

Kronikk

Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit

Legeforeningens forskningsinstitutt arrangerte i november 2001 et seminar der den amerikanske sosiologen Donald Light var invitert til å snakke om «den nye legerollen». Light har skrevet mye om leger, og utmerker seg blant annet ved å være atskillig mer konstruktiv i sin kritikk enn mange av sine amerikanske kolleger. Flere av hans artikler inneholder nyttig informasjon for leger som ønsker å vite mer om hva som egentlig foregår i samfunnet rundt dem og hvorfor. Dessuten har Light betydelig internasjonal erfaring. Han har bl.a. vært brukt som rådgiver i forbindelse med helsetjenestereformer i Tyskland, England og Nederland, foruten i sitt hjemland USA.

Denne artikkelen er basert på et av innleggene Light hadde på seminaret i 2001. Den er oversatt og omskrevet av Olaf G Aasland, og vi er enige om å stå sammen som forfattere. En lengre versjon av den opprinnelige engelskspråklige artikkelen finnes på www.tidsskriftet.no

Donald W. Light

10 Adams drive
Princeton NJ, 08540
USA

Olaf Gjerløw Aasland

olaf.aasland@legeforeningen.no
Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks. 1152 Sentrum
0107 Oslo
og
Senter for helseadministrasjon
Universitetet i Oslo

Legeprofesjonen har gjennom sin spesielle kunnskap og sine ferdigheter som hovedoppgave å behandle sykdom, og mer generelt å gjøre livet bedre og lettere for befolkningen. Tillatelse til intervensjon som også kan skade er sikret gjennom profesjonsed, etiske regler,

lisens, lovverk og en forventning om at all klinisk virksomhet er vitenskapelig basert. Tre viktige profesjonsdyder som særlig er aktuelle for leger, er altruisme eller uegen nytte, forpliktelse til systematisk og kontinuerlig oppdatering av kunnskap og disiplinering av de profesjonsutøverne som ikke følger disse to prinsippene, som ofte betegnes selvjustis (1). I historisk perspektiv har legevirkosomhet vært et lukket rom for utenforstående, bare legen hadde oversikt over hva som egentlig skjedde. Legegjerningen var en blanding av vitenskap, klinisk skjønn og erfaringsbasert intuisjon. Fordi det ikke var mulig verken for myndighetene eller for folk flest å få full innsikt, fikk legene utstrakt autonomi i praktiseringen av sin gjerning. Denne kollektive autonomien er en sosial konstruksjon som ble nødvendig fordi ikke alle utenforstående til enhver tid kunne ha full oversikt over hva som skjedde og hvorfor.

Problemet har vært at ikke bare profesjonen som gruppe krevde og praktiserte kollektiv autonomi, men at den enkelte profesjonsutøver også gjorde krav på individuell autonomi. Dette har ført til at både pasienter og myndigheter langt på vei har mistet troen på legenes evne til å kontrollere hverandre og sikre kvaliteten på arbeidet. Den enkelte profesjonsutøvers frihet har undergravd kollektivets ønske og krav om standard og kvalitet. En tradisjon preget av maksimal individuell autonomi kommer i konflikt med samtidens krav om en profesjonalitet basert på kollektiv autonomi med maksimal åpenhet.

Denne artikkelen handler om hvordan legenes overdrevne praktisering av individuell autonomi har ført oss mot en tillitskrise, med økende overstyring fra myndighetenes side. Artikkelen er basert på forhold i USA, men mye av det som beskrives har paralleller i andre land, også i Norge.

Medisinens gullalder

For omkring 30 år siden ble det i USA tydelig at individuell autonomi hadde ført til stor variasjon i hvordan legene behandlet pasienter med lik sykdom, og til unødige undersøkelser, innleggelser og medisinsk og kirurgisk behandling. I slutten av 1960- og begynnelsen av 70-årene kom det stadig flere rapporter om overforbruk av helsetjenester. For legene ble etterkrigstiden en gullalder, de kunne behandle pasienter og skrive regninger som de ville, og stadig kom det nye og revolusjonerende behand-

lingstilbud. For pasientene var nytten imidlertid noe blandet, mange prosedyrer førte til unødige infeksjoner, feil, nye sykdommer, endog til unødige dødsfall.

