

Legerollen – mellom legekunst og pasientflyt

Har legene gitt fra seg ansvaret for hvordan det går med pasienten? Pasienter forteller om utrygghet, om mange ulike leger som sier forskjellige ting, og om en følelse av ikke å bli møtt skikkelig. Møtet mellom pasient og lege er det viktigste på sykehuset, men er blitt salderingspost i jaget etter effektivitet og pasientflyt. Vi trenger en tydeligere legerolle.

Basert på et foredrag ved Medisinsk klinikk, Stavanger universitetssjukehus, i samarbeid med Rogaland legeförening, holdt i Årdal i Ryfylke 4.2. 2006

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Torgeir Gilje Lid
giljelid@online.no
Eiganes legekontor
St. Olavs gate 9b
4005 Stavanger

Riktignok er det legen som bestemmer den medisinske behandlingen, men pasientene forteller om mange forskjellige leger som sier mange forskjellige ting, om sykepleiere som prøver å forklare etterpå, om utskrivning til uvisshet og om pasientansvarlig lege som de ikke møtte under oppholdet. Dette er en karikatur, men tematikken går igjen i flere pasienters fortellinger.

Hva er det som går galt?

Jeg tenker ikke på medisinske feil, men på alle de gangene det rent medisinsk går som det skal, men pasienten ikke føler seg ivare tatt. Jeg har flere ganger under etterkontrollen av førstegangs fødende lyttet til fortellinger om vonde opplevelser i forbindelse med fødselen. Kvinnene forteller om angst og utrygghet, om en følelse av å måtte mase for å bli tatt på alvor, om stadig nye jord-

mødre og ulike leger som stakk innom. De sier at dette vil de aldri gå gjennom igjen. Jeg vet at moren er frisk, barnet er friskt og at alt medisinsk sett har gått som det skal.

Andre ganger er det pasienter som har vært innlagt i andre avdelinger. De selv eller pårørende forteller om en tilsvarende utrygghet. De har følelsen av at grunnen til at det gikk noenlunde bra, er at de hele tiden selv passet på. Det sentrale i disse fortellingene er følelsen av utrygghet, følelsen av kun å være en liten brikke i et stort maskineri.

Tidligere har jeg tenkt at dette handler om moderne menneskers kravmentalitet med forventninger om tilfredsstillelse av alle behov hele tiden, ofte parett med en inngrodd skepsis til skolemedisinen. Men flere ganger hører jeg fortellinger om den gode legen. Dette kan være legen som tok imot dem i mottakelsen eller legen som hadde vakt den kvelden de hadde ekstra vondt, eller legen som gikk visitt på tirsdagen og forklarte alt på en slik måte at de endelig forstod. Dette handler ikke nødvendigvis om den mest erfarne legen, men om den legen som ser dem og snakker til dem. Det viktigste i disse historiene er en følelse av trygghet, av faktisk å bli synlig for et annet menneske.

Handler disse forskjellene kun om ulik personlighet hos legen og tilfeldighetenes spill i en travel avdeling, eller er det sider ved legerollen som kan stimuleres og utvikles? Hvis det siste er tilfellet – hvilke rammevilkår må være til stede i en sykehusavdeling for å fremme en slik utvikling hos den enkelte? Kan legene selv gjøre noe, eller handler det bare om økonomi og ledelse?

Litt filosofisk tankegods

Kierkegaard er kjent for sine tanker om at hvis du skal hjelpe noen, må du starte der vedkommende er (1). Ifølge filosofen Arne Johan Vetlesen er legens sårbarhet en betingelse for at han eller hun kan få tilgang til pasientens ståsted og kunne engasjere seg i det som plager vedkommende (2). Han fremhever sårbarhet som et grunnvilkår ved det å være menneske, og mener at legen bør forstå at han/hun er like sårbar som andre. Det betyr ikke tilsløring av forskjellen i mestring og status som finnes mellom pasient og lege, men at legen må bruke sin egen sårbarhet for å forstå pasienten. Legen må kunne gjenkjenne noe dypt mennes-

kelig, nemlig angsten for sykdom og død og angsten for å miste kontrollen.

