



Profesjonell
personlig
privat

Flerdimensjonal, men logisk sammenheng

AV OLAF GJERLØW AASLAND

Olaf Gjerløw Aasland presenterer seg selv:

Jeg er 62 år, instituttsjef for Legeforeningens forskningsinstitutt og professor (II) på Institutt for helseledelse og helseøkonomi, UiO. Jeg har vært bydelslege på Romsås helse- og sosialsenter, sosiallege i Oslo kommune, familierapeut på Familiekontoret i Christiesgt. (Oslo), spesiallege på Ullevål sykehus psykiatrisk avdeling XVI, overlege i Statens edruskapsdirektorat, og spesialrådgiver i Sosialdepartementet. Fra 1992 har jeg jobbet med Legekårsundersøkelsen, et tre-årig forskningsprogram som gikk over i Legeforeningens forskningsinstitutt, grunnfinansiert av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). Der forsker vi på legenes helse og atferd. Se www.legeforeningen.no/lefo. Mitt heftige sidespor er å samle og restaurere gamle trekkspill, særlig bandoneoner (det argentinske tangotrekkspeilet som egentlig er tysk). I sommer hadde jeg i forbindelse med Festspillene en historisk utstilling med 30 bandoneoner på Bergen museum, kulturhistorisk avdeling, se http://bergenmuseum.uib.no/utstilling.php?seksjon=utstilling&kat_id=2&utst_i



Den første tanken jeg fikk med dette oppgitte temaet var endimensjonal, at det er et kontinuum, eller noen skall inni hverandre, fra profesjonell via personlig og til den innerste private kjernen. Men ved nærmere ettertanke har jeg kommet til at det er en flerdimensjonal, men logisk sammenheng mellom disse tre p-ordene. Holder vi oss til pasient-lege, eller klient-hjelper perspektivet, er den ypperste graden av profesjonalitet etter min mening den som evner å ta med både klientens og helperens private forhold i interaksjonen, uten at dette oppleves som invasivt eller utidig. Balanseringen av det profesjonelle mot det private styres av det personlige, eller personligheten. Det er denne modellen jeg vil utforske her.

Privat og profesjonell – mellom nærhet og distanse

Det første hintet om en slik dynamikk fikk jeg da jeg ganske ung og uerfaren var tilsynslege på et sykehjem. Der gikk jeg visitt til alle beboerne en gang i uken, og slet virkelig med å si noe meningsfylt og profesjonelt til hver enkelt. Jeg kunne jo for eksempel ikke si «nå blir du nok snart frisk og kan dra hjem». Men så oppdaget jeg til min skrekk at det spilte absolutt ingen rolle hva jeg sa *bare jeg sa noe*. Dette var en ny erkjennelse for en ung mann som var vokst opp i en nøktern legefamilie der man stort sett ikke sa noe uten at man hadde noe viktig på hjertet.

Senere ble erkjennelsen av at det profesjonelle ofte kunne spille på lag med det private regelmessig forsterket, som for eksempel en gang jeg var veileder for en gruppe idealistiske og entusiastiske mennesker som arbeidet med de dårligste rusmiddelmisbrukerne. De fleste var ufaglærte, noen var

vernepleiere eller sykepleiere. Etter hvert som jeg fikk god innsikt i deres arbeidshverdag så jeg til min forundring at de som hadde best resultater med misbrukerne, i den forstand at misbrukerne fikk bedre livskvalitet, var de som konsekvent blandet det profesjonelle og det private. Det gikk gradvis opp for meg at jeg som veileder ikke først og fremst skulle reise pekefingeren og understreke hvor viktig det var å opprettholde den «terapeutiske distansen», men snarere hjelpe dem å håndtere en situasjon der det private og det profesjonelle nødvendigvis grep inn i hverandre, og hvor det private sannsynligvis var det viktigste.

