

Legerollene

Gjennom snart 50 år i helsetjenesten har jeg møtt flere hundre kolleger i Norge og i USA, og jeg er kommet nær mange av dem. Derfor er det naturlig å reflektere over legerollene. Samtidig har jeg selv hatt mange forskjellige roller i klinisk arbeid, i forskning, i undervisning og i administrasjon, og jeg har selvfølgelig hatt mine mørke stunder hvor jeg har grublet over egen ufullkommenhet. Dette er bakgrunnen for denne artikkelen om de fem legerollene: overfor pasientene, overfor pårørende, overfor annet helsepersonell, i helseinstitusjonene og i samfunnet. Leger er like forskjellige som andre mennesker. Likevel er det mulig, tror jeg, å trekke opp noen retningslinjer for disse rollene, og jeg avslutter med noen tanker om uheldige roller.

Legerollen overfor pasientene

Dette er et uoppsettlig tema, både i den store litteraturen og i faglitteraturen. Den boken som gjorde størst inntrykk på meg i unge år var *Boken om San Michele* av den svenske legen Axel Munthe (1). Gode oversikter over litteraturen er skrevet av bl.a. G. Weissmann og L.E. Böttiger (2, 3).

I det følgende drøfter jeg tre krav til legen: De faglige, de menneskelige og de etiske kravene.

Faglige krav

Man må kunne sitt fag. Kunnskapen må være oppdatert og relevant for pasientens problem. Ofte er den ikke det, og da må man erkjenne det og lese. Jeg har merket at det ikke svekker min posisjon overfor pasienten at jeg sier: «Dette er vanskelig, og jeg må lese før jeg kan uttale meg.» Det er farlig å være spesialist, for man kan fristes til å tro at man er spesialist på alle andre områder også. Det omvendte er jo faktisk tilfellet: Jo mer man kan på ett lite område av medisinen, desto mindre kan man på alle de andre. Jeg har også merket at mange stoler på gammel kunnskap, og jeg blir bekymret når jeg ser alle de foreldede lærebøkene i mine egne og kollegers bokhyller.

Man må stadig oppdatere seg, og det må foregå på to måter, dels ved generell lesing i faget og dels ved å lese med tanke på konkrete pasientproblemer og vanskelige avgjørelser. Jeg tror mest på den siste, og vi er

Ramme 1

To typer av innsikt om pasientene

Medisinsk innsikt får man ved sykehistorien, klinisk undersøkelse og spesielle undersøkelser. Opplysningene samles systematisk og sammenfattes i en diagnose av sykdommen.

Menneskelig innsikt får man ved livshistorien, opplysninger fra dem som står nær, samtale og egen innlevingssevne. Alt samles og sammenfattes i en vurdering av personen.

Begge typer innsikt må revideres løpende.

Ramme 2

Søren Kierkegaard om kunsten å hjelpe (11)

«Forholdet mellom Hjælperen og den der skal hjælpes må være saadan – at man, naar det i Sannhed, skal lykkes En at føre et menneske til et bestemt Sted, først og fremst maa passe paa at *finde Ham der hvor Han er og begynde der.*

Dette er hemmeligheden i all Hjelpekunst. Enhver der ikke kan det, Han er selv i en Indbildning naar Han mener at kunde hjelpe en Anden.

For i Sandhed at kunne hjelpe en Anden, maa jeg forstaa mere end Han – men dog først og fremmest forstaa det Han forstaa. Naar jeg ikke gjør det, så hjelper min merviden Ham slet ikke.»

Ramme 3

Den gamle individualetikken

1. *Beneficiens*: Du skal hjelpe pasienten
2. *Non-maleficiens*: Du skal ikke skade pasienten
3. *Autonomi*: Du skal lytte til og respektere pasienten
4. *Rettferdighet*: Du skal tenke mest på dem som har det verst
5. *Taushet*: Du skal tie med det pasienten forteller deg

dømt til å lese hver dag hele livet. Jeg kan ennå huske den gamle overlegen som tok for seg sin reservelege i påhør av oss unge assistentleger: «De får for fanden lese før De gjør noe,» sa han, og tonen var så iskald at vi frøs der vi stod. Vår moderne IT-tid har nye og mer effektive metoder, men poenget er at man aldri kan ta seg fri fra dette sisyfosarbeidet.

I de senere år er det startet et internasjonalt samarbeid om kunnskapsbasert medisins. Målet er å sanere medisinen for feilaktig og usikker kunnskap ved hjelp av kontrollerte kliniske undersøkelser og store metaanalyser. Erfaringsbasert kunnskap har vist seg å være usikker, fordi den så ofte er forutinntatt og subjektiv. Derfor er dette samarbeidet viktig. Men vi må ikke glemme at store deler av legens arbeid er og alltid vil være basert på skjønn. Dels bygger metaanalyse på statistikk, mens pasientene er enkeltindivider, og dels er det store områder av medisinen som ikke kan baseres på statistikk, f.eks. alt det vi legger i personlig omsorg.

Jeg vil også peke på at legen trenger to slags kunnskap. Den ene er faktabasert kunnskap, den andre er det man kaller taus kunnskap (4, 5), som er det lærlingen lærer av mesteren gjennom praksis (6, 7). Jeg vil nevne to eksempler, et trivielt og et spesielt.

Det trivielle eksemplet er at mange diagnoser ikke kan stilles hvis du ikke ser noe som gjør at du tenker på dem. Myksødem og Parkinsons sykdom er typiske eksempler.

Det spesielle eksemplet er beskrevet av en mann som plutselig ble rammet av det som heter «The locked-in syndrome» på grunn av et infarkt i hjernestammen (8). Han ble totalt lam og mistet taleevnen, men var klar og bevisst. Når sykepleierne stelte ham, kunne han ikke røre seg, og han kunne ikke si om han lå godt eller vondt. Han beskrev seg selv som en stein under en osteklokke. Etter noen måneder fikk han tilstrekkelig bevegelse i venstre hånd til å skrive boken. En av hans erfaringer gjør spesielt inntrykk: Noen sykepleiere klarte alltid å legge ham slik at han lå godt, andre klarte det aldri. Forskjellen er evnen til å se, fornemme og føle – uten ord og kroppsspråk – hvordan pasienten har det. Den franske journalisten Jean-Dominique Bauby har gitt en enda mer dramatisk beskrivelse av denne situasjonen (9).

Dette er den tause, uskrevne kunnskapen, mesterens kunnskap som er lært gjennom års praksis. Vi vet ikke hvordan den skapes