

Randsoner – utenfor eller utfordring?

Michael 2009;6:375–94.

Helseproblemer befinner seg ofte i randsonene mellom medisinske fag og fagene til andre yrkesgrupper som også arbeider med helse spørsmål. Hvis problemer og oppgaver ikke lenger passer overens med fag og strukturer, bør man gjøre noe med det.

Hvis noe er *kjernen* i en sak, i et fag, eller i hva som helst, er det også noe som *ikke* er det. Det fins dessuten mye som nok er sentralt, men ikke *helt* sentralt. Og så er det alle overganger utover til det åpenbart perifere og videre mot det som klart ligger utenfor en eller annen grense.

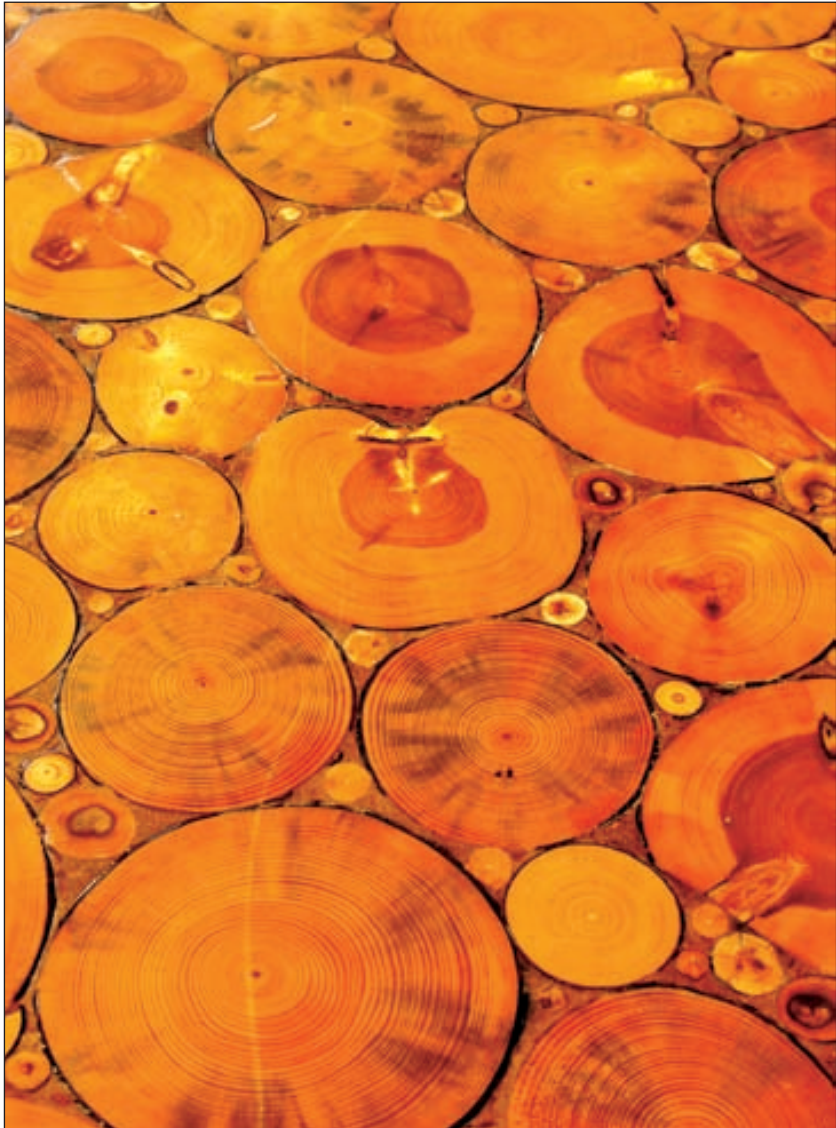
Egentlig består hele vår verden av et utall kjerner med lag omkring. Lagene går fra de håndfaste i kort avstand fra kjernen og utover til de diffuse og utydelige. I kantene glir de over i ytre lag som tilhører andre kjerner. Mitt poeng: Kanskje trenger vi av og til kjerner nettopp her?

Det kan være nyttig å befatte seg med slike amatørfilosofiske betraktninger. De kan blant annet åpne for nytenkning, simpelthen ved at man spør seg selv om det er helt sikkert at det er periferien som er periferien, og om det er sentrum som er sentrum, når oppgaver skal løses.

