

# Skjebnezapping – medisinsk grunnopplæring, legestudenters dannelse og den etiske fordring

Legestudenter gjennomgår en dannelsesprosess som skaper dype endringer i følelsesliv, identitet og virkelighetsforståelse. Utviklingen av personlig erkjennelse, opptreden og empati i profesjonell sammenheng er imidlertid i stor grad overlatt til den enkelte, og blir i studiesammenheng sjelden ivaretatt gjennom litteratur, diskusjon eller eksplisitt formulering av mål og idealer. At viktige diskusjonstemaer usynliggjøres i studiehverdagen, muliggjør kritikklos tilpasning til den eksisterende kultur, slik den kommer til syne gjennom legers væremåte og handlinger. Studiet innebærer eksempelvis et stort antall flyktige konfrontasjoner med fremmede menneskers lidelse og sårbarhet, noe som ikke kan unngå å vekke følelser og spørsmål hos studentene, men sjelden kommenteres eller bearbeides i undervisningssammenheng.

I artikkelen beskriver vi konkrete opplevelser fra studiehverdagen og belyster dem ved hjelp av hovedpunkter i den danske filosofen K.E. Løgstrups etikk. Hans relasjonelle menneskeforståelse bryter med moderne forestillinger om mennesker som atskilte, autonome individer og utfordrer det objektiverende menneskesynet vi blir fortrolige med gjennom legestudiet.

*På et operasjonsbord på Haukeland Sykehus ligger en 17 år gammel gutt med nakkeskade, sannsynligvis lammet for livet. Kun en liten del av nakken samt noe av hoftekammen er synlig under det grønne. Rommet er fylt av teknisk apparatur. Stemningen er hverdagslig. Sykepleiernes og kirurgenes samtaler røper ikke at en menneskeskjebne skal avgjøres. Operasjonsteamet er på jobb. Jeg får se på. Det er min første uke som student i kirurgisk termin. Det er gjort. Respiratoren kobles fra og venekanyler fjernes. En solbrun kropp avdekkes. Håret hans er mørkt. Jeg kjenner at noe rører seg i meg. Kanskje min evne til å sette meg inn i den andres situasjon, min evne til å føle med. Sengen rulles inn på intensivavdelingen mens gutten overtrykksventileres manuelt. Hans mor stirrer stivt fremfor seg, hennes engstelse og sorg fyller rommet. Jeg ser en*

---

**Kjell Arne Johansson**

**Christian Ohldieck**

**Margrethe Aase**

Det medisinske fakultet  
Harald Hårfagres gate 1  
5020 Bergen

**Edvin Schei**

*Edvin.Schei@isf.uib.no*

Seksjon for allmenntidmedisin  
Ulriksdal 8 C  
5009 Bergen

---

Johansson KA, Ohldieck C, Aase M, Schei E.

**Medical education, students' world view, and the ethical challenge.**

*Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1618–21.*

Three medical students describe their search for professional and personal identity midway through medical school. The article focuses on their concrete experience of human suffering and vulnerability, which is set against elements from the relational ethics of Danish philosopher KE Løgstrup. Løgstrup's ontology is based on a relational understanding of being human, and implicitly opposes the strongly objectivating and individualised view of human existence promoted through the experiences of everyday medical education.

---

☞ Se også side 1561

*cola, en sjokolade og et tegneserieblad i vinduskarmen. Hun lytter mens anestesilegen vennlig forklarer at operasjonen var vellykket. Takker ham varmt. Jeg har lyst til å gråte, men føler ikke at jeg kan, jeg er jo legestudent.*

*Jeg følger den vennlige anestesilegen idet han forlater rommet. Han er sulten og skal spise middag. Prater om løst og fast. Vi går inn på en ny operasjonssal. Der ligger et ørlite barn, 800 g, født ved keisersnitt i 25. svangerskapsuke. Barnet har hjerneblødning og skal opereres. Jeg holder ut i ett minutt før jeg tar heisen til kantinen. Lunsjtid.*

