



# Legekunst for vår tid

AV ÅGE WIFSTAD

Legekunst kan være flere ting. Når kirurgen får til et komplisert inngrep, er det legekunst. Når allmennpraktikeren stiller riktig diagnose på vage indikasjoner, er det legekunst. Når psykiateren får kontakt med og beroliger en redd og forvirret psykotisk pasient, kan det også kalles legekunst.

Legekunst er at legen ved hjelp av kunnskaper, ferdigheter, fantasi og innlevelsesevne lever opp til situasjonens krav. Mer er det kanskje ikke å si?

Når Utposten likevel vil tematisere legekunsten, er det antakelig fordi noe skurrer i dagens medisin. Selv om det 21. århundrets lege vil ha langt større muligheter enn forgjengerne til virkelig å hjelpe pasienten, blir kanskje også usikkerheten større: Hva består egentlig legens oppgave i?

Kunnskapsveksten og teknologiutviklingen i vestlig medisin har vært formidabel. Men medisinske framskritt utfordrer også legerollen. Det er vanskelig å følge med på spesialisert kunnskap om stadig mindre deler av kroppen. Selv spesialisten klarer knapt å holde seg oppdatert innen eget fagområde. Nettopp derfor er det blant annet behov for en *allmenn* medisin og en syntetiserende, samfunnsmedisinsk kunnskap, – som motvekt mot fokus på detaljer og gruppeinteresser.

Men det er ikke nok å insistere på allmennmedisinens betydning i spesialiseringens tidsalder. Den medisinsk-vitenskapelige og medisinsk-teknologiske utvikling påvirker også legerollen på mer grunnleggende vis: Spesialiseringen og teknologiseringen kan over tid føre til at medisinske oppgaver settes ut til andre. Jo mer presist et tiltak beskrives og entydige rutiner etableres, desto mindre grunn er det til at nettopp legen må ha ansvaret for dem. Andre helsearbeidere, teknikere og bioingeniører kan ta over.

Pediateren John D. Lantos spøkte derfor ikke da han i 1997 spurte «Do we still need doctors?» (1). Lantos poengterer at medisinske framskritt bygger på, og bekrefter, at pasien-



**Åge Wifstad**

f. 1956, førsteamanuensis i medisinsk filosofi, Institutt for samfunnsmedisin, UiT. Har særlig vært opptatt av vitenskapsteori og etikk relatert til psykiatri og allmennmedisin.

ter kan betraktes som like, biologisk sett – og at leger oppfører seg likt i den forstand at de lærer å følge de riktige prosedyrene. Samtidig er det nettopp legens evne til å foreta individuelle, helhetlige vurderinger i situasjonen som gjør henne til noe *annet* enn en tekniker. Men dette hippokratiske idealet passer ikke helt med den moderne medisinske realitet: «Many attempts to deal with the role of doctors in the new world of medicine begin from the assumption that the fundamental basis of the doctor-patient relationship has not changed. But it has. The primary change is that the doctor need no longer espouse a philosophy, need no longer have a particular vision or a worldview. Instead, she need only know how to handle the tools, how to transplant a heart, deliver a baby, or lower the blood pressure (1, s. 174). Det legen trenger for å være en god lege, likner mer og mer på teknikerens kyndighet. At «legekunst» i lys av dette kan oppfattes som et marginalet og vanskelig begrep, er ikke rart.

Men kan vi ikke rett og slett si at framskrittene i moderne medisin har gjort alt vidløftig snakk om legekunst overflødig – alternativt at legekunst i dag nettopp bør forstås som *teknisk* kyndighet? I så fall blir oppgaven å perfektionere seg i bruken av beslutningsalgoritmer; og den som ikke slår seg til ro med dette, har misforstått hva det vil si å være lege i det 21. århundret.

Det er imidlertid et faktum at medisinen egen suksess kan oppleves som fremmedgjørende, for eksempel slik Lantos' mange eksempler viser. Og skal vi ta denne erfaringen på alvor, kan vi ikke bare avfeie den som en misforståelse. Fremmedgjøringen kan for eksempel komme til uttrykk ved at legen først og fremst forventes å være en *iverksetter* av faglig korrekte tiltak, der det er lite rom for, ei heller ikke særlig behov for, at vedkommende gjør reelt selvstendige



Venter hun legekunst eller teknisk kyndighet?

vurderinger. Å kalle dette fremmedgjøring henspiller på at det nettopp er når legen lykkes med å hjelpe pasienten, at hun likevel kan synes det butter imot. (Når legen mislykkes eller gjør feil, kan dette selvsagt også virke fremmedgjørende, men på en annen måte.) Alt kan gå på skinner, men motivasjonen for og gleden ved arbeidet avtar likevel.

