

Legens rolle i helseteamet

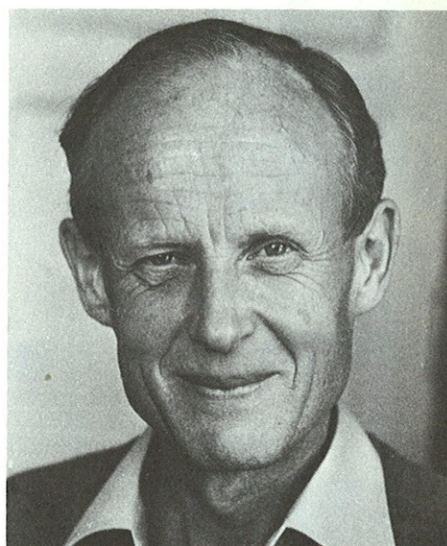
Av Peter F. Hjort

Legen har mangfoldige oppgaver. Han skal stille diagnoser, behandle, forebygge, formidle, administrere, undervise og forske. I festtalene klarer han alt dette, for han er kunnskapsrik, dyktig, menneskelig, flink, flittig, snill, tålmodig - og mere til. Men hvordan er hverdagen? Hva gjør han, og hva burde han gjøre? Lykkes han med alle sine oppgaver? I denne artikkelen forsøker jeg å finne svarene på noen av disse spørsmålene.

Rollen skifter

Én ting må presiseres i starten. Legens rolle er i stadig forandring. I året 1900 var det 890 leger her i landet. Omtrent alle var menn, jfr. at vi nesten alltid sier «han» om legen. De fleste arbeidet utenfor sykehus, som regel alene. De var lite spesialisert og hadde lite videre- og etterutdanning. Stort sett var sykepleierne deres eneste medarbeidere. Legene hadde høy status og stor autoritet. Det var de klar over, og de brukte sin autoritet med selvfølge overfor både pasienter og medarbeidere.

I år 2000 vil vi ha ca. 15000 leger i Norge. Minst tredjeparten vil være kvinner. Ca. 3/4 vil arbeide på sykehus. De aller fleste vil være spesialister (almenpraksis



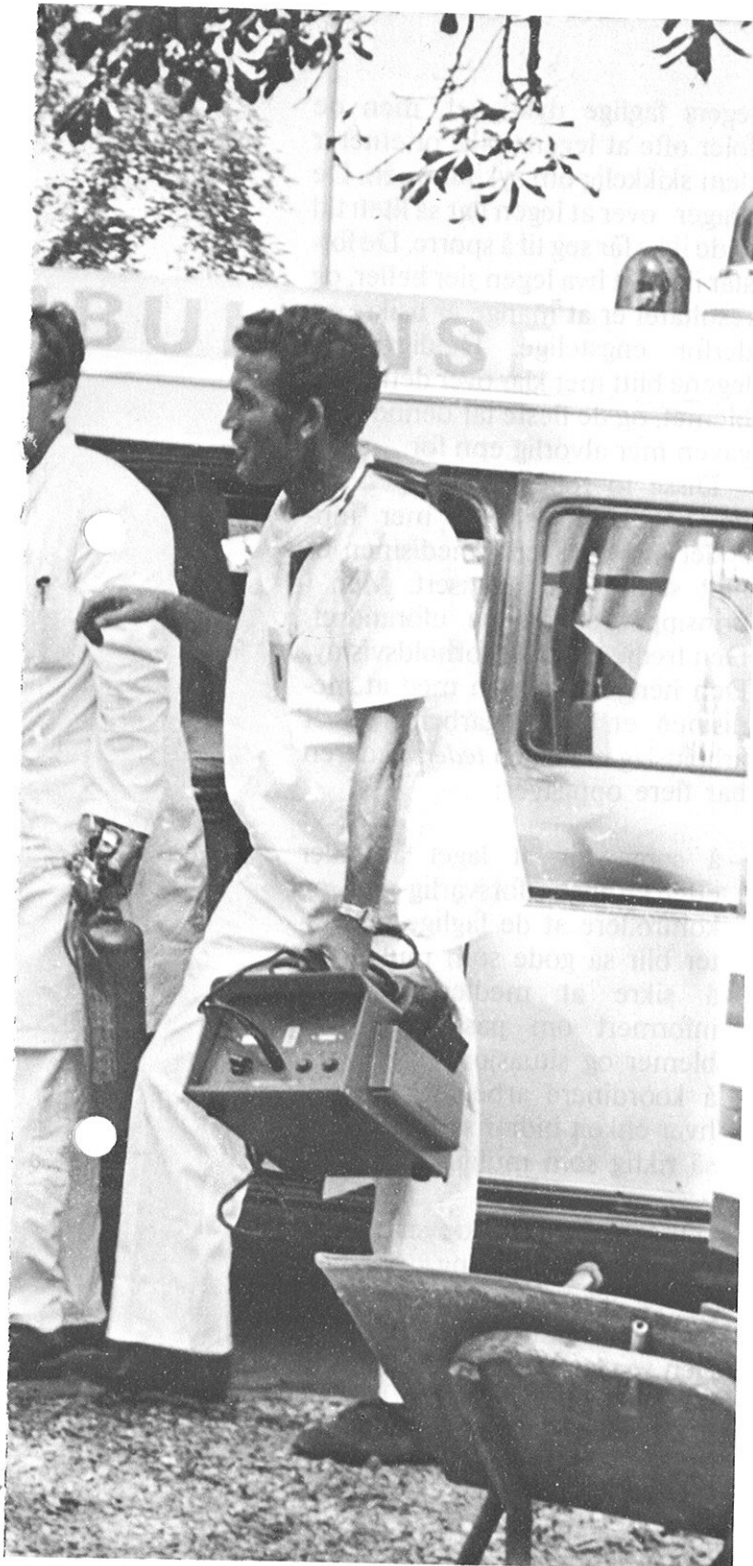
Dr. med. Peter Hjort.

