
Leger må behandle hverandre med respekt, også når vi er faglig uenige

DEBATT

SHAHRAM SHAYGANI

Shahram Shaygani er psykoanalytiker, spesialist i rus og avhengighetsmedisin og i psykiatri. Han er overlege ved Trasoppklinikken og styremedlem i Norsk psykiatrisk forening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LARS LIEN

lars.lien@sykehuset-innlandet.no

Lars Lien er spesialist i samfunnsmedisin og i psykiatri og professor ved Høgskolen i Innlandet. Han er leder i Norsk psykiatrisk forening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ULRIKA LARSSON

Ulrika Larsson er spesialist i psykiatri, psykoterapiveileder i kognitiv terapi og overlege ved Nordlandssykehuset. Hun er styremedlem i Norsk psykiatrisk forening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SOLVEIG KLÆBO REITAN

Solveig Klæbo Reitan er spesialist i psykiatri, avtalespesialist, overlege ved St. Olavs Hospital, Nidelv distriktpsikiatrisk senter og professor i psykiatri ved NTNU. Hun er nestleder i Norsk psykiatrisk forening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Faglig uenighet er – og må være – en del av vår hverdag som leger. Det er ikke et problem. Det er imidlertid av og til et problem hvordan vi forholder oss til faglig uenighet.

Av og til ser vi at leger som er faglig uenige, i stedet for å lytte nysgjerrig og søke å finne ut av hvordan de ulike vurderingene best tjener pasienten, heller går til angrep, devaluerer og latterliggjør en kollega. Dette debattinnlegget tar utgangspunkt i at psykiatere, enten i klinisk arbeid eller i sakkyndig virksomhet, kan komme fram til ulike konklusjoner. Følgende eksempel kan illustrere denne problemstillingen: En kollega på jobb snakker høyløst om en annen kollegas «inkompetanse». Begge har hatt kontakt med samme pasient, men til forskjellige tidspunkter. Tre andre kolleger er til stede og lytter. To av dem nikker og ler høyt. Den tredje kollegaen gjør de andre oppmerksomme på at samtalen ikke handler om fag, men om en annen kollega som ikke er til stede. Vedkommende foreslår at de heller bør diskutere den faglige uenigheten.

«Ingen av oss har oversikt over alt som berører en pasient. Derfor er det trolig en fordel for pasienten at flere leger, med ulike erfaringer, observasjoner og tilnærminger, arbeider sammen»

Faget medisin er komplekst, og det er utfordringer og arbeidsmengde nok til alle leger. Pasientene kommer gjerne med en sammensatt bakgrunn, de lever i ulike kontekster, de har sykdomsforløp som varierer – og de samsvarer ofte ikke helt med lærebøkene. Dessuten er det mye vi ennå ikke kan og vet om somatisk og psykisk helse. Ingen av oss har oversikt over alt som berører en pasient. Derfor er det trolig en fordel for pasienten at flere leger, med ulike erfaringer, observasjoner og tilnærminger, arbeider sammen.

At en kollega har stilt en annen diagnose og iverksatt en annen behandling enn jeg akkurat nå ser for meg, betyr ikke at kollegaen min er ond eller dum – eller at jeg er det. Kollegaen har trolig sett pasienten i en annen fase eller sammenheng. Kanskje er en kombinasjon av min kollegas og min egen forståelse den beste løsningen for pasienten? Endring i diagnoser som har store konsekvenser for pasienter, kan av og til skje på denne måten (1). Hvor dyktige er vi til å sikre ulike perspektiver for pasientens beste?

«Er vi oppriktig nysgjerrige på hva våre kolleger har sett og vurdert? Våger vi å spørre og være åpne for ulike perspektiver? Har vi fokus på hva som er best for pasienten, eller på hva som ivaretar vårt eget selvbilde?»

