårørende, og tankene om å finne meg noe annet å gjøre, sprang ut av opplevd meningstap og avmakt i yrket. Jeg husker likegyldigheten som slo inn over meg da jeg bladde i prosedyreboken for

å finne behandlingsalgoritmen for en ung pasient med en akutt alvorlig sykdom. «Hvorfor er det jeg som gjør dette, hvem som helst kan jo slå opp i en bruksanvisning!» Pasienten døde, ingen lege snakket med pårørende og ingen kollega snakket med meg om det som hadde skjedd.

«Medisinstudiet hadde gitt meg utdanning uten danning. Dyktighet var å memorere differensialdiagnoser og utredningsprosedyrer, slik at pasientens problem kunne få en merkelapp og behandles etter en oppskrift»

Medisinstudiet hadde gitt meg utdanning uten danning. Dyktighet var å memorere differensialdiagnoser og utredningsprosedyrer, slik at pasientens problem kunne få en merkelapp og behandles etter en oppskrift. Når oppskriften ikke virket, symptomene ikke forsvant og pasientene ikke lot seg betrygge, ble jeg en hjelpeløs og frustrert doktor. Jeg rynket på nesen av pasienter som kom til legekontoet med «feil forventninger». Langsomt forsto jeg at det var min *legekompetanse*, godkjent av doktorskolen, som ikke passet til virkeligheten. I frustrasjon skrev jeg artikkelen «Medisin og hjernevask. Hvordan legers virkelighetsoppfatning formes slik at den blir til skade for dem selv og folks helse» (3). Et ras av positive reaksjoner fra kolleger viste at jeg ikke var alene.

Jeg samlet en håndfull unge kolleger til kveldsprat for å lufte erfaringer fra legejobben. Det oppsto en trygghet hvor vi kunne dele ubehagelige erkjennelser av utilstrekkelighet i yrket. Vi så at problemer og frustrasjoner vi hadde tolket som personlig svakhet, «det er meg det er noe galt med», skyldtes blinde flekker i legeutdanningen. Vi hadde ikke lært om kommunikasjon, etikk, psykologi eller vitenskapsteori. Vi visste ikke da at sykdom er sammenvevet med livshistorier. Vi forsto ikke at forskningsbasert kunnskap er statistisk, og derfor usikker for individer. Vi hadde ikke reflektert over medisinen, naturvitenskapens og legemiddelindustriens makt i det sekulære samfunnet. Vi hadde ikke lært å tenke sinn og kropp i sammenheng. Og vi hadde slett ikke blitt fortalt at «lege» er et kulturelt symbol på trygghet og håp, og derfor kan ha en umiddelbar virkning på pasientenes velvære og fysiologi – hvis legen forstår sin rolle som helbreder og ser personen, ikke bare diagnosen (4, 5). Bak legetittelen var vi formet som teknikere og byråkrater, ikke helbredere.

I 1998 tok vi navnet Filosofisk poliklinikk, booket Store auditorium i hjertet av Haukeland universitetssjukehus og arrangerte debattmøte under overskriften «Fundamentalisme i hvitt. Om makt og autoritetsunderkastelse i medisin og helsefag» (6). Et hundretalls medisinstudenter, en håndfull leger og flere titalls nysgjerrige lekfolk, mange med pasienterfaring, møtte frem. Det ble starten på en møteserie og en institusjon som har bestått i 25 år. For Filosofisk poliklinikk har det vært enkelt å finne engasjerende temaer til en mangeårig møteserie, som for øvrig finnes på YouTube (2). Det har også resultert i flere internasjonale seminarer som «Dignity and Dialogue. Exploring Medicine's Relational Foundations» og «The core of medicine: Identifying goals and methods for professional identity development in medical education».

Ramme 1 Filosofisk poliklinikks paraplytemaer 2013–2023 (utvalg)

Krise!

Religiøsitet, spiritualitet og moderne medisinske praksiser

Helsenæring – den nye oljen?

Klokere av covid-19

Helsetjenester i overflod: Unyttig, farlig og forvirrende

Å leve i dødens lys

Følelser, helse og medisin

Sex! Hud! Kjønn og organer!

Migrasjon, medisin og moral

Prioritering betyr å si nei, ikke sant?

Den norske sykerollen

Dannelse til lege. Hvordan gi studenter kunnskap, dygd og profesjonalitet?

