

Hvordan har legen det som portvakt?

Bakgrunn. I tiltakende grad preges legenes hverdag av kontrolloppgaver. Vi undersøkte hvilken betydning denne portvaktfunksjonen har for legene.

Materiale og metode. Analyse av 24 utvalgte spørsmål fra spørreskjemaer utsendt til representative utvalg av norske leger ved Legekårsundersøkelsen i 1993 og 2000.

Resultater. Seks av sju leger møter ofte eller iblant urealistiske forventninger. Mer enn en tredel av legene opplevde fra en del til svært mye stress pga. forventning om hjelp til ikke-medisinske problemer. Nesten halvparten av legene hadde bevisst utformet legeerklæringer for å styrke pasientens sak. Mer enn halvparten av legene tillå iblant eller ofte pasientens ønske større vekt enn eget medisinsk skjønn. 86 % av legene hadde gått på jobb når de ville ha sykmeldt en pasient med samme symptomer og i samme arbeidssituasjon. Andelene var lavere blant de eldre legene og blant leger med høy jobbtrivsel.

Fortolkning. Rollen som portvakt har vesentlig betydning for legenes trivsel i arbeidet. En mulig generasjonseffekt kan gjøre at samfunnet i stigende grad får problemer med å få leger til å utøve portvaktfunksjonen.

Legerollen krever hensyn både til den enkelte pasients beste og til fellesskapets ressurser (1), i Norge gjort tydelig gjennom §§ 2 og 12 i etiske regler for leger (2). Kravet til pasientmedbestemmelse er økt, noe som er konkretisert gjennom den nye pasientrettighetsloven (3) og i de etiske reglene (2). Økte forventninger til hva leger kan og bør hjelpe pasienten med, kan resultere i krav om utredning eller ytelse som det ikke alltid er medisinsk grunnlag for å anbefale. Ressursmessige forhold krever at behandlende leger setter grenser. De fleste leger innehar en rekke kontrolloppgaver i forhold til offentlige utbetalinger og privat forsikring. Omfanget av kontrollarbeid er stort. Som eksempel kan nevnes at i en undersøkelse fra norsk allmennpraksis levde 21 % av pasientene i alderen 16–67 år hovedsakelig av trygd, og 35 % av de øvrige fikk utstedt sykmeldingsattest (4). Norske forsikringsselskaper gjør om lag 100 000 henvendelser til leger om pasientopplysninger hvert år, hvorav ca. en tidel er om formelle spesialisterklæringer

Pål Gulbrandsen*

palgul@heltef.no

Reidun Førde

Olaf Gjerløw Aasland

Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

*Nåværende adresse:
HELTEF – Stiftelse for
helsetjenesteforskning
Postboks 55
1474 Nordbyhagen

Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG.

What does it feel like to be a gatekeeper?

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1874–9

Background. Doctors increasingly act as gatekeepers. We have studied the effect that this function has on the doctors themselves.

Material and methods. Analysis of 24 questions from large surveys of representative samples of Norwegian doctors in 1993 and 2000.

Results. Six out of seven doctors sometimes or often met unrealistic demands from patients. More than one third experienced stress because of patient expectations about help for non-medical problems. Nearly 50 % had adjusted medical certificates in order to help the patient. More than 50 % sometimes or often gave more weight to patients' wishes than to their own medical judgement. 86 % had chosen to come in for work themselves when they would have certified as sick a patient with the same symptoms and working situation. The proportions were significantly smaller among older doctors and doctors with a high level of job satisfaction.

Interpretation. The gatekeeper role has important influence on doctors' job satisfaction. A possible generation effect may imply that society will meet problems more often in the future when assigning gatekeeper functions to doctors.

i personskadesaker (Marit Krohg, If, personlig meddelelse). Det utstedes over 100 000 legeerklæringer i forbindelse med førerkort årlig (Vera Åsetun, Statens vegvesen, personlig meddelelse).

Attester kan sees som en nødvendighet fordi man ikke kan stole på at noen som ønsker en ytelse eller en rettighet, fyller de krav som er knyttet til denne. At noen attester må være signert av lege, skyldes at sykdom kan begrense yteevnen eller skape hjelpebehov, og at samfunnet (formelt og kulturelt) har godtatt at medisinsk utdanning gir den nødvendige kompetansen for å avgjøre om sykdom foreligger. Tilliten til legene er knyttet til at den kunnskapen de forvalter, er på et

nivå som begrenser muligheter for innsikt utenfra. Dermed oppnår profesjonen et eget myndighetsområde (jurisdiksjon) (5).

