

## Det kollektive, relasjonelle og personlige i legerollen

*Michael 2022; 19: 242–6.*

*For å bli lege må du, i tillegg til å lære medisin, endre deg selv, slik at du utvikles med den personlighet og de egenskaper, tanker og følelser som egner seg for den legen du ønsker å være. Jeg omtaler her tre viktige dimensjoner av legerollen som er uløselig knyttet sammen, og som det er viktig at vi er bevisst mens vi både trer inn i og utvikler oss i legerollen: det kollektive, relasjonelle og personlige.*

En vanlig måte å forstå den enkeltes utvikling til å bli lege, er at det er en prosess der de som utdanner seg sosialiseres inn i legerollen. Å gå inn i legerollen kan da handle om å bli lik de andre, å bli en del av kollektivet. Først begynner kommende leger som perifere, legitime deltagere, før de gradvis beveger seg inn i sentrum av praksisfellesskapet (1). I dette fellesskapet deler legene informasjon og erfaringer og utvikler seg som gruppe sammen. For pasientene gir det kollektive i legerollen en trygghet. Ettersom samfunnet har gitt profesjonen spesifikke oppgaver som profesjonsutøverne løser noenlunde likt, vet pasientene noe om hva de kan forvente av legen, uansett hvilken de møter.

Sosialiseringen er uunngåelig, og utspiller seg ulikt for den enkelte. For dem med legeforeldre kan det være mindre motstand mens de beveger seg inn i sentrum av fellesskapet, fordi de allerede kan mye om legerollen. For andre kan det være en mer krevende øvelse, som de kan kjenne ubehag med, fordi de kanskje kjenner på et stort ansvar i legerollen eller på ubehag med makten de vil få som leger (2). Sosialiseringen inn i det kollektive er en prosess der den enkelte utvikler forståelsen av sin legerolle. I det kollektive er det rammer for hva det betyr å være lege, med for eksempel uformelle og formelle regler for oppførsel, klær, hierarkier og måter å tenke på.

En kollektiv forståelse av legerollen kan kritiseres, fordi det kan fremstå som at det kun handler om å bli lik dem som allerede er i legegruppen. Om

en bare ser legerollen med sin kollektive dimensjon, kan det personlige og relasjonelle nedtones. Dersom legene utenfra bare ses som en gruppe, er det lett å glemme at hver enkelt lege også er en egen person.

Å sosialiseres inn i en gruppe med en egen kultur, betyr å ta innover seg både positive og negative elementer fra kulturen. Ubevisst kan legen tilegne seg tankemåter og handlingsmønstre som egentlig er hensiktsløse eller har ugjennomtenkte konsekvenser for andre. Deri ligger faren med bare å se på legerollen som en kollektiv rolle der vi passivt blir like det som er. Legerollen trenger stadig å utvikles, og da må man ikke bare bli lik det som er – man må våge å bli noe annerledes, skape sin egen legerolle, i tro på at det kan utvikle legerollen for hele legegruppen. Derfor er det viktig at det er en variasjon, en bredde, i hvordan legerollen tolkes, som det er aksept for innad i legegruppen. En slik variasjon må selvsagt være innenfor rammer gitt av lovverk og tilpasset pasientenes behov.

### Det relasjonelle

K.E. Løgstrup (1905–1981) skrev: *Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender* (3). I møter mellom lege og pasient er dette særlig tydelig, der pasienten ofte kommer til legen for å få hjelp i en sårbar situasjon. Møtene mellom mennesker er relasjonelle, det er et samskapt bånd mellom legen og den andre som preger møtet. Gjennom dette båndet kan legen søke å forstå hva som gjør denne pasienten unik.

I det relasjonelle står forholdet mellom *jeg* og *du* sentralt. Martin Buber (1878–1965) har skrevet om hvordan mennesker i *jeg-du*-forhold møter den andre som noe ureduserbart, med en meningsbærende dybde (4). I kontrast kan vi møte andre som objekter, i et *jeg-det*-forhold. Objekter har ikke en egen historie, følelser eller bevissthet som vi trenger å ta hensyn til.

