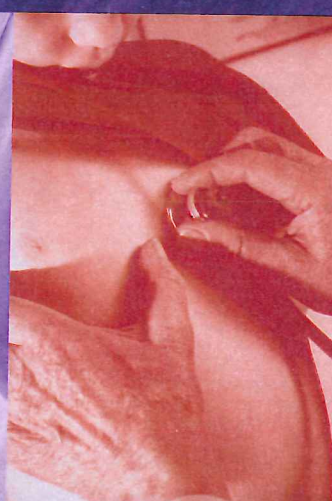
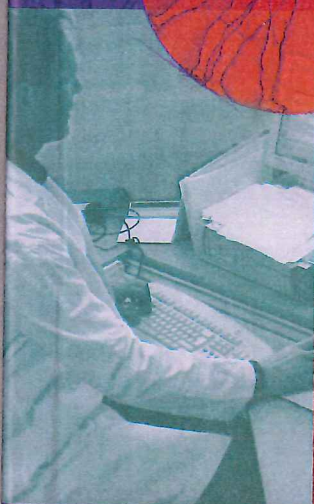
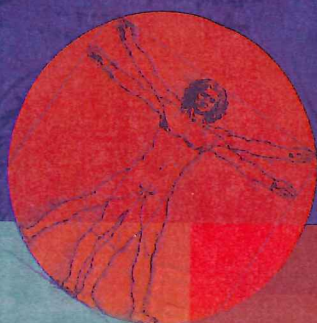


Magne Nylenna og Geir Jacobsen (red.)

Legerollens mange muligheter



© Gyldendal Norsk Forlag AS 2004

1. utgave, 1. opplag 2004

ISBN 82-05-32554-5

Omslagsfoto: © Espen Bratlie/Samfoto,

© Bjørn Rørslett/NN/Samfoto,

© Lars Bahl/BAM/Samfoto

Omslagsdesign: Astrid Jørgensen

Layout: Modest Design

Sats: Laboremus Prepress as

Brødtéktst: Minion 10,5/15

Papir: 100 g Arctic Volume

Trykk: PDC Tangen 2004

Alle henvendelser om boken kan rettes til

Gyldendal Akademisk

Postboks 6730 St. Olavs plass

0130 Oslo

www.gyldendal.no/akademisk

akademisk@gyldendal.no

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverkloven eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

OM MENTORSKAP OG MEDISIN

Linn Getz

Både i rollen som klinikere, fagutviklere og ledere kan vi som arbeider i helse-sektoren ha nytte av å reflektere over fenomenet mentorskap. Denne teksten skal derfor handle om hvordan skapende, frigjørende og helsebringende kref-ter kan forløses i en relasjon der en erfaren fagperson gjennom sin godhet, in-tegritet og kunnskap søker å utvikle det beste i et annet menneske. Slik jeg ser det, kan mentorskap ha stor betydning for dannelsen av neste generasjons fagutøvere, og dermed for medisinens utvikling som fag. I tillegg er det inter-essant å betrakte forholdet mellom pasient og lege i lys av fenomenet mentor-skap. Framtidens leger vil ha stor bruk for kunnskap og erfaring i hvordan en best kan hjelpe et annet menneske til å mobilisere egne ressurser og skape kon-struktive endringer i livet.

*Det mest virkningsfulle terapeutiske redskap du
noen gang vil besitte, er din egen personlighet.*

David Sackett

Jeg oppdaget betydningen av å kunne «tenke høyt» sammen med en erfaren kol-lega allerede under studietiden. Som medisinerstudent på femte året la jeg merke til en foreleser som hadde klare faglige visjoner og stort engasjement. Han «inkor-porerte ansvarlighet og status» (1) og gjorde meg interessert i sitt fagområde. Sym-patien ble etter hvert gjensidig. Uten at vi inngikk noen formell avtale om mentorskap, har denne kollegaen i ettertid alltid vært parat til å diskutere mine faglige refleksjoner og prosjekter. Han har møtt meg med kreativ nysgjerrighet og

bidratt med konstruktiv kritikk og respektfull humor etter behov, avhengig av hvilket tema jeg har bragt på bane. Jeg kaller denne kollegaen Mentor 1.

Ett år etter fullført turnustjeneste kontaktet jeg Mentor 1 med spørsmål om muligheter for faglig engasjement ved hans institutt. Henvendelsen ble godt motatt. I det akademiske nettverket rundt Mentor 1 ble jeg introdusert for flere kolleger av solid støpning. På et forskerkurs traff jeg blant annet en kvinnelig kollega som var klartenkt, belest, og som ikke vegret seg for å stille fundamentale, fagkritiske spørsmål. Etter at vi hadde visst om hverandre i et par år, fikk denne kollegaen rollen som Mentor 2 for meg. Jeg kontaktet henne fordi jeg hadde en idé om å utforske hvordan implementering av ny medisinsk teknologi kan lede til uventede etiske dilemmaer i den kliniske hverdagen. Jeg trengte opprinnelig hjelp til å utvikle forskningssidéen, men Mentor 2 skulle bli viktigere for meg i denne saken enn jeg hadde forestilt meg. Jeg fikk nemlig erfare at det medisinske «establishment» ikke nødvendigvis tar vel imot en kollega som uttrykker undring, uro eller kritikk i forhold til utviklingen i fagets frontlinje, hvilket var nettopp det mitt forskningsprosjekt handlet om. Mine forskningsspørsmål utfordret og truet den aksepterte virkelighetsoppfatningen innenfor et autoritativt fagmiljø. Dette ledet til en konflikt der jeg blant annet ble utsatt for forsøk på degradering både som fagperson og menneske. Noen dialog var ikke oppnåelig, og jeg avsluttet prosjektet uten å ha startet den planlagte empiriske forskningen. Dette medførte at jeg for første gang i livet sto overfor noe som liknet et faglig nederlag. I denne perioden ivaretok Mentor 2 meg både på det emosjonelle og profesjonelle planet. I henne hadde jeg et menneske med store og høyst relevante fagkunnskaper. Hun visste nøyaktig hva jeg sto for og hvilke intensjoner jeg hadde. Gjennom en blanding av personlig omsorg og målrettede faglige innspill evnet hun å beskytte min sviktende selvtillit, samtidig som hun skjerpet min dømmekraft. Og ikke minst pekte hun på nye, faglige utfordringer i kjølvannet av konflikten.

