

# Legekultur og kollegialitet under press



Nyheter og reportasjer

**Kollegiale forhold mellom leger har fått egen paragraf i Ethiske regler for leger: Man skal vise hverandre respekt, gi hjelp, råd og veiledning. Men hvordan står det til med kollegialiteten i hverdagen? – Begrepet legekultur gir meg ingen god følelse, sier medisinstudent Elisabeth Holmboe. I Danmark har legene satt temaet på dagsordenen.**

Når hverdagen lugger, når leger freser mer enn nødvendig til hverandre, når erfarne kolleger ikke gidder interessere seg for nyutdannede, når reformkåte og spareglade politikere vil ha stadig mer helsetjeneste ut av hver krone, når mediene for tusende gang er kritiske og unyanserte – da er tiden inne til å diskutere kollegialitet og profesjonsidealer.

## Dansk strategidokument

Det mener Den Almindelige Danske Lægeforening, som på Lægemødet i 2001 vedtok at sentralstyret skulle utarbeide et strategidokument om legekultur og kollegialitet til Lægemødet 2002 (1). Strategidokumentet slår fast at god legekultur og kollegialitet er avgjørende for at den enkelte lege føler arbeids glede og har mulighet til å utføre legegjerningen på en profesjonell måte. Det er også medvirkende til at ressursene blir effektivt utnyttet, og nødvendig for å sikre konstruktivt samarbeid ved arbeidsplassene.

Danskene definerer legekultur som måten leger agerer og kommuniserer innbyrdes på arbeidsplasser, en profesjonskultur som blant annet er etablert ved at nye leger oppdras av «legestanden» gjennom rollemodeler. Ved legekollegialitet mener man den hensynsfullhet som leger viser overfor kolleger fordi de er leger. Begrepene spenner

over kaffepauser så vel som faglig rådgivning og pasientsikkerhet.

I strategidokumentet går danskene detaljert til verks. I ti punkter spikres målsettinger som fastslår at alle leger har *plikt* til å arbeide for gode kollegiale forhold og legekultur. Plikten hviler i særlig grad på ledere. Leger skal arbeide for et romslig arbeidsmiljø, med åpen kommunikasjon og informasjon, et miljø hvor man kan snakke åpent om feil og nestenfeil, hvor ros og ris er naturlige elementer, hvor utdanning og opplæring blir prioritert. Kapittel for kapittel presenterer dokumentet konkrete tiltak ved introduksjon til ny arbeidsplass, vaktarbeid, omgangsform, utdanning, arbeidsmiljø og ledelse.

## Ny tid, ny kultur

Også i Norge kan det være grunn til å sette legekultur og kollegialitet høyere opp på dagsordenen. Allerede i 1996 tok Legeforeningens generalsekretær, da tidsskriftredaktør, Magne Nylenna, til orde for å gjenreise begrepene som stolte og positive. – Jo mer det stormer rundt legene som yrkesgruppe, desto viktigere er samhold og fellesskap, sa Nylenna (2). Som nyslått generalsekretær i januar 2002 etterlyste han en kollegialitet der man ikke fortier svakhet og dekker hverandre, men der man gir støtte og hjelp (3).

– Vi trenger å oppdatere kollegialitet mellom leger, mener Magne Nylenna. – Vi må fjerne det som må ha preget legekulturen i form av fortielse, frimureri og hemmelighold, og arbeide for større åpenhet og for å støtte og hjelpe hverandre. I stedet for å fornekte feil, må vi hjelpe de som begår feil, som vi jo alle gjør hver dag.

Det ligger i sakens natur at samhold leger imellom blir svakere og mer utvannet jo flere leger det blir, og at holdninger og legeroller endrer seg i takt med samfunnet for øvrig.

– Jeg tror ikke det er mye hemmelighold og elementer av å dekke hverandre blant dagens leger, men vi ser en utvikling mot mer konkurranse og individualisme og mindre fellesskap og solidaritet. Men vi leger har noe felles i forståelsen for et spennende og vanskelig yrke. Det forventes noe av oss, og det vil vi gjerne yte. Forståelsen av hvem vi er til for, må vi ikke fjerne, mener Nylenna.



