

Hvor dyktig er legen?

Artikkelen handler om moralsk visdom. Visdom er vesensforskjellig fra teoretisk kunnskap og praktisk, håndverksmessig kompetanse. Til sammen utgjør disse tre formene for kunnskap grunnlaget for legens yrkesutøvelse. Legens moralske visdom er avgjørende for hvorvidt hans øvrige kunnskap og ferdigheter kommer pasienten til gode. Naturvitenskap og teknologi står så sterkt i den medisinske fagtradisjonen at de overskygger betydningen av å ivareta og utvikle den sosiale og etiske kompetansen i faglig sammenheng. Holdninger og sosiale ferdigheter svekkes dersom de ikke ivaretas og utvikles systematisk. Derfor trenger studentene og de unge legene veiledning og undervisning av lærere som er kloke og erfarne. Begrepet moralsk visdom gis innhold gjennom eksempler og ved bruk av argumenter. Et viktig element i begrepet visdom slik det her blir brukt, er moralsk gangsyn, å se hvilke verdier som står på spill i den enkelte situasjon og å ta konsekvensene av den innsikt man har vunnet.

Arne Brekkøy, 85 år, har ligget i sykehusengen i en uke. Han har vært på sjøen med sjarken daglig inntil han for en uke siden ble lam i venstre arm og bein. Nå har han feber. Han setter i halsen når han forsøker å spise eller drikke. Brekkøys 50 år yngre niese sitter på rommet, og hilser på den nye legen som går visitt i dag.

Jeg er den nye legen. Jeg må bla i kurveboken, og snakke med sykepleieren, niesen og gamle Brekkøy. Jeg må finne ut om Brekkøy forstår det jeg sier. Niesen begynner å stille spørsmål som jeg ikke har svar på. Jeg merker plutselig at jeg står og diskuterer med niesen over hodet på Brekkøy, som om han var fraværende eller død. Snart må jeg videre, for jeg har mye å gjøre. Dette er vanskelig for meg. Ønsker Arne Brekkøy å leve, eller vil han helst dø? Er han redd? Hva slags fremtid kan han ha? Jeg vet ikke – jeg har ikke en gang funnet ut hvorfor han aldri ser på meg når jeg snakker til ham.

Mye har vært skrevet de siste årene om behovet for et humanistisk korrektiv i medisinen. Tidsskriftet har publisert en rekke artikler om emnet (1–8), og redaktør Magne

Stefán Hjörleifsson

stefan.hjorleifsson@isf.uib.no

Medisinsk avdeling

Harstad sykehus

9480 Harstad

Hjörleifsson S.

The doctor's qualities.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1270–2.

Medicine's primary concern is ethical; science and technology must be subordinated human concerns. The article argues that ethical wisdom should be considered the most important quality in a doctor, being necessary in order to ensure that the doctor's theoretical knowledge and practical skills are used for the benefit of the patient. A young doctor describes his attempts to make use of philosophical insight – in particular some elements of Aristotele's ethics – while reflecting on his own clinical experiences, trying to counterbalance medicine's «scientific culture». The case is made that knowledge of human nature, respect for the patient's views and values, and acknowledgement of the doctor's fallibility are central to ethical wisdom in medicine.

Nylenna har gitt en oversikt over forholdet mellom de «to kulturer» i medisinen, den teknisk-naturvitenskapelige og den humanistiske (9). Nylenna peker på at legerollen og legearbeidet siden 1800-tallet har blitt gradvis mer preget av naturvitenskapelig tenkning, og at faget sårt trenger en humanistisk motvekt. Både i Norge og internasjonalt har så vel høyt respekterte leger som andre offentlige personer argumentert for dette synet i lang tid. Likevel er fortsatt medisinsens hovedproblem ifølge Nylenna «nettopp ubalansen i retning av det «ensidig naturvitenskapelige» der dagens leger lett blir «organteknikere» uten syn for helheten» (9, 10). Hvorfor har ikke denne utviklingen snudd, når så mange kloke røster har advart mot den i lang tid?

