

Høflige leger og moralske overtramp

Etiske problemstillinger drukner lett i hverdagsmedisinens trivialiteter. Mange mener at den moderne legens selvpålagte høflighet sikrer god kommunikasjon med pasientene, men kan det hende at vi samtidig krenker våre pasienter ved å overse deres eksistensielle problemer? Kari Milch Agledahl har en rykende fersk doktorgrad der den moralske betydningen av medisinsk arbeid har stått sentralt. Hennes forskning kan være nyttig å sette seg inn i når legers kommunikasjonsevner skal under lupen.

– Kari Milch Agledahl, du er filosof og lege og har arbeidet med etiske problemstillinger i medisinsk praksis i mange år. Hva var utgangspunktet ditt for å ta doktorgrad på temaet etiske vurderinger i hverdagsmedisinen?

– I studietiden hadde vi en time om hvordan man vurderer pasienter som ikke skal resusciteres ved hjertestans, såkalte R minus-pasienter. Vi lærte mye om ulike medisinske kriterier som måtte være til stede i en slik vurdering, men ikke et ord ble nevnt om hvilke etiske betraktninger som lå bak slike retningslinjer. Jeg ble overrasket over dette og like mye over at jeg selv der og da ikke klarte å stille et eneste relevant spørsmål om dette. Når de etiske sidene ved slike avgjørelser ikke drøftes, blir vi oss heller ikke bevisst hvilke etiske valg vi faktisk gjør i en slik prosess.

Da hun begynte som turnuslege, gledet hun seg til å lære mer om hvordan etiske betraktninger ble inkorporert i små og store problemstillinger i det virkelige legeliv. Etter en tid måtte hun konstatere at slike betraktninger var nærmest usynlige i hverdagsmedisinen, selv når hun lette aktivt etter dem.

– Fagområdet medisinsk etikk dreier seg om store etiske spørsmål som dødshjelp, provosert abort og prenatal diagnostikk, men hverdagsetikken blir sjelden løftet opp som selvstendig tema. Det betyr ikke at leger ikke bryr seg om etikk, men at etikken i stor grad er integrert i den medisinske tankegangen. Leger er opptatt av å være gode leger uten å snakke «det etiske språket». – Har etikken druknet et sted på veien?

– Tja, det virker mer som leger ikke ser hvordan de medisinske handlingene deres er etisk forankret, sier Kari Milch Agledahl ettertenksomt. Hun forteller at det er vanskelig å spørre leger om etiske problemstillinger fordi disse er så integrert i medisinsk tenkning og derfor er en form for taus kunnskap. Hvis man spør direkte om hvordan de håndterer

slike problemstillinger, får man gjerne svar som går på det de har lært er viktige etiske verdier, men som ikke nødvendigvis gjenspeiler det man faktisk gjør i praksis. I sitt doktorgradsarbeid valgte Kari Milch Agledahl derfor å observere leger under ordinære konsultasjoner ved å følge dem gjennom deres

«Det skjer noe med etikken når leger systematisk vektlegger det rent medisinske i sine møter med pasientene»

arbeidshverdag. Hun fikk i tillegg tilrettelagt et stort materiale med videoer av lege-pasientkonsultasjoner innhentet av forskerkollega Bård Fosli Jensen. Målet hennes var å se på hvordan leger håndterte de etiske sidene av hverdagslige medisinske situasjoner.

Legen ser ofte bare det rent medisinske

– Hva fant du?

– Jeg fant at leger har en overraskende ensartet måte å forholde seg til pasienter på, uavhengig av spesialitet. Så snart pasientene har begynt å fortelle om sitt ærend, begynner legene systematisk å dele opp pasienthistoriene, konkretisere og kategorisere slik at bildet passer inn i en medisinsk forståelsesmodell. Deretter prøver de å løse den rent medisinske problemstillingen de nå har laget seg. I denne prosessen kan historien ha fått et annet innhold enn det pasientene selv opplever at de presenterer. Jeg husker for eksempel en kvinne som kom inn til legen med et tydelig fortvilet kroppsspråk og begynte med å si at «dette går ikke lenger, jeg

føler meg så sliten, jeg har vondt i halsen, jeg klarer ikke jobben lenger...», hvorpå legen grep fatt i halssymptomene for å avklare om pasienten hadde en bakteriell halsbetennelse og trengte antibiotika. Han overså fullstendig pasientens utsagn om en fortvilet livssituasjon. Jeg mener ikke at legens håndtering nødvendigvis er gal, men det skjer noe med etikken når leger systematisk vektlegger det rent medisinske i sine møter med pasientene. På den ene side er leger ofte sterkt moralsk motivert til å hjelpe pasienter medisinsk – det er jo faktisk det leger kan! På den annen side overser de pasientenes eksistensielle problemer og avviser dermed pasientene på det personlige planet.