Utfrysing – én side av kulturen mellom legekolleger? Begge foto H. C. Hansson Kristiansen

### – Sparker nedover

Det er med blandede følelser medisinstudent Elisabeth Holmboe går ut i turnustjeneste i februar 2004. Den legeetiske regelen om at leger skal respektere, veilede, råde og hjelpe hverandre, står i sterk kontrast til de observasjoner hun har gjort gjennom seks studieår ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo.

Holmboe assosierer legekultur med individualisme; man passer på seg selv, passer seg for juristene, forventer ikke omsorg eller ros fra kolleger, eller at man stiller opp for hverandre, annet enn eventuelt å dekke hverandre.

– Verken forelesere, gruppeveiledere eller leger man treffer i praksis, gir et positivt bilde av legekultur og kollegialitet. Forelesere og gruppeveiledere bruker studentene som søppelbøtte for frustrasjoner over kolleger, himler med øynene, sukker og omtaler kolleger dårlig. Det har aldri skjedd at en foreleser har sagt eksplisitt til meg at jeg blir en god lege. Studiet bygger ikke opp selvtillit og tro på at man kan. Man får inntrykk av at det hele tiden sparkes nedover, og at kommunikasjonskanalene er tette, sier Holmboe.

– Det finnes selvsagt lyspunkter, men man kan ikke skyve under teppet at den mest synlige rollemodellen for studenter på jakt etter legeidentitet, er den negative varianten, fortsetter hun.

### Ros på studieplanen

Holmboe mener man må begynne i studietiden for å forme leger som bidrar til et arbeidsmiljø med trykke, gode kollegiale forhold. – Ros står ikke på timeplanen, og vi trener ikke på samarbeid eller teamarbeid, heller ikke innen problembasert læring. Vi må øve oss på dette. Vi skal jo bli omsorgsyttere, ydmyke medmennesker! Medisinstudentene er en selektert gruppe unge, skoleflinke individualister som er redde for ikke å være best. Man kommenterer ikke hva med-studentene gjør, eller støtter hverandre hvis en professor har vært hard. Det er ikke tilstrekkelig at studentene reflekterer på egen hånd, man må bevisst fjerne noe av individualismen, mener Holmboe.

Selv om hun skal i turnus ved et sykehus som har godt kollegialt rykte, ser hun ikke veldig lyst på turnustjenesten. – Hvis jeg gjør en feil, er jeg ikke trygg på at noen vil rette på meg og vise hva som er riktig. En kultur hvor man hjelper kolleger å skjule feil eller nestenfeil, i stedet for å irectesette og sørge for mer åpenhet, er en merkelig kultur med tanke på at man er så opptatt av kvalitets-sikring i helsevesenet, mener hun.

### Truet av effektivisering

Legekollegialitet er et positivt ladet ord for Ellen Schlichting ved gastrokirurgisk avdeling, Ullevål universitetssykehus. Hun mener at krav om effektivisering og produktivitet truer legekollegialitet, og at det i verste fall kan gå utover pasientene.



*Hjelp til og veiledning av nye kolleger bidrar til godt arbeidsmiljø.*

– Legekollegialitet rommer felles faglig tilhørighet, samhold og fellesskap, men det er rom for forbedringer. Vi bør jobbe mer med å utvikle kollegialitet blant leger, mener hun.

Økte krav til effektivisering og produktivitet aktualiserer innsats for kollegiale forhold.

– Når arbeidsdagen blir så effektiv at man ikke har tid til å spise lunsj sammen, gjør det noe med kollegialiteten. Det medmenneskelige elementet er særlig utsatt, frykter Schlichting. Hun peker blant annet på at man i jakten på å oppnå økt effektivitet, står i fare for å premiere de som arbeider raskt. – Som alle andre er også leger forskjellige, blant annet jobber vi i ulikt tempo. Vil det bli slik at de raske får heltestatus mens andre blir oppfattet som sinker i arbeidsmiljøet? spør hun.

– Vi trenger et forum for nærhet, åpenhet og ærlighet på arbeidsplassen. Leger har krevende arbeid. Vi bør ha et arbeidsfellesskap som gjør at vi gleder oss til å gå på arbeid, et sted å hente inspirasjon og energi. Gode kollegiale forhold kan i sin tur gi økt effektivitet og et bedre produkt, og vil også ha positiv innvirkning på pasientbehandling, mener Schlichting.