Denne artikkelen er tre medisinstudenters refleksjoner over opplevelser gjennom drøyt tre års legestudium, og hva disse opplevelsene gjør med oss. «Vi» i artikkelen uttrykker studentperspektivet, og «jeg» i vignettene er en av oss. Det er åpenbart at vi opplæres til å utføre medisinske handlinger på en korrekt måte. Det er også åpenbart at vi dannes og formes som personer, men hva slags dannelse det er, og hva den vil bety for oss selv som

leger, og dermed for våre pasienter, er meget uklart. Vårt utgangspunkt for å skrive er fornemmelser av motstand som vi registrerer i oss selv mens vi tilpasser oss sykehuskulturen. Denne fagkulturen innebærer at mennesker får roller som gjør at de opptre og/eller blir behandlet på måter som avviker sterkt fra de normene som gjelder i samfunnet ellers. Det er nødvendig. Men mange ganger har vi opplevd å være medaktører i opptrinn som synes å røpe manglende omtanke for pasienters eller pårørendes perspektiv, vi har vært vitne til handlinger og ord som synes unødvendig brutale eller følelsesmessig belastende. Vi ser at de som gjør dette, våre lærere, andre studenter eller vi selv, er gode mennesker som handler i god tro og i pakt med fagets retningslinjer. Våre lærere har selv gjennomgått en dannelsesprosess gjennom mange år i medisinstudiet og den medisinske fagkultur, og vi tror det er egenskaper ved fagkulturen, ikke ved personene, som kan skape en ufølsomhet i mellommenneskelige samspill når de foregår innenfor faglige rammer. Vi finner støtte for denne tanken i litteraturens stadige etterlysning av humanisme i legestudiet (1–8).

Vi forstår selvfølgelig at medisinen ikke kan eksistere uten særegne spilleregler for mellommenneskelig kontakt. Vi forstår også at det må ta tid før vi, som nybegynnere, kan forstå bakgrunnen for alt som skjer rundt oss. Studenters manglende erfaring og manglende faglige innsikt kan imidlertid bli en permanent sovepute, en alltid tilstedeværende unnskyldning for ikke å bruke vårt etiske skjønn, for ikke å ta stilling når «faglig» opptreden og væremåte vekker anstøt, aversjon, sinne og medlidenhet i oss. Vi kan lett finne gode grunner for alt som skjer, enten i de medisinske situasjonenes helt spesielle særtrekk, i aktørenes arbeidsbyrde, tidspress og tretthet eller i vår egen uvitenhet. Vi kan velge å være «positive» og glede oss over all den gode undervisningen, alle de gode forbildene som vi også treffer. Men nettopp fordi det finnes så mange unnskyldninger, frykter vi at kritikklos tilpasning til gjeldende praksis ikke bare er fullt mulig, men helt vanlig, også om den faglige praksis skulle være etisk tvilsom. Dersom legestudenters dannelse innebærer en slik tilpasning til og kritikklos aksept av det som skjer i den medisinske tradisjonens navn, er det vår dømmekraft, grunnlaget for selvstendig etisk tenkning og praksis, som svekkes.

I vår tilnærming har vi valgt en fenomenologisk innfallsvinkel, med vekt på egne

opplevelser som legestudenter. Til støtte for våre refleksjoner bruker vi begreper og resonnementer fra den danske filosofen og teologen Knud Ejlert Løgstrup (1905–81). Hans ontologi (ontologi = læren om det værende som det er, hva som kjennetegner virkeligheten) gir etter vår mening god hjelp til å erkjenne hva som står på spill i møtet mellom pasientene og de profesjonelle, enten de er leger, studenter eller andre. Vi antar at Løgstrups verk er lite kjent for mange lesere, og gir derfor en kort presentasjon av noen hovedpunkter i hans menneskeforståelse underveis i teksten. Flere av punktene er illustrert med korte fortellinger fra vår studiehverdag, men vignettene pretenderer ikke å overlape fullt ut med innholdet i Løgstrups begreper.