vil ganske sikkert også være blitt en spesialitet til den tid). De vil ha løpende etterutdanning som tilpasser dem til skiftende oppgaver. Omtrent alle vil arbeide i lag - «team», og disse lagene vil være satt sammen av en mangfoldighet av profesjoner og spesialiteter. De vil antagelig fortsatt ha en høy status i samfunnet, men de bør neppe ta autoriteten for gitt.

Denne utviklingen påvirkes av mange forhold, og den vil bli forskjellig innenfor og utenfor sykehus, i de enkelte spesialiteter og i de forskjellige land. Derfor blir det stadig vanskeligere å snakke om én legerolle. For eksempel vil spesi-



I dag er legeambulansene fullt utstyrt med surstoff-beholder og transportabelt EKG-apparat i tillegg til førstehjelpsutstyr av enhver art. Ambulansen er som oftest bemannet med en eller to sjåførere, en lege og en sykepleier, ofte med spesialutdanning i amnestesi og intensiv behandling.



seringen i medisinen bidra til store forskjeller i rollen. I dag har vi 35 legespesialiteter, og alle vet at kirurger og psykiatere spiller svært forskjellige roller. Den alminnelige samfunnsutviklingen vil også påvirke legerollen. Ikke minst vil demokratiseringen påvirke legens holdning både til pasienter og medarbeidere. Alt dette betyr at den enkelte leges personlighet og arbeidsstil vil prege rollen sterkere enn før. Den selvfølgelige standsautoritet må erstattes med en møysommelig oppbygd personlig autoritet. Det er ingen dårlig utvikling.

Legens tre roller

Til tross for at rollen er så forskjellig, tror jeg det er tre hovedtrekk i rollen, egentlig tre roller.

Den første er *faglig*. Legen har en bred og lang utdanning som skal gi ham en oversikt over det kunnskapsgrunnlag medisinen bygger på. Den tid er for lengst forbi da legen kunne «hele medisinen». Men fortsatt er det meningen at han skal ha oversikt over hele medisinen, en oversikt han senere kan bygge videre- og etterutdanningen på.

Legen skal bruke denne oversikten til å finne ut av pasientens plager, slik at han kommer frem til en diagnose. Diagnosen er alltid første skritt. Den kan være enkel, så enkel at ett blick er nok – f.eks. ved meslinger. Men den kan også være vanskelig og kreve observasjon og detaljerte undersøkelser. I alle fall er det legens ansvar å sørge for at diagnosen er så sikker som mulig. Behandlingen er neste skritt. Den kan omfatte sam-

taler, pleie, legemidler eller operasjoner. Ofte krever den samvirke av mange, og det er legens ansvar å lede den medisinske delen av behandlingen. Det tredje skrittet er kontrollen, som viser om behandlingen virker slik den skal. Ofte har pasientene kroniske sykdommer, og da er kontrollen særlig viktig. Legen må påse at den er skikkelig organisert, så pasienten føler seg i trygge hender.

Disse tre skrittene – diagnose, behandling og kontroll – utgjør til sammen den medisinske prosess. Vi krever av legen at denne prosessen skal være faglig forankret, det vil si i overensstemmelse med det medisinske kunnskapsgrunnlaget. Dette er et stort krav, fordi medisinen er i stadig utvikling. Det betyr at legen må fortsette sitt medisinske studium livet ut. Noen faller nok av iasset og går trett av tidskrifter, kurser og stadig nye lærebøker. Men storparten strever trofast for å følge med i utviklingen.