– Jeg merker at jeg lett kommer i forsvar av det du nå hevder. Vi har jo lagt stor vekt på å forbedre legenes kommunikasjons-evner de siste årene – å lytte til pasientene er jo blitt en av våre store dyder.

– Ja, mange leger reagerer veldig på det jeg har lagt frem, mens mange ikke-medisinere interessant nok sier de kjenner seg godt igjen i mine beskrivelser. Jeg tror både leger og pasienter tjener på bedre kommunikasjon. Men det vi lett overser, er at det er en vesentlig forskjell på en nokså overfladisk høflighet og det å la pasientene komme til orde på deres egne premisser og så ivareta dem som hele mennesker.

– Det du nå bringer til torgs, kan lett oppfattes som kritikk av all den kommunikasjonstreningen vi har bedrevet de siste årene.

– Det er mye å hente på kommunikasjonstrening – at legene opptrer på en høflig og hyggelig måte har absolutt sin verdi. Både fordi det gjenspeiler en respekt for pasienten, slik at vedkommende føler seg mer ivaretatt, og fordi et godt lege-pasientforhold kan gi legen mer informasjon til bruk i sitt medisinske arbeid. Men slik jeg ser det, oppstår problemet hvis legene tror de med sin høflige og vennlige tone også har tatt vare på pasientens eksistensielle sider,



Foto Lars Åke Andersen/Scanpix

Kari Milch Agledahl

Født 1973 i Bodø, oppvokst i Hammerfest

- Cand.med. 2001 Universitetet i Tromsø
- Cand.phil. 2004 Universitetet i Tromsø
- Leder av klinisk etikkomité Helse Finnmark 2010–11
- Ph.d. i medisin 2011 Helse Finnmark/ Universitetet i Tromsø
- Lege i spesialisering ved Øyeavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge fra 2011

mens de i virkeligheten avviser dem på det området. En av nøklene til et bedret lege-pasient-forhold er å innse når man avviser pasienten på tross av en høflig væremåte.

Ekspert på livet?

– Men kan pasientene forvente å få både i pose og sekk når de oppsøker oss leger? Er det mulig å utføre grundig medisinsk arbeid samtidig som vi ivaretar pasientenes eksistensielle problemer?

– Det er et godt spørsmål, og jeg tror vi her er ved kjernen av problemet. Jeg tror dette idealet er uoppnåelig. For å gjøre det medisinske arbeidet som forventes av oss, må vi ofte nedprioritere de mer eksistensielle problemene. Legens medisinske ekspertkunnskap er jo knyttet til vår bio-medisinske forståelsesmodell av hvordan kroppen fungerer – både fysisk og psykisk – og derfor må vi til en viss grad behandle pasientene som objekter når vi skal utføre arbeidet vårt. Men det betyr ikke at denne tilnærmingen er uproblematisk. Pasientene kan oppleve det som en krenkelse og føle seg avvist når de blir behandlet som objekt. Dette er på mange måter et unngåelig

dilemma i medisinsk arbeid, sier Agledahl, før hun legger til: – Samtidig må vi huske på at denne behandlingen ikke alltid er problematisk. Mange pasienter forventer hjelp med et enkelt medisinsk problem, uten å ønske mer involvering fra legen sin.

Agledahl sier altså ikke at legene må ha som mål alltid å være den som tar vare på «hele mennesket». – Vi kan jo også snu det på hodet og spørre: Har vi leger rett til å trenge oss inn i enhver pasients personlige liv og ensomhet? Her kan det jo ligge en felle i at vi kan opphøye oss til halvguder som skal ha innsikt og dermed kontroll over alle sider av våre pasienters liv. En slik forståelse av vår rolle kan jo fort ende opp med at vi gjør pasientene avhengige av oss på altfor mange områder og for eksempel skyver pasientenes sosiale nettverk ut i skyggen, sier hun.