I ettertid anser jeg både konflikten som sådan og mine personlige erfaringer med den for å være ressurser når jeg skal utøve min rolle som lege. Jeg vet i dag at det kan ligge mektige personlige interesser og maktkonstellasjoner under medisinens altruistiske overflate. Jeg har dessuten fått tro på at det finnes en sammenheng mellom menneskelig verdighet og helse som det er verdt å utforske nærmere. Slik jeg opplevde det, var dialogene med Mentor 2 også viktige for min helse (2). Etter en mentorsamtale kunne jeg merke hvordan «knyttneven» i magen løste seg opp, hvordan de hyppige ekstraslagene i hjertet ble færre, eller hvordan plag-

somme muskelspenninger slapp taket. Jeg har siden den gang ofte reflektert over hvor lindrende og legende en faglig dyptpløyende og samtidig omsorgsfull dialog kunne være. Da jeg ble spurt om å bidra til denne boka, valgte jeg derfor å utforske temaet mentorskap.

OPERASJON «MENTORSKAP»

Her er noen av de spørsmål jeg bragte med meg inn i arbeidet med denne teksten: Hva er en mentor? Hva er drivkreftene bak mentorskap? Hva finnes av kunnskap om samspillet mellom mentor og utøver? Bruker mentorer noen spesielle teknikker? Er mentorskap et spesielt interessant tema for oss som arbeider med helse, sykdom og lidelse i det daglige?

Jakten på svar ledet meg på kryss og tvers i Cyberspace, blant annet med stopp i et par store bokhandler og hos min faglige favoritt British Medical Journal (www.bmj.com). Jeg sendte i tillegg en e-post til en håndfull kolleger der jeg spurte om de hadde noen tanker om mentorskap å dele med meg.

Den litteraturen jeg fant om mentorskap, omfatter alt fra overfladiske suksessoppskrifter til tunge, sosiologiske analyser. Det er tydelig at begrepet mentor brukes på ulike måter og i ulike sammenhenger. En «objektiv» framstilling av mentorskap som fenomen er ikke mulig. Jeg har derfor tatt meg den frihet å velge variert stoff som har vekket min nysgjerrighet. I den kategorien havnet blant annet tre bøker. Den første, Shirley Peddy: *The Art of Mentoring* (3), er en velskrevet amerikansk introduksjon til mentorskapets egenart og faser. Den markedsføres som «A must have book for anyone in Human Resources».

Den andre boka er norsk, Harald Knudsen: *Mentor. Om å få fram det beste i et annet menneske* (4). Her er utgangspunktet mentorskapet som et etisk prosjekt. Forfatteren anser menneskets iboende godhet som drivkraften i mentorrelasjonen. Bare gjennom å påta seg ansvaret for den Andre kan man bevare sin fulle menneskelighet og sin fulle frihet. Mentorskap knyttes på en tankevekkende måte blant annet opp til de store jødiske tenkerne Martin Buber (født i Wien 1878, døde i 1965) og Emmanuel Levinas (født i Litauen 1906, døde i 1995).

Den tredje boka er også norsk; Susann Gjerde: *Coaching. Hva – hvorfor – hvordan* (5). Gjennom den ble jeg klar over at det å hjelpe andre mennesker til å utvikle sine «potensialer» faktisk er et eget fag (5–7).

HVOR KOMMER ORDET MENTOR FRA?

Før vi går videre kan det være av interesse å gå tilbake til det gamle Hellas og historiens første mentor. Det dreier seg om en myte som er mer enn tre tusen år gammel. Før Odyssevs av Itaka reiste ut i krigen mot trojanerne ba han huslæreren Mentor om å ta hånd om sin familie, i særdeleshet oppfostringen av sønnen Telemakhos. Odyssevs var som kjent på reise i mange år, og denne tiden var for hans nærmeste preget av økende uvisshet, hjelpeløshet og politisk utrygghet. Ved Mentors hjelp evnet Telemakhos å takle de store utfordringer han ble stilt overfor i farens fravær. I sin verdslige skikkelse framsto Mentor som en trofast venn og rådgiver. Men av og til var han mer enn det: I Mentors skikkelse opptrådte iblant Pallas Athene, krigsgudinne og byen Athens høye beskytter. Athene var også skytsgudinne for kunnskapen, som på hellenistisk tid var tredelt og omfattet håndverk, kunst og vitenskap. Denne guddommelige inspirasjonen gir en assosiasjon til vårt eget fag, idet en tredelt visdomsforvaltning som forener håndverk, kunst og vitenskap gjennom alle tider har vært medisinenes beste legitimering.

COACHING – PROFESJONELL MEDTENKNING UTEN MYSTIKK

Tilbake til nåtiden. I boka *Coaching* (5) kan man lese at det internasjonalt finnes skoler som tar mål av seg til å utdanne profesjonelle medtenkere som skal hjelpe «utøvere» til «å frigjøre sine potensialer gjennom læring, handling, nyskapning, endring». En slik ambisjon bragte straks mine tanker i retning av mentorskap, og det bekreftes i litteraturen at fenomenet mentorskap og faget coaching har en god del til felles (5–8). Hovedforskjellen består i at en klassisk mentor har lang erfaring og status innenfor det fagområdet eller den organisasjonen der utøveren befinner seg, mens en coach (i den betydning av ordet jeg her omtaler) besitter en mer generell kompetanse i å «bygge opp» utøvere på alle livsområder, i mindre grad uavhengig av faglig tilhørighet (tabell 1).

