

Legen som leder

Refleksjoner om magi, rasjonalitet og moral i allmennmedisin

AV EDVIN SCHEI

Den autonome pasient er et fantasiprodukt. Det er menneskets lodd å være avhengig, påvirkelig og sårbart. Til sårbarhet svarer alltid en potensiell avmakt, den virkeliggjøres i hjelpeløse situasjoner. I medisinen har sårbarheten alltid vært særlig godt synlig, det ligger i sykdommens, lidelsens og pasientrollens natur.

Den som ber om hjelp erklærer seg som hjelpeløs. Det gjelder enten man ber naboen om en hånd til å legge vinterdekk på bilen eller man ber legen om hjelp til å forstå hvorfor man kjenner seg så slapp. Den som påtar seg hjelperrollen erklærer der ved at han innehar en form for kompetanse som den hjelpeløse mangler. Hjelperen sier seg i stand til å lede an i forsøket på å finne en vei, en løsning. Hjelperen formidler at det finnes et håp, en reell mulighet for at det avmektige medmenneske skal få hjelp – med vinterhjulet eller slapphetsbekymringen. I alle situasjoner hvor det bes om og ytes hjelp etableres en asymmetri. Den avmakt som har tvunget den ene til å be om hjelp, konstituerer en tilsvarende makt hos den som påtar seg å hjelpe. Denne makten er ikke identisk med evnen til faktisk å løse problemet – vi vet alle at vi iblant påtar oss å hjelpe uten å lykkes med noe som helst. Men maktasymmetrien innebærer at hjelperen må lede an, prøve å se til at det virkelig blir noe av denne hjelpen. Det er en lederskapsoppgave uten fasit, hvor det i hvert enkelt tilfelle må improviseres rundt det som er spesielt ved saken og menneskene man holder på med.

I etableringen av paret hjelpsøker-hjelper oppstår en forskjell i perspektiv og selvforståelse som straks begynner å styre begge parter tenkning og opptreden. I en trygg ramme vil asymmetrien utløse tillit hos den hjelpetrengende og åpne for velgjørende «magi» i lege-pasientforholdet¹. I en utrygg eller antagonistisk kontekst vil sårbarheten utløse defensive strategier og blokkere for tillit, hvorved medisinen får sitt handlingsrom drastisk redusert.

Mistillit og avmakt – det amerikanske eksemplet

Mange leger opplever det som irriterende dersom en pasient kommer på kontoret og forteller legen hva som skal skje: «Jeg kommer bare for å få tatt en CT av hodet og noen blodprøver,



Edvin Schei

Fastlege og førsteamanuensis ved Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen. Initiativtaker og leder av Filosofisk Poliklinikk, forum for refleksjon og debatt om medisin og eksistens. Medredaktør av bøkene «Forstår du, doktor? Mot en humanistisk legeutdanning» (Tano, 2000) og «På sykeleiet – sykdom og medisin i litteraturen» (Gyldendal 2004).

men jeg vil ikke ha medisiner for det er jeg prinsipielt imot.» Selv om pasientens plan skulle være faglig adekvat kan man oppleve slik oppførsel som provoserende. Er det ikke jeg, legen, som bestemmer her? Skal ikke beslutningene vokse frem av min vurdering? Er det ikke pasientens rolle å la seg undersøke, for så i takknemlighet å følge mine råd?

Det er en etisk nøtt som viser seg i slike situasjoner. Har legen egentlig noen grunn til å føle seg provosert av at pasienten er klar og tydelig i sine krav, når legen i utgangspunktet er der for å tjene pasienten? Viser denne type reaksjoner at leger vanligvis utøver utilbørlig makt, uerkjent og uimotsagt, over sine pasienter? Er ikke det i så fall både farlig for helsa og i strid med et moderne syn på mennesket som selvbestemmende?