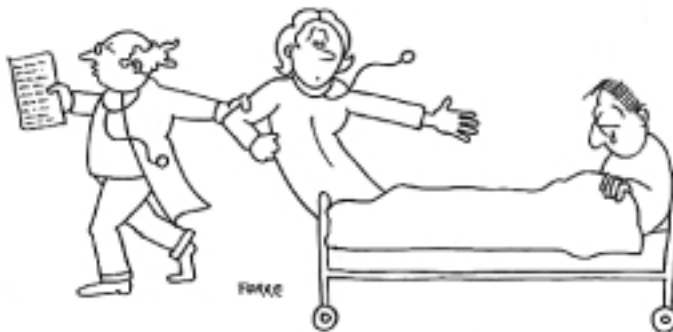
### Utgangspunktet: Ingen er selvforsynte

Vi er flinke barn, alle forventer at vi skal mestre, tilpasse oss og bli enda flinkere. Vi skal jo bli leger. Finn Skårderud skriver om oss: «Det flinke barnet er ensomt fordi dyktigheten og selvstendigheten kamuflerer behovet for å være liten. Det kamuflerer behovet for at noen er sterke for dem, i stedet for at de ser ut til å klare det meste selv. Deres flinkhet er en vei til anerkjennelse, men det er også å sabotere seg selv. Det er å fortelle hele verden at man er selvforsynt, noe man selvsagt ikke er» (9).

Ingen er selvforsynte. Løgstrup er en filosof i den eksistensielle tradisjonen fra Edmund Husserl (1859–1938) og Martin Heidegger (1889–1976). Han peker på at de utbredte forestillingene om at mennesker er eksistensielt selvstendige og uavhengige individer, ikke gir et riktig bilde av hva det er å leve som menneske. Det er villedende å forestille seg menneskene isolert i hver sin lille verden som bare tangerer de andres verdener. Løgstrup minner oss på at vi er sårbare vesener som lever i dyp avhengighet av og gjensidighet med hverandre (10). Dette gjør oss følsomme for avvisning, skam og svik (en følsomhet vi ofte ikke vil erkjenne), men det er samtidig et fundament for en allmenn etikk. I sitt hovedverk, *Den etiske fordring* (1956), skriver Løgstrup: «Vi er hverandres skjebne og hverandres verden. Gjennom min holdning til den andre er jeg med på å bestemme hvilken vidde og farge hans verden får. Jeg er med på å gjøre den rommelig eller trang, lys eller mørk, mangfoldig eller kjedelig – og ikke minst er jeg med på å gjøre den truende eller trygg. Ikke gjennom teorier eller anskuelser, men ganske enkelt gjennom min holdning» (10).

Når vi som flinke barn på legestudiet merker at knapt noen er interessert i våre tanker og refleksjoner, og at forbilder flest ikke synes å ha behov for å dele sine følelsesmessige erfaringer med andre, lærer vi at kontroll og selvtilstrekkelighet er det riktige. Når

hundretalls pasienter med svære lidelser paraderes foran oss i uker og måneder uten at vi gis noe ansvar eller mulighet for å forholde oss til dem som medmennesker, lærer vi å fungere distansert og kjølig. Det implisitte budskapet i vår daglige erfaringsverden på sykehuset er at alle bør klare seg selv, og hvis de ikke gjør det, er det tegn på svakhet. Hvis lærerne hadde tid til å bli kjent med oss, og vi med dem, ville vi kanskje lært noe annet (1)?



### Vi utgjøres av våre relasjoner

*Jeg la et snitt i min første pasient, fra nakkeroten nedover langs ryggraden. I håp om at aktivitet ville dempe urolige tanker og følelser, var jeg den ivrigste på gruppen og den første til å gripe skalpellen. I forkant hadde vi handlet inn diverse redskaper som vi betraktet litt forundret. Vi delte oss inn i grupper på tre-fire og gjorde oss klare. Like- ne var dekket av plast og et hvitt laken. Dette fjernet vi. De lå på magen, slik at vi ikke kunne se ansiktene. Det var noe vi skulle gjøre – et stykke arbeid – så det var bare å sette i gang. Jeg skulle ikke mestre det dårligere enn de andre. Og jeg klarte det. Det svimlet ikke for meg, jeg gikk ikke i bakken.*

Vi møtte vår første levende pasient etter to og et halvt års detaljert pugging av kroppens biologiske egenskaper. Den aller første vi traff i en slags pasientrolle var imidlertid liket vårt på disseksjonssalen. Det lå i kortene at hun eller han aldri skulle betraktes som noe annet enn en kropp, et objekt for eksamensstyrt vitebegjær. Alt som kunne innby til relasjon, som navn, historie og dødsårsak, ble holdt skjult. Ansiktet var også tildekket de første timene. Kaldsvette, kvalme og andre følelsesmessige reaksjoner røpet imidlertid at den døde på benken ikke var et «preparat» for oss, men en død person som fortsatt angikk oss. En medstudent la en rød rose på lakenet over den døde da disseksjonsundervisningen var slutt. For henne var det fortsatt en relasjon.