For leger i ulike roller kan det føles nødvendig å veksle mellom å forholde seg til pasienten som et *du* og et *det*. Man kan tenke seg hvor krevende det må være for en kirurg som skal gjøre en komplisert operasjon å måtte forholde seg til at den fire år gamle samiske gutten drømmer om å bli brannmann, at han bare så vidt har startet livet og skal bli storebror om en måned. Derfor kan legen føle behov for å konsentrere seg om det tekniske, mekaniske, fremfor å måtte forholde seg til hele guttens verden, for å klare å gjennomføre operasjonen på en god måte. Pasienten kan dermed fort reduseres til et *det*, et objekt.

Her ligger noe av utfordringen for legerollen i det relasjonelle. For mye i helsetjenesten er lagt opp til å forstå pasientene som et *det*. Når søkelyset er på symptomer, diagnoser, utredning og behandling er det lett å miste

selve pasienten av syne. Dette er selvsagt nødvendige og viktige elementer for å kunne gi hjelp. Samtidig må vi også lytte til og se pasientenes historie, følelser, personlighet og kultur.

Å bli behandlet som et objekt er ubehagelig for pasientene (5). Derfor er vi så opptatt av å utvikle et personsentrert perspektiv i legerollen der pasientene blir sett som unike individer med unike livshistorier som er relevante for medisinen (6). Det er likevel sterke, systemiske motkrefter mot at legen skal evne å stå i en relasjon der pasienter ses som mennesker.

Axel Honneth (f. 1949) skriver om menneskets behov for anerkjennelse (7). Alle mennesker har behov for anerkjennelse for å kunne utvikle seg til et sunt og helt individ som kan realisere sitt potensial. Pasienter trenger å anerkjennes som et menneske i møte med legen. Legen trenger også å anerkjennes som et menneske. Dessverre er det mange rapporter om leger som opplever å arbeide i et system der de behandles som objekter. Da er det fare for at de ser seg selv som objekter, og det gjør det også lettere å se andre som objekter. Konsekvensen av hektiske arbeidsdager, der leger ikke har tid til å spise eller gå på do, er at legen kan føle seg som et objekt i et system, der den enkeltes behov ikke tas hensyn til. Forsetter den trenden, er det grunn til å frykte for at pasientene kan oppleve en *dehumanisert helsetjeneste*, fremfor *pasientens helsetjeneste*. For at det relasjonelle i legerollen skal bestå, og helst styrkes, kreves politisk forståelse av det relasjonelles viktighet, vilje til å prioritere det og stedlig ledelse som bygger oppunder en legerolle der det relasjonelle står sterkt.

### Det personlige

Mennesker definerer ofte seg selv i kontrast til andre (8). For medisinstudenter og leger kan det å utvikle en identitet som lege skje i kontrast til pasienter og andre profesjoner. Det har blitt pekt på at medisnutdanningen må hjelpe studenter å utvikle identiteter som gjør at de kjenner på samhold med pasientene, med delt sårbarhet og følelse av å være menneskelig (9). Det leder oss over til det personlige i legerollen.

Vi går ikke inn i legerollen som et blankt ark (*tabula rasa*). Vi har erfaringer, følelser, drømmer, kultur, sår og traumer som tar vi med oss. Å være sårbar er et eksistensielt grunnvilkår ved det å være menneske, som legen deler med pasienten (10). Det kan vi ta med oss inn i legerollen og bruke til å styrke båndet mellom lege og pasient.