Siden 60- og 70-årene har vestlige etikere, særlig i USA, tendert sterkt mot å svare henholdsvis nei, ja og ja på de foregående spørsmålene. Utløst av en rekke skandaler og kontroverser, særlig innen medisinsk forskning og i spørsmål om livsforlengende behandling, har en veritabel revolusjon i helsejus og medisinsk etikk snudd opp ned på det amerikanske lege-pasientforholdet. I kortform går dette ut på at den tradisjonelle legerollen er paternalistisk og undertrykkende, leger skal stå til tjeneste med sine kunnskaper og ferdigheter, de må gi avkall på innflytelse over pasientenes vurderinger, alt fordi menneskers helse best ivaretas når de selv får kunnskap og tar beslutningene. Denne omveltningen har særlig vært drevet frem av det juridiske systemet, men etikken, med sin vekt på å beskytte individets frihet og uavhengighet mot profesjonsmakt, har levert mange premisser for domstolenes håndtering av konkrete saker. I dag er amerikansk helsevesen gjennomsyret av det de kal-

ler «respect for patient autonomy,» og leger er blitt svært forsiktige med å ta beslutninger eller gi råd i vanskelige faglige situasjoner med usikkert utkomme.

Jeg tilbrakte universitetsåret 2004–5 i Boston, hvor jeg blant annet underviste et tre-måneders kurs i helseetikk for 15 filosofistudenter, flere av dem på vei inn i medisinen. Gjennom sine fortellinger fra eget og familiens liv ga de meg et innblikk i middelklassens syn på leger, hva man kan forvente, og hva man selv må ta hånd om i medisinske situasjoner. Til min forundring ble det tidlig klart at disse ellers nokså ulike unge menneskene delte en for meg ganske sjokkerende premis: Leger kan man ikke stole på. Dette ble formidlet uten glimt i øyet eller formildende ironi, det var selvsagt og selvforklarende for denne generasjonen, født etter 1980. Siden de selv var unge og friske, stammet holdningen mindre fra egne erfaringer enn fra familie, omgivelser og massemedia. Årsakene som ble diskutert i klassen handlet dels om at leger er grådige og bare tenker penger, dels at de er prisgitt de store firmaene og forsikringsorganisasjonene som driver helseinstitusjonene, og derfor ikke kan ta hensyn til den enkelte pasients beste.

Men mellom linjene avslørte de det jeg kanskje oppfatter som den viktigste og mest truende forandring i lege-pasientforholdet, nemlig at leger ikke forventes å ha noen omsorgsfunksjon overfor sine pasienter. Amerikanske leger fremstår som teknikere, selgere, informasjonskonsulenter og kroppsingeniører i et kommersialisert samfunn hvor mennesker sees på som «frie» og uten bånd til hverandre, og hvor en aktør i utgangspunktet antas å være ute etter å maksimere egen fordel på bekostning av alle andre. Pasientene må således beskytte sine interesser mot legenes makt, samtidig som de er konkret og eksistensielt avhengige av deres faglige kompetanse. Og legene må beskytte seg mot pasienters anklager og søksmål, i et system hvor samhandlingen blir mer og mer preget av kollektiv paranoia, med tilhørende ineffektivitet, byråkrati og kostnadseksplasjon. Drevet av mistillit dannes en spiral av selvoppfyllende profetier hvor alle etter hvert får rett i at den andre part er farlig. Inntrykket av en tillitskrise i amerikansk medisin ble bekreftet i samtaler med velinformerte kolleger som Alfred Tauber og Eric Cassell, begge med lang nok fartstid til å huske «the good old days» da tillit var en selvfølge også i amerikansk medisin²³. At antagonisme og mistillit herjer i amerikansk medisin bekreftes av en serie artikler publisert i New York Times i sommer, med titler som «In the Hospital, a Degrading Shift From Person to Patient» (16.8.05).

Tillit og makt i norsk allmennpraksis?

Vår medisinske tradisjon er sterkt knyttet til USA, og ovenstående sammenlikning innbyr til mange typer refleksjon. Jeg vil her si noe om tillit og ledelse som forutsetninger for god hjelp

og derved en god helsetjeneste. Tillit, og relasjoner som gir meg mulighet for å skape prosesser og løsninger hvor jeg bruker alt jeg vet og kan, er bærebjelker for min trivsel som allmennpraktiker, og jeg tror de er viktige forutsetninger for at mange pasienter får bedre helse gjennom sitt fastlegeforhold. En av hensiktene med å skrive om dette er å minne norske kolleger på at vi nyter godt av en ressurs som antakelig er truet – tillit. Den bør vi verne om og stadig fornye – ved å gjøre oss fortjent til den.

