

Narrativer i arbejdsmedicin

Anders Ingemann Larsen & Jørgen Riis Jepsen

Narrativ og evidensbaseret medicin er modsætninger men bør i klinisk praksis være hinandens forudsætninger og komplementere hinanden. Den evidensbaserede arbejdsmedicin er baseret på viden om sammenhæng mellem risikofaktorer på arbejdet og sundhed og sygdom; en viden der typisk stammer fra epidemiologien. I klinisk praksis er det dog ikke nok, at lægen kan spejle den bestemte patients diagnose og oplysninger om arbejdseksponeringerne ind i den forhåndenværende og ofte begrænsede evidens, der af forskellige grunde ofte ikke matcher situationen. Narrativer er ofte forudsætningen for, at lægens kliniske arbejde gør en forskel. Praksis begynder og slutter med patientens egen sygehistorie, som for det første fortæller, hvad det overhovedet er, han ønsker hjælp til, men som herudover kan hjælpe lægen med ikke bare med at beskrive eksponeringerne og sygdommen men undertiden også at forstå sammenhængen herimellem. Da sygehistorien også er kilden til forståelse af sygdommens betydning – menneskeligt, socialt osv. – er den tillige forudsætningen for at hjælpe patienten videre.

Arbejdsmedicin beskæftiger sig med sammenhængen mellem arbejde og sundhed og er både et område for praktisk lægegering og en videnskabelig disciplin. I sin *praksis* kan den arbejdsmedicinske problemstilling vedrøre en bestemt patient, nemlig om dennes sygdom mon 'skyldes arbejdet', eller om patienten kan tåle eller klare et bestemt arbejde givet den bestående sygdom (hvad den så end

skyldes). Intervention i form af forebyggelse eller behandling hører også med til praksis. *Videnskabeligt* set beskæftiger faget sig med sygdommes forekomst, årsag og forebyggelse i forhold til belastninger eller eksponeringer på arbejdet og med fastholdelse i arbejde af personer med sygdom.

Den arbejdsmedicinske praksis hviler på det videnskabelige grundlag men rummer mere end det. Og det er her, det narrative kommer ind i billedet. Vi har tidligere skrevet i *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* om narrativ medicin (Larsen m.fl. 2000). Inspirationen hertil var en serie artikler i *British Medical Journal*. I en nøgleartikel (Greenhalgh m.fl. 1999) opsummerer forfatterne, hvorfor lægen skal lytte til patientens fortælling. Sat på spidsen er pointen: Lyt til patienten, for han/hun fortæller, hvad han/hun fejler! Selv om den videnskabelige udvikling utvivlsomt har bragt et meget solidt fundament med sig for den lægevidenskabelige praksis – således at man kan tale om evidensbaseret medicin – hævdes det, at forståelse af den narrative kontekst, sygdommen indgår i, forbedrer mulighederne for en holistisk indfaldsvinkel til patientens problemer, hvilket både understøtter den diagnostiske og terapeutiske proces. Patienten kan ikke reduceres til bestemte udfald i forhold til på forhånd definerede skalaer (symptomer, kliniske tests, laboratorieresultater mv.), men er *det* menneske, der sidder overfor dig som læge og fortæller dig en sammenhængende historie med udgangspunkt i sin egen oplevelse af symptomerne og disses betydning dvs. om smerte, frygt og tvivl. Din opgave (som læge) kan ikke forstås og dermed ikke løses uden, at du har lyttet til historien og sammen med patienten oprullet dens betydning og mening.

Som arbejdsmedicinere, hvis arbejde både indebærer klinisk arbejde og arbejde i sammenhæng med arbejdslivet på en virksomhed, har vi med nærværende artikel søgt at belyse forbindelsen mellem narrativ medicin og arbejdsmedicin.

Arbejdsmedicinens historie

Vi begynder med arbejdsmedicinens historiske udvikling. Faget har mange hundrede år på bagen og har skiftet karakter gennem tiderne, ligesom det udfoldes meget forskelligt fra land til land. Helt tilbage i 1700 beskrev Bernardino Ramazzini i sin monografi *De Morbis Artificum Diatriba* de sygdomme, der karakteriserede en række fag og brancher. Ramazzini interesserede sig ikke blot for årsagssammenhænge og forebyggelse. Han prøvede også at hjælpe sine patienter på bedste hippokratiske vis: Lægen skal understøtte naturen og ikke provokere, og når man ikke kan helbrede, skal man lindre. Der var ingen evidens i videnska-

belig forstand for hans vurderinger og handlinger, der byggede på den klassiske lægekunst, som også var præget af en lærd skepsis og søgen efter naturvidenskabelige forklaringer på det iagttagede.