Når legen utøver slik myndighet, er det blitt sammenliknet med å være portvakt (gatekeeper) (6). I medisinsk litteratur ble begrepet portvakt sporadisk brukt i 1970-årene. Særlig de siste ti årene er det ofte anvendt, ikke minst i USA. Økningen henger for USAs del særlig sammen med at de såkalte Health Maintenance Organizations (HMO) i tiltakende grad har tatt styring over legene når det gjelder bruk av medisinske ressurser (7). Omorganiseringen av Storbritannias National Health Service under Margaret Thatcher førte også til hyppigere omtale av portvaktfunksjonen (8). I denne perioden har det utviklet seg en større avstand mellom det som er medisinsk mulig og det som er økonomisk mulig (9). Der legen som portvakt tidligere i hovedsak hadde den takknemlige oppgave å slippe de fleste inn gjennom porten, preges dagens utvikling av at stadig flere må nektes adgang – først og fremst pga. begrensede ressurser. Imidlertid er det ikke kunnskap om ressursanvendelse som ligger bak at leger har myndighet til å skrive attester. Vi ser nå klare indikasjoner på at portvaktrollen i stigende grad er et problem for pasientene, legene og lege-pasientforholdet (10–14). Det må tilføyes at portvakt noen ganger brukes i utvidet betydning, som veileder, rådgiver eller koordinator. Her anvender vi portvakt slik ordet oftest brukes, som kontrollør (15, 16).

En attest medfører ofte et enten-eller-utfall, til tross for at medisinske kriterier vanligvis ikke er egnet for slik fortolkning. Legens ord kan få store følger, med klare moralske eller etiske implikasjoner (17), noe som kan føre til bevisst feilaktige attester (18, 19). Det er forståelig om legens moralske holdninger påvirker hvordan portvaktrollen praktiseres (20), og at legen stresses av den (21). Legers egen atferd ved sykdom tyder dessuten på at leger stiller andre krav til seg selv enn til pasientene (22). Til tross for dette er svært lite skrevet om hva portvaktrollen gjør med legen selv, og om den påvirker holdninger, handlinger og tilfredshet med arbeidet.

I Legekårsundersøkelsen har leger svart på spørreskjemaer om personlige egenskaper, egen sykeatferd, holdninger og erfaringer i arbeidet. Hensikten med denne studien var å samle inntrykkene fra denne undersøkelsen når det gjelder opplysninger som er relevante for rollen som portvakt.

Tabell 1 Oversikt over temaene i de skjemaene i hovedundersøkelsen (store bokstaver) og referansepanelet (årstall) i Legekårsundersøkelsen som hadde spørsmål relevante for portvaktrollen. Antall spørsmål i skjemaene (vanlige bakgrunnsvariabler ikke medtatt) og antall som ble funnet relevante for portvaktrollen

Skjema	Antall utsendt, besvart (svarprosent)	Tema	Antall spørsmål	Relevant for portvaktrollen	Ikke tatt med i analysen ¹
C	3 608, 2 628 (72,8)	Organisering av arbeidet, arbeidsmiljø	158	3	2
D	3 608, 2 510 (69,6)	Helse, arbeid, familie	165	7	3
F	1 230, 821 (66,7)	Personlighetsprofil	125	6	
G	1 230, 896 (72,8)	Personlighet, holdninger	75	1	
H	1 476, 1 030 (69,8)	Mestringsstrategier	64	2	
I	1 230, 862 (70,1)	Sosiale relasjoner	64	2	
J	1 476, 1 082 (73,3)	Stress og utbrenthet	65	3	
P	1 476, 1 031 (69,9)	Helse- og sykdomsatferd og holdninger	184	5	4
Q	1 476, 990 (67,1)	Etiske og helsepolitiske spørsmål og prioriteringer	123	4	
2000	1 616, 1 385 (85,7)	Faglig oppdatering, Internett-bruk, medisinsk etikk og helsepolitikk, alkohol og tobakk	130	9	2

¹ Begrunnelsen for ikke å ta spørsmålene med i analysen fremgår av artikkelteksten

Materiale og metode

Legekårsundersøkelsen består av to hovedkomponenter, hovedundersøkelsen og referansepanelet, som begge består av representativ utvalg av norske leger (23). Hovedundersøkelsen var en tverrsnittsundersøkelse med i alt 16 spørreskjemaer i 1993, mens referansepanelet har mottatt spørreskjemaer i 1994, 1995, 1996, 1997 og 2000 (tab 1).

En av forfatterne (PG) gikk gjennom samtlige spørreskjemaer og brukte sitt eget skjønn for å plukke ut spørsmål som syntes å være relevante for en innledende undersøkelse av legens portvaktrolle og hva dette betydde for legen. Av i alt 2 429 spørsmål ble 42 (2 %) først valgt ut, 33 fra hovedundersøkelsen og ni fra referansepanelet i 2000. Disse dreide seg om erfaringer med vanskelige avgjørelser knyttet til pasienter, opplevelse av stress og vantrivsel i arbeidet, visse personlige egenskaper og beskrivelse av egen atferd i utvalgte situasjoner. Av de 33 spørsmålene fra hovedundersøkelsen kunne vi unnlate å analysere ni, enten fordi de representerte en unødvendig presisering av spørsmål vi analyserte (fire spørsmål), eller fordi de var mindre spesifikke utsagn enn spørsmål vi analyserte (fem spørsmål). To av spørsmålene fra 2000 ble heller ikke brukt fordi de var mindre spesifikke utsagn enn spørsmålene vi analyserte.