Tillit og makt likner på energi. De er flytende, abstrakte fenomener som kan ytre seg i mange former, og få heftige ting til å skje. En spennende analyse med relevans for lege-pasientforholdet er gitt av arbeidslivsforskeren Tian Sørhaug, i boken «Om ledelse» fra 1996⁴. Han skriver at tillit er å stole på noe man i og for seg ikke har grunn til å stole på, det er et fenomen som på et vis forutsetter seg selv. Det er derfor flyktig, og kan fordampe i et glimt av oppfattet svik. Men så lenge den finnes er tilliten avgjørende, den er kilden til makt. Både tillit og makt er fenomener som sosiologiens far Max Weber klassifiserte som «religiøse» – de kan ikke observeres empirisk, men viser til en «verden bak verden» av opplevelser, følelser, intensjoner, interesser og muligheter som har stor innflytelse på det dennesidige og direkte observerbare. «Mennesker kontrollerer således det som hender i det dennesidige, gjennom å kommunisere med det hinsidige – eller bakverdenen. For alle praktiske formål dreier dette seg om magi,» skriver Sørhaug, og slår fast at ledelse er magi. Men magi er nesten aldri mystisk i vår dagligdagse forståelse av ordet, det er derimot ganske ofte fantastisk i en psykologisk og psykoanalytisk forstand. Magi likner forbausende sterkt på det vi forbinder med rasjonalitet. «Den har alltid et formål, og dens logikk er preget av en rendyrket instrumentalitet.» Koblingen mellom teknologi og magi er beskrevet av flere⁵, og er høyst relevant for medisinen, hvor den allmenne tilliten til den instrumentelle rasjonalitet, i form av vitenskap og teknologi, smitter naturlig over på legen, som antatt inkarnasjon av sann innsikt og teknisk dugelighet.

Hva har så dette med allmennmedisin å gjøre? La meg gi noen eksempler. I allmennpraksis er det ofte en oppgave å formidle trygghet for at en pasient *ikke* er alvorlig syk, tross snue, svimmelhet, feber og verk. Å si det som er medisinsk korrekt er imidlertid ikke nok til å oppnå slik trygghet, pasienten kan ikke medisin, kan ikke kontrollere om legen har rett, og må derfor stole på dømmekraften til det mennesket som er lege. Ellers vil han søke videre. Dersom pasient eller pårørende ikke får tillit til legen, er det ikke grenser for hvilke tekniske ressurser som kan bli aktuelle for å avgjøre at det ikke er meningitt barnet lider av.

Vi kan også tenke på alle dem som kommer til oss med eksistensielle og relasjonelle problemer, uttrykt gjennom

angst, tretthet, nedtrykthet og et utall somatiske plager. Her kan allmennpraktikeren gjøre mye for folk, ved å lytte, sette seg inn i folks levde historier, og representere et «hellig rom» hvor svakhet, tårer og hjelpeløshet kan blottstilles uten fare for avvisning og skam⁶. Gjennom omsorg og tillit kan en terapeutisk allianse oppstå, hvorved pasient og terapeut danner et fellesskap som kan gi kraft til personlig vekst, forsoning, forandring osv. At dette faktisk skjer i dag, slik det vitterlig gjør, er viktig, oppmuntrende og «fantastisk i en psykologisk og psykoanalytisk forstand,» for å bruke Tian Sørhaugs ord. Det er vist i psykoterapeutisk effektforskning at det personlige forholdet, tilliten, er en minst like viktig faktor for å forstå hvordan psykoterapi virker, som den spesifikke teknikken en terapeut bruker⁷. Igjen kan vi lett forestille oss hvor vi ville være dersom det ikke fantes grobunn for tillit mellom lege og pasient – mange av oss har jo også erfart det i møte med visse pasienter. Arbeid med å utvikle tanker og følelser ville vært om trent umulig, og symptomene pluss utryktheten ville lett fremtvinge omfattende, unødvendige og potensielt farlige tekniske utredninger av allehånde somatiske symptomer.

Fortjener vi tilliten?

Tillit kan ikke skapes instrumentelt, man kan bare gjøre seg fortjent til den. USA-eksemplet viser at strukturell tillit kan brytes ned i et komplekst samfunn på forbausende kort tid. I vårt samfunn har vi andre forutsetninger, blant annet en grunnleggende fellesskapsorientering som kommer til uttrykk i at vi ifølge sosiologiske undersøkelser har større tillit til hverandre og det offentlige enn noen andre europeere (Dagbladet 29.10.2005). Jeg tror vi skal være oss bevisst verdien av denne tilliten, og aktivt gå inn for å bygge og beskytte den. Det er særlig to prinsipper i moderne medisin som etter mitt syn er sterkt ambivalente, ved at de både representerer sentrale medisinske verdier og kvaliteter, men også kan true forutsetningene for mellommenneskelig tillit.

