

Etik, sprog, metodologi og gastroenterologi

Jeg har valgt at følge Dansk Gastroenterologisk Selskabs opfordring til et seniorbidrag om mit faglige liv ved at benytte essayformen. Det er samlet om titlens fire emner, som har været vækstlagene for mig anført i kronologisk rækkefølge og med den væsentlige tilføjelse, at deres personlige betydning har forudsat mange dygtige kollegers og venners bidrag gennem inspirerende diskussioner.

En kronologisk og biografisk skildring af mit liv må derfor findes andetsteds, som fx Dansk Biografisk Leksikon eller – sagt med en vis beklethed – Blå Bog.

Etikken

Når etikken nævnes i et bidrag til Dansk Gastroenterologisk Selskab, er det fordi holdningen til patienten som medmenneske i både kliniske situationer og som deltager i sundhedsfaglige forsøg havde sine rødder tidligt i min studietid. Det gjaldt også sandheden som immatriel værdi, som senere blev en del af min interesse for pålideligheden af patientinformation og dens nødvendige afsæt i videnskabelig evidens og ikke i en bekitlet autorisation. Etikken som grundlag for det ansvar, man som akademiker har for samfundet som helhed og dermed for kommende patienter og pårørende, bør også nævnes som tilskyndelsen til den senere omtale af formidlings sprogets betydning, og måske har etikken haft allermest indflydelse på holdningen til døden, som man som læge har brug for i mødet med den døende patient og den pårørendes tab. Denne holdning bør have form af empati, dvs. indføleligheden og det medmenneskelige nærvær.

Den personlige tilskyndelse til at beskæftige sig med etik og empati stammer fra Besættelsestiden og modstandskampen med en farbror, der som præst blev arresteret af Gestapo for at have et stort depot af nedkastede engelske våben på kirkeloftet, og som mirakuløst overlevede meget tortur og tre tyske KZ-lejre, en anden farbror, som var nedkastningsmodtager af våben, men som undgik arrestation, hvad jeg også selv gjorde som medlem af en militærgruppe (en beskeden indsats, sammenlignet med saboratørers og nedkastningsfolks store risiko).

Efter krigen, i 1948, som medicinsk voluntør og "skriverkarl" på stuegang, fik etikinteressen en ny tilskyndelse, og nu i fredstidens Danmark. På en seksengsstue lå i to sengen en yngre, dansk håndværker, som da den stuegangsgående 1. reservelæge ved en envejskommunikation havde meddelt ham, hvad han fejlede, ikke uhøfligt spurgte, om der kun kunne være tale om den nævnte diagnose, og om det ikke kunne være andet. Efter nogle sekunders pause dikterede 1. reservelægen til mig: "Patienten er uartig – udskrives".

En yderligere *booster* til min etiske opmærksomhed var de senere oplevelser af informationen til patienter, som skulle deltage i lægevidenskabelige forsøg. Informationen blev ofte overladt til sygeplejerskerne, der på patientens spørgsmål: "Hvad skal jeg ned til i dag?" svarede "De skal ned til en undersøgelse" – dvs. at patienten måtte tolke svaret, så interventionen var en nødvendighed for den diagnostik, som alene tjente *hans* interesser.

Måske har den tidlige etikopmærksomhed en sammenhæng med min forankring i Kristendommen og dens syn på mennerskers ligeværd, måske også med relation til flere af mine onklers og fætres valg, at teologien som livsuddannelse. Jeg ved ikke, om der findes et gen for denne perspektivering af tilværelsen, eller om der er tale om social arv. I begge tilfælde må de for mig være utilgængelige for en – i øvrigt uønsket – genterapi.

Senere i det lægelige liv førte etikforandringen til et medforfatterskab af Helsinki Deklaration II af Europa Rådets Bioetik Konvention og flere regelsæt, samt oprettelsen af det danske videnskabsetiske komitésystem og senere Udvalget Vedr. Videnskabelig Uredelighed, her gik indsatsen ud over den interne medicin og gastroenterologien som en naturlig reaktion på opfattelsen af alle patienters ligeværd og behov for evidensbaserede præmisser for lægers behandlingsforslag.

Sproget

Sproget har i en lægelig sammenhæng to funktioner. Det er kilden til ny viden og til uddatering af gammel viden, og det er det vigtigste værktøj i lægers armamentarium, især i diagnostikken, der som bekendt er – eller bør være – alle indgrebsmåder.