I stedet for å tolke dette som utbrenthet, altså som et (patologisk) trekk ved den enkelte, kan vi tolke det som uttrykk for en konflikt mellom arbeidet legen er satt til å utføre, og behovet for å realisere seg selv som *person* gjennom dette arbeidet. En annen måte å si det på er at problemet om legekunst i det 21. århundret dreier seg om hvordan gi innhold til et begrep om *humanistisk* medisin.

Lantos er her interessant fordi han søker svar i en annen retning enn forventet. Løsningen ligger ikke å utvikle en overgripende medisinsk *teori* om legekunsten og lege-pasientforholdet. Lantos henviser i stedet til eksempler på kanten av det vi er tilbøyelige til å oppfatte som medisinsk relevant, og han beskriver hendelser og sykehistorier som ikke riktig passer i noen kategori (se også (2)). Den kunnskapsbaserte medisins ideal er å konsentrere seg om det man kan gjøre noe med. Lantos antyder derimot at det nettopp er i forholdet til de som ikke passer helt inn i behandlingsopplegget, begrepet om legen som noe annet enn tekniker, kan gis næring. Det er der prosedyrekunnskapen blir utilstrekkelig, at behovet for noe mer enn teknisk kyndighet særlig melder seg. Men hva dette konkret vil si, er det selvsagt vanskelig å lese ut av medisinsk faglitteratur. Lantos viser i stedet til en rekke skjønnlitterære eksempler, blant andre John Berger (3) og Walker Percy (4), som han mener på ulike vis har utforsket grensene for den moderne legerollen.

At Lantos viser til andre diskurser enn den medisinske, kunne være verdt en oppfølging. Er for eksempel noe av ubehaget i dagens situasjon knyttet til at vi fortvilet leter etter en klar vitenskapelig definisjon av legekunst, mens vi i stedet burde innse at begrepet best kan gis innhold indirekte gjennom beskrivelser av eksempler – beskrivelser som utfordrer grensene mellom det subjektive og det objektive, det personlige og det faglige? Denne metodeproblematikken skal jeg imidlertid la ligge.

Jeg vil heller utdype Lantos' resonnement i en annen retning, ved å trekke inn et poeng fra Einar Kringlens *Psykiatriens samtidshistorie* (5). Mot slutten av boka reflekterer Kringlen over sitt fags framtid og spør hva psykiatrien bør konsentrere seg om: «Psykiatrien bør etter mitt syn prioritere de alvorlig syke, det danskene kaller psykiatriens kjernegruppe. Burde ikke folk med mindre alvorlige plager kunne klare seg med kortvarige behandlinger av ikke-spesialister?» (5, s. 314) Antakelig må du ha jobbet i eller i nærheten av psykiatrien for å forstå hvor ømt et punkt Kringlen her berører. Nettopp i psykiatrien er nemlig fristelsen stor til å prioritere de med mindre plager. De tunge klientene skaper ofte motløshet og oppgitthet. Evidensbaserte behandlingsregimer er bare delvis til hjelp fordi klientene har mange, og diffuse, problemer samtidig.

Kringlens enkle råd om å prioritere de alvorlig syke minner oss om en medisinsk-etisk forpliktelse overfor pasienten selv når det er vanskelig å gi effektiv behandling. Og det er i legens særlige forpliktelse overfor den syke at forskjellen mellom legekunst og teknisk kyndighet blir tydelig. Legekunst er vel så mye et etisk som et praktisk eller kompetansemessig anliggende. Nettopp fordi mer og mer blir prosedyrestyrt, og skjønnets betydning tilsvarende tones ned, blir legekunstens grunnspørsmål hva den medisinske kunnskapen skal være godt for, hvem som skal få nytte av den og på hvilken måte?

#### Litteratur

1. Lantos JD. Do we still need doctors? A physician's personal account of practicing medicine today. New York & London: Routledge, 1997.
2. Lantos JD. The Lazarus case. Life-and-death issues in neonatal intensive care. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 2001.
3. Berger J. A fortunate man. New York: Vantage, 1978.
4. Percy W. The moviegoer. New York: Ballantine Books, 1961.
5. Kringlen E. Psykiatriens samtidshistorie. Oslo: Universitetsforlaget, 2001.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ola Nordviste. Kontakt ham på [nord-ola@frisurf.no](mailto:nord-ola@frisurf.no)