En sentral publikasjon i denne perioden var den amerikanske sosiologen Eliot Freidsons bok *Profession of medicine*, som kom første gang i 1970 (2), fulgt av *Professional dominance: the social structure of medical care* (3). Freidson gav en detaljert beskrivelse av hvordan legeprofesjonen i USA har påvirket og dominert de amerikanske behandlingssystemene på en måte som ikke bare har vært til pasientenes beste. Han satte spørsmålsteget ved hvordan de profesjonelle dydene ble praktisert, og var særlig opptatt av hvordan legenes organisasjoner handlet strategisk for å sikre medlemmenes rettigheter. Freidson mente bl.a. at fordi en profesjonsorganisasjon var avhengig av kontingentinntekter, kunne den ikke risikere for mange misfornøyde medlemmer. Dette og andre forhold gjorde at en slik organisasjon rett og slett ikke kunne ha den avstanden til sine medlemmer som var nødvendig for å kontrollere kvalitative og etiske sider ved medlemmenes virksomhet. Tradisjonelt har amerikanske leger vært opptatt av høflighet, service, respekt og tillit, mens det ikke skulle settes spørsmålsteget ved deres profesjonsutøvelse. Freidson definerte profesjonalitet som autonom virksomhet, men overså at profesjonsautonomi, praktisert på individuell basis, kunne true kvaliteten.

Pengene overtar

I sentrum for gullalderutviklingen stod universitetssykehusene. I USA vokste disse raskt til akademiske medisinske sentre og videre til store akademiske helsetjenestekomplekser som ofte satte fortjeneste foran befolkningens behov. Parallelt med Freidsons studier kom det en detaljert rapport om de akademiske sentrenes imperiebygging i New York City. I *The American health empire* beskrives hvordan lokalsykehus i fattige områder ble overtatt av sentrene, nedlagt eller omorganisert, og hvordan fattige minoritetspasienter ble benyttet i forskning og utdanning (4). Entreprenører og imperiebyggere surfet på gullalderbølgen, og var lite opptatt av profesjonsetikk og kollektiv autonomi til beste for pasientene. Denne historien blir også fortalt, med litt mer eleganse og forsiktighet, i Kenneth Ludmerers bok *Time to heal* (5). I andre land har man gjort andre

erfaringer, men spørsmålet blir også der i hvilken grad en liknende dynamikk mellom kollektiv og individuell autonomi har ført til urimelig store variasjoner i kvalitet og kostnader, til unødige hospitalisering og subspecialisering og til imperiebygging rundt universitetssykehus.

Et eksempel på hvordan pengene blir viktigere enn etikken kan være hva en skotsk lege fortalte fra sin tid som student på et universitetssykehus i USA. Selv med sin sparsomme erfaring kunne han se hvordan spesialistene bestilte alle mulige prøver og gjorde alle tenkelige inngrep hos pasienter som kunne betale. Men da han diagnostiserte en pasient med akutt appendisitt og rekvirerte operasjon, diagnostiserte veilederen hans at pasienten ikke hadde forsikring og bestilte drosje til ham, mens han lo av den naive utenlandske studenten som ikke visste hvordan medisin skulle praktiseres i USA.

Akademiske medisinske imperier og det som ble kjent som «wallet-biopsi» (lommeboksbiopsi) er ekstremer på en profesjonsdominans som i USA har fått utvikle seg nesten fritt, uten offentlig regelverk eller likhetsideologier. Har liknende ting funnet sted i andre land? I hvilken grad har makten der konsentrert seg om store akademiske sentre og subspecialiserte inngrep hos 1 % av befolkningen?