I Danmark genfødtes faget i 1970'erne i kølvandet på 68'er-oprørets solidaritet med arbejderne, der blev nedslidt eller forgiftet på skibsværfter, som malere osv. Før den tid var interessen for arbejdsmedicin i Danmark forsvindende lille. Arbejdernes sygdomme blev opfattet som ubehandlelige og arbejdsmiljøerne som statiske. Man accepterede eksistensen af klassiske erhvervs sygdomme som næsten en naturlov, og samtidig var den forebyggende indsats på virksomhederne begrænset og myndighedskontrollen ret lemfældig. Med den nyopstående solidaritet ønskede arbejder- og akademikergrupper at kæmpe for bedre arbejdsvilkår for udsatte arbejdere. At hjælpe arbejderen, der var syg, var dog ikke rigtigt på agendaen, og behandling og revalidering blev accepteret som noget, der næppe var muligt, eller som andre måtte tage sig af. Engagementet satte sig ikke desto mindre spor i et udviklingsarbejde, der førte til den nu gældende arbejdsmiljølovgivning, der indeholder regler om f.eks. informationspligt, sikkerhedsorganisation og bedrifts-sundhedstjeneste. I de følgende år forsvandt mange erhvervs sygdomme, eller de blev meget sjældne, f.eks. silikose og malersyndrom.

Flertallet af de første danske speciallæger i arbejdsmedicin var med i denne fase af fagets udvikling, hvor den faglige viden var begrænset, men engagementet højt. Det gældende paradigme var narrativt i den forstand, at arbejderne udtalte sig om deres arbejdsforhold, og at disse historier udtrykte arbejdernes oplevelser af unødigt risiko begrundet i andres pengegriskhed. Kampen blev rettet herimod snarere end mod de konkrete arbejdsmiljøer, og der blev slet ikke taget skridt til at lette det daglige liv for dem, der var blevet syge af deres arbejde.

Op gennem 1990'erne udviklede faget sig til at blive et meget rationelt speciale, hvor man ud fra stringent tolkning af dyreforsøg, epidemiologiske undersøgelser mv. har fundet frem til, hvilke påvirkninger af mennesker på arbejdspladserne der er farlige, i hvilke mængder og under hvilke omstændigheder det er tilfældet, og hvordan farligheden viser sig osv. Der fandt altså et paradigmeskift sted fra 'holdning' til 'viden'. Førhen tog man det ikke så nøje om dokumentationen var helt på plads så længe indstillingen var den rette. Målet helligede i nogen grad midlet. Paradigmeskiftet var en regulær kovending hos mange arbejdsmedicinere, der imidlertid nu blev og er forblevet så tro mod videnskaben, at den kliniske praksis i en vis grad kan synes reduceret til et spørgsmål om alene at udtale sig om den enkelte patient ud fra videnskabelige data. Konsekvensen heraf kan være reduktionisme og medfølgende nihilisme, især når den videnskabelige evidens

mangler eller er tynd. Reduktionisme fordi erkendelse og den handling, der base-res herpå, begrænses meget væsentligt; nihilisme fordi dette paradigme baseres på en overbevisning om, at det er umuligt at gøre gavn ved en stor og måske endda dominerende del af patientkontakterne. Denne opfattelse fritager lægen for at gå i dybden med sin samtale med patienten og giver tid til andre gøremål, der kan opfattes som mere værdifulde. Patienten reduceres til et objekt, der kan være hypotesegenererende og dermed danne basis for ny forskning.

Dette kan indebære et svigt i forhold til at hjælpe patienten og dermed i forhold til elementær lægelig etik. Det gælder hjælp til diagnose, behandling og genplacering på arbejdsmarkedet samt hjælp til forebyggelse. Hvis evidens mangler – og det er snarere reglen end undtagelsen – har den kliniske arbejdsmediciner næppe med dette paradigme som rettesnor store muligheder for at gøre gavn.