Ordet «coach» er britisk, med røtter tilbake til 1500-tallet. Det ble opprinnelig brukt om en karét trukket av fire hester. En coach er dermed «et virkemiddel for å frakte verdsatte mennesker dit de ønsker å komme» (5). Senere har begrepet også blitt anvendt om trenere i idrettsverdenen. I vår sammenheng kan en coach imidlertid beskrives som en medtenker som bevisst gjør bruk av utvalgte grunntanker og teknikker fra filosofiske og psykologiske tradisjoner og terapiformer, samt kunnskap om organisasjonsutvikling, ledelse og kommunikasjon (5, 6). Intet av

Tabell 1. Likheter og forskjeller mellom rollene som henholdsvis coach, mentor og forskningsveileder

Coaching	Mentorskap	Forskningsveiledning
Et rådgiverfag man kan lære	Et relasjonelt fenomen som oppstår mellom en ung og en meget erfaren fagutøver	Et formelt «mester-svenn-forhold» innenfor akademiet
Mål: å støtte opp om utøverens samlede livsprosjekt. Karriere står ofte sentralt i dialogen	Mål: å fremme utøverens personlige, karrieremessige framgang gjennom «strategisk omsorg på høyt nivå»	Mål: å hjelpe en kandidat til å realisere et definert faglig prosjekt
Relasjonen avtales formelt	Relasjonen er ofte uformell, men kan eventuelt formaliseres (mentorprogram)	En veileder er kandidatens formelle «foresatte»
En coach behøver ikke ha noen organisasjonsmessig tilknytning til utøver	En klassisk mentor har status, erfaring og innsikt i utøverens fagområde og/eller organisasjon	Veilederen er overordnet og ekspert innenfor samme fagområde
En frivillig, jevnbyrdig og ofte symmetrisk relasjon	En frivillig, likeverdig, men ikke symmetrisk relasjon, idet mentoren har mer erfaring enn utøveren	En obligatorisk og asymmetrisk relasjon
Partene deler ansvaret for prosessen. Utøver har ansvaret for egne veivalg	Partene deler ansvaret for prosessen, men en mentor erkjenner et særskilt ansvar i kraft av sin erfaring. Utøver har det endelige ansvar for egne veivalg	Veileder har et overordnet ansvar for veiledningsprosessen og kandidatens faglige veivalg

dette er nye teorier, det nye er måten ting er valgt ut og satt sammen på – ut fra en grunntanke om at læring, mestring og utvikling bygger på et finstemt samspill mellom følelser og intellekt.

Fra filosofien henter en coach sin sokratiske og spørrende dialogstil – uten at det synes å være noe mål å lure utøveren i sokratiske feller. Fra eksistensialismen bringer coachen inn tanker om menneskets ansvar for å utvikle sin egen skjebne, og for å vise «mot til å være». Fra kognitiv terapi kommer erkjennelsen av at mennesket kan ha betydelig innflytelse over sin opplevelse og fortolkning av verden. Fra amerikanske humanistiske psykologer, ikke minst Abraham Maslow (1908–70) og Carl Rogers (1902–87), bringer coachen inn et grunnleggende syn på mennesket som aktivt, meningssøkende og ansvarlig for egen utvikling.

Ambisjonen om å bygge opp den «kreative, ressurssterke og hele utøver» ligger nær den amerikanske drømmen, der idealet om det autonome individets selvhevdelse lett kan stille fenomener som makt og verdier i skyggen. Like fullt kan både klinikere og ledere i helsevesenet ha mye å lære av den optimistiske, nysgjerrige og mulighetsorienterte holdning coaching bygger på (5, 9, 10). I tabell 2 har jeg gjort et forsøk på å beskrive dette.

Tabell 2. To ulike legeroller og deres innflytelse på den terapeutiske relasjon og pasientens rolle. Tankegangen kan også ha relevans i forhold til lederskap.

I møte med ...	
den paternalistiske, reduksjonistiske lege (eller leder),	den mentor-inspirerte, «mobiliserende» lege (eller leder),
vil pasienten/personen ...	
– ha som mål «å bli helbredet» (sysselsatt)	– gradvis få som mål å erkjenne muligheter og aktivisere seg selv
– tildeles en underordnet posisjon, og avvente diagnose, terapi og instruksjoner	– tildeles en likeverdig posisjon og oppmuntres til å bidra med ideer og forslag til løsninger
– anse seg selv for å vite mindre enn legen/lederen/eksperten	– oppfordres til å bli ekspert på sin egen situasjon eller oppgave, og gjerne bringe fram momenter som legen/lederen ikke har tenkt på
– oppleve først og fremst å bli vurdert og kategorisert i henhold til (medisinske) avvik og svakheter	– ut over sine (medisinske) problemer, systematisk bli møtt som en person som gjør sitt beste, med endringsvilje og utviklingsmuligheter
– gjennomgående oppleve vektlegging av risiko for at noe skal gå galt	– gjennomgående oppleve en søken etter hvilke ressurser som kan hjelpe pasienten/personen med å nå sine mål
– anse egen sårbarhet som en svakhet	– bli oppfordret til å betrakte egen sårbarhet som et erfaringsgrunnlag og en ressurs
– ut over det å følge instruksjoner, i liten grad oppleve ansvar for relasjonen og resultatet av den	– gjøres medansvarlig for relasjonen og resultatet av den
– alltid møte bildet av «den vellykte» profesjonelle	– kunne oppleve at legen/lederen forteller en historie der egen sårbarhet eller usikkerhet er et tema, i den hensikt å formidle at det er mulig å komme videre, tross lav selvtillit og tvil

MENTORSKAP SOM «GODHET I LYS AV EN FAGLIG VISJON»

I Encyclopædia Britannica (2003) defineres en mentor som «en betrodd rådgiver og ledsager». I tekster om mentorskap er en typisk definisjon: «En mentor er en erfaren og dyktig person som hjelper en annen til å utvikle sitt potensial og de kvaliteter vedkommende trenger for å nå sine mål i livet». I boka *Mentor* (4) står det: «Mentorskap handler om å få fram det beste i et annet menneske.»

