

Pasientens lege – eller apparatets funksjonær?

Det siste året er legene pålagt å skrive grønn resept, ta opp røykeanamnese ved forstuet tå og stramme inn sykmeldingspraksisen. Tiltakene er begrunnet i hensynet til folkehelsen og nasjonaløkonomien. Legene har tilsynelatende tilpasset seg disse forordningene som etter vår mening truer friheten i det kliniske arbeidet og tilliten i lege-pasient-forholdet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Det er vårt felles privilegium å holde seminar for femteårs medisinstudenter om sosiale helseulikheter i Norge, med vekt på klinisk praksis og bruk av helsetjenester. Studentene har gjort seg sine erfaringer og er reflekterte og lydhøre. En best mulig offentlig helsetjeneste, tilgjengelig for alle og fristilt fra markedskreftene, blir ansett som vesentlig for å unngå den velkjente «inverse care law» (1). Norsk (primær) helsetjeneste bygger på slike idealer, og fastlegeordningen har vært et stort skritt i retning av å befeste dem.

Ingen bør altså være i tvil om at vi er tilhengerne av sterk offentlig styring av en så viktig samfunnsinstitusjon som primærlege-tjenesten. Likevel: på siste studentseminar kom det frem en bekymring blant de kommende kolleger for at styringen har grepet om seg og at den nå gjør seg gjeldende på et område der den ikke hører hjemme – nemlig på selve lege-pasient-møtet. Dette er en bekymring vi deler fullt ut, men som hittil har vært forbausende lite fremme i den kollegiale debatt.

Legekontoret som fristed

En gang het sykehuset asyl som betyr fristed. Det symboliserer den klassiske verdi i helsetjenesten som lover at hit skal menneskene få komme uten å bli dømt. På legekontoret og sykehusavdelingen skal du være sikker på at legen er en fagkompetent person som er der for å hjelpe akkurat *deg* med akkurat *ditt* helseproblem. Der skal du bli godtatt, respektert og hjulpet som den du er, med dine livsstilsfeil og karaktersvakheter. Det må aldri bli slik at legen – i stedet for å være pasientens hjelper – blir kontrollør eller talerør for en annen, ytre instans.

I det siste er det mye som tyder på at det nettopp er dit vi er på vei. Hva annet kan man si om pålegg som: «pasienter over 14 år skal spørres om røykevaner» (www.shdir.no)? Eller «grønn resept» – der vi skal kjøre pasienten gjennom en standardisert livsstilsveiledning før vi tillates å behandle (www.shdir.no)? For ikke å snakke om de innskjerpede kontrollkravene ved sykmelding, med informasjonsplikt også til arbeidsgiver og med trussel om å ta fra legen sykmeldingsrettigheter hvis han/hun ikke oppfører seg (www.trygdeetaten.no)? Hensikten bak tiltak som disse kan være den beste, men vi mener en uønsket bivirkning er at de truer grunnleggende verdier i legeprofesjonen. Vi ser en utvikling der myndighetene dreier legen i retning av å bli kontrollør og oppdrager. Dette griper inn i kjernen av det som leger har lært til alle tider: *Salus aegroti suprema lex* – Å hjelpe den syke er den første lov.

Grunnstoffet tillit

Grunnstoffet i godt legearbeid er tillit (2). Tillit er pasientens følelse av at legens godhet, ærlighet og kyndighet er til å stole på. Tillit medfører en overføring av makt fra pasienten til legen for at hun eller han skal handle på mine vegne, til mitt beste. Syke mennesker har et særlig behov for tillit fordi sykdom innebærer tap av tillit til kroppen, funksjonsevnen og fremtiden. Tapet av selv tillit forsterker behovet for å stole på legen. Du trenger å møte en lege som bryr seg om deg og vil deg vel. I en slik situasjon blir man sårbar for signaler som kan tolkes som mistenksomhet, reprimande eller krenkelse fra legens side. Tilliten kan også svinne hvis pasienten opplever at legen er en lydige, kanskje til og med fordekt tjener for andre makter og interesser enn pasientens egne. For å være der for den syke må legen arbeide i et frihetsrom. Legen må – i konsultasjonen – i rimelig grad være uavhengig av økonomiske, politiske og byråkratiske makter, for å kunne hjelpe den syke, på den sykes vilkår (3, 4).

Fra mange land kommer det nå bekymringsmeldinger om alvorlige anslag mot legers frie stilling (5, 6). I England slår kolleger alarm om koblingen mellom praksisfinansiering og «kvalitetsindikatorer» som andel røykere, overvektige og tilfredsstillende blodsukkerregulerte i pasientpopulasjonen (7). I USA ønsker mange leger å komme ut av de lenkene forsikrings-sel-

skaper og privatøkonomiske helseforretninger legger dem i (8).

Vi må velge side

I Norge kommer truslene mot legenes integritet og kliniske frihet fra offentlige myndigheter som Rikstrygdeverket og et Sosial- og helsedirektorat som tidvis minner om et medisinsk politidirektorat. Det legges opp til en form for kommando-medisin hvor legene med påbud, belønning og straff skal presses inn i rigide regimer med mindre og mindre rom for individualisering og klinisk skjønn. Langsomt endres legens profil fra den humane hjelperen til kontrolløren og påvirkningsagenten. Det kan virke underlig at slike endringer skjer såpass upåaktet i kollegiet og ikke avstedkommer mer høylutt diskusjon og protester. Og Legeforeningen ser ut til å godta utviklingen motstandslost, ja nærmest applaudere tiltakene, på legestandens vegne.

Legene må velge side. Skal vår solidaritet først og fremst være hos menneskets helse og sykdom, eller skal vår lojalitet primært være hos politiske, moralske og økonomiske makt-havere som kanskje ønsker å bruke medisinen til å holde orden på livsstiler og til å maksimere kroppene som produksjonsmidler? Vår mening er at legene må stå klarere og modigere vakt rundt en legerolle med rimelige grader av frihet og uavhengighet.

Mette Brekke

mette.brekke@medisin.uio.no

Per Fugelli

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Litteratur

- Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1: 405–12.
- Fugelli P. 0-visjonen: essays om helse og frihet. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Rothman DJ. Medical professionalism – focusing on the real issues. *N Engl J Med* 2000; 342: 1284–6.
- Irvine D. The doctors' tale: professionalism and public trust. Abingdon: Radcliffe, 2003.
- Edward N, Karnacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002; 324: 835–8.
- McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. *Int J Health Serv* 2002; 32: 379–416.
- Heath I. The cawing of the cow... Cassandra-like, prognosticating, woe. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 320–1.
- Kirkman-Liff B. Restoring trust to managed care, part 2: a focus on physicians. *Am J Manag Care* 2003; 3: 249–52.