– Selv om legene bør ta innover seg at det å objektivisere pasienter og neglisjere eksistensielle temaer utgjør moralske overtramp, skal vi derfor ikke konkludere med at leger skal gå inn i pasienters eksistensielle problemer i mye større grad enn de gjør nå. Det vil være å tillegge legen en større rolle enn det vi har mandat til. Leger er ikke eksperter

på eksistensielle problemer, det kan hende andre personer rundt pasienten kan klare dette mye bedre enn oss. Å begrense legens ansvarsområde er viktig av hensyn til både legen og pasienten. Det viktige her er at ikke legen fraskriver seg ansvaret for hvordan det oppleves for pasienten å bli avvist, selv om det er nødvendig, sier hun.

– En annen sak er at det å skulle sette søkelys på de eksistensielle problemene også kan hindre legen i å gjøre en god jobb. I akutt situasjoner kan det jo bli direkte galt å vektlegge det eksistensielle, selv om pasienten bokstavelig talt svever mellom liv og død. Da må legen være strengt fokusert på å gjøre livreddende arbeid.

Idealer og virkelighet

– I en annen del av ditt doktorgradsarbeid legger du nettopp vekt på hvordan noen av de etiske idealene blir uoppnåelige i klinisk arbeid.

– Våre studier viser at man i faget medisinsk etikk trekker frem noen idealer som er vanskelige å forholde seg til i den kliniske hverdagen. Idealet om å respektere pasienters autonome valg, for eksempel, er hentet fra medisinsk forskning, der også informert samtykke brukes ved valg som er reelle for deltakerne. Men dette gjelder ikke i samme grad innenfor klinisk medisin, hvor pasientene allerede er syke og dermed har begrenset mulighet til å velge å la være å motta behandling. Mange av valgene vi da gir pasientene, er mer eller mindre illusoriske. Ofte består behandlingen heller ikke av klare valg situasjoner, den er en prosess med utredninger og utprøvinger hvor vi leger må ta mange mindre og til dels tekniske valg uten at pasienten engang er til stede. Og hva skal det da bety å respektere pasientens valg?

Agledahl eksemplifiserer med en pasient som oppsøker helsevesenet på grunn av vekt tap. – Det er ikke sikkert at pasienten ønsker eller kan være med på å velge hvordan utredningen skal foregå, vedkommende stoler på at legen bruker sin fagkunnskap til dette. Det vi imidlertid må passe på, er at pasienten blir informert og får komme frem med sine synspunkter underveis. Pasienten må ikke få følelsen av å være «i veien» under utredningen fordi vedkommende ønsker informasjon og tid til å fordøye det som skjer. Det etiske ligger ikke nødvendigvis i det å la pasienten få et valg, men i å ta pasienten på alvor som person.

Faget medisinsk etikk bør i større grad ta utgangspunkt i hva det medisinske arbeidet helt konkret går ut på før man fronter et etisk ideal. Hvordan man forstår og beskriver det medisinske arbeidet, har mye å si for hvordan man vurderer etikken i det. Det gjelder både i forhold til idealet om å respektere pasientens autonome valg og også idealet om å ivareta pasienten som menneske.

Kari Agledahl viser sin forankring i den

medisinske hverdagen med sine gode pasienthistorier. Hun forteller om en pasient som forsiktig forteller legen at luftveisplagene startet etter at mannen døde fire år tidligere og gjentar dette flere ganger. Legen nikker høflig, men avvisende, og sier at det sentrale spørsmålet nå er om pasienten røyker. Deretter bruker legen godt med tid til å forklare pasienten sammenhengen mellom røyking og kols.

– For det første gikk denne legen sannsynligvis glipp av et vesentlig medisinsk poeng. For det andre neglisjerer legen de personlige og eksistensielle dimensjonene som tydeligvis er viktige for pasienten.

Jeg tror det er slik at vi snakker for lite om de hverdagslige etiske problemstillingene i medisinsk arbeid. Hva gjør det med pasientene når de føler seg oversett som menneske – et menneske som tross alt «eier» problemet og skal leve videre med det? Tenk for

«Leger er opptatt av å være gode leger uten å snakke «det etiske språket»»

eksempel på hvordan en kvinne har det hvis hun har fått analinkontinens etter en fødsel. Dersom legen da på en høflig måte vektlegger de anatomiske forhold og overser hennes forsøk på å fortelle om det største problemet for henne – det å leve med inkontinens – vil hun lett oppleve det som en krenkelse av seg selv som menneske i en sårbar situasjon. Slik kan leger risikere å øke lidelsen til pasientene i stedet for å lette den.