Den andre rollen vil jeg kalle *menneskelig*. Den henger sammen med at det er syke mennesker vi behandler, ikke bare sykdommer. Det innebærer at legen i hvert tilfelle må bygge opp et menneskelig forhold til pasienten. Om han har det aldri så travelt, må han gi pasienten den tid og det inntrykk som skal til for å skape tillit. Ofte skal det ikke meget til. Hovedsaken er at pasienten opplever at legen er interessert og engasjert i pasientens problem. I de fleste tilfelle er det også legens oppgave å forklare pasienten på en naturlig og lettfattelig måte hva problemet er og hva som skal gjøres. Mange undersøkelser har vist at folk stort sett er fornøyd med sine

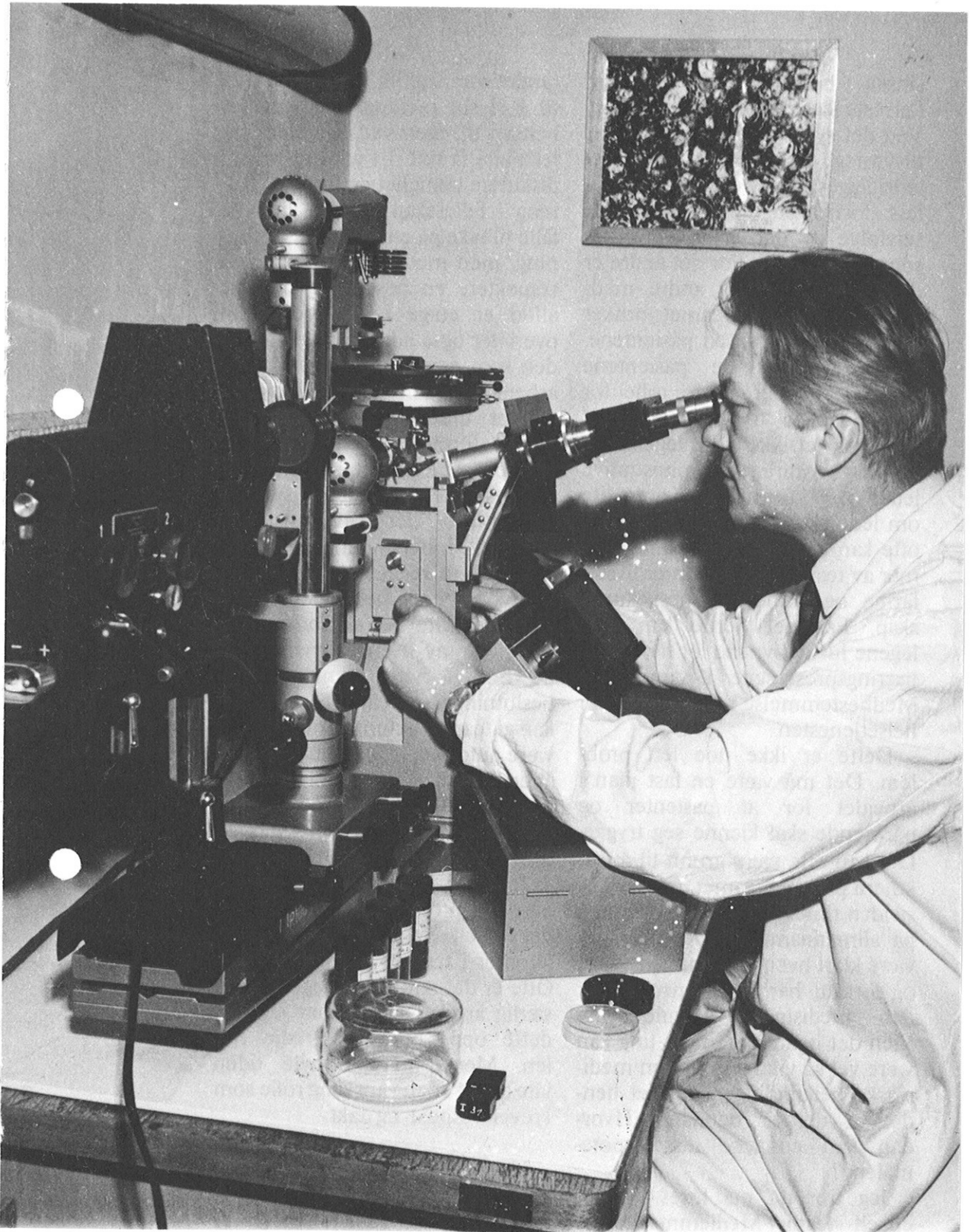
legers faglige dyktighet, men de føler ofte at legene ikke orienterer dem skikkelig om sykdommen. De klager over at legen har så liten tid at de ikke får seg til å spørre. De forstår ikke alt hva legen sier heller, og resultatet er at mange er usikre og derfor engstelige. Heldigvis er legene blitt mer klar over dette problemet, og de fleste tar denne oppgaven mer alvorlig enn før.

Disse to rollene har legen alltid hatt. De er blitt mer innviklet enn før, fordi medisinen er blitt stadig mer avansert. Men i prinsippet er rollene uforandret. Den tredje rollen er forholdsvis ny. Den henger sammen med at medisinen er blitt lagarbeid, og et arbeidslag må ha en *leder*. Lederen har flere oppgaver:

- å sørge for at laget arbeider etter en faglig forsvarlig plan og kontrollere at de faglige resultater blir så gode som mulig.
- å sikre at medlemmene er informert om pasientens problemer og situasjon.
- å koordinere arbeidet, slik at hver enkelt bidrar så effektivt og så riktig som mulig.