Den unge eller uerfarne personen som er gjenstand for mentors oppmerksomhet, har flere ulike navn i litteraturen. Begrepet *protésjé* betoner mentorens rolle som beskytter for den unge. Ordet *adept* har vært en del brukt i Norden og betegner opprinnelig en person med innsikt i hvordan man lager gull (alkymi). I coaching-faget brukes begrepet *utøver*, som gir assosiasjoner til ambisjon og aktivitet.

Hvilke kvaliteter er det så et mentorskap skal dyrke fram hos den annen part? I *The art of mentoring* (3) oppsummeres de i fire nøkkelord:

- Klokskap
- Dømmekraft
- Ukuelighet/robusthet (eng: resilience)
- Selvstendighet

Slik jeg velger å se det, er mentorskap imidlertid noe mer enn et altruistisk prosjekt basert på prinsippet om «å lykkes gjennom at en annen lykkes». Det var neppe likegyldig for Mentor hvorvidt Telemakhos valgte å realisere sine potensialer ved å rømme hjemmefra eller gjennom å holde Odyssevs' konkurrenter ute av huset inntil faren kom tilbake.

Som svar på min oppfordring om å si noe om mentorskap, mottok jeg et brev som hjalp meg videre på dette punkt. Avsenderen har på høyt akademisk nivå utfordret biomedisinens etablerte virkelighetsoppfatning i en årrekke. Hun karakteriserer mentorskap på følgende måte:

Hva mentorskap handler om? At en kunnskapsrik person som i mine øyne har høy grad av personlig og faglig integritet, troverdighet og engagement viser meg og mitt anliggende tillit og signaliserer: Jeg deler din uro, ditt engagement, din interesse. Si hva du vil ha, og jeg vil prøve å gi, så langt jeg kan.

Her er det som vi ser, ikke bare spørsmål om den unge utøvers vekst og utvikling. Her beskrives i samme åndedrag en gjensidig, motiverende kraft i form av et delt anliggende – en felles oppfatning av hva som er sentrale faglige verdier. En aner-

kjent kvinnelig allmennpraktiker og fagpolitiker beskrev også hvordan felles holdninger til faget sto sentralt i hennes mentorerfaringer:

Jeg var turnuslege i praksisen hos T. T ble for meg en svært viktig person – jeg kaller ham «min faglige far», og det vet han. Han veiledet meg inn i allmennmedisinens irrganger på en måte som både tok hensyn til god faglig praksis og til verdier og holdninger i møtet mellom pasient og lege. Han viste meg både praktiske håndgrep og kloke tilnærminger til både enkle og vanskelige problemstillinger. Og han viste meg sin egen usikkerhet når det var nødvendig. (...) Det var fantastisk å møte en erfaren, voksen kollega som hadde så mange grunnholdninger som stemte med mine egne, og som dermed bekreftet og styrket min tro på at jeg kunne forme legerollen og mitt forhold til pasienter og fag på en slik måte at det stemmer med meg selv. T bidro sterkt til at jeg valgte allmennmedisinen som mitt fag. Han introduserte meg for flere faglige fora og aktiviteter, men presset aldri på. (...) Vi holder fortsatt kontakten, og selv om vi møtes sjelden, er det fortsatt mulig for meg å ringe til T for å diskutere faglige og fagpolitiske problemstillinger.

I tabell 1 har jeg forsøkt å liste opp likheter og ulikheter mellom tre ulike roller: coach, mentor og veileder. I praksis forekommer det sikkert både flere typer rådgivere og blandingsroller. Blant annet forekommer det nok at formelle veiledningsforhold inneholder sterke elementer av mentorskap (11).

MENTORSKAP SOM «STRATEGISK OMSORG»

Tekster om mentorskap vektlegger gjerne at en mentor kombinerer rollene som henholdsvis *strategisk tilrettelegger* med tanke på utøverens karriere, og *personlig omsorgsgiver* med tanke på vedkommendes selvfølelse, selvinnsikt og mestring (5, 12). Det synes ikke å være noen enighet i litteraturen om hvilken rolle som er viktigst. I figuren under har jeg skissert disse rollene og antydnet at de trolig henger svært tett sammen. En lege i en akademisk lederposisjon besvarte min mentorforespørsel nettopp med å vektlegge mentorens spesielle forutsetninger for å gi en type omsorg som forutsetter inngående kjennskap til utøverens faglige ambisjoner:

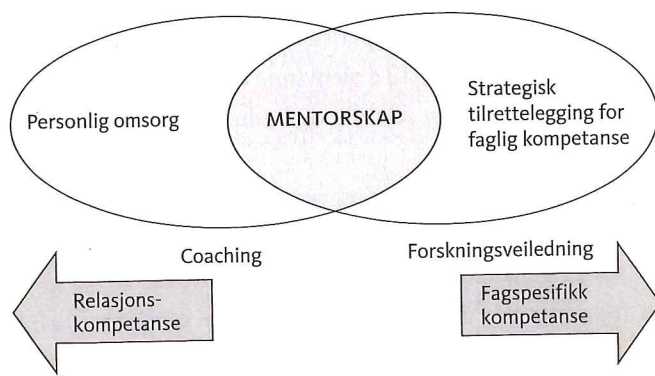
For meg innebærer mentorskap personlig omsorg på høyt nivå. At et menneske med dyp innsikt og stort engasjement har som sitt ultimate mål at det skal gå den andre godt.

