

Legerollen – fra pidedestall til skammell

Pidedestallen er borte, men den må snarest erstattes med en skammell. Leger må fortsatt kunne mer og ha en høyere etisk standard enn folk flest.

Olaf Gjerløw Aasland

olaf.aasland@legeforeningen.no

Olaf Gjerløw Aasland (f. 1944) er leder av Legeforeningens forskningsinstitutt og professor ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.

Det aller første jeg leste om legerollen, var et spesialnummer av *The Milbank Quarterly* fra 1988, *The changing character of the medical profession* (1). I dette nummeret diskuterte kjente amerikanske sosiologer legeprofesjonens endrede stilling i samfunnet. De antydte at vi var kommet inn i en ny epoke med store omveltninger, der det med raske skritt gikk mot undergangen for den tradisjonelle legen med sin høye status. Senere har liknende apokalyptiske artikler og bøker floreret (2, 3). Når det nå er gått 20 år uten de helt dramatiske endringene, er det kanskje grunn til å spørre om denne bebudede undergangen var noe overdrevet. Personlig tror jeg vi har kommet ned fra en kunstig opphøyd situasjon og at det dreier seg om en normalisering mer enn et status-tap.

Selvsagt finnes det veldefinerte epoker, ofte avgrenset av nye medisinske gjennombrudd eller paradigmeskifter. Fra forrige århundreskifte og frem til ca. 1940 var legegjerningen først og fremst preget av diagnose og prognose, med få effektive behandlingsalternativer. Legen var en etisk høyverdige person som med sin spesielle kompetanse alltid gjorde så godt han kunne. Så fulgte en trettiårsperiode som er blitt kalt medisinsens gullalder (2), med en rivende utvikling av ny og effektiv teknologi, parallelt med en raskt økende status for legene, som nå tilsynelatende kunne alt og mestret alt. Etter rundt 1970 har vi gått over i en «ned fra pidedestallen»-periode, som vi fremdeles befinner oss i – teknologiutviklingen fortsetter, men legens status blir kraftig redusert (3).

Profesjonalitet og faglighet

For noen år siden gjorde vi en studie av leger som ledere i kommunehelsetjenesten (4). Vi gjennomførte bl.a. to fokusgruppeintervjuer. I den ene gruppen hadde vi «stayerne», dvs. leger som fremdeles jobbet

i sentrale stillinger i kommunen, og i den andre «quittere», leger som hadde sluttet, først og fremst fordi de opplevde at arbeidsbetingelsene etter hvert ble uakseptable. Uten at vi tok stilling til de objektive forholdene i de respektive kommunene fant vi noen interessante forskjeller mellom gruppene. Det viste seg at «stayerne» hadde et fullstendig avslappet forhold til kommunens øvrige administrasjon. Det var kanskje en ung, dynamisk rådmann med et par års gjesteopptreden, som etterlot seg en totalt ombygd kommuneorganisasjon der de fleste hadde fått nye plasser og nye titler – som for eksempel «ansvarsområdeleder». For «quitterne» ble slike prosesser helt uakseptable, ofte fordi de mente at det gikk utover pasientene, og i alle fall fordi de opplevde dette som en trussel mot sin profesjonelle autonomi.

Var «stayerne» ansvarsløse og uetiske? Jeg tror ikke det. De hadde nemlig også en meget høy kompetanse og integritet, og de følte seg trygge på at ingen kunne true dem eller erstatte dem på deres fagområde, uansett hvor i organisasjonen de ble plassert eller hvilken tittel de fikk. Aller helst ville de være uavhengige rådgivere i stab. Kanskje kunne de sammenliknes med dem som jobber for Leger Uten Grenser. De utøver sin profesjonalitet og sin faglighet under forhold som vanligvis regnes som helt uakseptable, likevel beholder de sin profesjonsstatus og sin profesjonsidentitet.

