

# Knut – en skeptisk optimist

Knut Rasmussen er et levende bevis på at trivsel og kontroll over eget liv beskytter mot tidlig aldring. Det grå håret er det eneste som viser at hans karriere nå er over, den lette gangen bærer bud om at nordnorske fjelltopper fortsatt får besøk med jevne mellomrom. At han er koronaroperert, har satt få spor. Tungebåndet torde de nok ikke stusse da han lå i narkose. Å snakke «rett fra levra» selger godt i vår nordligste landsdel – og det er en kunst han har dyrket hele livet.

Fem minutter før avtalt tid står han i vestibyen på Universitetssykehuset i Tromsø for å ta imot meg, sportslig antrukket, vakert sommerbrun i september og rakrygget som Håkon 7. Akkurat slik sto han og tok imot oss nye medisinstudenter høsten 1977. Hans sterke tro på faget og Universitetet i Tromsø fikk oss til å føle oss som spesielt utvalgte. Vi skulle ikke bare få en høy og prestisjetung utdanning – vi skulle få den i Tromsø, på et av verdens nyeste og mest fremtidsrettede universiteter! Han krevde solid egeninnsats, men lovet oss å bli de beste legene i landet. For meg – og mange med meg vil jeg tro – nedfelte hans optimistiske innstilling seg så dypt i min da knapt påbegynte legesjel at den var med på å forme selve fundamentet for min identitet som lege.

## Forskning

74 år gammel har han forlatt klinisk praksis, sin siste forelesning holdt han tidlig i høst. Han er nå veileder for en stipendiat samtidig som han sitter i noen etiske komiteer for andre forskningsprosjekter.

– Min egen forskningskarriere er ikke strålende. Over tid kan den ses som en topuklet kurve. Jeg var på topp tidlig i 1970-årene, men i 1972 ble jeg spurt om å bygge opp kardiologien på Nord-Norges nye universitetssykehus. Det var en så stor oppgave at jeg la forskningen på hylla. Det er først de siste årene jeg har hatt tid til å drive med forskning igjen. I mange år brukte jeg all min tid på studenter og det praktiske arbeidet med hjertepasienter. Dette var givende, men krevende. Samarbeidet med studentene var mest utfordrende. De var ekte 68-ere, fulle av mistenksomhet. En periode ville de ikke engang ha eksamen! Det var et utrolig tålmodighetsarbeid

å etablere en dialog med dem. Vi visste jo at hele det norske medisinske miljøet fulgte oss med argusøyne. Det var nok av dem som tvilte på at vi skulle klare å utdanne gode leger her i Tromsø, sier Knut Rasmussen.

Sett fra sidelinjen kan det virke som en del forskning har begrenset relevans. – Er det slik at noe forskning begås for å samle nok publikasjoner og sikre seg en doktorgradstittel uten at trangen til å bringe faget fremover er påtrengende?

– God forskning må begynne med et grunnleggende spørsmål: Hva vet vi i dag, hva mer vil vi vite om dette temaet? Her syndes det ofte. Mitt syn er at det forskes for lite innen vårt fag samtidig som det forskes

«Hvis du ikke spør  
pasientene hvordan de  
har det, har du tapt!»

på til dels uinteressante problemstillinger. Du har rett i at forskningen i dag tenderer mot at man velger å belyse temaer som gir «garantert» doktorgrad på tilmålt tid. Vi har for mye telling i akademisk medisin. Institusjonene konkurrerer om antall doktorgrader, men ikke om resultatene har noen praktisk relevans. Vi lever i et evalueringssamfunn, men ingen har evaluert på et overordnet plan: Gjør vi den *riktige* forskningen? Det er jo de store hårete målene vi bør forske på! Men de er vanskelige å skreddersy til et passende doktorgradsarbeid.

Knut Rasmussen forteller at han har en kjeppest om at det bør forskes på gamle sannheter.

