
Legen – den enøyde samaritan?

KOMMENTAR

EDVIN SCHEI

OLE FRITHJOF NORHEIM

GURI RØRTVEIT

DAG EINAR LYSEBO

STEFÂN HJØRLEIFSSON

Filosofisk poliklinikk
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8C
5009 Bergen

Er legerollen truet, fordi leger mangler innsikt i medisinsens verdimessige grunnlag? Oftrer vi enkeltmennesket til fordel for samfunnsøkonomi og politikk? I artikkelen drøftes legerolle og etikk i spennet mellom enkeltpasienters behov for helsetjenester og samfunnets krav til legene. Vi argumenterer for at leger ivaretar idealet om best mulig hjelp til enkeltmennesket ved samtidig å erkjenne en forpliktelse overfor de andre enkeltmenneskene som vår offentlige helsetjeneste har et ansvar for.

Leger vil ofte måtte ta verdiladede valg på vegne av sine pasienter og deres pårørende. Det knytter seg en prinsipiell usikkerhet til disse valgene fordi ingen på forhånd kan vite sikkert hva som vil bli utfallet og hva som er den beste løsningen for en bestemt pasient. Vi må bygge en faglig kultur som klarere erkjenner det etiske ansvaret i faglige beslutninger, og som sterkere bidrar til at legers dømmekraft modnes gjennom refleksjon over erfaringer. Utvikling av selvinnsikt, kommunikative ferdigheter og etisk dømmekraft bør tillegges større vekt i medisinsk utdanning på alle nivåer.

Tidsskriftets essaykonkurranse 1999 om dyder i medisinen ble vunnet med en velskrevet artikkel der det argumenteres for at legers ansvar gjelder den enkelte pasient, men ikke fellesskapet for øvrig (1). Vi takker forfatteren Vegard Bruun Wyller for å ha utløst diskusjon og refleksjon rundt spørsmålene «hva er en lege?» og «hvem skal legen hjelpe?». Vi mener imidlertid at han i vinneressayet fremholder et legeideal som er virkelighetsfjernt og strider mot legegjerningens fundamentale vesen. Vi vil derfor i denne artikkelen kort gjengi og analysere hans resonnement, for deretter å utvikle en alternativ forståelse som vi mener er mer i overensstemmelse med de oppgaver leger faktisk har.

I vinneressayet hevdes det at legerollen er truet, fordi leger er overdrevent lojale overfor «samfunnsetikkens krav om rettferdighet, måtehold og solidaritet . . . Ved å bringe slike dyder inn i den medisinske etikk setter vi samtidig en medisinsk merkelapp på verdivalg som først og fremst er politiske.» Bruun Wyller ønsker seg en legerolle med større vekt på idealisme og kallsbevissthet, en kombinasjon av det klassiske visdomsidealet og kristen-humanistisk nestekjærlighet. Dette idealet er vanskelig å virkeliggjøre, skriver han, fordi leger ikke ser at medisinsk praksis er pakket med verdivalg. Når legen tenker samfunnsøkonomi og setter prislapper på folks liv, f.eks. ved bruk av QALYs (kvalitetsjusterte leveår), «ofrer han det samaritanske nestekjærlighetsprinsipp overfor enkeltindividet. Han svikter den opprinnelige motivasjon for å aksle den hvite frakken, og han skjærer over profesjonens historiske røtter. Kort sagt: Han mister seg selv.»

Teksten er forførende, ikke argumenterende, oppbygd. Bruun Wyller forsøker å vise at leger står overfor verdivalg ved å fortelle historien om fru Svendsen som innlegges akutt med langtkommen cancer, tarmperforasjon og et hvisket ønske om «å slippe». Forvakten, i skurkerollen som legen som har mistet seg selv, lytter til damens ønske og skjeler samtidig til den unødige ressursbruken «på en som likevel er døende». Han vil ikke operere. Til alt hell blir forvakten overprøvet av bakvakten, som er en ekte lege og følgelig kjenner individualettikkens samaritanske imperativ overfor den enkelte, i dette tilfellet fru Svendsen: «Vi må gjøre hva vi kan for henne, med litt flaks kan hun leve noen måneder til.» Og tenk: Fru Svendsen utskrives 17 dager etter innleggelsen og dør fredelig hjemme fem måneder senere, etter å ha fått med seg feiringene både av 53 års bryllupsdag og første oldebarns dåp.

