

# Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



## Legerollen mellom klinikk og administrasjon

Ovid Loren, Magne Nykasa,  
Gunnar Tøllnes (red.)

Førstelekk til Anne Nisk

2/07



# Michael Skjelderup

*Michael* is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769-1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791-1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

*Michael* is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

# Legerollen mellom klinikk og administrasjon

*Michael* 2007;4:71–2.

Legerollen har ikke alltid vært den samme gjennom historien. Den neste-kjære, barmhjertige samaritan, drevet av kall og omsorg, er en legestereotypi som neppe har vært så typisk, men likevel har den sittet ganske dypt i befolkningen og undertiden skapt vansker både for yrkesutøverne og for dem som satt med forventninger til legen. Legen som den kjølige administrator, en tilrettelegger for helse ut fra medisinske kunnskaper, er ikke like typisk, tvert imot, selv om slike leger som har lagt premisser for helsebetingelser og helsevesen, har eksistert i minst 250 år.

Mellomtingen, den kloke, gamle distriktslege som på den ene siden var hjelper, trøster og livredder og på den annen side ofte deltok i det meste som rørte seg i lokalsamfunnet med folkehelse i bakhodet, er derimot et så vidt levedyktig rollebilde at det nok er blitt atskillig romantisert. Denne rollen er imidlertid heller ikke typisk lenger.

Innen administrasjonen har pendelen svingt mellom juristenes regelstyre og legenes fagstyre og tilbake igjen. Legestanden selv har vært gjennom tilsvarende holdningsendringer, men svært ofte har klinikerrollen seiret – for primærhelsetjenesten stimulert gjennom fastlegeordningen. Men hvordan er rollebildet av fastlegen?

Skomaker, bli ved din lest, heter det. Men hva er legenes lest? Hvis lesten bare blir det snevre lege-pasient-forhold, og medisinsens potensial for å bidra til samfunnsutviklingen ut fra dens faglige kunnskapstilfang trer i bakgrunnen, da har legene parkert seg selv. Mye god medisinsk viten forblir da uutnyttet. Den kunne med fordel vært anvendt i folkehelsens tjeneste.

Dette nummeret av *Michael* har som formål å stimulere en diskusjon om disse spørsmål. Det har vært naturlig å gjøre dette i forbindelse med at en nestor innen norsk medisin fyller år. Anne Alvik, mangeårig primærlege,

helsebyråkrat, politiker, innehaver av sentrale faglige verv nasjonalt og internasjonalt, og norsk helsedirektør 1993-2000, runder 70 år 7. mai 2007. Hun har selv interessert seg for samspillet mellom klinikk, styring og legene i deres forskjellige roller gjennom mange år. Derfor er dette heftets knippe av artikler ment både som bidrag til debatten og som forfatternes gratulasjon på åremålsdagen.

*Øivind Larsen, Magne Nylenna, Gunnar Tellnes*

### **Om redaktørene**

*Øivind Larsen (f. 1938) er professor i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo.*

*Magne Nylenna (f. 1952) er redaktør for Helsebiblioteket og professor II i samfunnsmedisin ved NTNU, Trondheim.*

*Gunnar Tellnes (f. 1949) er professor i trygdemedisin ved Universitetet i Oslo og professor II i forebyggende helsearbeid ved Høgskolen i Akershus.*

# Fagstyrets vekst og fall – fra helseadministrasjonens historie 1800–1983

*Michael 2007;4:73–87.*

*Framveksten av det norske helsevesen gjennom de siste to hundre år har vært preget av legenes kamp for stadig større innflytelse i sentrale organer, først og fremst i sentraladministrasjonen og slik også nær maktens kjerne. Fra en sped begynnelse tidlig på 1800-tallet med etableringen av en ørliten og juristledet medisinaladministrasjon, nådde den fagstyrte ordningen sin storhetstid under helsedirektør Karl Evang (1902–1981). Dette kunne skje gjennom systematisk oppbygging av det mektige Helsedirektoratet, som utenom alle regler ble plassert innad i Sosialdepartementet. Her ble helsedirektøren i realiteten både administrativ og politisk leder. I den tidlige fasen sto kampen først og fremst mellom de regelstyrte juristene og de fagorienterte medisinere. I den siste fasen, fra 1960-årene, var det politikere, andre helseprofesjoner og «grasrotorganisasjoner» som stilte seg kritiske til de mange ekspertene som opererte på siden av det politiske system, og som grov grunnen under de legestyrte institusjonene. I 1983 ble Helsedirektoratet kastet ut av Sosialdepartementet og kraftig desimert. Dermed ble også den siste spiker banket inn i fagstyrets kiste.*

I anmeldelsen av bokverket om det offentlige helsevesens historie<sup>1</sup> hevder Espen Søybe at verkets hovedfortjeneste ligger i den brede framstillingen av helsevesenets utvikling før annen verdenskrig, «... helsevesenet begynte faktisk ikke med at Karl Evang satte seg bak skrivebordet i Helsedirektoratet i 1945,» skriver han.<sup>2</sup> Når Søybe gir inntrykk av at den allmenne kunnskapen om helsevesenet ikke strekker seg lengre tilbake enn til krigens slutt, har han på mange måter rett. Ikke minst har det sterke fokus på tidligere helsedirektør Karl Evang (1902–1981) og hans innsats i oppbyggingen av

<sup>1</sup> Moseng 2003, Schiøtz 2003b.

<sup>2</sup> Søybe 2003.

den norske velferdsstaten, bidratt til denne misoppfatningen. Utviklingen av det norske helsevesen begynte langt tidligere, faktisk flere århundrer tidligere.<sup>3</sup> Men det var først på 1800-tallet at framveksten av denne administrasjonsgrenen, slik vi kjenner den i dag, for alvor startet. Sentralt i dette bildet står legenes kamp for større faglig innflytelse i sentraladministrasjonen – for det vi gjerne betegner som et fagstyrt helsevesen.

La oss begynne med 1809 og etableringen av det legestyrt «Sundheds-Collegiet». Dette var sentraltmaktsorgan med ansvar for medisinalsaker, og slik også den første spire til dagens Helsedepartement. Her fulgte Norge den danske modellen fra enevoldstiden. Deretter, etter løsrivelsen fra Danmark i 1814, ble statsforvaltningen reorganisert i form av ulike departementer. I tråd med den nye departementsstrukturen ble Collegiet nedlagt, og fra 1815 ble medisinalsakene plassert i et juristledet Medisinalkontor i «Det 3. Departement for Politisager m.v» (Politidepartementet).<sup>4</sup>

Omorganiseringen fikk store konsekvenser for legenes innflytelse på helsepolitikken, ganske enkelt fordi behandlingen av medisinalsakene ble tatt ut av deres hender og overlatt til jurister og andre ikke-medisinere. Via Det medisinske fakultet fikk medisinerne en kollektiv rådgiverplikt overfor departementet. Sett fra legenes side var denne utviklingen lite tilfredsstillende. I årtier etter årtier ble det da også med jevne mellomrom gjort framstøt for i større grad å integrere den medisinsk-faglige ekspertisen i sentraladministrasjonen.

Fra 1830- og 40-årene meldte det seg med fornyet styrke krav fra flere faggrupper om mer innflytelse i ledelsen av landet. Kravet var en administrasjon som muliggjorde faglige initiativ og faglig kontroll, og der faglig fundert kompetanse kunne bli brukt mer planmessig og få bredere innpass i den politiske beslutningsprosessen. Filologer, ingeniører og medisinerer sto i fremste rekke for å bryte det gamle administrasjonsmønsteret. De var alle profesjoner i frammarsj – i antall som i faglig utvikling – og det var nye trekk ved fagene som skapte en økende interesse for administrasjonen som instrument for samfunnsendring.<sup>5</sup> Økonomisk og vitenskapelig framgang var bakgrunnen for at kravene kom i dette tidsrommet. For medisinerne del gjaldt det ny innsikt i sykdomsutvikling og hygiene.<sup>6</sup>

Spørsmålet om fagenes integrering i statsapparatet var todelt. For det første dreide det seg om fagkunnskapens plassering i forhold til juristene, som nærmest hadde monopol på de sentrale administrative embetene. For

<sup>3</sup> I 2003 feiret vi 400-årsjubileum for det offentlige helsevesen.

<sup>4</sup> Svalestuen 1988: 7.

<sup>5</sup> Benum 1979: 48 ff.

<sup>6</sup> Maurseth 1979: 99.

det andre dreide det seg om fagkunnskapens plassering i forhold til det politiske beslutningssystemet. Det handlet altså om vekselvirkningen mellom fagkunnskap og faglig interesserepresentasjon på den ene siden, og byråkrati og politisk makt på den andre.<sup>7</sup>

Uansett hvem som bekledd de betydningsfulle stillingene, så forble medisinaladministrasjonen og slik også den øverste styringen av medisinalvesenet, betraktet som en ubetydelig brikke innen den totale sentraladministrasjonen gjennom hele 1800-tallet. Dette reflekteres blant annet i Medisinalkontorets svake bemanning. Illustrerende er ekspedisjonssekretær Christian Birch-Reichenwalds (1814–91) uttalelse i 1845 da kontorets saksområde ble flyttet fra Kirkedepartementet til Indredepartementet, og det dermed også var ønske om å få overflyttet en fullmektig. Etter hans mening var en «Bureauchef og en Fuldmæktig et forholdsvis stort Embedspersonale for de blotte Medicinalforretninger».<sup>8</sup> Befolkningstallet var på dette tidspunkt i underkant av 1.5 mill.

Internt blant medisinerne var det ulike syn med hensyn til hvilket styringssystem som tjente saken best. De sivile legene ønsket seg tilbake til den gamle ordningen med et kollegium bestående av fagfolk nært knyttet opp mot sentraladministrasjonen, etter mønster fra Danmark. De ville ha *sakkyndigheten inn i departementet* (kollegietanken), og slik påvirke og stimulere utviklingen og utbyggingen av medisinalvesenet. De mer regelstyrte militærlegene som utgjorde en like stor gruppe, talte for status quo.<sup>9</sup> Regjeringen og Indredepartementet (som fra 1846 hadde ansvaret for medisinalsakene) støttet kollegietanken, men Stortinget var betenkt. Kollegiet var nemlig tiltenkt omfattende myndighet, og det ville dermed kunne svekke Stortingets kontroll, dvs. den politiske kontroll med den administrative virksomheten. Av konstitusjonelle hensyn måtte derfor forslaget avvises.<sup>10</sup>

---

<sup>7</sup> Dette problemkomplekset var langt fra særnorsk, se for eksempel om danske forhold i Petersen og Blomquist 1996: 11 ff.

<sup>8</sup> Svalestuen 1988: 23. Et annet eksempel finner vi i 1844 da Medisinalkontoret ble omorganisert. Legeforeningen i Christiania ville ha en «videnskabeligt dannet» lege som byråsjef, og fikk støtte fra flere andre lokalforeninger. Departementet ga imidlertid forrang til avgjørelsens formelle sider, til rettsikkerhet og lovmessighet. Kontoret fikk derfor en jurist som byråsjef. Legekyndigheten ble ivaretatt av kompanikirurg Krøyer som konstituert fullmektig (Maurseth 1979: 281–82).

<sup>9</sup> Maurseth op.cit. Kollegieformen ble opprinnelig foreslått av den såkalte Medisinallovkommissjonen som ble oppnevnt i 1834. Den leverte sin innstilling i 1847, etter å ha kommet med et foreløpig utkast i 1844. I spørsmålet om organiseringen av medisinaladministrasjonen ble det foreslått å etablere et sunnhetskollegium utenfor departementet, som også skulle dekke det militære helsestellet (Svalestuen 1988: 15).

<sup>10</sup> Benum 1979: 220.

Løsningen ble å opprette en ekspedisjonssjefsstilling og utnevne en lege i embetet. Nyordningen, midlertidig etablert i 1858 og fast fra 1860, reflekterte på ingen måte medisinernes ambisjoner.

Hvorfor sto legene så svakt? Det var flere årsaker enn den interne ue-nigheten. Ett forhold var knyttet til faget. Legevitenskapen var fremdeles kommet kort, og medisinene hadde forholdsvis lav prestisje i befolkningen. Et annet forhold gjaldt den «uryddige» tilknytningen til statsforvaltningen. Den var tosidig. På den ene siden var ikke medisinalvesenet entydig hierarkisk oppbygd med gjensidig avhengige ledd, slik som i de andre administrasjonsgrenene. På den andre siden hadde medisinaladministrasjonen en uklar og skiftende departemental tilknytning. Den kom til å vandre fra det ene departementet til det andre, som en «Jerusalems skomaker».<sup>11</sup> Administrasjonen var først underlagt Politidepartementet (fra 1815), så Kirke-departementet (fra 1819), dernest det nye Indredepartementet (fra 1846). Først i 1858 fikk medisinaladministrasjonen altså en *lege* som toppsjef, og først i 1875 bevilget Stortinget midler til en medisinaldirektørstilling. Tilsvarende stillinger innenfor andre administrasjonsgrener eksisterte allerede, slik som fyrdirektør, veidirektør, telegrafdirektør mv.<sup>12</sup>

Til tross for et styrket administrativt apparat vedvarte nomadetilværelsen mellom departementene. I 1878 flyttet Medisinalkontoret fra Indre-departementet til Justisdepartementet.<sup>13</sup> I den nye instruksen fra Justisdepartementet ble det i 1891 etablert et frittstående Medisinaldirektorat *utenfor* departementet med få ansatte og små ressurser. Medisinalkontoret i departementet ble imidlertid opprettholdt, her med en jurist som sjef. Denne administrative todelingen varte faktisk helt fram til 1941. I 1913 ble medisinalsakene flyttet til Handelsdepartementet. Dette fikk navnet Departementet for Sociale Saker, Handel, Industri og Fiskeri. Et rent Sosialdepartement kom i 1916. Alt i alt var altså framveksten av medisinaladministrasjonen tilfeldig, fragmentarisk og uoversiktlig, og legene hadde forholdsvis liten innflytelse i helsepolitiske spørsmål.

Hva så med det lokale styringsnivået? Sunnhetsloven av 1860 og med den opprettelsen av de lokale sunnhetskommisjonene (fra århundreskiftet

---

<sup>11</sup> Uttrykket stammer fra stortingsmannen og legen Ludvig Krag-Torp. «Medicinalkontoret har gaat omkring som Jerusalems skomager, uten hjemsted.» (St. forh. 7a 1912: 1104–05).

<sup>12</sup> Svalestuen 1988: 35, 46.

<sup>13</sup> Overføringen av det sivile medisinalvesen til Justisdepartementet skyldtes trolig at man så en forbindelse mellom det såkalte «Sundhedspoliti» og det vanlige politi. Det gjaldt for eksempel gjennomføringen og håndhevingen av sunnhets- og hygieneforskriftene (Svalestuen 1988: 41).



kalt helseråd), innebar et gjennombrudd for det lokale fagstyret. Med denne loven fikk legen rollen som kommisjonens ordfører, og ble dermed også lokal helsesjef. Det var en posisjon legene satt i til helserådene ble oppløst på 1970- og 80-tallet – reelt i det første tiåret, formelt i det siste.

Et annet utviklingstrekk som fikk avgjørende betydning for styrkingen av legestanden, også i viktige styrings spørsmål, var opprettelsen av Den norske lægeforening i 1886. Foreningen stod etter få år fram som en slagkraftig organisasjon. Bare to-tre tiår etter at den var blitt etablert, ble den omtalt som landets sterkeste fagforening.<sup>14</sup> Foreningen balanserte mellom tre hensyn som alle var nødvendige betingelser for dens styrke: Legevitenskapen, legekallet og de økonomiske interessene til medlemmene. Sakte, men sikkert økte legestanden så vel sin samfunnsmessige posisjon som sin forhandlingsposisjon overfor arbeidsgiver – som i overveiende grad var det offentlige – hele tiden godt hjulpet av sentrale krefter i Legeforeningen.

Symptomatisk var det at de aller fleste av foreningens krav gikk igjen da loven om de offentlige legeforretninger ble vedtatt i 1912.<sup>15</sup> Loven innebar en formidabel styrking av legenes posisjon i det lokale helseapparatet – ikke minst ved at antall offentlige legestillinger ble nærmere tredoblet. Videre etablerte loven en pyramidal organisering av det offentlige legevesen med medisinaldirektøren på toppen, dernest amtsleger (fylkesleger), stadsfysici og til slutt stadsleger og distriktsleger. Distriktslegene utgjorde om lag 90 % av de offentlige legene. Målsettingen var ambisiøs; enhver borger skulle ha tilgang til legehjelp uansett bosted og økonomisk yteevne. Lovteksten la imidlertid størst vekt på legenes forebyggende og helsefremmende forpliktelser, og dermed også på legens rolle som samfunnsmedisinere og samfunnsaktør.

Så å si parallelt skjedde det en kraftig utbygging av det sentrale forvaltningsapparatet, men ikke helt i tråd med medisinernes ønsker. Den legestyrte kommisjonen som sto for forarbeidene til 1912-loven, hadde tatt opp en gammel tanke. Den fremmet forslag om å bygge ut et kollegialt, faglig styre på topplanet. Det gikk heller ikke denne gangen. Sett fra de folkevalgtes side, signaliserte imidlertid loven at medisinsk ekspertise og en stor og gjennomgående helseadministrasjon var grunnleggende for landets framgang og vekst. Legene ble nærmest utpekt som garantister for utviklingen av en fysisk veltilpasset og kultivert befolkning. Igjen var det de vitenskapelige og administrative framskritt innen medisinen og hygienen som var drivkreftene, særlig knyttet til det bakteriologiske gjennombrudd på slutten av 1800-tallet.

<sup>14</sup> Sømme 1918: 127–32.

<sup>15</sup> Se Schiøtz 2003a, kap. 2.

Men makt og innflytelse har sitt motstykke. Legene ble stadig mer synlige og slik også oftere utsatt for kritiske blikk. Mer enn i andre yrkesgrupper har spørsmål omkring lønnskrav, ansettelsesforhold og andre krav om andeler av fellesskapets goder, vakt debatt og forargelse blant politikere, forhandlings- og samarbeidspartnere og i befolkningen for øvrig. Og mer enn noen annen har legene hatt sterke kort på hånden: forvaltningen av liv og død. I disse spørsmålene har Legeforeningen så å si kontinuerlig stått i skuddlinjen. En ordveksling i Stortinget i 1915 er illustrerende:

Jeg vil faa lov til at spørge, om regjeringen har beskæftiget sig med den kampstilling, som er opkommet mellem lægeforeningen og de kommuner, som ønsker at indrette sig med fast ansat læge. Dette spørsmåal har nu faat en saa stor interesse i store kredser av vort land, at det ikke længer er mulig for Stortinget at skyve det ... fra sig.<sup>16</sup>

Det gaar ikke an dette, at en enkelt stand optræder paa denne – jeg vil kalde det brutale maade.<sup>17</sup>

Spørsmålet ble rettet til statsråd Kristian Friis Petersen (1867–1932) i regjeringen Knudsen (V). Debattens tema som skulle være lønninger og alderstillegg for offentlige leger, kom fullstendig i skyggen av den usedvanlig harde kritikken som ble rettet mot Legeforeningen. Hvorfor denne fiendtligheten overfor den knapt 30 år gamle foreningen? Hva var det ved organisasjonens fagpolitikk som provoserte så voldsomt? Det var flere ting, men den umiddelbare foranledningen var at Legeforeningen nektet sine medlemmer å ta kommunal ansettelse, og slik satte en stopper for politikernes ønsker om å ansette leger på fast lønn, såkalte fastlønsleger. Foreningen dikterte ganske enkelt ansettelsesbetingelsene så vel overfor sine medlemmer som overfor kommunene. Den bakenforliggende årsaken til at spørsmålet ble reist, er imidlertid å finne i legenes forhold til de nyetablerte sykekassene (1911), der de ble anklaget for å forsyne seg hemningsløst.<sup>18</sup>

## 1920-årene

Legene var stadig ikke fornøyde, verken med ansettelsesforholdene i det offentlige eller med den måten helsespørsmål ble ivaretatt på, administrativt som politisk. Den kollegiale styringsformen sto øverst på ønskelisten. Det må her tilføyes at i det forutgående tiåret hadde det skjedd en betydelig

<sup>16</sup> *Stortingstidende* 1915: 512 (511–26). Uttalelsen stammer fra sosialdemokraten (A) Anders Johnsen Buen (1864–1933). Buen som representerte Trondheim, var Arbeiderpartiets parlamentariske fører fra 1915 til splittelsen av partiet i 1921. Han var også stortingspresident i perioden 1919–21.

<sup>17</sup> *Ibid.*, uttalt av Venstrerepresentanten Peder Rinde (1844–1932), s. 513–514.

<sup>18</sup> Schiøtz 2003b: 182–5, 197–9.

ekspansjon både i det legestyrte Medisinaldirektoratet *utenfor* Sosialdepartementet og i det juriststyrte Medisinalkontoret *i* departementet. Det gjaldt flere stillingshjemler og det gjaldt opprettelsen av flere kontorer. Men legene ville *inn i* departementet og slik få direkte foretrede for den politiske ledelse. Det var betingelsen for et «fullverdig» medisinalvesen.

De omfattende økonomiske krisene i perioden 1920–35 skulle bringe saken et stykke nærmere målet, faktisk uten at legene selv hadde en finger med i spillet. I disse tider måtte det spares, i statshusholdningen som i privatøkonomien. Regjeringen nedsatte den såkalte Øksekomiteen for å se på saken, og den fremmet etter kort tids arbeid en rekke forslag knyttet til de ulike administrasjonsgrenene. I komitéinnstillingen het det at Medisinaldirektøren og hans stab burde flytte inn i Sosialdepartementet og at Medisinalavdelingen i departementet burde nedlegges. Direktoratets ansvarsområde skulle slik omfatte så vel de juridiske og økonomiske som de medisinske sidene ved saksbehandlingen. Videre anbefalte man at ekspedisjonssjefsstillingen i Medisinalavdelingen (besatt av en jurist) skulle nedlegges, og at medisinaldirektøren skulle foredra sakene direkte for statsråden.<sup>19</sup> Ble dette realisert, ville det bety et gjennombrudd for legenes krav om en kollegial styringsform. Omsider og ganske oppsiktsvekkende hadde altså en ikke-lege-styrt komité sammenfallende syn med legeprofesjonen – riktig nok ut fra ulike premisser. Øksekomiteen ville spare, legene ville ha makt og innflytelse.

Forslaget møtte nærmest bestyrtelse i Sosialdepartementets Medisinalavdeling. «Vi får et sterkt inntrykk av at Sosialdepartementet mobiliserte hele sin tyngde for å bekjempe forslaget om en sammensmelting,» skriver Andres Svalestuen i sin gjennomgang av Medisinalvesenets sentraladministrasjons historie.<sup>20</sup> Å legge ned Medisinalavdelingen med sine jurister i topposisjoner, ville ifølge departementet *svække det uhildete skjønn*. Å styrke fagdirektørens myndighet på bekostning av departementssjefens, ville dessuten svekke Stortingets innflytelse og kontrollmuligheter. Dette siste var et argument Stortinget viste stor forståelse for, og forslaget fra Øksekomiteen ble arkivert. Organiseringen forble uforandret. Derimot ble bemanningen kraftig redusert. Verst gikk det utover Medisinaldirektoratet. I 1922 hadde direktoratet 14 ansatte, i 1929 var det sju tilbake.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> *Tidsskr Nor Lægeforen* 1924: 399 ff, Svalestuen 1988: 77 ff, Seip 1994: 91-2.

<sup>20</sup> Svalestuen 1988: 77.

<sup>21</sup> Svalestuen 1988: 82.

## 1930-årene og reorganiseringen under krigen

«Vi får ikke skikk i vår folkehygiene, alle de samvirkende faktorer i den, før vi, som England forlengst, samler alt slikt arbeide i ett departement, helsedepartementet ... Dette krav har lenge av og til dukket op, og det modnes vel efter hvert som sakens alvor, i lys av foregangsfolkernes eksempel går op for oss. Ikke et juridisk departement, men et positivt, et drivhjul,» skrev journalisten og skribenten Christian Gierløff (1879–1962) i 1935.<sup>22</sup> I England var det blitt opprettet et helsedepartement så tidlig som i 1919.

Gierløffs uttalelse var ett av mange framstøt som ble hengende i luften. Men noe var i gjære. I november 1936 vedtok Socialistiske Lægers Forening å nedsette en komité under ledelse av foreningens formann, Karl Evang. Utgangspunktet var «sunnhetsapparatets» manglende effektivitet. Formålet var å utrede spørsmålet om en omorganisering av den sentrale medisinaladministrasjon. Halvannet år senere, i mars 1938, var arbeidet slutført og innstillingen ble sendt sosialminister Oscar Torp (A) (1893–1958) og Arbeiderpartiets sentralstyre. Den var interessant, så interessant at Evang ble innbudt til å presentere den på Legeforeningens landsmøte i juni samme år.<sup>23</sup>

Hva var så budskapet? I lys av de store omveltningene som hadde funnet sted i samfunnet, og de gjennombrudd som spesielt hadde skjedd innen medisinsk vitenskap og terapeutisk virksomhet, var medisinalforvaltningen på ingen måte i stand til å møte de utfordringer den ble stilt overfor, hevdet Evang. Både organiseringen av virksomheten og de virkemidlene som sto til disposisjon, var under enhver kritikk. Årsakene til dette uføret var mange. Evang viste til den økonomiske krisen og til myndighetenes manglende forståelse for helsepolitiske spørsmål. Myndighetenes ansvarsfraskrivelse hadde ført til at private organisasjoner, med eller uten offentlig støtte, hadde tatt hånd om en rekke viktige oppgaver. Dette var vel og bra, men bidro til fragmentering og en lite rasjonell organisering. Dernest hadde *lokale* myndigheter påtatt seg ansvaret for en del oppgaver som egentlig burde ha vært organisert og finansiert fra sentralt hold. Dette hadde ført til store forskjeller mellom rike og fattige kommuner. Men Evang anklaget også sine egne. Legestandens passive holdning til sunnhetstiltak av «bredere og forebyggende natur», hadde gjort sitt til at situasjonen var blitt som den var blitt. Men «... en hovedårsak til at helsearbeidet på en rekke felter er blitt liggende i dødvannet, danner imidlertid efter vår mening *den form som den centrale medisinaladministrasjon i vårt land har fått*. En omorganisering og

---

<sup>22</sup> Gierløff 1935: 547

<sup>23</sup> Evang 1938: 1319-34, se også Nordby 1989: 85 ff.

modernisering er nødvendig, om centraladministrasjonen skal kunne løse sin dobbelte oppgave som initiativtager og administrasjonsorgan».<sup>24</sup>

Evang fremmet forslag til nyordning. Målsettingen var å konsentrere behandlingen av de helsepolitiske sakene, øke den fagmedisinske innflytelsen, øke effektiviteten og få tilført større ressurser. For å nå disse målene ville den heldigste organisatoriske løsningen være å slå sammen alle viktige saker vedrørende helsearbeidet under et eget departement, et *helsedepartement* med en egen helseminister – lege eller ikke lege. I dette departementet måtte ekspedisjonssjefen være lege med allsidig faglig og administrativ utdanning, og være utstyrt med tilstrekkelig faglig, juridisk og medisinsk assistanse.

Som et mindre vidtgående alternativ kunne Evang tenke seg å slå sammen *Medisinaldirektoratet* og *Sosialdepartementets medisinalavdeling* til én felles institusjon, underordnet departementet. Institusjonens ekspedisjonssjef måtte da være lege og stå direkte under sosialministeren. (Vi er her tilbake til Øksekomiteens forslag fra 1923.) Evang avsluttet innlegget sitt med å oppfordre landsmøtet til å sende regjeringen en henstilling om å drøfte spørsmålet om «en styrkelse og omorganisering av den centrale medisinaladministrasjon etter følgende hovedlinjer: 1. Sterkere centralisering av helseoppgavene. 2. Mere hensiktsmessig avveining i forholdet mellom den medisinske og den juridiske fagkunnskap.»<sup>25</sup> Et enstemmig landsmøte sluttet seg til oppfordringen.

Oppsiktsvekkende nok, og til dels meget kontroversielt blant sine egne, ble den unge (36 år) og radikale Evang utpekt som ny medisinaldirektør etter Nils Heitmanns (1874–1938) død samme høst, i 1938. Han ble konstituert 23. september og tiltrådte stillingen 1. desember. Her kunne han i vel et års tid arbeide videre med planene, før han i april 1940 ble avsatt og flyktet med regjeringen til London. Han fikk tidlig stifte bekjentskap med og måtte senere samarbeide med Sosialdepartementets ekspedisjonssjef, juristen Theodor Gerhard Thorsen (1878–1958). Til stadighet irriterte han seg over ekspedisjonssjefens regelrytteri, og ga ham straks tilnavnet «Konthorsen».<sup>26</sup>

Det endelige gjennombrudd for et fagstyrt medisinalvesen kom interessant nok under krigen.<sup>27</sup> I tråd med nazistisk ideologi var fagekspertene de mest kompetente til å ha hånd om landets styring, og innen embetsverket ble det følgelig foretatt omfattende omorganiseringer. Slik ble Medisinal-

<sup>24</sup> Evang 1938: 1322.

<sup>25</sup> Evang 1938: 1334.

<sup>26</sup> Nordby 1989: 156.

<sup>27</sup> Schiøtz 2003b, kap. 8.

direktoratet og Medisinalavdelingen i Sosialdepartementet nedlagt og oppgavene overført til den nyopprettete *Helseavdelingen* i Innenriksdepartementet, under ledelse av en legen Thorleif Dahm Østrem (1892–1980). Han fikk tittelen medisinaldirektør. I en redegjørelse om «Nyordningen» skrev Østrem: «Nasjonal Samling, som over alt går inn for *fagstyre*, har da også under omdannelsen av medisinalvesenet fulgt dette prinsipp». <sup>28</sup> Medisinaladministrasjonen var nå langt på vei organisert i tråd med Evangs prinsipper om et fagstyrt medisinalvesen, men den kollegiale styringsformen ble erstattet med enelederen – etter «førerprinsippet». <sup>29</sup> Navneendringen fra «medisinal» til «helse» skjedde også i denne perioden.

### Storhetstiden – «Systemet Evang»<sup>30</sup>

Sammenslutningen av Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet opprettholdes i form av et Helsedirektorat. Forholdet mellom Helsedirektoratet og departementet gjøres til gjenstand for særskilt utredning. Inntil videre skal Helsedirektøren selv foredra alle direktoratets saker for statsråden ...<sup>31</sup>

Slik sto det å lese i kongelig resolusjon av 8. mai 1945. Etter mange års innsats kunne Evang sette «kronen på verket». På selv frigjøringsdagen fikk han oppfylt sitt ønske om et legestyrt helsevesen med seg selv på toppen. Den endelige beslutningen om at det tidligere Medisinaldirektoratet og Medisinalavdelingen i Sosialdepartementet skulle slås sammen til et nytt Helsedirektorat og plasseres innad i departementet, kom med kongelig resolusjon av 12. mars 1948.<sup>32</sup> Evangs kongstanke gjennom store deler av 1930-årene var blitt en realitet. Det som nå hadde skjedd innebar ifølge ham selv et veiskille i styringen av landets helsevesen:

Det er lægene selv som overtar hovedansvaret for administrasjonen av sin egen etat, og av de medisinske og hygieniske spørsmål i landet i bredeste forstand. ... det blir min oppgave – formodentlig ingenlunde lett – å utjevne de motsetninger, den sjalusi og den prestisjeinnstilling som er skapt mellom juristene på den ene side og de medisinske, farmasøytiske og andre sakkyndige på den annen, gjennom de mange år av helt uhensiktsmessig og utilfredsstillende administrasjonsordning.<sup>33</sup>

I et forvaltningshistorisk perspektiv blir opprettelsen av det legestyrte direktoratet innad i departementet karakterisert som en revolusjon.<sup>34</sup> Denne

---

<sup>28</sup> Østrem 1941: 751–55.

<sup>29</sup> Nordby 1989: 122.

<sup>30</sup> Betegnelsen er hentet fra Nordby 1989.

<sup>31</sup> Sitert fra Nordby 1989: 125.

<sup>32</sup> Bøhmer 1984: 71–72.

<sup>33</sup> Evang 1945: 269.

nye formen for administrasjonsordning, som av juristene ble ansett som en sammenblanding av politikk og administrasjon, vakte betydelig misnøye. Juristene, selve «herskerklassen» i departementene, sverget til den tradisjonelle styringsformen, nærmere bestemt til en «rutinisert» forvaltning i tråd med vedtak fattet av Storting og regjering. Det var ifølge departementsjuristene uhørt å skulle røre ved dette prinsippet. Regjeringen overhørte merknadene, i hvert fall på dette tidspunkt.

Mange hadde uttrykt skepsis. En av dem var fylkesmann og tidligere sosialminister Trygve Utheim (1884–1952). Han var redd skiftende statsråder lett kunne la seg manipulere av en fagdirektør innenfor et så spesialisert område som medisin.<sup>35</sup> Sett i ettertid er det ikke vanskelig å gi Utheim rett. Evang ble ikke bare en usedvanlig sterk fagdirektør, men i gavnet også departementsråd. Kombinasjonen gav ham så å si enerett til å gi faglige råd til den politiske ledelse. Med til historien hører at han kom på kant med de fleste av etterkrigstidens sosialministere. Likevel fikk han innenfor rammen av Arbeiderpartistatens planpolitikk stor frihet til å omsette sine visjoner til praktisk politikk. Stortingsrepresentant og sosialminister (i perioden 1953–55) Rakel Seweriin (1906–1995), som selv hadde et komplisert forhold til helsedirektøren, ble en gang spurt om hvorfor ikke Arbeiderpartiet hadde ført helsepolitikk opp på sitt program. «Nei, helsepolitikk? – Det tar Karl seg av det,» var svaret.<sup>36</sup>

Den sentrale helseforvaltningen var bare ett av de mange områdene Evang kastet seg over. Planen for et fagstyrt helsevesen var meget vel gjennomtenkt og omfattet alle ledd i forvaltningen. Men før vi utdyper dette, la oss dvele litt lenger ved sentraladministrasjonen og hvordan Evang organiserte Helsedirektoratet: I løpet av 15 år ble staben stadig utvidet. I 1948 la direktoratet beslag på en tredjedel av alle høyere stillinger og saksbehandlerstillinger i Sosialdepartementet. I 1960 var staben steget til godt over halvparten. Det ble opprettet stadig flere kontorer. Leger ble satt til å lede de fleste av dem. De fikk spesialbehandling i form av overlegetitler, bedre lønn og anledning til å ta lønnet arbeid utenfor direktoratet. Av betydning var også den tette kontakten med Legeforeningen – ikke minst i form av stadige overganger av ansatte fra den ene institusjonen til den andre. Det var forbundet med status å arbeide i det nye Helsedirektoratet.

---

<sup>34</sup> For en nærmere redegjørelse om striden mellom den juridiske lovkyndigheten og den medisinske sakkyndigheten se Nordby 1989: 147 ff og Slagstad 1998: 312–316. Både Nordby og Slagstad bruker begrepet «revolusjon».

<sup>35</sup> Nordby 1989: 125.

<sup>36</sup> T. Nordby, muntlig meddelelse. Se også Nordby 1989: 208.

Det er ellers mye som kan sies om oppbyggingen av «Systemet Evang» og etterkrigstidens helsevesen. For legevesenets vedkommende vil jeg nevne noen momenter og særtrekk: Det ble opprettet selvstendige fylkeslegeembeter med administrativt apparat (et «hygienisk sentrum») i hvert fylke. Det ble etablert en egen etterutdanning for offentlige leger, det såkalte Bygdøykurset, og kurs i offentlig helseadministrasjon ved Hälsovårdshögskolan i Göteborg. I 1954 ble det innført turnustjeneste i distrikt, og det skjedde en reorganisering av det medisinske studium der målet var å utdanne «en sosialmedisinsk [les samfunnsmedisinsk] orientert legestand». I 1951 ble det opprettet en ny enhet ved Universitetet i Oslo, Institutt for sosialmedisin. En professorstilling ble knyttet til instituttet. (Evang var tungt inne i planleggingen av det «nye» medisinstudiet.) Distriktslegeordningen ble utvidet og til dels endret. Det skjedde gjennom opprettelse av flere distrikter, og gjennom å styrke helserådsfunksjonen. Det siste innebar færre folkevalgte og flere fagfolk, samt utbygging av det administrative apparatet. Helsedirektoratet drev en bevisst og noe spesiell rekruttering og opplæring til stillinger i direktoratet og til fylkeslegeembetene, blant annet ved å oppfordre til og være behjelpelig med å søke stipendmidler og etterutdanning i «public health» ved amerikanske og engelske universiteter. Utover dette og med de offentlige legene for øye, etablerte direktoratet ordninger og rutiner der hensikten var å bygge tillit og skape samhold de offentlige legene imellom, nærmest som et laugsvesen. Dette skjedde gjennom kursing, besøk av direktoratets folk i distriktene og ellers hyppig kontakt mellom representanter for de ulike ledd i den offentlige helseadministrasjon.<sup>37</sup>

Med andre ord: Etterkrigstiden og 1950-årene var tiden for gjenreisning, videreutvikling og kraftig ekspansjon innen norsk helsevesen. Veien fra idé til resultat var uvanlig kort. Men det var også tiden for nye store gjennombrudd innen legevitenenskapen og medisinsk teknologi og terapi – gjennombrudd som mer eller mindre rettmessig fikk æren for at tuberkulosen og andre infeksjonssykdommer kunne plasseres i kategorien «medisinsk historie». De færreste hevet derfor brynene da Evang i avisen *Orientering* i 1958 la for dagen en enorm optimisme og nærmest ukritisk holdning og tillit til legestandens og legevitenskapens potensialer. «Legevitenenskapen kan revolusjonere verden», var hans påstand, «hvis fornuften får rå». <sup>38</sup> Det ideologiske fundamentet – vitenskapen og fornuften – lå fast i «Systemet Evang».