En kollega og helseadministrator uttrykte noe liknende, dog med andre ord:

For meg er mentorskap eller coaching nært bunde opp til omgrepet empati. Det handlar om å prøva å finna fram til den andre sin posisjon, gå nær opp til utan å gå inn i (altså utan å «identifisera» seg med), og vera i dialog for å sikra at personen sjølv er i stand til å gjere «kloke» val i eiga interesse og å forstå følgjene av dei vala vedkommande gjer. Mentoren kan også gjera vedkommande oppmerksom på karaktertrekk og handlingsmønster som vedkommande bør arbeide med.

I rollen som *karrieretilrettelegger* fremmer og ivaretar mentor utøverens interesser i det faglige og/eller organisatoriske landskapet. Mentor bidrar med innsikt i hvordan ting går for seg – med referanse til både skrevne og uskrevne regler. Mentor synliggjør utøveren, går god for og introduserer vedkommende til relevante faglige nettverk og utfordringer. I løpet av denne prosessen vil mentor for egen del bli bedre kjent med de eksisterende muligheter og hindringer i miljøet. På sikt kan mentor dermed bidra til endringer og utvikling innenfor organisasjonen (12). For eksempel står følgende å lese i en rapport om mentorskap fra Aalborg universitet:

Et samarbejde mellem mentor og den unge kvindelige forsker kvalifiserer ikke alene den unge forsker, men også forskningsinstitutionen. Det er ikke kvinderne der har et problem. Det er universiteterne, der har et problem.



Mentorskapets to elementer som innebærer en kombinasjon av personlig omsorg og strategisk tilrettelegging av utøverens faglige utvikling

MENTORSKAPETS KRONOLOGISKE UTVIKLING

I flere sammenhenger har jeg funnet beskrivelser av mentorskap som en prosess, med et opphav, mellomfase(r) og en slutfase. I *The art of mentoring* (3) finnes en enkel oversikt over hvordan relasjonen mellom en dyktig mentor og en utøver kan forventes å utvikle seg. På engelsk kalles fasene kort og godt for «lead», «follow», og «get out of the way». I nevnte rekkefølge, men med høyst fleksible overganger, skal en mentor altså opptre henholdsvis som en *leder*, en *ledsager*, og – når utøveren er moden for det – skal mentor *trekke seg unna*.

Lede: I mentorskapets tidlige fase dominerer mentor samspillet mellom partene ganske sterkt. I detalj viser han eller hun utøveren hvordan man tar fatt på en gitt oppgave, og mentor gjør et poeng av å reflektere over hvorfor valget faller på én løsning framfor en annen eller en tredje. På denne måten får utøveren gradvis innsikt i fagets eller organisasjonens *phronesis* (praktiske visdom), det vil si hvordan generell kunnskap best kan appliseres i partikulære sammenhenger (13). På denne måten tilføres utøveren gradvis erfaring, dømmekraft og «kulturell kapital» (12).

Ledsage: I denne fasen står utøveren i økende grad på egne bein, og vedkommende tar gradvis mer styring over relasjonen til mentor. Dialogen består sjeldnere av spørsmål og svar, og mentor fungerer stadig oftere som en medtenker i forhold til komplekse problemstillinger. Mentor og utøver analyserer en sak fra ulike synsvinkler, før utøveren kommer fram til en måte å gå videre på. Det er viktig at utøveren i denne tiden opplever at det endelige ansvaret for å velge ligger hos ham eller henne. I ledsage-fasen kan mentors rolle komme til å variere mye. Noen ganger har utøveren behov for en empatisk lytter, andre ganger for en «pep-talk». Hos mentor kan utøveren få hjelp til å gjenvinne oversikten når utfordringene blir store, og hjelp til å gjenfinne tapt selvtillit og besluttsomhet når en sak ikke utvikler seg i henhold til planen.

I tilknytning til de store og små seire og nederlag utøveren opplever, anbefales det flere steder i den litteratur jeg har lest at mentor forteller historier fra eget liv og egen karriere. Ikke minst historier om skuffelser, nederlag og sårbarhet (3, 14). Bruk av historier som utgangspunkt for læring av komplekse ferdigheter samsvarer godt med tilnærminger som har vært anbefalt også i medisinsk undervisning (15).

Selvfølelse og sårbarhet er viktige anliggender for medisinen. Det finnes en del forskning som peker mot en nær sammenheng mellom selvfølelse og helse (2). En hypotese om at sårbarhet og avmaktserfaringer kan omskapes til helseressurser er grunntanken bak et bredt anlagt forskningsprosjekt blant pasienter i norsk all-

menntmedisin (16). Filosofen Arne Johan Vetlesen har i en artikkel rettet søkelyset mot *legens* rolle «mellom vellykkethet og sårbarhet»(17). Han hevder at hentydning til egen sårbarhet kan være en betingelse for at en lege kan få tilgang til et annet menneskes ståsted.

Trekke seg unna: Når utøveren er moden for det, skal mentor utøve «kunsten å trekke seg tilbake fra rollen som den sterke, idet han eller hun lar døra få stå åpen for en kollegial og jevnbyrdig relasjon» (3). Det nevnes flere steder at dette kan være krevende. En mentor bør med andre ord gå bevisst inn for å unngå at tendenser i retning av faglig kontroll og selvbevarelse ikke skal kaste skygger over mentorskapets grunnleggende, uegennyttige ethos i denne kritiske og viktige avviklingsfasen.