– Medisinen er full av myter, de overføres til studentene uten at noen spør om sannhetsgehalten i dem. Betydningen av kliniske funn – hvilken sensitivitet og spesifisitet har de *egentlig*? Mange har prøvd å se på dette tidligere uten å lykkes, men i dag har vi nye muligheter for å se på det igjen med ikke-invasive metoder. Noen kliniske funn er utvilsomt svært sikre, sier Rasmussen. – Ingen har aortastenose uten en systolisk bilyd, mens palpasjon av en lever er beheftet med relativt stor usikkerhet.

## Forskningsetikk

Han har, ikke uventet, forberedt seg godt til intervjuet, han har mye på hjertet som han brenner etter å få sagt.

– Du vet, ens aksjer faller fort i kurs når man har nådd pensjonsalder. Jeg blir ikke lyttet til som før, sier han og tar opp neste tema uten et foranliggende spørsmål:

– Forskningsetikk opptar meg mye. Vi har fått et godt regelverk og de regionale etiske komiteene fungerer godt, men fokuset er veldig rettet mot formelle ting. At det ikke er lov å bruke data utover det pasienten har gitt samtykke til, er i utgangspunktet en god idé, men kan også bli et hinder for god forskning. Samtidig sliter vi med et stort realetisk problem: Evner vi å stoppe en studie når tallene viser at pasienter dør underveis i studien vi har invitert dem til? De regionale etiske komiteene legger ned mye arbeid før de godkjenner en studie, men de følger ikke opp hvordan det går underveis. Alle store studier har egne etiske komiteer, men jeg er svært kritisk til hvordan medlemmene i disse komiteene velges. Kanskje burde disse vært offentlig utnevnt?

Knut Rasmussen har deltatt i utallige råd og utvalg, både lokalt og nasjonalt.



Foto Rune Stoltz Bertinussen/NTB scanpix

## Knut Rasmussen

Født 27.7. 1938

- Enkemann, tre voksne barn
- Cand.med. Universitetet i Bergen 1962
- Dr.med. 1976
- Spesialist i indremedisin 1974
- Spesialist i kardiologi 1973
- Leder av kardiologisk seksjon, Universitetssykehuset Nord-Norge 1974–2005
- Dosent fra 1974 og professor fra 1977, Universitetet i Tromsø, til dags dato
- Dekanus ved det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø 1986–89
- Leder av Legeforeningens råd for legeetikk 1990–98
- Ridder av St. Olavs Orden 2005
- Redaktør i og forfatter av flere fagpolitiske bøker

– Deltakelse i det første prioriteringsutvalget betydde mye for meg. Utvalget var en smeltedigel av kompetanse og resultatet var originalt og nyttig. Mange andre land kopierte oss. Hovedkonklusjonene var at alvorlighet og kostnad-nytte-forhold burde være våre viktigste normer i helsetjenesten, og stort lenger går det neppe an å komme. Disse normene er nå nedfelt i pasientrettighetsloven. Vi har på mange måter ikke kommet lenger enn de konklusjonene vi trakk i 1986. Helsedirektoratet har også bidratt mye til å forvirre prioriteringsdebatten. Direktoratet er blitt en koloss som i stor grad mangler både praktisk medisinsk og forskningsmessig kompetanse. Distansen mellom dem og oss leger som jobber i den praktiske hverdagen er blitt svært stor, vi blir ikke lenger tatt med på råd slik som før. Svineinfluensaen er et typisk eksempel på dette.

### Sykehusnedleggelse

Det er vanskelig å motstå fristelsen til å teste hans store Nord-Norges-entusiasme opp mot brennhete, fagpolitiske problemstillinger: – Er det for mange små lokalsykehus i Nord-Norge?