Av de 24 gjenværende spørsmålene i hovedundersøkelsen ble tre funnet å være markører for portvaktrollen:

– Møter du urealistiske forventninger om hva du kan yte fra pasienter/pårørende?

– Stresses du av forventninger om at legen også skal hjelpe med ikke-medisinske problemer?

– Har du i legeerklæringer, attester eller liknende bevisst fremstilt en pasients situasjon som bedre eller dårligere enn den i realiteten var, for eksempel for at pasienten skulle oppnå goder?

– Dette siste spørsmålet vil vi for korthets skyld omtale som «å pynte på sannheten» i resten av artikkelen.

Et fjerde spørsmål ble funnet å kartlegge en indikasjon på sprik mellom legens håndtering av egen helse og pasientenes helse og ble tatt med:

– Har det hendt at du har gått på jobben når du har hatt symptomer eller en sykdom som du ville sykmeldt en pasient for (forutsatt at pasientens arbeidssituasjon sosialt og belastningsmessig kan sammenliknes med din egen)?

To av disse spørsmålene ble også stilt til referansepanelet i 2000. I tillegg ble følgende spørsmål stilt bare i 2000:

– Hender det at du tillegger pasientens ønske om en bestemt undersøkelse eller behandling mer vekt enn ditt eget medisinske skjønn skulle tilsi?

De nevnte fem spørsmålene har vi kalt portvaktvariabler i denne studien.

I 2000 ble legene også spurt om begrunnelsen for å legge mer vekt på pasientens ønske enn sitt eget medisinske skjønn. Det

ble gitt fire muligheter (pasientens rett til å bestemme over egen behandling, at det er tidkrevende å motsi pasienten, at det er ubehagelig å motsi pasienten og at risikoen for en klagesak da blir mindre) som legene kunne tilskrive betydning på en fempunktsskala fra liten til stor betydning.

Tabell 2 gir en oversikt over de uavhengige variablene i hovedundersøkelsen. De kunne grovt deles i tre: personlige egenskaper og mestring, forhold til arbeidet og synspunkter på en i 1991 gjennomført skjerping av vilkårene for uførepensjon.

Statistiske analyser

Vi delte inn legene i tre aldersgrupper: 25–39 år, 40–54 år og 55 år eller eldre. De ble også delt inn i tre grupper i henhold til sin aktuelle stillingstype, som sykehuslege (uansett posisjon), kliniker utenfor sykehus (allmennleger, kommuneleger og privatpraktiserende spesialister) og annet (alle andre stillinger). Svar på spørsmål med fire eller flere svaralternativer ble slått sammen til to eller tre grupper (tab 2).

Vi undersøkte sammenhengen mellom kjønn, aldersgruppe og stillingstype og hvert enkelt spørsmål. Deretter undersøkte vi sammenhengen mellom portvaktvariablene og alle andre variabler. Vi brukte khikvadrattest, khikvadrattest for trend og z-test for sammenlikning mellom uavhengige proporsjoner (24). Pga. det store antall observasjoner valgte vi et signifikansnivå på 1 %.

Resultater

Svarprosenten på de ulike skjemaene fremgår av tabell 1. I hovedundersøkelsen svarte 2 451 (68 % av dem som fikk det aktuelle spørreskjemaet) på spørsmålet om urealistiske forventninger fra pasienter eller pårørende, og 2 169 (60 %) svarte på spørsmålet om stress knyttet til forventningen om at legen skal løse ikke-medisinske problemer. 977 (66 %) svarte på spørsmålet om de hadde pyntet på sannheten i legeerklæringer, og 1 021 (69 %) på spørsmålet om de hadde gått på jobb med en tilstand de ville ha sykmeldt en pasient for.

I referansepanelet svarte 1 271 (79 %) på spørsmålet om de tillegger pasientens ønske større vekt enn eget medisinsk skjønn. Antallet som svarte på spørsmålene som ble brukt som uavhengige variabler fremgår av tabell 2.

Portvaktvariablene

Svarfordelingen for de fem portvaktvariablene er vist i tabell 3.

Seks av sju leger syntes de ofte eller iblant møter urealistiske forventninger. I 2000 var det færre som oppgav at de ofte møter urealistiske forventninger fra pasienter og pårørende. Mens andelen middelaldrende som syntes de sjelden møter urealistiske forventninger lå midt mellom de eldste og de yngste i 1993, var andelen i denne gruppen nesten lik andelen blant de yngste i 2000.

Mer enn en tredel av legene opplevde en del til svært mye stress knyttet til forventningen om å hjelpe med ikke-medisinske problemer.

Like under halvparten av legene hadde bevisst pyntet på sannheten i legeerklæringer, men få gjorde dette hyppig. Hyppigheten av det å utstede bevisst uriktige legeerklæringer var i 2000 nær uendret fra 1993.