Løgstrups virkelighetsbeskrivelse innebærer at mennesker ikke kan være objekter for hverandre, fordi vi påvirkes og formes, mye eller lite, av alle mennesker vi møter. «Vi er hverandres verden,» skriver han, sikkert helt uten tanke for at også møtet med et lik på en disseksjonssal kan minne oss på at vi er påvirkelige av våre relasjoner til

«betydningsløse» mennesker. Empiriske studier av legestudenters identitetsutvikling viser at disseksjonsundervisningen initialt utløser sterke emosjonelle reaksjoner (kvalme, besvimelse, appetittmangel, søvnløshet eller mareritt) hos en stor andel av studentene, og utløser tilpasningsreaksjoner som gjør denne erfaringen særlig betydningsfull som «overgangsrite» fra lekmann til lege (11–15). En undersøkelse fra 1994 viste at studenter raskt utviklet en evne til å dissosiere, slik at ubehagelige følelsesreaksjoner ikke oppstod. Etter tre måneder var holdningene målbar endret, fra aversjon til likegyldighet eller trivsel – mange studenter angav bl.a. at de ble mindre affisert av å tenke seg at ukjente personer døde, samtidig som reaksjonene på å forestille seg nære personers død ble sterkere. Forfatterne konkluderer med at man i utdanningen må være oppmerksom på «de til dels dramatiske holdningsendringene som kan utløses av disseksjonsundervisningen, og som kan ha negativ innflytelse på senere omsorgsevne i legerollen» (16).

Disseksjonssalens «pasientmøte» har selvsagt spesielle trekk som skiller det fra andre erfaringer man gjør seg som klinisk student. Likevel er det vår påstand at det dominerende fokuset – kroppen som biomekanisk enhet – forblir det samme utover i studiet. Så godt som all undervisning kretser om biologiske og patologiske perspektiver – den syke personen fremstilles i mange situasjoner indirekte som et vedheng til sine kroppslige (dys)funksjoner.

Disseksjonssalens «pasientmøte» har selvsagt spesielle trekk som skiller det fra andre erfaringer man gjør seg som klinisk student. Likevel er det vår påstand at det dominerende fokuset – kroppen som biomekanisk enhet – forblir det samme utover i studiet. Så godt som all undervisning kretser om biologiske og patologiske perspektiver – den syke personen fremstilles i mange situasjoner indirekte som et vedheng til sine kroppslige (dys)funksjoner.

### Man kan ikke velge seg ut av forholdet til mennesker man møter

*Endelig levende pasienter! Likevel sitter jeg med en fornemmelse av at jeg egentlig aldri får møtt dem, de drukner i en hektisk travelhet. 8–9: Visitt. Ti pasienter på en halvtime. Alt fra avrevet hånd til for liten tiss. 9–11: To operasjoner. Hypospadi og kjønnsoperasjon hos en pasient med androgenitalt syndrom. 1315–1445: Klinikk. Presentasjon av pasient som har måttet amputere tre fingre på høyre hånd etter arbeidsulykke. Har mistet gripeevnen og må omskoleres. 1515–1615: Ettermiddagsvisitt på nevrokirurgisk avdeling. Kvinne med ondartet hjernevulst, har maks to år igjen. Vet det ennå ikke selv. Mor til fem. Neste møte: Mann i koma. Vil aldri våkne igjen, men responderer på smerte.*

«Zappingen» mellom menneskeskjebner lærer oss at pasientene er objekter for det kliniske blikk, deres rolle er bare å være eksempler på visse sykdomstilstander. Vi glemmer de fleste i løpet av noen dager. Og kanskje er det et urimelig – ja direkte skadelig – perspektiv stadig å ha for øye at våre liv er sammenflettet, slik Løgstrup hevder?

Skal jeg veves inn i hver fysiske og psykiske tragedie jeg blir vitne til, kanskje på tvers av både mine og den selvstendige pasients ønsker?

