

## Legerollen

Legerollen har endret seg sterkt i løpet av ganske få år. Hvordan påvirker dette legegjerningen? Tidsskriftet utlyste i nr. 13-14/2005 en essaykonkurranse om legerollen. Juryen, som bestod av Jan C. Frich, Olaf Gjerløw Aasland, Edvin Schei og Ragnhild Øydna Støen, valgte ut to vinneressayer: Odd Johan Frisvolds *Men det var lege jeg ville være* og Margit Steinholts «*Du som har så små hender ...*». Olaf Gjerløw Aasland ble invitert til å reflektere over legerollen. Aaslands artikkel *Legerollen – fra pidedestall til skammell* presenteres etter de to vinneressayene.

# Men det var lege jeg ville være



**Odd Johan Frisvold**

Fureåsen 8  
6017 Ålesund

Odd Johan Frisvold (f. 1934) er spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer.

Jeg ble født i 1934 på morfars gård i Sykkylven. Distriktslegen bodde i Ørskog og hadde ansvar for begge kommunene. Han måtte ut i båt, over en bred fjord, hvis han ble tilkalt fra Sykkylven. Da tiden for fødsel nærmet seg, ble det sendt bud på jordmor. Legehjelp ved akutte komplikasjoner kunne man ikke vente på grunn av avstanden. Hjemmefødsel var det vanlige. Det var en fødeavdeling ved sykehuset i Ålesund, uten gynekolog. Transport av syke var tidkrevende, og terskelen for å bli innlagt var høy.

Da mormor ble alvorlig syk, vel 80 år gammel, ble hun behandlet hjemme, der hun

døde, trolig av en infeksjon. Hele familien var samlet rundt dødsleiet. Ingen stilte spørsmål ved forløpet. I 1953 fikk far lungebetennelse. Han ble undersøkt og behandlet av bygdas lege. Tilstanden var kritisk og vi ble varslet om at det kunne gå galt. Innleggelse i medisinsk avdeling ved sykehuset i Ålesund var ikke aktuelt, selv hos en ellers frisk 43-åring.

Slektingers død og fars sykdom kom til å sette spor. Distriktslegens autoritet og dyktighet ble ikke betvilt. Heller ikke de mange avgjørelsene som kunne bety liv eller død. I min legegjerning har jeg senere reflektert over hvor tung denne børen av grenseløs tillit fra pasientene måtte være for mange kolleger. For meg fremstod legen som den sikre hjelperen med autoritet og stor anseelse. Jeg tror denne kombinasjonen fikk meg til å ønske å bli lege. Personlige erfaringer er viktige når man skal reflektere over hvordan legerollens endring har påvirket legegjerningen. Jeg vil derfor vektlegge de forholdene som fortoner seg viktigst ut fra min erfaringsbakgrunn.

### Veien til legegjerningen

Medisinerutdanningen var den gang en fortsettelse av den bundne undervisningen fra gymnasen. Fagene var atskilt og heller ikke eksamen la opp til å honorere overbyggende innsikt. Dette kunne ha ført til en fastfrysing av den autoritære legerollen, men gjorde det likevel i mindre grad. Jeg tror at dette skyldtes påvirkning fra flere utpreget humanistisk orienterte undervisere. Anatomen Johan Torgersen (1906–78) lot oss dele sin begeistring for menneskekroppens skjønnhet. Den første indremedisineren vi møtte var Hans Jacob Ustvedt (1903–82), som med sin filosoferende og avslappede stil introduserte oss til faget.

Ole Jacob Broch (1907–95) med sitt samfunnsengasjement var viktig. Da jeg var ferdig med studiet, var tallet på leger under 4 000. På den tiden var det reell legemangel.

Mitt møte med turnustjeneste i distrikt ble hard. Distriktslegen ble langtidssyk-meldt bare en måned etter at jeg begynte. Nabodistriktslege ble konstituert, men det var bare en formalitet. Jeg ble eneste lege i Stranda legedistrikt med tre kommuner ved Storfjorden. Hardt arbeidspress, lite søvn og aldri fri kurerer meg for lysten til å bli distriktslege.

Selv med få stillingshjemler ved sykehus, kunne vi velge og vrake. Mitt utdanningsopplegg i indremedisin var konvensjonelt. To års sentral tjeneste på Haukeland og resten på mindre sykehus, gav meg godkjent spesialitet på minimumstid. Spesialtjeneste for kardiologi måtte jeg samle ved flere permisjoner, noe som ikke var uvanlig for våre årskull. Dette står i motsetning til dagens mer strømlinjeformede utdanningsopplegg, med tidlig grenspesialisering. Jeg tror dette er noe av årsaken til forskjell i legepraksis da og nå. Som spesialist er vi mer generalister med spesialinteresser.