Å våge å gjøre seg sårbar betyr å risikere å ta innover seg pasientens sår. Kjenne på smerte over pasientenes skjebner og historier. At det river i hjertet. Min egen sårbarhet kan vekkes og kjennes på i møte med den andres sår. Om jeg ikke klarer å stå i min egen sårbarhet, min egen skam og vonde

følelser, så er det vanskelig å stå i andres. Jeg har selv erfart dette, når jeg har sett meg selv i pasienten. Det har tatt tid å lære meg å ikke bli skremt, men snarere bruke det til å nærme meg den andre. Ikke ved å bringe inn min egen historie, men ved å gjenkjenne, lytte og våge å stå i den andres sterke emosjoner. Når pasientene kommer med sitt vondeste, må ikke legen vike unna fordi det er ubehagelig. Pasienten trenger å møte aksept, vilje til å lytte og ønske om å hjelpe.

Mange tror at deres egne erfaringer gjennom livet ikke er nyttige i legerollen. Det kan være at de forsøker å utvikle en objektivitet, en distanse fra sin egen historie, slik at de kan legge vekk sin egen sårbarhet. Likevel er det en risiko for at ens egen sårbarhet vekkes til live, slik at den føles i møte med enkelte pasienter. Det er lett å få behov for å bevege seg vekk fra det sårbare, det eksistensielle, det som står på spill i samtalen, men som er ubehagelig for legen å møte. Derfor er det så viktig at legerollen skreddersys den enkelte, slik at de evner å stå trygt i sin egen sårbarhet, og bruker sårbarheten til å være engasjert i den andre. Med en sensitivitet og tåleevne for det som står på spill i den andres liv.

Samtidig må det være en balanse for legen i hva den bringer inn i legerollen fra sitt personlige, slik at samtidig som det brukes til å hjelpe pasienten også føles greit for den enkelte lege. Når legen holder pasientens liv i sine hender, så holder pasienten også noe av legens liv i sine hender. Det krever prøving og feiling, der vi både kan bli for nære til og for fjerne fra pasienten.

Å utvikle seg som lege må altså også handle om å øke styrken til å ta seg selv med inn i legerollen. Ved å bringe egen sårbarhet inn i en personlig legerolle kan legen bli enda mer knyttet til pasienten, med evne til å romme seg selv med plass til den andre.

## **En helhetlig legerolle**

Studenter og unge leger må skape en personlig legerolle, innenfor det kollektive og med oppmerksomhet mot det relasjonelle. For at legerollen skal kunne skreddersys den enkelte, krever det emosjonell støtte og mental trygghet gjennom studiet og yrkeslivet mellom leger i helsetjenesten. Det er avgjørende for å kunne bli en best mulig versjon av seg selv som lege, med en personlig dimensjon i legerollen som hjelper med å styrke det relasjonelle båndet med pasientene.

## Litteratur

1. Wenger E. *Community of practice: learning, meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
2. Neve H, Lloyd H, Collett T. Understanding students' experiences of professionalism learning: a 'threshold' approach. *Teaching in Higher Education* 2017; 22: 92–108. <https://doi.org/10.1080/13562517.2016.1221810>
3. Løgstrup KE. *Den etiske fordring*. København: Gyldendal, 1956.
4. Buber M. *I-Thou*. New York: Touchstone, 1970.
5. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books, 1988.
6. Bansal A, Greenley S, Mitchell C. et al. Optimising planned medical education strategies to develop learners' person-centredness: a realist review. *Med Educ* 2022; 56: 489–503. <https://doi.org/10.1111/medu.14707>
7. Honneth A. *The struggle for recognition: the moral grammar of social conflicts*. Cambridge: Polity Press, 1996.
8. Hildrick M. Becoming vulnerable: contagious encounters and the ethics of risk. *Journal of Medical Humanities* 2000; 21: 215–27. <https://doi.org/10.1023/A:1009025125203>
9. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med* 2008; 3: 10. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-3-10>
10. Vetlesen AJ. Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1118–21. <https://tidsskriftet.no/2001/03/tema-forstand-og-forstaelse-i-medisinen/profesjonell-og-personlig-legerollen-mellom> (5.8.2022).

*Eivind Valestrand*  
*eivind.valestrand@uib.no*

*Eivind Valestrand er lege og ph.d.-stipendiat ved Enhet for læring, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen.*