Jeg tror faktisk dette er et godt bilde på den moderne legen, i alle fall slik jeg ønsker å se henne eller ham: En som beholder sin profesjonelle plattform og integritet selv om stormen raser. Den kunstige status vi tidligere fikk ved å stå på pidedestallen er borte, nå må vi sikre vår profesjonsstatus ved å ha beina godt plantet på bakken uansett hvor håpløse vi synes forholdene rundt oss er. Det er likevel ingen som kan true vår faglighet. Men vi skal ikke være tause, vi skal si fra der det er nødvendig, samtidig som vi ikke må ta ansvar for mer enn det vi er eksperter på. En slik posisjon kan av og til være meget vanskelig, for eksempel når legen må drive aktiv prioritering mellom pasienter eller ta vanskelige avgjørelser om liv eller død. Her er det mange som setter sin lit til jusen, men den kan bare hjelpe oss

et stykke på vei. Bare en høyere grad av etisk refleksjon kan få legen velberget ut av slike kniper. Moderne legegjerning preges av kompliserte problemstillinger der det er mange «eksperter», og ikke minst av mange etiske dilemmaer (5), og vi er foreløpig ikke godt nok skodd for dette.

Endringer i samfunnet

I løpet av de siste 50 årene har vi i Norge, sammen med mange andre land, gått fra en samfunnsordning preget av en sterk, sentralisert og nærmest paternalistisk velferdsstat til et pluralistisk samfunn med mindre solidaritet og mer konkurranse. Staten og andre offentlige forvaltningsnivåer går over til å bli konsernliknende og deltar aktivt i markedet. Den profesjonelle autonomien som legene har, er en sosial konstruksjon, et «privilegium» gitt av staten i tillit til at de alltid gjør det som er best. I dagens samfunn får profesjonene en ny rolle, de går over fra å være «småkonger» til å bli høyt kvalifiserte eksperter og rådgivere som er helt nødvendige for at de offentlige konsernene skal kunne delta i markedet. Men ekspertene må selv markedsføre seg gjennom å vise at de kan løse de oppgavene og de problemene samfunnet vil gjøre noe med, som for eksempel fordeling av sosiale goder eller nødvendig behandling og omsorg.

I sin ytterste konsekvens fører denne utviklingen til at alle, ikke bare ekspertene, men også *brukerne* (et nytt og viktig begrep), får stadig større ansvar for egen velferd – enten de er kunder i supermarkedet, der man ikke bare plukker ut varene, men også registrerer betalingen selv, må i banken, der det meste nå foregår på Internett, er inne i trygdesystemet, der det legges stadig større vekt på egenerklæringer og egenerverdinger, eller trenger sykehusbehandling, der pasientene selv må gå på Internett og velge (6).

Demografi og legearbeidsmarked

Rundt 1880 var det 3 500 innbyggere per lege i Norge, mens det i 2005 er 254. Denne tilnærmede eksponentiale veksten synes foreløpig å fortsette. Siden 1970 har det dessuten vært en jevn økning i andelen kvinner blant legene, den er nå vel 37 % og vil med dagens utvikling nå 50 % rundt 2020. Det skjer også en betydelig internasjonalisering. 16 % av de 18 173 yrkesaktive legene i august 2005 hadde utenlandsk statsborgerskap, og 27 % av de vel 700 nordmennene som tok medisinsk embets-

eksamen i 2003, hadde studert ved et utenlandsk universitet.

Norge er i toppsjiktet når det gjelder legetetthet. Det er vanskelig å forstå hvordan det finnes jobber for så mange leger her i landet, særlig i lys av at det flere steder fremdeles er ledige fastlegehemler. En forklaring må være at opprettelsen av nye legearbeidsplasser i store byer foreløpig er politisk og økonomisk enklere enn å få leger til å etablere seg i utkantstrøk eller å ha dem gående uten arbeid.

En annen forklaring på den høye legetettheten kan være at en større del av legene til enhver tid er i permisjon. Eskeland og medarbeidere estimerte i 1997 at med ett års svangerskapspermisjon og en forsiktig økning av andre omsorgspermisjoner vil bortimot 5 % av yrkesaktive leger til enhver tid være i fødselspermisjon eller annen omsorgspermisjon (7). Det er også klart at dagens yngre leger, både menn og kvinner, er mer opptatt av privatliv og fritid enn de eldre kollegene, og dermed ikke så interesserte i å jobbe utover normert tid.