Fortellerteknikken er det som tabloidavisene kaller «å sette et ansikt på historien». Retorikeren «hjelper» leseren til å identifisere seg med stakkars fru Svendsen og den kloke legen som gav henne en lykkelig slutt på livet. Vi «forstår» så utmerket godt at forvaktens holdning var kritikkverdig. Fru Svendsens happy ending er ment å fremkalle sympati, ikke bare for den dyktige heltelegen i historien, men også for den engasjerte forfatteren og hans fremstilling av legeidealene, det samaritanske imperativ, legerollens verdikonflikter og hva som blir konsekvensen for den enkelte pasient hvis vi leger feilaktig tror at vi skal være voktere av politiske idealer om «rettferdig og solidarisk fordeling av helsekroner».

Med fru Svendsens historie som gjennomgangseksempel skriver Bruun Wyller at de to legenes uenighet om behandlingen kan være av faglig eller moralsk art, og at den dypeste av disse er den moralske konflikten mellom samfunnsetikken

og individualetikken. Som leger har vi tre alternativer, skriver han. Vi kan holde frem som vi stevner ved ikke å ta standpunkt, men da vil vi ende i fagetisk uryddige tilstander. Andre mulighet er å ofre individverdiene på samfunnets alter, hvilket åpenbart strider mot legegjerningens ethos. Dermed står vi igjen med det tredje alternativet: Å konsentrere legevirkksomhet om enkeltindividet, på kollektivets bekostning. Vi kan ikke se at forfatteren gir holdbare begrunnelser for dette resonnementet.

Vi er enige med Bruun Wyller når han påpeker uklar tenkning blant leger hva gjelder etiske konflikter og verdivalg. Kritisk refleksjon er mangelvare i vår profesjonsutdanning (2, 3). Han trekker med rette frem overdreven strategisk ressursvurdering og statistisk tallmanipulering av menneskers liv som sykdomstegn i legeprofesjonen. Men ut fra symptomene stiller han feil diagnose. Sykdomsforståelsen fremkommer i følgende sitat: «Man kan ikke ivareta idealet om optimal hjelp til enkeltmennesket fru Svendsen og *samtidig* vise solidaritet med resten av menneskeheten. Man må foreta et *verdivalg* .» Dette er en alvorlig påstand som etter vår oppfatning er prinsipielt uholdbar, villedende, og meget dårlig underbygd i essayet.

Hvordan tenke klart om verdikonflikter i medisinen?

Flere viktige problemområder er sammenvevet i Bruun Wyllers essay. Ett er spørsmålet om hvordan man i klinisk praksis kan vite hva som vil være det beste for enkeltpasienten fru Svendsen, faglig og menneskelig. Dernest hva som er god legeetikk i denne type beslutningsprosesser. Og gjennom det hele løper grunntemaet: hva bør være legens ansvar og rolle i spennet mellom den enkelte pasient og kollektivet?

En vanskelighet for den som leser teksten er at fremstillingen blander sammen hovedtemaene, tenkningen blir derfor uklar. I det følgende skal vi kort reflektere over hvordan vi kan nærme oss problemstillingene på en fruktbar måte, før vi legger frem noen synspunkter på legerollens etiske forankringer.

Hva er det beste for fru Svendsen?