Også utenfor universitetssykehusene har profesjonsdominansen hatt sin innflytelse på amerikansk helsevesen. Leger slo seg sammen i aksjeselskaper og startet nye spesialklinikker og sykehus der hovedmålet var å tjene penger. De henviste pasientene til sine egne klinikker, og fikk dermed dobbel inntekt, men også dobbel interessekonflikt (6, 7). Investorer begynte å interessere seg for helsesektoren. I begynnelsen av 1970-årene fant de at dette var et område med mulighet for høy fortjeneste og liten risiko. I 1980 skrev den anerkjente redaktøren av *New England Journal of Medicine*, Arnold Relman, et innflytelsesrikt essay: *The new medical-industrial complex* (8). Han viste hvordan legenes domener etter hvert ble invadert av investorer og kapitalister. Det han imidlertid ikke erkjente, var at legene selv langt på vei ønsket kommersialiseringen velkommen, kanskje med unntak av akuttmedisinerne. Legene så ikke tydelig sin egen aktive rolle i dette spillet. En mer grunnleggende kritikk av legeprofesjonen kom fra en kanskje uventet kant. I 1975 skrev jesuittpateren og samfunnsviteren Ivan Illich *Medical nemesis: the expropriation of health* (9) og føyde dermed ordet *iatrogenese* til helsepolitikens vokabular. Basert blant annet på en gjennomgang av ledende medisinske tidsskrifter mente han å kunne dokumentere en epidemi av sykdom og skade forårsaket av legene selv, gjennom overdreven prøvetaking, medikamentforskrivning og unødige

kirurgiske inngrep og sykehusinnleggelser. Legenes virksomhet hadde i liten grad bidratt til den fordoblingen i forventet levealder som hadde funnet sted siden 1900. «Den smerte, fortvilelse og forkjøling som er resultatet av medisinske intervensjoner, kan måle seg med sykdom og skader forårsaket av trafikk, industri og krig, og gjør medisinsk påvirkning til en av vår tids raskest voksende epidemier» (oversatt av OGAA).

Det dreier seg ikke om en epidemi av menneskelig svikt, mente Illich, men om konsekvenser av vanlige, høyteknologiske medisinske inngrep. Enkeltstående tilfeller av menneskelig feil blir i komplekse, høyteknologiske sykehus overskygget av et systemsammenbrudd som følge av en ukontrollert medikalisering. Illich fant at kliniske studier i sentrale internasjonale tidsskrifter viser en økning i invalidiserende ikke-sykdommer, et resultat av at tilstander som ikke er sykdom, er blitt gjenstand for medisinsk behandling (sosial iatrogenese). Hverdagen er blitt medikalisert. Ifølge Illich finner det også sted en «farmasøytisk invasjon», der legene går på akkord med sitt kliniske skjønn og lar seg påvirke til å forskrive medikamenter fra de firmaene som gjør dem tjenester, gir dem utstyr eller betaler reiser til seminarer og konferanser.

Både Illich og hans bok vakte internasjonal oppsikt. I USA tok enkelte ledende personer i det medisinske fagmiljøet påstandene hans alvorlig, som et varsku til akademisk medisin og dens tendens til overdreven medikalisering. Flere innså at medisinen kunne benyttes til sosial kontroll, ikke minst innen psykiatrien, og at legene hadde en tendens til å definere alle ubehagelige menneskelige opplevelser som patologiske og behandlingstrengende.