Disse oppgavene krever administrasjon, undervisning, organisasjon og ikke minst inspirasjon. I mange år var det en selvfølge at legen var lagleder, men tiden skifter, og denne legerollen er ikke lenger noen selvfølge.

Det er flere grunner til det. For det første består helseteamet av forskjellige profesjoner som er utdannet og trent for forskjellige formål. For mange pasienter er pleien minst like komplisert og minst like viktig som den medi-



Dette moderne østerrikske mikroskopet er blant de hjelpemidler den moderne medisinske forskning i dag har til sin rådighet.

sinske behandlingen. Og de færreste leger er eksperter på pleie. Ved det sykehjemmet hvor jeg er tilsynslege har vi for eksempel aldri liggesår. Det er pleiepersonaltets fortjeneste, og det er en selvfølge at det er sykepleierne som leder pleien. For det andre er det ofte slik at de andre medlemmene av pleieteamet bruker mer tid sammen med pasientene. Derfor kjenner de pasientene bedre og spiller større rolle for deres daglige trygghet. For det tredje er det ikke alltid legen som er den naturlige administrative leder i et team. En lærer lite om lederskap på Universitetet, og ofte kan det være andre medlemmer av teamet som har mer livserfaring og større menneskekunnskap. For det fjerde kan ikke legene lukke øynene for demokratiseringsprosessene i samfunnet. Medbestemmelse må også gjelde i helsetjenesten.

Dette er ikke noe lett problem. Det må være en fast plan i arbeidet for at pasienter og pårørende skal kjenne seg trygge. Det kan ofte være grunn til å diskutere planen i teamet, men det er sjelden rimelig å stemme over den på allmannamøter. Det må også være klart hvem som har ansvaret, og fortsatt har legen ansvaret for den medisinske behandlingen. Men det hender at andre ting kan være vel så viktige som den medisinske behandlingen, og det hender at det er uenighet. Hvordan kan en løse disse spørsmålene?

Jeg tror de må løses i hvert enkelt team. Medlemmene må lære hverandre å kjenne som mennesker, og de må respektere hve-

randre som fagfolk. Alle må ha rett til å si sin mening. Den må tas hensyn til, men ved uenighet kan ikke alle få rett. Et godt team kan diskutere uenighet og finne en løsning i fellesskap uten at det må falle tilbake på en autoritær beslutning, men medlemmene må også respektere en beslutning de ikke alltid er enige i. Et godt team overlater også administrasjonen til den som eger seg best for dette arbeidet. På denne måten fungerer teamet uten noe særlig behov for et formelt lederskap. Hvert medlem har funnet sin plass og blir respektert og tatt hensyn til.

Kommer det til vanskelige spørsmål i behandlingen, venter teamet som regel at legen tar initiativ og ansvar. I slike situasjoner bør legen vite hva de andre medlemmene av teamet mener, og de bør få vite grunnlaget for beslutningen. Idealet er at legen kan gi teamet autoritet, men uten å være autoritær. Og legen må være åpen nok til at han kan høre motforestillinger og revurdere en beslutning, hvis den viser seg uheldig.

Jeg har brukt så mye plass på dette problemet, fordi jeg tror det er helt avgjørende at alle medlemmer i teamet føler seg trygge. Ofte er det naturlig at legen har et særlig ansvar. Derfor har jeg ført dette opp som den tredje rollen. Men han bør hele tiden vite at det er en vanskelig rolle som krever respekt og takt.

Hvordan lykkes legene i disse tre rollene? De lykkes best i den første. I den andre er det ofte problemer, spesielt på grunn av mangel på tid. Den tredje

kan være lett, men det hender at team kjører seg fast.

Oppgavene veksler i de forskjellige deler av helsetjenesten, og jeg vil derfor se på legerollen i de viktigste delene.

Distriktshelsetjenesten

Her arbeider fremdeles mange leger praktisk talt alene. Men fler og fler slår seg sammen i grupper eller arbeider i helsesentre. Gjennomsnittlig utgjør det såkalte hjelpepersonellet 1-1,5 personer pr. lege. De har mangfoldige arbeidssoppgaver - kontorarbeid, laboratoriearbeid og sykepleieroppgaver som assistanse, sårskifting, injeksjoner osv. En del av oppgavene er selvstendige. Betegnelsen hjelpepersonell er derfor ikke god, men ingen har funnet en bedre (medarbeidere?). Dette personellet har forskjellig utdanningsbakgrunn. En finner både sykepleiere, hjelpepleiere og legesekretærer, og noen er lært opp gjennom lang praksis.