Da jeg ble ansatt i min første overlegestilling, var vi to overleger, og til sammen sju leger. Nå er totalantallet rundt 40 i samme avdeling. De fleste indremedisinske overleger måtte dekke alle områder. Arbeidsbyrden var stor, og det følte vanskelig å fylle kravene. Mangel på praktiserende leger gjorde også at vi måtte følge opp pasientene poliklinisk i lang tid fordi det ikke var noen å henvise tilbake til. I mange år var det likevel en slags balanse mellom tilbud og etterspørsel på legetjenester. Det ble etablert en rasjonering gjennom manglende tilbud, et faktum pasientene og primærlegene kjente og innrettet seg etter.

Et prinsipp som på mange måter har vært politikernes erstatning for mot til å foreta vanskelige prioriteringer. Yngre leger er i dag opptatt av å få redusert omfanget av urimelig arbeidsbelastning. Fritid er blitt viktigere enn høy lønn. Med opplyste og kravsterke pasientgrupper blir dette enda vanskeligere å oppnå. For legen kan det bli et etisk dilemma i skjæringspunktet mellom pasientens krav og arbeidstakers rett til forsvarlig arbeidssituasjon.

### Legerolle og legegjerning

I hvilken grad har endringene i legerollen forandret legegjerningen? Er ikke legegjerning og legerolle det samme, eller skal legerollen betraktes som et innstudert spill? Kanskje ville det være riktigere å spørre om hvordan den store endringen av legegjerningen kan ha påvirket legerollen. Vi mennesker tilpasser våre roller til omstendighetene og omgivelsene. Og omstendighetene er de gjennomgripende endringer i samfunnet, og det er det som sammen med medisinske fremskritt har forandret legegjerningen mest og ikke legerollen, som derimot må tilpasse seg den nye legegjerningen.

Legegjerningen er mangslungen, fra den mest pasientnære kontakt på legens kontor til arbeidet på laboratoriet der pasienten kun er til stede ved sitt personnummer. Imellom finnes alle avskygninger, men for de fleste stadig større krav til kommunikasjon. I 1954 hadde vi et lukket helsevesen der pasienten nærmest fikk ordrer av legen. Nå er systemet åpnet og pasienten har krav på råd og har rett til å bestemme seg ut fra disse, uten å risikere å bli kastet ut av sykehuset, slik det kunne fungere før. I dag er den som ikke erkjenner dette faktum, dømt til å mislykkes i sin legegjerning. Man løper endog risiko for å bli strafferettslig dømt. Utviklingen fra ubestridt autoritet og sjef til pasientens og samfunnets tjener har nok ikke vært lett og noen har kanskje en vei å gå ennå?

### Ledelsesutfordringene

Både i primærhelsetjenesten og i sykehusene hadde legene tidligere stor makt. Nå har politikere og administrasjon overtatt, til tross for at mange av oss protesterte intenst. Dette har gått bra for helsepersonellet, men

ikke så bra i forhold til samfunnets forventning om bedre kostnadskontroll. Legens rådgiverrolle er blitt viktigere og mektigere enn ventet og utgjør en av de mange nye rollene som lege fjernt fra pasienten.

Tidligere var ledelse og administrasjon av sykehusavdelinger et vedheng til heltids klinisk stilling. Opplyst enevelde vil noen si. Med økende byråkratisering og skjema-velde ble dette etter hvert umulig. Rollene måtte skilles. Nå må man stort sett tre ut av klinikerrollen hvis man påtar seg en sentral lederstilling eller rådgiverfunksjon. I den nye modellen for enhetlig avdelingsledelse ser det ut til at man har fraveket dette, ved å tillate at leger som er avdelingssjefer kan drive klinisk arbeid og forskning. Jeg tror dette vil være forbigående etter de erfaringene jeg selv har gjort. Rundt 1980 tok jeg på meg å være sjeflege ved et sentralsykehus, men krevde samtidig å få fortsette som seksjonsoverlege. Arbeidsbyrden var enorm. Da jeg i tillegg ble avdelingsoverlege, måtte jeg si opp sjeflegestillingen. Mitt problem var at jeg ikke ville gi opp klinisk arbeid, samtidig som jeg interesserte meg for ledelse.