Nå blir han litt usikker på hva han skal svare. – Her gjelder det å trække litt varsomt, innleder han for å vinne tid, men kommer så fort på glid:

– Etableringen av et universitet og et regionsykehus i Tromsø var et av Norges største desentraliseringsprosjekter. Vi som kom hit, var derfor i utgangspunktet desentralister og vi støttet ubetinget alle landsdelens små sykehus. Etter hvert har jeg lært at enhver desentralist før eller senere møter seg selv i døra, men det gjør også enhver sentralist. I hovedsak mener jeg at man i Sør-Norge har langt flere gode kandidater for nedleggelse enn her nord. Her nord har

vi en geografi og værforhold som gjør at vi må beholde mange lokalsykehus selv om befolkningsgrunnlaget er lite, tenk for eksempel på Kirkenes. På Helgelandskysten er det imidlertid bare en times biltur mellom de tre sykehusene.

Vi har sett hvordan små sykehus kan være «pasientfeller» og bare har bidratt til å forsinke diagnose og behandling. Innen kardiologien vet vi at det å komme raskt til en høyspesialisert klinikk kan være helt avgjørende. Om et lokalsykehus bør legges ned eller ikke, er dermed en kompleks matrise med befolkningsgrunnlag, geografi, vær, transportlogistikk og eksisterende lokal kompetanse som elementer. Hvert tilfelle bør diskuteres for seg. I noen tilfeller må vi bevisst redusere litt på faglige krav når vi opprettholder et lokalsykehus.

### Å se seg tilbake

Med økende alder faller det mange naturlig å se seg tilbake og spørre: Hva har jeg gjort bra, hva burde jeg gjort annerledes? Knut Rasmussen er en mann som tåler direkte spørsmål. – Angrer du på noe i karrieren, er det noe du ville gjort annerledes hvis du kunne valgt på nytt?

– Nei, jeg tror ikke jeg har angret på mine profesjonelle valg. Valget om å flytte til Tromsø var et godt valg for meg. Her vil jeg bo resten av mitt liv, naturen og menneskene her nord gjør at jeg føler meg hjemme i Tromsø. Jeg jobbet noen år på Rikshospitalet før jeg flyttet nordover, men jeg var frustrert over den snevre faglige og utenomfaglige horisonten der. Her i Tromsø har det vært mange tunge tak, men jeg har fått lov til å være med på å styre utviklingen i faget vårt både her i landsdelen og nasjonalt. Det har vært utrolig gøy! Jeg oppdaget tidlig at det var morsommere å arbeide enn å more seg, sier han, og legger litt spakere til: – Jeg har vel i perioder realisert meg selv litt for mye. Mine barn kunne nok si en del om det, men det var jo ingen andre til å gjøre jobben.

### Teknifiseringen av medisinen

– Som kardiolog har du jobbet mye med harde fakta. Ditt fag er på mange måter styrt av teknologien. Andre fagmiljøer prøver å dreie fokus mot hva økt sårbarhet og vanskelige livshendelser betyr for et menneskes liv og helse. Hvordan tenker du balansen mellom disse fenomenene skal håndteres?

– Medisinen er blitt veldig teknisk samtidig som vi er blitt så raske. Det som før krevde tre dagers innleggelse på sykehus gjøres nå poliklinisk på få timer. Kravene til effektive utredninger er store. Vi leger må holde tempoet oppe, med fare for svekket pasientkommunikasjon. Dette er sterkt beklagelig. Hvis du som lege ikke tar deg tid til å spørre hvordan folk har det, har du tapt

– Hvor feiler så medisinen mest i dag?

– «Juristifiseringen» av helsevesenet er farlig. Helsetilsynet er i stor grad dominert av formalister som aldri har måttet ta raske avgjørelser alene klokken to om natten mens pasienten svevet mellom liv og død, påpeker Rasmussen. – For øvrig er det min påstand er at vi gjør for mye, vi driver med en betydelig overdiagnostikk. I mitt eget fag er det ingen tvil om at vi tar for mye angiografier og ekkoundersøkelser. Per-kutan koronar intervensjon brukes også mer enn nødvendig. Jeg kan heller ikke fatte at alle de MR-bildene som nå blir tatt gir gevinst. Før overså vi nok en del sykdom på grunn av manglende bildediagnostikk, men nå finner vi altfor mye som pasientene ikke har noen nytte av å vite om.