Mitt bidrag til denne diskusjonen er en beretning om det å studere medisin og starte karrieren som lege. Artikkelen er primært handlingsorientert. Målet er å utvikle en bedre praksis gjennom bevisstgjøring, ved å reflektere filosofisk over den virkeligheten jeg hver dag står oppe i som lege. Artikkelen forteller om mitt forsøk på å bli en human lege, belyst med teori for å forstå og overkomme noen av hindringene på veien.

Valget av sjanger er vesentlig. Filosofisk virksomhet som vil fremme gode handlinger

bør ikke bevege seg for langt fra det praktiske liv (11, 12). Vignettene og de andre eksemplene i teksten representerer den kliniske virkeligheten som den filosofiske refleksjonen springer ut av og har som mål å forandre. Fortellingene illustrerer de moralske utfordringene vi står overfor, de viser konteksten oppgavene må løses i og hvilke ressurser som er tilgjengelige. Holdbarheten av den filosofiske refleksjonen viser seg når vi går tilbake til fortellingene for å se om våre forsøk på å løse problemene lykkes eller slår feil. Denne dialektiske bevegelsen mellom refleksjon og erfaring egner seg bedre enn en generell og abstrakt drøfting når målet er å forandre praksis (7, 12, 13).

Kunnskap, ferdigheter og visdom

Jeg skal tappe pleuravæske av en 60 år gammel dame. Det er strengt tatt ikke nødvendig å gjøre dette i kveld, men pasienten ligger ikke på min post og den eneste muligheten for å få utført prosedyren er å slå til i kveld. Jeg konsentrerer meg, utfører prosedyren sterilt og bruker kortere tid enn sist på å finne ut hvilken slange som kobles til posen og hvilken som kobles til sprøyten. Ettersom jeg begynner å komme ovenpå, kan jeg forklare hele prosedyren fortløpende for turnuslegen som står bak meg. Når jeg dikterer journalnotatet føler jeg meg effektiv. Jeg finner pasientens navn i papirene. Det var vel lungekreft hun hadde?

Hvilke egenskaper trenger en lege for å utøve sin gjerning? Hva er det som gjør den dyktige legen dyktig? Aristoteles skiller mellom tre former for kompetanse, knyttet til intellektuell, praktisk og moralsk virksomhet (11). Denne tredelingen kan anvendes om klinisk legearbeid, som kombinerer teori, håndverk og moral. Den utøvende legen trenger til enhver tid kompetanse på samtlige områder.

I de teoretiske disiplinene er kunnskapen et mål i seg selv – målet er erkjennelse av allmenngyldige sannheter om det som er uforanderlig i tilværelsen. Den dyktige teoretikeren er flink til å skape og håndtere slik kunnskap. Kroneksemplene på teoretiske disipliner er matematikk og fysikk, men etter Aristoteles' definisjoner vil også de biologiske fagene være blant de teoretiske disiplinene. Anatomi, fysiologi og patologi handler om generelle forhold i menneskekroppen, ikke om de individuelle utformingene.

Håndverksfagene er basert på teknisk kunnskap og har produksjon som mål. Den

dyktige håndverkeren eller teknikeren lager gode produkter. Produktet kan være en konkret ting, eller en forandring i de materielle forholdene, slik som når ortopedene reponerer et brudd.

Det tredje kunnskapsfeltet har den kloke handling som mål. På det sosiale området kan man oppnå moralsk visdom, kompetanse som manifesterer seg i kloke handlinger og riktige valg i vanskelige situasjoner. Den som har moralsk gangsyn, eller visdom på det sosiale området, har et øye for hva som er viktig og riktig i den enkelte situasjon. Dette forutsetter foruten grunnleggende menneskekunnskap og omsorg, en åpenhet for det uventet nye og enestående som gjør hvert tilfelle forskjellig fra alle andre. Visdom kan nås gjennom erfaring og allmennkunnskap, kombinert med en evne til å la seg overraske og inspirere under stadig nye forhold (12, 14, 15).