---

<sup>37</sup> Schiøtz 2003a, kap. 6.

<sup>38</sup> Evang 1958: 6.



## Fagstyrets fall

Men treet kunne ikke vokse inn i himmelen. Tilbakeslagene kom fra slutten av 1960-årene, skjønt forvarslene hadde vært der gjennom hele tiåret. Gjentakende ble det rettet skyts mot de mange fagstyrene i de ulike forvaltningsgrenene. Politikere på alle plan, grasrotorganisasjoner og enkeltpersoner ga stadig oftere uttrykk for misnøye med de mange ekspertene som opererte på siden av det politiske system. Talemåter om ekspertveldets fortreffelighet skulle bli avløst av honnørord som desentralisering og demokratisering. Beslutningsprosessene skulle legges ut til folket og til lavest mulig forvaltningsnivå.

De lokale helserådene mistet både makt og innflytelse, dels ved at andre eksperter overtok ansvarsområder, dels ved at legene ble likestilt med annet helsepersonell. Diskusjonene forut for kommunehelseloven av 1982 var bitre og intense. Det endte med at distriktslegene mistet sin tittel, sin tilknytning til fylkeslegen, sin uavhengighet i forhold til kommunene og en del mer.<sup>39</sup> I sykehusene var den tid forbi da det var en selvfølge at de styrende organer skulle ledes av leger, og at direktørstillinger og andre administrative lederstillinger skulle besettes av leger. Her ble det like gjerne tilsett økonomer og jurister. Ille gikk det utover Helsedirektoratet. Skytset mot direktoratet pågikk gjennom hele 1970-tallet, men raseringen startet først på 80-tallet. I 1983 ble direktoratet sparket ut av Sosialdepartementet, staben redusert og flere oppgaver tatt ut av dets hender. Det ble opprettet en egen helseavdeling innad i departementet, og vi var tilbake til førkrigsmodellen.<sup>40</sup>

Endringene i administrasjonsordningen i 1983 ble formelt foretatt ut fra forvaltningsmessige hensyn. For å unngå sammenblandingen mellom fag og politikk, gikk man tilbake til den tradisjonelle styringsformen, dvs. en «rutinisert» forvaltning utført i tråd med vedtak fattet av Storting og regjering. Endringene kan imidlertid også tolkes som en måte å bli kvitt en brysom helsedirektør på, nærmere bestemt Torbjørn Mork (1928–92), som åpent og i utallige sammenhenger tok sterk avstand fra sentrale punkter i kommunehelseloven. Det gjaldt både før og etter lovvedtaket. En slik oppførsel ble sidestilt med obstruksjon av politiske vedtak. Omorganiseringen i 1983 var et definitivt vendepunkt i den sentrale helseadministrasjons historie i Norge. I realiteten innebar den en degradering av helsedirektøren, men framfor alt var det den siste spiker i kista for det medisinske fagstyret.

---

<sup>39</sup> Schiøtz 2003a, kap. 7.

<sup>40</sup> Schiøtz 2003b, kap. 10.

## Litteratur

- Benum E. *Sentraladministrasjonens historie. Bind 2, 1845–1884*. Oslo: Universitetsforlaget 1979.
- Böhmer AM. *Helsevesenet 1940–1983. En administrasjonshistorisk oversikt*. Riksarkivet 1984.
- Evang K. Medicinalvesenet og centraladministrasjonen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1938; 58: 1319–34.
- Evang K. Noen aktuelle oppgaver ved gjenreisningen av den norske folkehelsen og norsk helsevesen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1945; 65: 266–71.
- Evang K. Legevitenskapen kan revolusjonere verden. En sunn slekt overalt – hvis fornuften får rå, *Orientering* 1. mai 1958.
- Eventuell omordning av Medicinaldirektoratet. Statens forenklings- og sparekomités innstilling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1924; 44: 399–410.
- Gierløff C. *Liv og død i Norge*. Oslo: Gyldendal 1935.
- Maurseth P. *Sentraladministrasjonens historie. Bind 1, 1814–1844*. Oslo: Universitetsforlaget 1979.
- Moseng OG. *Ansvar for undersåttenes helse 1603–1850. Bind 1, Det offentlige helsevesens historie i Norge 1603–2003*. Oslo: Universitetsforlaget 2003.
- Nordby T. *Karl Evang. En biografi*. Oslo: Aschehoug 1989.
- Petersen N, Blomquist H. *Sundhed, byråkrati, politik*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag 1996.
- Schiøtz A (a). *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984*. Oslo: Pax 2003.
- Schiøtz A (b). *Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Bind 2, Det offentlige helsevesens historie i Norge 1603–2003*. Oslo: Universitetsforlaget 2003.
- Seip AL. *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–75*. Oslo: Gyldendal 1994.
- Slagstad R. *De nasjonale strateger*. Oslo: Pax 1998.
- Stortingforhandlingene* 1912, 7a: 1104–05.
- Stortingstidende* 15. mars 1915. Sak nr. 3. Innstilling fra næringskomite nr. 2 angående gager og lønninger samt alderstillæg for distriktslæger, stadslæger, stadsfysici m.f. (indst. S. nr. 74).
- Svalestuen AA. *Medisinalvesenets sentraladministrasjon 1809–1940*. Stensil, Riksarkivet 1988.
- Søbye E. Pionerarbeid om helse. *Dagbladet* 23. juni 2003.
- Sømme J. Den norske lægeforening som fagforening og dens forhold til sykekasserne. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1918; 38: 127–32.
- Østrem TD. Nyordningen i den sentrale medisinaladministrasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1941;61: 751–55.

## Om forfatteren

*Aina Schiøtz (f. 1947) er dr. philos. og professor i medisinsk historie ved Universitetet i Bergen. Hun har publisert en rekke bøker og artikler om framveksten av legeprofesjonen og norsk helsevesen. Utvalgte arbeider: Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984 (2003). Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Bind 2, Det offentlige helsevesens historie i Norge 1603–2003 (2003). Samfunnsmedisinen og legerollen. Nytt Norsk Tidsskrift (2001, nr. 2).*

*«Distriktslegen – en kulturell overgriper? Norsk helsevesen som kulturmøtearena». Heimen. Tidsskrift for lokalhistorie (2004, nr. 4). «Distriktslegens vekst og fall.» I: Lian O, Merok E. (red.). Mellom nostalgi og avantgarde – Distriktsmedisin i moderne tid. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2005.*

*Aina Schiøtz  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen  
Kalfarveien 31  
N-5018 Bergen  
55 58 85 05  
Aina.Schiøtz@isf.uib.no*

# Om distriktsleger og hvordan de hadde det

*Michael 2007;4:88–103.*

## **Sammendrag:**

*Med utgangspunkt i egen bakgrunn som offentlig lege (distriktslege og fylkeslege) og egne studier av etatens historie gjennomgår forfatteren hvordan det var å inneha en stilling som distriktslege, fra de økonomisk og faglig magre år rundt 1800, gjennom distriktslegevesenets historisk kanskje noe romantiserte vekstperiode rundt 1900, via glanstiden under helsedirektør Karl Evangs ledelse av det offentlige helsevesen, til avviklingen som kom som følge av endrede samfunnsforhold i 1980-årene.*

## **De første distriktslegene og deres levekår**

I et sirkulære i desember 1803 fra kanselliet i København ble amtmennene i Norge instruert om at landets leger årlig skulle avgi en «Medicinalindberetning». I denne beretningen var de forpliktet til å besvare en rekke spørsmål kanselliet (eller innenriksdepartementet) antok var viktige for å få informasjon om helsetilstand og helsevesen i riket. Et av disse spørsmålene handlet om helsepersonellets «Vilkaar» i vedkommende embetsdistrikt. Det var første gang overordnet helsemyndighet viste aktiv interesse for de offentlige legers livssituasjon, eller «hvordan de hadde det», og innvarslet derved en modernisert personalpolitikk. Den gang, som til dels også i dag, dreide det seg stort sett om lønninger, og det var alltid lønsmottakerne selv som måtte ta initiativet og søke Kongen direkte om lønnsforhøyelse. Man må også huske på at de første generasjoner distriktsleger i likhet med de fleste andre embetsmenn ikke kunne dra nytte av noen pensjonsordninger. Riktignok ble det opprettet en «Norsk Enkekasse» i 1814, men en pensjonskasse for statens tjenestemenn kom først i 1873.

## Økonomiske betingelser

I 1801 skrev amtsfysikus Christian Lintrup (1768-1844) (figur 1) i Hedemarkens amt til Kongen fordi han så seg

«med Bekymring nødsaget til, aller underdanigst at ansøge om Tillæg i min Gage, da denne samme, regnet med mine øvrige uvisse Fortiænester, ikke kan betrygge mig en Familie for Mangel»(1).

Slike henvendelser var ikke sjeldne og var en av de få veier embetsmennene kunne gå for å rette opp de relativt dårlige lønningene (figur 2). Det gjaldt i høy grad også de offentlige legene, som ble organisert i en etat sist på 1700-tallet (2).

Bønnebrevet fra Lintrup var konsist og velskrevet. Som de aller fleste av sine samtidige og kolleger universitetsutdannede embetsmenn var han latiner og var som dem preget av «det klassisistiske formideal og det rationalistiske livs-og samfunns-syn» (3).

Brevet var også innholdsrikt, og ga oss innsikt i en offentlig leges tanker om sin arbeidssituasjon og forhold til samfunnet rundt seg. I 1801 var det



Fig. 1: Amtsfysikus Christian Lintrup (1768-1844) med familie. Silhuett ca. 1801. Privat eie. (Foto: H.P. Schjønby)

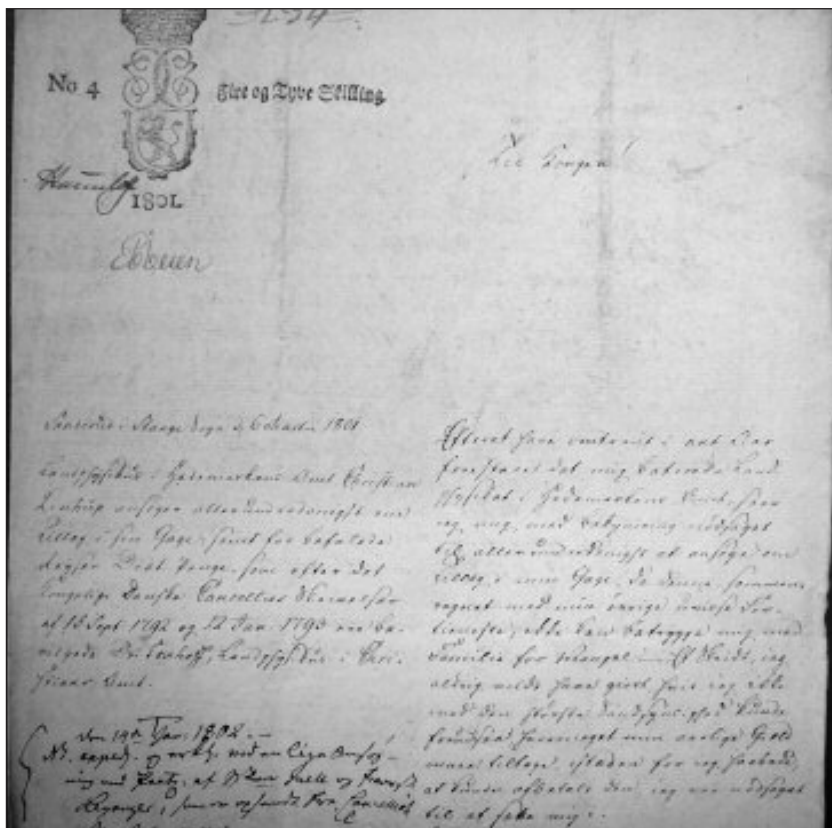


Fig. 2: Utsnitt av brev datert 6. mars 1801 fra amtsfysikus Lintrup til Kongen med forespørsel om lønnsøkning. Hamar, Statsarkivet i Hedmark og Oppland. (Foto: H.P. Schjønby)

epidemisk sykdom (dysenteri og tyfoidfeber) i Hedmark, særlig i sørfylket. Tidene var ikke gode, og Lintrup var eneste universitetsutdannende lege i embetsdistriktet, som altså omfattet hele amtet. Arbeidsbyrden var tung. Amtslegen dokumenterte at de årlige og nødvendige innkjøp til drift av gård og familie, og i tillegg til «Folkeløn», «beløber sig til en Summa, vel dobbelt saa stor som min Gage, og enda skal Gield afbetales..»

De fleste distriktslegene var bevisste på hvem de var og hva de representerte. De visste utmerket vel sin plass i datidens standssamfunn, og mange ga også klart uttrykk for dette i sine søknader om bedre lønnsforhold.

Lintrup fortalte videre om «de Besværligheder som mit Embede ..medfører, ikke (ere) ubetydelige ved forefaldende Embeds Rejser i dette vidtløftige District, hvis Længde er henimod 400 Miile», som da han nyelig

måtte reise til Odalen «i Anledning epidemisk Sygdom». Og han klaget også over at han hadde vanskeligheter med å få utbetalt diett penger på slike reiser i motsetning til sin kollega Eckhoff i Kristians amt.

Lintrup var ellers på linje med sine kolleger når han skrev at «Ogsaa træffer det ikke siælden, at jeg maae udgive Medicamenter til Fattige, som ikke have Evne til at betale», og han benyttet dette som argument for den utilfredsstillende lønnsituasjonen.

Amtsfysikus avsluttet sin søknad retorisk og i tidens stil:

«Andre Deres Kongelige Majestæts Embedsmænd have paa Grund af de nu dyrere Tider erhødet forhøyet Gage; dette giver mig Haab om at vente, og Dristighed til at anraabe Deres Majestæt om allernaadigst Bønhørelse».

Noe senere fikk Lintrup innvilget tillegg i lønnen på 40 riksdaler. Det hører med til historien at han ble en holden mann og etterlot seg en ikke ubetydelig formue (4).

### Distriktslegene forteller

Vi har også andre vitnesbyrd og utsagn fra våre første offentlige leger (5). I 1804 skrev for eksempel distriktskirurg i øvre Romerike, Jens Wahlbom (1760-1818) at

«Betreffende mine Vilkaar, der er foruden den mig allernaadigst forundte Gage meget lidet ved Praxis at fortiene, da den største Delen af de Syge ere fattige, hvor jeg som oftest maae give Hjælpemidler uden mindste Gotgjørelse, da den Nødlidende og Syge tillige, har naturlig Krav for mig og enhver at hielpe efter Ævne».

I 1815 (en periode med synkende pengeverdi og dyrtid) konstaterte distriktskirurg Christian Uchermann (1762-1844) (nylig dimittert som militærlege under krigen 1807-14) i Nordfjord følgende i sin medisinalmelding for 1814:

«Jeg har intet Jordbrug og min faste Løn som Districts Læge er 140 rd der næsten er min eneste Indtægt og neppe er tilstrækkelig til de fornødne Klæder, langt mindre til at ernære mig med en talrig Familie i en Tiid som denne». «..mine Vilkaar (ere) yderst trykkende, og efter at jeg har tient mit Fedreland i 30 Aar uden Selvroes, som virksom Læge, har jeg intet Levebrød».

Stadskirurg Samuel Hoffmann (1757-1822) i Kristiansund uttalte seg i samme retning i 1804:

«Mine Vilkaar ere paa 150 rd Løn foruden saare ubestemte Indkomster, da det beroer paa, hvor mange eller faae Kure jeg har at gjøre hos formuende Borgere; thi Almuen er her i Almindelighed saa fattig, at de neppe har til Livets Ophold».

## Lønningene

Lønnsforholdene for de offentlige legene var ikke gode sammenholdt med andre embetsmenn på den tiden. Både medisinalberetningene og særlig distriktslegenes øvrige offentlige korrespondanse vitner om at når det gjaldt «Vilkaar», var det først og fremst deres privatøkonomi det dreide seg om. Dette hadde nok til dels sammenheng med at helsevesenet slik det nå ble bygget opp, stort sett var nytt, og dets embetsmenn var nykomlinger i en krets som hadde dominert standen og vært enerådende i mange hundre år, nemlig teologene, juristene og offiserene. Til dels hadde det sammenheng med at det ble forventet av myndighetene at distriktslegene også skulle brødfø seg ved hjelp av inntekter fra privat praksis; et vel kjent prinsipp helt til distriktslegeordningen ble opphevet i 1984.

Historikeren Ståle Dyrvik har kalkulert embetsmennes inntekter i slutten av 1700-tallet. Det viste seg at de offentlige legers gjennomsnittsinntekt på ca. 200 riksdaler i året, omtrent tilsvarte inntekten til en tollbetjent eller en kapellan. Til sammenligning tjente en skolelærer 15-49 rd i året, og en daglønner mellom 10 og 30, mens amtmenn og generaler lå 5-10 ganger høyere enn en amtslege (6).

Som man vil forstå, var det nok ingen grunn til å ha særlig medynk med amtsfysikus Lintrup i Hedemarkens amt. Derimot var det ingen tvil om at kollegene i mer grisgrendte strøk, særlig vest- og nordpå, hadde langt vanskeligere levekår. Dette ble nok kjent, og det var ingen tilfældighet at Stortinget i 1824 vedtok det første distriktpolitiske virkemiddel i den offentlige helsetjenesten i Norge, nemlig høyere lønninger for de nyopprettede stillingene for offentlige leger i de nordligste fylkene (7). Også på departementshold ble det arbeidet videre med bedring av distriktslegenes kår. I 1832 ble således korpslege, senere professor Andreas Conradi (1807-1868) sendt til Nordfjord for å undersøke helsetilstanden og medisinalforholdene i fogderiet blant annet på bakgrunn av overnevnte distriktslege Uchermanns sykелighet og manglende arbeidsevne. Conradi hadde flere forslag i sin rapport, blant annet øket legedekning og høyere lønn (8).

## Levekårene og øvrige arbeidsforhold

Levekårene for mange av de offentlige legene var altså ikke alltid tilfredsstillende, og det hadde nok sammenheng med blant annet pasientgrunnlaget, fattigdom og manglende betalingsevne hos store deler av befolkningen. Distriktene var store, ofte tilsvarende fogderiene, og reisene var som nevnt lange. Det ble ikke noe bedre av at forholdet til de sentrale helsemyndigheter i departementets medisinalkontor var fjernt, sparsomt og ofte byråkratisk. Det skapte også vanskeligheter at for flertallet av befolkningen var



tilgjengelighet til utdannet lege noe nytt. Ikke minst var befolkningen sterkt konservativ og tradisjonsbundet, og når man samtidig måtte betale for legebesøk, var det ikke så underlig at det tok tid før distriktslegen ble brukt av befolkningen. Det er mange vitnesbyrd om dette i de samtidige medisinalberetningene (5). Den samme utviklingen så man for øvrig hos jordmødrene (9).

Peter Heiberg (1778-1849) ble utnevnt som distriktslege i Østerdalens distrikt i 1831, men måtte gi opp allerede året etter. Distriktet ble for omfattende og «Indtægterne for ringe». I et brev til amtmann Heidmann (1777-1850) i 1832, refererte han fra «sidste Post», der han har sett at «Districtslæge Bencke (1797-1832) i Drøbak er ved Døden afgaaet og saaledes Districtslægeembedet for Ager, Follo og nedre Rommerige er vacant». Han ba nå om permisjon for å se på dette distriktet, for som han skrev: «Gagen er større og Eenepraxis kan haves, for hiint» (1).

### **Andre inntektskilder**

Kost- og skyssgodtgjørelse var en viktig inntektskilde den gangen, og ble utbetalt når det var tale om offentlige oppdrag, slik som i tilfelle epidemisk sykdom.

Distriktslegene måtte være pinlig nøyaktige i avfattelsen av deres reiseregninger. Regningene måtte kontrolleres hos fogden, og de ble grundig revidert både av amtmannen og av «Revisionen» i Christiania. Det var heller ikke uvanlig at oppfatningsforskjeller om reiseregningene måtte avgjøres av departementet.

En annen inntektskilde var offentlig refusjon av medikamentutgifter distriktslegen hadde ved epidemier. Det var få apotek på denne tiden slik at legene måtte dispensere medisiner selv. For noen kunne det nok være fristende å være litt rause ved utfyllingen av slike regninger. En av disse var distriktslege Patroclus Hirsch (1815-1887) i midtre Sogn. Dette medførte at han faktisk ble fradømt sitt embete ved høyesterettsdom i 1865, og endte sitt yrkesliv som lege ved Senjens Nikkelverk (10).

Et annet eksempel i en litt annen gate berodde på myndighetenes sendrektighet med hensyn til utbetalingen av slike skyss- og diettregninger og forteller om at det ikke alltid var lett for distriktslegene å få endene til å møtes. Distriktslege Terkel Schultze (1795-1847) i Vinger og Odalen skrev i 1839 til amtmannen og purret på slik utbetaling, idet det var gått over to år siden reiseregningene ble innsendt. Han purret for n-te gang og måtte i sin fortvilelse nærmest true amtmannen med å klage til kongen:

«Dersom Deres Høyvelbaarenhed endnu ikke uagtet alle de forhen desangaende fremsatte Anmodninger, skulde finde det fornødent at opfylde mit ovennævnte fattige Forlangende, nødes jeg mod min Villie at indgaae til den Kongelige Regiering eller Hans Majestæt Kongen med underdanigst Foranstaltning i denne Anledning»(1).

Det var ikke småtterier det dreide seg om heller, 200 spesiedaler. Rundt 1840 var eksempelvis salgsverdien på en god hest 15 spesies.

### **Distriktslegevekst**

Det tok ikke mange ti-årene før distriktslegene var integrert i distriktene. I 1836 vedtok Stortinget en betydelig økning av antall stillinger, og utover 1800-tallet økte etterspørselen etter deres tjenester i tråd med velstandsutviklingen, de store naturvitenskapelige oppdagelser og den kunnskapsrevolusjon dette innebar.

Flere distriktsleger var også samfunnsbyggere gjennom sin aktive deltakelse i det kommunale liv etter at formannskapslovene fikk feste og kommunene etter hvert ble modernisert. I denne positivismens tid ble legene sammen med ingeniører og naturvitere lett idealisert. Kjente lederskikkelser fantes blant dem også, slike som Christopher Munthe (1816-1884) i Elverum, Thorvald Buchholz (1813-1887) på Hadeland og noe senere Andreas Wessel (1858-1940) i Sør-Varanger.

Aina Schiøtz har sin monografi om distriktslegeinstitusjonens historie også tatt for seg deres plass i den samtidige litteraturen (11). Særlig har hun pekt på at bildet av den heroiske og alltid hjelpende distriktslege sjelden ble gjenspeilet i datidens realistiske litteratur. Dette er en liten, men betydningsfull indikasjon på at det bør utvises forsiktighet ved å spikre fast det idealiserte bildet av «gammeldoktoren». Malerne på denne tiden, slike som Fritz Thaulow (1847-1906), Gerhard Munthe (1849-1929) og Jacob Gløersen (1852-1912) kunne også gi virkelighetsnære skildringer av legens rolle i datidens samfunn. Typisk var det for øvrig at disse kunstnerne ofte hadde en sykebesøksituasjon som motiv (fig 3). I dag er som kjent «sykebesøk» blitt et forhenværende begrep.

Realiteten var vel at flertallet av de offentlige legene da som senere var pliktoppfyllende slitere som utførte et anstendig arbeid i sine distrikter. De stilte opp, var gode folkeopplysere, skapte trygghet og gjorde ellers ikke så mye av seg utad. Mange av dem slet, ikke så få ble på sjøen, og mange døde unge etter å ha blitt smittet under utøvelsen av sin gjerning.

### **Samfunnssyn og holdninger**

Det lar seg ellers vanskelig dokumentere at distriktslegene som stand hadde et særlig liberalt samfunnssyn. De var nok som embetsfolk flest, seriøse i sin



*Fig. 3: Jacob Gløersen (1852-1912). Doktorbesøg (1885). Privat eie. (Foto: H.P. Schjønsby)*

yrkesutøvelse, litt selvhøytidelige, kanskje pompøse og sikre på sin autoritet. Ut fra deres medisinalmeldinger lar det seg vanskelig avlede at de var kjennetegnet ved et særlig humanistisk preget sinnelag, noe man kanskje skulle tro ut fra den ideologi man mente lå bak deres yrkesutøvelse. Embetsmenneskenes utpregede pliktfølelse og lojalitet overfor overordnet myndighet dannet bakgrunn for deres ofte uselviske virke, og i dette lå en tradisjonell paternalistisk holdning overfor pasientene. Distriktslegene var viktorianere, og – som samtiden for øvrig – moralistiske og ansvarspåleggende på individplan. Et eksempel på dette var distriktslege William Wille (1851-1915) i Rendalen som i sin medisinalmelding for 1896 rapporterte at: «..Arbeidernes Fattigdom skyldes væsentlig manglende Sans for al slags Økonomi og Kvinders Uduelighed til alle huslige Sysler..»(12).

## Distriktslegene hundre år senere

### Forutsetninger

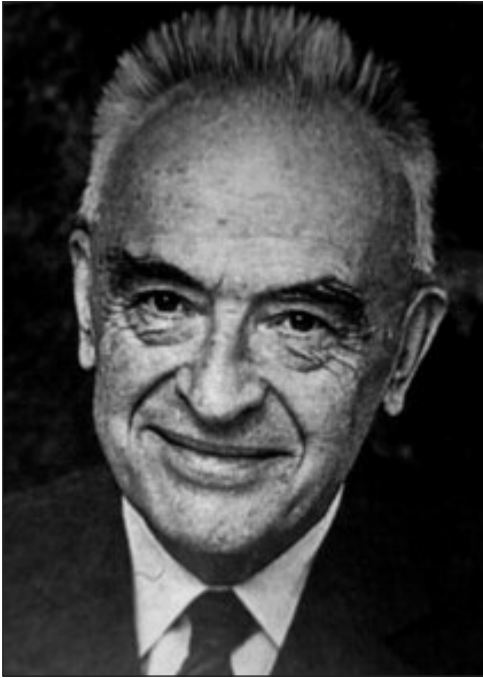
Den generasjonen distriktsleger som 100 år senere begynte sin virksomhet, altså i 1960-70 årene, var stort sett født mellom ca. 1930 og 1950. Det var den siste generasjon som kunne nyte en sen-viktoriansk oppdragelse. I all-fall var mange av våre foreldre ikke så lite preget av tidligere generasjoners «gravalvor og forherligelse av dyd, flid og arbeid» (13) samtidig som mange av dem nok kom under innflytelse av mellomkrigstidens borgerlige liberalisme.

Vi var ingen opprørere, dertil var vi for meget preget av vår bakgrunn og etterkrigstidens solidaritetstankegang. De fleste av oss hadde hatt en oppvekst i et trygt og beskyttet miljø, Gerhardsen og sosialdemokratiet styrte kongeriket på bakgrunn av felleserklæringen fra 1945, en ideologi det var liten uenighet om. Karl Evang (1902-1981) var en av tidens helter. Hans formidable innsats innenfor seksualhygiene og ernæringspolitikk og for de svake gruppene i samfunnet, appellerte til mange unge den gangen, og var uten tvil en av grunnene til våre senere yrkesvalg, til tross for at atskillige fedre og bestefedre skumlet om at Evang egentlig var kommunist og at hans besikkelse til helsedirektør var politisk betinget fordi han forbigikk mange og angivelig mer kvalifiserte søkere (figur 4).

Bakgrunnen for at man gikk inn i den offentlige legeetaten, er gjennomdrøftet av Schiøtz (11). Hun har vektlagt flere og sterkt varierende forhold; generell samfunnsinteresse, samfunnsfagernes fremmarsj og unge menneskers ønske om å bidra i samfunnsutviklingen, spenning og uavhengighet i forhold til den institusjonelle yrkesutøvelse, familietradisjon; økonomisk og sosial trygghet, bredt og ikke spesialistisk arbeidsfelt, nærkontakt med både individet og lokalsamfunnet. For de fleste av oss var sikkert flere av disse grunnene aktuelle.

### Inn i det evangske system

Fra begynnelsen av 1960-årene lå forholdene vel til rette for en karriere i det offentlige helsevesenet. Særlig på grunn av den økende sykehusutbyggingen var etterspørselen etter legenes arbeidskraft økende, og det ble vanskelig å få besatt distriktslegestillinger. Vi gikk inn i en etablert etat med tradisjoner langt tilbake i tiden. Den ble modernisert i slutten av tretti-årene i tråd med sosialdemokratiets grunnleggende tro på det historikeren Even Lange kaller «politikkens vitenskapeliggjøring» (14). Samfunnsforskeren Rune Slagstad (15) skapte begrepet «system Evang» og la i det fagstyringen av helsevesenet som det eneste saliggjørende for å løse landets



*Fig. 4: Karl Evang (1902-1981). (Fra Store norske leksikon. Oslo: Kunnskapsforlaget 2005.)*

helseproblemer etter krigen. «Det er lægene selv som overtar hovedansvaret for administrasjonen av egen etat og av de medisinske og hygieniske spørsmål i landet i bredere forstand» fastslo Evang under legeforeningens landsmøte høsten 1945. Systemet hadde aksept blant fagfolk – naturlig nok særlig hos leger og i legeforeningen.

Vi hadde heller ikke noe imot at inntektsforholdene var gode, og at man var sikret statlig pensjon.

### **Skurring**

Slike forutsetninger innga trygghet. Det skulle imidlertid ikke gå så lenge før man begynte å stille forsiktige spørsmål. Visst trivdes man, sammen og med pasientene, og man følte at man gjorde seg nyttig. Det var vanligvis god samhörighet og kollegialitet mellom distriktslegene, og det var som sikkert også tidligere, alltid noen å drøfte felles problemer med. Det var et slitsomt yrke, særlig når man også måtte vikariere i nabo-distriktet, men man opplevde også tilfredsstillelse i å ha ansvar overfor både enkeltpersoner og overfor kollektivet. Det var godt å være distriktslege; vi trivdes.

Men noe skurret, og det skyldtes nok til dels at vi var mer influert av den antiautoritære velferdsstatskritikken og miljøverntankegangen som kjen-

netegnet tiden enn vi var klar over (16). Det var flere forhold vi merket oss i vår yrkesutøvelse. I forhold til vår overordnede som distriktsleger, Helsedirektoratet, syntes det som om det kunne foreligge et manglende samsvar mellom de folkehelseproblemer slik vi observerte dem og slik de ble omtalt fra direktoratets side.

### **Nye tider, nye forutsetninger**

Forhold kunne tyde på at Helsedirektoratet nok var blitt hengende etter i samfunnsutviklingen. Eksempelvis var 1960 og -70 årenes sykdomspanorama sterkt preget av oppkomsten av sivilisasjonssykdommene, og ikke minst hjertekarsykdommene. I femårsperioden 1961-65 døde i snitt pr. år 11797 personer (327/100000) i Norge av sykdommer i sirkulasjonsorganene (17) og antallet økte. Dette var den hyppigste dødsårsaken. I 1900 anga legene at 6374 personer døde av tuberkulose (306/100000), som var den hyppigste årsaken den gangen (18). I «Meddelelsesblad for Helsedirektoratet», årgangene fra 1964 til 1972, hvori opptatt Helsedirektørens taler til de offentlige leger herunder distriktslegene, er hjerte/kar-sykdommer og de dramatiske endringer i folkesykdomspanoramaet omtrent ikke nevnt. Derimot ble det viet plass til blant annet polio, difteri og en rekke sosialmedisinske problemstillinger.

### **1970-årenes radikalisering og følgene for distriktslegevesenet**

Miljøverninteressen skapte miljøpolitikk rundt 1970, og Miljøverndepartementet ble opprettet. Det ble straks skapt et ekspertorgan (Statens forurensingstilsyn) med regionale funksjoner og et effektivt forskriftsverk. Noe tilsvarende skjedde med næringsmiddelkontrollen, som fikk sitt nye lovverk i 1978. Begge disse instanser var resultatet av behovet for moderniseringen av forvaltningen, og dette merket vi som distriktsleger og ordførere i de kommunale helse rådene. På landet var det tradisjonelt helse rådene – representert ved to-spannet distriktslege/helsesøster som hadde vært forurensingsmyndighet og også den instans som hadde søkt å effektivere næringsmiddelkontrollen. I forhold til den kompetanse som var nødvendig for å håndheve et helt nytt og tidsmessig regelverk, var det nå mindre plass til det nevnte to-spannet. Kompetansen holdt ikke, befolkningens økende etterspørsel etter distriktslegens kurative tjenester tok for mye tid, og ikke minst strakk helsevesenets lovverk og dets virkemidler ikke til. I en tale i møtet for fylkesleger og stadsfysici i 1969 tok Evang opp betydningen av økologisk tankegang når det gjaldt forurensingsproblemer, at helsemyndighetene burde spille en rolle, men «Helsemyndighetenes hjemmel til å gripe inn her er uklar og undertiden svak»(19). Det hadde Evang helt rett i.

## Impotent lovgivning

At sunnhetsloven av 1860 ikke var et tilstrekkelig godt instrument for å drive oppdatert folkehelsearbeid og omgivelseshygiene, ble raskt klart for oss, likesom det var det for generasjoner distriktsleger før oss (20). Evang innrømmet dette selv så tidlig som i 1948:

«vårt samfunn har imidlertid ikke sørget for at samtidig som lovgivningen ble bygget ut, å sikre effektive organer til å sette bestemmelsene ut i livet» (21).

Sunnhetsloven hadde altså intet opplegg for moderne implementering i et presist og påleggende forskriftsverk, slik for eksempel arbeidsmiljøloven har det i dag, og den hadde heller ikke et hensiktsmessig økonomisk fundament. Loven ga heller ikke muligheter for relevante sanksjoner. Resultatet var at et godt og praktisk folkehelsearbeid i distriktene ble avhengig av den enkelte distriktsleges personlige initiativ og egenskaper. Resultatet ble selvsagt en altfor ulik profil på helserådsarbeidet i de ulike kommuner. Dette ble for så vidt forutsagt av lovgiveren selv:

«Hovedelementet i Commissionerne maa imidlertid altid Lægen antages at ville blive, og paa hans større eller mindre Iver og Dygtighed vil derfor Sagens heldige Udfald bero» (22).

Og slik forble det helt til distriktslegeordningen opphørte i 1984.

## Pasientrettigheter

Det har vært uttalt at den medisinske paternalisme var en integrert del av Evangs velferdsstatsprosjekt (15). Også for oss som befant oss nederst på rangstigen i et slikt hierarkisk fagstyresystem – der pasientene til tider kunne umyndigjøres i kollektivets interesse og i den teknokratiske paternalismes navn – var det ikke alltid lett å svelge at pasientene i denne omskiftelige tiden ble tilkjent rettigheter. Og det skulle ta en tid før den utøvende helsetjenesten greide å ta dette til seg.

Ved en høyesterettsdom i 1977 fikk pasientene innsynsrett i sine egne journaler. Vedtaket var begrunnet i allmenne forvaltningsmessige premiser om informasjon og opplysninger om det enkelte individ i lys av rådende oppfatninger om enkeltmenneskers rettigheter. Dette var en skjellsettende bestemmelse for lege/pasient-forholdet, og den innvarslet en systematisering og videreføring av rettighetstankegangen i helsevesenet. Det er for øvrig interessant at denne prosessen foregikk uten helsevesenets initiativ eller medvirkning. Saken ble reist av en tannlege, og førstevoterende i Høyesterett var Elisabeth Schweigaard Selmer.

## Kommunene

Det var i kommunene vi levde og arbeidet. I de fleste kommuner hadde distriktslegene stelt med sitt og med helserådene uten at lokalpolitikerne brydde seg, perifere som helserådene jevnt over var blitt i lokalpolitikernes bevissthet. Til grunn for denne posisjonen lå nok også at helserådene var lite belastende for den kommunale økonomi

Etter hvert gjorde den nye og hierarkiopløsende tiden også sitt inntog på arbeidsstedene våre, og det var ikke lenger tilstrekkelig å vinne innpass på bakgrunn av status og tradisjon og derved akseptert posisjon.

Nå var det tilkommet flere distriktsleger som var svært aktive som helserådsordførere, spesielt når det gjaldt lokale forurensingsproblemer, slik som drikkevannsforurensing og avfallsproblemer. Noen av kollegene var så aktive at det fantes kommuner som skiftet ut mer anonyme helserådsmedlemmer med ordføreren eller formannskapsmedlemmer for å ta kontroll dersom det var fare at helserådet skulle komme til treffe kostnadskrevende vedtak, slik som nedlegging av søppelplasser og lignende. I en del kommuner, helst de litt større, var det igjen andre distriktsleger som på sin måte innså at den gamle måten å drive helseråds- og offentlig helsearbeide på, ikke lenger holdt mål. «Passivt ekspedisjonsorgan» var et uttrykk som ble brukt for helserådet så tidlig som i 1920-årene (20).