Som en motvekt til befolkningens økende krav til kjappe terapeutiske løsninger etterlyste Illich mer selvtilitt, inkludert selvdiagnostisering og selvbehandling. Mange av hans tilhengere som var leger ville dog ikke gå så langt, det ble sett på som uforsvarlig. Men Illich satte utvilsomt fingeren på noe, og i tiden som fulgte kom det stadig mer litteratur om medisinsens begrensning og det økende antallet pasienter med årelange lidelser som følge av medisinske inngrep. Omtrent på denne tiden kom boken *Our bodies, ourselves* (10) ut på et kvinneforlaget i Boston. Dette er en håndbok i selvomsorg som inkluderte detaljerte instruksjoner og illustrasjoner for å vise hvordan kvinner kunne undersøke underlivet selv – man trengte ikke gjøre seg avhengige av medisinen og gjennomgå ydmykende undersøkelser. Andre bøker fulgte, ofte skrevet av leger. Interessen for livsstil, helsekost og alternativ medisin økte. I dag er påstandene til Illich dagligdagse, men tendensen til «profesjonell patologi», fortsetter, så boken

hans kan med fordel hentes frem igjen. I New York annonserer ortopediske kirurger med at middelaldrende kvinner og menn bør få seg nye kneledd dersom resultatene på golfbanen begynner å dale. Internasjonal farmasøytisk industri lar sine legemiddelkonsulenter fortelle legene at sjenanse og manglende orgasme bør oppfattes som psykiatriske lidelser, og tilbyr medikamentell behandling (11). I 2000 mottok amerikanske leger 7,2 milliarder dollar i kontanter og gaver fra legemiddelfirmaer, mens industriens representanter i tillegg brukte 6,3 milliarder dollar på å besøke alle leger flere ganger i året for å få dem til å forskrive de rette medikamentene.

Gullalderen over

Kort etter at *Medical nemesis* var blitt bestseller, kom oljekrise og økonomisk tilbakegang, og helsetjenestebetalere, dvs. offentlige myndigheter eller helseforsikringselskaper, begynte å klage over økende kostnader. Bygging av nye sykehus og legespecialistutdanning ble begrenset, stykkpriser og totalbudsjetter ble i økende grad kontrollert. Primærhelsetjenesten ble gjenoppdaget som den kostnadseffektive ryggraden blant alle subspecialitetene. I de fleste land var slike omstruktureringstiltak effektive, og utgiftsøkningen flatet ut. Presset for å begrense kostnadene holdt seg utover i 1980- og 90-årene.

Trykket var ekstra stort i USA, fordi forsøk på kostnadsbegrensning vil være mindre effektive i et system basert på frivillig helseforsikring – den enkelte betaler vil ikke være interessert i å begrense fellesskapets kostnader. Samtidig har motkreftene mot profesjonsdominans vært svake. Dermed toppet kostnadskrisen seg i et «kjøpernes opprør» (12). Arbeidsgiverne og Kongressen, som de største betalerne, begynte å oppføre seg som virkelige kjøpere. De stilte spørsmålene: «Hva får jeg egentlig for pengene mine?» «Trenger denne pasienten egentlig sykehusinnleggelse?» «Trenger denne pasienten virkelig å ligge en dag til på sykehus?» Etter hvert utviklet det seg tre typer løpende kritiske vurderinger (utilization review) fra betalernes side: *prospektive*, for å vurdere om en innleggelse eller en operasjon virkelig var nødvendig, *løpende*, for å se om pasienten kanskje kunne skrives ut eller behandlingen avsluttes litt tidligere, og *retrospektive*, for å finne hvilke sykehus som var de mest kostnadseffektive. Eksperter i dette nye fagfeltet fant f.eks. at prisen for samme rutineoperasjon kunne variere med en faktor på 2–3 i samme by. Man utviklet også metoder for å beregne praksismønster for spesialister. De fant f.eks. at noen kardiologer la inn langt flere pasienter enn andre eller opererte oftere. Hvorfor, spurte kjøperne, skulle de bruke de dyreste sykehusene eller spesialistene med de dyreste praksismønstrene?