Vi forfekter ikke et romantisk ideal om å skulle lide med alle våre pasienter, slik at vi «setter oss i deres sted». Løgstrups siktemål er å peke på et fundamentalt kjennetegn ved det å være menneske, nemlig at vi alltid i noen grad «formes» av hvordan vi møtes og hvordan vi selv møter andre. Våre liv er sammenvevde på uatskillelig vis, det er en kjensgjerning som hører vårt menneskeliv til – vi har ikke selv skapt disse rammene for samliv og kan heller ikke velge dem bort. Vi kan imidlertid lukke øynene for dem i uvitenhet, men også dette har sin pris. Kanskje betaler mange leger en høy pris i form av et kynisk forhold til «idealisme» eller med slitasjeskader etter emosjonell forstrekking (17). Som studenter registrerer vi at vår evne til innlevelse og medlidenhet overhodet ikke strekker til overfor det enorme antall skjebner som flimrer forbi oss på altfor kort tid (18). Vi, som begynte på studiet fordi vi ville bidra til å redusere menneskelig lidelse, kjenner matthet og likegyldighet overfor disse syke menneskenes personlige erfaringer. Med støtte i Løgstrup tror vi denne nummenheten paradoksalt nok skyldes at vi ikke kan være egentlig likegyldige, og at vi derfor, når menneskemøtene truer med å overvelde alt vi kan fordøye, trekker oss så langt unna som mulig, for ikke å gå i stykker.

### Tilliten

*Min første dag i akuttmottaket – sykepleieren hadde kalt meg lege! Stolt og litt engstelig stod jeg på min plass i hierarkiet, ved siden av turnuslegen og assistentlegen. Pasienten lå i sengen, de pårørende gikk urolige frem og tilbake. Alle ventet spent på utfallet: operasjon – ikke operasjon. Ventet på noe som kunne avgjøre situasjonen. Endelig kom avklaringen inn døren: overlegen. Rolig og mildt håndhilste han på den 80-årige kvinnen og de pårørende, nikket vennlig mot oss tre hvitkledde og satte seg ved sengekanten. Åtte minutter senere forlot han rommet. Da hadde han lyttet til, diskutert med og undersøkt pasienten, beroliget de pårørende og forklart oss det lyse og mørke på røntgenbildene. Alle var ivaretatt, stemningen var trygg.*

«Mennesker fødes med naturlig tillit til hverandre,» skriver Løgstrup. En grunnleggende tillit kan sees i all menneskelig samhandling, for kommunikasjon er å våge: Våge å blottstille seg, våge å strekke seg mot den andre for å bli møtt – alltid med risiko for å bli avvist, krenket eller ydmyket. Man kan ikke unndra seg tilliten i møter med andre mennesker. Man kan velge å legge lite av seg selv i kommunikasjonen, men aldri ingenting. Det vil alltid være tillitsfullhet i enhver ytring, og det vil alltid ligge et krav i den om ivaretagelse.

Opplevelsen av avvising er derfor alltid farlig nær når mennesker møtes. Det kan skyldes «ren ubetenksomhet», men allikevel få alvorlige konsekvenser – brist i tillitsforholdet. Lege-pasient-forholdet er basert på tillit – pasienten må stole på legen for å utlevere sitt selv, sin angst, sin hjelpeløshet og sine ujevne kroppsdeler. Tillit er en nødvendig forutsetning for et helbredende mellommenneskelig forhold (19, 20).

### Den etiske fordring

*Det lille rommet hvor to sykepleiere styrer driften av akuttmottaket bobler av liv. Jeg venter på pasienter å ta opp journal på. Alle rom er opptatt, fire pasienter ligger i hallen like utenfor buret og venter på å bli undersøkt av lege. Hele situasjonen er kaotisk. Jeg står apatisk og kikker ut i hallen. Glemmer tid og sted. En eldre mann ligger på en bære og skriker. Han har sikkert akutt abdomen, en fin pasient å ta opp kirurgisk journal på. Folk haster forbi. Vi i buret er opptatt med vårt. Han vrir seg på båren, bretter av seg dynen. Han drar ned underbuksen, det ser ut som han må på do. Ingen bryr seg. Han har ligget og jamret i over et kvarter, og ligger nå naken i hallen som vrimler av fremmede mennesker. En ambulansesjåfør kommer inn. Han bretter dynen over ham, og klemmer hånden hans. Han sier noe til ham, jeg hører ikke hva. Mannen slutter å skrike.*