To eksempler

1: Undersøgelser har vist, at 8 års udsættelse for terpentin 8 timer om dagen i et omfang, der svarer til den hygiejniske grænseværdi, er forbundet med en statistisk signifikant fordoblet risiko for at udvikle præsenil demens. Endvidere er det vist, at bestemte testresultater ved neuropsykologisk undersøgelse er karakteristiske for dette opløsningsmiddelsyndrom. Af denne erkendelse er vokset en klinisk og forsikringsmedicinsk praksis, ifølge hvilken diagnoser er blevet stillet på samlebånd alene betinget, af hvorledes eksponeringsbaggrund og testresultater svarer til det, videnskaben har fundet ud af.

2: Der mangler konsensus om diagnostiske kriterier for en del smertefulde tilstande i skulder og arm, og (især) for de ikke-definerede tilstande mangler viden om sammenhæng med forskellige eksponeringer. En slagteriarbejder risikerer ved mødet med arbejdsmedicineren at få en diagnose som *dolores brachii* (smerter i armen), fordi de diagnostiske kriterier for veldefinerede tilstande ikke er opfyldt. Han risikerer desuden at gå fra lægen uden at være hjulpet med en behandling, dels fordi mange arbejdsmedicinere ikke giver sig af med behandling, men også fordi der ikke er evidens for, at nogen behandling hjælper. Han får af samme grund sandsynligvis ikke råd om sit fremtidige arbejde men risikerer at måtte prøve sig af på Darwinistisk vis måske med yderligere forværring af tilstanden som resultat. Endelig risikeres at der ikke sættes forebyggelse i gang, da der mangler viden om risikoeksponeringer. Den eneste hjælp, patienten i dette karikerede eksempel har fået, er dybest set at få sin selvstillede diagnose oversat

til latin – hvad han næppe har stor glæde af. Noget tilsvarende sker for patienten med 'musearm', selvom man ved, at ca. ¼ af de, der arbejder intensivt med computermus, har smerter i armen.

Og hvad er der så galt med det, og hvor kommer det narrative ind i billedet?

Det narrative og diagnosen

Hvis vi fortsætter med det indledende eksempel, er det ikke en fjern tanke at forestille sig,

- at der må være eksempler på patienter, der er mere vulnerable, således at eksempelvis fem års udsættelse er tilstrækkelig til at blive syg
- at der næppe er tale om en skarp grænse mellem syg og rask
- at der også må være tilfælde, hvor patienten er blevet syg af andre grunde end opløsningsmiddeludsættelse, også selv om eksponeringskravene er opfyldte (da der er tale om en fordobling af risikoen for de, der er eksponerede i det angivne omfang, må hver anden patient være blevet syg uafhængig af eksponeringen på arbejdspladsen)
- at nogen af de syge kunne frembyde et klinisk billede, der måske ikke helt passer på det, der blev formuleret og testet i de videnskabelige undersøgelser
- og at det i øvrigt slet ikke er sikkert, at de videnskabelige undersøgelser taler sandt; de videnskabelige undersøgelser, der ligger til grund for praktisk medicin, har jo mange fejkilder og forældes tilmed.

Diagnosen kan følgelig ikke alene stilles ved, f.eks. under anvendelse af en checkliste, at spejle patientens eksponeringshistorie og symptomer (eller for den sags skyld udfald af diverse biomedicinske tests) i resultatet af videnskabelige undersøgelser eller konsensusrapporter. På den måde vil man i bedste fald kunne finde ud af, om patienten frembyder karakteristika, der ifølge den videnskabelige erkendelse kunne være årsagsmæssigt forbundet med sygdommens opståen; man ved ikke, om det er derfor, at sygdommen rent faktisk opstod. Spørgsmålet er derfor: Kan man sige mere? Bør man som læge sige, 'nej desværre, kære patient', 'alt andet vil være rent gætterit', eller kan man lytte sig frem til mere? Er der mere at tale om?