### Livets sluttfase

– Dette blir særlig grelt i livets sluttfase. Når det går mot slutten, behandler vi for mye og fortsetter med diagnostikk inntil det absurde. Vi tar oss ikke tid til å sette oss

## «Jeg oppdaget tidlig at det var morsommere å arbeide enn å more seg»

ned i ro og fred og snakke med pasienten om at det går mot slutten. Vi gjemmer oss bak nye blodprøver, nok en MR, men går ikke inn i pasientens eksistensielle situasjon. Å planlegge avslutningen kan for mange være mye viktigere enn å fortsette utredninger til det siste, mener Rasmussen. – Hvorfor er det slik, hvem styrer oss i dette spillet?

– For en stor del er det vi selv som styrer dette. Vi er redde – for vår egen død, for reaksjonene fra pasient og pårørende, for å gjøre feil. Her må det en kulturendring til. Vi trenger ikke geriater på alle sykehjem, det vi trenger er en tilpasset oppgradering av sykehjemslegefunksjonen med høyt fokus på pasientens verdighet ved livets slutt. Kvaliteten på arbeidet vil øke og kostnadene avta, men det viktigste er at pasientene vil få et langt bedre tilbud enn i dag.

– Slik jeg ser det, er det sykehjemsbiten som er potensialet i samhandlingsreformen. Kommunene kan jo ikke ta det medisinske ansvaret for hvem som skal innlegges på sykehus. Såkalte «unødvendige innleggelser» har vist seg å være et tilslørende begrep. Det er gjort et veldig interessant doktorgradsarbeid på dette her i Tromsø, der det viste seg at man ofte fant alvorlig patologi hos dem man i første omgang vur-

derte som «unødvendig innlagte». Fastlegen har da ikke klart å sette fingeren på hva som feiler pasienten, men magesfølelsen deres har oppfattet at det er noe galt som må utredes nærmere, og det har de da ofte helt rett i. Jeg mener sykehusene skal drive med en åpen dør-politikk for innleggelser. Om man så raskt avklarer at pasienten kan skrives ut igjen, har dette ikke kostet mer enn vi må ta oss råd til. Jeg har sagt noe annet før, men sier det ikke lenger, fordi jeg har innsett at dette er mer komplekst enn man skulle tro.

### Legen – en funksjonær?

– Du har vært lege i 50 år – mye har skjedd på den tiden, også med legestanden. Hvilke tanker gjør du deg om dagens leger?

– Urlegen var sjamanen i en hule i Kåfjord. Syke mennesker oppsøkte ham for sine plager, mandatet kom altså rett fra pasienten. Ingen ba ham føre statistikk og telle noe som helst. Særlig de siste årene har legeyrket blitt «funksjonærisert», mest fordi sjefene betrakter oss som funksjonærer. Jobben er blitt å gjøre det ledelsen bestemmer, og det rare er at vi har akseptert dette og ikke gjør mer opprør. Vårt mandat kommer jo fortsatt fra folket, altså pasientene, og ikke departementet og Helsedirektoratet. «Hvordan har du det?» bør være vårt første spørsmål når pasienten kommer. Dette glemmes av byråkratene – og til og med av avdelingsoverlegene, siden de har så stort økonomisk ansvar at den faglige tenkingen kommer i andre rekke, mener Rasmussen.

– Vi må alltid huske at det er vi leger som har det selvstendige ansvaret for pasienten. «Guidelines» er nettopp det ordet sier: en guide, det er ingen lov. Det er ikke slik at alle pasienter passer inn i skjemaet som er satt opp i de ulike retningslinjene, og da er det legenes jobb å tilpasse behandlingen til pasienten og ikke prøve å presse pasienten inn i skjemaet, avslutter han. Hvor godt er det ikke å høre dette for oss kolleger som sliter med å balansere mellom faglige krav fra autoritetene og det som er realistisk å få til i hverdagen!

### Jannike Reymert

jannike.reymert@ntebb.no  
Bakklandet legekontor  
Namsos