Bruun Wyller gjør seg merkelig naiv når han argumenterer for at de «politiske», dvs. allmennmenneskelige, implikasjonene ved mange faglige valg innebærer at andre enn leger er de eneste rette til å velge. Hvem da? En komité? Legene vil i praksis måtte foreta svært mange etiske, filosofiske, følelsesmessige og «politiske» avveininger, blant annet fordi faglig-praktiske og etiske spørsmål er så sammenvevet i konkrete medisinske situasjoner at de oftest må løses under ett. Historien om fru Svendsen kan kanskje illustrere det: Skal hun opereres eller ikke? Beslutningen må tas i løpet av minutter. Hvor mye kan hun vinne hvis det går godt med operasjonen? Hvor mye kan hun tape hvis det går dårlig? Tanker om de ulike utfallene kan hvem som helst gjøre seg. Legene gjør klokt i å diskutere saken med fru Svendsen, hennes ektemann og

barn, hvis det er praktisk mulig. Bare den syke selv og kanskje hennes pårørende vet hvilke verdier hun bygger livet sitt på. Hva med å lytte til hennes hviskede ønske om å slippe?

Ofte vil pasient og pårørende sende ballen tilbake til legene, «doktoren vet sikkert best». Fru Svendsens pårørende føler kanskje at de vet for lite om de konkrete følgene av ulike postoperative komplikasjoner hos langtkomne kreftpasienter, de har liten trening i å vurdere statistiske sannsynligheter på individnivå, de har kanskje aldri vært i en liknende situasjon. Skal vi vegre oss for å ta ansvar i slike situasjoner, eller skal vi trø til så godt vi kan?

Svaret må bli todelt. I prinsippet har leger et godt utgangspunkt for å være rådgivere i medisinske situasjoner med eksistensielle overtoner. I praksis tror vi at den etiske og kommunikative innsikt hos enkeltleger er svært ulikt utviklet. Slik kompetanse er ikke høyt prioritert, verken i medisinsk utdanning eller i konkurransen om faglige meritter (6). Dette mener vi, naivt optimistisk, at det er mulig å endre, og vi vil derfor understreke legenes *prinsipielle* mulighet for å bistå i vanskelige verdivalg: I eksemplet om fru Svendsen er det kirurgene som har erfaringen. De har opplevd ulike forløp og stått nær i mange situasjoner som likner på den fru Svendsen og hennes familie er på vei inn i. Erfarne leger har tatt feil mange ganger, og har nettopp derfor de beste forutsetninger for å utvikle en innsiktsfull, ydmyk holdning til det å utsi noe om fremtiden på vegne av andre. Vi skal huske at legene i situasjoner som denne ikke bare er leger, de er også alminnelige mennesker. De har derfor en alminnelig dømmekraft. Men fordi de også er leger, har de *flere relevante menneskelige erfaringer* med denne type situasjoner enn familien. Erfaring er nødvendig for det Aristoteles kalte «praktisk klokskap», *phronesis* (7). Som alminnelige mennesker med helt spesielle erfaringer kan leger derfor ofte bidra i refleksjonen rundt vanskelige verdimeslige avveininger som angår andre. Ikke fordi faget sier noe om hva som er god og dårlig vurdering, men fordi utøverne av faget er *personer* som har opplevd mer av denne type virkelighet enn de fleste legfolk.

I eksemplet om fru Svendsen synes det klart at rollen som samaritansk heltelege like gjerne kunne vært tildelt en kirurg som lar damen dø i fred uten annen innblanding fra medisinen enn omsorg, tilstedeværelse og palliasjon, en lege som av hensyn til pasientens beste overprøver kollegaens heroiske behandlingsoptimisme. Eksemplet i Bruun Wyllers essay er nok ment å belyse hvordan en samvittighetsfull, individorientert lege tenker og handler, men kan også fortolkes som en historie om hvordan et dårlig valg iblant kan vise seg å være det beste, på grunn av medisinen mangslungne vesen. Det er ikke alltid resultatet i en enkelt hendelse kan si oss om beslutningen var riktig klok.