Presidentene i 1970-årene kjørte frem begrepet «rendyrking av avdelingsoverlegen» som strategi i kampen for at bare legen kunne være avdelingssjef. Selv om helsefaglig bakgrunn ble felles plattform for å kunne være avdelingssjef, er likevel de fleste avdelingssjefene leger. Ofte er avdelingssjefene aktive i klinisk arbeid. Dette er ikke i samsvar med hovedføringen i reformen, og det er også i strid med en rendyrking av legefunktjonen. Bare tid og erfaring kan avklare om disse kompromissene er levedyktige. Jeg tror tiden vil vise at man må forta et valg: enten lege, eller leder, eller rådgiver. Den ene siden av saken er arbeidsmengde, men den andre og viktigste er å unngå rolleblending for bevart habilitet og integritet.

### Legen og helhetssynet

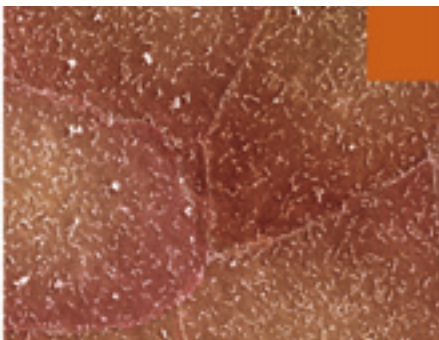
I den tidligere autoritære legerollen tok vi ofte med oss vår faglige skråsikkerhet inn i andre funksjoner. Denne faren er mindre nå i takt med at vi er blitt mer ydmyke i forhold til at også medisinske sannheter kan være ustadige. Legen er blitt flinkere til å samarbeide, også når det gjelder alternativ

medisinske behandling, og til å ta hensyn til pasientens oppfatninger. Men det er nok et stykke igjen for å imøtekomme pasientenes behov. Jeg mener leger den gang hadde et større helhetssyn enn mange har i dag. Den omfattende spesialiseringen med avanserte tekniske prosedyrer kan legge så store beslag på sine utøvere at de ikke har tid og heller ikke interesse for annet. Som følge av dette kan pasienter med kompliserte sykdomsbilder oppleve å bli sendt på rundtur til en rekke spesialister – enkelte ganger uten at noen ser sammenhenger som den gamle sykehuslegen kunne ha innsett i en konsultasjon. Denne rollen er nå langt på vei overtatt av allmenntilleggsmedisineren, men det kreves både kompetanseheving og økte ressurser for å realisere målsettingen.

Informasjonsteknologiens fordeler er udiskutable, men den har også elementer som kan virke fremmedgjørende i møtet mellom behandler og pasient. Enda verre kan det bli når pasienten inviteres til å møte sin lege via Internett, virtuelt og ikke menneske til menneske. Spesialistenes økende bruk av spesialsykepleiere i enkelte spesialistfunksjoner vil også kunne føre til mindre kontakt ansikt til ansikt mellom lege og pasient. Vi har ikke råd til å overse pasientens behov for den menneskelige kontakt som etter min erfaring også er vår største ressurs for å bevare vår egen menneskelighet i et krevende yrke.

### Privilegiet

Legerollen har heldigvis utviklet seg i takt med samfunnets behov og muligheter. Vi har et grunnleggende godt helsevesen i dag. De som har det privilegium å være lege, må være bevisste, vokte om og bevare den helhetlige og menneskelige tilnærmingen. Hvis ikke risikerer vi gradvis å gli over i en rolle hvor vår viktigste oppgave blir å produsere DRG-poeng. Jeg har hatt den lykke å være lege i en brytningstid, med muligheter som neppe noen som starter sin løpebane nå vil kunne få. Min legegjerning har vært preget av utvikling og omstilling, med til dels ufattelige faglige fremskritt som har stilt krav til livslang læring. Mine sidefunksjoner har gitt meg mye, men ved hver korsvei har jeg erkjent at det var lege jeg først og fremst ville være.



«Og nå skimter vi kunstneren i lægen bak neste veisving. Nå kommer han mot oss, det opprettstående menneske, som i figurlig og bokstavelig forstand ikke ser på vårt tilfelle under senkede øyelokk ... Med sitt kunstnersinn rydder den gode læge skogen for trær, så at den liggende kan skimte Livets Tre.»

*Johan Borgen i Tidsskriftets jubileumsnummer 1955.*