Lægers sprogformer er – eller burde være – tre som beherskes alment:

- Dansk professiolekt, som anvendes som internt fagsprog, hvor der vindes tid og en vis indforståethed, fx ved morgenkonferencens gennemgang af sidste døgn's akutte patienter tales om KOL for kronisk obstruktiv lungesygdom, om AMI i stedet for akut myokardieinfarkt, oma. Slipper disse professiolektiske termer ud i det senere omtalte formidlingssprog, vil det blive omfattet som CIA's agentsprog. Nogle få af disse akronymer opnår indfødtsret i almindeligt dansk som fx AIDS, hvor den fulde form også på dansk akkvisit immun-defekt syndrom ville være blokerende for ikke-professionelle modtagere.
- Formidlingssprog anvendt over for pårørende eller journalister, hvor man ved nyopdukkende faglige termer lægger vægt på en fordansket form, som kan bøjes i danske genitiv- og flertalsformer. Eksempler for gastroenterologien er tolvfingertarmssår i stedet for isf. et ulcus, og blødende tyktarmsbetændelse isf. ulcerøs colitis. Men det gælder også generelle termer som fx at lære i et tv-interview på spørgsmålet "Hvorfor behandlede I ikke med den metode?!" svarer "Det var der ikke indikation for" isf. at svare "Så ville en måske beskeden virkning ikke have opvejet de alvorlige ulemper og bivirkninger".
- Det tredje sprog er engelsk professiolekt, hvor udtalen er den største udfordring, fordi den ofte er en blokering for forståeligheden, hvis fx "ulcus duodeni" i denne form tildeles en engelsk udtale, isf. at bruge *duodile ulcer*.

I adskillige årtiers arbejde med lægers sprog er det gået meget frem, især for formidlingssprogets kvalitet. Men der kunne gøres mere, hvis universiteter, arrangører af postgraduate kurser, og de videnskabelige selskaber ville lægge mere vægt på at bidrage til nyskabelse af formidlingstermer. Det tager kun få sekunder at anvende disse sidestillede udtryk i en mundtlig fremstilling eller at tilføje den på en billedfremstilling, så fx irritabel tyktarm her blev benyttet i stedet for nervøs tyktarm.

På sprogområdet findes også en kobling til etikken om metodologien, fordi klart, troværdigt sprog er afgørende i videnskabsetikkens patientinformation. Her eksisterer et klart grundlag for at tale om store fremskridt. I de videnskabsetiske komiteers første år var op til halvdelen af forskernes første forslag til informationsbilag uanvendelige, enten fordi de var belastede af professiolektiske termer, eller fordi de i deres åh så folkelige sigte talte om "færgelejer" for receptorer og "små færger" for fx glukosemolekyler. Nu har disse bilag opnået en meget høj sproglig standard.

Metodologien

Metodologi, som både på engelsk og dansk defineres som læren om videnskabelige forsøgs idéformulering, variable valg, gennemførelse, fortolkning og publikation, forveksles både i Danmark og i udlandet endnu nu og da med metodelære, selv om det sidste er et meget snævrere kogebovslignende udtryk.

Terminologien og det tilknyttede større begrebsapparat, randomisering, blinding, signifikans, type I- og type II-fejl, teststyrke, MIREDF (minimal relevant differens) og m.fl. nåede først ind i dansk sundhedsfaglig forskning i begyndelsen af 1960'erne, selv om det første tilløb på dansk, i form af Johannes Fibigers kontrollerede undersøgelse fra 1898, og Austin N. Bradford Hills banebrydende arbejde fra 1948. Jeg hørte således intet om denne videnskabelige teknik under studiet, som sluttede i 1952, men som ung redaktionssekretær ved Ugeskrift for Læger fra 1957 blev bl.a. jeg opmærksom på, at vi i Danmark nok havde et indsigtsmæssigt efterslæb. Den erkendelse fik mig til, efter disputatsens afslutning i 1959, at begynde at lære metodologien selv, og derefter at planlægge kurser i den kontrollerede kliniske undersøgelse. Det blev efterhånden til, at holdet bestående af Bjørn Andersen, Olaf Bonnevie, Henrik Wulff og jeg i 1960'erne-70'erne og 80'erne holdt en meget lang række kurser i ind- og udland, og det kom til at præge mit forhold til gastroenterologien og redaktionel analyse som videnskabelig chefredaktion for Ugeskrift for Læger stærkt. Det blev også noget af et generationsmøde at lære ældre overkirurger og ældre overmedici (det kaldte nogle af dem sig selv), at metodologien hviler på to aksiomer, at alle humane sygdomsprocesser er underkastet en stadigt vekslende aktivitetsgrad, og at alle vurderinger beror på sammenligninger. Især det sidste aksiom kunne virke stødende på ældre kolleger, som i et langt fagligt liv havde været overbevist om, at de var i stand til at "føle", hvilke metoder, som duede, og hvilke ikke.