I en diskusjon om hva som er fornuftige holdninger til operasjon av fru Svendsen med langtkommen kreft, er det for enkelt å si «vi må gjøre hva som gjøres kan». Det er naturlig å spørre: Hva om fru Svendsen påføres et fem dagers eller fem ukers elendig dødsleie hvor den ene postoperative komplikasjon avløser den andre? At fru Svendsens avskjed med livet, mannen og familien således forkludres av falske forhåpninger, sykehusets fremmedgjørende omgivelser og de faglige dilemmaer som oppstår rundt legeheltens heroiske, medisinsk-teknologiske innsats? Et slikt utfall er kanskje

ikke så usannsynlig. Kan man anslå omtrent hvor sannsynlig? Skal man skjele til undersøkelser på grupper av pasienter med samme sykdom som fru Svendsen, eller blir det å sette «Hiin Enkelte» for mye til side? Man vet jo ikke på forhånd hva som vil bli utfallet av et bestemt valg, det være seg heroisk handlende eller palliativt avventende. Valgene må treffes på et faglig fundament, det vil si ved anvendelse av generell viten om tilstander og mennesker som likner dem vi nå har foran oss. Denne kunnskapen, generert på gruppenivå, vil aldri gi sikker viten om hva det ene eller andre valg vil bety for pasienten vi har foran oss. Den kan for den enkelte bare uttrykkes som matematiske sannsynligheter for det ene eller det andre utfall. Vi tar våre beslutninger under usikkerhet (4, 5). Denne prinsipielle usikkerheten er en del av faget og kan ikke fjernes, heller ikke gjennom etisk refleksjon, noe Bruun Wyller burde kostet på seg å diskutere. Vi må utøve skjønn hver gang, fordi det ikke er sikkert hva som vil vise seg å være til den andres beste. Vi trenger innsikt

(for å forstå situasjonen så godt at vi også ser usikkerheten) og dømmekraft (for å kunne ta beslutninger under hensyn til de kryssende verdier som står på spill i den enkelte situasjon), ikke endimensjonale idealforestillinger og dydsmønstre.

Legen mellom pasient og kollektiv

Bruun Wyller skriver også om de vanskelige valgene man står overfor når man skal ta hensyn til den enkelte pasient i Hippokrates' ånd, og samtidig være vokter av rettferdighetsprinsippet og et firkantet offentlig regelverk som søker å begrense ressursbruken i helsevesenet. Han mener at leger avslører en overmodig selvgodhet når vi påtar oss å foreta de verdimessige avveiningene mellom enkeltpasientens og samfunnets behov. «Vi er de eneste med tilstrekkelige kunnskaper, og er dessuten så moralsk eksepsjonelle at vi kan ivareta dyder som er i konflikt med hverandre. Hvilken hybris!»

Igjen er vi enige med Bruun Wyller når han peker på problemene. Visst kan vi forskreve oss med alle disse kryssende hensyn, visst kan hybris (overmot) og kynisme synes å være yrkessykdommer med økende insidens. Så hva er da vår innvending?

Å gjøre legen til enkeltpasientens advokat «på kollektivets bekostning» og overlate samfunnsetiske verdiavveininger til politiske instanser, slik Bruun Wyller foreslår, er praktisk utelukket og prinsipielt forkastelig. I hverdagen må den enkelte lege fordele sin tid og de tilgjengelige ressursene mellom alle de pasientene han har omsorg for. Verken på en sykehusavdeling eller i allmennpraksis kan man tenke seg en arbeidssituasjon som tillater ubegrenset omsorg for enkeltpasienter uten at det går utover andre som samme lege har ansvar for, direkte og indirekte.

En prinsipiell innstilling som sier at leger *bør* neglisjere kollektive hensyn, vil sannsynligvis bidra til et enda kjøligere mellommenneskelig klima enn det vi har i dag, og derved en ytterligere svekkelse av de livsvilkår som «Hiin Enkelte» er prisgitt. Det isolerte menneskelige individ finnes nemlig ikke, og kan ikke