Det var ikke vanskelig for oss distriktsleger på denne tiden å observere at våre offentlige arbeidsfelt etter hvert ble innskrenket. Dette gjaldt også det forebyggende arbeid for mor og barn. Den nye helsestasjonsloven (1974) ansvarliggjorde helsesøstervirksomheten i langt større grad enn før, og distriktslegen inntok i realiteten mer en medisinsk rådgiverstilling, slik hennes lodd ble etter innføringen av kommunehelseloven i 1984.

Frem til 1980-årene hadde samfunnsradikaliseringen altså medført at desentralisering og politisering av fagområder, vektlegging av tverrfaglighet og oppkomsten av nye og godt organiserte faggrupper, hadde overtatt flere og flere biter av områder som i evangperioden var definert som tilhørende det offentlige helsevesenet.

Politiseringen av fagområdene, også av folkehelseproblemer har fortsatt, både sentralt og lokalt. I etterpåklokskapens lune halvmørke kunne vi vel ha forutsett det. Likevel følte en gammel og pensjonert distriktslege seg rådvill og ikke helt vel da han nylig festet seg ved et oppslag i hjemstedets lokalavis (23). Her fremgikk det at formannskapet hadde gått mot den lokale og rådgivende medisinske faglighet og derved også rådmannens innstilling, og bevilget over en halv million kroner til pneumokokkvaksine for 340 barn (fig 5).

Det var ikke dette vi hadde forventet da vi i sin tid arbeidet for å fornye det offentlige helsearbeid og etablerte samfunnsmedisinen. Man skulle i det



# Flertall for vaksine med Odd G. Dambuens støtte

Arbeiderpartiets Odd Gude Dambuens stemmegivning ble avgjørende for at barn født i 2004 og 2005 får tilbud om pneumokokkvaksinering.

Jan Rune Bakkelund 62 34 77 11  
jan.rune.bakkelund@ringsaker-blad.no

Det var Aina Bjerke, SV, tidligere Ap, som ba om at formannskapet måtte få en sak om pneumokokkvaksinering for 340 barn. Da saken kom til behandling onsdag var Bjerke fraværende. Når hun er borte fra formannskapet, betyr det at Ap får inn en varamann. Onsdag var det Odd Gude Dambuen som



Odd Gude Dambuen var eneste Ap-representant som støttet vedtaket om pneumokokkvaksine for barn født i 2004 og 2005. Lovise Skaug og tre Ap-representanter utgjorde mindretallet sammen med Høyres Odd-Hermann R. Børke. (Foto: Jan Rune Bakkelund).

var Bjerkes varamann. At Dambuen som eneste Ap-representant støttet vaksineforslaget, gjorde at flertallet vant stemmegivningen seks mot fem. Flertallet besto for øvrig av to SV-ere,

to fra Senterpartiet og en fra Frp.

Vaksinen koster kommunen 560.000 kroner.

Fig. 5: Ringsaker Blad, Moelv, 9.desember 2006. (23) (Foto: H.P. Schjønsby)

minste ha ønsket seg en bedre balanse mellom politikk og fag, og for å sikre en tidligere helseminister, at man spilte mer på samme lag.

## Distriktslegene og legeföreningen

For distriktslegenes yrkesorganisasjon – Offentlige Legers Landsforening (OLL) – var det i slutten av 1960 årene blitt ganske klart at systemet var blitt tilstivnet og trengte forandring i tråd med samfunnsutviklingen. Dette medførte et bevisst arbeid fra foreningens side om å styrke de offentlige legers kompetanse. Legeföreningen på sin side prioriterte modernisert allmennlegeutdannelse, men påbegynte arbeidet med spesialitet for oss distriktsleger i slutten av 1970-årene. I 1984 ble spesialiteten samfunnsmedisin vedtatt, ironisk nok samtidig med at distriktslegeordningen opphørte.

Mange av de yngre distriktslegene var opposisjonelle i forhold til legeföreningens offisielle politikk. Dette gjaldt særlig kretsen rundt «Utpos-

ten», et månedsskrift for primærhelsetjenesten, opprettet av tre unge og systemkritiske distriktsleger på nord-vestlandet (Tore Birger Rud, Harald Siem, Per Wium). OLL gikk flere ganger ut med oppfatninger om helsevesenets struktur, innhold, og ikke minst avlønningsformer som ikke samsvarte med moderforeningens. Ikke minst var det uenighet om viktige prinsipielle forhold som den fremtidige kommunehelsetjenestes organisering og ledelse. Konfrontasjonene fant sted gjennom lengre tid, de var ikke alltid behagelige og det kunne oppstå sår. Det var på mange måter en idékamp mellom periferi og sentrum, mellom de institusjonelle og de distriktplasserte leger, de konservative kontra de liberale i et laug; det var et bilde på hvordan den postindustrielle periode og samfunnsradikaliseringen i 60-70 årene fikk sitt uttrykk i legeföreningens virksomhet på denne tiden.

### **Avslutningen**

Distriktslegeordningen ble opphevet i 1984. I praksis hadde den da vært i virksomhet i om lag to hundre år.

I lys av den politiske utvikling som fant sted fra 1960-årene eksemplifisert blant annet ved den nye kommuneloven av 1992 og dens sterke presisering av kommunen som selvstendig politisk enhet, hadde distriktslegesystemet overlevd seg selv.

Medvirkende var også at folkesykdommene og truslene mot folkehelsen ikke lenger var utelukkende medisinsk betinget. Infeksjonssykdommer, slik som tuberkulose, ble avløst av sivilisasjons- og livsstilsykdommer. De er som oftest miljøbetingede og menneskeskapte og trenger følgelig andre forebyggelsesstrategier og behandlingsmetoder. Ikke minst har folkesykdommene også skapt behov for større tverrfaglig kompetanse og innsats. Like viktig var politisk ansvarskjennelse og plassering.

Det var slitsomt og ansvarstyngende å være distriktslege. Men det var likevel en bra tid. Artikkelforfatteren var selv i etaten da det stormet. Det lå dynamikk og forandringer i luften, mens mange av premissene for vårt arbeid ble gitt av et samfunn i forandring. Man fikk brukt seg selv, og det hendte også at man fikk en og annen positiv tilbakemelding. Det var fint å tilhøre en etat med en historie og viktig tradisjon bak seg, en etat som i mesteparten av sin virketid gjorde nyttig arbeid for folk enten det var på individ- eller gruppeplanet.

Det var det viktigste.

## Litteratur

1. *Brev fra leger 1789-1839*. Fylkesmannsarkivet. Boks 748. Hamar: Statsarkivet i Hedmark og Oppland.
2. Moseng OG. Formingen av et helsevesen. I: Schiøtz A. (red.) *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Bd.1. Oslo: Universitetsforlaget, 2003:165-313.
3. Schnitler CW. *Slegten fra 1814*. Kristiania: Aschehoug, 1911.
4. *Skifteprotokol for Sør-Østerdal 1844-1851*. Hamar: Statsarkivet i Hedmark og Oppland.
5. *Sundhedscollegiet 1809-1815*. Plk.15-18. Oslo: Riksarkivet.
6. Dyrvik S. Embetsstanden. I: Mykland K. (red.) *Norges Historie*. Bd.8. Oslo: J.W.Cap-pelens forlag, 1978: 310-334.
7. Hodne F. Social overhead capital and the government. I: *An economic history of Norway 1815-1970*. Trondheim: Tapir, 1975: 190-229.
8. Schiøtz A. Forebygge, pleie og kurere: Helseprofesjonene vokser fram. I: Schiøtz A. (red.) *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Bd.2. Oslo: Universitetsforlaget, 2003: 123-171.
9. Kjørheim K. *Mellom kloke koner og kvitklede menn*. Oslo: Det Norske Samlaget, 1987.
10. Sager, paakjendte i Høiesterets 1ste Session 1864. *Norsk Retstidende* 1864;15: 225-228.
11. Schiøtz A. *Distriktslegen – institusjonen som forsvant*. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag og Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 2000.
12. Norges offisielle Statistikk. Beretning om Sundhedstilstanden i Norge 1896. Kristiania: Direktøren for det civile Medicinalvæsen, 1898:74.
13. Blikrud L. Dikterens fremtidsdrøm. I: Vitenskapens utfordringer 1850-1920. *Norsk Idéhistorie* Bd.4. Oslo: Aschehoug, 2001: 257.
14. Lange E. Nye krefter slipper til. I: Helle, K. (red.) *Aschehougs Norgeshistorie*. Bd.11. Oslo: Aschehoug, 1998:19.
15. Slagstad R. Systemet Evang. I: *De nasjonale strateger*. Oslo: Pax, 1998: 309-318.
16. Benum E. Det radikale oppbruddet. I: *Aschehougs Norgeshistorie*. Bd.12. Oslo: Aschehoug 1998: 28-49.
17. *Historisk statistikk 1968*. Oslo, Statistisk sentralbyrå, 1969.
18. *Norges offisielle Statistikk. Beretning om Sundhedstilstanden i Norge 1900*. Kristiania: direktøren for det civile Medicinalvæsen 1902: 52.
19. Evang K. *Meddelelsesblad for Helsedirektoratet*. 1969; desember:3-15.
20. Gierløff C. *Liv og død i Norge*. Oslo: Gyldendal, 1935: 536
21. Evang K. *Meddelelsesblad for Helsedirektoratet* 1948, 2:1-3.
22. Ot.prop.nr.24/1860. *Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storting betref-fende Udfærdigelse af en Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme*. Christiania: Departementet for det Indre, 1860.
23. Ringsaker Blad, 9.desember 2006.

## Om forfatteren

*Hans Petter Schjønby (f. 1936) er tidligere fylkeslege i Hedmark.*

# Tilsyn med risikoperspektiv

*Michael 2007;4:104–110.*

## **Sammendrag**

*Risiko kan beskrives fra ulike perspektiver. Det er ikke gitt at den forståelsen av risiko som er vanlig innenfor medisinsk arbeid, uten videre lar seg overføre til tilsyn med medisinske virksomheter. I tilsynsarbeidet må man legge vekt på risiko knyttet til arbeidsprosessene, ikke bare det risikobildet man får ved å se på resultatene. Risiko må også veies opp mot andre verdier som står på spill. Statens helsetilsyn har i prioriteringen av sin tilsynsvirksomhet lagt stor vekt på risiko i form av sannsynlighet for og konsekvens av svikt, i tillegg til avveininger av forhold knyttet til rettssikkerhet og menneskers evne til å ivareta egne interesser.*

## **Risiko – et problematisk begrep**

Fra Bibelen kjenner vi fortellingen om Lot som var i Sodoma da han fikk besøk av to engler med beskjed om at byen og landet omkring skulle ødelegges. Forhåndsvarslet gikk videre ut på at han kunne berge seg og sin familie ved å flykte fra byen, og aldri se seg tilbake. Han så gjorde. Men kona hans så seg tilbake da landet ble ødelagt av svovel og ild. Da ble hun til en saltstein (1).

La dette være et eksempel på et deterministisk livsperspektiv. Det kan karakteriseres med utsagnet: *Hvis A, så B: Hvis du forlater byen uten å se deg tilbake, så skal du berge deg.* Implisitt ligger det en trussel om at hvis du ser deg tilbake, vil noe vondt skje. Usikkerheten i denne fortellingen er ikke knyttet til *om* noe negativt vil skje, men til *hva* som eventuelt vil skje. Dette livsperspektivet er trolig ganske nært for de fleste av oss, både i privatlivet og i yrkesmessige sammenhenger. Tradisjoner, tabuer, allmenne normer og ikke minst egne erfaringer danner grunnlaget for en mer eller mindre eksplisitt forståelse av hva som er mulig og hva som ikke er mulig i ulike sammenhenger. Ved å anta at det foreligger visshet om sammenhengen

mellom en spesifikk årsak eller konkret situasjon, og et mer eller mindre uspesifikt sett av negative virkninger, makter de fleste av oss å navigere både fysisk og sosialt i et ganske komplekst system bestående av andre mennesker, tekniske innretninger og naturlige elementer. Denne empirisk baserte visshetsantagelsen gjør at vi i det daglige ikke behøver å benytte særlig mye av vår kognitive eller emosjonelle kapasitet til å foreta risikovurderinger.

Men denne ganske så effektive overlevelsesalgoritmen har sine klare begrensninger. Kunnskap fra epidemiologisk forskning kan få lov til å illustrere det. Det er ikke mulig å si: *Hvis du unnlater å røyke, så skal du få leve lenger*. Utsagnet blir derimot mer i samsvar med gjeldende kunnskap dersom vi innfører adverbet *kanskje* eller til og med *sannsynligvis* i siste leddet av perioden. Da har vi brått forlatt det deterministiske perspektivet og beveget oss over i et *stokastisk* livsperspektiv. Utsagnet får da formen: *Hvis A, så B med større eller mindre sannsynlighet*. Vi legger da til grunn at det ikke er visshet, men derimot uvisshet knyttet til utfallet. På populasjonsnivå kan dette kvantifiseres i form av et tallmessig uttrykk for sannsynlighet. Men for det enkelte individ eller for den enkelte beslutning blir dette problematisk. Når man en gang i framtida vet resultatet, vil det være ja eller nei, 0 eller 1, syk eller frisk osv.

I det deterministiske perspektivet vil en god beslutning gi et godt resultat, mens i det stokastiske perspektivet så vil en god beslutning ikke nødvendigvis gi et godt resultat. Paradoksalt nok kan en god beslutning ende ut med et negativt resultat, rett og slett fordi det var en god beslutning! La oss benytte et eksempel.

Etter de første hektiske «barneukene» for den blåøyde, langhårete, hvite katten Trulli, ble det klart at hun var døv. Matmor sto da ovenfor en etisk utfordring som krevde en risikoavveining. Skulle Trulli forbli en inne katt og dermed få minimalisert sannsynligheten for ulykkesdød i trafikken? Eller skulle Trulli få leve et fullverdig katteliv og daglig bevege seg utendørs? Matmor erkjente at det deterministiske perspektivet tilsa at *hvis Trulli blir inne katt, får hun et langt liv*. Det stokastiske perspektivet tilsa derimot at *hvis Trulli får ha et uteliv, kan det innebære ulykkesdød*. Matmor hadde ingen empiriske data på dødstrusselen ved et aktivt uteliv for en døv katt, så verdimeslige antagelser om kattens glede ved å få leve et fullverdig katteliv med en passe dose uteliv ble avgjørende for beslutningen. Gitt de foreliggende opplysningene var dette trolig en god beslutning. Relevante forhold var belyst, og alle tilgjengelige data ble brukt. Verdimeslige betraktninger ble avgjørende. Men resultatet ble likevel sørgelig. Etter noen aktive sommer måneder i full blomst som katt, ble hun drept av en bil som hun ikke hørte komme. Den gode beslutningen fikk et negativt resultat.

Risiko i dette perspektivet kan gjerne defineres som kombinasjonen av mulige konsekvenser (utfall) og tilhørende usikkerhet (2). For så vidt kan en si at risiko i dette perspektivet handler om usikkerhet om framtida, i praksis gjerne med vektlegging av utfall som oppleves som negative.

Den nevnte tilnærmingen til risiko atskiller seg noe fra den tilnærmingen som er vanlig innenfor medisinen (3). Innenfor medisin og epidemiologi kan det hevdes at man har lagt vekt på risiko som en beskrivelse av observerte egenskaper ved en populasjon eller et system, gjerne inn mot kausalitets- og effektvurderinger. Som kunnskapsmessig grunnlag for beslutninger innenfor forebyggende arbeid og klinisk praksis, er denne tilnærmingen av stor betydning. Men den har sin begrensning ved vurderingen av om handlinger utført i en konkret situasjon har vært faglig forsvarlig, eller om en gitt virksomhet er i stand til å yte forsvarlige tjenester. Det vil regelmessig være slik at andre forhold knyttet til den enkelte pasienten, geografi, etikk, politiske preferanser, økonomi, juss m.v. vil påvirke beslutningene slik at gyldigheten av den medisinske og epidemiologiske kunnskapen ikke blir maksimal i den konkrete situasjonen.

Dette er for øvrig forhold som er godt kjent fra debattene omkring evidensbasert medisin og medisinsk metodevurdering som beslutningsgrunnlag i klinisk arbeid (4).

### **Sårbarhet og risiko avveid mot andre hensyn**

Det er typisk for det stokastiske perspektivet at man ofte ikke bare må ta hensyn til årsak-virkning-forhold, men også til et sammensatt bilde av uavhengige og avhengige variabler. Risikoen i form av sannsynlighet for og konsekvens av uønskete hendelser må balanseres opp mot andre verdier som står på spill.

Fra allmenn risikoteori kan begrepet *sårbarhet* være til hjelp her. Sårbarhet kan oppfattes som kombinasjonen av mulige konsekvenser og usikkerhet, gitt at systemet utsettes for en initierende hendelse (2).

Det betyr i praksis at det systemet eller fenomenet som undersøkes må vurderes ikke bare ut fra en ideell situasjon, men også ut fra situasjoner der forholdene blir satt under press, kapasitetsmessig eller kompetansemessig. En del av den samlede risikovurderingen blir derfor å gjøre seg opp en mening om hvorvidt systemet er designet slik at det kan svare på de forventningene til ytelse som med rimelighet kan forventes.

En risikovurdering av et helsetjenestesystem må derfor både omfatte forhold knyttet til de interne prosessene som blir iverksatt innenfor systemet, og de ytre forhold som dette systemet skal kunne betjene. Ut fra dette er det nærliggende å hevde at det i et stokastisk risikoperspektiv er en nær



*Den så sørgelig avdøde katten Trulli (Foto: T. Undheim)*

sammenheng mellom faglig forsvarlighet innenfor den enkelte virksomhet og overordnet eiers «sørge for»-ansvar, for eksempel slik dette er formulert i spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a og kommunehelsetjenestelovens § 1-1.

Videre er det slik at en rekke forhold er antatt å være av så grunnleggende karakter at de ikke skal underlegges stokastiske vurderinger. Det kan være forhold som taushetsplikt, dokumentasjonsplikt, kvalifikasjonskrav m.v. Der kan man for så vidt si at lovgiver har antatt et deterministisk perspektiv, jf. tekstens innledning. Det er ikke irrelevant å trekke sammenligninger mellom et stokastisk risikoperspektiv og en konsekvensetisk tilnærming, samt mellom et deterministisk perspektiv og en pliktetisk tilnærming, uten at dette skal analyseres nærmere her.

### **Statens helsetilsyns praksis**

I likhet med alle andre statlige tilsynsorganer er Statens helsetilsyn de senere årene i økende grad blitt avkrevd å drive et risikobasert tilsyn (5). Det legges dessuten til grunn at alle statsetater skal utføre risikovurderinger

knyttet til sine egne aktiviteter (6). Kompetanse innenfor risikovurderinger er således i alle fall av betydning for Statens helsetilsyn i forbindelse med disse aktivitetene:

- Prioritering av tilsynsarbeidet i forhold til utvelgelse av tema og virksomheter.
- Utforming og gjennomføring av det enkelte tilsynsoppdraget.
- Vurdering av risikohåndteringen hos de virksomhetene man fører tilsyn med.
- Vurdering av egen tilsynsvirksomhet, herunder evne til å nå fastsatte mål i tilsynsarbeidet.

I strategiplanen for Statens helsetilsyn for årene 2004 – 2006 ble det lagt opp til å styrke tilsynet gjennom systematisk bruk av risikoinformasjon (7). Et av tiltakene for å oppnå dette, har vært at det i forbindelse med utvelgelsen av områder for landsomfattende tilsyn det etterfølgende året er blitt oppsatt førende kriterier for prioriteringsprosessen. Det vil være galt å si at disse kriteriene har hatt full gjennomslagskraft ved den endelige prioriteringen, men erfaringen har vært at de har medvirket til å holde fokus på risiko gjennom utvelgelsesprosessen. De fire kriteriene som er benyttet kan beskrives slik:

- Høy sannsynlighet for svikt i tjenesteytingen.
- Alvorlig konsekvens av svikt i tjenesteytingen.
- Viktige rettssikkerhetsgarantier står på spill.
- Tjenestemottakeren er i en særlig sårbar situasjon eller ikke i stand til å ivareta sine egne interesser.

De to første kriteriene kan sies å bygge på et stokastisk perspektiv, mens de to siste nok drar mer i retning av et deterministisk perspektiv. Dette gjør at det vanskelig kan sies at tilsynet fullt ut blir risikobasert. Mer korrekt er det sannsynligvis å si at Statens helsetilsyn legger til grunn at tilsynet skal drives *risikoinformert*, ved at risikoinformasjon rutinemessig skal benyttes ved utvelgelse av områder for tilsyn og ved gjennomføringen av arbeidet.

I en erkjennelse av at Statens helsetilsyn ennå har behov for å utvikle metodene for å arbeide med risikobetraktninger, og fordi begrepsapparatet på dette området er flertydig, er utviklingsarbeid knyttet til risiko videreført i den nye strategiplanen for 2007- 2009 (8).



## Hvorfor arbeide med risikoforståelse?

Arbeid med å utvikle teori og praksis knyttet til risikoforståelse og risiko-håndtering har selvsagt flere jordnære, pragmatiske formål. For tilsynet handler det om å finne fram til de tilsynsaktivitetene der vi kan gjøre mest nytte ved bruk av våre tildelte ressurser. For tjenesteyterne handler det om å redusere sannsynlighet for og konsekvenser av svikt i tjenesteytingen.

Men dette arbeidet har også et mer overordnet formål. Vi lever i en tidsalder der de fleste av oss liker å ta selvstendige valg, og å få lov til å gjøre saker vi selv setter stor pris på. Men vi lever også i en tid der vi samtidig forventer at kollektivet skal tre inn med hjelp når vi har «hatt uflaks». Litt grovt kan dette uttrykkes som at vi elsker risiko, men aksepterer ikke å trekke det korteste strået.

Sosiologen Anthony Giddens har gjort noen betraktninger omkring dette. Han beskriver noe han kaller *fateful moments* (9). Dette er øyeblikk i et menneskes eller en organisasjons liv der mye står på spill ved at utfallet er usikkert og helt eller delvis avhengig av kloke beslutninger. De som mestrer slike situasjoner er i følge ham vinnere i livets spill. De som ikke mestrer slike situasjoner, vil i det lange løp tape. Men enda mer interessant er det kanskje at de som ser på enhver situasjon og beslutning som et *fateful moment*, i det lange løp sliter seg ut og sløser med sine ressurser.

Denne siste betraktningen er av vesentlig betydning for både tjenesteytere og tilsyn innenfor sosial- og helsesektoren. Ropet etter uendelig sikkerhet er stort, mulighetene for å svare på dette ropet er ikke til stede. Utfordringen både for tjenesteytere og tilsyn blir da å ha gode prosesser for å identifisere og analysere *fateful moments*. Den faglige forsvarligheten og oppfyllelsen av sørge-for-ansvaret hviler nettopp på at man har slike prosesser.

Det er vurderingen av dette som er kjernetema for tilsynet, både ved behandlingen av saker knyttet til svikt i tjenesteytingen og ved gjennomføringen av planlagte tilsyn.

## Litteratur

1. *Bibelen*. 1 Mos 19, 26.
2. Aven T. *Risikostyring*. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
3. Thelle DS. Risikobegrepet i medisin og epidemiologi. I: Thelle DS m.fl. (red). *På den usikre siden. Risiko som forestilling, atferd og rettesnor*. Oslo: Cappelen akademisk forlag, 2001.
4. Bjørndal A (red). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.
5. St. meld. nr. 17 (2002-2003). *Om statlige tilsyn*. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 2003.

6. Gobel BN (prosjektleder). *Risikostyring i staten. Håndtering av risiko i mål- og resultatstyringen*. Oslo: Senter for statlig økonomistyring, 2005.
7. *Strategiplan for tilsyn med sosial og helsetjenestene 2004-2006*. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.
8. *Strategiplan for klagebehandling og tilsyn med sosial- og helsetjenestene 2007-2009*. Oslo: Statens helsetilsyn, 2006.
9. Giddens A. *Modernity and self-identity*. Stanford: Stanford University Press, 1991.

*Lars E. Hanssen*  
*direktør, Statens helsetilsyn*  
*e-post: lha@helsetilsynet.no*

*Geir Sverre Braut*  
*ass. direktør, Statens helsetilsyn*  
*e-post: gsb@helsetilsynet.no*

## **Om forfatterne**

*Lars E. Hanssen (f. 1949) har vært direktør (tidl. helsedirektør) for Statens helsetilsyn siden 2001. Fra 1994 var han assisterende helsedirektør. Han er professor II i medisin ved Universitetet i Bergen. Tidligere har han vært sjeflege ved Rikshospitalet og professor i medisin ved Universitetet i Oslo. Han er spesialist i indremedisin, gastroenterologi og endokrinologi.*

*Geir Sverre Braut (f. 1955) har vært assisterende direktør i Statens helsetilsyn siden 2002. Han er førstelektor II i helse- og sikkerhetsfag ved Høgskolen Stord/Haugesund. Fra 1994 til 2001 var han fylkeslege i Rogaland. Han er spesialist i samfunnsmedisin.*

# Historia om fylkeslegen – ei soge i fem akter

*Michael 2007;4:111–5.*

## **Samandrag**

*Den norske fylkeslegeordninga er meir enn 115 år gammal. Oppgåver, verkefelt, arbeidsmåte og organisasjon har fleire gonger blitt drastisk endra. Fylkeslegane er stadig aktive aktorar i helse-Noreg, og det kan trekkast parallellar mellom amtslegerolla på 1890-talet og fylkeslegen sine utfordringar anno 2007. Denne artikkelen rissar med grove strekar opp utviklinga frå 1891 fram til i dag, med vekt på dei siste 60 åra. Forfattaren tar utgangspunkt i den delen av landet han kjenner best; tidlegare Lister og Mandals amt, frå 1919 betre kjent som Vest-Agder fylke.*

## **Første akt – ansvar for fattige sinnsjuke**

Fylkeslege-soga startar med utspring i psykiatrien. I 1891 fekk landet vårt ein tilleggslov til sinnsjukeloven frå 1848(1). I kvart amt skulle det utpeikast ein lege med oppgåver knytt til særskilt behandling og forpleiing av fattige sinnsjuke. Den første amtslegen i Lister og Mandal var Thorvald Kraft (1842-1907), som hadde amtslegeoppgåvene som bijobb til stilling som sanitetslege. Fram til 1896 var han også bedriftslege ved Hunsfoss fabrikk (2).

## **Andre akt – embetsperson med omfattande mandat**

I 1912 kom loven om «offentlige lægeforretninger». Den gav eit heilt nytt innhald i rolla som amtslege. Han skulle ikkje lengre vere knytta spesielt til omsorg for psykisk sjuke, men til heile spektret av helseforhold og helsevesen. Amtslegen blei utnemnd som embetsmann, og i følgje amtslegeinstruksen av 1914 skulle han føre «det overordnede tilsyn med amtets medicinal- og sundhedsvesen» og vere «de i amtet ansatte stadslægers og distriktslægers nærmeste foresatte».

Loven forutsette at amtslegeembetet blei tillagt ein av distrikts- eller stadslegane i fylket, og heilt fram til etterkrigstida blei fylkeslegeoppgåva utøvd på deltid.

### **Tredje akt – frå deltidstilling til organisasjon**

Under Evang-epoken i norsk helseteneste (Karl Evang (1902-1981), helse- direktør 1938-1972) blei fylkeslegeposisjonen utbygd og styrka. Embetet blei den fylkesvise krumtappen i ein sterk, statleg, hierarkisk, fagleg-administrativ akse frå helsedirektøren sentralt til distriktslegen ute i det enkelte legedistriktet. Men først i 1957 fekk Buskerud som siste fylke fylkeslege på heiltid (3).

I 1953 blei distriktslege Knut Litlehé i Oddernes utnemnd som første fulltids fylkeslege i Vest-Agder, attpåtil med kontorassistent. Han hadde da hatt vervet som bijobb sia 1945.

Fylkeslegen blei tillagt ei rekke ny oppgåver. Han skulle vere rådgivar, ikkje berre for fylkesmannen, men også for fylkestinget og sjukehusutvalet i fylket. Etter lov om helsemessig beredskap frå 1955 var fylkeslegen formann i helseberedskapsnemnda for fylket. Fylkeslegen i Vest-Agder var i tillegg ein av fem landsdelsberedskapslegar.

Tilsetting av fylkeshelsesøster (seinare fylkessjukepleiar) og etter kvart assisterande fylkessjukepleiar innebar styrking av oppgåver knytta til forebyggjande helsearbeid, seinare også heimesjukepleietenesta i kommunane. Frå 1958 kom det stilling som fylkespsykiater i fleire fylke.

Lov om attføring og uføretrygd frå 1961 og iverksetting av folketrygdloven i 1967 innebar ein ny epoke. Fylkeslegen skulle vere medlem (evt. formann) i den fylkesnemnda som behandla saker om trygdeytningar ved sjukdom, skade og lyte. Det medførte at sosionomar og ein «assisterande fylkeslege for sosialmedisinsk sektor» blei del av staben.

Som resultat av aukande rettsleggjering av helsetenesta og nye krav til saksbehandling innan offentleg forvaltning gjorde juristane på 1970-talet sitt inntog, i første omgang som kontorsjefar for fylkeslegane.

På tretti år, fram til første del av 1980-talet, vaks staben ved fylkeslegekontoret i Vest-Agder – som i landssamanheng var ei lita eining – til 15 personar: Tre legar, to sjukepleiarar, fire sosionomar, ein ingeniør, ein jurist og fire personar med merkantile oppgåver. (Fylkeslegane i Vest-Agder opp gjennom tida: Sjå tabell 1.)

### **Fjerde akt – farvel til distriktslegevesenet – tilsynsrolla på frammarsj**

Da kommunehelsetenesteloven blei sett i kraft i 1984, blei distrikts- og stadslegane kommunale tenestemenn og mista den administrative tilknyttinga til fylkeslegen. Loven om offentleg legevesen blei oppheva. Fylkeslegane sine oppgåver blei forankra i den nye helsetilsynsloven (4). Administrativt var dei underlagt Helsedirektoratet, som i 1983 blei skilt ut frå

Tabell 1: Eit døme på innehavarar av fylkeslege-embetet i eit fylke:  
 Amts- og fylkeslegar i Vest-Agder

<i>Utnemnt etter lov om sinnssyge av 27.06.1891</i>	
Thorvald Kraft (1842-1907)	1892–1907
Simon Gundersen Abusdal (1866–1951)	1908–1916
<i>Utnemnt etter lov om offentlig legevesen av 26.07.1912</i>	
Ernst Haakon Jahr (1863–1927)	1916–1927
Ole Walaas Selvaag (1870–1930)	1928–1930
Carl Christian Wirschmann (1875-1962)	1931–1942
John Mauritz Ragnvald Aasen (1893-1970)	1942–1945
Knut Litleré (1895-1965)	1945–1964,
heildagsstilling frå	1953
Carl Viggo Lange (1904-1999)	1964–1974
Per Sodeland (1921-)	1974–1991
<i>Utnemnt etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30.03.84</i>	
Kristian Hagestad (1946-)	1991–

Sosialdepartementet som frittstående fagdirektorat, men fylkeslegane blei også tillagte oppgåver direkte frå Departementet.

Etter helsetilsynsloven skal fylkeslegen føre *tilsyn* med alt helsepersonell og alt helsevesen i fylket – både offentlege og private tenester – og på offentleg side både kommunale, fylkeskommunale og statlege tenestetilbod. Etter at Helsedirektoratet frå 1994 blei omdanna til Statens helsetilsyn, blei tilsynsrolla til fylkeslegane nærare utvikla og definert i tre kategoriar, som framleis er gjeldande:

- Planlagte tilsyn med utvalte verksemdar, i hovudsak baserte på systemrevisjonsmetodikk, for å sjå om drifta skjer i samsvar med krav i lover og forskrifter.
- Hendingbaserte tilsynssaker baserte på informasjon om enkelthendingar; etter klage frå pasient eller pårørande, oppslag i massemedia, eller opplysningar framkomne på anna vis. Hensikta er å sikre kvalitet i tenestene, at helsetenesta arbeider i samsvar med regelverket og god fagleg praksis. I alvorlege tilfelle av svikt hos helsepersonell kan saka bli sendt til Statens helsetilsyn for vurdering av formell reaksjon; advarsel, tap av autorisasjon eller spesialistgodkjenning, eller tap av rett til å forskrive vanedannande legemiddel (gruppe A og B). Nært knytta til hendingbasert tilsyn er klagesaker vedr. pasientrettar.

- Overordna fagleg tilsyn, etter kvart kalt områdeovervaking, som inneber å halde løpande oversikt over situasjonen og utviklingstrekk i helsetenesta og helsetilstanden i fylket. Delar av slik informasjon blir presentert i den årlege medisinalmeldinga.

Parallelt med utviklinga av tilsynsoppgåvene har fylkeslegane ivaretatt og vidareutbygd oppgåver med formidling av nasjonal helsepolitikk gjennom *rådgiving og pådriving* ovafor helsepersonell, politikarar, kommunal administrasjon, statlege organ og massemedia. Som ledd i dette blei fylkeslegane involverte i oppfølging av nasjonale handlingsprogram og satsingsområde; slik som handlingsplanen for eldreomsorgen 1998-2001, opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008, handlings- og rekrutteringsplanar for helse- og sosialpersonell frå 1998, nasjonal kreftplan (med vekt på mosjon, kosthald og røykfritt samfunn), samt kvalitetsutvikling i helsetenesta.

Endeleg skal fylkeslegen ivareta visse løpande *forvaltningsoppgåver*, som krev helsefagleg og –juridisk kompetanse. Det som tar mest tid, er behandling av førarkortsaker, der det skal avgjerast om personar som ikkje fyller helsekrava for førarkort, kan få dispensasjon frå desse.

I artikkelen er fylkeslegen hittil omtalt som «han». I 1987, blei omsider den første kvinnelege fylkeslegen utnemnd; Berit Olsen i Finnmark. Ved starten av 2007 er seks av atten fylkeslegar kvinner.

### **Femte akt – integrasjon i fylkesmannsembetet**

I 2002 blei den sentrale helseforvaltninga omorganisert. Eit redusert Statens helsetilsyn skulle reindyrke tilsynsrolla, medan forvaltning og politikkgjennomføring blei tillagt det nye Sosial- og helsedirektoratet. Fylkeslegane måtte tene begge dei to herrane, og var forutsett å bruke om lag halvparten av ressursane sine på kvart av oppgåvefeltet.

I 2003 blei fylkeslegen administrativt inkorporert i fylkesmannsembetet i samsvar med forslag frå fleirtalet i oppgåvefordelingsutvalet (5). Fylkeslege-omgrepet lever vidare, men er nå knytta til ein person, ikkje ein organisasjon. Sosial- og helsedirektoratet si styringsline går til fylkesmannen. På tilsynssida er det annleis. Her går styringslina direkte frå Statens helsetilsyn til «Helsetilsynet i fylket», som er leia av fylkeslegen. Fylkeslegen blir framleis utnemnd som embetsperson. Omsyn til tilsynet sin autonomi og truverde låg bak valet av denne modellen.

Ved fusjonen i 2003 blei fylkeslegeembetet overført «på rot» til ei helseavdeling hos Fylkesmannen. Seinare er det i mange fylke gjort omorganisering med etablering av avdelingar med vidare verkefelt, men framleis leia av fylkeslegen og med helsetilsynsfunksjonen som deloppgåve. Fylkesmannen

i Vest-Agder har nå ei helse- og omsorgsavdeling, som i tillegg til alle oppgaver etter helseovgivinga også har ansvar for store delar av sosialfeltet, med unntak av økonomisk sosialhjelp.

### **Livet som fylkeslege – ein balansekunst**

Fylkeslegen er nå både avdelingsdirektør hos fylkesmannen og Statens helsetilsyn sin representant i fylket. Rolla kan minne om helsedirektørens situasjon fram til 1983; som leiar både av eit sjølvstendig fagdirektorat og ei departementsavdeling. Som helsedirektøren den gong må fylkeslegen i den enkelte saka velje brevark, ut frå om ho/han opptrer etter fullmakt frå fylkesmannen eller som leiar av helsetilsynet i fylket.

Viktigare enn å ha dei byråkratiske irrgangane klart for seg er det å gjere klart for omverda – helsepersonell, helseadministrasjon, politikarar, publikum og media – kva for rolle fylkeslegen til ei kvar tid opptrer i: Er ho/han ute som leiar av eit tilsynsorgan, som kan true med sanksjonar? Eller bidrar fylkeslegen til gjennomføring av nasjonal helsepolitikk? Fattar ho/han forvaltningsmessige avgjerder, eller opptrer fylkeslegen som fagleg rådgivar? I blant kan det trengjast ei romsleg hattehylle for å halde styr på alle aktuelle hovudplagg.

Dei første amtslegane skulle ivareta interessene til fattige psykisk sjuke. Svakstilte pasientgrupper og tenester fortener framleis fylkeslegen si særlege merksemd. Det kan trekkast direkte liner frå arbeidet med implementering av opptrappingsplanen for psykisk helse til amtslege Kraft sine oppgaver på 1890-talet.

### **Litteratur**

1. Lov om Forandring i og Tillæg til Lov af 17de August 1848 om Sindsyges Behandling og Forpleining. Norsk Lovtidende 1891, 2. avdeling: 397-8.
2. Larsen Ø (red): *Norges leger*. Oslo: Den norske lægeforening, 1996. Bind III: 414.
3. Larssen A V (formann): *Utvalg til å vurdere og fremme forslag til fylkeslegekontorenes organisasjonsstruktur og administrasjonsordning, herunder kontortekniske problemer*. Oslo: Sosialdepartementet, 1982.
4. *LOV-1984-03-30-15 om statlig tilsyn med helsetjenesten*.
5. NOU 200:22. *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 2000.