*Etterpå satt jeg igjen med et ubehag. Hvorfor hadde jeg ikke gjort noe?*

Den etiske fordringen er der alltid. Dens innhold er følgende: Man skal med all sin fantasi og dømmekraft gjøre sitt ytterste for å forstå hva som kan være det beste for den andre, og handle deretter (10). En slik omsorg for den andre ytrer seg ikke i form av «føleri» eller servil enighet – noen ganger må den andres uttalte ønsker trosses for nettopp å hjelpe ham. Fordringen finnes i og med at mennesker er sammenvevd i tillits- og avhengighetsbånd. Vi kan ikke velge bort den etiske fordringen, den er en gitt del av tilværelsen som menneske.

Den enkelte stilles til ansvar i ethvert møte, man er alltid fanget i valget mellom å ta vare på den andre eller å avvise ham. «Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender» (10). Avhengig av situasjonen, maktforholdene, sårbarheten og den enkeltes psykiske og emosjonelle ståsted kan dette «noe» romme alt fra en forbigående stemning til det andre menneskets skjebne.

Den etiske fordring er et ideal. Den er uoppfyllelig, sier Løgstrup advarende. Like fullt er den det etiske livs rettesnor. Den er taust og grunnleggende til stede i menneskers søken etter det gode liv med hverandre. Løgstrup skriver ikke om legen, men det er åpenbart at et lege-pasient-forhold innebærer en etisk fordring som er usedvanlig

tydelig, fordi møtet mellom pasient og lege finner sted innenfor en ramme som er eksplisitt moralsk – den ene er der for å få hjelp, den andre for å hjelpe. En fare i medisinen kan være at vi alltfort lett tror, ut fra en profesjonell og generell vurdering, at vi vet hva som er godt for den andre, eller at vi betrakter et delgode, for eksempel en korrekt teknisk intervensjon mot sykdommen, som om den var det hele. At den syke inngår i et nett av relasjoner, deriblant sine relasjoner til hjelperne, og at det som skjer i disse relasjonene, samt måten det skjer på, kan være avgjørende viktig for den enkelte, blir sjelden vektlagt i klinisk undervisning (21).

### Autonomi, autenticitet

*Visitt. Jeg står bøyd over en 80 år gammel mann og lytter på hjertet hans. Pasienten hoster litt og stønner. Jeg konsentrerer meg om å høre en systolisk bilyd som legen har hørt, men hostingen forstyrrer meg. Pasienten er «terminal», sier legen. Det er vanskelig å finne ut hvor bilyden er sterkest, så jeg flytter stetoskopet frem og tilbake. Pasienten prøver å vifte meg bort med en svak håndbevegelse. Jeg ignorerer det, samt de misforståede grytene. Det ligger en kropp med en systolisk bilyd foran meg. Jeg prøver å lytte enda en gang.*

I medisinsk etikk likestilles ofte autonomi med selvbestemmelsesrett: «Being one's own person, without constraints either by another's action or by psychological or physical limits» (22). Etter Løgstrups ontologi representerer dette et illusorisk menneskesyn, da slike totale avgrensninger mellom individer ikke kan forekomme. Samtidig peker Løgstrup på betydningen av at mennesket er et autentisk vesen og lever sitt liv som sådant. Mennesket er «en, der selv skal leve sit liv og ikke kan overlade den oppgave til andre eller andet» (23). Vi skal aldri tråkke inn i de områder som Løgstrup kaller «den andens urørlighetszone». Man er ikke berettiget til å gjøre hva som helst i sitt forsøk på å hjelpe: «Viljen til å forstå hva som er det beste for den andre, og å uttale seg, tie og handle ut fra denne forståelsen, må være koblet til viljen til å la den andre være herre i sin egen verden» (23).

Hvordan kan den enkelte finne ut hva den andre er best tjent med? Hvordan unngå overgrepene som lurert når min oppfatning av hva som er det beste for den andre er i strid med hans? Hvor skal man plassere seg mellom ansvarsløs ettergivenhet på den ene side og det velmente overgrepet på den annen? Løgstrup gir ikke noe entydig svar på dette. Han fastholder imidlertid at vurderingen må gjøres ved hjelp av den enkeltes erfaringer, fantasi og livsforståelse, og at den må skje i absolutt uselviskhet.