Man kan forestille sig to patienter med identiske aktuelle symptombilleder og eksponeringsbaggrund (således at de begge kvalificerer til at være hjerneskadede

på grund af udsættelse for organiske opløsningsmidler). Sæt dernæst at de adskiller sig fra hinanden ved, at den ene (A) har haft samme symptomer tidligere i livet, hvorimod den anden (B) først har udviklet symptomerne gradvist i perioden, hvor eksponeringen har fundet sted. Ihukom endelig, at hver anden patient, der opfylder de kliniske og eksponeringsmæssige kriterier for at passe på den videnskabelige evidens, er syg som følge af eksponeringen, og hver anden ville være blevet syg alligevel. Da vil det nok være mere sandsynligt, at det er A, der er syg af en anden grund, og B på grund af opløsningsmidler, end det omvendte tilfælde. (Tilsvarende kan man overveje de to alternative udfald, at ingen af dem eller de begge blev syge på grund af opløsningsmidler.)

Der er således rationelle grunde til at tænke i andre baner end de, der sædvanligvis er rationelle. Det lyder som et banalt ræsonnement, men det er nødvendigt at begynde her for at se, at der er og bør være rum for mere end blot at overføre den videnskabelige evidens til den konkrete sag. Den videnskabelige evidens er nødvendig men ikke tilstrækkelig.

Det næste spørgsmål er da, hvordan man kommer videre, og her kommer vi til det narrative. Det, at spørge patienten om der har været symptomer tidligere i livet, er et såre simpelt eksempel på det. Tilsvarende kan – i eksempel 2 – en nøje beskrivelse af arbejdets udførelse måske give indikationer om hvilke strukturer i armen, der belastes. Det kan medføre overvejelser om patofysiologiske mekanismer, og sammenholdes det med hvilke funktioner, der er smerteprovokerende, kan diagnosen yderligere underbygges, og der kan gives råd angående behandling og rehabilitering.

Narrativ medicin

Narrativ medicin finder sin 'evidens', sit handlegrundlag, i den enkelte case eller sygehistorie og kan rubriceres som en hermeneutisk funderet indfaldsvinkel til klinikken (gr.: hermeneutik = fortolkningskunst). Hunter (1996) trækker linien tilbage til Aristoteles' nikomacheiske etik, hvor der skelnes mellem på den ene side de teoretiske videnskaber, der vedrører 'sandheden' og det, der ikke kan være anderledes, og på den anden side de praktiske videnskaber, der beskæftiger sig med det, der kan være anderledes, og som er vejledende for handling. Til de praktiske videnskaber henregnes f.eks. etik, navigation, jura og lægekunst, der alle er karakteriseret ved, at man i bestemte situationer ikke udtømmende kan finde vejledning til at handle i de universelle sandheder. De universelle sandheder kan

imidlertid være et udgangspunkt for vurdering af den konkrete (partikulære) situation, så der kan træffes en konkret beslutning.

I hermeneutisk sammenhæng tilegnes forståelse og sandhed ved indleven, udlægning og korrektion i en cirkulær proces (Hunter 1996). Man kan sige, at denne proces foregår i to rum: I det ene oplever patienten sin egen historie, udviklet gennem fortællingen af den; i det andet er det lægen, der – hvis døren mellem rummene er åben – hører patientens historie, og som ved at parre denne med den medicinske fagkundskab kan genfortælle en revideret og for sygdommen relevant version. Den åbne dør giver mulighed for, at patient og læge deler den for læge-patient-forholdet relevante kerne af historien, som når fortæller og publikum har samme morsomme oplevelse af en godt fortalt vits (Hellström m.fl. 1998).

Fokus er således sygehistorien og dermed sygdommens historie og de tilhørende relevante dele af patientens livshistorie i øvrigt. Genstanden er det fortalte såvel som det ufortalte. Der er både verbalt og nonverbalt stof, som et ansigtsudtryk, en rømmen eller det forhold, at patienten tøver med at rejse sig fra stolen, når det, der var konsultationens anledning, ellers burde være handlet på plads. En sygehistorie har en begyndelse og en afslutning, og derimellem en række temaer, der kædes sammen i tid, sted og mht. persongalleri. Hertil kommer, at historiens oprullen kan inspirere til overvejelser omkring sygdommens mulige årsager, om forværende eller vedligeholdende faktorer, om sygdommens psykiske, fysiske og sociale konsekvenser og om, hvorledes disse kan kompenseres.