86 % oppgav at de hadde gått på jobb med symptomer eller en sykdom de ville sykmeldt en pasient i en sammenliknbar arbeidssituasjon for.

Over halvparten av legene tillå iblant eller ofte pasientens ønske større vekt enn sitt eget medisinske skjønn. 38 % mente pasientens rett til å bestemme over egen behandling hadde stor betydning for at de velger å gjøre dette. 13 % mente det hadde stor eller litt stor betydning at det er tidkrevende å motsi pasienten. Begrunnelsen for 12 % var at det var ubehagelig å motsi pasienten, og 13 % mente at det reduserte faren for klagesaker.

Tabell 4 gir en oversikt over signifikante assosiasjoner vi observerte. Klinikere utenfor sykehus opplevde oftere urealistiske forventninger, var oftere stresset pga. ikke-medisinske arbeidsoppgaver, svarte oftere at de hadde pyntet på sannheten i legeerklæringer og la oftere mer vekt på pasientens ønske enn eget medisinsk skjønn enn sykehusleger og leger i andre stillinger. Å oppleve urealistiske forventninger, være stresset pga. ikke-medisinske oppgaver og å legge mer vekt på pasientens ønsker var mer vanlig blant legene i den yngste aldersgruppen. Spørsmål i

tabell 2 som ikke gjenfinnes i tabell 4, var ikke assosiert med portvaktvariablene.

Skjerpning av reglene for uførepensjon

En større andel av legene mente skjerpningen av kravet til uførepensjon hadde hatt negativ effekt på deres faglige autonomi og personlige velvære og arbeidsglede enn andelen som mente effekten hadde vært positiv (tab 5). Legene gav ingen entydig respons på reformens effekt for pasientene. Tabell 4 viser at det å møte urealistiske forventninger ofte, være stresset pga. ikke-medisinske oppgaver og ha utstedt uriktig legeerklæring var assosiert med opplevelsen av negative effekter for legen av skjerpningen av vilkårene for uførepensjon.

47 % av de yngste legene mente at skjerpningen av vilkårene for uførepensjon hadde hatt negativ effekt på legens personlige velvære og arbeidsglede, mot 31 % av de øvrige. 32 % av sykehuslegene mot 44 % av de øvrige legene mente at skjerpningen hadde hatt negativ effekt på legens personlige velvære og arbeidsglede.

Personlige egenskaper, mestring og forhold til arbeidet

Det var ingen assosiasjon mellom variablene som speilet personlige egenskaper og mestring og portvaktvariablene. De var heller ikke assosiert med stillingstype. Assosiasjonen mellom disse variablene og kjønn og aldersgruppe var svært mange. Blant annet var andelen som angret på valg av legeyrket lavere blant de eldste legene, og færre av disse legene fant legeyrket belastende. Andelen av dem som er usikker på behandlingen faller med alderen, mens flere syntes de ordner effektivt opp i pasientens problemer og at de har positiv innflytelse på andre menneskers liv (data ikke vist).

Bare én av variablene om forhold til arbeidet var assosiert med stillingstype. 51 % av klinikere utenfor sykehus mot 44 % av de øvrige legene fant legeyrket ganske eller svært belastende.

Diskusjon

De utvalgte spørsmålene gir ikke noe uttømmende bilde av hvordan legen opplever rollen som portvakt. At de er håndplukket fra et stort datasett som ble innhentet uten det spesifikke mål for øye å undersøke portvaktrollen, medfører risiko for skjev vinkling. Ordlyden i portvaktspørsmålene gir svar som i større eller mindre grad innebærer en normativ vurdering. Eksempelvis kan «urealistiske forventninger» ikke sies å speile en rent faglig vurdering. «Ikke-medisinske problemer» innebærer heller ikke en vurdering bare på faglig grunn. Spørsmålet om utformingen av legeattester er konkret nok, men inneholder en ledende siste bisetning.

Tre av portvaktspørsmålene mener vi det er innlysende gjelder rollen som portvakt: Spørsmålene om urealistiske forventninger fra pårørende, det å ha pyntet på sannheten i

legeerklæringer og det å tillegge pasientens ønske større vekt enn eget medisinsk skjønn. Vi inkluderte spørsmålet om stress pga. forventninger om hjelp til ikke-medisinske problemer dels fordi det innebærer situasjoner der legen må be andre instanser om å hjelpe, dels fordi det i disse situasjonene kan stilles spørsmål ved om legen er rette instans i det hele tatt. Når de har svart på dette spørsmålet, har nok legene hatt flere forhold i tankene enn akkurat det som har med deres kontrolloppgaver å gjøre. Legens atferd under sykdom ble tatt med som en mulig indikasjon på hva legen innerst inne forventer av andre – noe som er relevant når man er portvakt.

Den grove inndelingen i type spørsmål som er gjort i tabell 2 dekker over at de beskriver en blanding av egeninnsikt, oppfatning av egen atferd, erfaringer og holdninger. Med alle ovennevnte forbehold mener vi at den sammenstillingen vi har gjort, gir et innblikk i hvordan legene opplever det å være portvakt.

