



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes inn via www.manusnett.no

Tilliten til leger er under press

Befolkningens tillit til leger trues ikke først og fremst av enkeltlegers feilskjær, men av legekollektivets evne og vilje til å vise seg som en profesjon med høy faglig og etisk standard og med økonomisk magemål på egne vegne.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

To store saker har rystet offentligheten og legefelleskapet det siste halve året. I fjor høst avslørte Dagens Næringsliv at falske psykiatriske legeerklæringer var til salgs for dem som hadde råd, og som ønsket en medisinsk begrunnelse for å unngå soning av straff for kriminelle handlinger. På nyåret fikk vi vite at en profilert forsker ved Radiumhospitalet hadde fabrikkert grunnlagsdataene for en artikkel publisert i *The Lancet*. Den falske forskningen hadde ført til nye og store bevilgninger til legens egen forskning. Er dette kun eksempler på alvorlig brist hos enkeltpersoner, eller spiller det også tidsånden og bekrefter ordtaket om at «leilighet gjør tyv»?

Leger har alltid nydt tillit som forvaltere av verdier og rettigheter. Mandatet er nok blitt utøvd med vekslende etterrettelighet og pålitelighet gjennom tidene, men det er forholdsvis nytt at økonomisk gevinst kollektivt anerkjennes som en akseptabel og fremtredende drivkraft for legens arbeid, både klinisk og akademisk (1). Stykkprisfinansiering er hovedelementet for budsjettstyring i helsevesenet, og summen av enkeltprosedyrer brukes som et mål for et godt helsevesen, både i helseforetakene og i fastlegeordningen (2). Kombinert med en økende forbruker- og rettighetsbevissthet hos publikum forsterkes dermed fragmenteringen av medisinsk behandling (3). Denne utviklingen kaller på motkrefter i form av faglige anbefalinger basert på andre premisser enn økonomiske lønnsomhetskalkyler.

Legeforeningen har som uttalt mål å styrke sin faglige profil og skal vedta en ny organi-

sasjonsstruktur på vårens landsstyremøte. Et bærende prinsipp skal være at alle spesialister har obligatorisk medlemskap i en fagmedisinsk forening, tidligere kalt spesialforeninger. Skal denne omorganiseringen tjene sitt formål, må det utvikles en kollektiv forståelse av forskjellen i de faglige prosessene og fagforeningsarbeidet. I fagutvikling søker man å bygge konsensus basert på forskning, kunnskap og erfaring, noe som skal danne grunnlag for kliniske beslutninger og råd til helsepolitikkerne. Det er ikke stemmeovervekt, men faglig soliditet som gir resultatet gyldighet. I forhandlings spørsmål dreier det seg om legens ve og vel, og da har hver lege sin stemme og hver stemme teller like mye – nettopp fordi det er enkeltlegers kår man skal påvirke. Når begge prosesser skal skje under samme organisasjonsmessige hatt, ligger utfordringen i ikke bare å tåle, men faktisk å legge til rette for at den innebygde motsetning mellom «børs» og «katedral» kan spille seg ut. I tillegg må ting gjøres i rett rekkefølge: Først faglig diskusjon, deretter forhandling om prisen. De to prosesser bør atskilles med vanntette skott.

Enkle eksempler fra praksis synliggjør disse innebygde interessekonfliktene. I allmennmedisin er samtalen sentral som legens viktigste verktøy. Men incentivsystemet belønner mange og korte konsultasjoner og utvalgte praktiske prosedyrer fremfor lengre konsultasjoner om sammensatte problemer der takstbelagte håndgrep ikke har noen plass. Likeledes «lønner det seg» i dagens system å ha lange pasientlister med mange friske personer som har lette og forbigående sykdomstilstander, fremfor å ha kortere lister med storforbrukere av helsetjenester og kronikere med stor komorbiditet. I faglige diskusjoner er vi på den annen side enig om at det er den sistnevnte gruppen som bør ha størst prioritet.

Sykkeligjøring av subjektivt friske personer med ulike risikofaktorer for mulig fremtidig sykdom har vært gjenstand for kritisk allmennmedisinsk forskning og fagutvikling. Det er bred enighet om at slik medikalisering i seg selv har alvorlige bivirkninger (4, 5).

Samtidig fyller oppfølging av personer med risikotilstander stadig mer av fastlegens tid. I et snevert perspektiv er det en taknemlig oppgave – korte konsultasjoner og lav grad av subjektiv lidelse gir økonomisk uttelling og mindre belastning på legen.

Alle spesialister i allmennmedisin arbeider i førstelinjetjenesten, og de fleste av dem er selvstendig næringsdrivende – til forskjell fra sykehusspesialister, som arbeider klinisk i både sykehus, poliklinikker og privat praksis. Allmennlegene er dermed den mest homogene spesialistgruppe rent fagforeningsmessig sett. I Legeforeningens nye organisasjonsmodell blir dermed medlemsmassen i fagforeningen og medlemsmassen i den fagmedisinske foreningen nærmest identisk. Da blir det desto viktigere å skille klart mellom mandat, oppgaver og arbeidsmåte for de to foreningene.

Publikums tillit til leger er under press. Tilliten trues ikke først og fremst av enkeltlegers feilskjær, men av legekollektivets evne og vilje til å vise seg som en profesjon som pleier sitt fag med akademisk dannelse og høy etisk standard, og som viser økonomisk magemål på egne vegne. For at norske leger skal oppfattes som troverdige helsepolitiske aktører, må prosessene bak våre faglige råd være åpne, etterprøvbare og forståelige.

Anna Stavdal

anna.stavdal@medisin.uio.no
St. Hanshaugen legesenter
Pilestredet 56
0167 Oslo

Manuskriptet ble godkjent 15.3. 2006.

Litteratur

1. Berg O. Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel. Tidsskriftets skriftserie. Oslo: Den norske lægeforening, 2006.
2. Lian O. Når helse blir en vare. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2003.
3. Hanger MR. Ansvaret for pasientene pulveriseres. Dagens Medisin 2006; nr. 4: 6.
4. Westin S, Heath I. Thresholds for normal blood pressure and serum cholesterol BMJ 2005; 330: 1461–2.
5. Swensen E, red. Diagnose: Risiko. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.