Figur 1 viser en bordplate, lagd av skiver av endevved, noen av tykke, noen av tynne stokker. Kaffekoppen kan settes midt på kjerneveden i en av de største skivene. Men kanskje sitter man slik ved bordet at koppen må stå der stokkene er tynne. Eller kan hende må den stå mellom skivene. La oss her prøve å se på trekk ved *helse og medisin* på denne måten.

Tiden og det viktige

Da jeg gikk på offiserskurset for medisinere i 1960, i den kalde krigens kaldeste dager, lærte vi mye som var medisinsk relevant, datiden tatt i betraktning. Det var f. eks. logistikk og rutiner for effektiv skadebehandling



Figur 1: Bordplate av endeved. Undredal i Sogn 2009. (Foto: Ø. Larsen)

– sentrale temaer for militærleger. Det kunne bli bruk for et klart hode, systematisk tenkning og det man hadde ervervet av kirurgiske kunnskaper.

Mer på siden var kanskje opplæringen i stell av hest, kløving etc.. Men det kunne selvsagt hende at man kunne få bruk for å tøyse en stedlig dølagamp ved en rask forflytning. En randsone i militærlegens virke.



Figur 2: Dr. F.D. Harboe opererer. Foto: OFW Mejlænder 1897. (Foto tilhørende Trysil bygdetun, stilt til rådighet av Hedmarksmuseet.)

Imidlertid oppfattet jeg allerede da intensivkurset hos Ingeniørvåpnet på Hvalsmoen som klart utenfor det Hippokrates ville befattet seg med. Vi lærte å blåse opp bruer hvis det skulle bli nødvendig. Øvelsene i å sprengte løpegraver med detonerende lunte var underholdende der og da. Å kjenne til terrorens grunnprinsipper er nyttig, også for leger, men terror er ikke noe man skal drive med. Avgjort utenfor den ytterste faglige randsonen.

Men – og det er viktig – den gang hørte dette med i kursinnholdet fordi de ansvarlige overordnede mente at slik var sentrum og periferi innenfor den sirkelen som omfattet militærlegens oppgaver. De hadde vurdert situasjonen slik at lærestoffet hørte med.

Et kjent fotografi fra norsk medisinhistorie er tatt av doktor i Trysil Otto Fredrik Waldemar Mejlænder (1865–1944) i 1897. Det viser hans kollega, konstituert distriktslege samme sted Morten Dedekam Harboe (1852–1915) som opererer (figur 2). Operasjonsstuen er et rom, møblert med stoler og bord i tidens stil, i beste fall et kontor. Pasienten ligger på en slags bære. På en kjøkkenstol står et blomstret porselensvaskefat. Og foran dart-spillet på veggen står legen med sigarett, oppbrettede ermer, iført blodflekket forkle utenpå

vest, finskjorte, skjortebryst og slips med nål¹. Den gang *måtte* allmennlegene beherske situasjoner som hundre år senere ville fordrer henvisning til spesialist, poliklinikk eller sykehus. Å være i stand til å foreta kirurgiske inngrep under enkle forhold, lå ikke i noen medisinsk randsone. Det måtte man kunne.

Også opp til den senere tid har legestudenter f. eks. måttet lære å trekke tenner. Man kan aldri vite hva det kan bli behov for. Å ta imot ved fødsler er fortsatt aktuelt lærestoff i legestudiet, selv om jordmødre vanligvis ordner opp, både på fødeklubben og ved eventuelle hjemmefødsler. Og skulle det bli behov for lege, er det gjerne spesialisten i fødselshjelp som trår til. Hva som er randsoner, er kontekststøtvegg.

Med andre ord: *Det viktige* endrer seg med *tiden*.

Flere dimensjoner

Periferi og sentrum behøver ikke alltid referere til en *omkrets*. Verken fag eller yrkers arbeidsoppgaver er som flater som har en begrensning. Slik at det som er utenfor uten videre er utenfor, og det som hører med, hører med. Det er nemlig også noe tredimensjonalt over dette. Flaten kan være overflaten av en faglig dybde. Det vil dessuten være en faglig høyde over den, en oversikt å ta hensyn til.