Arbeidsstilen i en slik liten gruppe avhenger av personlige forhold, og noen grupper finner frem til en arbeidsdeling. For eksempel er det ganske vanlig at hjelpepersonellet overtar oppgaver som skiftninger, vaksinasjoner, blodtrykkkontroller osv. I enkelte land, f.eks. Israel, snakker pasientene alltid først med en sykepleier, og i ca. 25% av tilfellene klarer hun jobben alene - noen ganger vel så godt som legen ville klart den. I noen land, f.eks. USA, har sykepleierne begynt å skaffe seg videreutdanning for å klare en ganske selvstendig praksis («nurse practitioners»). Erfaringene er gode, og amerikanerne tror at dette skal føre til en billigere distriktshelse-

tjeneste. Det er vanskelig å spå om utviklingen i Norge. Med den legedekning vi har her i landet tviler jeg på at vi får selvstendige «nurse practitioners», men jeg tror mange praksisteam vil finne frem til en arbeidsdeling.

Store helsesentre trekker ofte inn flere helseprofesjoner, f.eks. fysioterapeuter og fysiokjemikere. Det har også vært lagt opp til mer organisert samarbeid med sosialtjenesten. Mange steder har erfaringene vært gode, men det har også vært strid mellom profesjonene både om kompetansegrensene og om den administrative ledelse. Både sykepleiere og sosionomer har krevd selvstendige stillinger - i noen tilfelle også den administrative ledelse. Stort sett tyder imidlertid ikke utviklingen på at helse- og sosialtjenesten vil smelte sammen under felles ledelse.

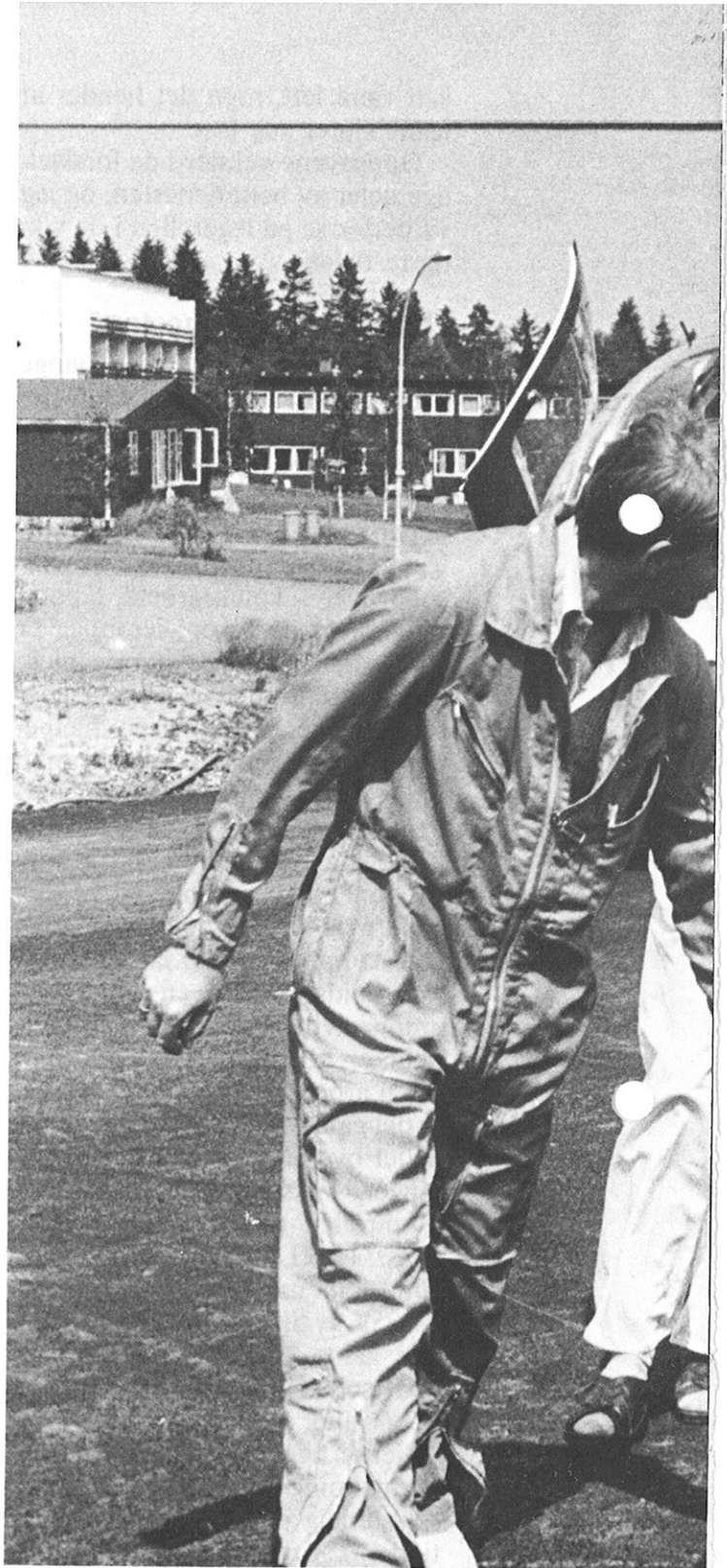
Distriktshelsetjeneste er mer enn primærlegetjeneste. Den omfatter også helsesøstertjenesten og hjemmesykepleien. Dette er selvstendige tjenester som samarbeider med primærlegene på like fot. Begge disse tjenestene får økende betydning, fordi en søker å styrke distriktshelsetjenesten i håp om å minske presset på institusjonene. Mer og mer vil vi derfor se at distriktshelsetjenesten blir organisert som en samlet tjeneste i kommunene. I dette helseteamet må mange profesjoner samarbeide, og legene må tilpasse seg til dette samarbeid. Det har vært vanlig å se på helsetjenesten som en ganske spiss pyramide med legene sittende på toppen. I distriktshelsetjenesten blir pyramiden atskillig flatere, og en må hindre at det blir