For det tredje kan det tenkes at legearbeid, særlig i sykehus, deles i stadig mindre og mer spesialiserte deler slik at antall leger per pasient eller per behandling øker, noe som også er en effekt av den sentraliseringen som er nevnt over. Dette bekreftes av følgende observasjon: Fra 1980 til 2001 økte antallet legeårsværk per 10 000 innbyggere i somatiske sykehus fra 8,8 til 16,0, og det var en tilsvarende økning i psykiatriske sykehus, fra 0,11 til 0,27 legeårsværk per 1 000 innbyggere. I primærhelsetjenesten fluktuerte imidlertid antallet legeårsværk per 10 000 innbyggere mellom 7,0 og 7,9 i den aktuelle perioden (8). Sannsynligvis er det slik at jo mer spesialiserte legetjenestene er, desto flere leger involveres i hvert behandlingstilfelle.

Det kan også tenkes at legene i større grad enn før fyller arbeidstiden med oppgaver som ikke er direkte pasientrelatert. Direkte pasienttid for sykehusleger har gått ned fra 1994 til 2004, mens tid i møter, til papirarbeid etc. har økt (9). Det hevdes også, ikke minst fra legene selv, at leger i større grad enn før må gjøre praktiske ting som tidligere ble utført av sykepleiere, hjelpepleiere, portører eller sekretærer.

Den viktigste konsekvensen av det økende legetallet er imidlertid at det blir stadig mer vanlig å være lege. De fleste har nå en lege i sin nærmeste familie, og pidedestallen er i beste fall blitt en liten skammel. Dette gjør legenes vanlige menneskelige egenskaper mer synlige på godt og vondt, og gjør det samtidig mer krevende for den enkelte lege å markere sin profesjonalitet. En del av denne profesjonaliteten består i å kreve at leger har en høyere etisk standard enn folk flest (10).

Det vakte oppsikt da professor Carol Black, den første kvinnen i presidentstolen i The Royal College of Physicians i Storbri-

tannia, hevdet at for mange kvinnelige leger ville redusere legenes status i samfunnet (11). Personlig er jeg ikke enig med Black, jeg tror status tapet allerede har funnet sted, og at det vi har tapt er pidedestallen, en kunstig status. Den nye statusen vil ikke først og fremst være bestemt av kjønn, men av evne til etisk refleksjon, samarbeid og selvsagt fagkunnskap. Det økende innslaget av kvinner endrer også på spesialitetsstrukturen, og det er grunn til å tro at vi med flere kvinner vil få flere leger inn i lavstatus- og lavteknologimedisin, noe som er både nødvendig og ønskelig.

Spesialisering og forskning

Formell spesialisering startet i Norge i 1918, først og fremst for å kontrollere markedsføringen av legetjenester i privat praksis. Inndeling i spesialiteter følger ikke et logisk system, den er preget av historiske og teknologiske tilfeldigheter. Dessuten er den kulturbestemt, og Norge har færre spesialiteter enn de fleste andre land. Likevel er den enkelte leges identitet sterkt knyttet til spesialiteten.

På samme vis som vi nå allerede er inne i en ny epoke med individuell lønnsfastsettelse etter kompetanse og ansvar, tror jeg vi er på vei inn i en tid der de formelle grensene mellom spesialitetene blir mindre tydelige. Det ligger i det postmoderne samfunnets natur å legge mindre vekt på formelle og mer vekt på individuelle kriterier. De positive sidene ved dette overskygger etter min mening de negative – det blir mer rom for kombinasjoner av talent og faglig dyktighet og større aksept for variasjon og ikke-digitaliserbar kunnskap. Paradoksalt nok skyldes dette at vi på tvers av spesialitet opplever en økende vektlegging av kunnskapsbasert medisin, som på en tilnærmet objektiv måte kan fortelle oss hva som er lege artis. Klinisk erfaring og innprentet kunnskap må til en viss grad erstattes med kompetanse til å kunne benytte eksisterende kunnskapsdatabaser på en profesjonell måte, det kan ellers bli for mye å holde orden på for ett enkelt hode. Men denne nye kunnskapsformidlingen sliter med å få skikkelig fotfeste, og det gjenstår å se om kunnskapsrevolusjonen er til pasientenes beste. Vi kan risikere at den såkalte legekunsten strupes.