Især i mit personlige liv som gastroenterolog og med de kontakter, det medførte, især til Storbritannien, USA og de nordiske lande betød koblingen til den kliniske kontrollerede undersøgelsesmetodologi overordentlig meget. Det forstærkedes yderligere ved mit nære samarbejde med Henrik Wulff og Vibeke Binder om medførte en gastroenterologisk spredningseffekt via en lang række talentfulde disputatsskrivende læger og meget kompetente 1. reservelæger helt frem til i dag, hvor grundlæggelsen af et klinisk epidemiologisk register i håndskreven form og med dækning af Københavns Amt nu er stærkt på vej til at blive et landsdækkende, it-baseret register, som tiltrækker en stor gruppe unge gastroenterologiske unge forskere.

Gastroenterologien

De første impulser til at samle sig om mave-tarmsygdommene optrådte efter lang værnepligt i lægekorpsset, turnustjeneste, og disputatsarbejdet, som sluttede med tildeling af graden i 1959 (efter afleveringen lykkedes det at få tid til, sammen med Fritz Fuchs, at gennemføre og publicere en original metode via amniocentese til kønsbestemmelse af fostre i familier med hæmofili. Emnet for disputatsen var betændelsens cellebestanddele, og det var denne indsigt, som kunne overføres til at bedømme, om colonslimhinden var betændt eller ej, og dermed om "colitis mucosa" var en -itis eller snarere en colon irritabile, og hvis der var betændelse, da hvilke celler som dominerede. Dette arbejde førte til udformningen af aftryksmetoden og en lang række efterfølgende arbejder i samarbejde med den alt for tidligt afdøde Poul Anthonisen.

Et videre perspektiv var at skabe et formelt speciale i gastroenterologi og et arbejde for oprettelsen af et dansk gastroenterologisk selskab, og et internationalt videnskabeligt selskab for de inflammatoriske tarmsygdomme. Dansk Gastroenterologisk Selskab blev et tværdisciplinært selskab, som knyttede især kirurger og medicinere tæt sammen i både videnskabelige projekter og i det daglige arbejde, hvor vi sammen tidligt tog kolektomien op som livsreddende indgreb ved fulminant colitis ulcerosa. Det var en aggressiv intervention, som chokerede mange, så vi, der planlagde og udførte indgrebene nu og da spurgte os selv, hvem som mon ville foretrække døden frem for en permanent ileostomi. Her betød koblingen til min personlige historie om Besættelsestiden igen noget. Jeg havde i 1960'erne set de unge colitis ulcerosa-patienter dø – efter behandlinger med havresuppe – eller tanninindhædninger i de fulminante tilfælde. Disse unge patienter lignede de muselsmandslignende KZ-fanger, men var nu patienter i et frit land, så noget måtte gøres for at kunne tilbyde dem nye muligheder for evidensbaseret behandling, medicinsk eller kirurgisk.

Et overordnet, organisatorisk dilemma opstod, da den første generation af medicinske gastroenterologer skulle omsætte deres nye speciale i hospitalsstrukturen. At etablere smalle sengeafsnit og skabe rene gastroenterologiske enheder var ikke fristende for os, som havde gæsteforelæsere og dermed besøgt de store amerikanske universitetshospitaler, hvor en sådan dybtgående specialisering var reglen.

Gastroenterologien var efter vores mening et rent nosografisk og terapivælgende speciale, når det gælder fagets andel af det store kontingent af akut indlagte patienter. Her optræder mave-/tarmsymptomer også ved akutte kirurgiske sygdomme, bindevævssygdomme, som led i hjerte-/karsygdomme, ved abdominal eller epigastrisk somatisering af psykiske lidelser, eller som led i et kronisk smertesyndrom. På denne baggrund var det vigtigt – og er det stadig – at gastroenterologen kan vurdere nye patienter i et større diagnostisk perspektiv. Herved undgås det også, at man fristes til at hvile på intetsigende diagnostiske adjekter, som "essentiell", "funktionel", "essentiell", eller "kryptogen" under et termer som med fremmedordsudtryk maskerer diagnostisk usikkerhed og faglig uvidenhed. Så hellere sige direkte, at man ikke har nogen idé om, hvad patienten fejler.

Konklusion

Det er mit håb, at udeladelsen af mange personlige detaljer i stram kronologi ikke forhindrer, at essayistisk form afspejler min glæde ved et langt liv som læge.

Endda kan det understreges, at etikken, sproget, metodologien, og såmænd også den overordnede gastroenterologi kan videreføres efter den alderistiske grænse på 70 år. Hvis man er så privilegeret at være rask, og hvis man fortsætter sin læsning af videnskabelige tidsskrifter ligger der også i den tredje alder stimulerende opgaver, hvor perspektiver, overblik og analytisk træning værdsættes og fører til invitationer, hvor CPR-nummerets femte og sjette ciffer ikke er afgørende.

Som forsøgsvis beskrevet i denne fremstilling, hvor koblingen mellem etik, sprog og videnskab var initeret af personlige oplevelser, giver det lange faglige liv en endnu større perspektivering af humaniora og naturvidenskab og deres mødepunkter.

Povl Riis