mange pyramider – f.eks. en forebyggende pyramide, en behandlingspyramide og en pleiepyramide. Det vil pulverisere ansvaret både overfor pasientene og kommunen. Hvis legene skal beholde en medisinsk ledelse, må de interessere seg mer for hjemmesykepleien og det forebyggende arbeid.

Den som står aller nederst på rangstigen, er pasienten. Han har ingen lett stilling. På den ene side skal han «behandles» av stadig større team. På den annen side krever vi nå at pasienten i større grad skal ta ansvaret for egen helse. Han skal legge seg til en sunn livsstil, og han skal drive «egenomsorg». Det nytter ikke å legge seg til sengs og bli behandlet til en er frisk. Dette forutsetter ikke bare en ny legerolle, men også en ny pasientrolle. Pasienten må bli mer aktiv, og han må kjenne og forstå sin egen kropp når han er frisk. Når han er syk, må han trekkes inn i helseteamet, informeres ordentlig og gjøre sin del av jobben. Her har vi mye å lære alle sammen før vi er fremme ved det nye «helsedemokratiet». Jeg tror distriktshelsetjenesten blir en stadig mer spennende arbeidsplass.

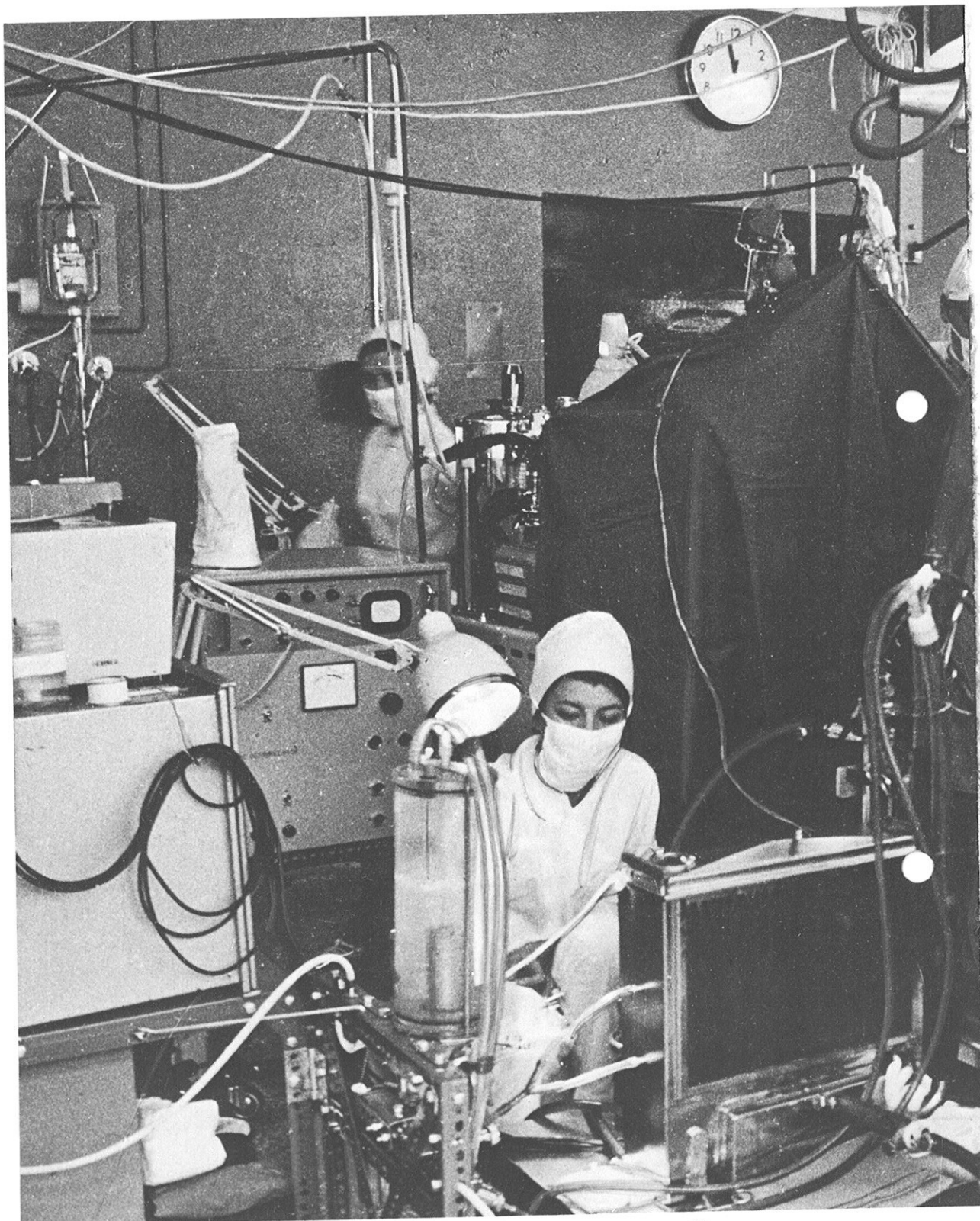
Sykehus

For en generasjon siden besto teamet på sykehus av bare to – legen og sykepleieren. Det var streng disiplin og et ekstremt kjønnsrollemønster. Jeg har opplevd neiende søstre og en legevisitt med en hale av sykepleiersker. Bakerst gikk en elev med en krakk som det gjaldt å skyve inn under overlegens ende, hvis han skulle falle på å sette seg ved en seng.





Legebemannet førstehjelpshelikopter med base ved fylkessykehuset i Lørenskog.



En moderne operasjonssal inneholder i dag en mengde tekniske instrumenter. Ettersom leger og annet helsepersonell har lært seg bruken av disse, kan man nå foreta inngrep og operasjoner som for bare noen årtier siden var utenkelige.



I dag er teamet stort og består av mange profesjoner. En er blitt dus, men det har ikke løst alle problemer. Mange steder har det utviklet seg to pyramider - en for legene og en for pleiepersonellet, og samarbeidet kan knirke. Samtidig blir behovet for samarbeid heller større, fordi arbeidsoppgavene blir mer kompliserte. Undersøkelsene blir mer omfattende og behandlingen mer avansert. Risikoen for bivirkninger og komplikasjoner blir derfor større. Samtidig er pasientene blitt eldre. Stort sett er minst halvparten over 67 år.

Dette stiller nye krav til teamet. Det må være godt utdannet og øvet. Det må være godt organisert og ledet. Det må sørge for at alle er tilstrekkelig informert, også pasienter og pårørende. Og endelig må det holde et høyt arbeidstempo, for presset på sykehuset øker.