For heltidsforskerne har legerollen lenge vært mer teoretisk enn praktisk. De fleste kjenner «ekte» forskere som aldri brydde seg med å ta turnustjeneste eller jobbe som lege. En del sentrale aktører på den medisinske forskningsarenaen er ikke engang leger. Dagens og morgendagens toppforskere kan ikke «kaste bort» 5–6 år på en legeutdanning. 11 av 12 nobelprisvinnere i fysiologi eller medisin gjennom prisens første tiårsperiode (1901–1910) var leger, mot seks av de 23 som fikk prisen i perioden 1995–2004. 15 % av legene har i dag doktorgrad, men for de fleste ble dette et

akademisk intermesso, de fortsetter i sin høyspesialiserte, kliniske virksomhet, der forskningen stort sett kommer i annen rekke. Den kliniske forskeren, den nysgjerrige legen som ved sengekanten vil forske på pasientenes symptomer og plager, synes å være en utdøende rase, til tross for hederlige forsøk med forskerlinje for medisinstudenter. Det blir stadig vanskeligere å få besatt fulltidsprofessorater i kliniske fag.

Forklaringen må være at de fleste leger opplever at det å forske ikke lar seg kombinere med å kunne gjøre en god jobb med pasientene. Men det burde være selvsagt at de som ønsker å supplere sin kliniske hverdag med forskning, ikke ble stoppet. Dette kan skje ved at det gjøres noen grunnleggende grep i forhold til lønns- og arbeidsbetingelser for leger som forsker.

Konklusjon

Vi må fortsette mulig få på plass skammelen som skal erstatte pidedestallen. Denne skammelen har fire bein: medisinsk kunnskap og kompetanse, selvstendighet og integritet, samfunnsansvar og samarbeidsevne og en høy etisk standard

Skulle jeg ønske meg noe for legene i neste generasjon, måtte det bli en omfattende mentor- og karriererådgivning for alle. Den skulle begynne allerede i studietiden og vare i minst ti år inn i yrkeskarrieren. Som samfunnets mest markerte og typiske profesjon, og med en sterk og velstående profesjonsforening, burde vi kunne unne oss en slik speilende funksjon.

Jeg takker Berit Bringedal og Reidun Førde for gode råd og forslag.

Litteratur

- McKinlay JB, Light D, Levine S et al. The changing character of the medical profession. *Milbank Quarterly* 1988; 66 (suppl 2): 1–225.
- McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. *Int J Health Serv* 2002; 32: 379–416.
- Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. London: Little, Brown and Company, 1999.
- Akre V, Aasland OG. Fra distriktslege til ansvarsområdeleder. Leger som ledere i primærhelsetjenesten. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt, 2003.
- Kälvemark S, Höglund AT, Hansson MG et al. Living with conflicts – ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1075–84.
- Neumann IB, Sending OJ. Du skal regjere deg selv. *Le Monde Diplomatique* (nordisk utgave) 2003; nr. 8: 1–2.
- Eskeland M, Knutsen SF, Forsdahl A. Legemangel, svangerskaps- og omsorgspermisjoner. *Legekårsundersøkelsen 1993*. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 520–3.
- Tabell 2: Helse. Statistisk sentralbyrå www.ssb.no/samfunnsspeillet/utg/200204/13/tab-2002-10-08-02.html (4.10.2005).
- Den norske lægeforening. Rom for faglighet – til pasientens beste. Oslo: Den norske lægeforening, 2005.
- Hilton SR, Slotnick HB. Proto-professionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education. *Med Educ* 2005; 39: 58–65.
- Heath I. Women in medicine. Continuing unequal status of women may reduce the influence of the profession. *BMJ* 2005; 329: 413–4.