Fremvekst av «managed care»

Nye organisasjoner og praksismåter ble kalt «managed care». Gradvis var det «accountability» (etterrettelighet) og ikke «autonomy» (autonomi) som ble stikkordet. Dette innebærer en ny form for profesjonalitet: En profesjonell er en som mestrer en verdifull, avansert fagkunnskap og ferdigheter, og som anvender dette på klienter (eller pasienter) etter en anerkjent og målbar standard. I 1980-årene brukte General Motors mer penger på de ansattes helseforsikringer enn på det viktigste materialet for virksomheten, stål. Men man begynte å undre hvorfor de samme kvalitetskravene som ble stilt til stålet eller de øvrige bilkomponentene, ikke også ble stilt til de helsetjenester de betalte for. I over et tiår hadde de forgjeves forsøkt forskjellige samarbeidsstrategier for å få legene til å begrense kostnadene. De akademiske medisinske sentrene mente at arbeidet deres var for viktig til at man skulle bry seg om hva det kostet (5). Mot slutten av 1980-årene var det imidlertid mange som ikke brydde seg om hvordan kostnadene ble kuttet, bare det ble gjort. Store arbeidsgivere sluttet å ha egne administratorer for sine helseforsikringsopplegg, de gikk over

til «managed care»-planer. Uwe Reinhardt har beskrevet hvordan store selskaper leide «managed care»-organisasjoner til å eliminere helsetjenestekostnader (13).

Legene var sjokkert over veksten i denne virksomheten og den begrensingen i behandlingstilbud og honorarer den førte med seg. Sosiologene McKinlay & Arches beskrev dette som «proletarisering» (14), og da de skjønnte at dette var et fyord blant legene, endret de terminologien til «korporatisering» (15) av legeprofesjonen. Selv om disse forfatterne er kritiske til det amerikanske kapitalistiske samfunnet, ble deres karakteristikk av den nye legen som «samlebåndsarbeider» eller «slavearbeider» i en «managed care»-organisasjon, raskt grepet av legenes organisasjoner. Dette nye bidraget til sosiologisk analyse av legerollen førte til en oppblomstring av nostalgiske strømninger blant legene: Hvis de nå ikke greide å beholde sin tradisjonelle status som hyggelige, selvstendige og autonome profesjonsutøvere, herrer i eget hus, så ville de bli fastlønnede funksjonærer i store, byråkratiske helsekonserner som bare var opptatt av produksjon og fortjeneste. Noe liknende ville skjje på universitetene, de ville bli tvunget til

å rekruttere kvinnelige studenter og studenter med minoritetsbakgrunn, med offentlige stipender og lån. Og unge leger ville bli tvunget til å praktisere der det virkelig var behov for dem.

Den som praktiserer som lege i Norge, eller i andre land med fastlønnede sykehusleger, ser umiddelbart hvilket unyansert og til dels feilaktig vrengebilde av legerollen som McKinlay & Arches analyse fremprovoserte. På grunn av de private forsikringsordningene har legenes frihet til å bestemme hvilke diagnostiske og terapeutiske prosedyrer som bør benyttes, vært mindre i USA enn i de fleste andre land siden lenge før fremveksten av «managed care». Dessuten var de amerikanske legene absolutt ikke bare uskyldige ofre i den nye helsetjenesteindustrien, de var i stor grad med på oppbyggingen og styringen av den. Begrepene proletarisering, korporatisering og profesjonsdominans passer kanskje som beskrivelser på en bestemt periode, som ironisk nok var omtrent tilbakelagt da begrepene kom. Begrepene har imidlertid begrenset nytte i analysen av hva som har skjedd med de amerikanske legene de siste 30 årene. Vi trenger et skjema som setter legene inn i en større sammenheng, både i tid og rom. Tabell 1, som viser aktuelle krefter og motkrefter, er et forsøk på dette.