Det har vært retningsgivende for arbeidet at vi mener medisinen som fag, med all sin suksess, rommer antakelser og tradisjoner som skaper problemer for pasienter, helsepersonell og samfunn, og som trenger refleksjon og fornyelse. Jeg skal gi ett sentralt eksempel:

Diagnosen – nødvendig verktøy og terapeutisk snubletråd

Det intellektuelle tyngdepunktet i naturvitenskapelig medisin er diagnosen. «Diagnose» er ikke selv en objektiv ting i den biologiske verden, men et filosofisk prinsipp, et verktøy for tanken som leger bruker mange år på å øve opp, og som gjør oss til nyttige hjelpere. Når en person ber om hjelp for en plage, et symptom, en funksjonssvikt, tenker legen «hva er diagnosen?» Uten diagnoser kan ikke leger ta beslutninger, gi forklaringer eller sende regningskort til Helfo. Diagnostikk skaper orden i det tilsynelatende kaoset som pasienter presenterer, gjør medisinen effektiv og tillitvekkende, utløser rettigheter og økonomisk trygghet for de syke, og gir leger identitet, arbeidsglede og status.

«En legeutdanning hvor diagnosekunnskap er det ultimate læringsmålet gir ikke studentene tilstrekkelig med verktøy til å fungere som helbredere og problemløsere»

Så hva er problematisk med dette? For det første at medisinen hensikt ikke er å stille diagnoser, men å hjelpe syke personer. En legeutdanning hvor diagnosekunnskap er det ultimate læringsmålet gir ikke studentene tilstrekkelig med verktøy til å fungere som helbredere og problemløsere.

Diagnoser er prinsipielt enkle, gjentar seg selv og kan forstås med naturvitenskapelig kunnskap, mens syke personer er komplekse, alltid annerledes og krever psykologisk, kommunikativ og emosjonell kompetanse. Internasjonalt er det vist at undervisnings- og vurderingsformene som preger legers utdanning, kan gi en naiv, skråsikker og uvitenskapelig oppfatning av medisinsk kunnskap som objektiv, ubetvilelig og tilstrekkelig (7), bestående av tekst og ferdigheter knyttet til diagnoser, med tilhørende utrednings- og behandlingsregimer.

Leger som tar for gitt at god diagnosekunnskap er det som skal til for å være lege, vil finne det tungt å håndtere en klinisk virkelighet som alltid er dypt følelsesladet, faglig kompleks, og hvor ukontrollerbarhet og nødvendig uvitenhet må håndteres gjennom klok improvisasjon og samspill. «En diagnose kan ikke si hva en syk person trenger, mer enn formelen H₂O kan si hvorfor vann er vått» (forfatters oversettelse) (8).

Det er mulig å forenkle pasientens problem til noe som passer med legens forståelse og verktøy – «for en person med en hammer ser alt ut som spiker». Det skjer både i sykehus og i allmennpraksis, når leger eksempelvis forholder seg rent teknisk til en kreftsykdom og innsnevrer legejobben til å vurdere blodprøver og neste cytostatikakur, uten å komme pasientens fortvilelse og eksistensielle angst i møte. Det skjer også med de titusener som søker legevakt, fastlege og spesialistpoliklinikker for medisinsk uforklarte plager og symptomer, såkalte *MUPS*, det vil si smerte, slapphet, fatigue, søvnvansker, balanseproblemer og så videre, med tilhørende engstelse og forklaringsbehov. De blir gjerne møtt med omfattende og kostbare utredninger, eller bagatellisering, uten å få effektiv hjelp til å forstå, akseptere og leve trygt med sine kroppslige symptomer. Frustrerte pasienter jager så videre etter avklaring og behandling hos offentlige og private tilbydere. På systemnivå er det en av driverne for overdiagnostikk, overbehandling og kostnadseksplasjon i helsevesenet, på individnivå er det sykliggjørende.

Filosofisk poliklinikks terapeutikum: refleksjon og pedagogikk

Vi i Filosofisk poliklinikk tror at en vitenskapelig holdning er nødvendig for å være en god lege. Men vitenskap er ikke bare rottemodeller og statistikk, det er også en selvkritisk filosofi, en ydmyk måte å tenke på hos enhver som klokt har innsett at feilslutninger og selvbedrag er uunngåelige. «Den vitenskapelige holdning er å søke etter de beste innvendinger mot det man ønsker skal være sant», fastslo grunnleggeren av den eksperimentelle metoden, Claude Bernard, i 1865 (9). Et kritisk reflekterende sinn, praktisk erfaring og følelsesmessig trygghet er kjennetegn på dyktige leger. Vi trenger medisinerere med *ekte* intelligens, i en tid hvor kunstig intelligens og annen teknologi kan frita oss fra å måtte fungere som diagnostiske roboter.