Innen medisinen: Spesialisten i kirurgi må ha en faglig forankring i dybden for sine ferdigheter, kunne sitt bakgrunnsstoff. Blant annet for å reagere riktig hvis noe går galt, er det nødvendig både med basalkunnskaper og erfaring. Det er ikke nok å kunne svinge kniven. Men kirurgen må også ha teoretisk takhøyde over det hun eller han gjør, kunne vurdere alternativer og ha oversikt over konsekvenser på lang sikt. Men for de oppgavene av f. eks. trygdemedisinsk art som samme kirurg av og til får med å gjøre, synes de fleste det er greit at det handles på et mindre vel underbygd nivå. Trygdemedisin er tross alt en randsone for en kirurg.

Da doktor Harboe grep operasjonskniven fatt i Trysil i 1897 under forhold som ser temmelig sterile ut, og uten at vi kan se noe bedøvelsesutstyr, var både aseptikk og anestesi allerede vel etablerte som fagfelt. Men sannsynligvis var tid og sted slik at en operasjon utført på primitiv måte av en konstituert distriktslege med kirurgi som bare en av sine oppgaver, var det som etter omstendighetene ble bedømt som best. Operasjonen skjedde i en faglig ramme, ikke i distriktslegeembetets eller kirurgyrkets faglige sentrum, men et sted imellom. Teoretisk bakgrunn og teknisk ferdighet var *etter forholdene* ansett som tilstrekkelige. Risikoen var kalkulert.

¹ Bildet er blant annet gjengitt i Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske lægeförening, 1986, side 16.

Vi tenker vanligvis ikke på at også f. eks. et legestudium er en slags tredimensjonal størrelse. Den har et sentrum, definert ved den legerollen studiet skal føre fram til. Så er det en periferi som strekker seg ut i et horisontalt plan. Studiet har en utstrekning ved at det består av mange fag, noen mer sentrale enn andre. Men det er også et vertikalt aspekt som går på fordypelse, krav til ferdighet og krav til oversikt. I noen fag kreves større teoretisk bakgrunn og større ferdighet enn i andre. Slik er det blitt.

La oss se på *horisontalplanet* først: Hvordan er det f. eks. blitt bestemt at det for tiden skal være ca. 28 forskjellige fag i et norsk medisinsk studium? Og ikke f. eks. 34 eller 19? Hvorfor har indremedisin, kirurgi og allmennmedisin fått en selvfølgelig status som hovedfag og ikke f. eks. samfunnsmedisin og psykiatri, samfunnets helseproblemer tatt i betraktning? Hvorfor undervises det om dataprogrammer for allmennpraksis, men ikke om kommunal administrasjon, på tross av at det er nettopp ute i kommunene turnusplasser og kommunelegestillinger venter når studiet er over?

Hvorfor er det ikke kurs i samfunnsgeografi, enn si i demografi, slik at legene for det norske samfunnet får samfunnsstrukturen inn under huden, basalkunnskaper om det samfunnet de skal arbeide i? Menneskekroppens anatomi og fysiologi er uimotsagte som basalfag for en lege. Men hva med samfunnets anatomi og fysiologi, konteksten hvor arbeidet skal foregå?

Den *vertikale* dimensjonen gir også grunn for refleksjon: Hvordan er det blitt bestemt, og av hvem, når fordypningen i et medisinsk fag skal *stoppe*, når nok er nok?

Ved andre universitetsstudier fordres fordypning i et begrenset antall fag. I de gamle hovedfagsoppgaver stanget man endog mot forskningsfronten. Men legestudenten flagrer lett av sted på overflaten av studieplanens 28 fag. Hvor dypt skal studenten f. eks. trenge inn i biokjemiens mysterier?

Slike spørsmål murrer stadig vekk ved medisinske læresteder. Studentene vil gjerne være doktor fra studiets første dag og har periodevis liten sans for teoretisk fordypning. De understøttes undertiden i dette syn også fra akademisk hold. F. eks. har man ved McMaster-universitetet i Canada en modell som legger opp til en bred, men faglig grunn allmennlegeutdanning. Spesialkunnskapene skal komme senere for de spesielt interesserte. Allmennlegen, befolkningens doktor, skal være spesialisthelsetjenestens dørvakt og innkaster.

Fag i fag

Hvert enkelt fag som utgjør samlefaget *medisin*, er også en tredimensjonal organisme. Hvert fag har sitt egendefinerte sentrum og en periferi omkring.