Menneskekontakt, eller i noen tilfeller voksenkontakt, er ofte en nødvendig forutsetning for at behandling eller rehabilitering skal virke. Men menneskekontakt er en størrelse som vanskelig kan forskrives eller doseres, og som sjelden inngår som konkret element i behandlingskjeder eller individuelle behandlingsplaner. Bo- og arbeidskollektivene for behandling av rusmisbrukere er en god illustrasjon på dette. Behandlerne med sine familier lever sammen med misbrukerne 24 timer i døgnet, og den dokumenterte effekten bunner både i at de unge misbrukerne for første gang opplever en situasjon som kan minne om en vanlig familiesituasjon, og i at det stilles krav på en helt annen måte enn hva de tidligere har opplevd. Jeg har meget stor respekt for dem som gir år av sitt familieliv til denne typen arbeid, samtidig som jeg innser at vi trenger mange flere slike overskuddsmennesker dersom vi skal kunne hjelpe alle unge som aldri fikk oppleve vanlig familietrygghet.

Jeg har nylig vært veileder for en doktorgradskandidat som skrev om sykepleierstudentenes motivasjon og sosialisering.



ring. Hun gjorde noen kvalitative intervjuer der hun forsøkte å finne hva studentene egentlig mente når de sa at det «å jobbe med mennesker» var et viktig motiv for studievalg. Hun fant at de som sa at de gjerne ville jobbe med mennesker var studenter som ønsket og trengte selvbekreftelse. Pasienter som ikke ga ros eller anerkjennelse var mindre interessante. Kanskje er det av og til slik i helseprofesjonene at den blinde hjelper den halte, at lege og pasient passer sammen som hånd i hanske?

Men nærhet kan bli for tett, for privat. De fleste leger har opplevd at når de har seg selv eller en av sine nærmeste som pasient kan det gå riktig galt. Det er særlig to forhold som forstyrrer. Det ene er at pasienten ikke har den nødvendige respekten for legen og dermed ikke kan velge å se legen som en allmektig og feilfri hjelper, noe som mange pasienter ønsker. Det andre er at forholdet blir for tett til at legen greier å tenke rasjonelt og didaktisk, og dermed risikerer å bomme grovt på diagnoser eller behandling. Det ligger mye dyrekjøpt erfaring bak advarselen mot å være lege for seg selv eller sine nærmeste.

Personlighet – hva er det?

Jeg velger her å tolke uttrykket personlig som noe som har med personligheten å gjøre, selv om det også kan brukes i andre betydninger. Med personlighet mener jeg karaktertrekk som kjennetegner en person, og som kan være meget stabile over tid, og vanskelig – men ikke umulig – å endre. Alle har vi en personlighet, og våre personligheter er like forskjellige som vårt utseende. Men på samme måte som vi er høye, lave, blonde, rødhårete, tykke eller tynne, finnes det også noen grunnleggende personlighetskategorier. Det er glidende overganger fra personlighetstype til personlighetsforstyrrelse. De mest alvorlige personlighetsforstyrrelsene er etter min mening de hvor evnen til å forstå og føle hvordan andre mennesker har det mangler.

I forskningen på legenes holdninger og atferd har vi særlig benyttet fire personlighetsdimensjoner: *intensitet (intensity)*, *sårbarhet (neurotic vulnerability)*, *tvangspreg (obsessive-compulsive)* og *realitetssvakhet (psychotism)*. De fleste legene har en passe porsjon intensitet som gjør dem uredde og kreative, nok sårbarhet til å kunne bli skuffet og ha medfølelse, såpass mye tvangspreg at de sjekker viktige funn to ganger, og svært lite realitetssvakhet. Noen leger er så høye på sårbarhet og tvangspreg at de har problemer med å innrømme feil eller å be om unnskyldning. Noen leger er så intense at de blir arrogante og lite lyttende, og noen er så realitetssvake at de gjør som strutsen når det oppstår en vanskelig eller ubehagelig situasjon. Vi har vist empirisk at realitetssvake leger opplever flere subjektive helseplager. Vi har også vist at leger som er høye både

på intensitet og sårbarhet rapporterer at de oftere har opplevd å være involvert i tilfeller med alvorlig pasient-skade.

«Disruptive physicians»

Dette uttrykket brukes av amerikanske og kanadiske kolleger om leger som har en uakseptabel atferd i forhold til pasientene sine. Det kan dreie seg om alt fra et litt ustyrlig temperament til seksuelle overgrep eller drap. Årsakene til slik uakseptabel atferd kan være flere, men som regel dreier det seg enten om en ekstrem stresssituasjon der legen mer eller mindre har mistet kontrollen, eventuelt kombinert med rusmiddelmisbruk, eller en personlighetsforstyrrelse der legen mangler evne til empati og innlevelse.

