

Hva er en lege?

H

va er en stol? Hva er *egentlig* en stol? Og hvorfor heter stol nettopp «stol»? Springer meningen stol ut av de fire bokstavene «s», «t», «o» og «l»? Eller er det lyden? Lyden av ordet stol når det uttales, som av naturgitte årsaker bare kan bety det vi forstår som stol? Kunne ikke ordet «stol» betydd noe helt annet, som for eksempel «lykke», «kulde» eller «det å glede seg til regnvær»?

I artikkelen «Pasienten som medskapende aktør i behandlingsrommet» tar Arild Aambø opp en rekke viktige og grunnleggende problemstillinger i forhold til legerollen og våre møter med pasienter. Den pasientsentrerte metoden oppfattes av noen som motstykket til den evidensbaserte, sier Aambø, og viser både at, og hvor viktig det er at disse to modellene kombineres. Hans utgangspunkt er møtet med pasienter med minoritetsbakgrunn, men de språklige utfordringene han peker på er universelle, og alltidsnærværende. De blir bare så mye tydeligere når vi møter noen der de kulturelle og språklige forskjellene er lettere å se.

Kierkegaard sa: «At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst.» Dette er så grunnleggende og selvfølgelig at det kan bli lett å glemme å være oppmerksom på. Hvor ofte reflekterer vi over gapet mellom pasientens og vår egen forståelse av situasjonen? Hvor ofte ser vi dette gapet og gjør noe aktivt for å gjøre det mindre; å gjøre det til en passe forskjell? Jeg tror vi kunne klare å enes ganske godt om hva en stol er. Men hva med smerte og ubehag? Hva legger vi i «mye», og er det du mener med «litt» det samme som jeg gjør?

Hva er oppgaven vår i møte med pasientene? Er pasienten der for meg, eller er jeg der for pasienten? Er de diagnostiske og behandlingsmessige utfordringene bare krydder i min hverdag, et mer sosialt og innbringende alternativ til sudoku og påskenøtter? Eller er jeg i legerollen for å forsøke å hjelpe pasienten med et problem? Og hvordan klarer vi å være pasientenes hjelpere uten samtidig å gå på kompromiss med oss selv, og uten å bli kelnere på helsemarkedet? «Var det to MR, én sykemelding og 100 Vi-val du sa?»

Og hva er egentlig samfunnsmedisin? I dette og neste nummer redegjør leder i NORSAM Einar Braaten entusiastisk for hva han og NORSAM tenker om samfunnsmedisin. Vi får også møte en rekke engasjerte samfunnsmedisinere som er glade i faget sitt. Helsepolitikk er unektelig relevant for oss alle, og Braatens ønske om å skape større engasjement og forståelse for faget samfunnsmedisin er prisverdig. Samtidig tar han til orde for at spesialiteten i samfunnsmedisin er en forutsetning dersom man skal jobbe innenfor faget. Det stusser jeg på – både fordi han i artiklene trekker fram flere eksempler på profilerte og dyktige samfunnsmedisinere som ikke er spesialister, men også fordi ensretting sjelden har vært en god idé. Der det er muligheter for dét, er mangfold nesten alltid en styrke. Regelverket åpner for alternative veier for å bli spesialist, og den linjen bør man følge videre. Annen kompetanse og erfaring enn det som er nevnt i spesialistreglene, kan gjøre en lege skikket til jobben som samfunnsmedisiner.

Vi kan ikke alle bli spesialister i samfunnsmedisin, men våre møter med pasientene finner sted i et samfunn, og innen et system, enten vi liker det eller ikke. Dette innebærer at vi i tillegg til ansvaret overfor pasientene har et samfunnsmedisinsk ansvar. Og på samme måte som det er viktig å se pasientene og deres behov, er det viktig at vi også ser dette samfunnsmedisinske aspektet i hverdagen vår. Derfor er Braatens engasjement for samfunnsmedisinen svært velkomment, og jeg håper det kan smitte over på oss alle.

Ole Andreas Hovda