Indikasjoner på tilpasning

Funnene taler for at det å være portvakt er et hyppig fenomen. Det er tydelig at legene finner måter å tilpasse seg rollen på, bl.a. ved å tillegge pasientens ønsker mer vekt enn sitt eget medisinske skjønn eller ved å pynte på sannheten i legeerklæringer. Kanskje er også forskjellen mellom håndteringen av sykdom hos seg selv og hos pasienter i en sammenliknbar situasjon et slikt tegn på tilpasning. Det er hevdet at denne typen tilpasninger er en nødvendighet der byråkratiet møter bakkeplanet (16). Spørsmålet er om legene opplever at kontrollarbeidet representerer en akseptabel og meningsfylt del av legearbeidet. Når skjerpning av kravene til uførepensjon gir negativ effekt på de fleste legenes arbeidssituasjon, uten at de har oppfattet noen tydelig effekt for pasientene, er det en trussel både mot trivsel og mening i arbeid.

La oss anta at de unge som står i kø for å bli leger i liten grad er klar over hva som er det vanskelige i legearbeidet. Å kunne nok teori og å ha gode nok ferdigheter er det studentene er mest opptatt av (25). At selve hjelperrollen daglig settes på prøve, er det sannsynligvis færre som er klar over. Når man så som lege erfarer dette, kan i hvert fall tre hovedtyper av forløp tenkes:

- Man vantrives så sterkt at man finner seg ikke-medisinsk arbeid eller legearbeid der man stort sett unngår portvaktfunksjonen
- Man tilpasser seg på en måte som er forenlig med det stressnivå man kan tåle og de holdninger og verdier man har
- Man tilpasser seg uten å få redusert stressnivået tilstrekkelig og/eller ved å endre holdninger og verdier

Legene har muligheter til å velge stillinger der portvaktrollen er mindre fremtredende. En så grov inndeling i stillingstyper som vi

Tabell 2 Oversikt over 20 spørsmål som ble brukt som uavhengige variabler i hovedundersøkelsen (1993)

Spørsmål (antall gyldige svar)	Svaralternativer	Alternativer i analysen
<i>Personlige egenskaper og mestring</i>		
Jeg liker å behage så mye som jeg kan (814)		
Jeg har ingen tålmodighet med folk som ikke godtar mine synspunkter (817)		
Jeg får overhodet ikke fred med meg selv hvis jeg behandler andre urimelig, selv om de er urimelige mot meg (806)	Riktig/galt	Riktig/ galt
Jeg liker at folk kan gjøre det de har lyst til uten strenge regler og retningslinjer (815)		
Jeg anstrenger meg overhodet ikke for å behage andre (808)		
Jeg prøver ofte å se bort fra mine egne vurderinger slik at jeg bedre kan forstå hva andre opplever (802)		
Jeg er svært var for hva andre mennesker tenker og mener om meg (888)	Stemmer/stemmer ikke	Stemmer/stemmer ikke
Det er vanskelig for meg å være uenig med andre mennesker (855)	Ikke i det hele tatt/litt/moderat/ ganske mye/veldig mye	Ikke i det hele tatt/litt/moderat til veldig mye
Jeg lar andre mennesker i for høy grad utnytte meg (851)		
<i>Forhold til arbeidet</i>		
I hvilken grad opplever du å bli satt pris på av dine pasienter og/eller deres pårørende? (2 324)	I meget stor/ ganske stor utstrekning, omtrent som en kan forvente, i ganske liten/meget liten utstrekning	I ganske til meget stor utstrekning/ omtrent som en kan forvente/i ganske til meget liten utstrekning
Angrer du på at du valgte legeyrket? (2 492)	Oftre, av og til, bare når ekstra sliten, så å si aldri	Av og til eller ofte/sjelden/aldri
Hvor psykisk belastende synes du arbeidet ditt er? (2 492)	Ikke i det hele tatt/ ikke spesielt/noe/ ganske/ svært belastende	Ikke belastende/noe belastende/ganske til svært belastende
Det plager meg ofte at jeg er usikker på behandlingen av pasienter (1 005)	Helt/nokså/litt enig, litt/nokså/helt uenig	Enig (litt til helt)/ uenig (litt til helt)
Det ikke å være sikker på hva som er til pasientens beste er noe av det mest stressende ved å være lege (1 003)		
Jeg ordner effektivt opp i pasientens problemer (1 035)	Stemmer ikke/ganske dårlig/både og/stemmer ganske godt/svært godt	Stemmer ikke eller ganske dårlig/både og/ stemmer ganske til svært godt
Jeg føler at jeg har positiv innflytelse på andre menneskers liv gjennom det jeg gjør i jobben (1 075)		
Jeg føler at pasientene gir meg skylden for noen av sine problemer (1 043)		
<i>Synspunkt (i 1993) på ordningen med at legen må dokumentere ev. medisinske årsaker til uførhet</i>		
Hvilken virkning mener du reformen har hatt på din faglige autonomi? (964)	Negativ/ingen/positiv virkning	Negativ/ingen/positiv virkning
Hvilken virkning mener du reformen ha hatt på velvære og arbeids glede? (961)		
Hvilken virkning mener du reformen har hatt for pasientene? (952)		