### Kvalitet mot effektivitet

Hun opplever at presset på leger i sykehus er blitt hardere i løpet av de siste årene.

– Det er mye som dreier seg om DRG (diagnoserelaterte grupper, red.anm.) og inntjening. Jo flere pasienter man får gjennom systemet, jo bedre. Penger, effektivitet og tall er kommet i fokus fremfor kvalitet, synes Schlichting.

– Samtidig legger de regionale helseforetakene stor vekt på kvalitet på arbeidet vi utfører. Slik jeg ser det, kan krav om kvalitet komme i konflikt med krav om effektivitet. Kanskje leger må stå sammen som fagfolk og sette bremsen på for en utvikling som kan sette kvaliteten ved legearbeid i fare, legger hun til.

Et annet forhold som setter legekollegialitet under press, er nye, lokale lønnsforhandlinger hvor den enkelte lege forhandler med avdelingsoverlegen. – Man bør se på hvilke retningslinjer en avdelingsoverlege skal følge når lønnsmidlene skal fordeles. Kanskje god lagånd og evne til samarbeid er egenskaper som bør med, og ikke bare faglig dyktighet og evne til å få pasienter gjennom, sier Schlichting.

Hun reiser også spørsmål om hvor langt legekollegialiteten skal strekke seg. – Ved Ullevål universitetssykehus spøker det for arbeidsplassen til 600 ansatte. Ett forslag til løsning er å legge ned en avdeling fremfor å bruke høvelen over hele sykehuset. Er det ikke så nøye med legekollegialitet utenfor egen avdeling? spør Schlichting.

Konkurranse om stillinger og posisjoner er en del av legekultur som kan prege sykehusmiljøer, men Schlichting synes ikke det har vært påtrengende i hennes kirurgiske miljø. – Derimot ser vi nå konturene av rekrutteringssvikt, og det er en ny opplevelse for fagfeltet. Det har kanskje også med kollegialitet å gjøre, og det reiser spørsmål om hva kirurgmiljøet viser utad. Hvis svaret er spisse albuer og tøff stil, må vi endre vår image for å trekke leger til faget, tror hun.

### Liten nåde for feilbarlighet

– Det vises liten nåde for feilbarlighet i medisinen, sier Eivind Meland ved Seksjon for allmenntidrett, Universitetet i Bergen. Han mener at de toneangivende innen norsk medisin ikke har tatt innover seg at legevitenskapen ikke er eksakt, men sannsynlighetsbasert. Dette påvirker også kollegiale forhold, mener Meland.

– Kreftene i vår medisinske kultur går ut på en klappjakt på det suboptimale. Man legger vekt på kvalitetssikring, men her finnes en understrøm av manglende toleranse for feilbarlighet. Dette kan være en kilde til vantrivsel og dårlige kollegiale forhold, sier Meland.

Han synes ufeilbarlighet også preger Legeforeningens ansikt utad. – Det er en for sterk tendens til å kreve at folk er perfekte. Ta for eksempel kampen mot røyking: Den er nærmest blitt til en kamp mot røykere, og viser mangel på toleranse for personlig svakhet. Når for eksempel en overlege ved

lungeavdelingen ved Haukeland Universitetssykehus vil gi bøter til kjendiser som opptrer røykende i aviser og på fjernsyn, presenterer dette perfektjonisme, sier Meland. – Det er større problemer blant folk enn røyking. Ved at vi som leger og legeförening viser et så perfektjonistisk ansikt utad, er vi med på å undergrave helse, fremholder han.

Eivind Meland har opplevd både gode og dårlige kollegiale forhold. – Ved nåværende arbeidsplass er det stor romslighet for feilbarlighet, kolleger spør om hjelp og det ingen skam å vise inkompetanse. Det er lett

å trives i slike arbeidsmiljøer. Men jeg har sett det motsatte også, hvor leger knuges av nervøsitet og hele tiden er på vakt for å bli avslørt for medisinske feil, sier han.