Vi antar at evnen til å etterkomme den etiske fordringen vokser i takt med evnen til å leve seg inn i andres situasjon, det vil si med egen modenhet, livserfaring, fantasi og

refleksjonsnivå. For helsearbeidere som har makt over andre i kritiske og sårbare øyeblikk, må det være et uttalt mål at alle anledninger brukes til å styrke egen empatievne, karakter og selvstendighet. Avstand, hastverk, store grupper og samlebåndspreg i undervisningssituasjonene forhindrer fortrolighet. Skal studiet fungere *dannende*, kreves mer tid til forpliktende samvær mellom studentene og de kliniske lærerne (1). I tillegg håper vi å ha vist i denne artikkelen at begreper og eksempler fra velvalgt litteratur kan berike og utdype refleksjonene og læringsutbyttet av de erfaringene man gjør seg (24).

Vi ønsker oss et legestudium hvor hverdagens mange grensesprengende erfaringer blir gjort til gjenstand for samtale og refleksjon, slik at vi kan modnes av dem. Det skjer nesten aldri i det studiet vi kjenner. Snarere virker det som om vi med årene lærer det motsatte: Å glemme, og haste effektivt videre, uten ettertanke og sjelekvaler.

#### Litteratur

1. Vaglum P. De nødvendige forbildene – forsvinner de fra legeutdanningen? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 15.

2. Holte K, Høye S. Hvordan lære en pugghest å danse ballett? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3770–2.
3. Brodal P. Om å skape forandring i legers utdanning. I: Schei E, Gulbrandsen A, red. Forstår du, doktor? Mot en humanistisk legeutdanning. Oslo: Tano Aschehoug, 2000.
4. Hjort PF. Fremtiden er lys – det er bare tre bekymringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 12.
5. Hjørleifsson S. Doktorfabrikken. Om sjelelig feilernæring i legestudiet. I: Schei E, Gulbrandsen A, red. Forstår du, doktor? Mot en humanistisk legeutdanning. Oslo: Tano Aschehoug, 2000.
6. Grimen H. Dei beste tilgjengelege forklaringane. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3741–2.
7. Hellesnes J. Kampen mot det unormale. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3251–4.
8. Christakis NA. The similarity and frequency of proposals to reform US medical education. JAMA 1995; 274: 706–11.
9. Skårderud F. Uro – en reise i det moderne selvet. Oslo: Aschehoug, 1998.
10. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Oslo: Cappelen, 1999 (1956).
11. Penney JC. Reactions of medical students to dissection. Med Educ 1985; 60: 58–60.
12. Shalev A, Nathan H. Medical students' stress reactions to dissections. Isr J Psychiatry Relat Sci 1985; 22: 121–33.
13. Nnodim JO. Preclinical student reactions to dissection, death, and dying. Clin Anat 1996; 9: 175–82.
14. Finkelstein P. Studies in the anatomy laboratory: a portrait of individual and collective defense. I: Coombs RH, Scott May D, Small GW,

- red. Inside doctoring: stages and outcomes in the professional development of physicians. New York: Praeger, 1986.
15. Druce M, Johnson MH. Human dissection and attitudes of preclinical students to death and bereavement. Clin Anat 1994; 7: 42–9.
16. Charlton R, Dovey SM, Jones DG, Blunt A. Effects of cadaver dissection on the attitudes of medical students. Med Educ 1994; 28: 290–5.
17. Firth-Cozens J. Stress in medical undergraduates and house officers. Br J Hosp Med 1989; 41: 161–4.
18. Christakis DN, Feudtner C. Temporary matters. The ethical consequences of transient social relationships in medical training. JAMA 1997; 278: 739–43.
19. Killingmo B. Den åpne samtalen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 56–9.
20. Schei E, Gulbrandsen A, red. Forstår du, doktor? Mot en humanistisk legeutdanning. Oslo: Tano Aschehoug, 2000.
21. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. New York: Oxford University Press, 1991.
22. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 2. utg. Oxford: Oxford University Press, 1983.
23. Vetlesen AJ. Nærhetsetikk. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996.
24. Frich J. På sporet av en litterær medisin. En introduksjon til fagfeltet litteratur og medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3773–7.