Tabell 1 Krefter og motkrefter på helsesektoren i USA

Staten/arbeidsgiver	Profesjonsorganisasjon	Lokalsamfunnet
Verdier og mål		
En sunn og frisk arbeidsstyrke	Tilby den best mulige behandling og omsorg til alle syke pasienter (som kan betale og som bor i nærheten).	Sammen med andre utvikle og prioritere programmer som minimerer faren for sykdom, lidelse, funksjonshemning og død. Fremme samarbeid og gjensidig støtte
Minimere sykdom og maksimere egenomsorg	Utvikle en best mulig vitenskapelig basert medisin	
Minimere helsetjenestekostnader	Beskytte legenes og helsetjenestenes autonomi	Minimere økonomisk belastning ved sykdom
Kanskje å tilby en god og tilgjengelig helsetjeneste til alle	Øke profesjonens makt og rikdom	
Oppfatning om individet		
Arbeidstaker, til en viss grad arbeidsgivers ansvar	En privatperson som selv bestemmer sin livsstil og når han vil benytte seg av det medisinske behandlingsapparatet	En aktiv, ansvarlig og velinformert samfunnsborger
Makt		
Administratorer som velger og betaler helsetjenester	Legebasert, bruker offentlig makt til å fremme egne helseplaner for arbeidstakere	Lokal kontroll. Bilaterale avtaler
Noen ganger fagforeninger	Stat og profesjon relativt svak	
Nøkkelinstitusjoner		
Helsetjenestebetalingskontoret og de Managed care organisasjonene det ev. velger	Profesjonsforeninger. Autonome leger og sykehus	Lokalforvaltning. Interesseorganisasjoner

Tabell 2 viser de forskjellige aktørene, deres verdier og hvilke visjoner de har for en god helsetjeneste. Legeprofesjonen har lenge hatt som sin viktigste målsetting å utvikle best mulig sykdomsbehandling og samtidig styrke legenes prestisje og makt. I dette ligger, i alle fall i USA, en visjon om en helsetjeneste tuftet på privat praksis, kontrollert av leger, med privat betaling, henvendt til syke mennesker. I sentrum for et slikt system finner vi de medisinske akademiske sentrene, omkranset av spesialklinikker, og lengst ute i periferien allmennlegene. Folkehelsen har ingen plass i en slik visjon av den ideelle kliniske virksomheten. Det er i et slikt system en lang periode med profesjonsdominans har skapt dagens ubalanse. Men hvem representerer de andre aktuelle kreftene, og hvor bør motkreftene settes inn? Staten og andre store betalere, som forsikringsselskaper eller arbeidsgivere, er selvsagt interessert i at befolkningen skal være så frisk og vital som mulig, til lavest mulig kostnad. Disse aktørene er derfor mest interessert i folkehelse, forebygging og egenomsorg. Så følger behandling, med vekt på primærhelsetjenesten. Her er legen sentral, men det er naturlig å begynne med opplæring av pasienter, ufaglærte og faglærte omsorgsarbeidere, og etter hvert mer spesialiserte yrkesgrupper, med leger og legespesialister til slutt. Det er sløsing med ressurser når en pедиater med 11 års spesialistutdanning fra Yale behandler en banal ørebetennelse.