Tabell 3 Svarfordeling på portvaktvariablene i hovedundersøkelsen (1993) og fra referansepanelet (2000). Antall (prosent)

	Totalt	Fordeling			
		Oftre	Iblant	Sjelden	Aldri
Urealistiske forventninger fra pasienter/pårørende (1993)	2 451 (100)	746 (30,4)	1 351 (55,1)	354 (14,4)	
Urealistiske forventninger fra pasienter/pårørende (2000)	1 301 (100)	229 (17,6)	881 (67,7)	191 (14,7)	
Stresset pga. forventninger om at legen skal hjelpe med ikke-medisinske problemer (1993)	2 169 (100)	276 (12,7)	475 (21,9)	772 (35,6)	646 (29,8)
Pyntet på sannheten i legeerklæring (1993)	977 (100)	Ganske ofte 11 (1,1)	Av og til 125 (12,8)	Sjelden 340 (34,8)	Aldri 501 (51,3)
Pyntet på sannheten i legeerklæring (2000)	1 252 (100)	Oftre 7 (0,6)	Iblant 129 (10,3)	Sjelden 429 (34,3)	Aldri 687 (54,9)
Gått på jobben, ville ha sykmeldt en pasient i samme situasjon (1993)	1 021 (100)	Ja 874 (85,6)	Nei 147 (14,4)		
Pasientens ønske større vekt enn medisinsk skjønn (2000)	1 271 (100)	Oftre 49 (3,9)	Iblant 659 (51,8)	Sjelden 482 (37,9)	Aldri 81 (6,4)

Tabell 4 Signifikant ($p < 0,01$) assosiasjon mellom portvaktvariabler og uavhengige variabler. Manglende opplysninger indikerer ikke signifikant assosiasjon, + markerer positiv assosiasjon, – negativ assosiasjon

	Oftere urealistiske forventninger	Oftere stresset pga. ikke-medisinske oppgaver	Oftere pyntet på sannheten i legeerklæring	Oftere gått på jobben når pasient ville blitt sykmeldt	Mer vekt på pasientens ønske
Kvinne		+			
Stigende alder	– ¹	–			–
Klinikere utenfor sykehus sammenliknet med resten	+ ¹	+	+ ¹		+
Jeg har ganske/svært psykisk belastende arbeid	+	+		+	
Jeg er plaget av å være usikker på behandling	+	+			
Jeg har positiv innflytelse på andres liv		–			
Jeg føler at pasientene gir meg skylden		+			
Skjerping av krav til uførepensjon: Positiv effekt på faglig autonomi	–		–		
Skjerping av krav til uførepensjon: Positiv effekt på legens velvære og arbeidsglede		–			

¹ Assosiasjonene gikk i samme retning i 1993 og 2000

har brukt, tilslører dette. Sett under ett må resultatene likevel tolkes slik at det som lege er vanskelig helt å unngå å være portvakt.

En indikasjon i denne studien på at en tilpasning skjer, er den sterke sammenhengen mellom alder og en rekke av de undersøkte variablene. Det ser ut til at de eldste legene har det bedre med jobben. Riktignok henger dette sammen med en stigende trygghet i yrket generelt. Men noe av forklaringen på relasjonen til alder må også være knyttet til portvaktrollen: Andelen som opplevde en negativ effekt på personlig velvære og arbeidsglede ved skjerping av portvaktfunksjonen, var langt lavere blant eldre leger. Bildet fylles ut av at de eldste oftere tillater seg å opptre som portvakter ved sjeldnere å tillegge pasientens ønske større vekt enn eget medisinsk skjønn. Resultatene tyder på en tilpasning som reduserer stressnivået, kanskje ved utvikling av en holdningsendring? Det at de eldste også synes de sjeldnere møter urealistiske forventninger, antyder en slik forklaring.

Men forskjeller knyttet til alder har ikke nødvendigvis noe med personlig utvikling å gjøre. Det er sannsynlig, i det minste blant klinikere utenfor sykehus, at eldre leger behandler en annen del av befolkningen enn yngre leger pga. seleksjon. Dessuten har vi gjort to tverrsnittsstudier, og kan like gjerne ha målt en generasjonseffekt. Svarfordelin-

gen mellom aldersgruppene i 1993 og 2000 når det gjelder spørsmålet om urealistiske forventninger kan peke i den retning. De eldste legene av i dag kan ha et annet syn på hva som er rettmessige krav fra pasienter enn yngre leger har (26).

Både når det gjelder personlige egenskaper/mestring og forhold til arbeidet er legens kjønn av stor betydning. Men dette ser ikke ut til å ha betydning for forholdet til portvaktrollen, med unntak av opplevd stress knyttet til hjelp med ikke-medisinske problemer. Det er heller ikke tidligere påvist forskjeller knyttet til legens kjønn i vurderingen av vanskelige trykkesaker (26). Man kan også tenke seg at medisinstudiet og erfaringer i yrket legger så sterke føringer på handlingsmønstre og holdninger at det nøytraliserer effekten av kjønnsforskjeller.