Når fagene skal konkurrere om plassen innenfor den større strukturen som medisinstudiet er, blir det igjen en avveining mellom sentrum og randsoner. I studieplanarbeid foregår slik avveining sjelden uten kamp. Det har både med fagstatus og ressurser å gjøre. Hvorfor skal studentene f. eks. drilles i detalj i – rett nok viktige – statistiske metoder, mens f. eks. praktisk håndtering av matbårne infeksjoner får en beskjeden plass? Det er greit at kommunelegen er god i å vurdere statistisk holdbarhet av klinisk kontrollerte forsøk publisert i *The Lancet*. Men for rollen kommunelege vil mange i omverdenen anse det som mer på sin plass om et kunnskapsmessig verktøy av høy kvalitet for å stoppe en salmonellaepidemi er det som ligger lettest tilgjengelig. Er forklaringen simpelthen så enkel at det er statistikeren som har vunnet over hygienikeren i studieplanarbeidet? Innenfor en studietids faste ramme vil det ofte være de som behersker sentrum som bestemmer hva som er randsoner.

Ved medisinske fakulteter i Norge er det f. eks. både historiefaglige og samfunnsvitenskapelige innslag i undervisningen. Randsoner, ja vel, men de er der. Andre læresteder kan ha andre prioriteringer. Dette er en av de faktorene man ofte oppdager når leger med utenlandsk eksamen skal undervises i nasjonale fag for å få autorisasjon i Norge. Når en doktor fra f. eks. en tidligere sovjetisk republikk sitter i auditoriet og ikke kan svare fornuftig på *hva en norsk kommune er*, trengs det åpenbart tilleggskunnskaper før vedkommende er egnet som kommunelege. Randsoner er kontekstavhengige. Kanskje nettopp derfor er de så viktige.

Revir blant revir

La oss for enkelthets skyld se på et fags tredimensjonale utstrekning som et revir i rommet. Det er definert av dem som er innenfor og det redefineres hele tiden. Dette er en forsvarsmekanisme. Et revir definert utenfra er et utrygt område. Når noen forteller oss hvem vi er, hva vi skal gjøre og hvor vi hører hjemme.

Et fag har en rekke sosiologiske kjennetegn. Disse holder faget sammen for dem som er innenfor og gir signaler om hvor grensene går for dem som er utenfor.

Eksempler: *Fagspråk* er et slikt virkemiddel. Et mer eller mindre spesifikt fagspråk finnes innenfor hvert enkelt fag medisinen består av, og det finnes for medisinen og legeyrket som helhet. Språk definerer hva som er sentrum, periferi og randsoner². Prøv selv: Ordet «psykiatriker» er korrekt norsk.

2 For andre meddelelsesformer gjelder det samme. Hvis jeg benytter *footnoter* i min artikkel (som her), er jeg *innenfor* blant historikere og andre samfunnsvitere og i beste fall i randsonen for medisinerne. Der skal det være referanser *etter* artikkelen, helst i Vancouverstil, ellers er man *utenfor*.

Bruk det blant helsepersonell. Først smiler de, men bruker du ordet på alvor, er du definert ut med det samme.

Eller: Innenfor hvert revir utvikles gjerne en spesiell *atferd*, formelt og uformelt bestemt. Legen kan ikke reklamere for sin virksomhet, mens det er fritt fram for helsekostforhandleren. Legens råd skal være kunnskapsbasert, alternativmedisineren gir også råd, men møter ikke samme krav for å bli hørt.

Men hva skjer i de områdene hvor fagenes yttergrenser møtes? Og hva skjer for de relativt få medisinske fag hvis egenart nettopp består i at de befinner seg der fag møtes? Her er samfunnsmedisin en av flere mulige kandidater for drøfting.

Innenfor medisinen er det etter hvert blitt mange revir. Disse forekommer dels som *fagområder*, dels som *arbeidsområder for yrkesgrupper*. I sykehuset: Hvordan avgrenses legens arbeidsfelt overfor sykepleierens? Sykepleierens overfor hjelpepleierens? I primærhelsetjenesten: Allmenntillegnets arbeidsfelt overfor laboratorier, poliklinikker, helsesøstre, hjembaserte tjenester osv.? I spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus: Hvordan avgrenses f. eks. psykiaterens arbeidsfelt i relasjon til psykologens? Og hvordan er grensene blitt slik? Er det sikkert at dagens situasjon er den mest hensiktsmessige?