– *Ingrid M. Høie, Tidsskriftet*  
*ingrid.hoie@legeforeningen.no*

#### Litteratur

1. Lægekultur og kollegialitet. Kollegialitet og god lægekultur kan ikke beordres – men befordres. København: Den Almindelige Danske Lægeforening, 2002.
2. Nylenna M. Kjære kollega... Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1059.
3. Nylenna M. Forandre for å forbedre. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 122.

## Lønnsom ultralydscreening for aortaaneurisme?

### Screening for aortaaneurismer hos eldre, britiske menn er kostnads-effektivt og bør bli rutine. Kvinner bør ikke få slikt tilbud.

Britiske forskere har beregnet kostnadseffektiviteten ved ultralydscreening for abdominalt aortaaneurisme hos 67 800 menn i alderen 65–74 år. Deltakerne er rekruttert via allmennleger i fire distrikter i Sør-England. Det er The Multicentre Aneurysm Screening Study Group (MASS) som står bak den randomiserte, kontrollerte undersøkelsen. Forskerne mener at man nå har de nødvendige data som skal til for å sette i gang et nasjonalt screeningprogram blant eldre menn i Storbritannia. Undersøkelsen er publisert samtidig i *BMJ* (1) og *Lancet*.

### Risikoreduksjon ved screening

I løpet av fire år ble det registrert 47 færre dødsfall relatert til abdominalt aortaaneurisme i screeninggruppen enn i kontrollgruppen, en estimert risikoreduksjon på 42%. Gjennomsnittlig kostnad for en elektiv aneurismeoperasjon var omkring 7 000 pund, mens akutt kirurgi for samme lidelse kostet mer enn 11 000 pund. Ved hjelp av kostnadsanalyser ble prisen per sparte, kvalitetsjusterte leveår stipulert til 28 400 pund.

Forfatterne kommenterer at prisen per spart leveår er høy, men de mener den er akseptabel. De bemerker dessuten at summen vil falle til 8 000 pund per sparte leveår etter ti år.

Abdominalt aortaaneurisme blir oftest avdekket etter ruptur eller død. 75% av pasientene dør før de kommer til sykehus og halvparten av dem som opereres, dør på operasjonsbordet. 30-dagersmortaliteten er 40%, mens den er 5–6% ved elektiv kirurgi. For-

fatterne konkluderer med at funnene bekrefter at det er verdt å satse på rutinescreening av aortaaneurismer hos eldre menn, noe som også støttes på lederplass i *BMJ* (2).

### Mange kritiske spørsmål

Selv om lederforfatterne R.M. Greenhalgh og J.T. Powell går inn for rutinescreening, mener de at det er viktig å reise kritiske spørsmål. De mener at oppdagelsen av et aneurisme kan føre til at kirurgen vil operere pasientene tidligere enn det er indikasjon for. Lederartikkelen bemerker at det er en økt risiko for å dø av hjerte- og karsykdommer når man har et aortaaneurisme, og spør om pasienter som har positive funn, skal skrives statiner og aspirin. De kommenterer også at det vil være interessant å undersøke om oppdagelsen av aneurismer endrer livstilen til pasientene.

De kritiserer også forskernes holdning til at kvinnene ikke bør få tilbud om rutinescreening for aortaaneurisme, idet forekomsten blant kvinner er lav relatert til forekomsten blant menn. Lederforfatterne kommenterer at aortaaneurismer hos kvinner rupturerer lettere og ved en mindre diameter enn hos menn, og at dette er et argument for ikke å ekskludere kvinnene. De understreker dessuten at det er svært kontroversielt å utelate kvinner fra en nasjonal undersøkelse.

– *Nina Husom, Tidsskriftet*  
*nina.husom@legeforeningen.no*

#### Litteratur

1. The Multicentre Aneurysm Screening Study Group (MASS): cost effectiveness analysis of screening for abdominal aortic aneurysms based on four year results from controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 1135.
2. Greenhalgh RM, Powell JT. Screening men for aortic aneurysm. *BMJ* 2002; 325: 1123–4.

Opportunities throughout England  
Consultants & General Practitioners (GPs)

See the recruitment section  
for a one-in-a-million  
opportunity

**NHS**  
Careers

The NHS is working towards  
equality of opportunity for all.