Mestring ved ikke å utøve portvaktrollen?

Det er mulig at stresset knyttet til kontrollfunksjonene som legene opplever, takles ved at de i stor utstrekning legger godviljen til og søker å bidra til at pasienten får det han eller hun ønsker. Flere svar tyder på dette. Andelen som pynter på sannheten i legeattester taler for at legene ikke er restriktive. En amerikansk undersøkelse har gitt et liknende resultat (18). Når legene selv er syke, stiller de tydeligvis høyere krav til seg selv enn til

sine pasienter, noe som også kan tolkes som en lite restriktiv innstilling til pasientens behov. At så mange tillegger pasientens ønsker mer vekt enn eget medisinsk skjønn, trekker samme vei. Riktignok begrunner legene dette hyppigere i liberalistisk ånd, med pasientens rett til å bestemme over egen behandling, enn med motstand fra pasienten. Spørsmålet er om ikke den moderne vekt på pasientautonomi her er blitt en behagelig unnskyldning for å slippe grensesetting. Det er mulig at legene ikke i handlingsøyeblikket er seg bevisst ev. underliggende motiver for å handle som de gjør. Skjerping av reglene for uførepensjon i 1991 hadde negativ effekt på legenes velvære og faglige autonomi, særlig om de også hadde negative opplevelser knyttet til portvaktrollen. Dette kan tilsa at legene har personlig fordel av være tilhengere av pasientautonomi.

På den annen side er legens trivsel avgjørende for god behandling. Stor pasientkontakt og meningsfylt arbeid er viktige bestanddeler i trivselen, og bidrar til at allmennleger trives bedre enn sykehusleger selv om de er mer stresset (27, 28). Men om pasientenes takknemlighet synker, kan det redusere opplevelsen av meningsfylt arbeid for legen. Når man i dag kan observere at altruismen er for nedadgående i medisinen, kan det nettopp ha sammenheng med et økende gap mellom befolkningens forventninger og hva legen kan yte (29). Det er en bekymringsfull utvikling, som kan henge sammen med at myndighetene i stigende grad unndrar seg ansvar for de behov som ikke kan dekkes, ved å pålegge leger en skjerpet sorteringsfunksjon (17). Det ferskeste eksempel i Norge er kravet til legeattester knyttet til behovet for TT-kort i Oslo (30), noe som har medført en strøm av fortvilte og pågående brukere til fastlegene (Sverre Lundevall, personlig meddelelse). Denne tendensen til å skyve legene foran seg er ikke noe isolert norsk fenomen, og må sees i en

Tabell 5 Effekten av innstramming i vilkårene for uførepensjon (krav til dokumentasjon for medisinske årsaker til uførhet) på faglig autonomi, legens personlige velvære og arbeidsglede og for pasientene, slik legene vurderte det. Prosent

	Faglig autonomi N = 964	Legens velvære og arbeidsglede N = 961	Pasientene N = 952
Positiv effekt	20	13	38
Ingen effekt	36	49	25
Negativ effekt	44	38	37

større sammenheng der myndighetene strever for å beholde kontrollen over økonomien generelt og helsetjenesten spesielt (1, 18, 31–33). Våre funn kan tyde på at leger tilpasser seg situasjonen, men uten at det frir dem fra stress. Noen tilpasser seg antakelig ved å endre sine holdninger og verdier.

Konklusjon

Rollen som portvakt har vesentlig betydning for legenes trivsel i arbeidet. Den stresser mange leger, og fører til nødvendige tilpassninger i utøvelsen av rollen. Generelt er det de yngste legene som har størst problemer med rollen som portvakt. Hvis dette er en generasjonseffekt, kan vi om noen år oppleve at samfunnet får problemer med å bruke leger (og medisinske kriterier) til å begrunne fordeling av goder.