*Kristian Hagestad  
Fylkesmannen i Vest-Agder  
kha@fmva.no*

### **Om forfatteren**

*Kristian Hagestad (f. 1946) er sia 1991 fylkeslege i Vest-Agder.*

# Klagesaker – pest, plage eller inspirasjonskilde?

*Michael 2007;4:116–23.*

## **Sammendrag**

*Fra 1980-årene og framover har behandlingen av klagesaker vært brukt som en del av arbeidet for å sikre kvaliteten i helsetjenesten. Det har imidlertid vist seg at hvis dette skal fungere etter ønske som rettleiding og inspirasjon til forbedring, og ikke bare som en sanksjon mot de personer som berøres, fordres en god del kulturforandring også innen helseprofesjonene.*

## **Tilsynsmyndighetens behandling av klagesaker**

Da Anne Alvik ble konstituert som helsedirektør i 1992 og utnevnt i 1993 var tilsynsmyndigheten inne i en omfattende endringsprosess. Fra slutten av 1980-tallet ble det et større fokus på rollen som tilsynsmyndighet. Dette omfattet blant annet rolleforståelsen vedrørende hva som var tilsyn og hva som var direktoratsoppgaver. Samtidig ble det også mer oppmerksomhet omkring det som den gang ble kalt klagesaker, dvs. klager på undersøkelse og behandling. Senere er begrepet klagesaker blitt utvidet, men i denne artikkelen avgrenses bruken av ordet «klagesaker» til det som vi i dag vil betegne som «hendelsesbaserte tilsynssaker».

Ny helselovgivning trådte i kraft 1. januar 2001, blant annet ny helsepersonellov og pasientrettighetslov. Før dette tidspunktet ble klagesaker som gjaldt forhold som ble omfattet av disse lovene, omtalt som «ulovhjemlede klagesaker». I de nye lovene ble det lovhjemlet at pasienten, eller andre som har rett til det, kan anmode tilsynsmyndigheten om å vurdere forholdet dersom han eller hun f. eks. mener seg feilbehandlet, at undersøkelsen eller behandlingen er uforsvarlig, eller at helsepersonellet har opptrådt på en måte som anses uforenlig med yrkesutøvelsen. Kravet om slik anmodning skal sendes Helsetilsynet i fylket. Det er viktig å merke seg at det av formålsparagrafen (§1) i helsepersonelloven fremgår at i tillegg til at loven skal bidra til pasientsikkerhet og kvalitet, skal loven bidra til *tillit* til helsepersonellet og helsetjenesten. Klageordningen er en del av å fremme denne tilliten.



Tilsynsmyndigheten kan også ta opp saker på eget initiativ, f. eks. etter oppslag i media eller at man er blitt kjent med det som synes å være uønskede hendelser på annen måte.

I enkelte klagesaker blir det vurdert om helsepersonellet skal ilegges en administrativ reaksjon (advarsel, suspensjon eller tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning og lignende). Dette kan f. eks. være aktuelt dersom pliktbruddet kan medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller påføre pasienten en betydelig belastning. Det overordnede formålet med reaksjonssystemet er i utgangspunktet å forbedre atferden og/eller å beskytte pasienter mot uønsket atferd fra helsepersonell.

Hvis Helsetilsynet i fylket mener at det bør ilegges en administrativ reaksjon, skal saken oversendes til Statens helsetilsyn. Det er Statens helsetilsyn som tar standpunkt til hvorvidt administrativ reaksjon skal gis. Eventuell klage på vedtak kan rettes til Statens helsepersonellnemnd<sup>1</sup>.

Det har vært mye fokus på klagesakene (nå: hendelsesbaserte tilsynsaker) fra helsepersonellet, fra fagorganisasjonene, fra pasientene, fra media osv – og selvsagt fra tilsynsmyndighetens side. Etter hvert er samfunnet blitt mer åpent. Pasientene har fått mer kunnskap om sin lidelse og sine rettigheter, og de har derigjennom mer uttalte forventninger. Komplexiteten i helsetjenesten har økt, det er mer høyteknologi og mye mer som gjør at både helsepersonellet og pasientene vil kunne føle en viss avmakt. Helsepersonellet synes de gjør så godt de kan innenfor dagens system og rammebetingelser – og pasientene får ikke sine forventninger oppfylt. I dette krysspunktet står blant andre tilsynsmyndigheten.

I utgangspunktet er det lagt til grunn at det å få en klagesak rettet mot seg i egenskap av å være helsepersonell, og risikoen for å få en administrativ reaksjon, vil føre til positiv endring – det være seg i den faglige utøvelsen av yrket eller ved at det medfører endring i egen yrkesatferd. Tittelen på denne artikkelen kan antyde et spørsmål om det virkelig *er* slik ...

### **Klagesak – helsepersonellets opplevelse**

For å kunne «besvare» spørsmålet i tittelen på denne artikkelen, er det av interesse å vite *hvordan* helsepersonellet reagerer på det å få en klagesak rettet mot seg og eventuelt å få en administrativ reaksjon. Og hvorvidt det kan være en viss sammenheng mellom dette og spørsmålet om klagesaker oppfattes som en «pest og plage» – eller om en klagesak kan virke som en inspirasjonskilde til endring og kvalitetsforbedring.

---

<sup>1</sup> Se lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)

Det skal her refereres kort fra to undersøkelser som har sett på hvordan helsepersonell reagerer på det å få en klagesak mot seg, og eventuelt å få administrativ reaksjon fra tilsynsmyndigheten.

Assisterende fylkeslege Siri Elisabeth Fosse<sup>2</sup> tok i sin spesialoppgave i folkehelsevitenskap 1998, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, opp problemstillingen «Klage til fylkeslegen – trussel eller kvalitetssikring. Legers synspunkter på fylkeslegens klagebehandling». Undersøkelsen omfattet alle leger som var medlem av Den norske lægeforening i Finnmark, Troms, Østfold og Rogaland på det gitte tidspunktet. Drøyt 50 prosent av de spurte legene svarte på spørreskjemaene, og svarene utgjorde et representativt utvalg. Av de som svarte, hadde vel 34 prosent selv opplevd en eller flere klagesaker.

Den andre undersøkelsen var en intervjuundersøkelse som ble gjennomført av den gang Sosial- og helsedepartementet (nå Helse- og omsorgsdepartementet). Undersøkelsen ble gjennomført i perioden januar til april 2000, og omfattet helsepersonellets selvopplevde erfaringer etter å ha mottatt administrative reaksjoner etter den «gamle» lovgivningen: «Helsepersonells personlige opplevelser og erfaringer ved å mottatt en administrativ reaksjon».

Undersøkelsen omfattet et tilfeldig utvalg av leger, tannleger, psykologer og sykepleiere som i løpet av årene 1995 til 1999 hadde fått en reaksjon fra tilsynsmyndighetene etter de den gang gjeldende reaksjonsbestemmelser. Disse ble intervjuet om sine opplevelser og erfaringer med hensyn til egen klagesak<sup>3</sup>. Hensikten med undersøkelsen var blant annet å få innsikt i helsepersonells selvopplevde erfaringer før de nye helselovene skulle tre i kraft.<sup>4</sup> Fagorganisasjonene var representert i en referansegruppe<sup>5</sup>.

Undersøkelsene viste at det var forståelse for at klageordningen er viktig for pasientene, men noen opplevde at tilsynsmyndigheten var for mye «pasientenes advokat» (– men på den annen side, denne forfatters personlige erfaringer tilsier at pasienter i blant gir uttrykk for av tilsynsmyndigheten er «legenes venn»). Færre opplevde at klageordningen er viktig for helseperso-

<sup>2</sup> Tidligere ass fylkeslege hos Fylkeslegen i Finnmark, nå ass fylkeslege ved Helsetilsynet i Østfold.

<sup>3</sup> Det ble utsendt 67 invitasjoner. Det ble gjennomført 28 intervjuer, hvorav 26 i personlige møter og to i telefon (av praktiske årsaker).

<sup>4</sup> Resultatene skulle brukes til å belyse i hvilken grad endringer i reaksjonsbestemmelsene i ny helsepersonellov var tilfredsstillende med hensyn til formålet.

<sup>5</sup> Den norske lægeforening: Reidun Førde; Den norske tannlegeforening: Knut S Kjølstad; Norsk Psykologforbund: Anne Kari Torgalsbøen; Norsk Sykepleierforbund: Berit Berg; fra Statens helsetilsyn/fylkeslegene: avd.direktør Hilde Jordal og fylkeslege Helga Arianson, Hordaland.

nellets rettssikkerhet. Mange mente at klagesakene kunne være et ledd i kvalitetssikring, men at tilsynsmyndigheten la for stor vekt på den enkeltes leges svikt i stedet for systemsvikt.

Mange var enige i at en klagesak var en nyttig tilbakemelding, og de aller fleste ville rette opp feil påpekt av tilsynsmyndigheten. Det syntes også at det ble oppnådd tilsiktet virkning av reaksjonene fra tilsynsmyndigheten i de klagesaker som vedrørte helsepersonell som hadde mistet sin autorisasjon/lisens på grunn av *rusmiddelbruk* i tjenesten.

Hovedtendensen i begge undersøkelsene var imidlertid at det å få en klagesak rettet mot seg, var en personlig belastning. Det var en opplevelse av urettferdig saksbehandling, uberettiget reaksjon og opplevelsen av reaksjonen som en urettferdig straff, dårlig kommunikasjon med tilsynsmyndighetene, følelsen av maktesløshet overfor systemet, favorisering av den som klager, og følelsen av ikke å bli hørt eller trodd, isolasjons- og alenefølelse og manglende oppfølging og støtte fra tilsynsmyndigheter og/eller ledelse og kolleger. Noen syntes det var vanskelig å snakke med ektefelle, samboer eller nærmeste familie om situasjonen.

Konsekvensene for dem som hadde fått advarsel eller tilbakekalling av autorisasjon, viste at flere hadde fått økt alkoholforbruk, depresjoner, langtidssykemeldinger og foretatt selvmordforsøk. Konsekvensene for familien var en alvorlig tilleggsbelastning for mange.

Flere ga uttrykk for at de ville vurdert å skifte arbeidsplass etter en klagesak, og flere hadde begynt å tvile på om de hadde valgt rett yrke. Mange av legene svarte at de av og til iverksatte behandlingsprosedyrer som strengt tatt ikke var medisinsk berettigede. Undersøkelsene viste også at den avskrekkende effekten av reaksjonsbestemmelsene langt overskygget den holdningsskapende effekten, og at mange mente at det å få en klagesak rettet mot seg, ikke ble sett på som ledd i kvalitetssikring.

I departementets undersøkelse ble fem fylkesleger intervjuet. De understreket systemets betydning i klagesaker, og at fokus i sakene burde dreies mer mot systemet og bort fra individet. Blant helsepersonellet som hadde fått en reaksjon, og blant fylkeslegene ble det gitt uttrykk for at gode og funksjonelle systemer for å behandle klagesaker på arbeidsstedene, kunne bidra til større åpenhet om klager og redusere frykten for sanksjoner.

Departementet uttalte avslutningsvis i sin undersøkelse: «Våre intervjuresultater viser at så lenge alle klagesaker behandles utenfor arbeidsstedene får de liten virkning med hensyn til læring og erfaringsoverføring.»

Selv om det er en del år siden disse undersøkelsene ble gjennomført, er det ikke grunn til å tro at hovedtendensene er annerledes i dag enn da de ble foretatt. Dersom vi legger dette til grunn, er det ikke vanskelig å skjønne at

klagesaker kan oppleves som en «pest og plage» – og derfor er liten inspirasjonskilde til kvalitetsforbedring.

### «Rammebetingelser» – av betydning for læring og kvalitetsforbedring?

Dersom målet er at klagesaker og uønskede hendelser skal være inspirasjonskilde til læring og kvalitetsforbedring, er det viktig å se på om rammebetingelsene ligger til rette for dette.

#### *Lovgivningen*

Lovgivningen, blant annet de nye helselovene som trådte i kraft i 2001, andre myndighetskrav (f.eks. forskrifter), foretaksreformen m.v. er blitt tydeligere på at klagesaker, meldinger om uønskede hendelser og informasjon av ulik art, skal brukes i det kontinuerlige kvalitetsforbedrende arbeidet i virksomheten selv.

Men tilsynserfaringene<sup>6</sup> viser at det til dels er tilfeldig hvordan f.eks. uønskede hendelser «fanges opp», analyseres, korrigeres og følges opp. Dette er i strid med myndighetskravene – fordi den/de som er ansvarlige for virksomheten skal sørge for å nytte erfaringer og feil for å avdekkes, rette opp og forebygge slik at virksomheten drives forsvarlig<sup>7</sup>. Dette forutsetter gode meldeordninger, herunder de lovpålagte, en åpen og støttende kultur for å håndtere medisinske feil, kollegastøtte med mer. Dette er bare mulig dersom ansvaret for det kvalitetsforbedrende arbeidet ligger i linjeansvaret og ikke i stab.

Som et resultat av en slik kvalitetssløyfe, forventes også at virksomhetene er *lærende organisasjoner*. Dette innebærer f.eks. at tilsynsrapporter behandles av ledelsen, at de gjennomgås med sikte på å bedre virksomheten – ikke bare på det aktuelle området som har vært gjenstand for tilsyn, men også for andre relevante områder. Dessverre viser tilsynsmyndighetenes erfaringer at organisasjonene i stor grad ikke arbeider på en slik systematisk måte, det være seg både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

#### *Individ- og systemfokus*

En viktig trend i de siste ti årene, både internasjonalt og nasjonalt, er økende fokus på forholdet mellom individ og system. Innen flere andre samfunnssektorer har kunnskapen om systemets betydning for hvordan

<sup>6</sup> Se tilsynsrapporter på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

<sup>7</sup> Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

enkeltindivider agerer, vært diskutert og håndtert i mange år. Som eksempel vises det ofte til den sivile luftfarten og oljeindustrien.

I Sverige og Danmark har det i løpet av de siste par årene vært økt oppmerksomhet omkring individ-, respektive systemperspektivet i helsetjenesten. I januar 2007 ble det avholdt en konferanse i Stockholm om pasientsikkerhet: «I rettvisans navn – ansvar, skuld og sikkerhet i vården». Et av temaene som ble behandlet, var «individ- og systemmodeller for felhandlingar – att skapa rätt balans i hälso- och sjukvården»<sup>8</sup>. Det vises der til at den *individbaserte* modellen betrakter feil som (vanligvis) forårsaket av uberegnelige menneskelige mentale prosesser («blaming, naming, shaming og retraining»). Et slik måte å se det på kan synes «bekvem» – både juridisk og fra arbeidsgiversiden, idet ansvaret for feil er frikoplet fra organisasjonen som helhet.

Den *systembaserte* modellen tar utgangspunkt i at den som gjør feilen (dvs. personen i «frontlinjen») er i enden av en kjede som fører til feilen – og ikke den som forårsaker den. Personen i «frontlinjen» blir et offer for en kombinasjon av ulike årsaker i systemet som leder til uønskede hendelser, og som rammer pasienten. Slik sett blir både pasienten og helsepersonellet i front «offer» i den samme hendelsen.

Det konkluderes med at «oppfatningen i denne presentation är dock att både ansatserna (merknad: både individ- og systemperspektivet) är nödvändiga för att man ska kunna åstadkomme varaktiga förbättringar i patientsäkerheten».

I Norge har tilsynsmyndigheten hatt oppmerksomhet på sammenhengen mellom individ- og system i flere år – hvilket også kan dokumenteres gjennom flere foredrag fra siste halvdel av 1990-tallet. Det er høsten 2006 iverksatt et prosjekt i Statens helsetilsyn som blant annet vil se på virksomhetsperspektivet i de hendelsesbaserte tilsynssakene (her benevnt som klagesaker).

Det må imidlertid understrekes at det finnes klagesaker som *må* ha et sterkt og entydig *individfokus*. Det er saker hvor helsepersonellet åpenbart representerer en fare for pasientsikkerheten på grunn av sin atferd (f eks rusproblematikk). Det er *ikke* uenighet om at uakseptabel praksis blir påtalt og korrigert, og at de «brudne» kar blant helsepersonell blir luket ut.

Eksempler som viser kompleksiteten i samhandlingen mellom individ og system er f. eks. klager på legevaktjenesten i kommunen. Det dreier seg ofte om at legen ikke har rykket ut, at journalnotater fra legevaktbesøket ikke er tilgjengelige, at kommunikasjonen er utilfredsstillende osv. Legen står selv ansvarlig for at hun eller han yter faglig forsvarlig helsetjeneste,

---

<sup>8</sup> Ödegård S. (red.) *I rättvisans namn – ansvar, skuld og säkerhet i vården*. Stockholm: Liber, 2007.

men *hvordan* virksomheten er organisert, hvordan det er tilrettelagt for et forsvarlig journalsystem osv., er det kommunen som har ansvar for. Slik sett blir legevaktsordningen et eksempel på et samspill mellom den enkelte helsearbeider og det systemet som vedkommende arbeider under.

I spesialisthelsetjenesten kan forholdene bli svært komplekse – særlig fordi det ofte er situasjoner der mange personer er involvert i undersøkelse og behandling av samme pasient på samme tidspunkt. Eksempel på dette er akuttbehandling i mottak. Dersom det skjer en uønsket hendelse, vil det nærmest være umulig å kunne si om det er noens «skyld» at det ikke gikk som forventet.

### *Ledelsesansvar*

Det er økt oppmerksomhet omkring ansvar og ledelse i helsevesenet – ikke bare fra arbeidsgiver-, henholdsvis eiersiden, men også fra tilsynsmyndighetene. En eventuell økt tilnærming fra tilsynsmyndigheten på system- og virksomhetsperspektivet vil understøtte lederansvaret.

Alt i dag burde virksomhetens ledelse iverksette analyser av hendelsene for derigjennom å forebygge tilsvarende hendelser i fremtiden (jfr. forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten). I stedet ser tilsynsmyndigheten ikke sjelden at uønskede hendelser og klagesaker blir sett på som enkelthendelser – forårsaket av enkeltpersoner blant helsepersonellet.

Som fylkeslege gjennom mange år synes artikkelforfatteren at det i blant så ut som om de ansvarlige for virksomheten «trakk seg tilbake» når klagesaker var oversendt til tilsynsmyndigheten – også i alvorlige individtilsynsaker. Da var det blitt tilsynsmyndighetens sak – og ikke «deres». Det var således mangelfull interesse for å se på sammenhenger og bruk av klagesaker som indikator på at det kunne være noe annet enn en personlig feil som lå til grunn for de uønskede hendelsene.

Det må imidlertid tas i betraktning at det er enklere å ha fokus på *lederansvaret i et helseforetak eller i en kommune* (f eks når det gjelder deres ansvar for å organisere legevakt), enn det er når *helsepersonellet arbeider alene eller i et mindre fellesskap*. Det er åpenbart at i slike situasjoner vil kollegial åpenhet og støtte være helt avgjørende.

I boken «Medisinske feil»<sup>9</sup> skriver Reidun Førde om «Den kollegiale kulturen og «medisinske feil»». Under overskriften «utfordringer for forbedringer i håndtering av feil i den medisinske kulturen» beskriver hun blant annet en kultur som er lite støttende dersom en kollega er involvert i uønskede hendelser. Hun understreker at kolleger på en helt annen måte

<sup>9</sup> Syse A, Førde R, Førde OH (red.) *Medisinske feil*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.

enn i dag må støtte hverandre når noe går galt. Ikke minst blir dette viktig dersom en kollega har vært involvert i en alvorlig hendelse. I tillegg til den kollegiale støtten, understreker hun lederansvaret. Avdelingsoverleger, kommuneoverleger og andre bør ha ansvar for å utarbeide retningslinjer for hvordan ivareta helsepersonell involvert i medisinske feil – på samme måte som det er retningslinjer til hvordan medisinske feil skal håndteres.

### **Pest og plage?**

Da Anne Alvik var helsedirektør, ble det blant annet igangsatt et større utredningsarbeid med sikte på systematikk og harmonisering av hvordan klagesaker skulle behandles hos fylkeslegene, nå Helsetilsynet i fylkene (klagesakeprosjektet). Et av områdene det var lagt mye vekt på, var læringsaspektet, hvordan «lære av feil». Senere er det kommet ny lovgivning, økt fokus på lederskap og ny innsikt og forståelse for systemets betydning for hvordan individet handler innenfor systemet. Det er imidlertid enighet om at enkeltpersoner blant helsepersonellet som representerer en betydelig risiko for pasientene, må stoppes i sin virksomhet.

Med den kunnskap vi har i dag, ser vi at det ikke bare er opp til det enkelte helsepersonell å endre sin holdning til hvordan man skal møte en klagesak. Det er en rekke instanser og involverte som har et ansvar for å bidra til at det skal være mulig å gå fra en opplevelse av at klagesaker er «en pest og en plage» – til at de kan bli en inspirasjonskilde til læring og kvalitetsforbedring. Og som Reidun Førde sier avslutningsvis i boken «Medisinske feil»:

«Diskusjonar av vanskelege hendingar kan bere kimen i seg til ei kulturendring som kan gi større aksept for at det ikkje bare er menneskeleg å feile, men er noko også flinke legar kan komme til å gjere av og til. På den måten blir det mindre katastrofalt å feile, det blir lettare å snakke om, i fagmiljøet og ikkje minst med pasient og pårørande. Et slik arbeid er derfor i siste instans noko som også vil gagne pasientane.»

*Anne Berit Gunbjørud  
abg@helsetilsynet.no*

### **Om forfatteren**

*Anne Berit Gunbjørud (f. 1947) er fra 2003 seniorrådgiver i Statens helsetilsyn. Hun var spesiallege i det daværende Helsedirektoratet 1981-1987, fylkeslege i Buskerud 1987-1996, fylkeslege i Oslo 1996-2003.*

# Legen som politiker

*Michael 2007;4:124–26.*

## **Sammendrag**

*Legerollen og rollen som politiker er nokså forskjellige. Det er imidlertid også viktige berøringspunkter. Forfatteren, som har erfaring fra begge roller, drøfter her enkelte av disse ulikhetene og likhetene.*

«Jeg er norsk lege», sa Jonas Fjeld i Øvre Richter Frichs roman, og mengden vek til side for den blonde kjempen.

«Er det en breiflabb?» spurte jeg på fisketorget i Bergen. «Nei. Det e en politikær!», kauket det bak meg i køen.

Lege og politiker, det gir ulik respons, ulike forventninger fra omgivelsene. Hva gjør det med personen selv? Lar de to rollene seg kombinere? Jeg har prøvd og jeg vil begynne med legerollen, legeidentiteten. Hvilke forventninger hadde jeg til den, hvordan opplevdes den?

## **Legerollen**

Legene var et laug. Som studenter var vi lærlinger. Vi ble tatt vel vare på av våre lærere, undervist både teoretisk og praktisk, vi ble sett og hørt, hørt i betydningen at vi ble hørt i leksen. Til gjengjeld lyttet vi med respekt, reiste oss når professor kom inn i rommet, kunne stille spørsmål, men det var for å få utdypende kunnskap, ikke for å opponere.

Da vi hadde tatt eksamen, ble vi opptatt i lauet. Fremdeles var vi i en læresituasjon, men vi kunne begynne å diskutere, stille oss spørrende til enkelte fenomener, og dersom det var gode spørsmål, ble de tatt vel imot – da var vi lovende. Autorisasjonen var samtidig et mesterbrev, nå kunne vi selv ha frihet til å utøve den eksklusive kunnskapen vi hadde ervervet. Mange av oss opplevde det som en skremmende frihet, særlig når vi hadde vakt på sykehuset, var den som tok imot pasienten, var den som skulle treffe avgjørelser som kunne bety liv eller død, inntil bakvakten kom springende.



Oftest var det ikke fullt så dramatisk, men skummelt nok. Da var det godt å ha de erfarne sykepleierne i mottagelsen å holde seg fast i. De hadde ofte svaret på « hva gjør vi nå da? », men til syvende og sist var det vi som skulle avgjøre. Det ansvaret var tungt å bære.

Hvis noe gikk galt, var det vår overordnede vi sto til ansvar for. Han avgjorde om vi hadde hatt uflaks eller om vi selv hadde gjort utillatelig feil. Som regel var det mye forståelse for at noe kunne gå galt, « ja, ja så har du lært til en annen gang, da. » Det var den kollegiale justis som hersket, det skulle svært mye til før ting ble tatt opp utenfor sykehusets vegger. Det var forventet og forutsatt at vi hadde gjort så godt vi kunne, vi hadde hele tiden pasientens beste for øye, vi hadde forsøkt å hjelpe etter beste skjønn og evne. Drivkraften for oss som leger, var nettopp å hjelpe folk, det var altruismen.

I tillegg til å være med i et laug, var vi også blitt en del av en stand. En stand omfatter mer enn hovedpersonen, den omfatter også familien, i denne sammenheng legefruene. Å være fru doktor N.N, ga status. Man var med på de sosiale samlingene, ble invitert til og holdt middager for kolleger, man hørte til det som på bygda ble kalt « bearlaget ».

## Politikerrollen

Å være politiker er helt annerledes. For det ene forutsetter det ingen læretid. Selv ble jeg politiker over natten, var ikke medlem av noe politisk parti, kjente svært få innen det partiet jeg ble en del av, kjente ikke det departementet jeg skulle arbeide i, hadde aldri vært i Stortinget.

Også i politikken er det tilhørighet, men denne gangen til partikolleger. På reiser blir man møtt av noen som tilhører fellesskapet. Man blir hentet, kjørt, tatt med hjem, får mat, ofte også en seng. Plutselig er man en del av en stor familie, riktignok med familiemedlemmer man ikke har møtt før, men det føles absolutt som litt fjern familie, ofte med helt andre vaner, interesser, yrker. Det gir et fascinerende innsyn i folks liv, helt annerledes enn å være på sykebesøk. Fellesskapet ligger i å arbeide for å få gjennomført bestemmelser om hvordan landet skal styres, hvilke regler som skal gjelde.

Ikke minst er det viktig å være enige om hvordan endringene bør skje. Målene for hvordan vårt samfunn skal være, er ikke fundamentalt forskjellige i vårt demokrati, det er midlene, veien dit, som skiller partiene. Der uenigheten er fundamental, er det duket for revolusjoner; slik er det ikke i vårt land.

Drivkraften her er å ville forandre på den måten vårt parti mener er best. Da må man jobbe i lag, underkaste seg regler og fellesbestemmelser, godta det politiske hierarkiet innen sin gruppe, samarbeide og være villig til å føye

seg. Jeg har opplevd politikere som innen partiet har kjempet med nebb og klør mot en sak, tapt debatten, og etterpå gått ut og forsvart saken med like stor kraft i det offentlige. Er det å være uredelig? Jeg var slett ikke sikker.

Da jeg var statssekretær i Sosialdepartementet, følte jeg meg fremdeles som en fagperson. Vi holdt på med saker som var relatert til faget mitt, selv om rollen var annerledes. Kort etter at jeg hadde begynt, holdt jeg et foredrag om den nye kommunehelseloven for en gruppe studenter og kolleger ved et annet universitet. Etter foredraget kom det kritiske spørsmål, til og med fra studentene. Jeg ble meget overrasket, lett forvirret. Men hadde de da ikke hørt begrunnelsen? Var ikke dette spennende? Trodde de ikke på meg? Nei, de gjorde ikke det. Man tror ikke uten videre på en politiker. Innerst inne gjorde jeg ikke det selv heller, jeg hadde bare ikke ervervet meg identiteten som politiker, den kom sigende etter hvert.

På vei inn til Stortinget var det ikke lenger tvil, nå var jeg der som politiker. Da kjøpte jeg meg doktorgradsringen. Det er ikke vanlig blant leger å bruke den lenger, men jeg følte at jeg trengte den, den sto for meg som symbolet på å alltid skulle søke sannheten. Kanskje var det litt barnslig, i alle fall var det unødvendig. Jeg lærte snart at det var ikke noen samvittighetskonflikt ved å skulle målbære partiets sak selv om man ikke var enig i alt. Det var som å være advokat, på den ene siden og på den andre siden, og så konsentrerte man seg om den ene siden. Grunntesen var: det du sier, skal være sant, men du er ikke nødt til å si alt. De fleste saker har to sider. I saker av prinsipiell betydning slik som abort og dødsstraff, var man fristilt. I mindre dramatiske spørsmål, der man var rykende uenig, men hadde tapt saken i den interne debatten, gikk det an å be om å bli byttet ut ved vote-ringen.

Igjen var ikke dette så ulikt legerollen. Heller ikke der sier man alt, gjorde det i alle fall ikke. En av mine overleger lærte oss et meget nyttig svar når noen engstelig spurte hvordan det ville gå : « Hvis intet støter til, vil nok dette gå bra.» På den måten hadde han alltid sine ord i behold.

## Forskjeller

Slik jeg opplevde det, er det to vesentlige forskjeller på å være lege og å være politiker, det er personfokusering og kunnskapstilfang.

Som lege har man hvit frakk, uniform. Ikke som psykiater riktignok, der er uniformen mer av åndelig art, man skal være helt nøytral. Hvem jeg selv er, hva jeg mener, har opplevd eller gjort utenom jobben, er helt irrelevant. Det skal være en profesjonell distanse, den beskytter både legen og pasienten.

Som politiker er man avkledd. Første gang det ble skrevet om mitt privatliv i et blad, følte jeg meg invadert, hengt ut, hva tillot de seg?! At omta-

len var positiv, var helt underordnet den krenkelsen jeg opplevde. Etter hvert forsto selv jeg at troverdighet var helt sentralt, selv om man altså ikke helt tror på politikere. Walk your talk. Liv og lære. Balansegangen er mellom privat og personlig, men det gjelder bare hva man selv vil gi ut. Hva andre vil lete etter, er en annen sak. Jeg gikk hardt ut mot en avisredaktør en gang. Da var det folk som tok bilde av huset der jeg bodde, sjekket søplekassen, ringte mine tidligere kolleger.

Vi kjøpte advokathjelp. Kunne han være så snill å gå gjennom det vi kunne bli hengt ut for? Etter å ha levert fra oss noen plastposer med senere års selvangivelser, ble mannen min og jeg kalt inn til samtale. Hvor bodde vi? Hadde vi hytte? Hadde vi naboer? Hadde vi noen gang hatt tillitsverv? Hvem hadde vi konkurrert med da? Hvor hadde vi jobbet før? Det var en rekke slike spørsmål. I begynnelsen svarte vi fornøyd at ja da, vi hadde til og med to hytter, og vi hadde hatt mange verv. Men det ble hele tiden snudd til hvem dette hadde gått på bekostning av, hvem kunne ha et horn i siden til oss, hvem hadde grunn til å mislike oss.

Da vi sto ute på gaten etterpå, ble vi stående og holde rundt hverandre. Hele livet vårt var blitt gjort om til en filmnegativ. Etterpå leste jeg Dvergen av Pär Lagerkvist om igjen. Heldigvis er det bare advokaten vi er blitt filleristet av, men jeg har sett alt for mange eksempler på politikerkolleger – fra mange partier – som har opplevd det offentlig.

Kunnskapstilfanget er den andre store ulikheten. I medisinen kan man forsøke å holde seg oppdatert. Det er en kjempejobb. Men vi har tidsskrifter, møter og konferanser, internett, og ikke minst det som heter evidensbasert medisin. Dersom spesialistfeltet er smalt nok, kan man nesten holde seg oppdatert ved iherdig innsats. Det meste handler om positivistisk kunnskap, det som kan måles og veies. På dette området er det en eksplosiv utvikling.

Men de fleste pasienter søker behandling for mer diffuse plager, særlig fra muskel-skjelettsystemet. Ofte er det beste man da kan by på at «det er ikke noe farlig», «det går over etter hvert.» Det er forbausende stor avstand mellom den avanserte medisin, og det folk flest feiler. Til gjengjeld skal det nå være slutt på den paternalistiske legerollen, nå skal folk få vite alt om virkning og bivirkning ved den behandling som foreslås. Kommunikasjon er blitt en stor og viktig oppgave, og den spenner fra avansert diskusjon med folk som nøye har studert tilgjengelig informasjon på nettet, til dem som har meget uklare forestillinger om hvordan kroppen er satt sammen.

## Fellesnevner

Dermed nærmer vi oss en fellesnevner mellom politikk og medisin, med den sentrale forskjell at legens rolle skal være nøytral.

En politiker skal forholde seg til hele samfunnet, kunnskapstilfanget er uendelig, mangfoldet ubegrenset. Det er ikke merkelig at mange svar blir ganske vage. Forbausende få bruker den greie utveien å si at man ikke vet. Det kan man komme langt med. Jeg skulle til Brumunddal og holde foredrag for trygdesjefer om Folketrygdens fremtid. Det var et meget godt foredrag, skrevet av den beste fagpersonen vi hadde i departementet. Jeg hadde lest det nøye og repeterte mens jeg satt på toget. På stasjonen ble jeg møtt av en partikollega. «Her er de iltre, jenta mi – du får ha lykke til!» Salen var full. Jeg holdt foredraget med mange transparenter. Så var det tid for spørsmål – de hadde satt av rikelig tid. Jeg noterte.

Ni spørsmål – kanskje jeg nå ville kommentere? Nei, jeg ville samle litt til. Det kom fem, seks spørsmål til. Nå ville jeg vel gjerne begynne å svare? Nei, jeg syntes det var viktig å slippe salen til. I virkeligheten var jeg skikkelig ut å kjøre – dette var vanskelig. Etter et par spørsmål til, var det ingen vei utenom. Da hadde jeg begynt å se et mønster. Omtrent halvdelen av spørsmålene kunne besvares ut fra foredraget – de som kom med dem, ville bare ta ordet for å vise at de var der. Noen av de andre spørsmålene hadde allerede noen svart på, for det hadde vært alt for fristende å vise sin kollega at dette visste de. Når en trygdesjef gjorde det, regnet jeg med at han hadde rett, så jeg bekreftet at det hadde han.

De siste fire fem spørsmålene reddet jeg meg fra ved å si at dette var gode spørsmål, men så tekniske at dem hadde jeg ikke svar på. Jeg gikk ut fra at de også ville ha forståelse for at en samferdselsminister ikke visste når neste tog gikk til Hamar. Men hvis de skrev det ned med navn og adresse, skulle jeg ta det med til departementet, og sørge for at de fikk svar.

De takket og smilte da jeg dro. Siden jeg oppdaget Brumunddalsmetoden, har jeg aldri vært redd for å stille opp med foredrag. Sleipt? Nei, jeg tok ikke fra dem noe, tvert om.

### **Før og nå**

Hva er annerledes nå enn for – la oss si – tredve år siden? Legene er blitt langt flere, laugsfølelsen er ikke særlig uttalt lenger, standsopplevelsen er borte. Nå er det en jobb å være lege, ikke et kall. Før var det mest stressende å være distriktslege, nå finnes ikke de lenger og kommunelegene har langt mindre vaktbelastning. Nå er det mest stressende å være sykehuslege. I min turnustid broderer jeg klokkestreng på vakt enda jeg gikk to-delt. Nå løper legene omkring og har knapt tid til å snakke med pårørende.

I politikken er det færre aktive partimedlemmer og de shopper mer fra parti til parti. «Familieforholdene» fra gammelt av er blitt til mer tilfeldige samboerskap eller flyktige forbindelser. Mediepresset er blitt enormt, nåde

den politiker som trår feil, da er det fullt kjørt med bilder, TV, aviser, blader, radio. Politiske debatter går dessuten først og fremst på fjernsyn, og da blir det liten eller ingen tid til nyansering og fordypning, det blir hovedsetninger og spissformuleringer som flimrer forbi. Kanskje burde partiene spandere gratis advokat til forebyggende hjelp for dem som går inn i det – for advokater er dyre.

Hvorfor er det da noen som vil drive med dette? Tja, uansett er det et privilegium å få være lege, det er spennende, interessant og givende ved at du får lov å være nær og hjelpe noen som trenger det – det gir mening til egen tilværelse.

Hvorfor vil man være politiker? Det er spennende det også, og det er et privilegium å få være med på å forme samfunnet vårt. Om ikke annet er det mye morsommere å vite hvorfor noe ble som det ble, i stedet for å nøye seg med et «Ærekkefærtgett».

Da har jeg slett ikke sagt noe om hvor spennende det må være å være byråkrat, den som gir premissene for styringen. Men det var ikke min oppgave.

## Om forfatteren

*Astrid Nøklebye Heiberg (f. 1936) er tidligere professor i psykiatri ved Universitetet i Oslo. Statssekretær i Sosialdepartementet 1981–1985. Innvalgt som stortingsrepresentant (H) for Oslo 1985. Statsråd Forbruker og administrasjonsdepartementet 1986. President i Norges Røde Kors 1993–1999 og president i Det internasjonale forbundet av Røde Kors- og Røde Halvmåneforeninger 1997–2001.*

# Legenes oppgaver i folketrygden

*Michael 2007;4:130–5.*

## Sammendrag

*Siden trygdekontorer, arbeidskontorer og sosialkontorer ble slått sammen og ble NAV den 1. juli 2006, er det blitt påfallende stille om legenes oppgaver i trygden. Andre forandringer har også gitt grunn til å tro at trygden ikke er så opp-tatt av legenes rolle som tidligere. Funksjon skal nå tillegges større betydning i de fleste trygdesaker og diagnose mindre. Lengre sykemeldinger skal avgjøres mer i møter mellom arbeidstaker, linjeleder og trygden enn av legenes syk-meldinger. Er det en viktig trend i tiden at legenes rolle i trygden skal reduseres?*

Det har alltid vært klart at alle trygdeytelser avgjøres av trygden og ingen av legen. Men særlig for sykmeldingene har legens attest som oftest avgjort saken. Ved rehabilitering, attføring og uførepensjon har legeattestene stått ganske sentralt i de fleste sakene. Dette er vi leger vant med, og vi har tenkt lite på at det ikke trenger å være slik. Bør dette systemet avløses av andre ordninger for tildeling av trygderettigheter?