Gode og mindre gode leger

Gøril Abrahamsen ligger på ryggen. Døren står åpen mens legen kjenner med en finger i endetarmen. Plutselig piper det i legens brystlomme. Legen får et misfornøyd uttrykk, men sier ingen ting. Så trekker han fingeren ut og begynner å snakke i telefonen. Etterpå beklager han forstyrrelsen. En av pleierne som stadig går forbi, lukker døren.

Naturvitenskapelig kunnskap om menneskekroppen er en av medisinenes hjørnesteiner. Her er det snakk om generell, teoretisk viten. I klinisk medisin får denne teoretiske kunnskapen en praktisk anvendelse overfor den enkelte pasienten, den kobles sammen med prosedyrer for å finne ut hva som feiler pasienten og for å gripe inn i sykdomsforløpet. Klinikerne har praktisk kunnskap som setter ham i stand til å forstå og behandle det konkrete sykdomstilfellet. Men det som avgjør om kunnskapen brukes på riktig måte, er til sjuende og sist om det legen gjør, er til hjelp for pasienten. Det er derfor ikke nok at legen er kunnskapsrik og håndverksmessig dyktig. Vitenskapen og teknologien er kun midler, verktøy (16).

Plastikkirurgene som har omfattende anatomisk kunnskap og kan sitt håndverk, kan for eksempel utføre en teknisk vellykket fettsguging på en slank 16-åring. Men kan det være riktig å utføre inngrepet? Hvis det dreier seg om en jente med spiseforstyrrelse, ville det selvsagt være direkte uetisk. Lungespesialisten på sin side vet mye om behandlingen av lungekreft. Men hvis han forteller vidt og bredt om mulighetene for behandling umiddelbart etter å ha gitt en uventet kreftdiagnose til en pasient, så er det overtramp.

Medisinenes hensikt er å hjelpe mennesker til best mulig helse. Derfor er medisinen vesentlig et moralsk anliggende (13, 16, 17), og

legen kommer ikke utenom den tredje kunnskapsdisiplinen i Aristoteles' kunnskapslære. Hva som er «helse» for pasienten og hva som vil vise seg å være «hjelp» i hver enkelt situasjon, er beheftet med usikkerhet. Det som er til pasientens beste, er ikke i alle tilfeller det som er mest fornuftig, sett i et vitenskaps- eller teknologiperspektiv. Legen må evne å finne ut hvilken betydning sykdommen har for pasienten han har foran seg, for å kunne velge de riktige helsebringende tiltakene i samråd med pasienten. Derfor må



legen kunne lytte og søke den andres verdier. Han må være ydmyk og åpen for å finne ut hvor pasienten står og hvordan sykdommen griper inn i pasientens liv. Denne innsikten og evnen er ikke en teoretisk eller håndverksmessig ferdighet. Moralsk visdom har verken med vitenskap eller teknikk å gjøre, men med livskunnskap, modenhet og sosial kompetanse.

Stilt overfor Arne Brekkøy må jeg for eksempel holde alle sanser åpne for å få til en dialog med pasienten, samle informasjon om hans tidligere tilværelse og trekke veksler på mine og andres erfaringer i møte med liknende pasienter. Dette er nødvendig for at jeg skal kunne gi ham trøst, lindring og kanskje også behandling.

I en artikkel om visdom har Eivind Vestbø skissert den lange veien fra «rå» faktakunnskap til de kliniske valgene som må tas i møtet med den enkelte pasienten (7). Vestbø påpeker at dialogen med pasienten avhenger av legens personlige egenskaper, som menneskekunnskap, empati og mot. Veien mot de kloke beslutningene innebærer refleksjon over den aktuelle situasjonen – hvem er mennesket, og hva vil det si å hjelpe? Jo bedre man kan forstå hva som er «hjelp» og hva et «menneske» er, jo bedre mulighet har man til å være i pakt med fagets vesen.

Den kliniske kunnskapens natur er med andre ord sammensatt, selv om den teknisk-naturvitenskapelige «kulturen» i stor grad dominerer i medisinenes faglige selvforståelse og i utdanningen av nye leger. Kanskje varierer oppfatningene av kunnskapsgrunnlaget likevel noe mellom spesialitetene, og særlig innen allmennmedisinen er fagets kunnskapsgrunnlag gjenstand for debatt og forskning (18, 19). Dette grunnlagsarbeidet

vil forhåpentligvis etter hvert få større betydning også utenfor allmennmedisinen.