Litteratur

1. Bloche MG. Fidelity and deceit at the bedside. *JAMA* 2000; 283: 1881–4.
2. <http://www.legeforeningen.no/index.db?id=485> (4.4.2002).
3. Befring AK, Ohnstad B. Helsepersonelloven – med kommentarer. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2001.
4. Gulbrandsen P, Brage S. Livssituasjon som grunn for sykmelding. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 2463–6.
5. Abbott A. The system of professions. An essay on the division of expert labor. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
6. Mathers NJ, Hodgkin P. The gatekeeper and the wizard – a fairytale. *BMJ* 1989; 298: 172–4.
7. Bodenheimer T. The American health care system. Physicians and the changing medical marketplace. *N Engl J Med* 1999; 340: 584–8.
8. Toon PD. Justice for gatekeepers. *Lancet* 1994; 343: 585–7.
9. Førde OH. Is imposing risk awareness cultural imperialism? *Soc Sci Med* 1998; 47: 1155–9.
10. Mechanic D, Schlesinger M. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA* 1996; 275: 1693–7.
11. Halm EA, Causino N, Blumenthal D. Is gate-keeping better than traditional care? *JAMA* 1997; 278: 1677–81.
12. Grumbach K, Selby JV, Damberg C, Bindman AB, Quesenberry C jr., Truman C et al. Resolving the gatekeeper conundrum. What patients value in primary care and referrals to specialists. *JAMA* 1999; 282: 261–6.
13. St Peter RF, Reed MC, Kemper P, Blumenthal D. Changes in the scope of care provided by primary care physicians. *N Engl J Med* 1999; 341: 1980–5.
14. Quaye RK. Internal market systems in Sweden. Seven years after the Stockholm model. *Eur J Publ Health* 2001; 11: 380–5.
15. Getz L, Westin S, Paulsen B. Behandler og sakkynndig – mellom barken og veden? Allmennpraktikerens arbeid med uførepensjonssaker i en innstrammingstid. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 1435–40.
16. Hvinden B. Legen – en bakkebyråkrat? En innfallsvinkel til legens rolle som sakkynndig for trygdesystemet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 1451–4.
17. Aasland OG. Legen som juridisk nøtteknekker. I: Kjønstad A, Syse A, red. Helseprioriteringer og pasientrettigheter. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992: 69–93.
18. Wynia MK, Cummins DS, VanGeest JB, Wilson IB. Physician manipulation of reimbursement rules for patients. Between a rock and a hard place. *JAMA* 2000; 283: 1858–65.

19. Henriksen KA. – Leger jukser bevisst. *Dagens Medisin* 7.3.2002.

20. Terum LI, Nergård TB. Medisinsk skjønn og rettstryggleik. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 2192–6.

21. Herd B, Herd A, Mathers N. The wizard and the gatekeeper: of castles and contracts. *BMJ* 1995; 310: 1042–4.

22. Rosvold EO, Bjertness E. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scand J Public Health* 2001; 29: 71–5.

23. Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1615–29.

24. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall, 1991.

25. Hjørleifsson S. Hvor dyktig er legen? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1270–2.

26. Getz L, Westin S. Rådgivende legers og primærlegers vurdering av komplekse uførepensjonssaker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 1748–53.

27. Landvik T, Aasland OG, Botten G. Arbeidsforholdenes betydning for anbefaling av legeyrket blant leger med sykehusbasert spesialitet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 4371–4.

28. Førde R, Aasland OG, Akre V. Allmennpraktikere, kommuneleger og sykehusleger – hvor forskjellige er de? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 2781–6.

29. Jones R. Declining altruism in medicine. *BMJ* 2002; 324: 624–5.

30. <http://www.samferdselsetaten.oslo.kommune.no/default.asp?page=Vare-tjenester&id=26795> (21.3.2002).

31. Light DW. Comparative institutional response to economic policy managed competition and governmentality. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1151–66.

32. Light DW. Managed competition, governmentality and institutional response in the United Kingdom. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1167–81.

33. Gray DP. Deprofessionalising doctors? *BMJ* 2002; 324: 627–8.

Mikrobiologi for studenter

Tjåde T

Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer

2. utg. 268 s, tab, ill. Bergen: Fagbokforlaget, 2002. Pris NOK 319
ISBN 82-7674-757-4

Målgruppen for denne læreboken er studenter på høyskolenivå og yrkesaktivt helsepersonell innenfor de fleste profesjoner.

Boken beskriver ulike smittestoffer og deres egenskaper, spesielt med henblikk på mekanismer for hvordan infeksjoner oppstår. Hvert kapittel begynner med en ramme som gir en kortfattet oversikt over kapitlets hovedpunkter. Til slutt i kapitlet finnes en ramme med kontrollspørsmål. Boken inneholder også en ordforklæringsliste, litteraturliste samt et kort stikkordregister.

Dette er en oversiktlig og velkrevet lærebok. Den har preg av helhet og unngår gjentakelser, noe som lett blir en irriterende sideeffekt hvis et stort antall forfattere har bidratt. De kliniske eksemplene er praktisk velvalgte og medvirker i stor grad til å gjøre stoffet tilgjengelig. Den er også godt oppdatert. Undertegnede kunne imidlertid ha ønsket et mer omfattende stikkordregister.

Boken er meget velegnet som lærebok for studenter og vil også være nyttig for den interesserte kliniker.

Anen Aarli

Barneklivnikken
Haukeland Sykehus

Bokomtaler

1858 Malleson A
Whiplash and other useful illnesses

1879 Tjåde T
Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer

1894 Fause Å, Micaelsen A
Et fag i kamp for livet

1909 Hume D
Om religion

1921 Ludvigsson JF
Att börja forska

1921 Festing MFW, Overend P, Das RG, Borja MC, Berdoy M
The design of animal experiments

1921 Aalberg TK
Individuell veiledning

1922 Doherty GM, Skogseid B, red
Surgical endocrinology