HVORFOR GAMLE GRESKE ORD? ER DET NOE MYSTISK SOM SKAL SKJE?

Fra siste halvdel av 1990-årene har flere mentorprosjekter vært igangsatt ved norske universiteter og i enkelte medisinske miljøer. Den informasjonen jeg har funnet om dette, tyder på at mange av deltakerne har positive erfaringer. Mentorprogrammer kan imidlertid også lede til debatt. I tilknytning til oppstartingen av et mentorprosjekt ved Universitetet i Tromsø i 1999 skrev en stedlig professor i sosiologi et innlegg til universitetsavisa med tittelen «Vil du/De være min adept» (18). Han spør:

Hva er galt med ord som veileder, rådgiver, opplæring, kompetanseheving, videreutdanning, professorkurs, osv. (...) Det er vel ikke noe mere mystisk som skal skje i vår institusjon? Hvorfor dette behovet for gamle latinske/greske ord? Er det kanskje mer symbolske behov som ligger under (...)?

Begrepet mentorskap har, som professoren antyder, flere respektable språklige naboer. I mange sammenhenger er det trolig bedre å velge et ord som veiledning eller rådgivning for å beskrive relasjonen mellom en faglig «aspirant» og en kollega med spesiell kompetanse. Om vi skal ta mytologien bokstavelig, forventes det at en mentor er «beåndet» med klokskap noe ut over det vanlige. Det er dermed et ambisiøst prosjekt å legge opp til mentorskap i stor skala innenfor en organisasjon, og i den sammenheng er det viktig å unngå å legge grunnlag for forskjellsbehandling og elitekultur. Vi bør blant annet være oppmerksomme på hvordan

kjønnsforskjeller kan slå ut. Forskning har vist at unge, mannlige fagutøvere oftere rapporterer å ha hatt en mentor enn det kvinnelige utøvere gjør (8).

Bør mentorskap oppfattes som en mer «eksklusiv» form for veiledning? Slik jeg ser det, er en mentor vanligvis ikke den beste veileder i relasjon til et konkret prosjekt, og mange unge fagutøvere klarer seg dermed godt uten en mentor. Selv er jeg mest opptatt av mentorskapets betydning som arena for kontroversielt nybrottsarbeid og fagutvikling. Jeg tror at det å ha en mentor kan «stålsette» unge fagutøvere og fagutviklere slik at de bevarer sin nysgjerrighet, integritet, utholdenhet og sitt mot gjennom utfordrende faser i sin profesjonelle utvikling.

Det sies at mot er alle dyders mor, også i medisinen (19). En gang spurte jeg Mentor 2 hvor hun tok sitt mot fra. Da fortalte hun om sin gymnaslærer, og om at årene i hans nærvær fikk avgjørende betydning for hennes syn på mennesket og på livet. Han hadde motarbeidet nazistene og blitt tatt til fange. Under grov mishandling brakk hans rygg, og mannen forble for all framtid skjev. Mentor 2 fortalte:

Min lærer med den brukne ryggen ble mitt forbilde i rakryggethet, uttrykt som personlig motstand mot en overmakt av dimensjoner. Gjennom møtet med ham erkjente jeg at mot ikke handler om noen erklæring. Mot er ikke noe man velger. Mot handler om en væren, (...) en overbevisning man ikke kan velge bort.

MELLOM MENTORSKAP OG MEDISIN – PÅ SPORET AV EN «VERDIGHETENS FYSIOLOGI»?

Tanken om at en leges personlighet og væremåte har stor terapeutisk betydning er like gammel som medisinen selv. Michael Balint skrev på 1950-tallet om «the drug doctor». Framstående leger som Albert Schweitzer og Glin Bennet har skrevet om hvordan en leges største utfordring ligger i å mobilisere «legen i pasienten». Legen og etikeren Eric Cassell snakker om «doctoring» – et begrep som inviterer til å betrakte medisinsk praksis i humanismens ånd – som en samlet utfoldelse av faglige kunnskaper og personlige egenskaper.

Om vi betrakter utviklingen i den vestlige verden, er det liten tvil om at framtidens leger i stort omfang vil ha ansvar for pasienter med kroniske sykdommer. Den grunnleggende terapeutiske utfordringen ligger da i å mobilisere pasientens innsikt, mestring og utvikling. Flere ledende medisinere og tenkere ser da også for seg det 21. århundrets lege-pasient-forhold som en dynamisk relasjon karakteri-

sert av åpenhet, gjensidighet og likeverd. Sjefredaktøren i British Medical Journal, Richard Smith, bruker i denne sammenhengen begrepene «patients as partners» og «the doctor as a manager of change».

Selv har jeg nå vært lege i fjorten år. Men det er først i de siste par årene – i rollen som bedriftslege ved et universitetssykehus uten hovedansvar for mine pasienters komplekse sykehistorier, utredninger og behandlinger – at jeg har kunnet konsentrere meg om *menneskene* med diagnosene. Når forholdene har ligget til rette for det, har jeg bevisst lagt all teknologi til side og signalisert at «din sak er viktig, og jeg har tid». Dialogen har da, nesten uten unntak, beveget seg i retning av det Ole Berg kaller lidelsens kontekstualitet og eksistensialitet (20). Det sentrale fokus for mine tanker har i disse samtalen vært menneskelig vekst og verdighet. Slik jeg opplever det, har denne tilnærmingen myndiggjort og mobilisert noen av mine dårligst fungerende pasienter, og dermed også meg som lege. Jeg har erfart at:

- Mennesker som finner igjen tapt verdighet, fungerer mye bedre
- Den som hjelper andre med å gjenreise sin verdighet, blir selv forandret