Det første er selve den naturvitenskapelige innstillingen til menneskelige fenomener. Vi utdannes til å se medisinske slagkraft som nettopp bygget på naturvitenskap, og kan derfor lett komme til å dra med oss forskningens idealer om objektivitet, effektivitet og emosjonell distanse inn i det kliniske rom. Som underviser for sisteårs medisinstudenter i konsultasjonsferdigheter, ser jeg hvordan deres blikk er oppøvd til å filtrere bort det unike ved pasienter, for å sitte igjen med patofysiologiske kvintessenser. Men derved mister de også sin evne til å møte folk der de er, og får problemer med tilliten. Nylig veiledet jeg en gruppe studenter som analyserte egne videokonsultasjoner fra legevakten. Etter en lang samtale om møtet med en ung astmapasient spurte jeg dem om de hadde noen tanker om denne pasientens følelsesliv, gitt at vi alle kunne se at hun var svært overvektig (hvilket ingen av studentene hadde kom-

mentert). De foreslo at hun sikkert kjente til sammenhengen mellom fedme og diabetes, og derfor kunne være engstelig for hjerte-karsykdom. Jeg spisset mitt spørsmål ved å spørre en av jentene, høy og slank, hva hun ville følt om hun var så tykk. «Jeg ville jo tenkt på det med diabetes og hjerte...» Jeg avbrøt henne med «glem det medisinske!» Straks kom et stort «ahaa» fra gruppen, og de kunne trekke på sin livserfaring og tenke det som alle vet, om sårbarhet, stigma og selvforakt.

Det andre er at vi dilter etter USA når det gjelder beskyttelse av pasientautonomi og rettighetstenkning. Igjen er dette et fenomen som har sin berettigelse, som motvekt mot paternalistisk, velmenende maktmisbruk i helsevesenet. Men i den enkelte konsultasjon må vi ikke komme dit hen at det normative idealet om likeverdighet forvrenges til en deskriptiv forestilling om likhet og symmetri. Det er ulikhet som konstituerer selve den medisinske situasjonen, og det er sårbarhet som gir åpning for å motta hjelp. Motgiften mot maktmisbruk ligger ikke i å lovfeste etiske idealer, men i å virkeliggjøre dem gjennom undervisnings- og praksisformer som ivaretar idealenes formål uten lovens stivhet og reguleringens etiske ansvarseliminering. Ingen regulering kan ta fra den enkelte lege at han selv er ansvarlig, slik ethvert menneske er ansvarlig i møte med en annen, så klart formulert av Knud Løgstrup: «Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre, uten at han holder noe av dets liv i sin hånd. Det kan være lite, en forbigående stemning, en opplagthet man får til å visne eller som man vekker, en lidelse som man fordyper eller lindrer. Men det kan også være mye, slik at det simpelthen står til den enkelte, om den andres liv lykkes eller ikke⁸.»

Som en avslutning på denne epistel om magi, rasjonalitet og moral vil jeg løfte frem et sitat fra Arne Garborgs «Trætte mænd,» skrevet i 1892: «Enhver læge som ikke kan gjøre mirakler er en kvaksalver. Enhver læge som ikke tillige er sjælesørger – er en kvaksalver.»

Referanser

1. Ekland T-J. Meaning som medisin. En analyse av placebofenomenet og implikasjoner for terapi og terapeutiske teorier. Doktoravhandling, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen, 1999.
2. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. 2. utg. New York: Oxford University Press, 2004.
3. Tauber A. Confessions of a Medicine Man. An Essay in Popular Philosophy. Cambridge: The MIT Press, 1999.
4. Sørhaug T. Om ledelse. Makt og tillit i moderne organisering. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.
5. Stivers R. Technology as magic. The triumph of the irrational. New York: Continuum, 1999.
6. Nessa J. Medisin og eksistens. Samtale og psykodynamikk i allmennmedisin. Oslo: Gyldendal, 2003.
7. Wampold BE. Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied & Preventive Psychology* 2001;10(2):69–86.
8. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Oslo: Cappelen, 1999 (1956).

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på gunhild.felde@online.no



FOTO: © REGIN HJERTHOLM