Lykkes ikke alt dette, blir det lett misforståelser og stress. Pasientene utsettes for en strøm av forskjellige helseprofesjoner, mange på deltid. Ofte klarer ikke pasientene å følge med og mister taket på sin egen situasjon. Helst vil de føle seg trygge og takknemlige, men i all travelheten kan de lett føle seg utenfor, deprimerte og engstelige. Botemidlet skulle være det en har minst av - tid.

Igjen er det lettest for legen å klare sin medisinske rolle. Den menneskelige rollen får han lett for liten tid til. Hele teamet må spille denne rollen, men det forutsetter at det er godt informert, og det er ikke alltid tilfelle. Lederrollen er uklar og av og til upopulær. Det er vanskelig å skjære igjennom alt dette, for å skape en

situasjon som er tilfredsstillende for personellet og tillitsfull for pasientene. Jeg vil illustrere dette med ett eksempel:

Pasienten er en eldre mann med kreft. Det er metastaser, og han kan ikke opereres. Oppgaven er å pleie ham og lindre hans symptomer. Pasienten er ikke informert, og han spør pleiepersonalet til stadighet. Personalet vet ikke hva de skal si og gir unnvikende svar. Pasienten blir deprimert, og de pårørende kommer på vaktrommet med sine spørsmål.

Denne situasjonen kan bare unngås ved at pasient og pårørende får en god og gjennomtenkt informasjon, samtidig som hele teamet får vite hva som er sagt. Som regel er det legens oppgave å informere pasient og pårørende, fordi han vet mest om både diagnose, behandling og prognose. Men når han har informert dem, må hele teamet få vite det, slik at det kan følge opp og gi pasienten den støtten han trenger. Gode team fungerer akkurat slik og diskuterer ofte i fellesskap både hva som skal sies og når det skal sies.

Det er lett å se at legerollen er blitt vanskeligere. Men samtidig er den blitt rikere, både faglig og menneskelig. En ser den samme utviklingen på alle områder i samfunnet - lærerrollen og arbeidslederrollen er typiske eksempler, for ikke å snakke om forelderrollen. Mange leger klarer rollen, men det er nok behov for mer utdanning og trening også for de ikke-medisinske delene av legerollen.

Tabell 1. Senger og personell ved somatiske sykehus og sykehjem pr. 31.12. 1978. Tabellen omfatter alminnelige sykehus og spesialsykehus og alle typer av somatiske sykehjem. (Kilde: NOS Sykehusstatistikk 1978).

Senger og personale	Sykehus	Sykehjem
Senger	22 521	25 522
Leger		
Heltid	3 548	20
Deltid	165	282
Offentlig godkjente sykepleiere		
Heltid	8 531	1 186
Deltid	5 034	1 767
Hjelpepleiere med godkjent utdanning		
Heltid	5 029	2 220
Deltid	2 990	1 968
Annet hjelpepersonale i sykepleie		
Heltid	1 923	2 144
Deltid	859	2 375

Pleie og omsorg

Dette er det tredje store området av helsetjenesten. Det har vokset enda fortere enn de andre. For eksempel har vi nå flere senger i somatiske sykehjem enn i somatiske sykehus (tabell 1). Det vil også fortsette å vokse fortere enn de andre delene.

