

Legerollen er i endring og er blitt mer kompleks, men fra sykesengen er det lett å gjenkjenne den gode lege

Blålys på legerollen

Hvordan skal man praktisere medisin riktig ved utgangen av 2004? Bør man ta doktorgrad i statistikk og dataprogrammering og investere i en kraftig prosessor som daglig kan mates med de siste tall og oppdagelser og så spytte ut kunnskapsbaserte behandlingsforslag for hver pasient? Eller bør man lukke bøkene og forsøke å klare seg så godt man kan med det man allerede vet i møtet med den enkelte pasient? Eller like godt bli nihilist, lukke døren til legekantoret og innta det standpunktet at det ikke spiller noen rolle hva man mener og gjør siden alt kan bevises og motbevises likevel?

Fra midten av november har det rast en heftig og viktig debatt på allmennpraktikernes diskusjonsforum på Internett, Eyr (1). Debatten har hatt flere tråder, men en av dem har dreid seg om hva som kan regnes som medisinsk kunnskap, hva som er godt nok dokumentasjonsgrunnlag for medisinsk praksis og hvilke krav til å være oppdatert det er rimelig å stille til den enkelte lege i en situasjon der medisinske sannheter kommer og går i stadig raskere tempo. Da for eksempel overlege Steinar Madsen i Legemiddelverket gikk ut på morgennyhetene 6. desember 2004 og stilte spørsmål ved om atenolol «virket» (2), skrev Svein Richard Haugvik litt oppgitt: «I går virket atenolol, i dag beskytter den ikke mot hjerteinfarkt, i morgen kommer 30 000–40 000 pasienter og stiller betimelige spørsmål. (...) Hvem fronter den informerte pasient nå – og på hvilken måte (3)?»

Kravene til å stille opp og holde seg faglig à jour er tilsynelatende grenseløse. Det er ikke underlig at enkelte spør seg om det i det hele tatt er mulig å være en god lege ved utgangen av år 2004. Er kravene fra den moderne, informerte pasient og fra allmennheten i praksis umulige å tilfredsstille? Jeg tror ikke det. Min antakelse baserer seg på en subjektiv, ikke-randomisert observasjonsstudie.

For seks måneder siden ble jeg selv plutselig pasient. Jeg ble ikke bare sengeliggende: I løpet av noen timer gikk jeg fra å lede møtet i Tidsskriftets redaksjonskomité – riktignok i litt redusert tilstand – til å ligge hjelpeløs i respirator i mottakelsen i Aker universitetssykehus. En tynn tråd – og noen leger – holdt meg fast til livet. Man rekker å tenke mange tanker når tiden nesten står stille i grenselandet mellom liv og død og det ikke er noe som helst man selv kan gjøre med situasjonen. Man observerer mye selv om de kognitive funksjonene objektivt sett er nedsatt. Noe av det jeg så var gode leger. Jeg registrerte mange andre og mye annet også, men noe av det som har brent seg fast, er bildene av leger som ikke gav seg. Det bestemte utfallet. Det utgjorde sannsynligvis forskjellen mellom liv og død.

Hva var det med dem? Hvordan kunne jeg straks identifiserte dem som leger – gode leger? Jeg har selvsagt ikke hele svaret, og det hadde kanskje mest å gjøre med at jeg hadde endret perspektiv. Nedenfra, fra sengen, ble legerollen tydeligere. Vi er opptatt av å sette ting i perspektiv, men setter ofte likhetstegn mellom perspektiv og det å sette noe inn i en større sammenheng, å se noe litt på avstand. Det går an å ta andre utgangspunkter også. De som har drevet med film- og videoproduksjon, vet at bruk av perspektiv er et viktig virkemiddel. Ikke et bestemt perspektiv, men det bevisst å utnytte forskjellige perspektiver: fugleperspektiv, normalperspektiv og froskeperspektiv. Ved å betrakte et fenomen fra ulike vinkler får man en riktigere og dypere forståelse av det. Ofte kan man ved å endre perspektiv få øye på egenskaper som ikke er like synlige fra andre kanter. Både i medisinen og i livet ellers har vi lett for å glemme froskeperspektivet. Fugleperspektivet blir ofte sett på som det riktigste: Jo mer oversikt, jo lenger unna, desto mer objektivt og sant. Men alle som har vært oppe i et fly, vet at man får ganske god oversikt, uten at man dermed kjenner landskapet på bakken.

Blålysmedisin, sier vi, og mener ikke nødvendigvis noe positivt. Snarere kan man heve øyebrynene litt ved tanken på barske helter og avansert utstyr. Og de store tall viser at blålysmedisinen slår lite ut på gjennomsnittlig levealder. Men når et blått lys er det eneste som brenner for deg, hjelper ikke den kjølige, akademiske distansen. I et blått lys skimter man også konturene av hva det vil si å være lege. Ikke bare akuttmedisinsk lege, men lege i det hele tatt. Nedenfra, fra sengen, ser man legene og ser at de gjør en forskjell – på godt og vondt. Man er ikke avhengig av at de har lest den siste artikkelen, men at de bruker den kunnskapen de har. Man er ikke avhengig av at de har oversikt over alt, men at de ser akkurat deg. Man er ikke avhengig av at de er skråsikre, men av at de har vilje og mot til å ta en beslutning som får betydning for ditt liv.

Nede fra sengen er det en truende tanke at enkeltleger gjør en forskjell, men det er også det som gir håp. For leger er det utfordrende å vite at de kan gjøre en forskjell i folks liv, men det er også det som gir legerollen mening.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. www.uib.no/isf/eyr/2004q4/ (6.12.2004).
2. www.nrk.no/nyheter/innenriks/4324334.html (6.12.2004).
3. www.uib.no/isf/eyr/2004q4/018928.html (6.12.2004).