## Sykdom som tildelingskriterium

Vi bør først diskutere hvorfor det har vært slik det er siden vi fikk sykmeldingene fra 1911 og de andre trygdeordningene fra 1937 og utover på 1950- og 60-tallet. Opphavet var som kjent den tyske «jernkansleren» Otto von Bismarck (1815-1898). Han ville slenge et bein «til ulvene», som han sa, dvs. til de tyske sosialdemokratene som vokste i antall. Partiet ble forbudt, samtidig som staten ga penger til noe helt nytt, velferdsordninger. Hvordan skulle så de fordeles til de verdig trengende?

Det sies at det var Bismarcks finansminister som fant på å bruke «sykdom, skade eller lyte» som det viktigste tildelingskriteriet. Disse tilstandene var ikke selvforskyldte, og de fleste mente at kriteriene i all hovedsak plukket ut de verdige trengende. Forsikringselskapene hadde allerede en viss erfaring med å

bruke leger til å vurdere om sykdommen eller skaden var alvorlig nok til å gi redusert inntektsevne, og legene sa seg villige til å ta flere slike oppgaver.

Dette systemet ble innført i Tyskland i 1880-årene. I Norge fikk vi de første små sykepengene i Lov om syketrygd av 1907, samtidig med at de nye offentlige sykekassene dekket mye av utgiftene til medisinsk behandling. Legene var fornøyd med den nye loven, kanskje mest fordi det nå var blitt for mange leger i forhold til folks betalingsevne. Hvilke helsetjenester den nye trygden skulle betale, ble mye diskutert den gang, men ikke sykmeldingene.

### Problemer med sykdomskriteriet

I de senere årene er imidlertid problemene blitt tiltagende mange. Antallet trygdemottakere øker til tross for myndighetenes mange forsøk på å begrense tilstrømningen. I det siste har de i stigende grad gitt «slepphendte» leger skylden. Argumentene, selv i stortingsmeldinger, har til dels fått et preg som med et pent ord kan kalles unyanserte, for eksempel fra den siste Arbeids-, velferds- og inkluderingsmeldingen (2006):

Terum m.fl. (1999) har i en undersøkelse påpekt at legenes vurdering i forbindelse med søknad om uførepensjon i stor grad er basert på skjønn, og at legenes moral og verdiopfatning har betydning for utfallet av søknaden.

OECD (2006) har i flere rapporter pekt på fastlegenes sentrale rolle ved tildeling av trygdeytelser som et problem, bl.a. at legenes nære kjennskap til pasienten kan svekke vedkommendes nøytralitet. (side 86).

Et grunnleggende problem er sykdomsbegrepet. Hvem er «syke» i folketrygdens forstand, og hvem har redusert inntektsevne på grunn av sykdom? Det ser ut til at sykdom er et for viktig begrep til at noen får rett til å definere det. Før baserte trygden seg på at legene kunne avgrense begrepet på en rimelig måte. Med en legestand som antakelig tar hensyn til sykdomsbegrepet blant pasientene i større grad enn før, blir legene mindre velansette som sakkyndige på vegne av samfunnet, slik sitatet over viser.

Jeg tror at denne kritikken av legene som sakkyndige for trygden er uhensiktsmessig. Selvfølgelig kan ikke medisinen si klart hvem som er syke til å forsørge seg selv. Slik sett kan kritikken mot legenes rolle i trygden være prinsipielt riktig. Legeattestene må basere seg på en stor grad av skjønn, slik Terum og Nergård sier i sitatet. Hvor velbegrunnet skjønn er, kommer for det første an på hvor klar sammenhengen er mellom den aktuelle sykdommen og arbeidskravene. For det annet blir rommet for skjønn mindre jo bedre legen kjenner både sykdommen og arbeidsplassen.

Sagt på denne måten blir det klinkende klart at rommet for skjønn blir stort i de aller fleste saker. Unntaket er de søkerne som har et alvorlig tap av arbeidsevne på grunn av en opplagt sykdom, for eksempel hjertesvikt hos

arbeidstakere med kroppsarbeid eller markante smerter på grunn av kreft. Slike søkere er det få av. En del flere bør sykmeldes fordi sykdomsbehandlingen krever avlastning, for eksempel ved senebetennelse i en skulder eller fremmøte til cellegiftbehandling for kreft. Da er både samfunn og pasient tjent med at behandlingen gjennomføres for å redde arbeidskraft for fremtiden.

Men de opplagte tilfellene av sykmelding eller uførepensjon utgjør en mindre andel av alle som søker slike ytelser. Flere syke kunne gått på jobb. Mange har tilstander som ikke opplagt er en sykdom, for eksempel lumbago eller depresjon. Noen har en veldefinert sykdom, for eksempel hjerteinfarkt eller angina pectoris, men det er ofte mindre klart at de er arbeidsuføre enn mange tror. Veldefinerte diagnoser gir ikke veldefinerte grenser for arbeidsfunksjon eller andre former for gradering av plagene. Slik sett skiller de seg ikke fra lumbago eller neuroser.

Er det så rimelig å bruke leger i trygden? Jeg tror ja, av flere grunner som blir lite diskutert i dagens trygdepolitiske klima. Den viktigste grunnen er at legen er den eneste som gjerne *følger søkeren tett over lengre tid*.

### Søkerens rådgiver

Det blir ofte glemt i dagens debatt at legene slett ikke ønsker trygdede pasienter, men pasienter som gjenvinner flest mulig funksjoner, inklusive arbeidsevne. I denne prosessen er vi gjerne «pasientens advokat», som det ofte heter i dag, fordi det er pasienten som vi vil skal følge rådene våre og bli frisk.

Vi rår ofte folk til å ta i mot en trygdeytelse, for eksempel sykmelding, og vi forsøker en sjelden gang å overbevise en som ikke vil, til å bli sykmeldt. Det kan for eksempel gjelde en sykmelding ved senebetennelse som vi tror blir mye mer langvarig om den ikke får ro nå. Men mye oftere rår vi folk til å fortsette i arbeid i stedet for å være sykmeldt eller å søke uførepensjon. Det kan være en pasient som optimistisk håper å bli bedre av en artrose med ro og behandling, og som får avslag av legen fordi en slik behandling ikke hjelper. Langt viktigere er det store antallet som vi holder i arbeid i årevis med korte sykemeldinger og gode råd.

### Medisinsk riktig sykmelding

Kort oppsummert kan vi si at legens oppgave er å skrive sykmeldinger som er mest mulig medisinsk riktige, det vil si slike som fører til bedring av tilstanden med minst mulig bivirkninger (Wergeland 2006). Samtidig skal vi ikke påføre samfunnet større utgifter med sykmeldingen enn det som står i forhold til den medisinske gevinsten.

Myndighetene undervurderer grovt denne rådgivingsprosessen overfor



potensielle trygdesøkere. Det virker som de tror at i dag har vi det maksimale tenkelige antallet sykmeldte og uførepensjonerte, så høye som disse ratene er nå. Alle de som ikke søker trygd, kjenner de i ethvert fall ikke til. Jeg kan forsikre om at det kunne vært mange flere. Det får vi et godt indisium på når vi ser andelen av befolkningen som er i arbeidsstyrken. Den andelen er overlegent størst i de tre skandinaviske landene, og forholdene er ganske like i hvert av dem. Selv om statistikken ikke viser det, er det antakelig flest i betalt arbeid i Norge, fordi vi har få arbeidsløse og mange 60-åringer i arbeid.

Men myndighetene synes kanskje det er en mager trøst at vi har flest i arbeid, når så mange er sykmeldt eller på uførepensjon? Det kunne jo vært enda flere i arbeid, «om ikke legene var så snille».

Det spørres om vi er så «snille». For en del år siden leste jeg over tusen saker om søkere på uførepensjon. Det ga meg ikke inntrykk av at legene var snille. De hadde bidratt til å holde mange i arbeid i årevis ved sykmeldinger og kanskje attføring. Av de som søkte på uførepensjon, anbefalte legene avslag i 9% av sakene, for det aller meste hos søkere som de kjente godt og hadde fulgt i årevis (Claussen og Bjerkedal 1999). Av disse fikk likevel 29% pensjon av trygden.

### **Hvem andre kan gi råd til søker og NAV?**

Trygdeytelsene bør fordeles mest mulig rettferdig i overensstemmelse med allmenn rettsoppfatning. Det kan absolutt diskuteres hvor godt vi greier det i Norge i dag. Det er lett å tenke seg at det kan bli verre. Hvordan det kan bli bedre, er vanskeligere å foreslå. Vi vet i ethvert fall at et slikt system er nødt til å bli langt fra perfekt.

Alternativet til legene er vel helst det vi finner i det danske systemet. Ved søknad om invalidepensjon gjør funksjonæren på trygdekontoret en funksjonsvurdering. Det går, antakelig fordi trygdesystemet er mer kommunalt enn vi er vant til og likner mer på våre sosialkontorer (Brage og medarbeidere 2002). En annen grunn kan være at trygdesystemet alltid har vært mindre strengt enn i Norge. For eksempel er tidlig avgang fra arbeidslivet mye mer akseptert enn hos oss. Sykmeldinger er det derimot ikke mye spørsmål etter, fordi arbeidsgiverne stort sett godtar egenmeldinger. Til gjengjeld har danskene ingen beskyttelse mot oppsigelse ved sykdom, slik Norge og Sverige har. Tvert i mot blir mange rutinemessig sagt opp etter for eksempel seks måneders sykefravær. Det går fordi oppsigelser og jobbbytte er mye vanligere i Danmark enn vi er vant med.

Noen tror at et juridisk system burde erstatte det medisinske i trygden. Avgjørelsene om trygdeytelser er jo juridiske (Kjønstad 1998). Kanskje ville en rettsakslignende prosedyre gi mer rettferdighet? Antakelig ville det

være tilfellet, om det lot seg gjennomføre. Husk at her er det snakk om store mengder avgjørelser. I 2004 behandlet trygden tretti tusen saker om uførepensjon, ca. femti tusen saker om attføring eller rehabilitering, og i alt ca. 535 000 tilfeller av sykmelding. Vi leger tilhører en yrkesgruppe som er vant til å få saker unna, juristene er ikke det.

### **Avskaffe folketrygden?**

Dette er det prinsipielt rettferdige standpunktet som de ekstreme markedsliberalsitene går inn for. De vil som regel støtte en sosialhjelp som hindrer at folk forkommer helt i en vanskelig situasjon. Ellers vil markedet løse de sosiale spørsmålene, bare det får virke fritt (Hodne 1981). Ved arbeidsløshet vil lønningene snart falle, det vil lønne seg å investere og så blir arbeidsmarkedet klarert igjen.

Dermed er de mange problemene med en sosialforsikring løst. Enkeltindivider og familier får ansvaret for seg selv. Og problemene er som nevnt mange, både prinsipielle og praktiske. Den amerikanske sosiologen Deborah Stone (1984) mener disse problemene er uløselige og anbefaler ikke USA å innføre et slikt system som det hun studerte i Tyskland.

Det tok da også tid å få til en folketrygd i Norge. De første forslagene kom fra Arbeiderkommisjonen av 1894, nye fulgte i 1907, 1918, 1920, 1923 og 1935, mens en allmenn folketrygd først kom i 1967 (Seip 1994). Både finansiering, medlemskap og kriterier for ytelsene var vanskelige spørsmål med mange mulige svar.

### **Folketrygd er bra**

Når vi likevel fikk en forholdsvis omfattende folketrygd i vår del av verden, er det fordi sosialforsikring har mange gode og viktige sider. For det første har mange familier ikke ressurser til å ta seg av syke og uføre medlemmer. Erfaring viser at en fattigkasse er alternativet for en ganske stor del av befolkningen. En liten velstående del vil greie seg brukbart på familieøkonomien, eventuelt støttet opp av private forsikringer. Men forsikringer er ingen god løsning på økonomiske påkjenninger ved sykdom, fordi de fleste av oss blir syke og trenger erstatning. Og en ganske stor del av de litt bedrestilte var redd deklassering, som det het i gamle dager da vi ikke hadde trygd, ved sykdom og uførhet.

Dette er de viktigste grunnene til at folketrygden alltid har vært populær. Ved galluper svarer fra 60% til 80% at de er positive til folketrygden, litt avhengig av hvordan spørsmålet stilles (Øverbye 2000). Samtidig svarer stadig flere, særlig unge voksne, at de er bekymret for om folketrygden vil dekke behovene deres i fremtiden. Private forsikringer øker samtidig. Det

er en dårlig utvikling, for forsikring er dyrt når det gjelder vanlige foreteelser som sykdom og alder. Kanskje er de lite å stole på i dårlige tider også. Folketrygden garanteres derimot av en sterk stat.

Minstelønn er et alternativ til folketrygden som er programfestet av partiet Venstre. Da får alle en sum fra staten hver måned og de fleste av oss en litt redusert lønn i tillegg. Fordelene er enkelhet og ingen administrasjon av en masse kompliserte støtteordninger.

Ulempene ved minstelønn kunne være små om beløpet omtrent svarte til uførepensjon for en arbeider, for eksempel 14 000 kr per måned. Da ville mange av de som ønsket mer, kunne tegne en mindre forsikring. Sosialklienter og studenter ville fått vesentlig mer enn i dag. Men en så romslig minstelønn virker helt urealistisk i dagens politiske situasjon. Den ville antakelig ligge nærmere en gjennomsnittlig sosialhjelp på 7 000 kr per måned (inklusive et sted å bo). Da er dagens kompliserte og nyanserte folketrygd bedre, fordi den gir en rimelig økonomisk trygghet til storparten av befolkningen.

Jeg tror at folketrygden er tjent med å beholde legerollen omtrent som i dag. Myndighetene bør bli flinkere til å se fordelene med legenes innsats i folketrygden og ikke bare håpe på strengere leger.

## Litteratur

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. *St.meld. nr. 9 (2006-07). Arbeid, velferd og inkludering*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2006.
- Brage S, Krohg M, Klockars M et al. Sosialforsikring i de nordiske landene. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2002; 122: 1486-91.
- Claussen B, Bjerkedal T. Søknader om uførepensjon før og etter innstrammingen i 1991. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 2182-6.
- Hodne F. *Norges økonomiske historie 1815-1970*. Oslo: Cappelens forlag, 1981.
- Kjønstad A. *Innføring i trygderett*. Oslo: Tano Aschehoug, 1998.
- OECD. *Sickness, disability and work – breaking the barriers*. Paris: OECD, 2006.
- Seip AL. *Sosialhjelpstaten blir til*. Oslo: Gyldendal, 1994.
- Stone D. *The disabled state*. Philadelphia: Temple University Press, 1984.
- Terum LI, Nergård TB. Medisinsk skjønn og rettstryggleik. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1999; 119: 2192-6.
- Wergeland E. *Arbeidsmiljøloven, sykefraværet og sekstimersdagen*. Oslo: Transit forlag, 2006.
- Øverbye E. *Commitment to welfare – a question of trust*. Oslo: NOVA, 2000.

*Bjørgulf Claussen*

*bjorgulf.claussen@medisin.uio.no*

## Om forfatteren

*Bjørgulf Claussen (f. 1944) er professor i trygdemedisin ved Universitetet i Oslo.*

# Kjøpt og betalt?

## Legens rolle i forsikringsbransjen

*Michael 2007;4:136–43.*

### **Sammendrag**

*De siste 15 årene er det blitt ansatt leger på heltid i private forsikringselskaper i Norge. Hva gjør disse legene i de store kontorbygningene der forsikringselskapene holder til? Jeg vil prøve å beskrive legens rolle i forsikringsbransjen fra to synsvinkler: innenfra som rådgivende lege i forsikringselskap og utenfra som samfunnsmedisinsk forsker.*

### **Hvem er forsikringsleger og hva gjør de?**

De siste 15 årene er det blitt ansatt et tjuetalls leger i private forsikringselskaper i Norge. Disse er rekruttert med varierende spesialistbakgrunn som ortopedisk kirurgi, nevrologi, indremedisin, fysikalsk-medisin, samfunnsmedisin og allmennmedisin.

Forsikringselskapene bestiller en god del medisinske vurderinger i form av legeerklæringer og sakkyndige spesialisterklæringer fra leger som ikke er ansatt av forsikringselskapene. Sakkyndigrollen og arbeidet til disse legene (som ikke er forsikringsleger) med legeerklæringer er godt beskrevet av andre (1,2) og vil ikke bli nærmere omtalt her.

Noe forenklet kan man si at forsikringsleger har to hovedoppgaver, vurdering av medisinske opplysninger ved tegning av forsikring og vurdering ved oppgjør av forsikring. Andre oppgaver som undervisning, forebygging av uførhet eller produktutvikling omtales ikke nærmere.

### **Tegning av forsikring**

Det er to hovedtyper av private forsikringsordninger, de lovbestemte og de frivillige. Eksempler på lovbestemte er bilansvarsforsikring og forsikring mot yrkesskade og yrkessykdom. De er obligatoriske og styrt av offentlige lover og regler, men administrert av private forsikringselskaper.

Eksempler på frivillige forsikringer er ulike typer livs- og pensjonsforsikringer, ulykkesforsikring og reiseforsikring. En frivillig forsikringsavtale

starter med at det inngås en avtale mellom en kunde og et forsikrings-selskap, det kalles tegning av forsikring. Et hovedprinsipp i forsikring er at en bare kan forsikre fremtidig og ukjent risiko. Man kan ikke forsikre noe som allerede har inntruffet (for eksempel sykdom eller uførhet) eller noe man kjenner til at vil inntreffe i fremtiden. Hvis en person ønsker å tegne forsikring mot død, uførhet eller sykefravær, vil forsikringsselskapet vurdere om eventuelle helseproblemer personen allerede har utgjør en vesentlig økt risiko for fremtidig død, uførhet eller økt sykefravær. Avhengig av hvordan risikoen vurderes gis det tilbud om forsikring på normale vilkår eller med høyere pris, forbehold om at forsikringen ikke dekker spesielle forhold (såkalte reservasjoner) eller det gis avslag.

De fleste risikovurderinger av helse ved tegning av forsikring er enkle og rutinemessige. Media har imidlertid et kritisk blikk på avslag og fokuserer på enkeltindividets rett til å kunne forsikre seg uansett helsetilstand. Hvis man er for «streng» i risikovurderingen og gir reservasjon eller avslag for hverdagsplager uten vesentlig betydning for fremtidig risiko for død og uførhet, vil man utelukke en stor del av befolkningen fra privat forsikring. Det er imidlertid bare den ene siden av saken. Hvis man er for «snill» og tar inn personer med betydelig økt risiko på normale forsikringsvilkår, betyr det at de som har normal risiko må betale vesentlig høyere pris på sin forsikring enn de ellers ville behøvd. Forsikring er et risikofelleskap der personer med omtrent samme risiko går sammen om å kompensere fremtidig uflaks (i dette tilfellet sykdom, uførhet og død) for dem som rammes. Medisinsk og epidemiologisk kunnskap er nødvendig og nyttig i denne balansegangen mellom rettferdig prissetting på individbasis og solidarisk inkludering.

Det finnes to ekstreme muligheter som kan gjøre medisinsk risikovurdering ved tegning av forsikring unødvendig. Begge disse alternativene vil gjøre privat forsikring overflødig. Hvis man omfatter alle innbyggere i en ordning, uansett risiko og allerede eksisterende sykdom, vil det være ensbetydende med at man gjør den aktuelle forsikringen til en offentlig og obligatorisk ordning. Hvis man på den annen side kunne klare å forutsi fremtidig risiko helt nøyaktig og dermed kunne gi helt riktig pris til hver enkelt, ville det ikke lønne seg å forsikre seg. Da ville det være bedre å ta den kjente risikoen selv og spare kostnadene som oppstår når forsikringsselskapet administrerer din risiko.

Hvordan forsikringsbransjen bør balansere i interessekonflikten mellom individets ønske om å komme i et gunstig risikofelleskap og samfunnets solidariske ønske om at flest mulig skal ha rett til å tegne private forsikringsavtaler, er etter min mening et verdispørsmål som kan være interessant i den politiske debatten.

## Oppgjør av forsikring

Forsikringslegen undersøker ikke den som er skadd personlig, men baserer sine vurderinger på innhentet medisinsk informasjon. Dersom den eksterne informasjonen hadde vært forutsigbar, ville behovet for selvstendig medisinsk vurdering i forsikringsselskapet blitt vesentlig redusert. Da ville samme skade gitt samme erstatning. Dessverre er det ikke slik. En del leger går langt i å være pasientens advokat (3) og dessuten er det store forskjeller på faglige og skjønsmessige vurderinger blant ulike leger. Det kan medføre stor variasjon i erstatningen den enkelte får ved samme type skade avhengig av hvilken lege som uttaler seg.

Forsikringslegen har derfor en viktig oppgave i å kvalitetssikre innhentet medisinsk informasjon slik at lik skade gir lik erstatning. Det innebærer at invaliditetsgrader kan bli både økt og redusert, blant annet fordi det finnes både «streng» og «snille» spesialister. Det er en takknemlig oppgave å foreslå at invaliditetsgraden skal settes opp, men når invaliditetsgraden blir redusert etter forslag fra forsikringsselskapets lege, blir det ofte klager.

Ved oppgjør av personskader er medisinsk invaliditet et sentralt begrep. Medisinsk invaliditet vurderes ut fra Sosialdepartementets invaliditetstabell fra 1997 (4). Som forsikringslege er man bundet av denne tabellen, da forutsetningen for forsikringsavtalen som er inngått, er at invaliditetstabellen gjelder. En revisjon og utbedring av tabellen er ønskelig, men ikke enkelt.

Vurdering av uføregrad er også sentralt ved oppgjør av personskader. Sett fra en forsikringsleges synsvinkel er det forbausende hvor små skader som kan gi full og varig uførhet, samtidig som andre med svære skader klarer å komme tilbake i full jobb. Dette er forskjeller som ser ut til å være betinget i mange forhold, dels forhold ved enkeltindividet (valgmuligheter, ressurser, motivasjon), i arbeidsgivernes vekslende vilje og evne til å tilrettelegge for og inkludere sine ansatte etter skade og sykdom, og i vekslende innsats og ressursbruk fra attførings- og hjelpeapparatet.

Som regel følger forsikringsselskapene den vurdering av varig ervervsuførhet som gjøres i NAV (Folketrygden). De siste årene er det kommet mange saker der Folketrygden innvilger tidsbegrenset uførepensjon, men der forsikringsavtalen (blant annet ved gjeldsforsikring) krever varig uførhet før erstatning utbetales. Da får forsikringslegen i oppdrag å vurdere om det er sannsynlig at den forsikrede kan komme tilbake i jobb, eller om det mest sannsynlig er en varig uførhet som Folketrygden skyver foran seg.

## Om å være lege på juristenes hjemmebane

En forsikringslege er en medisinere på borte-bane. Det er juss, lovverk og forsikringsvilkår som gjelder som rammeverk for virksomheten. Det betyr at

man blir stilt spørsmål med juristenes språk, begreper og problemstillinger. Det er slett ikke alltid de spørsmålene man som lege ønsker seg. Når en lege blir spurt om sammenhengen mellom en hendelse og en sykdom, blir svaret ikke sjelden «en slik sammenheng kan ikke utelukkes». Det er et svar som virker direkte provoserende på en forsikringsjurist. Juristen vil vite om det er mer enn 50 % sannsynlig om sykdommen hadde vært til stede dersom hendelsen ikke hadde skjedd. Men det spørsmålet er som regel verken medisinske kunnskaper eller medisinsk tankegang spesielt egnet til å gi gode svar på.

En annen forskjell mellom jurister og medisinere er hva som oppfattes som «gjeldende sannhet» i faget. Man kan misunne juristene deres evne og mulighet til å samle seg om begrepet «gjeldende rett». En rettskraftig dom forholder man seg til inntil det eventuelt kommer en ny dom som endrer eller justerer gjeldende rett. På samme måte som medisinere diskuterer kvaliteten på tidskriftartikler, kan juristene diskutere kvaliteten og riktigheten av domsavgjørelser. Men den eneste måten man kan endre «gjeldende rett» er å føre en ny sak som gir en ny rettskraftig dom. Slik ser det ut som om juristene i større grad enn medisinere har en «fasit» de kan være enige om å forholde seg til.

De fleste erstatningssaker løses uten at det oppstår konflikt og uten at partene er representert ved advokater. I mange slike saker har forsikringslegen en rolle som «medisinsk takstmann» og bidrar til at saken kan løses raskt og mest mulig riktig uten at det oppstår konflikt eller misnøye. I en slik fase av en sak ønsker begge parter et faglig godt og nøytralt råd fra forsikringslegen. Jeg synes det er en forholdsvis uproblematisk rolle, som muligens utføres best dersom begge parter er litt misfornøyd med rådene, men ikke mer misfornøyd enn at vurderingene aksepteres.

I en del saker utvikler det seg imidlertid etter hvert konflikt mellom partene, og kommunikasjonen skjer stort sett mellom advokater. Jeg mener at forsikringslegen bør forsøke å unngå å bidra til at det oppstår konflikt i saker der samarbeidsklimaet er godt. Det kan legen gjøre gjennom å være løsningsorientert og saklig. Når det først er oppstått konflikt, bør forsikringslegen også unngå å argumentere ensidig med den hensikt å posisjonere forsikringsselskapet i forhandlingsøyemed. Men hvis motparten argumenterer på en måte som oppfattes ensidig og kanskje usaklig, mener jeg det vil være naturlig at legen som er ansatt av forsikringsselskapet bidrar med motargumenter for å balansere saken. Rollen som leverandør av motargumenter synes jeg er vanskelig, og har ingen annen rettesnor å foreslå enn at argumentasjonen styres av faglighet og kunnskap, slik at en ikke lar seg friste til å besvare usaklighet med usaklighet.

Ordet «objektivitet» brukes mye av både medisinere og jurister. Objektivitet er etter min oppfatning et udiskutabelt honnørord i forsikringsbransjen og begrepets innhold problematiseres ikke så ofte. Hans Magnus Solli har imidlertid beskrevet en rekke betydninger av begrepet objektivitet (5,6). Jeg synes begrepet «vitenskapsteoretisk objektivitet» er en god rettesnor for hvordan leger i forsikring bør utforme sin rolle – jeg oversetter det til en rolleposisjon der man forsøker å bruke sitt fag og sin kunnskap på beste måte i en nøytral posisjon i forhold til eventuelle parter i en interessekonflikt. Mener man derimot at man kan forvalte en «ontologisk objektivitet» i form av at man gjennom sin kompetanse vet hva som er riktig i erstatningssaker, havner man lett på ville veier. Vi er alle subjektive individer som tar med oss vår erfaring og dermed våre fordommer inn i det faglige skjønnet vi utøver. Det bør man være klar over.

Bruken av begrepet objektivitet i form av at noen skader og sykdommer kan påvises ved hjelp av undersøkelser (objektive funn) og dermed framstår mer troverdige enn skader og sykdommer som ikke kan vise til objektive funn, er også utbredt i forbindelse med erstatningssaker. Det ville vært enklere om bare skader og sykdommer som kunne påvises med sikkerhet gjennom undersøkelser, kunne gi erstatning. Men det er dessverre slik at selv veletablerte medisinske undersøkelser må tolkes, og det er ofte stor variasjon i konklusjonene avhengig av hvem som tolker undersøkelsene. Det er også nokså tilfeldig hvilke sykdommer og skader som det er utviklet medisinsk teknologi med rimelig sikre diagnostiske tester for. Intuitivt synes jeg det virker galt at det skal ha avgjørende betydning for erstatningsnivået hvor langt den medisinske utviklingen for en bestemt skade eller sykdom er kommet. Jeg er derfor negativ til å legge større vekt på såkalt objektive funn i forsikringsmedisinen, og tror ikke at en kan unngå skjønn og subjektivitet.

Jeg ønsker meg derfor en mer nyansert bruk og forståelse av begrepet objektivitet og dets muligheter og begrensninger. En diskusjon om begrepet objektivitet bør gå langt utover det spørsmålet media og partene i rettskonflikter synes å være mest opptatt av, nemlig spørsmålet om habilitet og om hvem som betaler hvem for en uttalelse.

### **Etikk – kjøpt og betalt?**

Det er opplagt at forsikringslegen er «kjøpt og betalt» i den forstand at hun eller han er ansatt av forsikringsselskapet. Det at det har vært så sterkt fokus på nettopp dette, kan etter min erfaring ha hatt en paradoksalt effekt ved at man i forsikringsbransjen har respekt for den frie faglige posisjonen legene vil ha. Personlig har jeg følt at min faglige integritet sjelden har vært satt



under press i arbeide som forsikringslege. Slikt press har jeg oftere opplevd som offentlig ansatt lege i forhold til administrasjonens og politikernes ønsker og som allmennmedisiner i forhold til pasienters ønsker. Det som imidlertid lett kan skje når man er ansatt i et forsikringsselskap, er at man sosialiseres inn i organisasjonen, og dermed påvirkes slik at en ser verden med sin organisasjons «briller». Det er nok en mekanisme som gjelder i alle ansettelsesforhold, men det kunne løse noen problemer om deler av det forsikringsmedisinske arbeidet ble organisert uavhengig av partene, slik for eksempel Røsæg-utvalget har foreslått (7).

Forsikringslegen er som tidligere nevnt en «takstmann» som skal bidra til å sammenligne ulike skader og sykdommer etter alvorlighetsgrad eller «verdi». Men er det egentlig mulig å sette en «verdi» på skade eller sykdom på en rettferdig og fornuftig måte? Kan det være riktig at pianisten og sangeren får samme tabellariske medisinske invaliditet etter amputasjon av en finger? Det er fristende å si nei. Men konsekvensen av det er at det ikke er grunnlag for å forsikre personskader, verken privat eller offentlig (Folketrygden). Hvis ikke sykdommers eller skaders alvorlighetsgrad kan vurderes, kan det ikke beregnes en erstatning eller fastsettes en uføregrad. Så selv om forsikringslegen er del av et system som er ikke er fullkomment når det gjelder likebehandling og rettferdighet, så bygger sentrale trygghetsordninger i vårt velferdssamfunn på at skader og sykdom faktisk kan «takseres». Og da tror jeg det er en fordel at fagfolk er med på takseringen.

### **Forsikringsvirksomhetens virkning på folkehelsen**

Når offentlige organisasjoner skal gjennomføre viktige samfunnstiltak lokalt eller sentralt, er det sett fra en samfunnsmedisinsk synsvinkel ønskelig at en systematisk utreder positive og negative effekter av tiltaket i forhold til effekter på helsen. Arbeidsformen kalles helsekonsekvensutredning (8). Hva er helsekonsekvensene av forsikringsbransjens produkter og virksomhet? Hvilke helsekonsekvenser vil det ha å innføre nye forsikringsprodukter? Dette er selvfølgelig ikke lette spørsmål å besvare, men jeg ser et behov for medisinsk kompetanse på dette feltet.

I dagens samfunn der individets frihet verdsettes høyt, vil nok de fleste mene at muligheten til å betale for å sikre seg bedre mot sykdom og uførhet enn sikkerhetsnettet det offentlige kan gi, er et gode. Man bør ha rett til å kjøpe seg økt sosial trygghet.

Men dagens forsikringsordninger har også negative effekter i forhold til folkehelsen. En bivirkning er tiden det tar å få avgjort erstatningssaker. Ventetiden oppleves av mange som en belastning, ofte i en periode av livet der de har det ekstra vanskelig. Belastningen og usikkerheten som erstat-

ningssaken medfører kan være en vedlikeholdende og forsterkende faktor i sykdoms- og uføreprosessen. Det er et godt argument for å forsøke å redusere saksbehandlingstiden. Men slike saker må nødvendigvis ta ganske lang tid. Før en skade kan vurderes i forhold til varig medisinsk invaliditet og ervervsmessig uføregrad, må den være stabil og ferdigbehandlet. Og det tar vanligvis 1-2 år eller mer.

En annen belastning er at en del føler seg mistrodd og «kikkert i kortene» gjennom informasjonsinnhentingen som skjer i saksbehandlingen. Det kan føre til at den enkelte som har en erstatningssak kan føle (trolig oftest ubevisst) et behov for å vise både sine omgivelser og forsikringsselskapet at man virkelig er alvorlig skadet eller syk. Det vil kunne gi økt fokus på symptomer og funksjonssvikt, og være en hindring for å orientere seg mot nye løsninger. Problemet med at man føler seg mistrodd under saksbehandlingen, kan reduseres gjennom god informasjon og kommunikasjon fra forsikringsselskapet. Problemet kan imidlertid ikke fjernes helt. For selv om jeg mener «folk flest» er både nøkterne og ærlige når de søker om erstatning, kan man ikke stole fullstendig på all informasjon som kommer inn. Man kan ikke innføre «selvbestemt erstatning». Det er nødvendig med noe kontroll for å unngå at erstatningsutbetalingene blir så store at prisene på forsikring for personskade og uførhet blir uakseptable for flertallet. Forsikringslegen kan bidra til kortere saksbehandlingstid og redusert konfliktnivå i mange saker gjennom å være løsningsorientert. Men det at forsikringsoppgjøret kan ha uheldige effekter, er dessverre til en viss grad en uunngåelig bivirkning av systemet.

Forsikringsselskapene har en mulighet til å være nyttige i arbeidet for å bedre folkehelsen som jeg synes er dårlig utnyttet. De sitter inne med store mengder data som kunne vært brukt til forskning om skadeforebygging, trygdemedisin, yrkessykdommer eller uføreepidemiologi. Men dataene er dessverre ikke så lette å utnytte til forskning som man kunne ønske seg. Jeg tror forholdsvis små endringer i registreringsrutiner på sikt kunne åpne gode muligheter for nyttig forskning. Rollen som rådgiver og tilrettelegger av forsikringsbransjens data for forskning er en rolle de norske forsikringslegene foreløpig i liten grad har kommet inn i.

### **En spennende rolle**

Legens rolle i forsikringsbransjen er en spennende rolle, i et faglig møtepunkt der medisinen møter juss og forsikringsfag. Alternativet til fortsatt legeengasjement i forsikringsbransjen slik den fungerer nå, er at man går tilbake til at jurister og forsikringskonsulenter vurderer kompliserte medisinske spørsmål på egen hånd. Forsikringsmedisin er et ungt fag som

trenger fagutvikling og forskning, både i forhold til praktiske arbeidsverktøy og etiske og samfunnsmedisinske problemstillinger.

## Litteratur

1. Ødegaard JE. Forsikringsmedisin og spesialistdokumentasjon. I: Juel NG. *Norsk fysisk medisin*. Bergen: Fagbokforlaget 1999; s. 75-80
2. Mæland JG. *Veileder i trygdemedisin*. Oslo: Gyldendal 2003.
3. Gulbrandsen P, Aasland OG, Førde R. Legeattester for å hjelpe pasienten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124:192-4.
4. <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19970421-0373.html>
5. Solli HM. Medisinsk sakkyndighet, objektivitet og rettferdighet I uførepensjonssaker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123:2072-5.
6. Solli HM, da Silva AB, Lie RK, Bruusgaard D. Biomedisinsk sykdomsmodell og rettferdig fordeling av uførepensjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005;125:3293-6.
7. Krogh M. Nøytral oppnevning av medisinsk sakkyndige vil gi raskere personskadeoppgjør. *Finansmagasinet* 2002; nr 4: 10-11.
8. Larsen Ø. (red.). Helsekonsekvensutredninger. *Michael* 2006;3, hefte 4 (s. 169-288).

*Bård Natvig*

*Universitetet i Oslo*

*Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin*

*Seksjon for arbeids- og trygdemedisin*

*Postboks 1130 Blindern, N-0318 Oslo*

*bard.natvig@medisin.uio.no*

## Om forfatteren

*Bård Natvig (f. 1955) er postdoktorstipendiat ved Universitetet i Oslo, dr.med. og spesialist i samfunnsmedisin og allmennmedisin. Han forsker på muskelskjelettplager i befolkningen (Ullensakerundersøkelsen) og har vært distriktslege og allmennlege i Engerdal, Nittedal og Ullensaker. Han har vært rådgivende lege i Storebrand, If og KLP.*

# Salutogenese – hva er det?

*Michael 2007;4:144–9.*

## **Sammendrag**

*Sosiologen Aaron Antonovskis begrep «sense of coherence» rommer en viktig komponent i de enkelte menneskers mestring av egen helse og egne helseproblemer. Med «empowerment» kan de selv dra nytte av salutogene, dvs. helsefremmende faktorer som f. eks. kan hjelpe dem tilbake i arbeidslivet etter sykdomsperioder. Positive virkninger av salutogen innsats er påvist gjennom flere forskningsprosjekter, blant annet ved evaluering av NaKuHel-konseptet, slik det har vært anvendt ved senteret av samme navn i Asker utenfor Oslo. Skal prinsippene om «sense of coherence» og «empowerment» virke, forutsetter de imidlertid at deltakerne har en styrende rolle i aktivitetene, hvilket kan vekke motstand hos fagpersonellet, f. eks. legene.*

Når vi har gode opplevelser i hverdag og fest, øker dette vår trivsel, det gir oss indre glede og styrker vår helse. Dette kan være en god samtale med naboen eller familien, eller et velsmakende måltid med sunne ingredienser, gjerne servert i godt selskap med nære venner. Frisk luft der vi bor, muligheter for stillhet og vakker musikk i passende stunder er andre eksempler på helsefremmende opplevelser. Det samme gjelder kunst- og naturopplevelser (1). Dette er salutogene faktorer i våre liv, i motsetning til de patogene som er sykdomsfrembringende faktorer.