finnes (8). Vi er sammenvevet og utgjør grupper, enten vi vil eller ikke. Det er i møtet mellom mennesker at etikken oppstår. Ensomhetsproblematikken og de utallige psykososiale problemene leger møter til daglig, understreker at mennesker er avhengige av tilhørighet og velfungerende grupper som i noen grad praktiserer «kollektive» idealer. Et kollektiv består av enkeltmennesker, og det er i siste instans disse enkelte som rammes når lojalitet til gruppen, fellesskapet eller samfunnet undermineres. Leger tjener ikke sine enkeltpasienters sak hvis de gjør valg som på lang sikt fører til et utmagret menneskelig fellesskap. Hva som er «magre» og «fete» sosiale forhold kan diskuteres, men en form for solidaritet, et gi-og-ta-forhold mellom individ og fellesskap, må inngå. Vi er ikke uenige i at legens plikt stilt overfor den enkelte pasient er å lete etter det beste for vedkommende. Men vi hevder at den enkeltes beste i noen grad *avhenger av* fellesskapets beste. Derfor må legen også ta hensyn til *de andre*, og det gjør han ved å vektlegge kollektive dyder som rettferdighet, likhet og broderskap (9).



Hvordan skal vi gå frem i konkrete kliniske situasjoner for å veie den enkeltes beste mot fellesskapets behov på en balansert og omtenkssom måte? I komplekse etiske beslutningsprosesser kan vi prøve å anvende en mer bredspektret fornuft enn den rent kalkulerende. Filosofen Jürgen Habermas beskriver tre rasjonalitetsformer som bør virke sammen for at beslutninger skal bli så gode som mulig (10). Den første av disse er *formålsrasjonaliteten*, den nøkterne måling og veiing som legger vekt på det som er teknisk og statistisk relevant, de objektive og generelle sannheter som tilsynelatende er hevet over

enhver «synsing». Det er her medisinen som naturvitenskapelig fag har sin sterkeste side. Leger står derfor i fare for i unødig stor grad å vektlegge «faglige», tekniske og økonomiske hensyn når vi foretar våre beslutninger.

I verdikonflikter og etiske avveininger er det viktig at formålsrasjonaliteten balanseres mot en *kommunikativ rasjonalitet*, ved at man søker fornuftige løsninger i dialog og argumentasjon med flest mulig av dem som kan være meningsberettiget – fru Svendsen selv, hennes mann og barn, erfarne kolleger, gode tekster som kan belyse dilemmaet. God kommunikasjon gir ikke alltid «korrekt» løsning på et dilemma (det finnes gjerne ikke), men bidrar til at de valgte løsningene blir emosjonelt akseptable og lettere å leve med i ettertid.

Den tredje fornuftsformen kalles *kritisk rasjonalitet*. Dette er den åpne og selvransakende fornuften som erkjenner at tanken og vurderingsevnen alltid har sine begrensninger og derfor leter etter rimelige innvendinger mot egne dommer og forestillinger, også mot dem som synes solide og velbegrunnede. Formålsrasjonalitet og kommunikativ rasjonalitet fungerer best når de utøves kritisk, med åpenhet for uvante tanker og andres synspunkter. Evnen til å kritisere egen tenkning er kanskje det fremste kjennetegnet på god tenkning.

Legers ulike roller

Det etiske ansvaret i konfliktsituasjoner kan iblant tydeliggjøres og ivaretas ved at ulike leger har ulike roller. For eksempel kan det være allmennpraktikerens rolle å tale sin pasients sak overfor den avdelingsoverlegen som administrerer ventelister. Hennes rolle er å kjenne pasientens livssituasjon og gi de faglige og menneskelige argumenter for at nettopp denne pasienten bør bli gitt prioritet. Avdelingsoverlegens rolle, på den annen side, er å veie denne ene pasientens behov opp mot tilsvarende behov hos *andre pasienter* som også søkes inn til utredning eller behandling. Samtidig har overlegen et ansvar for å synliggjøre sine pasienters behov på et overordnet administrativt, politisk nivå, om nødvendig ved å bruke massemediene for å informere offentligheten om ressurskonflikten.

I virkeligheten må en lege ofte inneha to roller samtidig. Hun ønsker å gjøre det beste for sin pasient som hun møter ansikt til ansikt. Samtidig kan og må hun, dersom ressursene er knappe, anvende sin evne til medfølelse overfor andre pasienter som hun har ansvar for, selv om hun ikke møter dem ansikt til ansikt der og da.