Erfaring og veiledning

30 studenter står i kø for å kjenne på den store leveren til pasienten som ligger i sengen fremst i auditoriet. Professoren har på forhånd bedt vedkommende om tillatelse. Jeg misliker situasjonen, og i pausen snakker noen av de andre studentene om at dette må ha vært nedverdiggende for pasienten. Tre år senere er det jeg som ber pasienten om tillatelse til å vise et interessant funn til studentene.

Aristoteles legger vekt på at etisk kompetanse må oppøves. Man lærer av erfaring, ved å utføre handlinger under veiledning av mennesker som selv er erfarne og kloke, og ved å bli utfordret til å reflektere over hvorfor noe er riktig og noe er galt. Moral angår ikke teoretiske, generelle forhold, og kan derfor ikke læres på skolebenken alene. Men det er heller ikke nok slavisk å utføre de riktige handlingene etter en opp-

skrift. Det gikk i hvert fall galt første gangen jeg skulle informere pasienten og de pårørende om at det var på tide å avslutte behandlingen. Jeg la i vei, uten å tilpasse informasjonen etter situasjonen. Pasienten og ektefellen ble ille berørt, og i ettertid forstår jeg at jeg tok fra dem et håp de hadde behov for og involverte dem i avgjørelser de helst ikke ville vite om. Jeg var for ivrig etter å gjøre det riktige. Oppgaven var for komplisert til at den kunne løses ved å følge en prosedyre.

Både ved denne og andre anledninger har jeg savnet veiledning. Min erfaring er at selv når undervisningen foregår i form av veiledning, er det de tekniske aspektene som står sentralt, snarere enn de moralske. Legens og legestudentens opptreden og deres evne til å ivareta pasienten som menneske blir sjeldnere kommentert. Dette er bekreftet i flere studier (6, 20). Derfor utnyttes ikke mulighetene for å lære av forbilder og av egne og andres erfaringer godt nok på dette feltet. Dette er også et indirekte signal om at kommunikasjon og samhandling er underordnede deler av legens kompetanse, eller at disse ferdighetene er så selvfølgelig at de ikke trenger å utvikles som andre profesjonelle ferdigheter.

La meg som eksempel ta undervisningsvisitten som vandrer fra seng til seng i jakt på bilyder. Selvfølgelig skal professoren som leder undervisningsvisitten opptre høflig og vise pasientene respekt. Slik går han foran med sitt gode eksempel. Men hva er høflighet og respekt i det enkelte tilfelle? Handlingene og ordene har nyanser og subtile betydninger: Jeg ville slett ikke gjort det *slik* hvis jeg hadde ledet visitten, men hvordan kan det ha seg at doktor Mathisens bryrke opptreden ikke ser ut til å plage denne

damen? Hva fungerer bra og hva fungerer dårlig? Hvordan skal jeg unngå å gjøre de samme feilene som jeg har sett andre begå?

Det trengs tid og interesse for å la slike spørsmål komme opp på overflaten. Det trengs veiledere som med ord og handlinger skaper rom for og stimulerer til refleksjon over hva det er som gjør disse møtene vellykkede eller mislykkede. På alle nivåer i lege- og spesialistutdanningen må det eksplisitt komme til uttrykk at leger trenger moralsk visdom og at dette er noe man opparbeider seg ved å prøve og feile, under veiledning og gjennom refleksjon (6).

Feilbarlighet og ettertanke

Legen på poliklinikken oppfordrer Grethe igjen til å slanke seg og slutte å røyke, og forteller at neste gang hun kommer vil han sannsynligvis gi henne en ny tablett mot blodtrykket i tillegg til den hun har fra før. Kolesterolnivået er fortsatt høyt, men Grethe oppfatter bare halvveis det legen sier om arvelighet. Legen avslutter konsultasjonen. Når Grethe kommer ut, må hun tenne seg en sigarett for å roe nervene.