Sygehistorien er ikke blot et instrument for lægen, når diagnosen skal stilles. Der er andre formål med at studere fortællinger og sygehistorier:

Narrativ medicin – forebyggelse og arbejdsfastholdelse

Hvor tidsperspektivet for diagnosen rettes bagud, vedrører forebyggelse og arbejdsfastholdelse fremtiden. Alligevel er udgangspunktet historien, dvs. erfaringerne der vedrører samspillet mellem arbejde og sygdom. Forebyggelsen består i at optimere arbejdsmiljøet, så det ikke (længere) fremkalder, vedligeholder eller forværrer sygdom. Arbejdsfastholdelse går skridtet videre, idet det (også) kan handle om de særlige tiltag, der skal til for at fastholde den syge i arbejdet. I begge tilfælde er det nødvendigt at finde ud af, hvilke arbejdsforhold der 'videnskabeligt' set er sundhedsskadelige eller måske sundhedsfremmende. Men det er langt fra tilstrækkeligt for at opnå succes.

Vejen til et godt arbejdsmiljø og arbejdsliv er i praksis kompliceret. Udfra de farer og risici, der er på arbejdspladsen, gælder det først om at identificere kritiske parametre, som er forhold, hvorom det gælder, at hvis de er 'ude af kontrol', så aktualiseres risikoen for sygdom. Dernæst gælder det om at finde ud af, på hvilken måde det i den aktuelle situation bedst sikres, at risikoen elimineres. Et kritisk parameter kan være, når procesudstyr skal adskilles ved reparation. En forebyggelsesmulighed kunne være at sikre, at rør mv. er grundigt gennemskyllet før adskillelse eller at passende værnemidler anvendes. Hvis ikke eksponeringshistorien fortælles, glemmes det, der adskiller sig fra hverdagen, nemlig at reparationer nu og da er nødvendige. At finde ud af hvilke forebyggelsesmuligheder, der er praktisk mulige og mest effektive blandt de teoretisk mulige foranstaltninger, er heller ikke altid ligetil men alligevel kritisk. For det nytter jo ikke at sige til patienten, at han skal meddele sin foresatte, at akkordarbejde er farligt, hvis det ikke er muligt at afskaffe det her og nu, eller at armen kun må bruges halvdelen af tiden hvis den skadelidte er ansat på fuld tid som teknisk assistent med computergrafikarbejde som sin opgave. Lægen må med historiens hjælp danne sig et billede af patientens arbejdsplads og dermed af de forebyggelsesbehov og -muligheder, der er. Herudfra rådgives.

I forhold til arbejdsfastholdelse og revalidering er det ligeså nødvendigt at finde ud af, hvad de kritiske faktorer er, og hvordan de bedst vurderes og dresseres. Der er kritiske faktorer på arbejdspladsen, ligesom når det drejer sig om forebyggelse, men dertil kommer patienten selv – hvilke begrænsende forhold betinges af sygdommen, og hvilke ressourcer er der at trække på? Det viser sig i praksis, at det snarere er ressourcerne – hvad kan patienten? – end begrænsningerne, der er kritiske. Ressourcerne kan både være noget statisk (personlighedsmæssigt eller fysisk konstitutionelt), og noget der kan flyttes. En sygdomsbetinget krise, der har udviklet sig patologisk, vil naturligvis virke negativt, men må a priori også anses for værende reversibel. Med historien danner lægen og patienten sig det billede af det komplekse samspil mellem person, sygdom og arbejdsliv, der er nødvendigt for at komme videre i livet.

Omsorg og mening

Arbejdsmedicineren vil ofte erfare, at patienten ikke nødvendigvis er hjulpet, blot man systematisk har analyseret situationen og fundet et arbejde, hvis krav og udfordringer matcher patienten set i lyset af sygdommen. Der er som oftest behov

for mere. At fortælle sygehistorien giver her mening, idet historien kan tjene det formål at medvirke til at genskabe den kontinuitet, der blev brudt, da mennesket blev sygt og blev patient. Tabet af kontinuitet er her ikke blot, at livet på grund af sygdommen overfladisk set har skiftet spor, og at det er noget, man skal lære at leve med. Snarere er det centrale (i en Kierkegaardsk forståelse), at sygdommen, som når den ultimativt viser sig ved angst, fortæller mennesket, at det ikke uden videre er sig selv, men i afgørende forstand først skal blive sig selv (Grøn 1993: 11).