Eksempler på patogenese er forurenset luft, store mengder alkohol, tobakk, mettede fettsyrer, støy, urent drikkevann, bakterier og virus. Patogene faktorer kan føre til sykdom på både kort og lang sikt. Medisinen har et sterkt fokus på patogene faktorer. Helsefremmende arbeid søker å rette oppmerksomheten mer mot *salutogenese*, det vil si de faktorene som bidrar til at vi opprettholder god helse selv om vi utsettes for patogene faktorer (2).

## **Salutogenese og «sense of coherence»**

Begrepet salutogenese er av den israelske sosiologen Aaron Antonovsky beskrevet som aktiviteter som styrker eller fremmer vår helse (3,4). I følge Antonovsky kunne helse forstås som et kontinuum på en akse mellom absolutt sykdom (dis-ease) og fullstendig sunnhet (ease). Evnen til å nyttgjøre seg sin egen totale situasjon og egen kapasitet til å bruke tilgjengelige ressurser, ble kalt følelse av tilhørighet, eller «sense of coherence» (5,6). Denne kapasiteten var en kombinasjon av folks mulighet til å oppnå en forståelse av den situasjonen de var i, og det å finne en mening i å bevege seg i en helsefremmende retning. Med andre ord det å ha kapasitet til å foreta seg slike handlinger.

En gjennomgang av ca 470 arbeider hentet fra nyere forskning (1992-2003) på dette feltet viser at «sense of coherence» har en tendens til å øke med alderen (7). Den kan også predikere positive helseeffekter sett i et lengre perspektiv. Men det viser seg at dette fenomenet heller er flerdimensjonalt enn endimensjonalt, slik Antonovsky selv antok.

## **Helsefremmende arbeid gjennom salutogenese og «empowerment»**

Blant salutogene faktorer som styrker helsen, finnes ikke bare naturlige fysiologiske behov som for eksempel vann, luft og mat, men også kulturelle og psykologiske behov som sang, musikk, billedkunst og kunsthåndverk (8). Også turer i skog og mark, hagearbeid, kontakt med blomster, grønne planter, dyr og fugler kan regnes som salutogene og helsefremmende.

På 1980-tallet tok Europakontoret i Verdens Helseorganisasjon (WHO) initiativ til å utvikle en ny forståelse for begrepet helsefremmende arbeid, dvs. «health promotion» (9). Det nye helsefremmende arbeidet bygde blant annet på følgende prinsipper:

- Helsefremmende arbeid må rette seg mot helsepåvirkninger i folks hverdagsliv og ikke spesielt mot høyrisikogrupper.
- Helsefremmende arbeid skal bidra til å redusere ulikhetene i helse mellom folk.
- Helsefremmende arbeid må kombinere forskjellige tilnærminger og metoder.
- Helsefremmende arbeid må stimulere til aktiv deltakelse fra befolkningens side.

## **«Empowerment»**

Begrepet empowerment kan oversettes med «det å vinne større makt og kontroll over» (9). Det betyr at folk må få mer kunnskap om helsefrem-

mende forhold, kunne påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen, og kunne delta aktivt i arbeidet for et sunnere samfunn lokalt og globalt.

I det helsefremmende arbeidet betraktes ikke folk som en målgruppe, men som aktive samarbeidspartnere. Det betyr at både mål og strategier må være åpne for diskusjon fra befolkningens eller deltakernes side. I stedet for å basere tiltakene på hva eksperter mener er best, ønsker en å involvere de aktuelle gruppene i alle fasene av arbeidet. Det vil si at en åpner opp for behov og ønsker som er i befolkningen. Målgruppen foretar selv prioriteringer og medvirker i gjennomføringen av tiltakene. Erfaringene som blir gjort, føres tilbake til befolkningen. En slik bruker- og befolkningsmedvirkning forutsetter at de profesjonelle gir fra seg makt og styring. Det helsefremmende arbeidet krever altså en annen måte å arbeide på for «eksperterne», noe som kan være både vanskelig og truende for dem.

### **Kultur som salutogenese**

Forholdet mellom helse og deltakelse i kulturlivet har vært belyst i en doktorgrad fra Universitetet i Umeå (10,11). Deltakelse i musikkliv, kino, teater, drama og museumsbesøk var blant de faktorene som ble undersøkt i forhold til helse. Rent statistisk var det en positiv gevinst i det å delta i kulturarrangementer i fritiden. Stimulering ved å delta i kulturtilbud reduserte også blodtrykket og nivået på binyrebarkhormonet ACTH hos deltakerne. Effekten av deltakelse i kulturlivet ble funnet til tross for mulige gevinster på grunn av samspill i grupper osv. Studien fra Umeå konkluderer med at det er nær sammenheng mellom helse og det å være bevisst bruker av kulturtilbud eller drive fritidsaktiviteter.

### **Utprøving av Natur-Kultur-Helse konseptet praksis**

Eksempler på hvordan salutogenese kan gi næring og trivsel i våre liv finner vi i Natur-Kultur-Helse-aktiviteter (12). Dette kan være sang og musikk, kunst og drama, kontakt med dyr og planter, friluftsliv og naturopplevelser, sunn ernæring, dialog og sosialt samvær, osv.

Mange søker selv salutogene opplevelser i fritiden, men for andre, som for eksempel de som har psykiske lidelser, er det ofte nødvendig at samfunnet tilrettelegger for slike aktiviteter. Ikke alle er friske nok eller har overskudd til selv å ta salutogene tilbud i bruk. Inkluderende felleskap der den unike erfaring vi alle bærer på kan bli sett og verdsatt av andre, er her helt sentralt. Vi er alle deltakere og vi kan lære av hverandre. Inkludering i salutogene aktiviteter og felleskap er sannsynligvis en nødvendig vei å gå dersom ikke bare de mest «vellykkede» i samfunnet skal få styrke sin sosiale

kapital og helse. Dersom alle får være deltakere i felleskapet ut fra egen forutsetning, vil flere trives for dermed å kunne føle seg likeverdige og betydningsfulle i dagens samfunn.

Forløsning og bevisstgjøring av egne talenter og kreativitet er en viktig tanke bak Natur-Kultur-Helse-konseptet (NaKuHel) (8). Kreativitet i denne sammenheng handler om praktisk handling, egenaktivitet og skapende virksomhet. Hvert individ vil gjennom ulike aktiviteter kunne oppleve at f.eks. dans, musikk, maling eller turer i naturen gir en indirekte effekt med følelse av livsgnist, inspirasjon og lyst til rehabilitering. For personer som er sykmeldte kan dette være veien tilbake til yrkesaktiv virksomhet. Den direkte, korteste veien gjennom målrettet yrkesrettet atferd kan være en hjelp for enkelte, mens det for andre vil det være nødvendig å gå en mer indirekte og kreativ vei for å komme tilbake i arbeidslivet. Veien via skapende virksomhet kan gi oss følelse av mening og tiltakslust. Denne «NaKuHel-effekten» basert på «omveienes filosofi» er for mange den beste måten å øke sin funksjonsevne på. Senere vil de lettere kunne bli inkludert i dagens arbeidsliv.

Evaluering av tilbud med Natur-Kultur-Helse-aktiviteter i nærmiljøet i Asker har vist at dette kan påvirke deltakernes livskvalitet, helse og miljøbevissthet (8,13). To tredjedeler av de 122 som inngikk i studien, mente de hadde fått et bedre liv etter at de deltok i aktivitetene ved NaKuHel-senteret. Dessuten hadde 77 % en følelse av at de kunne gjøre andres tilværelse meningsfull. Hele 79 % hadde fått flere å dele opplevelsene sine med. I en tid da individet står i fokus, mer enn familien, og stadig flere bor alene, er det viktig å legge til rette for kreative og inkluderende møteplasser i samfunnet. Dette er «sense of coherence» i praksis.

Utviklingen av Nasjonalt senter for Natur-Kultur-Helse i Asker har vært drevet etter «empowerment»-prinsippet. Initiativtakerne har lagt til rette for en felles arena og møteplass der interesserte deltakere fra alle samfunnslag har blitt inkludert med stor frihet til å få realisere sine egne ideer. Etterhvert som senteret gradvis ble mer bærekraftig, har «ekspertene» gitt fra seg makt og styring.

### **Salutogenese kontra medisin og sykefravær i vår tid**

Det er likevel flere paradokser i dette arbeidet, blant annet utfordringer med å få helsemyndighetene, både lokalt, regionalt og nasjonalt, til å bevilge penger til denne type *fler- og tverrsektorielt samarbeid* som er mer befolkningsstyrt enn ekspertstyrt. Heller ikke ved universitetene i Norge gis undervisning og forskning i helsefremmende arbeid og salutogenese særlig prioritet. Det tradisjonelle medisinske paradigmet har nok proble-

mer med begrepet *empowerment*, dvs. det å gi fra seg makt og styring fra «ekspertene» til befolkningens egne representanter.

Natur-Kultur-Helse-senteret på Sem i Asker har hatt som målsetting å prøve ut om salutogenese og «sense of coherence» lar seg gjennomføre i praksis. Selv om NaKuHel-prosjektet ennå er i en tidlig fase, mener vi at evalueringen til en viss grad viser at dette har vært mulig (8,12,13).

Antonovsky har hevdet at en viktig salutogen faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende. En kan spørre seg om den endringsfilosofien som dagens politikk og næringsliv baseres på i en stadig mer hurtiggående karusell, er i pakt med Antonovskys syn på forutsetninger for god helse. Kanskje er det ikke så rart at andelen syk-meldte og uføre har økt betydelig i Norge og Sverige de siste ti årene (14)?

## Litteratur

1. Tellnes G, Larsen Ø, Flotve R (red.). *Kunst, natur og livskvalitet*. Oslo: Nature- Culture-Health International, 2006.
2. Tellnes G. Public health and the way forward. In: Kirch W. *Public Health in Europe*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2003.
3. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987
4. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1996; 11: 11-18.
5. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiology Community Health* 2005; 59: 440-442.
6. Noack RH. Building the modern public health: perspectives, theory and practice. In: Tellnes G (ed.). *Urbanisation and health. New challenges in health promotion and prevention*. Oslo: Oslo Academic Press (Unipub), 2005.
7. Ericsson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiology Community Health* 2005; 59: 460-466.
8. Tellnes G. *Samspillet Natur-Kultur-Helse. NaKuHel-konseptet i teori og praksis*. Oslo: Unipub forlag, 2003.
9. Mæland JG. *Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug, 1999.
10. Konlaan BB, Bygren LO, Johansson S-E. Visiting cinema, concerts, museums or art exhibitions as dominant of survival: a Swedish fourteen-year cohort follow up. *Scand J Public Health* 2000; 28: 174–178.
11. Konlaan BB. *Cultural Experience and Health: The coherence of health and leisure time activities*. Umeå: Umeå University Medical Dissertations, 2001.
12. Batt-Rawden KB, Tellnes G. Nature-culture-health activities as a method of rehabilitation: an evaluation of participant's health, quality of life and function. *International Journal of Rehabilitation Research* 2005; 28: 175–180.
13. Tellnes G, Berge KB, Hauge LS. *Natur-Kultur-Helse-aktiviteter i Akershus. Rapport fra et tverrsektorielt modellforsøk i Asker basert på helsefremmende arbeid, forebygging og hel- hetlig rehabilitering*. Asker og Oslo: NaKuHel-stiftelsen og IASAM, Universitetet i Oslo, 1998.



14. Alexanderson K. Research on sickness absence and disability pension. In: Tellnes G (ed.). *Urbanisation and health. New challenges in health promotion and prevention*. Oslo: Oslo Academic Press (Unipub), 2005.

*Gunnar Tellnes*

*Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin*

*Seksjon for arbeids- og trygdemedisin*

*Universitetet i Oslo*

*Postboks 1130 Blindern, NO-0318 Oslo*

*gunnar.tellnes@medisin.uio.no*

### **Om forfatteren**

*Gunnar Tellnes (f. 1949) er professor i trygdemedisin ved Universitetet i Oslo siden 1991 og professor II i forebyggende helsearbeid ved Høgskolen i Akershus siden 2001. Distriktslege på Værøy og Røst 1979–84. Spesialist i allmennmedisin 1989 og i samfunnsmedisin 1990. Styreleder i Stiftelsen NaKuHel 1994–99. Prodekan og dekan ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 1996–99. President i European Public Health Association (EUPHA) 2004–05. Styreleder i Norsk forening for folkehelse, 1998-07.*

# Å formidle kunnskap til helsepersonell

*Michael 2007;4:150–61.*

*Tilgang til nyttig kunnskap for helsepersonell er en forutsetning for gode helse-tjenester. Nyttig kunnskap er kunnskap som er pålitelig, relevant og oppdatert og anvendelig i en gitt situasjon.*

*Formidling av kunnskap til helsepersonell har gjennom tidene endret seg på bakgrunn av medisinens utvikling, helsepersonellets behov og ny teknologi.*

*Helsepersonell har behov for og etterspør ulike former for kunnskap. Det har vært vanlig å organisere slik kunnskap ut fra teksttype og fagområde. En annen måte å organisere kunnskapen på er ut fra brukssituasjon: i pasientmøtet, før/etter pasientmøtet og utenom pasientmøtet, samt i samfunnsmedisinsk arbeid.*

*Moderne informasjonsteknologi gjør det mulig å organisere kunnskap på flere måter – samtidig.*

*Økende kunnskapsmengde og større krav til faglig oppdatering forutsetter bedre kompetanse i kunnskapsinnhenting og -håndtering. Helsebiblioteket er en elektronisk kunnskapstjeneste som gjør nyttig kunnskap lettere tilgjengelig for norsk helsepersonell.*

Kunnskap er makt, hevdet Francis Bacon (1561-1626) for 400 år siden. Helsetjenesten er en kunnskapsorganisasjon og helsepersonell har både ansvar og makt gjennom den kunnskap de forvalter. I daglig praksis bruker leger, sykepleiere og andre tilgjengelig kunnskap i forebygging og behandling. Ofte er den tilgjengelige kunnskapen utilstrekkelig. Kanskje finnes bedre kunnskap et eller annet sted man ikke kjenner til eller ikke har tid til å lete, men i blant er selve kunnskapsgrunnlaget mangelfullt. Da må ny kunnskap fremskaffes.

Kunnskapens «livssyklus» er i teorien enkel: På bakgrunn av observasjoner og erfaring stilles spørsmål. Disse spørsmålene som for eksempel kan

handle om effekten av ulike behandlingsmetoder, forsøkes besvart gjennom systematiske undersøkelser, forskning. Forskningsresultatene formidles gjennom ulike kanaler til helsepersonell som omsetter dem til handling. Nye observasjoner og erfaringer gjøres, nye spørsmål stilles, og nye forskningsprosjekter gjennomføres.

Kunnskap er sykdommers fiende, skriver Sir Muir Gray, redaktøren av det britiske helsebiblioteket (1). Det gjelder både pasienter og helsepersonell. Anvendelse av kunnskap, det å omsette kunnskap til handling, har større betydning for helse og sykdom enn noe nytt legemiddel eller noen ny teknologi som kan forventes å bli lansert.

### **Kunnskap i endring**

Medisinsk kunnskap er sagt å ha en kort halveringstid. Med det menes vanligvis at mye av dagens kunnskap blir ugyldig i løpet av kort tid. Ofte antydes en halveringstid på noen få, kanskje fem til ti, år. Dette er nok langt på vei en myte. For det første er det sjelden at kunnskap viser seg å være direkte uriktig, selv om det selvsagt skjer. Det er vanligere at kunnskapen forbedres, suppleres med mer detaljer og inkluderes i en ny forståelse av emnet. For det andre er det vist at det ikke tar ti, men kanskje 40 – 50 år før halvparten av behandlingsmetodene og «sannhetene» i indremedisin og kirurgi erstattes av nye (2-4).

Medisinsk kunnskap eksisterer imidlertid ikke i et vakuum, uavhengig av samfunnet omkring. Tolkningen av kunnskap og omsetningen av kunnskap til praksis påvirkes av teknologi, økonomi, politiske og ideologiske strømninger og en rekke andre forhold. Endringer i slike forhold gir endringer både i forståelsen og bruken av medisinsk kunnskap. På den måten skaper for eksempel nye pasientroller, formet av befolkningens økende utdanningsnivå, konsumentbevissthet og rettighetstenkning, nye måter å bruke kunnskap på. Tidligere tiders paternalistiske kunnskapsforvaltning erstattes av mer dialog og et større pasientengasjement. Sannsynligvis endres kunnskapens bruk og konsekvenser mer av slike ytre forandringer enn av egentlige medisinske forskningsfunn.

### **Kunnskapsformidlingens historie og mangfold**

Formidling av medisinsk kunnskap gjennom tidene henger nøye sammen både med medisins historie og utviklingen av informasjonsteknologi (5). Lenge dominerte muntlige overleveringer, og boktrykkerkunsten i det 15. århundret revolusjonerte all fagformidling. Frem mot slutten av middelalderen var det ikke noe klart skille mellom medisinsk litteratur for lekfolk og vitenskapelige publikasjoner for leger. De første vitenskapelige tidsskrif-

ter ble grunnlagt på slutten av 1600-tallet og på begynnelsen av 1800-tallet oppsto medisinske tidsskrifter slik vi kjenner dem i dag.

Store medisinske fremskritt fant sted i det 19. århundret, og i Norge falt dette sammen med en økende nasjonal bevissthet. Studiereiser var en viktig del av legenes faglige oppdatering på denne tiden (6). Den viktigste kanalen for fagformidling var likevel medisinske tidsskrifter. Ved det forrige århundreskiftet fantes det tre generelle medisinske tidsskrifter i Norge og ca. 1 000 leger. Disse tidsskriftene formidlet ikke bare kunnskap, men formet også helsetjenesten og skapte en felles fagkultur blant leserne (7). I løpet av det 20. århundret ble helsetjenesten en av samfunnets største vekstnæringer. Forskingen ble profesjonalisert, og medisinen ble internasjonal. Etter Den annen verdenskrig har engelsk vært det dominerende språket for vitenskapelig kommunikasjon. Medisinske tidsskrifter fikk nye oppgaver (8). Fra å være blader der klinikere delte sine erfaringer med kolleger, ble de organer der forskere publiserte sine resultater. Gradvis ble stadig flere medisinske tidsskrifter rene møteplasser for forskere, og etter hvert er mange av dem blitt mer meritteringsorganer for akademiet enn formidlingskanaler for utøvende helsepersonell.

Med systematiske programmer for videre- og etterutdanning, særlig for leger, ble kurs og konferanser viktige arenaer for fagformidling. Selv om det er vist at leger i liten grad endrer klinisk praksis på bakgrunn av deltakelse i slike arrangementer (9,10), anser norske leger kurs og konferanser som det viktigste middel for å holde seg oppdatert (11). På annen plass følger lesning av medisinsk litteratur. To av tre norske leger mener at de er i stand til å tilegne seg nok informasjon til å holde seg faglig oppdatert (11).

Det er allment akseptert at behovet for vedlikehold og fornyelse av fagkunnskap starter fra første dag som yrkesutøver. Det er problemer knyttet til alle kilder som vanligvis brukes i denne oppdateringen, enten det dreier seg om lærebøker, eksperter, kolleger eller tidsskrifter (12). Det viktigste er å stille gode spørsmål, deretter å finne pålitelige og tilgjengelige svar på spørsmålene. Introduksjonen av Internett på 1990-tallet representerer en omveltning som kan sammenliknes med boktrykkerkunsten på 1400-tallet. I løpet av kort tid er ubegrensede informasjonsmengder blitt tilgjengelig for alle med Internett-tilgang. I tillegg til en overveldende datamengde er problemet at mye av informasjonen ikke er kvalitetssikret og at det er vanskelig å skille mellom pålitelig og upålitelig informasjon. Forventningen om rask, helst umiddelbar, informasjonstilgang på alle livsområder har endret holdningen til faglig oppdatering. Verdien av faglig kunnskap ble for vel ti år siden sagt å kunne beregnes ved å multiplisere validiteten og relevansen av kunnskapen og dividere på arbeidet som trengs for å utar-

beide, kvalitetssikre og innhente den (13). Med dagens krav til enkel tilgang ville det ikke være overraskende om det nå må divideres på kvadratet av arbeidet som trengs i kunnskapsinnhenting.

Som tilfellet var helt til slutten av middelalderen, skjer det dessuten igjen en utvisking av skillet mellom fagfolk og lekfolk i bruken av kunnskapskilder. I praksis bruker leger og annet helsepersonell ofte Google som utgangspunkt for sin jakt på medisinsk informasjon på nettet, akkurat som folk flest. Og pasienter og pårørende som er vant til å søke informasjon, leser de samme internasjonale medisinske tidsskrifter som leger og annet helsepersonell.

### **Ulike former for kunnskap**

I dagligtale bruker vi begrepet kunnskap om informasjon som på en eller annen måte er dokumentert eller kvalitetssikret, og som hører til i en større sammenheng. Kunnskapens natur er et fundamentalt filosofisk problem. Læren om viten og erkjennelse, epistemologi, som er en av filosofiens grunndisipliner, handler om gyldigheten til og bakgrunnen for kunnskap.

Medisinsk praksis basert på kunnskap slik vi i dag oppfatter det, har eksistert fra midten av 1800-tallet. Kunnskapsgrunnlaget for medisinsk virksomhet har fått en særlig aktualitet med introduksjonen av begrepet «evidence based medicine» på begynnelsen av 1990-tallet. Dette er blitt definert som «the conscientious, explicit, and judicious use of the current best evidence in making decisions about the care of individual patients» (14). Utgangspunktet var et ønske om å systematisere dokumentasjonen for de helsetjenester som tilbys, med håp om å kunne prioritere effektive helsetjenester på en bedre måte. Dette forutsetter nye ferdigheter i innhenting og bruk av vitenskapelig dokumentasjon blant helsepersonell (15). På den internasjonale arena førte dette blant annet til opprettelsen av Cochrane-samarbeidet med navn etter den britiske epidemiologen Archie Cochrane (1909-88) og med Iain Chalmers som initiativtaker. Cochrane-samarbeidet er et nettverk som ble etablert i 1993 og som utarbeider, vedlikeholder og formidler systematiske oversikter. En systematisk oversikt er en oppsummering av den foreliggende dokumentasjon på et område utført med eksplisitte metoder. Kontrollerte, kliniske forsøk anses som den beste form for dokumentasjon. I Norge har særlig Arild Bjørndal (f. 1956) og Andy Oxman (f. 1952) vært pionerer på dette feltet (16-18). I dag er det Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten som ivaretar den norske delen av Cochrane-samarbeidet.

*Kunnskapsbasert medisin* ble midt på 1990-tallet introdusert av *Tidsskrift for Den norske lægeforening* som det norske uttrykket for den kliniske praksis som bygger på vitenskapelig dokumentasjon (19). Kunnskapsbasert

medisin er ingen direkte oversettelse av evidence based medicine, men ble betraktet som det norske uttrykket som best ivaretar hovedintensjonen i det som ligger bak begrepet.

Vektleggingen av vitenskapelig dokumentasjon i den kunnskapsbaserte medisin betraktes av noen som en trussel mot en klinisk praksis som ivaretar enkeltpasienters egenart. På mange områder foreligger det ikke kontrollerte, kliniske forsøk, og langt fra alle medisinske problemstillinger egner seg for slike forsøk. Erfaring er ikke nødvendigvis unyttig, selv om den ikke inngår i systematiske studier. Og den praktiske utførelsen av kunnskapsbasert medisin må individualiseres. Som det er uttrykt av Sir Muir Gray: «Evidence is necessary but, of course, not sufficient; it has to be combined with the condition of the individual patient and the values of each patient» (1).

Det er dessuten ikke nok å gjøre ting riktig. Vi må også forsøke å gjøre de riktige tingene. *Fronesis* var uttrykket Aristoteles (384-322 f.Kr.) brukte om den visdom som tilegnes over tid og som setter oss i stand til å fatte kloke beslutninger i en konkret sammenheng. Et tvers gjennom rasjonelt menneskesyn og en medisinsk praksis basert utelukkende på beslutningsalgoritmer og prosedyrepermer, kan lede galt av sted (20,21). Det er likevel vanskelig å være uenig i Arild Bjørndals oppfordringer både til lærere og utøvere i medisinen om «å basere seg på relevant, gyldig, oppsummert og oppdatert kunnskap om sannsynlige effekter av våre gjerninger. Det må suppleres med klarere tanker om hvordan beslutninger bør treffes – og at kunnskapen ikke bare byr på muligheter, men også er omgitt av begrensninger» (22).

### To vanlige måter å ordne kunnskap på

Den totale kunnskapsmengden er uoverkommelig, og ulike kunnskapskilder og kunnskapsformer må organiseres og systematiseres for å kunne brukes i praksis. Kunnskap for helsepersonell kan klassifiseres på ulike måter. Tradisjonelt har to hovedakser vært benyttet:

- faglitterær sjanger/teksttype
- fagområde/interessefelt

Å klassifisere medisinsk litteratur etter faglitterær sjanger er vanlig, til tross for at det ikke foreligger et entydig klassifiseringssystem, en taksonomi. Selv om det blant språkforskere og retorikere gjerne skilles mellom sjanger og teksttype, brukes de to begrepene synonymt her. Å sjangerbestemme en tekst er vel så mye et spørsmål om identifisering som om klassifisering, skriver Ottar Grepstad i sin oversikt over sakprosaens teori og retorikk (23). Om sakprosa betraktes som en hovedsjanger, gir tabell 1 gir noen eksempler på ulike sjangere eller teksttyper innen medisin og helsefag.

*Tabell 1 Ufullstendig oversikt over ulike sjangere/teksttyper for medisinsk og helsefaglig kunnskap med noen eksempler*

Bøker og rapporter (helhetlig redigerte tekster om samme emne)
Lærebøker Oppslagsverk (ordbøker, leksika etc. ofte, men ikke alltid organisert alfabetisk) Debattbøker Rapporter Avhandlinger (ofte sammensatt av flere tidsskriftartikler med en innledning)
Tidsskriftartikler
Originalartikler Kasuistikker (pasientbeskrivelser, meddelelser av enkelttilfeller) Oversiktsartikler Kommentarer (lederartikler, debattinnlegg, korrespondanser etc.) Nyhetsartikler (mer journalistiske presentasjoner) Anmeldelser og omtaler (av bøker, filmer, konferanser el.l.)
Råd og retninglinjer
Veiledere (ofte omfattende utredninger med høy autoritet, for eksempel nasjonale veiledere) Retningslinjer ( gjerne råd innen mer avgrensede områder) Prosedyrer (fremgangsmåte for gjennomføring av praktiske oppgaver)
Oppsummert forskning
Systematiske oversikter Metaanalyser
Lover m.m.
Lover Forskrifter Rundskriv

I de ulike teksttyper er stoffet strukturert på ulike måter. Et eksempel på strenge strukturingskrav finner vi i vitenskapelige originalartikler. Dette er vanligvis presentasjon av empiriske studier som skrives i den såkalte IMRAD-strukturen (innledning med problemstilling, metodebeskrivelse, resultatpresentasjon og diskusjon). Noen av kategoriene er nærmest overlappende, som oversiktsartikler i et tidsskrift og kunnskapsoppsamlinger der forskjellen kan bestå mer i publiseringssted enn i utarbeidelsesmetode.

Klassifisering etter fagområde eller interessefelt følger helsetjenestens organisering i ulike yrkesgrupper og spesialområder. Etter helsepersonellovens § 48 er det 28 autoriserte helsepersonellgrupper i Norge (per mai 2007). Flere av disse gruppene har spesialiserte undergrupper, for eksempel har legene 44 godkjente spesialiteter. Inndelingen i slike spesialiteter er tilfeldig og usystematisk. Noen spesialiteter er definert etter anatomi eller organsystemer (hudsykdommer, øre-, nese- og halssykdommer, gynekologi og fødselshjelp etc.), noen etter pasientens alder (barnesykdommer, geriatri), noen etter sykdomsårsak (infeksjonssykdommer, onkologi), noen etter behandlingsmetoder (kirurgi, ortopedi) osv. Kunnskap kan klassifiseres ut fra antatt interesse og relevans for personer som tilhører ulike profesjoner og spesialiteter, eventuelt også ut fra interesseområder som går på tvers av yrkesgrupper og formelle spesialiteter (forskning, utdanning, sportsmedisin, ledelse etc.).

### ...og en tredje

En foreløpig lite utbredt måte å organisere kunnskap på, er etter hvilken situasjon kunnskapen skal brukes i. Det er prinsipielt to ulike situasjoner med behov for tilgang til kunnskapskilder i klinisk medisin; knyttet direkte til enkeltpasienter og uten tilknytning til enkeltpasienter. I praksis kan det dessuten være hensiktsmessig å skille mellom to ulike situasjoner knyttet til enkeltpasienter; i selve pasientmøtet og før eller etter pasientmøtet. Det gir flere ulike situasjoner med forskjellige problemstillinger, behov for forskjellige kunnskapskilder og tilberedning av kunnskapen og forskjellige praktiske og tekniske behov. Selv om det kan være gråsoner og overlappinger er gjerne kunnskapsbehovet ulikt i pasientmøtet, før/etter pasientmøtet og utenom pasientmøtet (tabell 2).

*I pasientmøtet* skal oppmerksomheten være mest mulig rettet mot pasienten og minst mulig mot hjelpemidler som bøker eller dataskjermer. De vanligst brukte kunnskapskildene er oppslagsverk som Felleskatalogen og Legemiddelhåndboken. Skreddersydde beslutningsstøttesystemer bør integreres med pasientjournalen, noe som stiller særlige krav til datasikkerhet. Tekniske hjelpemidler som for eksempel PDA (personal digital assistant, håndholdt liten datamaskin) kan være tjenlige. Et undervurdert behov i pasientmøtet er sannsynligvis faglig informasjonsmaterieell rettet mot pasienter og pårørende. Kunnskap av mer økonomisk og administrativ karakter (takster, tidspunkt for ny kontroll etc.) bør kunne fremskaffes enkelt uten å forkludre de faglige sider av pasientmøtet.

*Før* et pasientmøte kan det være aktuelt å forberede en samtale, en konsultasjon eller et inngrep. På et sykehjem kan det dreie seg om å lese prose-



Tabell 2. Ulike kunnskapsbehov i ulike situasjoner for helsepersonell

	I pasientmøtet	Før og etter pasientmøtet	Utenom pasientmøtet	Samfunnsmedisinsk arbeid
<b>Problemstillinger</b>	Beslutningshjelp (forskrivning, interaksjoner etc.) Pasientinformasjon	Differensialdiagnostikk Vurdering av prøvesvar Individuell behandlingsplan	Generell faglig oppdatering Undervisning Forskning	Saksbehandling Planlegging Utredning
<b>Særlig relevante kunnskapskilder</b>	Oppslagsverk Håndbøker Pasientmateriell	Oppsummert forskning Veiledninger Skjemaer Skåringsverktøy Lover, forskrifter	Databaser Tidsskrifter Søkesystemer Faglige nyheter	Ikke-medisinsk litteratur: - samfunnsfag - økonomi - jus
<b>Andre behov</b>	Lett kunnskapstilgang Kort responstid Integrering med pasientjournal		Fleksibel kunnskapstilgang (eks. hjemmefra)	Tverrfaglig arbeid som involverer mer enn helsepersonell

dyrer før et sårskift eller en kateterisering, i sykehus kan det gjelde forberedelser til en operasjon, en utskriving eller utarbeidelse av en individuell pleieplan, og for en allmennlege kan det være nødvendig å finne skjemaer eller skåringsverktøy eller å gjennomgå retningslinjer for utredning av spesielle problemstillinger. *Etter* et pasientmøte kan det være aktuelt med kunnskapsstøtte ved gjennomgang av prøvesvar, for å sjekke regler for meldingsrutiner og smitteoppsporing ved infeksjonssykdommer eller bruke oppsummert kunnskap ved utarbeidelse av epikriser.

Uavhengig av spesifikke pasientrelaterte problemstillinger skjer den *generelle faglige oppdatering*. Den kan bestå av lesing av faglitteratur uten at dette er knyttet til bestemte spørsmål («browsing»), gjennomgang av rutiner, kvalitetssikring, skriving av rapporter, forberedelse til undervisning (enten det er som lærer eller student) og annen arbeidsrettet kunnskapssøking. De fleste kunnskapskilder er aktuelle for slik aktivitet, men det er særlig relevant med fleksibel og lett kunnskapstilgang for eksempel gjennom fagbiblioteker. Mye av slik lesing skjer hjemme og kunnskapskildene bør kunne nås også utenfor arbeidsstedet.

Det kan også beskrives ytterligere en situasjon, nemlig den *samfunnsmedisinske*, der medisinske problemstillinger settes i en større sammen-

heng. Dette kan handle om administrative, økonomiske og andre spørsmål som i og for seg kan være knyttet til konkrete problemstillinger og spørsmål, men som likevel er langt fra pasientmøtet. Det typiske for slike situasjoner er behovet for ikke-medisinsk kunnskap, ofte samfunnsfaglige kilder.

## Helsebiblioteket

Et forsøk på å gjøre nyttig kunnskap lettere tilgjengelig for helsepersonell er gjort ved opprettelsen av *Helsebiblioteket* ([www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no)). Det er en offentlig finansiert Internett-tjeneste som er etablert av Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene og som driftes av og i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Et forbilde finnes i det britiske *National electronic Library for Health* (24)

*Helsebiblioteket* skal etter vedtektene «være en formidlingskanal for oppdatert faglig kunnskap fra norske og internasjonale fagmiljøer» der «[k]unnskapen skal gjøres lett tilgjengelig i den kliniske hverdag og tilpasses helsepersonellens behov.»

I første omgang har *Helsebiblioteket* tegnet abonnementer på velkjente og veletablerte kunnskapskilder som databaser og tidsskrifter. Dessuten er det samlet veiledere og retningslinjer samt oppsummert forskning fra inn- og utland. Emnebiblioteker er et egen tjeneste for utvalgte fagområder. Foreløpig er psykisk helse det eneste feltet med eget emnebibliotek, men flere er under planlegging, blant annet for samfunnsmedisin, forgiftninger og legemidler. Emnebibliotek psykisk helse inneholder kunnskapstjenester, skåringsverktøy, skjemaer og andre ressurser av spesiell relevans for alle som arbeider i denne delen av helsetjenesten.

En av de store utfordringene i kunnskapsformidlingen er å lage systemer som gjør det mulig å nyttiggjøre seg kvalitetssikret kunnskap på en enkel måte. Kunnskapen må være brukervennlig; kortfattet, enkel og levert i en form som kan benyttes på en vanlig arbeidsdag. Med andre ord må den foredles. Brian Haynes beskriver et slags foredlingshierarki av kunnskap i det han kaller de fire S'ene og der den praktiske nytten øker fra topp til bunn (25):

- Studier, originalforskning publisert i tidsskrifter.
- Systematiske oversikter og retningslinjer.
- Synopser, dvs. korte, lettleste sammendrag av studier og oversikter.
- Systemer, for eksempel integrering av kunnskapskilder i elektroniske journalssystemer.

Originalartikler er lite egnet i arbeid med enkeltpasienter. Heller ikke omfattende oversikter er særlig brukbare i slike situasjoner. Disse kunn-

skapskildene passer best til den allmenne oppdatering. I og omkring selve pasientmøtet trengs kortfattede og praktiske råd. Slike råd finnes for eksempel i *Norsk elektronisk legehåndbok* (26) som nå er tilgjengelig for helsepersonell gjennom *Helsebiblioteket*.

Best effekt på pasientbehandlingen har kunnskap som integreres i rutiner og systemer som pasientjournalen. Så langt har det meste av kunnskapsformidlingen til helsepersonell vært basert på tilbud om tjenester der leger, sykepleiere og andre selv må søke og hente informasjonen. En slik aktiv innhenting forutsetter høy individuell motivasjon. En supplerende strategi kan være å gi mer direkte kunnskapshjelp gjennom beslutningsstøttesystemer. Det er vist at slike systemer virker best dersom de inngår i den daglige arbeidsflyten, er umiddelbart tilgjengelige, handlingsorienterte og elektroniske (27). Internett-tilgang i såkalt «sikker sone», dvs. i arbeid med pasientdata, vil være en forutsetning for fremtidig faglig oppdatering i pasientarbeidet.

På samme måte som praktiske ferdigheter i det kliniske arbeidet, må også innhenting og håndtering av kunnskap læres og oppøves. Noen timer investert i å lære seg å søke kunnskap (28) gir god avkastning. Det samme gjelder tolkning og bruk av ulike kunnskapskilder (12).