Hvis man vil oppøve sine moralske ferdigheter, utvikle sin egen karakter og forsøke å handle i pakt med idealene, må man være åpen for egne begrensninger. Legens innsikt er ufullstendig, og pasientens beste er et ideal man bare kan nærme seg ved ettertanke og i dialog med pasienten. Det er lett å forveksle det som synes faglig selvfølgelig med den subjektive sannheten som må gjelde for pasienten der og da. Alle gode formål kan ende opp som feilgrep og undertrykking, hvis man ikke er på vakt. Om de ideelle kravene vi må stille for ikke å skade andre, sier Foucault at «en forsiktig, utprøvende og krevende holdning er nødvendig. Hvert eneste øyeblikk, skritt for skritt, må man konfrontere det man tenker og sier med det man gjør, med det man er...» (15). Om legeyrket rekrutterer mennesker med god allmenndannelse, allsidige interesser og gode hensikter (4), er vi likevel feilbarlige, og faren for å bli blendet av de gode hensiktene er stor. Den etiske refleksjon kan motvirke dette og bør derfor være en integrert del av utdanningen og arbeidet vårt.

Teknikk og humanitet

Visitten er over, konklusjonen klar: Eva Holm har subileus, vi må kontakte kirurgene. Men damen har fortsatt noe på hjertet. Det handler om da hun traff sin mann for 50 år siden. Jeg burde avslutte, jeg har en avtale med kardiologen, og hvis jeg fortsetter å gå glipp av undervisningen på grunn av pasientarbeidet vil utbyttet av ekkokurset bli magert. Men jeg husker at da Holm lå med et infisert brannsårl på B-posten i fjor snakket hun også om hvordan hun og mannen ble kjent. Hva er det hun forsøker å formidle? To uker senere, når jeg hører at hun døde på kirurgisk avdeling, lurer jeg fortsatt.

Da jeg studerte medisin i Bergen i 1990-årene syntes jeg studiet var spennende. Men legeutdanningen var også en rystende prosess. Jeg merket at den vitenskapelige og tekniske innstilling til mennesket medisinen formidler, skiller seg fra vanlige former for samhandling og kommunikasjon. Alminnelig folkeskikk fordrer respekt, likeverd og omtanke. Slike oppfatninger av hvordan møter mellom mennesker skal foregå må legges til side for å gi rom for de tekniske prosedyrene (10, 20, 21). Ikke fordi noen i og for seg mener at høflighet og dannelse ikke er av betydning for leger, men fordi alle forstår at i visse situasjoner må denslags nedprioriteres noe: «Jeg måtte fortsette selv om hun fortalte meg at hun var redd for å ha kreft. Egentlig er jeg ikke en slik person. Jeg er ganske empatisk. Men jeg måtte jo spørre om hennes seksualpartnere. Og nå må jeg lære å sette spekelet i vagina.» Så håper jeg det går bra med meg likevel. Men dette er et tvilsomt standpunkt. Hvis jeg vil ta vare på mine holdninger, må jeg, som Foucault sier, oppføre meg i tråd med dem. Handler jeg ofte nok i strid med mine prinsipper, blir jeg forandret, fordi «holdningene oppstår av tilsvarende virksomheter», slik Aristoteles påpeker i sin etikk (11).

Christakis & Feudtner har analysert flere hundre essayer skrevet av legestudenter og leger i USA for å utforske hvordan utdanningen og arbeidet påvirker legestudentenes og de ferske legenes personlige utvikling (21). Et hovedfunn er at legene og legestudentene utfører teknisk preget arbeid i sine møter med stadig nye mennesker. Denne arbeidsformen er både slitsom og potensielt skadelig. Arbeidsrutinene, de uskrevne reglene og de faglige kravene lærer oss leger å undertrykke og usynliggjøre våre egne, så vel som pasientenes følelser og verdier. Det går så fort unna at vi sjelden rekker å sette oss inn i hvordan pasienten har det. Vi opplever at vi vanskelig kan gi særlig mye av oss selv, være empatiske eller bygge relasjoner. Vi reagerer med å utvikle distanserende forsvarsmekanismer som svekker innlevelses- evnen vår og i verste fall gjør oss kyniske.