Leger er gjerne vant til å være «flinkest i klassen», og status og posisjon har fulgt med legeyrket. Vi læres opp til å lede og å ta endelige beslutninger. Hvordan påvirker dette vår evne til å håndtere uenighet, akseptere feil og ta vare på hverandre? Har vi noen tradisjon for å være omsorgsfulle og snille med hverandre? Og forventer vi raushet fra våre kolleger? Er vi oppriktig nysgjerrige på hva våre kolleger har sett og vurdert? Våger vi å spørre og være åpne for ulike perspektiver? Har vi fokus på hva som er best for pasienten, eller på hva som ivaretar vårt eget selvbilde?

Psykiatri er utfordret av at det er mye vi ennå ikke vet om nevrobiologien i hjernen. Det er mye vi ikke ser med det blotte øye eller gjennom en blodprøve. Faget må derfor inkludere biopsykososiale og eksistensielle tilnærminger, i tillegg til et betydelig klinisk skjønn. Dette er komplekst. Psykososiale forhold påvirker sykdomsutviklingen

og hvordan pasienten har det, uten at dette utelukker at medikamenter kan hjelpe pasienten å bli frisk. Noen sykdommer er sterkt biologisk betinget, men psykoterapi kan samtidig være nyttig. Fastleger kjenner gjerne til faser, plager og ressurser i pasientens liv som ikke nødvendigvis framgår ved for eksempel en akuttinnleggelse i spesialisthelsetjenesten. Ingen av observasjonene eller vurderingene trenger å være feil – de kan snarere komplettere hverandre.

Fordommer i samfunnet kan også påvirke pasientens tilnærming. Mange pasienter protesterer mot at det dreier seg om sykdom. Hva pasientene egentlig vil ha hjelp til fra helsevesenet, kan være uklart – ofte ønsker de heller ikke hjelp. I psykiatrien benyttes tvangsbehandling og andre tvangstiltak. Som psykiater møter man mye kritikk – fra pasienter, pårørende, politikere, media, andre profesjoner – og dels fra egne kolleger. Tradisjonelt har ikke psykiatri hatt høy status blant andre medisinske spesialiteter (2). Dette kan samlet bidra til en tøff arbeidshverdag. Fører det til at vi lar være å støtte hverandre og vise hverandre respekt? Er vi så vant til hakking på oss selv at vi lett hakker på hverandre?

Legeforeningens etiske retningslinjer kan veilede og hjelpe oss til en bærekraftig tilnærming (3). Vi skal fokusere på saklig diskusjon, enten det er i vårt klinisk virke eller i det offentlige rom (4). For eksempel kan vi ta kontakt med kollegaer vi er uenige med, og vise interesse for hvordan de har kommet til sine konklusjoner. På samme måte kan vi dele vår egen tankegang, og forklare hvordan vi har kommet fram til våre konklusjoner. Gjennom faglig dialog kan vi finne bedre løsninger for pasientene vi behandler.

Å behandle hverandre med respekt er nødvendig, både for å sikre god pasientbehandling og for å utvikle oss som psykiatere. Legeforeningens etiske retningslinjer bør alltid ligge i bakhodet når vi diskuterer faglige spørsmål om og med kolleger som er uenige med oss.

REFERENCES

1. Radio NRK. Delt i to (2:4). https://radio.nrk.no/podkast/radiodokumentaren/sesong/pianisten/l_ee0843ea-8db1-499a-8843-ea8db1099a81 Lest 17.4.2024.
2. Album D, Johannessen LEF, Rasmussen EB. Stability and change in disease prestige: A comparative analysis of three surveys spanning a quarter of a century. *Soc Sci Med* 2017; 180: 45–51. [PubMed][CrossRef]
3. Den norske legeforening. Etiske regler for leger. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/> Lest 17.4.2024.
4. Karterud S. Styret i Norsk psykiatrisk forening og den slitne hjernen. <https://tidsskriftet.no/2023/12/kommentar/styret-i-norsk-psykiatrisk-forening-og-den-slitne-hjernen> Lest 17.4.2024.

Publisert: 6. mai 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0140
Mottatt 6.3.2024, første revisjon innsendt 19.3.2024, godkjent 17.4.2024.