Den nye legen: Åpenhet og ansvar

Moderne informasjonsteknologi har langt på vei gjort det mulig å åpne legevirkensrommet. Systematisk registrering av praksis gir ofte legen mer informasjon om hvordan han praktiserer enn han selv er klar over. Tidlig i 1980-årene begynte noen av de største amerikanske helseorganisasjonene (HMO) rutinemessig å sammenlikne hvordan forskjellige leger behandlet samme sykdom, og man fikk etter hvert legene til å komme frem til et felles behandlingsopplegg, basert på dokumentert kunnskap. Dette er essensen i den nye profesjonaliteten. Vi er optimister og ser for oss en ny legeprofesjon som er i stand til å nyttiggjøre seg den enorme mengden ny kunnskap og de nye mulighetene og samtidig ivareta tradisjonelle profesjonsdyder. For å gjenopprette den kvalitet, åpenhet og tillit som har forvitret gjennom de siste 25 årene, er det nødvendig å snu den gamle profesjonaliteten opp ned, som vist i tabell 2. Den nye legen baserer seg på kvalitetsmål og retningslinjer utviklet av kliniske forskerteam, med rom for klinisk skjønn der det er nødvendig. Det sentrale er etterretteligheten (accountability), det vil si alltid å kunne dokumentere hva som gjøres og hvorfor. Jo mer man fraviker fra det som er standard prosedyre, desto viktigere blir det å dokumentere. Det lukkede roms tid er forbi. Den nye legen gjenoppretter legeprofesjonens intensjon om å hjelpe pasientene og samfunnet ved å maksimere helse og funksjon. Derfor er den nye legen opptatt av forebygging, pasientopplæring, primærhelsetjeneste og samfunnsmedisin – sykehusmedisin og subspecialisering kommer i annen rekke. Den nye legen delegerer så mange oppgaver som mulig til andre, og arbeider gjerne i tverrfaglige team.

Staten spiller en viktig rolle. Den har ansvaret for å opprette nasjonale institutter for klinisk kvalitetsutvikling, finansiere resultatorientert forskning, støtte systematisk metodevurdering og andre offentlige helseoppgaver.

Man kan si at profesjonaliteten blir gjenfødt gjennom å imøtekomme kjøpernes krav om kunnskapsbaserte prosedyrer og bedre resultater. Forskerteam ledet av leger, akademiske sentre og spesialistforeninger er nå opptatt av å finne hvilke intervensjoner og protokoller som er mest effektive. Det blir bygd bro mellom universitetsklinikker og den befolkningen de skal betjene (17). I lokalsamfunnene lærer pasientene stadig mer om egen helse fra åpne kilder med medisinsk informasjon, fra bøker eller fra Internett.

Denne prosessen har resultert i to nye elitegrupper blant legene: På den ene side de som er eksperter på å håndtere elektroniske kunnskapsbaser og kan sette sammen protokoller, behandlingsskjemaer og kunnskapsbaserte retningslinjer for sine praktiserende kolleger (kunnskapsatletene), på den annen side de

Tabell 2 Den nye legerollen

Den tradisjonelle legerollen	Den nye legerollen
Basert på klinisk autonomi	Basert på åpenhet og dokumenterbarhet (accountability)
Kvalitet med hovedvekt på prosess og individuell kompetanse, derfor stor variasjon i effektivitet og kvalitet	Kvalitet basert på forskningsbaserte resultatmål. Kliniske retningslinjer, prosedyrepermer, protokoller, beslutningstrær
Grenspesialisering og sykehusbehandling som faglig og prestisjemessig tyngdepunkt	Hovedvekt på primærhelsetjeneste, forebygging og helseadministrasjon. Grenspesialisering og sykehusbehandling blir sekundært Nye elitegrupper er «kunnskapsatleter» og helseledere
Legebasert praksis. De oppgavene legene ikke ønsker å ha, delegeres til sykepleiere og andre faggrupper	Kunnskaps- og ferdighetsbasert praksis. Leger koordinerer og gjør det andre ikke kan gjøre
Innrettet mot å behandle syke, spesielt de akutte syke	Innrettet mot å maksimere pasientenes velvære og funksjon og evne til å takle kroniske tilstander

som velger å bli ledere for en «managed care»-organisasjon, en helseorganisasjon eller et sykehus. Dessuten viser kliniske, kontrollerte forsøk, ledet av leger, at sykepleiere og hjelpepleiere er like nøyaktige i gjennomføringen av en rekke primærhelsetjenestegaver, de følger protokollene minst like godt som legene (18). Sykepleiere kan faktisk gjøre en god del av det arbeidet som i dag gjøres av legespesialister. Sammen med opplæring av pasienter og andre hjelpere betyr dette en helsetjeneste med bedre og mer pålitelig kvalitet til en lavere kostnad, f.eks. gjennom tverrfaglige team i kommunene.