Legen kan også opptre som aktør i flere roller. Hun kan være medlem av en ekspertgruppe, en komite... eller et kommunestyre og slik påvirke fordelingen av fellesskapets ressurser. Innenfor de rammer som slik settes kan hun likevel med full rett arbeide for interessene til den eller de pasienter hun har ansvar for i legerollen. Konfliktene mellom individ og samfunn kan ivaretas i helsetjenesten ved en moralsk ansvarsfordeling mellom leger med ulike roller.

Konklusjon

Vi vil hevde at leger ivaretar idealet om best mulig hjelp til enkeltmennesket fru Svendsen ved *samtidig* å erkjenne en forpliktelse overfor de andre enkeltmenneskene som vår offentlige helsetjeneste har et ansvar for. Vi kan ikke gjøre «alt» for den pasienten vi har på kontoret akkurat nå dersom dette innebærer større tap og forsakelser for andre syke som venter utenfor. Ved å styrke kollektive verdier bidrar leger til at det blir lettere for den enkelte syke, svake eller lidende å få hjelp fra helsevesenet.

Leger vil ofte måtte ta verdiladede valg på vegne av sine pasienter og deres pårørende. Det knytter seg en prinsipiell usikkerhet til disse valgene, fordi ingen på forhånd kan vite *sikkert* hva som vil bli utfallet og hva som er den beste løsningen for en bestemt pasient. Det betyr imidlertid ikke at leger er diskvalifiserte som rådgivere og beslutningstakere. Det betyr bare at leger må supplere sin medisinske formålsrasjonalitet med andre former for rasjonalitet, f.eks. kommunikativ og kritisk rasjonalitet. Løsningen som velges må ikke bare blir faglig korrekt, men også så klokt utarbeidet at den blir mulig å leve med for alle parter, uansett utfall.

Vi ser det som helt nødvendig at leger i tiden som kommer blir gitt større anledning til å øve opp alle rasjonalitetsformer. Utvikling av selvinnsikt, kommunikative ferdigheter og etisk dømmekraft bør gis større vekt i medisinsk utdanning på alle nivåer. Våre faglige beslutninger vil alltid ha verdimessige konsekvenser for enkeltpasienter og for kollektivet. Vi havner i grøften hvis vi aksepterer retoriske påstander om at saken kan forenkles til et spørsmål om legevirkosomhet *eller* verdivalg, og at leger i moralske spørsmål kan se bort fra samfunnsetiske hensyn. Legevirkosomhet *er* verdivalg. Vi må derfor bygge en faglig kultur som bidrar til at hver enkelt av oss blir i stand til å vokse gjennom erfaring, lære av feiltrinn, dra nytte av veiledning og gode forbilder og strekke oss mot det klokeste i oss.

Filosofisk poliklinikk drives av en gruppe leger ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen. Poliklinikken arrangerer åpne debattmøter om medisinsk-filosofiske spørsmål og søker å bidra til større takhøyde og mer undring i medisinsk og helsefaglig virksomhet. www.uib.no/isf/filpol/ .

LITTERATUR

1. Wyller VB. Gi legene hva legenes er. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3797 – 9.
2. Sinclair S. Making doctors. An institutional apprenticeship. Oxford: Berg, 1997.

3. Hellesnes J. Sosialisering og teknokrati. Oslo: Gyldendal, 1975: 150.
 4. Eddy DM. Clinical decision making: from theory to practice. The individual vs society. Is there a conflict? JAMA 1991; 265: 1446 – 50.
 5. Eddy DM. Clinical decision making: from theory to practice. The individual vs society. Resolving the conflict. JAMA 1991; 265: 2399 – 406.
 6. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. New York: Oxford University Press, 1991.
 7. Aristoteles. Etikken. Norsk utgave ved Anfinn Stigen. Oslo: Gyldendal, 1973: 65, 68.
 8. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal, 1991.
 9. Gulbrandsen P. Rettferdighet – den største og mest krevende dyden. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1149 – 52.
 10. Habermas J. Kraften i de bedre argumenter. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.
-

Publisert: 20. april 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. mars 2026.