Det er ofte hensiktsmessig å tenke seg mennesket som en maskin. Vi gjør dette – som oftest uten selv å ofre det en tanke – for å forstå det som går galt og for å reparere feilene. Men hvis vi ikke respekterer et menneske som et likeverdige, følende og tenkende vesen, kan vi bare gi uegentlig hjelp. Dette er et dilemma som krever en praktisk løsning hver gang lege og pasient møtes. Iblant tenker jeg at det beste ville være å kalle en spade for en spade, en lege for en fysio- mekaniker, og overlate det helhetlige ansvaret for pasientene til andre. Med sidesynet registrerer jeg sykepleierne som lytter til pasientene og trøster dem etter at legen har vært der. Men også sykepleierne er preget av produksjon og teknologi. Kanskje hjelpepleierne og renholderne har bedre gangsyn og burde vært pasientenes advokater?

Jeg trekkes i to retninger. Utdanningsplanen og min egen indoktrinering sier at jeg bør være effektiv, gå en rask visitt, skrive ut flest mulig pasienter for å frigjøre senge- plasser, gjennomføre de planlagte prosedyrene og lese en artikkel før dagens undervisningsmøte. På den annen side ønsker jeg å gå innom henne som holder på å dø, lytte til de pårørendes bekymringer og slå av en prat med fysioterapeuten om den motløse mannen som ble innlagt i forrige uke. Det siste er en like nødvendig del av medisinen som det første, men det er vanskelig å fri seg fra kravene om effektivitet og målbare resultater. Jeg må stadig minne meg selv på at medisinen er en moralsk virksomhet.

Litteratur

1. Hjort PF. Fremtiden er lys – det er bare tre bekymringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 12.
2. Hofmann B. Teknologisk medisin i et nytt millennium. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 94–8.
3. Hellesnes J. Kampen mot det unormale. Om medisin, makt og tilpassingspress. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3251–4.
4. Holte K, Høye S. Hvordan lære en pugghest å danse ballett? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3770–2.
5. Stolt C-M. Vad är humanistisk medicin? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3736–7.
6. Vaglum P. De nødvendige forbildene – forsvinner de fra legeutdanningen? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 15.
7. Vestbø E. Visdom – kunnskapen, pasienten og legen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1146–8.
8. Gulbrandsen P. Rettferdighet – den største og mest krevende dyden. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1149–52.
9. Nylenna M. De «to kulturer» i medisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3732–5.
10. Olsvold N. Organkroppen. Kritiske perspektiver på grunnlaget for etisk praksis i medisinen. I: Schei E, Gulbrandsen A, red. Forstår du, doktor? Oslo: Tano Aschehoug, 2000.
11. Aristoteles. Den nikomakiske etikk. Oslo: Bokklubben Dagens Bøker, 1999.
12. Vetlesen AJ, red. Dydsetikk. Oslo: Humanist forlag, 1998.
13. Tauber AI. Confessions of a medicine man. An essay in popular philosophy. Cambridge: MIT Press, 1999.
14. Vetlesen AJ, Nortvedt P. Følelser og moral. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996.
15. Flyvbjerg B. Rationalitet og magt. Det konkrete videnskap. 6. utg. Århus: Akademisk forlag, 1996.
16. Pellegrino ED, Thomasma DC. A philosophical basis of medical practice. Toward a philosophy and ethic of the healing professions. New York: Oxford University Press, 1981.
17. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. New York: Oxford University Press, 1991.
18. Malterud K. The legitimacy of clinical knowledge: towards a medical epistemology embracing the art of medicine. Theor Med 1995; 16: 183–98.
19. Berg E. Pasienten fra objekt til subjekt. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2681–3.
20. Sinclair S. Making doctors. An institutional apprenticeship. New York: Berg, 1997.
21. Christakis DN, Feudtner C. Temporary matters. The ethical consequences of transient social relationships in medical training. JAMA 1997; 278: 739–43.

○