## Hvis du har tid til én bok – les denne!



Løgstrup KE

### Den etiske fordring

3. utg. 298 s. Oslo, Cappelen 1999.

Pris NOK 298

ISBN 82-0217-576-3

Jeg leste *Den etiske fordring* første gang for halvannet år siden, og ble lykkelig overrasket over å finne at denne mye omtalte boken, opprinnelig publisert i Danmark i 1956, ikke var en tørr og uappetittlig fagfilosofisk tekst, men et nydelig knippe av innsiktsfulle refleksjoner om de saftigste forhold i livet. Boken har gjort noe med meg. Jeg tenker stadig på den, og bruker Løgstrups perspektiver som kompass når jeg tar meg frem gjennom hverdagens jungel – som lege, ektefelle, far, venn eller kollega.

«Det er en alminnelig filosofisk iakttakelse at de mest grunnleggende fenomenene som hører vår eksistens til, er de vi blir oppmerksomme på sist og med størst vanskelighet,» skriver Knud E. Løgstrup tidlig i boken. Fordi vi ikke forstår oss selv og våre livsbetingelser har det i vår kulturkrets vokst frem et forvrengt bilde av menneskets, din og min, natur. Denne misforståelse går ut på at mennesker først og fremst, og i enhver vesentlig og etisk forstand, er selvstendige, selvstyrte og uavhengige av andre og av fel-

lesskapet. *Den etiske fordring* er et solid forankret oppgjør med dette menneskesynet. Løgstrup hevder ikke det motsatte, at vi er uten selvstendighet. Men han argumenterer meget godt for at reell selvstendighet og autonomi alltid springer ut av og bygger på at «vi er hverandres liv og hverandres skjebne».

Løgstrup starter fra det allmenne fenomen at mennesker i utgangspunktet møter hverandre med tillit. Det skal skje noe spesielt før vi blir mistenksomme, selv vilt fremmede mennesker vil vi i utgangspunktet tro snakker sant. Tillit er en grunnleggende tilstand for hver og en av oss. Å være tillitsfulle er ikke et valg vi gjør, men en livsbetingelse vi er kastet ut i. Og tillit innebærer alltid blottstillelse, skriver Løgstrup. I tilliten er vi ikke sperret inne i oss selv, vi strekker oss ut mot den andre med et behov for å bli tatt imot, ikke avvist. Tillit er derfor sårbarhet. Sårbarhet betyr at den andre har makt over meg, holder noe av mitt liv i sin hånd. «Det kan være svært lite, en forbigående stemning, en oppstemthet en vekker eller får til å visne, en tristhet en forsterker eller letter. Men det kan også være skremmende mye, slik at det simpelthen er opp til den enkelte om den andre lykkes med livet sitt eller ikke.»

I en medisinsk sammenheng er det særlig lett å se at menneskemøter rommer tillit, sårbarhet og makt over den andres liv. Løgstrups bok er en gullgrube for den som øns-

ker å forstå hvorfor *måten* vi opptrer på i pasientmøtene (og overfor kolleger, medarbeidere, studenter og pårørende) er så viktig. «Uansett hvor mange måter kommunikasjonen mellom oss kan arte seg på, så består den alltid i å driste seg fram på for å bli imøtekommet. Det er nerven i den, og det er det etiske livs grunnfenomen.»

Løgstrup avviser at det skulle finnes fasitsvar og oppskrifter på hvordan vi skal møte fordringen som ligger i menneskemøtet – fordringen om å gjøre det beste for den andre. «Det hører fordringen til at den enkelte selv, med det han måtte sitte inne med av innsikt, fantasi og forståelse, skal sørge for å finne ut hva den går ut på.» Løgstrup er ingen godhetsfanatiker, for ham er ikke etikk og pasientsentrert medisin det samme som evig snillisme og etterplapring. Ikke så sjelden er forholdet en eneste utfordring om å gå imot det det andre mennesket forventer og ønsker, fordi dette er det eneste han er tjent med. «Det som går for å være godhet mennesker imellom, er som oftest en ettergivenhet som tjener til å etablere et uoppriktig forhold. Det som kalles kjærlighet, er som oftest en kjælnhet som skyr sannheten mellom mennesker som pesten.»

Boken anbefales varmt for alle som kan lese.

Edvin Schei

Seksjon for allmennmedisin  
Universitetet i Bergen