Skal fremtidens helsepersonell mestre den voksende kunnskapsmengden og de økende kravene til oppdatering, forutsetter det både bedre kompetanse i kunnskapshåndtering og lettere tilgang til nyttig kunnskap. Ansvaret for kompetansebedring må deles mellom universiteter og høyskoler og helsepersonellet selv. Helsemyndigheter og institusjonseiere kan gjøre mye for å bedre kunnskapstilgangen – slik de gjør det gjennom *Helsebiblioteket*.

## Litteratur

1. Gray JAM. *Best current evidence strategy*. Oxford: Connecting for Health, NHS, 2006.
2. Hall JC, Platell C. Half-life of truth in surgical literature. *Lancet* 1997;350:1752.
3. Poynard T, Munteanu M, Ratziu V, Benhamou Y, Di Martino V, Taieb J, et al. Truth survival in clinical research: an evidence-based requiem? *Ann Intern Med* 2002;136:888-95.
4. Urschel JD, Urschel DM, Mannella SM, Antkowiak JG, Horan TA, Bennett WF. Duration of knowledge in general thoracic surgery. *Ann Thorac Surg* 2001;71:337-9.
5. Nylenna M. Scientific literature and the shaping of a medical profession in Norway. I: Larsen Ø (red). *The shaping of a profession*. Canton, MA: Science History Publications/USA, 1996: 229-57.
6. Olsen BO. Recreation or professional necessity – The study tours of nineteenth century Norwegian physicians. I: Larsen Ø (red). *The shaping of a profession*. Canton, MA: Science History Publications/USA, 1996:258-75.

7. Nylenna M, Larsen Ø. Medisinsk publisering i Norge 1905 – 2005. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005;125:1506-9.
8. Nylenna M. Medisinsk publisering – kunnskapsformidling eller personlig promovereing? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996;116:3652-5.
9. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systemic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274:700-5.
10. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998;317:465-8.
11. Nylenna M, Aasland OG, Falkum E. Keeping professionally updated: Perceived coping and CME profiles among physicians. *J Cont Educ Health Profes* 1996;16:241-9.
12. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. *Medisinsk kunnskapshåndtering*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.
13. Shaughnessy AF, Slawson DC, Bennett JH. Becoming an information master: a guide-book to the medical information jungle. *J Fam Pract* 1994; 39:489-99.
14. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
15. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-5.
16. Bjørndal A. Hvilke av de helsetjenester vi tilbyr, er effektive? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993;119:3669-70.
17. Nylenna M. – Kritisk vurdering må erstatte troen på autoriteter! Intervju med Andy Oxman. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995;115:3402-3.
18. Bjørndal A, Oxman A. Kunnskap, fagutøvelse og helsepolitikk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996;116:829-30.
19. Nylenna M. Kunnskapsbasert medisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996;116:1817.
20. Fugelli P. Medisin og kunst. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999;119:3800-3.
21. Strand R, Schei E. Gjør kunnskap vondt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:1502-6.
22. Bjørndal A. Kunnskap er makt og bør derfor deles med andre. I: Bjørndal A, Nylenna M red. *Med makten i sitt ord. Festskrift til Per Fugelli på 60-årsdagen*. Oslo: Unipub, 2003: 149-58.
23. Grepstad O. *Det litterære skattkammer*. Oslo: Samlaget, 1997.
24. Gray JAM, de Lusignan S. National electronic Library for Health. *BMJ* 1999;319:1476-9.
25. Haynes RB. Of studies, summaries, synopses, and systems: the «4S» evolution of services for finding current best evidence. *Evid Based Nurs* 2005; 8:4-6.
26. Grimsmo A. Elektronisk legehåndbok – en døråpner for bruk av faglige retningslinjer? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2377-9.
27. Kawamoto K, Houlihan C, Balas E, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ* 2005; 330:765-72.
28. Kilvik A, Lamøy LI. *Litteratursøkning i medisin og helsefag*. Trondheim: Tapir, 2005.

*Magne Nylenna  
Helsebiblioteket  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004 St Olavs plass  
0130 Oslo  
og  
Institutt for samfunnsmedisin  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)  
magne.nylenna@helsebiblioteket.no*

### **Om forfatteren**

*Magne Nylenna (f. 1952) er lege og spesialist i samfunnsmedisin. Han er redaktør av Helsebiblioteket og professor II i samfunnsmedisin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).*

# En fastleges erfaringer

*Michael 2007;4:162–73.*

## **Sammendrag**

*I løpet av årene som har gått siden fastlegereformen ble innført i 2001, har forfatteren gjort seg en del tanker omkring allmennlegetyrket. Hun har arbeidet på syv forskjellige legekontorer, med forskjellig organisering og på forskjellige kanter av landet. Hun har reflektert over observasjoner og erfaringer både fra de forskjellige legekantorene hun har arbeidet ved, fra møter og gode samtaler hun har hatt med kolleger i forskjellige livssituasjoner, og hun har gjennomgått relevant litteratur om fastlegeordningen. Hovedspørsmålet hun sitter igjen med er: Hva skjedde med fastlegenes arbeidsmiljø etter fastlegereformen?*

## **Ulike steder – ulike systemer**

Det er gått noen år siden innføringen av fastlegereformen i juni 2001. Jeg startet mitt yrkesliv som allmennpraktiserende lege etter fullført turnus i Finnmark i mars 2001. Jeg jobbet da på legestasjonen i Hammerfest, kommunalt ansatt, med mange kolleger på samme senter. Vi hadde morgenmøte med rapport etter vakta hver dag.

Så trådte reformen i kraft 1. juni. I Hammerfest var vi unge legene heldige, vi fikk en fin avtale med kommunen etter reformen. Den innebar at vi fremdeles slapp å befatte oss med praktisk drift av kontoret. Vi betalte leie til kommunen, som sto for det praktiske. Vi fikk også glede av en bra rekrutteringsprofil i avtalen med Hammerfest kommune. Denne innebar kommunal lønn for deltakelse i både veiledningsgrupper og noe etterutdanningskurs. Det hele var en gunstig løsning med tanke på rekruttering. Og kommunen, som tidligere hadde slitt med ledige hjemler, fikk dekket alle disse fra juni samme året.

Ventetiden på vanlig bestillingstime gikk på kort tid ned fra tre til en måned hos de fleste av oss. Det gode samarbeidsklimaet fortsatte – med unntak av morgenmøtet, som ganske raskt ble nedprioritert av oss alle, der vi prøvde å få kontroll med våre nå faste pasienters behov.

Jeg ble på legestasjonen i Hammerfest i halvannet år. Vi ble trukket raskt inn i videreutdanningen. Vi slapp å starte yrkeslivet med store forpliktelser i form av praksislån og organisatoriske omstendigheter. Og det var positivt å ha en avgrenset pasientliste å forholde seg til med tanke på ventelisteproblematikken.

Så ble det flytting til en annen kant av landet, nærmere bestemt Bærum. Jeg har siden hatt flere vikariater i Oslo og Bærum, i alt fra solopraksiser til større legesentre. Etter hvert fikk jeg også min egen fastlegehjemmel i Bærum. I Oslo og Bærum er det ingen kommunale spesialordninger. Fastlegene arbeider slik man så det for seg etter fastlegereformen: I en bedrift man har kjøpt seg inn i, i kontorer man selv leier, med personale man selv ansetter og med utstyr man selv anskaffer.

### **Distriktene versus sentrale strøk**

Når det gjelder undersøkelser over rekrutteringen til allmennmedisinen etter reformen, har disse oftest fokusert på dekning i såkalt ustabile kommuner. Det er viktig å merke seg at disse kommunene stort sett har beholdt en stor del av ansvaret for organiseringen av praksis. Det er dermed ikke samme arbeidsvilkår i disse områdene som i mer sentrale kommuner, hvor legene i hovedsak er selvstendig næringsdrivende med fullt ansvar for egne foretak.

En studie tyder på at kommunale særordninger har hatt betydning for stabiliteten, ikke så mye for rekrutteringen, for mange fastleger i disse strøkene(1,2). F. eks. er tilleggsgodtgjørelser mest utbredt i de små kommunene, og særlig i små kommuner med fastlønte leger (80 % av kommunene med under 5000 innbyggere og fastlønte leger) (3). Tilleggsytelsene er frivillig for kommunene, og hovedargumentet har stort sett vært rekrutteringsøymed. Det er meg bekjent ikke gjort rene studier på rekrutteringsendringer i sentrale strøk, der de fleste fastlegene jobber, når man bare ser på antallet. Betragtningene i det som følger vil i størst grad gjelde fastlegereformen slik den praktiseres der det *ikke* er kommunale tilleggssystemer.

### **Hva sier studiene av fastlegeordningen?**

#### *Evalueringene*

Det er gjort en god del undersøkelser før og etter innføringen av fastlegereformen. Sluttrapporten etter femårsevalueringen foreligger som den mest omfattende, og her oppsummeres mange studier (2). Mange av studiene er bestilt fra helsemyndighetenes side som del av en planlagt evaluering av ordningen. Disse studiene har fokusert på spesielle områder som til dels har vært utpekt som delmål med reformen. Det kan nevnes *legedekning* (forde-

ling, stabilitet, rekruttering og offentlig legearbeid), *tilgjengelighet* (ventetid, relasjon, lokaler), *kontinuitet* (varighet, omfang og innhold) og *effektivitet* (organisering, koordinering, samarbeid og styring), samt at det har vært fokusert noe ekstra på *brukere med spesielle behov* (kronikere, rusmisbrukere, psykisk syke). Det som går igjen, er at studiene har fokus på *brukerne* av legetjenester, dvs. pasienters behov for god tilgang til gode legetjenester.

De studiene som tar opp *fastlegenes* generelle tilfredshet med reformen, fokuserer i sine konklusjoner på andelen fornøyde leger, og disse er i flertall. Flere undersøkelser viser at ca. 2/3 av fastlegene er positive til den nye ordningen (1,2,4). Samtidig er det flere studier som viser at ca. 20 % er lite fornøyde med å arbeide i fastlegeordningen generelt. På spørsmål i en av disse studiene om tilfredsheten med å jobbe i *allmennpraksis generelt*, var kun 4 % misfornøyde. I samme studie var 17 % mindre fornøyde med fastlegeordningen generelt (5).

Men hva er bakgrunnen for den misnøyen som rapporteres? Er det noen årsaksfaktorer som går igjen? Er dette faktorer som kan komme til å påvirke rekrutteringen til allmennlegefaget på sikt? Det gjenstår å få gode studier som belyser dette. I det følgende vil jeg komme med en del betraktninger, i et forsøk på å illustrere problemstillingene.

### *Administratoren*

Ved innføringen av fastlegereformen ble i prinsippet alle legene pålagt å starte egen bedrift, hvor man eier og organiserer praksisen etter bedriftsøkonomiske prinsipper. Unntaket er som nevnt en del distriktskommuner, hvor man har fortsatt med forskjellige former for blandingsdrift med kommunalt engasjement.

Medisinstudiet fokuserer på å lære oss å bli flinke leger. Og de fleste av oss har jobbet hardt og målrettet for å prøve å nå dette målet. Men vi har ikke lært å drive egen bedrift. Det finnes egne skoler for det. Noen av oss har naturlig anlegg for dette, og har fått i gang et veldrevet legekantor som drives effektivt til alles glede. Andre begynte kanskje på medisin fordi man nettopp *ikke* var interessert i økonomi. Kanskje man heller ikke hadde anlegg for det! Noen av oss er utadvendte og flinke til å forhandle med eiendomsbaroner. Andre gruer seg til slike møter måneder i forveien.

En parallell til hva denne endringen i fastlegens arbeidsoppgaver innebærer, kunne være slik: Tenk om det kom en reform slik at alle overlegene på landets sykehus måtte begynne som avdelingsoverlege. Alle stillingene hadde fått endret stillingsinstruks, og administrativt ansvar tilkom for alle. Man kunne eventuelt redusere stillingsprosenten sin litt, men administrere *måtte* man.



Slik det er nå, har mange overleger hatt en slik administrativ stilling i en periode, men så har de gått tilbake til klinikken. Kanskje de merket at de ikke egnet seg så bra til å administrere. Kanskje syntes man det var kjedelig. Atter andre finner ut at de trives og fikser denne typen oppgaver bra, og fortsetter. Men i sykehusene *har man fortsatt et valg*.

Men i følge fastlegereformens prinsipper *har ikke fastlegene noe valg*. De må alle være administratorer. Man kommer ikke utenom det fulle ansvaret for drift, personell, innkjøp, regnskap og timebok. Problemet er at det ikke finnes retrettmulighet, dersom man finner ut at man ikke egner seg så godt. Eller ikke trives med slike arbeidsoppgaver. Dårlig organisering slår direkte tilbake på egen arbeidshverdag. Hvordan har dette – og vil dette – påvirke rekrutteringen til faget vårt? De av oss som er litt surrete, eller kanskje litt professorale av natur – hva hvis disse unnlater å velge allmennmedisinen? Hva vil dette gjøre med faget vårt? Hvordan vil rekruttering til allmennmedisinsk forskning påvirkes?

### *Arbeidstid*

Noe som går igjen når jeg snakker med erfarne kolleger, er at de forteller at arbeidsuken er blitt lengre etter reformen. De fleste fyller kontortiden med direkte pasientrelatert virksomhet, konsultasjoner og oppfølgingsarbeid. Prøvesvar og telefoner behandles ofte etter vanlig kontortid. Det er få som har satt av tid til administrativt arbeid, som ofte skjer på kveldstid og i helgene. Regnskapet tas i de sene nattetimer.

De fleste av mine kolleger har en enorm arbeidskapasitet. De er vant med lange vakter, og å stå på litt ekstra nå og da er en del av hverdagen. Men denne uforutsigbare endringen i arbeidstiden varer jo ved. Å stå på litt ekstra *hele tiden* kan, som vi jo forteller våre pasienter, føre til slitasje. En del har redusert listelengden for å bøte på dette. Men de fleste av oss er fortsatt veldig langt unna 37,5 timers uke.

Det er studier som viser at fastlegenes inntekt har økt etter 2001 (2). Men det er ikke gjort studier som viser hvordan utviklingen i arbeidstiden er. Administrative oppgaver er en del av arbeidsoppgavene og må i så fall innregnes i total arbeidstid. Hva er den reelle gjennomsnittlige arbeidstid for fastleger i Norge anno 2007? Det ville vært interessant å se gode tall på dette. I neste omgang kan man da se på utviklingen i *timebetalingen*. Er den også steget? Jeg har ikke sett at det er samlet data verken over arbeidstimer eller timelønn for fastlegene.

Det hadde også vært interessant å se oversikter over hvor mange arbeidstimer vi faktisk nedlegger til rent administrative oppgaver ved organisering av praksis. Rent personlig har jeg liten interesse av denne typen

arbeid. Jeg vet at det finnes folk som er gode på slikt, interessert i slikt, og som kan gjøre det for meg, mens jeg bruker den samme tiden til å arbeide med medisin, som er det jeg helst vil gjøre som lege. Det er egentlig også et paradoks at samfunnet nå også ber oss om å bruke tiden vår til dette, all den tid samfunnet har spandert på oss en rådyr utdanning for å lære oss å behandle syke mennesker.

### *Arbeidsmetoder – konformitet*

Vi er mange som er oppgitt over at stykkpris skal være et styringsmål i medisinen verden. Fra et filosofisk synspunkt kan det være en lang vei fra effektivitetskravene og til de spørsmål om egenverd, liv og død som vi møter på og snubler over i vår medisinske hverdag. Fastlegereformen i seg selv endret ikke så mye på dette, bortsett fra at vi nå er mange flere som lønnes etter produksjonsmål ut fra takstheftet. Dette systemet premierer dem som jobber raskt, i form av økt avlønning. Det kan føre til mindre variasjon i allmennlegetjenesten og mer konformitet. Kvinnelige leger kan se ut til å være de som misliker dette sterkest (2).

### *Nyrekruttering*

Noen studier tar opp problemer med rekruttering. Flere av disse studiene har vist urovekkende tegn til slitasje og økt misnøye blant unge leger. Det er også en generell tendens til at fastlegene blir eldre, og antallet besatte hjemler har ikke økt nevneverdig (2).

Det kan ikke være tvil om at inngangsbilletten til allmennmedisinen, særlig i byene, begynner å bli høy. De av oss som er økonomisk litt forsiktede kan finne det avskrekkende å ta opp praksislån på flere hundre tusen kroner for å få kjøpt seg en jobb. Når det gjelder yngre leger, er de aller fleste i etableringsfasen og har ofte allerede en stor negativ saldo med hus- og studielån.

Det har vært fokus på høye overgangssummer ved overdragelse av praksis i sentrale strøk, men det er vanskelig for den legen som skal kjøpe seg inn i en praksis å få oversikt over hva verdien av praksisen er. Lægeforeningen har heller ikke mye informasjon å bidra med i form av konkrete beløp. Det vil derfor være vanskelig å vite hva som er en rimelig overgangssum. Denne usikkerheten vil selvsagt være større for en som kommer rett fra turnus og ikke har observert vedkommende praksis over tid.

Den økonomiske usikkerheten vil også bety mer for en som ikke ennå vet om man vil fortsette mot spesialiteten allmennmedisin, enn for en som allerede har en fot innenfor og vet hva han eller hun går til rent faglig. I tillegg vil en slik økonomisk usikkerhet bety mer dersom man er i etable-

ringsfase, hvor man kan komme til å flytte på seg rent geografisk og derfor trenge å skifte arbeidsplass. Kanskje skal partneren bytte jobb og man må flytte? Da ønsker man ikke å tape store summer på å ha betalt mer for praksisen enn det man får for den i neste omgang.

### *Hvordan blir arbeidsdagen?*

Et vikariat kan være veien å gå for å få prøve seg i rollen som allmennlege etter endt turnus. Så får man prøvd seg i forhold til arbeidsoppgavene og trivselen med disse, før man hopper i det og tar opp lån til egen praksis. Men som vikar kommer man ofte inn i en situasjon der det har vært udekket vikarbehov over noe tid. Dette betyr at arbeidsdagen blir uoversiktlig og lett kaotisk.

Dette har også noe å si vedrørende yngre legers behov for faglige mentorer. Når du kommer inn som vikar, er dine nye kolleger ofte så presset over tid fordi de har dekket opp for sin fraværende kollega før du kom, at det er lite krefter og vilje til å ta seg av dine ferdigheter i tillegg.

Men dette gjelder ikke bare vikarene – i fastlegeordningen er det også slik at den tiden man bruker på å instruere mer uerfarne kolleger, er rent inntektsstap. Her er det riktignok noe uenighet omkring hvordan man tolker takstheftet. Pasientansvaret har også ført til at legene prioriterer egne oppgaver framfor samarbeid og undervisning, noe som er uheldig med tanke på opplæring av yngre kolleger – jfr. morgenmøtet i Hammerfest.

Det er også ganske store variasjoner i hvor arbeidskrevende de forskjellige pasientlistene er. Dersom man overtar en liste etter en lege som har vært interessert i psykiatri, kan man forvente en pasientseleksjon som til dels reflekterer dette. Hvor gammel eller ung pasientpopulasjonen er, kan også avhenge av faktorer som boområder (blokkmiljø, eneboliger osv.), hvor lenge legen har arbeidet i samme område og fulgt pasientene sine, hva slags kommunale oppgaver legen har hatt (helsestasjonslegen vil ofte dra med seg en del unge familier til sin liste) osv. Det er altså vanskelig for den unge legen å vite hvor lang arbeidsuke man tar på seg i sin nye jobb. Du har ingen fast arbeidstid, du overtar rett og slett ansvaret for masse pasienter. Hvor lange arbeidsdager har du, spør du kanskje legen som sitter på jobben du søker. Men svaret sier deg likevel lite. For fastlegen selv har kanskje kjent mange av pasientene sine i årevis. Som vikar eller etterfølger er alle sykehistoriene ukjente. Og vi jobber ulikt med tanke på den tiden vi investerer i den enkelte pasients problemstilling.

Dette gjør det svært vanskelig å forutsi hvordan hverdagen vil bli i din nye jobb. Til dels er dette en kjent problemstilling for alle leger, vi jobber tross alt med sykdom, som i stor grad innebærer det uforutsette. Men sta-

tistisk variasjon i behovet for legetjenester til 1000 mennesker eller mer kan være ganske betydelig. Det kan rett og slett bli vanskelig å gjennomføre alle ettermiddagens gjøremål når en av dagens siste pasienter har «møtt veggen» litt ekstra hardt, på den tiden av året da ganske mange av pasientene har fått øvre luftveisinfeksjon, samtidig. Da kan det bli vanskelig å fortelle poden at det nok ikke blir judotrening i dag, for mor eller far rekker ikke hjem fra jobben i tide. Forutsigbarhet når det gjelder arbeidsdagen er viktig for oss alle, men betyr ofte ekstra mye i de årene man har barn i barnehage og barneskole, i de årene de fleste av oss bestemmer oss for videre spesialisering.

Det finnes vikarordninger med kolleger (kollegial fravørsordning) som i noen grad bidrar til å avlaste for uventede og planlagte fravær (sykdom, ferier, kurs). Men størsteparten av variasjonen i behovet til egne pasienter blir man sittende med alene. Dette er en annen arbeidssituasjon enn om man har en avtalt arbeidstid 8.30-16 fem dager i uka. Med vanlig arbeidstid kan man for eksempel avtale å jobbe i redusert stilling, noe som f. eks. kan være gunstig hvis man har stort omsorgsansvar. Det kan være vanskelig å få familielivet til å fungere godt når man har mindre barn og samtidig ansvar for en pasientpopulasjon som har skiftende legebehov fra dag til dag, i og med at småbarnfamiliens behov også kan skifte fra dag til dag. Som lege med fastlegeansvar kan man velge å redusere listelengden sin, dersom man vil jobbe i redusert stilling. Dette kan være vanskelig å få til å fungere bra økonomisk, med mindre man finner en kollega å dele med. De faste utgiftene til drift av kontoret løper uansett om man er på jobb eller er hjemme en dag. Og det er fremdeles uforutsigbart hvor mange timer du faktisk vil komme til å trenge på jobben din.

### *Kvinnelige leger*

Kvinner utgjør en stadig økende andel av nyutdannede leger. I aldersgruppen 20-29 år er 48 % av fastlegene kvinner, og blant 30-39 år utgjør kvinnene 45%. Men totalt sett er bare 30 % av fastlegene kvinner ved utgangen av første halvår 2005.

Økningen i andel kvinner blant fastleger går betydelig langsommere enn blant yngre leger ellers, noe som betyr at en synkende andel av kvinnelige leger er fastleger. Halvparten av alle kvinnelige fastleger slutter dessuten før de fyller 40 år.

Mannlige leger synes å være mer positive til fastlegeordningen enn kvinnelige. Det er registrert at en relativt stor andel av fastleger som avslutter sin praksis er yngre enn 40 år (41,7 %) og at andelen er størst blant kvinnelige leger (51,4 % mot 36,9 % av mennene) (2,4).

Tromsø var forsøkskommune for fastlegereformen. Der ble andelen kvinnelige fastleger redusert fra 53 til 29 prosent fra 1993 til 2003 (4). Man mente der at overgangen fra å være kommunalt ansatt til å drive privat praksis var den vesentligste årsaken til «det store kvinneflukten». Samtidig er kvinnelige fastleger etterspurt, og det er registrert at 4000 pasienter skifter fra mannlig til kvinnelig fastlege hvert år (2).

Det har vært gjort lite studier som ser mer direkte på årsakene til denne utviklingen. Jeg tror at forklaringen ligger i fastlegenes totalsituasjon, med et ansvar som er slik at man ikke nødvendigvis er i stand til å prioritere hjemmesituasjonen selv om dette skulle være påkrevd. Disse argumentene gjelder i stor grad for yngre leger generelt, men gjelder nok fremdeles i større grad for kvinnelige leger. Det hjelper selvsagt på, både for kvinner og menn, hvis man har en partner som er i posisjon til å kunne ta seg av familiens uventede eventualiteter.

Hva så med dem som ikke har det?

### **Enslige forsørgere – noen egne erfaringer**

Hva så med de fastlegene som er alene med omsorgsansvar hjemme? Legenes skilsmissestatistikk er ikke unntatt fra trenden ellers i samfunnet. Aleneforeldre med barn er vel – dessverre – etter hvert blitt en vanlig familiekonstellasjon. For en fastlege er imidlertid dette likevel en lite vanlig situasjon – jeg har ennå til gode å møte andre fastleger som i hverdagen er alene med ansvaret for små barn! De finnes sikker der ute, men mange er de ikke. Jeg har heller ikke sett at det har vært skrevet noe om dette. Mine betraktninger om dette må derfor bygge på egne erfaringer fra mitt ensomme eksperiment som fastlege og alenemor til to barn i småskolen.

La meg tilføye at jeg forsøkte å ta hensyn til situasjonen ved å ha betydelig redusert pasientliste i forhold til gjennomsnittet, og jeg håpet at mine mange erfaringer fra tidligere arbeidsforhold skulle hjelpe meg i organiseringen, slik at tilretteleggingen ble best mulig.

Det er å anbefale at man har planlagt å være ferdig for dagen minst en time før man egentlig må gå. Du finner alltid noe å fylle tiden med.

Som fastlege og selvstendig næringsdrivende har man ikke krav på ytelser som omsorgspermisjon og lønnskompensasjon for fraværsdager på grunn av sykt barn. Dersom barnet er for sykt til å gå i barnehage eller på skole, kan man

1. skaffe en barnevakt som kan stille på kort varsel. Les besteforelder, hvis man er heldig og har denne muligheten.
2. la barnet være alene hjemme. Dette kan være forsvarlig dersom barnet er blitt litt større og ikke er så sykt at det trenger tilsyn hele tiden. Men småen ligger altså på sofaen hjemme og venter...

3. Når dette ikke går, må du være hjemme fra jobb for å passe barnet. Det er ugreit på grunn av inntektstapet som tilsvarer den dagens omsetning, pluss utgiftene i praksisen, som reduseres lite, da dette stort sett er faste kostnader. Som aleneforelder har man i utgangspunktet ikke verdens beste økonomi. Men så har man i hvert fall ikke dårlig samvittighet overfor ungen. Det verste er egentlig dette: Alle pasientene du skulle hatt denne dagen, flyttes til neste dag i stedet, og til dagene deretter. Timetabellen for de neste dagene var jo fylt opp fra før, så du må ta det innimellom, i lunsjen og på slutten av dagen. Så må du sitte ekstra lenge de neste dagene, da. Men småen er ennå ikke helt frisk, og ligger på sofaen hjemme og venter... Og når du så kommer hjem, uten å ha spist lunsj, etter innkjøp av melk og brød, middagslaging og oppvask og alt det vanlige, så har det hopet seg opp med klesvask etter oppkasten.

Så kommer natten, med urolig søvn, for poden har sovet av seg feberen på dagtid.

Neste dag er du fremdeles ikke à jour med timelista.

Hva gjør du så hvis barnet viser seg å feile mer enn den vanlige forkjølelsen? Hvis det trekker ut i tid? Eller hvis sykdommen kommer tilbake igjen og igjen? Situasjonen blir fort uholdbar – i form av tiltagende press på jobben og udekkede behov hjemme, og en uforutsigbar økonomisk situasjon med kanskje betydelig inntektstap. I verste fall, hvis ting ikke ordner seg som man håpet og man skjønner at man ikke kan fortsette i jobben, har man seks måneders oppsigelse og man har ansvar for å skaffe vikaren selv.

Min erfaring er at kombinasjonen aleneforelder og fastlege er uforenlig.

### **Syke leger – inkluderende arbeidsliv – bare ikke for leger?**

Livet selv rammer legene også. Hva skjer når fastlegen selv blir syk? Var dette en problemstilling som i det hele tatt var oppe til vurdering før reformen trådte i kraft?

Når fastlegen blir syk er det ingen som overtar ansvaret for hennes eller hans pasienter. Det er heller ingen som trer inn for å skaffe vikar. Det er nedfelt i avtalen at å skaffe vikar, skal den syke legen gjøre selv. Nå er det erfaringsmessig slik at de fleste leger går på jobb så lenge det overhodet er gjennomførbart. Vi er mange som har opplevd å sitte feberhete på kontoret og visst at vi selv er sykere enn de pasientene vi sykemelder. Men når dette ikke er gjennomførbart lenger, når vi blir tvunget til å kaste inn håndklede – da skal vi begynne å skaffe vikar.

Det er en moraliserende undertone i denne ordningen, som legene også bør være seg bevisst, og som jeg tror knuger mange av våre syke kolleger. Er

det slik at det er en kultur blant leger å se på egen sykdom som svakhet? Det kan virke som leger krever mer av seg selv og sine kolleger enn av andre. Er dette noe av årsaken til at det er så lite oppmerksomhet omkring den arbeidshverdagen som faktisk møter fastlegen? Dersom de som representerer legene ikke vektlegger slike faktorer, hvem skal gjøre det for oss? Tror vi også at vi kan sikre oss mot livet selv? Det er forstemmende å høre om leger som ikke møter forståelse for egen sykdom fra sine kolleger. Dette er ikke i tråd med det vi predikerer på andre arenaer!

Vel.

Forhåpentligvis var ikke sykdommen mer alvorlig enn at man etter hvert føler at man kan klare å komme tilbake igjen på jobb. Det hender at vi anbefaler at man først starter i litt redusert stilling, etter lengre sykefravær. Hva da med fastlegevikaren? Da må jo vedkommende jobbe mindre. Vil han/hun jobbe deltid? Det er vel ikke så vanlig. Det er vanlig med en måneds oppsigelse. Skal man vente til man tror at det går greit å være tilbake i 100 %, si opp vikaren en måned før dette, krysse fingrene og håpe det går bra? Det ligger en betydelig usikkerhet i denne situasjonen.

Men av og til er også legens sykdom av en slik art at man ikke blir helt restituert. Jeg har møtt fastleger som etter å ha gjennomgått alvorlig sykdom ikke har kunnet fortsette i yrket, fordi det ikke er mulig å kunne jobbe i redusert tempo, uten administrativt ansvar. Fordi det ikke finnes ordninger hvor man kan få komme som arbeidstaker – med arbeidsvilkår tilpasset sin situasjon, med noen som har ansvar for å organisere arbeidet – og yte det man makter, i den tiden man makter. Kanskje ha redusert arbeidstid. Kanskje færre pasienter i timen. Det er opprørende å se kloke, erfarne og velkvalifiserte kolleger som må gi opp sin kliniske praksis fordi de ikke kan fortsette i samme tempo på grunn av denne type helseproblemer. Det er også opprørende å observere at kolleger i mange tilfeller ikke fungerer som støtte i slike situasjoner – fordi de selv ofte er presset til tålegrensen, og sykefraværet medfører medarbeid. En mindre effektiv kollega blir i dette systemet en tilleggsbyrde tidsmessig, og ofte også økonomisk, idet man ofte deler faste utgifter til praksis.

### **Fastlegeordningen og legene i framtida**

I praksis innebar fastlegereformen en full markedsliberalisering av yrket til allmennlegene, med unntak i de kommunene som har tilleggsytelser. Når man tenker på liberalisme generelt, er det vel lite kontroversielt å hevde at dette er et system som favoriserer de sterke. De svake i et slikt system vil få lite hjelp utover det de selv kan skaffe.

Det er min klare oppfatning at fastlegereformen er en full markedsliberalisering av allmennelegetjenesten, og at ordningen virker solidaritetshemmende.

Er det slike leger vi vil ha?

De fleste av mine negative erfaringer med fastlegereformen stammer fra det jeg har opplevd og sett blant gode kolleger som har arbeidet i de deler av landet der kommunene ikke har tilleggsytelser til fastlegene. Mine erfaringer fra Hammerfest var derimot i stor grad positive, på grunn av kommunale tilleggsytelser som til dels var spesielt tiltenkt rekruttering av nyutdannede leger. For meg oppveide dette i stor grad ulempene ved å være selvstendig næringsdrivende i småbarnsperioden. Dermed kunne man glede seg over den friheten som denne ordningen tross alt medfører, i og med at man organiserer arbeidsdagen selv.

Det negative ligger etter mitt skjønn i at det å drive sin egen bedrift ikke nødvendigvis er ønskelig for en del allmennleger. Reformen har i mine øyne en ikke-eksisterende sosial profil med henblikk på legenes arbeidsvilkår. Det kan virke som planleggerne – inkludert legene – tror at leger av en eller annen grunn, fordi vi er leger, kan skånes fra – eller mestre – alt det som livet fører med seg, som før eller siden innhenter oss alle sammen. Vi som jobber som fastleger i dag befinner oss i et system som i de fleste tilfeller ikke har tatt hensyn til slike situasjoner.

Dersom fastlegeordningen fortsetter slik den fungerer i dag, tror jeg at dette kommer til å gi en klar seleksjon når det gjelder rekrutteringen til faget i årene framover, og jeg tror at det er dette vi alt har sett begynnelsen til. Fastlegereformen ser ut til å være en god ordning for pasientene. Fastlegereformen slik den fungerer i tettbygde strøk ser ut til å fungere utmerket for den noe ordknappe, praktisk anlagte lege, som er frisk og ferdig med etableringsfasen, eller som har en partner som kan ta seg av ekstraordinære eventualiteter hjemme.

Må vi andre se oss om i andre retninger?



## Litteratur

1. Abelsen B, Karlsen Bæck DU, Kramvig B, Moilanen M. *Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag*. NORUT Samfunnsforskning AS, Rapport nr. 06/05.
2. Hogne Sandvik (red.). *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av reformens delprosjekter*. Norges Forskningsråd 2006
3. *Riksrevisjonens rapport*. Mars 2004.
4. *Statusrapport om fastlegereformen i Norge etter to og et halvt år – erfaringer fra og med innføringen 1.6.2001 til og med 31.12.2003*. Helse- og omsorgsdepartementet 2004.
5. Hetlevik Ø, Hunskaar S. Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtillfredshet blant fastleger i Bergen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124; 813-5.

Gunhild Nyborg  
Bringeberlia 73  
N-1555 Son  
gunh-ny@online.no

## Om forfatteren

Gunhild Nyborg (f. 1968) er lege og arbeider for tiden deltid som vikar for fastlege i Råde i Østfold, og som lege på helsestasjon for ungdom i Vestby. Hun har også enkeltmannsforetak som jazzvokalist. CD-utgivelse: *Gunhild Nyborg: «Transitions»*, Park Grammofon 2006. ([www.gunhildnyborg.no](http://www.gunhildnyborg.no)) Hun er utdannet exam. oecon. fra Universitetet i Oslo, 1990. Publ: «Preparing for the inevitable crisis? Medical students after the 1970'ies». I: Larsen Ø (red). *The Shaping of a Profession*. Canton MA.: Science History Publications/USA, 1996, 399-405.

## Anne Alvik intervjuet i 1979

*Michael 2007;4:174–9.*

*I 1979 arbeidet senere helsedirektør Anne Alvik i Helsedirektoratet med samfunnsmedisin, nærmere bestemt utbygging av bedriftshelsetjeneste. Helsedirektoratet lå den gang under Sosialdepartementet, og holdt fysisk til i Regjeringskvartalet i Akersgata 42 i Oslo. Anne Alvik ble da intervjuet av tidsskriftet Nordisk foretagshälsovård. Nå, i 2007, i forbindelse med at hun fyller 70 år, kan det være interessant å høre hva hun sa for 28 år siden. Intervjuet i 1979 var slik:*

### **Bevisst byråkrat**

Vi intervjuer:

ass. overlege Anne Alvik, Helsedirektoratet, Sosialdepartementet, Oslo

*Nord. föret. hälsov. 1979;2:18-22.*

Chez Einar.

Spisestedet vi har satt kursen mot, fikk engang dette oppnavnet. Den gang Einar Gerhardsen var statsminister i Norge og kantinen i det nyoppførte regjeringsbygget med sin statssubsidierte mat var et mål i seg selv for de frekkeste blant sultne studenter. Til vekten ble morsk i sitt utvalg av utvalgte og det ikke lenger nyttet med et raskt nikk eller dulgt fremvisning av medlemskort i idrettsklubben Lyn for å komme inn til de forjettede seikaker eller røykt kolje med skinn, bein og gulrotsmør.

Chez Einar.

Forfatteren Nils Kjær har ført oss selv og våre barn på villsomme avveie, kanskje med hensikt, heller av uvitenhet, men helst fordi Regjeringsbyggkantinen ikke fantes, da han skrev det gymnas- og skoleteaterforterpede «Lykkelige valg» og innbilte nasjonen at det er i korridorene i Stortinget det



*Anne Alvik. (Foto: Ø. Larsen 1979)*

foregår. Korridorene, Lavinia, skrev Nils Kjær. Like enfoldige er dagspressens journalister når de tror Stortingskafeteriaen er hendelsenens sentrum.

Chez Einar.

Det er her det skjer. Vi er i maktens sentrum.

Nordisk Företagshälsovård anstiger sammen med assisterende overlege Anne Alvik i Helsedirektoratet, saksbehandleren som er øremerket, ikke fysisk men administrativt, for planlegging og utbygging av norsk bedriftshelsetjeneste innen norsk helsevesen. Vi ser triumferende på den gallonerte vakten der vi passerer inn, alt i orden, veiver oss fram gjennom sigarettøyken til kaffekoppdisken og albuer oss ned ved et respatexbord med stålrørstoler. Ser oss om uten fryktsomme blikk i det nøkterne lokalet, kun oppmuntret med et gjenglemt juletre nå langt utpå vinteren.