Hvordan fremmer man menneskelig verdighet og vekst innenfor rammen av en legekonsultasjon? Slik har jeg forsøkt å få det til:

- Før konsultasjonen tar jeg et bevisst valg om å møte pasienten med den holdning at «Jeg anser deg som en person med en vilje og et potensial for personlig utvikling».
- Jeg forsøker systematisk å finne fram til det som virkelig *betyr* noe i pasientens verden, uten at jeg har noe ønske om å tenke som pasienten. Dette handler om empati og om anerkjennelse av den andres verdigrunnlag, forutsetninger og valg. Jeg har etter hvert blitt flinkere til å registrere det når viktige temaer berøres. Jeg kan ofte se det på pasienten, og hvis kontakten er god, fornemmer jeg det samtidig i egen kropp.
- Så langt jeg får det til, er jeg helt oppriktig til stede i relasjonen. Jeg unnlater så langt det er mulig å bygge min oppfatning om pasientens kapasitet og muligheter på hendelser som har funnet sted før jeg kom inn i bildet. Jeg forsøker derimot å gi tydelige signaler på hvordan jeg opplever situasjonen i nåtid.
- Jeg tildeler fra første kontakt (hvilket ofte er en telefonsamtale) pasienten et medansvar for å bringe fram tanker om hvilke endringer vi i felleskap kan forsøke å realisere.

Det var først etter at jeg begynte å samle materiale til dette kapitlet at jeg ble klar over at det finnes en anerkjent terapitradisjon innenfor den humanistiske psykologi som bygger på nokså like grunnprinsipper. Det dreier seg om Carl Rogers' metode, som internasjonalt brukes mye av både psykoterapeuter og personlige rådgivere (5, 21).

Her følger en kasuistikk (med pasientens tillatelse):

Fra en biomedisinsk synsvinkel var det umulig å dokumentere hvordan jeg som bedriftslege kunne anbefale K, en middelaldrende, kvinnelig sykehusansatt med depresjon og store ryggproblemer, å forlate jobben på Sterilsentralen til fordel for en pleiejobb ved geriatrisk sengepost.

Jeg hadde fått en viss innsikt i Ks livshistorie i løpet av to møter med flere ukers mellomrom. Det var en historie som handlet mye om å stå alene, og om å bli avvist av et menneske hun lengtet sterkt etter å forsones med. Jeg innså etter hvert at temaet tilhørighet og avvisning hadde en viss aktualitet også i relasjon til Ks nåværende arbeidsmiljø. Ks avdelingsleder ble derfor koblet inn, uten at det ledet til forandringer for min pasient. Ks behandlende leger hadde heller ikke mer å bidra med.

I den grad jeg kan begrunne forsøket med bedriftsintern attføring til en geriatrisk sengepost, må jeg henvise til en assosiasjon og et (tilsynelatende) sammentreff. Assosiasjonen kom under mitt tredje møte med K. Det syntes å gå mot uføretrygd. Vi satt et øyeblikk tause og litt rådvillige og så på hverandre. Jeg betraktet K og kom i tanker om hvor sterke og rene ansiktstrekk hun hadde. Hun minnet om en nonne, og jeg så med ett for meg maleriene i trappeoppgangen på geriatrisk avdeling, fra den tiden sykehuset var katolsk. Da sa K plutselig: «Jeg har tenkt litt på om jeg kanskje kunne forsøkt meg som pleier ved geriatrisk avdeling...?» Hun avbrøt seg selv umiddelbart. «... men det går jo ikke med min rygg.»

Jeg erkjente at dette var et viktig øyeblikk og sa: «Vet du, den tanken streift nettopp meg også. Jeg tror vi kan prøve. Jeg ringer oversykepleier.» Oversykepleier tok utfordringen. Hun nærmer seg pensjonsalderen og har erfart at det noen ganger er uklokt å spørre for mye.

Jeg har fulgt opp saken med noen ukers mellomrom. Det gikk bra fra første dag, og K er nå fast ansatt ved geriatrisk avdeling. Jeg møtte henne en måned etter at hun begynte, og da var hennes første kommentar: «Det er rart. Jobben er tyngre enn den jeg hadde. Men jeg har mindre vondt i ryg-

gen.» Etter en pause tilføyde hun: «Men man arbeider jo aldri alene her. Når jeg begynner å stresse, da kommer alltid noen og sier: Vent, K. La oss stelle pasienten sammen.»

Den dagen hadde jeg lest at man ved bruk av funksjonell MRI i et forskningslaboratorium har vist at en opplevelse av psykologisk avvisning leder til responsmønstre i hjernen som likner dem man ser ved fysisk smerte (22). Jeg forklarte K hva jeg hadde lest. Hun ble et øyeblikk stille. «Ja, men der har du vel vår historie,» sa hun med et lite smil.

MENTORØYEBLIKKET: ENKLE ORD TIL RETT TID

Når jeg ser tilbake på mine erfaringer med Mentor 1 og Mentor 2, kan jeg undre meg over hvor banalt et «mentorøyeblikk» kan være, bedømt ut fra hvilke ord som blir utvekslet. Men kanskje er det ofte slik det er? Sjefredaktør Richard Smith rapporterer i hvert fall at hans livs største læringsøyeblikk fant sted mens han som ung lege arbeidet på et skademottak og strevde med å skjule sin usikkerhet i vurderingen av skådede ankler (å skille forstuelser fra brudd). En kollega ga opphav til en varig endring i den unge Smiths liv idet han kom med følgende bemerkning: «Men du behøver da ikke gi deg ut for å vite alt!» (23). Mentorskap handler ikke alltid om nøyaktig hvilke ord som blir sagt, men om *hvem* som sier ordene – og i hvilken sammenheng. Det spørs om ikke dette også er et sentralt element i god legekunst.