Men det ikke bare *kan være*, det *er* oppgaver som ligger mellom fagene og arbeidsfeltene. Det kan også hende at utviklingen går slik at sentrale problemer og arbeidsfelt blir liggende i skjæringspunktene mellom fleres randsoner, slik det kan være i sosialmedisinen eller i arbeid med kronisk syke. Kanskje utvikler fagene seg slik at inndelinger blir kunstige. Overgangene mellom intervensjonsradiologi og kirurgi er f. eks. etter hvert blitt flytende. Spørsmålet vi må stille oss er om ikke faginndeling og yrkesmessig revirdannelse kan virke konserverende på en slik måte at det bremser både utvikling og nytenkning på viktige områder?

Viten, mening, tro – og folkevett

Randsoneproblematikken oppstår også mellom ulike sett å tenke på. I randsonene kan problemene faktisk bli særlig store.

De beslutninger, store og små, som tas ute i befolkningen hele tiden, har forskjellig grunnlag. Logikken bak beslutningsgrunnlagene er ulik.

Innenfor medisinen hevder vi med stor styrke at beslutningen skal ha et grunnlag av *viten*. Medisinske handlinger skal være kunnskapsbaserte. Systemer er utviklet for å sikre dette³. Medisinsk praksis som avviker fra det

3 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har slike oppgaver, se www.kunnskapssenteret.no.

kunnskapsbaserte grunnprinsipp ansees som regel for å være i en etisk og legal gråsoner – en randsone som gradvis glir over mot *mala praxis*.

Også ellers i samfunnslivet baseres beslutninger mer og mer på viten. Kunnskap samles, skapes og legger premisser. Men det finnes også annen logikk som i andre sammenhenger har samme gyldighet og tyngde. I politikken i et demokratisk samfunn kan *meninger* være like viktige som premissgivere. Man har drøftet seg fram til meninger om hva som for eksempel er det beste for kommunen eller for Norge. Da er disse meningene både det man benytter og det man forsvare.

Tro er egentlig noe annet. Religiøs tro, uansett hvilken, og for den slags skyld overtro, er en overbevisning som er udiskutabel og som gjøres gyldig som beslutningsgrunnlag og som benyttes som dette både i små og store avgjørelser, mange av dem både dramatiske og viktige.

Det er vanskelig å finne en fellesnevner der slike tenkemåter møtes. Det er vanskelig å blande dem, selv der det kunne ha noe for seg med hensyn på f. eks. oppbyggingen av helsevesenet, eller for et behandlingsresultat. Like fullt er viten, meninger og tro sterke krefter som driver samfunnet. De hører med i samfunnets fysiologi. Kunnskaper om denne fysiologi må beherskes dersom man effektivt skal hanskens tverrfaglige problemer på en tverrfaglig måte.

Men utenpå alt kommer det sunne *folkevettet*. Når fortauet er glatt, trenger vi verken *viten* i form av en kontrollert eksperimentell studie for å skjønne at vi skal strø. Det er uaktuelt å følge en *mening* som f. eks. hyller et pervertert sosialdemokratisk mantra om at vi ikke skal strø her hvis vi ikke kan strø alle steder. Eventuelt at når vi ferdes på det glatte fortauet skal vi stole på *troen*, at hvis Allah vil, faller vi uansett, hvis ikke, går det bra. Folkevettet tilsier å finne fram sand og skuffe. Angående liv og helse er det mye godt folkevett i randsonene. Det skal vi ikke blåse av.

Når randsonene vokser

Jeg veiledet for en del år tilbake en student som var fra en kommune i Østfold. Da han skrev sin obligatoriske spesialoppgave, hadde han valgt et emne innen medisinsk samtidshistorie fra hjemstedet.

Der hadde det på 1940-50-tallet vært to leger. De arbeidet riktignok svært mye, men folk flest var fornøyde med situasjonen og med stedets to leger. På det tidspunkt studenten arbeidet med sin oppgave, var det ca. ni leger der. De hadde alle mye å gjøre, uten at folketall og befolkningsstruktur var særlig endret. Man snakket om legemangel. Hvorfor? Det var studentens spørsmål.