Umiddelbart kan vi forstå tiden som et forløb, hvor det ene 'nu' afløser det andet i en kæde, men tiden kan også koncentreres i et øjeblik, der sætter skel mellem fortid og fremtid. Tiden bliver en anden, og først derved er det muligt at spørge efter sammenhængen mellem de forskellige øjeblikke, tiden ellers bliver delt op i (Grøn 1993: 18).

Øjeblikket kunne være at miste en elsket, at blive alvorlig syg eller at føle sin erhvervsevne truet. "At tiden bliver en anden vil sige, at ens situation ændrer sig på en afgørende måde. Man står overfor nye muligheder samtidig med, at noget er tabt" (ibid.). At fortælle historien er det første skridt i retning af, at få livet og en selv til at hænge sammen igen.

Det er imidlertid ikke 'blot' et eksistentielt anliggende. Victor Borge fortalte, da hans elskede døde, at nu havde han ikke mere at leve for. Og så døde han. At menneskets tro på helbredelse og egen vurdering af sundhed i sig selv har betydning for sundheden har 'man' altid vidst, og efterhånden er det noget, en række videnskabelige undersøgelser har bekræftet.

Det er eksempelvis i prospektive studier påvist, at udfald af medicinsk behandling og revalidering er tæt sammenknyttet med patientens motivation, og at denne hænger sammen med compensation, f.eks. pensionering og arbejdsskadeerstatning (Thomsen m.fl. 1999), der netop hænger sammen med, hvor dårligt funktionsniveau man har eller kan overbevise andre om, man har. Data tyder ligeledes på, at risikoen for at blive syg – eller sandsynligheden for at forblive rask – i sig selv er relateret til den eksistentielle 'helse'. I *Glostrup*-undersøgelserne er fundet, at det selvvaluerede helbred hos 40-årige, uafhængigt af kendte ('hårde') risikofaktorer og fund ved kliniske lægeundersøgelser, er prædiktivt for senere udvikling af hjertesygdom (Møller m.fl. 1998); her er det, som forfatteren pointerer, nødvendigt at klinikerne omhyggeligt lytter til patienten, ikke mindst hvor der er diskrepans mellem lægens og patientens vurdering.

Etik

Fortællingen er, som det fremgår ovenfor, den, der giver lægen mulighed for at hjælpe patienten i forhold til dennes problem, nemlig ved at lægen har forstået, hvad problemet er. Og at hjælpe patienten er jo det, lægegerningen går ud på. Det er imidlertid ikke nogen beskedent fordring, der kan tilgodeses med et par vel-anbragte bemærkninger, for fortællingen kommer til at forpligte tilhøreren: Når patienten træder i karakter som et menneske, bliver han også et medmenneske; han forandrer sig fra at være en kunde i butikken til den, du som læge er der for at hjælpe. Denne forpligtelse omfatter for arbejdsmedicineren undertiden ikke blot patienten, men også de der evt. arbejder i samme arbejdsmiljø som patienten, og som kunne være i risiko for også at blive syge.

Konklusion

Hermed er der lagt op til, at det narrative element altid har en rolle i den kliniske medicin og ikke mindst arbejdsmedicin (Philipp m.fl. 1999; Larsen & Jepsen 2002), selv om den kliniske praksis også inden for arbejdsmedicin skal have et evidensbaseret grundlag (Verbeek m.fl. 2002).

Man kan indvende, at sygehistorien er underkastet patientens subjektive rekonstruktion af virkeligheden; det er naturligvis rigtigt, men det er også netop det, der er med til at åbne muligheden for en proaktiv tolkning for bedre at kunne hjælpe patienten. Derfor er svaret herpå ikke at forkaste historien – det er netop det subjektive element som er historiens styrke, da historien udfordrer til åben og kritisk dialog. Det er altid lægens pligt at stille de kritiske spørgsmål med passende empati og samtidig bevare sin faglighed, der bygger på en solid evidensbaseret viden.

Man kan også frygte, at lægens pirken i historien er med til at trække ubehagelige forhold frem. Det kan i nogle tilfælde føre til, at patienten føler skyld over eget ansvar eller bærer nag over for andre. Men er det tilfældet, er det måske en videre konstruktiv bearbejdning af dette stof, der er brug for, snarere end det er godt at pakke konfliktstoffet yderligere ind. Grundlæggende handler det ikke om pirken men om at forholde sig til patienten som medmenneske.