Antallet leger med denne problematikken synes å være økende. Dette skyldes nok først og fremst at forventningene til legers atferd har endret seg vesentlig i løpet av mindre enn en generasjon. Mens brysk og ubehøvlet atferd tidligere ble tolerert så lenge legen gjorde jobben sin, «han er jo så god til å operere», stilles det nå stadig høyere krav til kommunikasjonsevne og pasientbehandling. Flertallet av klagesaker på leger dreier seg faktisk om denne typen hendelser.

Det er nødvendig med en betydelig styrking av kollegiale speilende funksjoner. Med det mener jeg ordninger der leger gir hverandre konstruktiv tilbakemelding på kommunikasjon og pasientbehandling, nettopp for å unngå ubehagelige og kritikkverdige situasjoner. Profesjonskollektivets vilje og evne til selvdisiplinering har tradisjonelt vært en





viktig del av kontrakten mellom samfunnet og profesjonene, som myndighetene nå i økende grad selv tar over fordi de opplever at legene ikke ønsker eller greier å ta ansvaret for denne viktige siden av profesjonaliteten.

Fra pidentall til etisk skammel

Den opphøyde status som leger har hatt, særlig gjennom de siste to-tre generasjonene, har vært både kunstig og uheldig. Den representerte først og fremst en maktulighet der legen var en suveren hersker over pasienten. Egentlig er det underlig at det har tatt så lang tid å innse at dette er et meget dårlig utgangspunkt for medisinsk behandling. Fremdeles vil nok de fleste leger være uenige i et utsagn som «pasienten er ekspert på seg selv». Det profesjonelle synes fremdeles å være et slags veterinærmedisinsk ideal der legen i så stor grad som mulig skal greie å stille diagnosen og gjennomføre behandlingen uten å måtte snakke med pasienten, bortsett fra gjennom en programmert dialog om livsvaner og naturlige funksjoner. Datamaskinen og bøkene er en mye viktigere informasjonskilde enn pasienten selv. Og for all del – ikke bli for privat!

Med den tradisjonelle opphøyde legeatferden har dette sikkert vært gode og nødvendige råd, og kanskje enda viktigere i en tid da leger kan bli saksoekt for det meste som har med pasientbehandling å gjøre. Vi har falt ned fra pidentallen, er litt fortumlet, og vet ikke riktig hvilken vei vi skal gå. Vi beskytter oss foreløpig bak et skjold av kunnskapsbasert medisin, med nye vanskelig oversettbare honnørord som *accountability* og *empowerment*.

Men en viktig bit gjenstår altså, nemlig integreringen av det private i det profesjonelle. For å hjelpe pasienten må vi forstå pasientens lidelse. For å forstå pasientens lidelse må vi kombinere våre profesjonelle og våre private erfaringer. Dette er gammel erkjennelse:

At man, når det i sandhed skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er og begynde der. Dette er hemmeligheden i al hjælpekunst, enhver, der ikke kan det, er selv en indbildning, når han mener at kunne hjælpe andre.

For i sandhed at kunne hjælpe en anden må jeg forstå mere end han, men dog først og fremmest forstå det, han forstår. Når jeg ikke gør det, så hjælper merforståelse ham slet ikke. Vil jeg alligevel gøre min merforståelse gældende, så er det fordi jeg er forfængelig eller stolt, at jeg i grunden i stedet for at gavne ham egentlig vil beundres af ham, men al sand hjælp begynder med en ydmygelse.

Hjelperen må først ydmyge sig under den, han vil hjælpe og derved forstå, at det at hjælpe ikke er at herske, men at tjene, at det at hjælpe ikke er at være den herskesygeste, men den tålmodigste, at det at hjælpe er villighed til indtil videre at finde sig i at have uret og ikke forstå hvad den anden forstår.

(Søren Kierkegaard 1813–1855)

Den etiske skammelen er den vi leger må skaffe oss for å kunne rage litt opp over de fleste. Denne skammelen har fire ben: medisinsk kunnskap og kompetanse, selvstendighet og integritet, samfunnsansvar og samarbeids- evne og en høy etisk standard. Når vi greier vi å håndtere det private på en profesjonell måte er vi på vei.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
olaf.aasland@legeforeningen.no