Dialog I

Forfatteren: «Vet du hva? Når det oppstår så mye uro, begynner jeg faktisk å lure på om det ikke er helt i orden med den faglige dømmekraften min.»

Mentor 1: «Om det er noen det er noe galt med her omkring, så er det i hvert fall ikke *deg*.»

Dialog II

Forfatteren: «Jeg er så fryktelig forvirret. Er jeg egentlig på vei noe sted?»

Taushet.

Mentor 1: «Du Linn, du Linn ... Ikke vet jeg *hva* det er du skal. Men jeg vet at det er *noe* du skal.»

TAKK

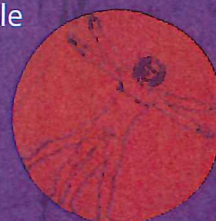
Dette kapitlet er tilegnet Steinar Westin (Mentor 1) og Anne Luise Kirkengen (Mentor 2). Jeg vil for øvrig takke Anette Fosse, Eli Berg, Geir Sverre Braut, Gunnar Bovim, Janecke Thesen, Kirsti Malterud og Mentor 2 for svar på brevet der jeg spurte om de hadde noen tanker eller erfaringer omkring temaet mentorskap.

LITTERATUR

- 1 Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? *BMJ* 2002;325: 707–10.
- 2 Marmot M. Self esteem and health. Autonomy, self esteem, and health are linked together. *BMJ* 2003; 327: 574–5.
- 3 Peddy S. *The art of mentoring. Lead, follow and get out of the way.* Houston: Bullion books, 2001.
- 4 Knudsen H. *Mentor. Om å få fram det beste i et annet menneske.* Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2001.
- 5 Gjerde S. *Coaching. Hva – hvorfor – hvordan.* Bergen: Fagbokforlaget, 2003.
- 6 Kersley SE. What on earth is life coaching? *BMJ* 2002; 325: 207.
- 7 Hutton-Taylor S. Cultivating a coaching culture. *BMJ* 1999. www.bmj.com.
- 8 Grainger C. Mentoring – supporting doctors at work and play. *BMJ* 2002; 324: 203.
- 9 Hollnagel H, Malterud K. From risk factors to health resources in medical practice. *Med Health Care Philos.* 2000; 3 (3): 257–64.
- 10 Koeck K. Time for organisational development in health care organisations. *BMJ* 1998; 317: 1267–8.
- 11 Malterud K. Å lede på vei – hva er god forskningsveiledning? I: Bjørndal A, Nylenna M (red). *Med makten i sitt ord.* Oslo: UniPub, 2003: 93.
- 12 Lindgren U. «En empirisk studie av mentorskap inom högre utbildning i Sverige». Doktorsavhandling. Umeå, 2002 (sammendrag, funnet på Internett).
- 13 Malterud K. Reflexivity and metapositions: strategies for appraisal of clinical evidence. *Journal of Evaluation of Clinical Practice* 2002; 8: 121–6.
- 14 Alliot R. Facilitatory mentoring in general practice. *BMJ* 1996. www.bmj.com.
- 15 Fraser SW, Greenhalgh T. Complexity science. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ* 2001; 323: 799–803.
- 16 Malterud K. Sårbarhet som styrke. Hvordan kan avmaktserfaringer bli til helseressurser? Prosjektbeskrivelse. Bergen: januar 2002 (pers. meddel.).
- 17 Vetlesen AJ. Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1118–21.
- 18 Guneriussen W. «Vil du/De være min «ADEPT»?» *Tromsøflaket. Avis for Universitetet i Tromsø*, 16/1999.
- 19 Fugelli P. Mot – alle dyders mor. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999;119: 1143–5.

- 20 Berg O. Makt og eksistens. I: Fugelli P, Stang G, Wilmar B (red). Makt og medisin. Oslo: Makt- og demokratiutredningen. Rapport nr 57, 2003: 78–103.
- 21 Nessa J. Medisin og eksistens. Samtale og psykodynamikk i allmennmedisinen. Oslo: Gyldendal, 2003.
- 22 Vastag B. Scientists find connections in the brain between physical and emotional pain. JAMA 2003; 290: 2389–90.
- 23 Smith R. Thoughts for new medical students at a new medical school. BMJ 2003; 327: 1430–3.

Legelivet er mangfoldig. I tillegg til å diagnostisere og behandle enkeltpasienter har legene ansvar for pasientgrupper både når det gjelder forebygging av sykdom og fordeling av helsetjenester. Samfunnsengasjement og formidling av kunnskap forventes også av de fleste leger. Hva kjennetegner legelivet ved begynnelsen av det 21. århundret, og hvilke muligheter og begrensninger har legerollen i dag?



I denne boken presenterer 18 forfattere ulike sider av legerollen. Tre hovedpilarer i legevirksomheten drøftes:


- pasientarbeid med utgangspunkt i allmennmedisin
- samfunnsmedisin og helsepolitikk
- publisering og undervisning

Boken er en hyllest til professor **Steinar Westin** på hans 60-årsdag, og avspeiler hovedlinjene i hans faglige liv. Steinar Westin har gjennom flere tiår vært en sentral allmenn- og samfunnsmedisiner i Norge, og han er særlig kjent for sin evne til å kombinere pasientarbeid, samfunnsengasjement og formidling. Hans evne til å utnytte legerollens mange muligheter er til inspirasjon for medisinstudenter og leger over hele landet.

Magne Nylenna (f. 1952) er prosjektleder i Sosial- og helsedirektoratet og professor II ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU.

Geir Jacobsen (f. 1945) er professor ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU




GYLDENDAL
AKADEMISK

ISBN: 82-05-32554-5



9 788205 325548