Leger som klammer seg til den tradisjonelle profesjonsrollen, føler seg truet både ovenfra og nedenfra. Men leger som ønsker den nye legerollen velkommen, blir med på å utvikle en teambasert, åpen og ansvarlig helsetjeneste for det neste århundret.

I Norge er vi kanskje noe nærmere den nye legerollen enn i USA. Men selv om også vi ser en tendens til at grenspesialistene har urimelig mye makt, har vi likevel en helsetjeneste med tyngdepunktet utenfor sykehusene, i alle fall på papiret. Mange av de oppgavene som er nevnt i listen over, har hos oss vært initiert og drevet frem av Legeforeningen eller andre legedominerte institusjoner. Men det gjenstår mye. For eksempel ser det ut til at fastlegeordningen i sin nåværende form svekker primærlegens mulighet til å drive forebyggende arbeid eller til å delta i tverrfaglige team i kommunene. Heller ikke i norske sykehus er legene flinke teamarbeidere, og forholdet til sykepleierne er unødig komplisert. Som i alle land sliter også norske leger med å nyttiggjøre seg ny informasjonsteknologi, både på registreringssiden og på kunnskapssiden. Men mulighetene er flere enn noen gang. Vi har lite å tape og mye å vinne.

Vi takker Reidun Førde, Linn Getz og Per Haave for nyttig hjelp med denne artikkelen.

Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

1. Aasland OG. The physician role in transition: is Hippocrates sick? *Soc Sci Med* 2001; 52: 171–3.
2. Freidson E. *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago, IL: The University of Chicago Press, 1988.
3. Freidson E. *Professional dominance: The social structure of medical care*. Chicago, IL: Aldine, 1970.
4. Ehrenreich B. *The American health empire: power, profits and politics*. New York: Random House, 1971.
5. Ludmerer KM. *Time to heal. American medical education from the turn of the century to the era of managed care*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
6. Scott E, Mitchell JM. Ownership of clinical laboratories by referring physicians: effects on utilization, charges, and profitability. *Med Care* 1994; 32: 164–74.
7. Mitchell JM, Sunshine JH. Consequences of physicians' ownership of health care facilities—joint ventures in radiation therapy. *N Engl J Med* 1992; 327: 1497–501.
8. Relman AS. The new medical-industrial complex. *N Engl J Med* 1980; 303: 963–70.
9. Illich I. *Medical nemesis*. New York: Pantheon Books, 1976.
10. Boston Women Health Book Collective. *Our bodies, Ourselves*. Boston, MA: Boston Women Health Book Collective, 1973.
11. Wurtzel E. *Prozac nation: young and depressed in America: a memoir*. New York: Riverhead Books, 1997.
12. Light DW. The restructuring of the American health care system. I: Litman TJ, Robins LS, red. *Health politics and policy*. Albany, NY: Delmar Publishers, 1997: 46–63.
13. Reinhardt U. Abstracting from distributional effects, the policy is efficient. I: Baren ML, Getzen TE, Stoddard GL, red. *Health, health care and health economics*. New York, NY: John Wiley & Sons, 1998.
14. McKinlay JB, Arches J. Towards the proletarianization of physicians. *Int J Health Serv* 1985; 15: 161–95.
15. McKinlay JB, Stoeckle JD. Corporatization and the social transformation of doctoring. *Int J Health Serv* 1988; 18: 191–205.
16. McCormick KA, Cummings MA, Kovner C. The role of the Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) in improving outcomes of care. *Nurs Clin North Am* 1997; 32: 521–42.
17. Frankford DM, Konrad TR. Responsive medical professionalism: integrating education, practice, and community in a market-driven era. *Acad Med* 1998; 73: 138–45.
18. Hooker RS, Cawley JF. *Physician assistants in American medicine*. New York: Churchill Livingstone, 1997.