«Vi trenger medisinerere med ekte intelligens, i en tid hvor kunstig intelligens og annen teknologi kan frita oss fra å måtte fungere som diagnostiske roboter»

Pasientkontakt som fag på medisinstudiet

På medisinstudiet i Bergen møter førsteårsstudentene faget Pasientkontakt (PASKON), hvor ideer fra Filosofisk poliklinikk er omsatt i nyskapende undervisning [\(10\)](#). I undervisningen står syke personers erfaringer i sentrum, mens diagnosene trer i bakgrunnen. Alle studentene møter minst tjue pasienter og får samtale over tid med én av dem i pasientens hjem. Studentene lærer å utforske i samtaler og i teori hva sykdom og tap av funksjoner betyr i et liv, hva det innebærer å være avhengig av hjelp og hvordan legers emosjonelle følsomhet brukes terapeutisk i samspill med sårbare mennesker. Erfarne klinikere leder undervisningen, eldre studenter veileder de unge før pasientmøtet og kommenterer refleksjonstekstene i etterkant. Undervisningen anvender transformativ læringsteori [\(11\)](#), hvor egenerfaring, rollemodeller, gruppeaktivitet og refleksjon kombineres for å skape engasjement, dybdelæring og personlig utvikling.

Filosofisk poliklinikk som metode: mer fornuft

Fornuft er en bra ting. En teknisk-byråkratisk fornuft som søker effektivitet, systematikk og kontroll, kan imidlertid være moralsk svaksynt. I objektivitetens klare lys kan individenes sorg, lidelse og subjektive livsverden fremstå som irrelevante. Da får vi en ufølsom og derfor ineffektiv klinisk praksis. For å unngå en snever rasjonalitet som blir selvgod og derved opphører som fornuft, argumenterer den tyske filosofen Jürgen Habermas for at tre typer rasjonell tenkning må veies mot hverandre [\(12\)](#). Den *instrumentelle* fornuften er opptatt av effektive midler for å nå målet, fikse problemet. Men den spør ikke «hvordan avgjør vi hva som er gode mål, for hvem, i en virkelighet som ingen helt overskuer?» Til det trenger vi å øve opp henholdsvis *kritisk* og *kommunikativ* rasjonalitet. Den kritiske fornuften er oppmerksom på faren for selvbedrag, og etterspør maktforhold og egeninteresse hos oss som forvalter godhetens makt og samfunnets tillit. Den kommunikative fornuften er lyttende, inkluderende og dialogskapende, og den vet at fornuften viser seg gjennom handlinger som tar vare på menneskelige verdier, følelser og tradisjoner.

Filosofisk poliklinikkens rolle er å skape arenaer hvor medisinsens instrumentelle rasjonalitet kan komme i vennlig dialog med fakta, fortellinger og friksjon fra menneskenes livsverden: kritiske spørsmål om teknologi og makt, personlige narrativer om eksistensiell sårbarhet og styrke samt kunstneriske påminnelser om virkeligheten. Dessuten trenger vi historiske, teologiske og filosofiske perspektiver på legerollen – vi lever i en tid hvor folks overtro sjeldnere er knyttet til religion og oftere til vitenskap.

Etter et kveldsmøte i Filosofisk poliklinikk har man ikke fått løst sine problemer, men man har fått trent på å møte de problemene som ikke vil gå vekk.

REFERENCES

1. Schei E, Fuks A, Boudreau JD. Reflection in medical education: intellectual humility, discovery, and know-how. *Med Health Care Philos* 2019; 22: 167–78. [PubMed][CrossRef]
2. Filosofisk poliklinikk. <https://filosofiskpoliklinikk.no/> Lest 8.9.2023.
3. Schei E. Medisin og hjernevask. Hvordan legers virkelighetsoppfatning formes slik at den blir til skade for dem selv og folks helse. *Nord Med* 1992; 107: 62–4. [PubMed]
4. Schei E. Hva er medisin. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
5. Schei E. Doctoring as leadership: the power to heal. *Perspect Biol Med* 2006; 49: 393–406. [PubMed][CrossRef]
6. Schei E. Fundamentalisme i hvitt? Om makt og autoritetsunderkastelse i medisin og helsefag. *Omsorg* 1998; 16: 63–7.
7. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. 1ste utg. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2010.
8. Cassell EJ. The nature of healing. The modern practice of medicine. Oxford: Oxford University Press, 2012.
9. Bernard C. Introduction to Experimental Medicine. New York, NY: Dover Publications, 1865/1957.
10. Schei E, Knoop HS, Gismervik MN et al. Stretching the comfort zone: Early clinical contact, emotions, and professional identity formation in medical students. *J Med Educ Curric Dev* 2019; 6: 2382120519843875. [PubMed][CrossRef]
11. Slavich GM, Zimbardo PG. Transformational Teaching: Theoretical Underpinnings, Basic Principles, and Core Methods. *Educ Psychol Rev* 2012; 24: 569–608. [PubMed][CrossRef]
12. Eriksen EO, Weigård J. Kommunikativ handling og deliberativt demokrati. Bergen: Fagboklaget, 1999.

Publisert: 24. september 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0538
Mottatt 15.8.2023, første revisjon innsendt 6.9.2023, godkjent 8.9.2023.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 18. februar 2026.