Endelig kan man måske med en vis ret hævde, at der er ringe evidens for, at sygehistorien kan bære mere end at frembringe kendsgerninger, som kan være input til nærmere studier af evidens. I følge sagens natur er dette område som forskningsfelt vanskeligt tilgængeligt, for narrativ medicin vedrører jo netop de

forhold, der ikke er generaliserbare. Forskningsmetoderne må tilpasses det, der skal forskes i, og hvor evidensbaseret medicin kalder på en positivistisk orienteret forskning, er det kvalitative metoder (Elwyn 1998), der skal til for at undersøge muligheder og begrænsninger i narrativ medicin. Sådanne undersøgelser strækker sig lige fra velbeskrevne og eftertænksomme beretninger fra konsultationsværelset (ibid.) til omhyggelige feltstudier (Mattingly 1998).

En travl hverdag på sygehusene og et honorarsystem i almen praksis baseret på antal kontakter per tidsenhed er ikke direkte fremmede for, at der afsættes den tid, som narrativ medicin kræver. Måske en bredere analyse af, hvad der skal til for at højne kvaliteten af patientbehandlingen, kunne trække i en anden retning. Der er næppe tvivl om, at tillid fra patienten opnås ved at lytte, og at det er en erkendelse, som alternative behandlere netop drager fordel af.

Narrativ medicin har som nævnt blandt andet i *British Medical Journal* været fyldigt omtalt og diskuteret. I Danmark vidner mange artikler i *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* om, at også danske læger – nok især almenmedicinere – er klar over, at lægen ikke alene kan og bør tilrettelægge behandlingen ud fra konsensus-rapporter og Cochrane reviews. Hovedtrenden går dog fortsat i retning af at promovere evidensbaseret medicin. Det ville være katastrofalt, hvis denne udvikling bevirker, at den klassiske lægekunst med et humanistisk udgangspunkt visner.

Hvis faget arbejdsmedicin skal have nogen mening som et praktisk felt for lægegerning, mener vi, at det begynder og slutter med patienten og hans sygehistorie. Den er altid relevant. Ofte kan der alene handles på baggrund af den. Andre gange har man som en afstikker brug for hjælp i form af videnskabelige evidens.

Litteratur

- Elwyn, G.J. 1996 So many precious stories: a reflective narrative of patient based medicine in general practice. I: *Br Med J* 315: 1659-63.
- Greenhalgh, T & B. Hurwitz B 1999 Why study narrative? I: *Br Med J* 318: 48-50.
- Grøn, A. 1993 *Begrebet angst hos Søren Kierkegaard*. København: Gyldendal.
- Hunter, K.M. 1996 Narrative, literature, and the clinical exercise of practical reason. I: *J Med Philos* 21: 303-20.
- Hellström, O & P. Lindqvist; B. Mattsson 1998 A phenomenological analysis of doctor-patient interaction: a case study. I: *Patient Education Counseling* 33: 83-9.
- Larsen, A.I. & B.F. Ibsen; K. Borup; J.R. Jepsen 2000 Narrativ og evidensbaseret medicin. I: *Månedsskr Prakt Lægegering* 78: 811-18.
- Larsen, A.I. & J.R. Jepsen 2002 Evidence in occupational medicine. I: *Scand J Work Environ Health* 28: 358-9.

- Mattingly, C. 1998 In search of the good: narrative reasoning in clinical practice. I: *Medical Anthropology Quarterly* 12: 273-97.
- Møller, L.F. & T.S. Kristensen; H. Hollnagel 1998 Selvvurderet helbred som prædikator for udvikling af iskæmisk hjertesygdom. I: *Ugeskr Læger* 160: 4063-6.
- Philipp, R & E. Philipp; P. Thorne 1999 The importance of intuition in the occupational medicine clinical consultation. I: *Occup Med* 49: 37-41.
- Thomas, E. & A.J. Silman; P.R. Croft; A.C. Papageorgiou; M.I.V. Jayson, G.J. Macfarlane 1999 Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study. I: *Br Med J* 318: 1662-7.
- Verbeek, J.H. & F.J. van Dijk; A. Malmivaara; C.T. Hulshof; K. Räsänen; E.E. Kankaanpää; K. Mukula 2002 Evidence-based medicine for occupational health. I: *Scand J Work Environ Health* 28 (3): 197-204.