Å la pasienten komme til orde

– Går legen glipp av noe dersom hun overser pasientens behov for å snakke om sine eksistensielle problemer?

– Ja, det kan være slik at nøkkelen til å forstå medisinske sammenhenger ligger i at pasienten får si noe om hvordan vedkommende har det. Den pasienten som fortalte at mannen døde rett før lungeproblemene startet, hadde vel selv sett hvor skoen trykket. Legen kunne nok ha hjulpet denne pasienten ved å dvele litt ved det hun tok opp. Moralsk sett går legene også glipp av noe hvis de ikke forstår at de kan krenke sine pasienter ved å neglisjere det de sliter med. Endelig vil de kanskje lettere forstå hvorfor noen pasienter klager på dem, til tross for god medisinsk oppfølging. Mange klagesaker går jo ikke på det medisinskfaglige, men på hvordan pasienten følte seg behandlet av legen.

– Mange leger avslutter konsultasjonene sine med spørsmålet: «Er det noe mer du lurer på?» og mener at de dermed har åpnet for at pasienten kan ta opp andre ting som ligger dem på hjertet.

– Dette er i realiteten sjelden et åpent spørsmål – pasienten vet like godt som legen at konsultasjonen går mot slutten og at legen ikke har invitert til en tidkrevende samtale om vanskelige ting. Skal eksistensielle problemstillinger løftes frem, må pasientene komme til orde i ordets egentlige forstand og da med visshet om at de får den tiden de trenger.

Selverkjennelse er en god begynnelse

– Jeg tror at hvis vi som leger kan ta innover oss at vi faktisk gjør disse moralske overtrampene, er det et steg i riktig retning, selv om vi kanskje ikke kan unngå dem. Det som er viktig her, er at leger er seg bevisst at de kan krenke pasientene på det personlige plan selv om de hjelper dem medisinsk. Dersom legen er var for at pasienten kan føle seg avvist, kan man jo i mange tilfeller beklage det overfor vedkommende uten å måtte gå grundig inn i dette i en vanlig konsultasjon, det er det jo oftest ikke tid til. Hvis legene tar ansvar for at det å bli utsatt for et objektiverende medisinsk blikk kan oppleves som nedverdiggende, kan de minimalisere overtrampene ved å behandle pasientene som medmennesker så mye som mulig.

– Jeg har en metode. Når jeg synes de etiske problemstillingene blir litt krevende, lager jeg et tankespill i hodet mitt: Hva ville jeg ha ønsket hvis dette var min egen mor eller mitt eget barn? Ville jeg ha ønsket at de fikk det tilbudet jeg nå gir min pasient?

– Ja, det er jo en god øvelse, forutsatt at man har et godt og ikke for paternalistisk forhold til sine nærmeste. En slik konkret tankegang kan påvirke hvordan vi oppfatter situasjonen og hjelpe oss til å se hvilke etiske utfordringer vi står overfor. Hvis du ser for deg pasienten som din mor, ditt barn eller en venn, er det lettere å behandle vedkommende som et menneske og ikke bare som et medisinsk objekt. Det dreier seg ikke her om å sette seg ned og imøtekomme pasientens eksistensielle behov, noe som kan gå utover både tid og faglige rammer. Spørsmålet er: Hvordan ville du ha snakket og oppført deg overfor din egen mor hvis du bare hadde dine tilmålte femten minutter til en konsultasjon? Det er kanskje en øvelse vi alle burde gjøre oftere, avslutter Agledahl.

Hennes forskning har vist oss at disse vanskelige problemstillingene i vår legehverdag er noe vi burde prøve å sette ord på i kollegiale sammenhenger. De eksistensielle sidene ved livet er med både oss og pasientene våre, enten vi velger å forholde oss til dem eller ikke. Profesjonell omsorg for syke mennesker er en krevende arbeidsoppgave, og kanskje har vi noe å vinne på å reflektere over hvilke idealer og valg vi lar styre vår medisinske hverdag.

Jannike Reymert

jannike.reymert@ntebb.no
Bakklandet legekontor