Den danske teologen Knud E. Løgstrup påpeker i *Den etiske fordring* at et fundamentalt kjennetegn ved det å være menneske er at vi alltid formes av hvordan vi blir møtt og hvordan vi møter andre (3). «Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender» (3). Den etiske fordring sier at du skal ivareta den andre: «Man skal med all sin fantasi og dømmekraft gjøre sitt ytterste for å forstå hva som kan være det beste for den andre, og handle deretter» (3). Dette må balanseres mot respekten for det som Løgstrup kaller «den annens urørlighetssone».

Med Vetlesens ord er legens etiske oppdrag å «gi verdighet til dem som ikke mestrer» (2). Løgstrup mener at alle møter mellom mennesker innebærer at man holder noe av den andres liv i sine hender, i større eller mindre grad. Jeg vil påstå at det sjelden er mer tydelig enn i lege-pasient-forholdet.

Et lite eksempel

En av mine pasienter gjennom mange år, en til vanlig frisk og yrkesaktiv kvinne med en krevende jobb, kom nylig og fortalte at hun hadde reagert sterkt på det jeg hadde sagt til henne ved forrige konsultasjon. Hun hadde følt seg tråkket på og overkjørt og hadde gått fra konsultasjonen og tenkt at nå måtte hun bytte lege. Men så hadde hun tenkt at det er vanskelig å bygge opp noe nytt igjen etter mange år. Derfor ville hun si dette til meg.

Foranledningen var en langvarig luftveisinfeksjon, noe hun også hadde hatt et par ganger før. Jeg visste at hun røykte og fortalte henne at langvarige og hyppige luftveisinfeksjoner kunne ha med røykingen å gjøre. I ettertankens klare lys husket jeg at hun hadde vært motvillig til å akseptere sammenhengen, og jeg husket at jeg hadde kjørt på med informasjon om kronisk obstruktiv lungesykdom. Hun fortalte meg nå at hun ikke tok til motmæle fordi hun var redd hun ville begynne å gråte.

Det gikk opp for meg at i den konsultasjonen hadde jeg ikke oppfattet hvor hun var (Kierkegaard), jeg hadde vært ufølsom for det faktum at jeg hadde noe av hennes liv i mine hender i det øyeblikket (Løg-

strup), og jeg hadde tråkket inn i hennes urørlighetssove (Løgstrup igjen). Min emosjonelle finmotorikk hadde vært utkoblet den dagen. Poenget er ikke at det var feil å gi informasjon om kronisk obstruktiv lungesykdom der og da, men at min intervensjon ikke var tilpasset akkurat denne pasienten i akkurat denne situasjonen.

Et lite eksempel til

Noe av styrken i allmennpraksis er at pasienten faktisk kan komme tilbake og konfrontere meg med dette og dermed bidra til min kontinuerlige læringsprosess. Samtidig gir hun meg en sjanse til å møte hennes frustrasjon på en slik måte at hun kan gjenvinne tillit til meg. Men den sjansen kan jeg selvfølgelig forspille. På sykehuset, derimot, er ikke pasienten til stede med egen stemme og egen individualitet på den arena hvor legens faglige selv-bilde dannes og korrigeres (2).

En annen av mine pasienter, en mann i 50-årene, fikk i høst lungebetennelse to ganger. Han ble helt frisk etter den første og trente like mye som før. Dette dreier seg om en svært veltrent mann, og han fortalte etter den andre lungebetennelsen at han fortsatt var klart sprekere enn sine jevnaldrende, men ikke helt som før. Vi avtalte da at han skulle komme tilbake hvis ikke formen gradvis bedret seg.

Han kom tilbake etter et par måneder. Han var ikke blitt helt bra, og de siste dagene hadde han pustet med en rar lyd når han la seg. Det var normal CRP og normale lungefunn, men røntgen thorax tatt samme dag viste litt forstørret hjerte og litt stuvning. Da jeg tok blodtrykket, oppdaget jeg at han hadde atrieflimmer. Jeg la ham inn, og det viste seg at han hadde betydelig hjertesvikt. Hans tilstand hadde ført til en del oppstandelse på avdelingen pga. diskrepansen mellom funnene og det at han faktisk var i svært god form for alderen. Mange leger hadde derfor kommet for å se på ham.