Det er mange pasientkategorier som får pleie og omsorg, og forholdene er forskjellige, for eksempel i de somatiske sykehjemmene og i helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Her vil jeg si noe om legerollen i de somatiske sykehjemmene.

Disse hjemmene har en vanskelig oppgave. De skal gi behandling og gjenopptrening med sikte på å få pasientene hjem, men ofte lykkes ikke det, og pasientene blir i

sykehjemmet til de dør. Gjennomsnittlig dør ca. 1/3 av belegget hvert år. Den enkelte pasient skal ha medisinsk behandling, pleie og alminnelig menneskelig omsorg. Ingen av disse oppgavene er enkle. Pasientene er meget gamle og har ofte mange sykdommer. Legen må vurdere nøye hvor aktiv han skal være både i diagnose og behandling. Han må ikke bli passiv, negativ og oppgitt, men det er lett å gjøre vondt verre ved slit-somme undersøkelser og altfor aktiv behandling. Pleien er ofte meget krevende, for liggesår, kontrakturer, ernæringsfeil og sløvhet ligger alltid på lur. Den menneskelige omsorgen er allikevel den største utfordringen og krever en daglig kamp mot passivitet, depresjon, angst og bitterhet.



Spedbarnkontroll er blitt en naturlig del av et barns første leveår. Ofte foretas den bare av en helsesøster, men de fleste ønsker også å få sitt barn grundig legeundersøkt med jevne mellomrom.



Av helseprofesjonene dominerer hjelpepleiere med og uten godkjent utdanning (tabell 1), og jeg tror det er riktig å si at det er hjelpepleierne som mest helhjertet har gått inn for den store oppgaven som sykehjemmene representerer. Sykepleierne har også rykket inn i sykehjemmene, men over halvparten arbeider deltid. Legene, derimot, prioriterer fremdeles sykehusene. Regner en at en deltidstilling er ca. 1/4 hel stilling, er det én sykehuslege pr. 6 senger, mens det er én sykehjemslege pr. 284 senger. Jeg synes denne forskjellen er skremmende, fordi den viser at legene ennå ikke har engasjert seg i pleie og omsorg. Jeg tror imidlertid at dette er i ferd med å snu. Det er bra, for det er bruk for dem. Her er et eksempel:

Pasienten er 88 år og har hatt høyt blodtrykk i mange år. Hun har hatt et slag og har dessuten alvorlig hjertesvikt. I tillegg har hun en vond hofte etter et lårhalsbrudd, og hun er inkontinent. Hun er barnløs og har ingen nære slektninger. Hun er klar og orientert, men hun har lenge vært deprimert og gir ofte uttrykk for at hun helst vil dø. Så får hun lungebetennelse, og legen skal avgjøre behandlingen.

En lege som kjenner pasient, pårørende og personell har større mulighet for å ta et riktig standpunkt. Det kan tenkes at tiden er inne for denne pasienten til å få dø og at oppgaven er å lindre hennes plager, men ikke behandle henne aktivt. For hele ånden og stemningen på sykehjemmet er det viktig at avgjørelsen blir grundig vurdert. Den er legens ansvar,

og både pasienter og personell må ha tillit til den.

Sykehjemsarbeidet krever en annen arbeidsstil enn sykehusene. Legens arbeid er en mindre del av helheten, og pleiepersonalet må ha tilsvarende større innflytelse. Mange avgjørelser krever tverrfaglige vurderinger og drøftelser, for eksempel for å finne frem til den beste doseringen av psykofarmaka. Legen må ha et fast ansvar på sykehjemmet, selv om han er mindre aktiv der enn på et sykehus. Legen spiller også en stor rolle for miljøet, fordi pasientene trenger den trygghet han kan gi dem.

Stadig nye krav

Jeg har forsøkt å skildre lege-rollen slik jeg ser den og slik jeg tror den vil utvikle seg. Jeg er ikke den rette til å gi legene karak-

ter, men jeg tror de aller fleste er dypt engasjert i sitt arbeid. De prøver å fylle kravene, og de prøver å tilpasse seg til stadig nye krav.

For mange år siden formulerte William Osler, en kanadisk indremedisiner, pasientenes krav til legen slik: Legen trenger en kald hjerne og et varmt hjerte. I tillegg kommer nå teamets krav, ikke bare om ledelse, ansvar, informasjon og inspirasjon – men også om medbestemmelse. Disse kravene er vanskelige og ofte motstridende. Noen leger viker tilbake og viser til den moderne utgaven av Fader-vår: «Frist meg ikke inn i ledelse». Men pasientene krever at teamet fungerer, og legen må gi det han har til alle sine roller. Målet er å gi teamet autoritet uten selv å bli autoritær.