Herfra styres Norge. Det klirrer i de paraferendes spisebestikk. Her lagers premisser. Her settes stortingsvedtak om i handling. Damen der borte gir kanskje dispensasjon fra strandloven. Den tenksomme herren med snadde og skinkesmørbrød har kan hende i sin makt å forlegge din sak, hvem vet?

– Har du makt, Anne Alvik?

– Vi har vel egentlig det, her i departementene. Tenk bare på lovgivningen. Mange lover gis som fullmaktslover. Stortinget kan da diskutere lovteksten opp og ned, men det er forskriftene til loven som bestemmer hvordan den skal virke i praksis. Og forskriftene er det departementene som utarbeider.

– Men forskriftsutkast sendes vel ut til høring?

– Ja, og det gir jo en viss garanti og betryggelse for dem som tror vi er egenmektige. Hvem som blir høringsinstanser bestemmes etter vurderinger i hvert enkelt tilfelle. Det kan gjerne være mange. Da får vi fram nyanser. Helsepersonellets forskjellige organisasjoner og den offentlige legetat er f. eks. aktuelle høringsinstanser for oss, men det veksler fra sak til sak. Og så, etter høringen, kan vi lage de endelige forskrifter.

– Forskrifter er et aktuelt ord for dagens norske bedriftshelsetjeneste. Vi er underlagt minst to lover – kommer det snart et samlende sett med forskrifter, både med hjemmel i Lov om helsetjeneste ved bedrifter og i Arbeidsmiljøloven?

– Kompetansefordelingen avgjøres politisk. Når dette er gjort, regner vi med at felles forskrifter skal foreligge. Forhåpentligvis ganske snart.

– Men når lover, forskrifter og tidligere praksis er klare, greie og fiksferdige, er vel dere i departementene redusert til nederste trinns postfunksjonærer?

– Hver enkelt sak må jo behandles for seg og vurderes grundig. Vi reviderer også gjeldende praksis fra tid til annen.

Vårt intervjuobjekt understreker sine ord med raske håndbevegelser og den medbrakte skive brunost.

– Administrerer du bedriftshelsetjeneste som heltidsjobb?

– Nesten. Det er mye som skal gjøres. Sekretariatet for Rådet for helse-tjeneste ved bedrifter er lagt til oss. Det er sammensatt av representanter for Landsorganisasjonen, Arbeidsgiverforeningen, Rikstrygdeverket, Norske kommuners sentralforbund, Arbeidstilsynet, Helsedirektoratet og Forbruker- og administrasjonsdepartementet.

– Men legene, da? Legeforeningen???

– Legeforeningen som sådan er ikke med, men tre av representantene er leger. Oppnevningen skjedde som foreslått i innstillingen om bedriftshelsetjenesten. Denne var til høring på vanlig måte, også i Legeforeningen.

– Har du vansker med å markedsføre bedriftshelsetjeneste blant kollegene?

– Det er nok fortsatt en viss skepsis til bedriftsleger og alt deres vesen, særlig blant innbarkede klinikere, sykehusspesialister og også blant pri-

mærleger i utværene som synes vi får ta oss av de syke først. Den reserverte holdningen er imidlertid på tydelig retur.

– Skyldes dette interesse for forebyggende medisin eller redsel for levebrødet?

– Begge deler. Vi har en tilgang på ca. 325 leger i året i de kommende år. Dette vil trolig gi balanse i tilbud og etterspørsel midt i 1980-årene. Det er denne situasjonen vi planlegger for, ikke slik det er nå. Planlegging er ifølge sin natur langsiktig på dette området. Med en utbygging av bedriftshelsetjenesten – ikke for raskt, men passe – vil vi når den tid kommer forhåpentligvis ha et attraktivt arbeidsfelt og et aktuelt karrieretilbud i bedriftshelsetjenesten.

– I 1920-årene drev vi steinhogging. I 1980-årene bedriftshelsetjeneste. Planlegger du medisinsk nødsarbeid?

– Langt ifra. Forebyggende helsearbeid og derunder bedriftshelsetjeneste har et potensial – muligheter overfor livsmiljøet, livsformen, osv. Medisinsk vil dette bli et stadig mer utfordrende felt. Men utbygging av distriktshelsetjenesten i et land som Norge er en forutsetning for å få til en skikkelig bedriftshelsetjeneste utover hele landet. Husk vår spredte bosetting og de tallrike små bedriftene.

– Bedriftslegen i dag har ofte en lav profil. Betraktes ofte som en luksuriøs utvekst når legesituasjonen diskuteres. I våre dagers vanskelige situasjon for industrien, usikre arbeidsplasser som gir magesår, bedrifter der du finner hardt pressede medarbeidere i alle skikt – er det ikke god nasjonaløkonomi også nå å satse mer på å bevare helsa til dem som til syvende og sist tjener inn mesteparten av nasjonalproduktet? Ikke vente til 1980-årene?

– Bedriftshelsetjenesten kan gjøre en del på dette feltet, så for så vidt. Men her må det også arbeides på andre felter. Arbeidslivet er blitt ekskluderende. Det blir etterhvert liksom ikke plass for dem som ikke er helt på topp. Dette må det gjøres noe med. Arbeidslivet må bli mer levelig. Det er generell samfunnspolitikk.

– Kan norske leger nok om samfunnet?

– Det studium jeg gikk igjennom, bevisstgjorde i ethvert fall ikke. Det trengs også at studenter og leger engasjerer seg mer aktivt. Får vekk skylappene. Jobber politisk.

– Du er 41. Du har fire barn som befinner seg fra grunnskolen til den tekniske høyskolen. Har din egen situasjon som mangebarnsmor og yrkeskvinne betydd mye for å aktivisere deg politisk?

– Tåpelig spørsmål. Oppfordring til selvopptatthet. Stryk det. Selvfølgelig. Få livssituasjoner er så vekkende som den!

– Nå vet vi om deg at du har interesser og merkesaker langt utover dag-hjem, karakterer i skolen og liknende problemer foreldre pleier oppdage og brenne for en viss tid. Du sitter i kommunestyret der du bor, i landbruks-høgskolebygda Ås sør for Oslo. Du sitter i Akershus fylkesting. Du arbeider med miljøvern, boligpolitikk, kommunikasjonsproblemer og mye annet. Du er aktiv i partipolitikken, har funnet din plass i Det nye Folkepartiet. Du har hatt jobb som gruppesekretær. Er det en fordel å være doktor i slikt arbeid?

– Det er en fordel gjennom den menneskelige innsikt man har ervervet seg. Den falske autoritet noen tror man har, er imidlertid betydelig overdrevet.

– Du er byråkrat. Er det ikke litt av et problem å skifte fra almenpraktikerens, primærlegens rolle, slik du hadde den tidligere? Da din oppgave og din tilfredsstillende i sosialmedisinsk arbeid lå i å hjelpe pasienten i og mot byråkratiet, den store stygge ulven?

– Tvert om. Jeg læret at pasientens avmakt oftest skyldtes manglende viten om hvordan systemet fungerer. Ved å være her, ved å bidra til å bedre informasjon, gjør jeg egentlig det samme arbeidet, men effektivere.

– Politiker og byråkrat. Går det sammen? På jobben må du vel være lojal? Skrive brev med det motsatte av det du står for, fordi departementet mener slik?

– For det første: Jeg jobber ikke politisk med de samme sakene jeg har med å gjøre i Helsedirektoratet. For det andre: Det er meget sjelden jeg føler noen konflikt mellom det som er departementets faglige standpunkter og det jeg selv synes er faglig riktig. Skriv det!

– Litteraturens bilde av departementet, stemmer det? Sigurd Hoels pedantiske byråsjef i «En dag i oktober» – du er blant annet selv gift med en byråsjef og skulle ha fått inntrykkene i dobbelt dose. Er dere grå, papirglade og støvete?

– I våre dager tror jeg de færreste som jobber i departementene tar skade på sin sjel!

– Skal du ikke snart komme deg ut av denne skrivebordsjobben og begynne å gjøre noe ordentlig?

– Ha! Der kom det! Denne holdningen møter jeg ofte blant kolleger. Annet arbeid enn klinikk har liksom liten prestisje. Og det i en tid da det bør være åpenbart for alle og enhver at det er gjennom helsepolitikk og forebyggende helsearbeid at mange oppgaver må løses!

Vårt intervjuobjekt krøller sammen matpapiret med forte hender. Retter megetsigende på brillene. Vi forstår at intervjuet er over.

Utenfor Regjeringsbygget står en gammel allé. Vi finner fram fotoapparatet der, før vi tar adjø.

I sin tid førte denne alléen gjennom det gamle Rikshospitalets hage opp mot hovedinngangen i byarkitekt, stadskonduktør Grosch's Schinkel-inspirerte nyklassisistiske sykehusbygg. I pauser mellom journaler og visitter promenerte her kolleger som hadde fått kanskje hospitant- eller assistentstilling, ved de avdelinger og hos de professorer som stod ved frontlinjene når 1800-tallets medisinske problemer skulle løses.

Idag er sykehuset vekk, professorene er døde, men trærne er de samme.

De leger som nå dagstøtt haster gjennom alléen, driver forebyggende medisin og offentlig helsearbeid.

### **Om Anne Alvik**

*Cand. med. (Oslo) 1962. M. Sc. Community Medicine (London) 1980. Spesialist i samfunnsmedisin 1985. Etter turnus to år i sykehus og åtte år i primærhelsetjenesten. Gruppesekretær i Stortinget for Det Nye Folkepartiet 1975–76. Ass. overlege i Helsedirektoratet 1977–82, ass. fylkeslege i Akershus 1982–85, medisinalråd/ass. helsedirektør 1985–92. Helsedirektør 1992–2000. Fra 2000 seniorrådgiver/utreder.*

### **Om intervjueren**

*Øivind Larsen (f. 1938) var i 1979 dosent i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør for tidsskriftet Nordisk företagshälsövård. I 2007 professor i medisinsk historie og redaktør i tidsskriftet Michael.*

# Anne Alvik møter Anne Alvik 28 år etter

*Michael* 2007;4:180–6.

*I 1979 var Anne Alvik (helsedirektør 1992–2000) assisterende overlege i Helsedirektoratet. Hun ble den gang intervjuet av tidsskriftet Nordisk företagshälsovård<sup>1</sup>. I intervjuet<sup>2</sup> kommer hun blant annet med en del uttalelser om sitt syn på legerollen, spesielt legen mellom klinikk og administrasjon. I 2007, i anledning av sin 70-års-dag, blir hun intervjuet på ny og konfrontert med sine uttalelser fra 28 år tidligere.*

– Anne Alvik, når du leser gjennom det du sa for en mannsalder siden, er det blitt slik du trodde?

– Tja. Det som i ethvert fall ikke stemmer, er at vi skulle få balanse mellom tilgangen og etterspørselen for leger midt i 1980-årene. Det regnet vi med da. Det var en premiss i vår planlegging som viste seg å være feil. Men nå har vi nok leger i Norge, og det er på tide at myndighetene tar konsekvensen av det.

– I 1979 var du tydelig på vakt da du ble konfrontert med at du, en lege, hadde forlatt ditt legekantor og dine pasienter og isteden satt og bladde i papirer i sentraladministrasjonen. Provosert, ble du. Som om du hadde dårlig samvittighet. Er du slik i dag også?

– Nei, og det har nok med endringene i legerollen å gjøre. Det er nå både akseptert og vanlig at leger gjør forvaltningsarbeid. Det er neppe noen skjeve blikk mer. Heller ingen leger som føler seg fremmed ved kontorpulten.

– Hva annet er endret, og hvorfor?

– Samfunnet er ikke det samme. Legeyrket er alminneliggjort blant mange likeverdige yrker. Og antallet akademikere og andre høyt utdan-

<sup>1</sup> Bevisst byråkrat. *Nord. föret. hälsov.* 1979;2:18-22.

<sup>2</sup> Opptrykk av intervjuet i *Michael* 2007;4:174–9.





*Anne Alvik. (Foto: Ø. Larsen 2007)*

nede er økt. Det er ikke noe spesielt med leger mer. Gamle tiders underdannede respekt for legen er blitt borte. Legen møter pasienter som kanskje har like lang utdanning og dertil er godt oppdatert om sine helseproblemer på internett. På den annen side er også mye av autoritetens placeboeffekt blitt redusert, den som inngår en spesiell tillit, kunne trøste og bringe trygghet og ro.

– Hvordan tror du folk flest opplever legen i dag?

– Før var legen som en trygg og god onkel (det var sjeldnere tante) som man regnet med visste hva som skulle gjøres i en vanskelig situasjon. Nå er dette utvannet. Det er blitt mer et kundeforhold hvor de konkrete forventningene til hva legen skal gjøre, er tydeligere.

– Det er blitt ganske vanlig å være kritisk og å føle skepsis og aggresjon overfor leger. Hvorfor?

– Utsagnet ditt må nyanseres. Det er gjerne den «undefinerte lege», leger i sin alminnelighet, folk er misfornøyde med. Det er annerledes med deres egen lege, som de gjerne er tilfreds med.

– I vårt system er det – og skal det være – allmennpraktikeren befolkningen først kommer i kontakt med. Det er vel også allmennpraktikeren som former det generelle rollebildet av en lege. Hvorfor har så mange mennesker ambivalente holdninger overfor denne rollen?

– Det har helt siden 1940 vært meget vanskelig å komme inn på medisinstudiet i Norge. Dette har nok gitt legene et elitestempel som kan gi en bakgrunn av motvilje i vårt egalitære samfunn. Dessuten har en del leger vært flinke til å skaffe seg store inntekter. Det drar i samme retning. Det passer heller ikke med bildet av en lege med kall og selvoppofrende yrkesutøvelse. Men når det gjelder lønn, er det nok en del myter ute og går. Det er lett å finne andre grupper i samfunnet som ligger langt over.

– Har du prøvd å ringe til en allmennpraktiker?

– Jeg skjønner hva du sikter til. Utilgjengelighet er mer enn en myte, og det er uheldig for omdømmet. En person som står på listen til en fastlege, og som vet at fastlegen har betaling for å ha vedkommende der, er naturlig nok spesielt vår for å møte vanskelig tilgjengelighet. Det blir lett oppfattet som arroganse.

– Du satt selv i Helsetilsynet og var aktiv da fastlegeordningen tok form og ble innført. Er du fornøyd?

– Selv hadde jeg ønsket meg en fastlønnsordning som sikret legens funksjoner i kommunehelsetjenesten. Helsetilsynet prøvde å ta vare på samfunnsmedisinen, men det gikk tungt vis á vis departementet. Gjennomslaget for samfunnsmedisinen ble neppe godt nok. Fastlønnsordningen ble egentlig en privatisering av klinisk allmennpraksis, innført under arbeiderpartistyre. Ganske paradoksalt! Det kommersialiserte sosialdemokrati. Jeg var selv overrasket over at forslaget gikk gjennom i Finansdepartementet. For det var dyrt!

– Det å være lege i administrasjonen er vel også forandret?

– Ja, og i Helsedirektoratet skjedde det noe tankevekkende i 1983. Departementet fjernet de fleste legetitlene og erstattet dem med nøytrale betegnelser som avdelingsdirektør og fagsjef. Legeidentiteten ble svekket.

– Var dette en reaksjon på den stilen helsedirektør Karl Evang hadde stått for? Han som hadde ord på seg for å være «mektigere enn ministeren»?

– Årsakene er nok flere, men det var kanskje også stilen til etterfølgeren Torbjørn Mork som provoserte. Når Mork kom med sterke uttalelser i en direkte form i radioens morgennyheter, fikk statsråden og medarbeiderne det travelt utover dagen. Medietyranniet økte i disse årene.

– Kom omdanningen av Helsedirektoratet i 1983 som en overraskelse?

– Det var mange tidligere utredninger som ikke førte til noe, men denne gangen var resultatet gitt fra politisk hold. Statsråd Leif Arne Heløe og statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg var handlingsorienterte og ville rydde opp i dobbeltstillingen til Helsedirektoratet, der direktoratet delvis var en departementsavdeling og delvis et frittstående fagdirektorat. Utredningen som skulle konkretisere forslaget ble ført i pennen av Fredrik Hoff-

mann og meg. Jeg hadde i dette arbeidet en annen oppfatning enn min sjef Torbjørn Mork, men han respekterte det. Han var en raus og inspirerende sjef.

– Ble det en tid for «purister»?

– Det var nok en trend i tiden at man ble mer og mer kritisk til rolleblanding. Det gjaldt egentlig overalt. Før hadde for eksempel Helsedirektoratet hatt styrerepresentanter i mange eksterne organer. Dette ble det gradvis ryddet opp i.

– Til slutt ble Helsedirektoratet nedlagt?

– Det såkalte Norbomutvalget foreslo det i 1990. Mange protesterte kraftig, blant annet LO, fakultetene og yrkesorganisasjonene. Og ved Odelstingsdebatten om forslaget en juninatt i 1992 gikk det unna. Statsråd Tove Veierød ble kjørt til vegg av opposisjonen, særlig av Høyre. Det politiske kompromisset ble Helsedirektoratets metamorfose til Statens helse-tilsyn. Men Tove Veierød søkte avskjed som sosialminister og Jon Ola Norbom som departementsråd. Statsminister Gro Harlem Brundtland bestemte at nå skulle departementet ha to statsråder, sosialminister og helseminister. Jeg husker godt da den nyutnevnte helseministeren, Werner Christie, kom på besøk i Helsedirektoratet i september 1992 og beroliget folket der – etter to år med nedleggingstrussel: Vi skulle bli noe annet, ikke nedlegges. Og en måned senere døde Torbjørn Mork.

– Og så kom du inn på toppen?

– Ja, som nestleder ble jeg konstituert som helsedirektør i oktober 1992 og så utnevnt i embetet i august 1993.

– Hadde du tenkt deg å bli helsedirektør?

– Nei. Jeg hadde sett hvor tøft Mork hadde det, og det gjorde ikke en slik jobb tiltrekkende. På den annen side, nå hadde jeg i trekvart år ledet en omorganiseringsprosess som var nesten i mål, og ville gjerne fullføre det løpet.

– Statens helsetilsyn ble etablert 1. januar 1994. Hvordan opplevde du overgangen og tiden videre?

– Mye hadde skjedd, det var en annen tid og ikke lenger rom for utøvelse av helsedirektørembetet slik Karl Evang og Torbjørn Mork hadde gjort det. Hovedoppgavene for meg ble å gjennomføre omorganiseringen fra Helsedirektoratet til Statens helsetilsyn, lede utviklingen av en moderne tilsynsrolle for etaten, få et bedre samarbeid med departementet, bygge opp igjen optimisme i en skadeskutt medarbeiderstab, og reparere et anstrengt forhold til fylkeslegene. Med en rendyrket tilsynsfunksjon hadde Helsetilsynet mistet mange av de sakene som var i medias søkelys. Helsetilsynets rolle ble blekere.

– I intervjuet fra 1979 står du fram som en trygg og god representant for et samfunnsmedisinsk fellesskap – departement og direktorat. Har det alltid vært slik?

– I tiden før endringen til Statens helsetilsyn var samarbeidsforholdene elendige og stemningen anstrengt. Mye skyldtes myter som svirret både i departementet og i direktoratet, og som ble grunnlag for uenighet. Uansett bidro dette til nedleggingslysten. Da jeg overtok ble jeg enig med den nye departementsråden, Eldrid Nordbø, om at vi skulle ta fatt i og ordne opp i konflikter allerede på spirestadiet. Det fungerte, for ofte var årsaken rene misforståelser. Jeg hadde også bestemt meg for at jeg ikke ville jobbe via media, og valgte bevisst en annen profil enn mine to markerte forgjengere. Men media ble en voksende og etter hvert nokså dominerende faktor. En faktor med styringsambisjoner!

– Du opplevde dette ganske kraftig selv i forbindelse med den såkalte Bærumsaken?

– En svensk overlege ved Bærum Sykehus innklaget høsten 1998 en overlegekollega for å ha utført aktiv dødshjelp. Det gjaldt en kreftsyk pasient i sykdommens siste fase. Innklagede lege hadde anvendt det man da kalte terminal sedering, og som nå heter lindrende sedering. All annen smertelindring var forsøkt uten at det hjalp, og pasienten ble medikamentelt holdt i en lett søvn de siste dagene han levde. Vi fikk klagen som tilsynssak. Vi vurderte saken grundig og konkluderte i mai 1999 med kritikk til overlegen for mangelfull journalføring og til sykehuset for manglende rutiner for terminal sedering, men fant at det ikke hadde skjedd aktiv dødshjelp eller uforsvarlig behandling. Da braket det løs. Mediekjøret var massivt, med påstander om inhabilitet, slurvete saksbehandling og forsøk på å skjule et tilfelle av aktiv dødshjelp.

– Både Helsetilsynet og jeg som toppsjefen ble bombardert. Og jeg som alltid har vært innbitt motstander av aktiv dødshjelp! Med ressurser til god omsorg og pleie bør det heller ikke være noen grunn til å argumentere for aktiv dødshjelp.

– Var ikke dette egentlig en sak om «varslerens» rolle?

– Etter hvert ble saken oppfattet som et spørsmål om varslerens stilling. Men her anmeldte klageren sin kollega til politiet for drap mens vi fortsatt var i full gang med behandlingen av hans klage til Helsetilsynet. Legeforeningens etiske råd syntes merkelig nok at dette var i sin orden, selv om de burde visst at Helsetilsynet løpende vurderer både om et forhold bør politianmeldes og om påklaget helsepersonell bør miste godkjenningen. Stolte ikke Rådet på disse vurderingene? Debatten om varsleren er viktig, men helsepersonell som påklages, må også bli ivaretatt, ikke bare varsleren.

Vi må ha betryggende kanaler for å klage, og unngå dobbeltbehandling.

– Hva hendte så?

– Etter ni måneder med bølger av kritikk var arbeidssituasjonen i Helsetilsynet så uholdbar at jeg i mars 2000 søkte om permisjon et halvt år for å skape arbeidsro. Departementet hentet inn en fylkeslege som vikar.

– Ble det ro?

– Nei. Vikaren gransket saken, og skrev en knusende rapport, med media som viktigste kilde. Et minimum av rettssikkerhet i slike granskinger er at den som granskes får uttale seg og redegjøre for det som skjedde, men jeg ble til min forskrekkelse kraftig kritisert, og det uten at min vikar overhodet hadde snakket med meg. Istedenfor ro i media og i Helsetilsynet ble det verre og verre. For meg ble konklusjonen at jeg ikke kunne få en noenlunde rimelig arbeidssituasjon i Helsetilsynet på lang tid, og i august 2000 søkte jeg avskjed som helsedirektør.

– Jeg får ikke helt fatt på hva du og Helsetilsynet skulle ha gjort som var så kritikkverdig. Forklar!

– I ettertid av alt bråket ble saken vurdert i andre instanser, og både Helsetilsynets saksbehandling og jeg som sjef ble «frikjent». Justisdepartementets lovavdeling slo fast at det ikke hadde foreligget inhabilitet, og at saksbehandlingen bortsett fra en eller to detaljer ikke var kritikkverdig. Riksadvokaten og Statens helsepersonellnemnd slo fast at det ikke hadde foregått aktiv dødshjelp og at den terminale sederingen var forsvarlig legjevirkosomhet. Men dette tiltrakk seg ikke oppmerksomhet hos de kritiske journalister. For meg ble Bærumsaken et bevis på medias makt, ikke bare når det gjelder å gjengi saker, men også til å skape saker.

– Styrtet du deg selv ut i et arbeidsløshetens mørke?

– Selvsagt gjorde jeg ikke det! Jeg hadde fortsatt min statlige ansettelse, og var først i noen år seniorrådgiver ved Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF) i Lørenskog, før jeg i 2005 gikk til Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, der jeg fortsatt er. Utredningsarbeid for Sosial- og helsedirektoratet har det også blitt, og jeg har nettopp lagt siste hånd på en veileder om voldtekstmottak, der jeg har ledet en arbeidsgruppe.

– Siden intervjuet i 1979 har du vel vært med på mye som har gitt deg et utvidet perspektiv på norsk medisin og norsk helsetjeneste. Jeg tenker f. eks. på din mastergrad i samfunnsmedisin fra London i 1980, eller på ditt virke som medlem av hovedkomiteen for norsk forskning 1982-1983, ditt verv som styremedlem i Verdens Helseorganisasjon (WHO) fra 1997 til 2000 og andre tunge verv.

– Ja, jeg har sett betydningen av å drive medisin fra et administrativt

ståsted, for å skape helse for de mange i en verden med stadig nye utfordringer. Og jeg er betenkt over mange sider av medikaliseringen. Folk lokkes til å tro at de må sjekkes for ditt og datt rett som det er, og putte i seg diverse piller for å holde seg friske. Media og kommersielle aktører sprer engstelse, mens vi heller må få folk til å stole på kroppen sin og glede seg over livet.

– Da selveste Karl Evang i 1950- og 1960-årene bygde opp imperiet av sentralsykehus, hadde han tenkt seg å bygge inn forebyggende funksjoner som han simpelthen ikke fikk gjennomført.

– Da er vi tilbake ved legerollen, som i de flestes bevissthet er klinikerens rolle, og legevirkosomhet som er identifisert som behandlingsevne. Både samfunnets finansieringsordninger og helsetjenestens egne rollebilder er bygd opp slik. Men dessuten: Er du sikker på at Karl Evang innerst inne brant så sterkt for det forebyggende? Var han ikke mer en helsetjenestens mann?

– I 1979 var det tydeligvis du som brant. For bedriftshelsetjenesten. Gjør du det nå?

– Misforstår du en byråkrats rolle? Les intervjuet en gang til! Min arbeidsoppgave som assisterende overlege i Helsedirektoratet den gang var å tilrettelegge for en bedriftshelsetjeneste med en fornuftig ressursbruk. Dette arbeidet gjorde jeg så godt jeg kunne, i en situasjon der det oppsto konflikt mellom to forvaltningsorganer, Helsedirektoratet og Direktoratet for arbeidstilsynet. Senere fulgte andre oppgaver. Men det som er trist med bedriftshelsetjenesten, er at forutsetningene for å drive den fornuftig langt på vei er borte. Arenaen er delvis blitt fylt av kommersielle aktører som tilbyr å dekke arbeidsgiveres lovpålagte plikter og ansattes velværebehov.

– Var det ubehagelig å møte deg selv og dine meninger for 28 år siden?

– Nei, hvorfor det? Forresten: Litt ubehagelig er det å konstatere at noen av de problemene vi den gang håpet å få løst, fortsatt er der – uløste.

## Leger uten grenser – hjelparbeid og etiske dilemmaer

*Michael 2007;4:187–8.*

Atle Fretheim, lege og tidligere leder av den norske avdelingen av Leger uten grenser (Médecins sans frontières, MSF), fortalte om organisasjonen som hadde begynt i 1971 som en bevegelse blant entusiastiske, litt hippiepregede franske leger som reagerte sterkt på all den lidelsen sivilbefolkning ganske kynisk ble påført ved krigføring mange steder i verden. Nå er MSF både fredsprisvinner og har vokst seg stor med 15 000 ansatte rundt i verden og ca. 2 500 som deltar i arbeidet som frivillige hvert år.

MSF baserer seg også på idealer som upartiskhet, nøytralitet og uavhengighet og å konsentrere seg om det medisinske hjelparbeidet, men i motsetning til en del andre hjelpeorganisasjoner har de «speak out» som en uttrykt målsetting, dvs. å bruke media for å gjøre verdenssamfunnet oppmerksom på hva som foregår. Dette kan skape vanskeligheter, da man lett blir oppfattet som partisk, hvilket kan sette hjelpeinnsatsen i fare. Det er en delikat balanse mellom rollen som hjelper og rollen som vitne, og det har hendt flere ganger at MSF simpelthen er blitt kastet ut av nedområdene av de regjerende myndigheter.

Fretheim ga eksempler på MSF's virksomhet, spesielt i Afrika, og viste mange bilder som i sterk grad underbygde hans argumentasjon. Han omtalte især arbeidet for strømmer av flyktninger som ofte er i en håpløs situasjon, gjerne skapt og utnyttet av lokale makthavere. Fretheim drøftet en rekke etiske dilemmaer, ikke minst av politisk art, men også de innebygde tankekorsene som ligger i all prioritering av helsehjelp – hvor langt skal arbeidet for å hjelpe enkelindivider gå, hvis det skjer på bekostning av innsats for å skape bedre forhold for hele befolkningsgrupper. Også internt i MSF er slike spørsmål stadige diskusjonstemaer, blant annet fordi de opprinnelige franske legene holdt sterkt på lege/pasient-rollen som det sentrale.



*Mange av folkemorderne i Rwanda søkte tilflukt og fikk hjelp i flyktningeleire i nabolandet Zaire. (Foto: Leger uten grenser)*

Det ble en meget livlig og engasjert diskusjon etter foredraget. Blant de 14 møtedeltakerne var det en rekke som hadde dels massiv og langvarig erfaring med medisinsk nødhjelp, fra høyeste administrative nivå og ned til praktisk feltarbeid. De kvalifiserte meningsutvekslingene om de mange etiske spørsmålene ble derfor både tankevekkende og nyttige.

*Øivind Larsen*



# Hvordan er risiko blitt oppfattet?

*Michael 2007;4:189–90.*

Walter F, Fantini, B, Delvaux P (eds): *Les cultures du risque*. Presses d'Histoire Suisse, Genève 2006. 210pp. ISBN 2-9700461-3-x. ISSN 1660-8836. Pris ikke oppgitt.

Tidlig i 1990-årene vokste det fram et tverrfaglig og interinstitusjonelt arbeid rundt universitetet i Genève som gikk under tittelen «Action humanitaire». Ikke bare diverse fakulteter, men også organisasjoner som Røde Kors komiteen, Verdens helseorganisasjon, FNs høykommisær for flyktninger og den internasjonale migrasjonsorganisasjonen deltok på to dagers tenkemøter omkring vanskelige tema i tiden. Det kunne være problemfelt som aids og menneskerettigheter, grunnelementer i flyktningeomsorgen, dilemma mellom nødhjelp og utvikling og lignende. Disse tenkemøtene var lagt til sjenerøse tilbaketrukne klosterlignende studiesteder, som oftest til La Pensière ved Annecy. Diskusjonene foregikk mest på engelsk, men det var en fordel å kunne fransk og tysk også.

Den foreliggende boken er en rapport fra et tilsvarende «colloque» i Genève i januar 2005, som tok for seg risiko og farer i livet og i medisinen fra det 16 til det 21 århundre. Det er ti bidrag, igjen på fransk, engelsk eller tysk, uten oversettelse. Anmelderen føler seg noe snobbet av de språkmektige sveitsere.

Boken er ingen analyse av risikobegrepet i medisinen, den omhandler snarere trusler og farer, i utgangspunktet på makronivå, i samfunnet, men i de siste kapitlene også på individnivå, risiko ved kliniske forsøk og sosiale determinanter for helse. Det franske ordet *risque* forekommer ikke i ordbøkene før det tyvende århundre, men har så kommet inn i språket via økonomenes terminologi.

Det første kapitlet tar for seg tolkning av naturkatastrofer, tabuer, synd og straff. Andre kapittel tar oss inn i oppfatninger av helserisiko, særlig trus-

ler fra smittsomme sykdommer. Følgende kapitler handler om flom, naturkatastrofer og blyforgiftning, hele tiden med refleksjoner over hvordan befolkningen tolket risiko eller forholdt seg til farer og katastrofer. Så følger tre kapitler om katastrofer fra Alpene, Ungarn og Napoli, og til slutt ett om kliniske forsøk og sosial sårbarhet.

Boken er først og fremst av betydning for historieinteresserte. Den beskriver og vurderer hvordan samfunn institusjonaliserer og internaliserer utrygghet, ved foten av Vesuv, i Alpene eller etter en tsunami. Den omhandler katastrofe betraktet som et ytre fenomen, og usikkerhet inkorporert i befolkningen, risikosamfunn og «human security».

En krise er først en katastrofe når vi ser på effekten den har på et samfunn; og samfunnenes sårbarhet varierer. Språk er viktig; trafikkulykker kan vi ikke gjøre noe med (når ulykka først er ute), men trafikkskader kan forebygges.

Boken vil neppe bli lest av mange her hjemme. Men til grunn for boken ligger altså et tematisk tverrfaglig, tverrkulturelt seminar. Hadde vi mer tid, mer intellektuell utforskertrang tidligere? Ville vi klare å samle folk for noen dager her hjemme, bare for temaets skyld? I Det norske medisinske Selskab?

### **Om anmelderen**

*Harald Siem (f. 1941) er leder av sekretariatet for internasjonalt arbeid i Sosial- og helsedirektoratet. Han arbeidet på 1990-tallet i Genève (IOM, WHO).*

# Organdonasjon

*Michael 2007;4:191–2.*

Ved Selskabets møte i «blått auditorium» på Rikshospitalet i Oslo onsdag 28. februar 2007 kl. 1915-2100 var temaet organdonasjon, belyst fra to forskjellige synsvinkler – fra transplantasjonskirurgens og fra de pårørende til den pasienten transplantasjonsorganet tas fra.

Første innleder var overlege dr. med. Aksel Foss, leder for levertransplantasjonsteamet ved Seksjon for transplantasjonskirurgi, Rikshospitalet. Han gikk først kort gjennom transplantasjonskirurgiens historie og viste i den anledning til en nylig publisert oversikt av Erik Thorsby<sup>1</sup>, før han gikk over til å fortelle fra sine egne omfattende erfaringer med trasplantasjon.

Transplantasjonskirurgien fikk sitt gjennombrudd på 1980-tallet i forbindelse med introduksjonen av stoffet ciklosporin som gjorde det mulig å få langt bedre bukt med avstøtningsreaksjonene. På verdensbasis har transplantasjonsbehandling utviklet seg til å bli en omfattende kirurgisk virksomhet. Dette har imidlertid medført ventelister for pasienter som trenger organer, og bare i USA regner man nå med at rundt 95 000 personer venter. Dødsfall blant ventelistepasienter blir derfor stadig vanligere. Behovet for transplantasjonsbehandling med tilhørende organbehov vil også øke, både på grunn av de gode resultatene, og fordi befolkningen blir eldre.

I Norge er transplantasjonsbehandling sentralisert, hvilket foredragsholderen anså som en stor fordel med hensyn på kvaliteten i arbeidet. Nyretransplantasjon er vanligst (229 av 380 i 2005), men levertransplantasjon blir mer og mer aktuelt (38 i 2005). Både teknikk og overlevelse blir der stadig bedre. Det har også vist seg at det er mulig å utføre levertransplan-

---

<sup>1</sup> Thorsby E. Norsk transplantasjonskirurgi gjennom 50 år. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006;126:3305-10.

tasjon med vellykket resultat hos pasienter med cancermetastaser til leveren, noe man inntil for kort tid siden var skeptisk til å gjøre.

Transplantasjonskirurgiens muligheter framover når det gjelder transplantasjon av Langerhanske øy-celler ved diabetes ble også omtalt, en teknikk som kan åpne nye muligheter for en stor pasientgruppe.

Andre innleder, Anne Hambro Alnæs er sosialantropolog. Hun tok i 2001 sin dr. polit. grad<sup>2</sup> på et helt annet aspekt ved transplantasjonskirurgien, nemlig hvilke reaksjoner man møter hos de pårørende som blir spurt om å gi sitt samtykke til at det tas ut organer i transplantasjonsøyemed fra nettopp avdøde nærstående personer. Feltarbeidet var utført ved Haukeland sykehus i Bergen. Fra resultatene av hennes deltakende observasjon og senere oppfølgende undersøkelser kom det fram praktisk viktig informasjon om hvilke reaksjoner som melder seg og hvorledes det er lett å komme til å gjøre feil i interaksjonen med personer som skal foreta vanskelige avgjørelser. Foredragsholderen hadde identifisert en lang rekke grunner som ble avgjørende for dem som avsto organuttak til transplantasjon. Like viktig var imidlertid begrunnelsene hos dem som ga sitt samtykke. Hun etterlot ingen tvil om at kunnskaper om dette ville være av stor nytte for det sykehuspersonalet som skulle håndtere en slik situasjon.

Anne Hambro Alnæs berørte også en del praktiske forhold, slik som kostnadsspørsmålet for sykehus som skulle ta ut donororganer, og kulturelle forhold i et stadig mer flerkulturelt samfunn. Ulike holdninger og tradisjoner både i synet på kroppen og synet på døden kan få økende betydning for transplantasjonskirurgien, der tilgangen på organer er et nøkkelproblem.

Diskusjonen blant de 13 møtedeltakerne ble livlig og lærerik.

*Øivind Larsen*

---

2 Alnæs AH. *Minding matter: Organ donation and medical modernity's difficult decisions*. Oslo: Department and museum of anthropology, Faculty of social sciences, University of Oslo, 2002.

# *Michael*

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at [www.michaeljournal.no](http://www.michaeljournal.no).
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

## Editors:

Professor Øivind Larsen  
Professor Magne Nylenna  
Professor Erlend Hem  
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

## Editorial board:

Professor Stein A. Evensen  
Professor Jan Frich  
Professor Christoph Gradmann  
Professor Arvid Heiberg  
Director Frøydis Langmark  
Dr. Kristine Lillestøl

## Postal address:

Tidsskriftet *Michael*  
P.O. Box 1152 Sentrum  
NO-0107 Oslo  
Norway  
[michael@dnms.no](mailto:michael@dnms.no)

Annual subscription rate  
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

*www.dnms.no*

ISSN 1893-9651



9 771893 965004