To uker etter innleggelsen var han på hjertesviktpoliklinikken. Fra å være en sprek mann som også hadde følt seg spesiell på sykehuset og faktisk følt seg sett som den han var, fikk han nå høre at han bare måtte innstille seg på at han hadde hjertesvikt. Han sa til meg etterpå at dette ville han ikke finne seg i – hjertet er en muskel og den kan trenes opp. Han hadde ingen planer om å gi opp, men det hadde visst vært helt uinteressant for personalet på hjertesviktpoliklinikken.

Denne pasienten illustrerer noe som dessverre er altfor vanlig i sykehus, nemlig en manglende vilje til å se og mangel på respekt for alt som er før og etter den aktuelle sykdommen. Tidsperspektivet strekker seg i høyden tilbake til forrige innleggelse, og



Fra Bilder fra klinisk praksis, ved Rune Eraker og Torgeir Gilje (4). Foto Rune Eraker

hvis det ikke er verre enn det var sist, blir det ofte oppfattet som godt nok. Alt som har vært før sykdommen, og som er akkurat denne pasienten, føles plutselig ugyldig. I tillegg er det vanskelig for pasienten å vite hvor han skal gå med sin opplevelse. Det er ingen tydelig adressat for frustrasjonen, og derfor også få anledninger for legen til å bruke slike pasientopplevelser i sin egen læring og utvikling.

Ettertanke

Det som definerer situasjon og prognose er legens blikk, et blikk som er mer farget av hvordan pasienter med en slik diagnose ser ut enn av hvem dette mennesket er. Slik må det være i utgangspunktet, men bildet må utfylles av viljen til å se dette unike mennesket i denne unike situasjonen. Det er dette som er legekunst – kunsten å anvende den medisinske kunnskapen overfor en unik pasient i en unik situasjon til beste for denne pasienten.

For å klare dette må legen bruke av seg selv, være mer personlig. For å sitere Vetlesen: «Legen må bringe eget ståsted, egen livserfaring, i spill, og dermed sette noe av seg selv på spill – for han vet ikke hvordan pasienten vil møte det og hvilken bruk han vil gjøre av det han blottstiller» (2). Legen holder noe av pasientens liv i sine hender, ofte en mye større del enn det man som lege oppfatter, og pasienten holder noe av legens liv i sine hender, oftest mye mindre, men ikke alltid. For yngre leger med lite erfaring kan pasientmøtene rokke ved mer av legens liv enn godt er.

Det å tore å møte pasienten, i Løgstrups ånd, krever trygghet. Den tryggheten er avhengig av tryggheten på avdelingen og tonen på avdelingen, spesielt tonen som de erfarne legene slår an. I allmennpraksis har

man etablert en infrastruktur som legger til rette for kollegastøtte, med veiledningsgrupper i to år for alle under spesialistutdanning (4) og kollegagrupper for alle spesialister. Det trengs en slik kultur og infrastruktur i sykehus og. Olaf Gjerløw Aasland har nylig foreslått en omfattende mentor- og karriererådgivning for alle, fra studietiden og minst ti år inn i yrkeslivet (5). Kanskje en slik ordning burde favne hele yrkeslivet? Da tror jeg legen lettere kan fylle en tydelig rolle i møtet med pasienten – både i de enkelte møter, men også over tid. Medisins formål realiseres i møtet med den enkelte pasient. Dette møtet må være det viktigste for sykehuset, og det bør være legenes ansvar at det blir slik.

Manuskriptet ble godkjent 20.4. 2006.

Litteratur

1. Kierkegaard S. Synspunktet for min forfattervirksomhed: en ligefrem meddelelse: rapport til historien. København: Reitzel, 1859.
2. Vetlesen AJ. Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1118–21.
3. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal, 1956.
4. Lid TG, Eraker R, Malterud K. «I recognise myself in that situation ...» Using photographs to encourage reflection in general practitioners. BMJ 2004; 329: 1488–90.
5. Aasland OG. Legerollen – fra pidestall til skammel. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 61–2.