Han gikk grundig til verks. Han intervjuet gamle folk og unge leger og gjorde en fin jobb. Oppgaven ble bra. Konklusjonene gikk så vidt jeg husker

stort sett på viktigheten av faktorer som endret sykdomsoppfatning, endret sykdomsatferd, nye og utvidede arbeidsoppgaver for legene. Et større arbeidsfelt med nye randsoner som krevde sitt. Men blant de unge legene var det også mindre vilje til å leve med slike lange arbeidsøkter som de to gamle legene hadde hatt. Imidlertid hadde det altså gått greit med de to legene. Studenten fikk behørig ros for oppgaven.

Jeg foreslo for ham at han skulle omarbeide oppgaven til en artikkel til *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. Han så gjorde, selv om manuskriptet nok fortsatt trengte noen redaksjonelle omganger da han sendte det inn. Men istedenfor at redaksjonen hjalp den unge og ivrige student med dette, fikk han det blankt refusert. Jeg burde forutsett dette saksforløpet. I en tid da allmennmedisinen albuet seg fram, ville man formodentlig ikke høre hans budskap. Var avslaget et forsvar for primærhelsetjenestens anseelse, viktighet, oppgaver og nye randsoner? Studenten ville imidlertid videre i verden, så han forlot temaet.

I årene etter Den annen verdenskrig har medisinenes randsoner vokst og blitt flere. WHO slo an tonen ved opprettelsen i 1946 da sosiale og mentale forhold ble inndefinert som medisin. Men den alminnelige velferdsøkningen, de følbare resultatene av den alminnelige sykdomsbekjempelsen og ikke minst trygdeordningenes eliminering av barrierer mellom befolkning og helsevesen ga en eksplosjon i helsebehov i Norge, ikke fordi folkehelsen ble dårligere, tvert imot nærmest som et resultat av at den ble bedre.

Kravet til å utnytte medisinenes stadig økende viten, og etter hvert en allmenn mening om at dette var en rettighet som skulle gjelde alle, ble utvidet ved at man begynte å betrakte både levekår i sin alminnelighet og personlig trivsel med samme øyne som man tidligere hadde vært vant til å se på helse. Da oppsto et helt nytt felt av randsoner mellom fag, yrkesroller og tenkemåter. Egentlig er det i disse randsonene vår tids kontinuerlig svirrende helsedebatter både finner form og forum.

Hva er folkehelse?

Folkehelse kan måles på mange måter, men vi sløyfer å gå inn på detaljene i dette her⁴. Vi velger et eksempel: Et mål som er mye brukt av politikere, er hvor mange som er utenfor arbeidslivet på grunn fordi de er sykmeldt eller uføretrygdet. Disse tallene kan brukes til de formål man ønsker. Har man en *mening* som ledetråd, lar det seg lett gjøre å finne utvalgt *viten* som

⁴ Se nærmere om dette i nyere samfunnsmedisinsk litteratur, for eksempel i flere kapitler i Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M. (red.) *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.

underbygger denne mening, nesten hvordan denne enn er. Eksempel: Går antall trygdede og langtidssykmeldte ned fordi flere kommer i arbeid, er det flere korttidssykmeldinger å forvente. Her er det en dynamikk egnet til å underbygge ulike meninger. Problematikken ligger nemlig i en *randsoner*, der medisinen ytterkant møtes med andre fag og andre ordninger, foruten med livets gang for den pasient som sannsynligvis mister både helse og arbeidsevne tidligere enn vedkommende hadde ønsket. Både synet på hva problemet består i og hvordan det skal løses, befinner seg i randsoner mellom fag og tenkemåter, undertiden også med aspekter av meninger og tro, herunder etikk og moral.

Det må heller ikke glemmes at folkehelse målt som deltakelse i arbeidslivet, langt på vei er *skapt administrativt*, blant annet av medisinen selv. *Diagnosen* er som oftest nøkkelen. En diagnose er ikke bare en betegnelse på en medisinsk tilstand, den inneholder også ofte en klar melding om hva som skal skje videre med pasienten, både hva angår behandling og i spørsmål om trygd, andre ytelser og sosiale konsekvenser. *Diagnostisert sykkelighet* i forhold til *opplevd sykkelighet* er som å høre en melodi spilt i en annen toneart. Virkningen kan bli en annen.

Folkehelse, slik den framkommer i helsestatistikkene, er i stor grad *administrert helse*⁵, folkehelse slik vi var valgt å la den bli og slik vi har valgt å la den beskrives. Samfunnet har *valgt hva som er viktig*. Folk flest snakker imidlertid mest om *opplevd helse*. Det som er *viktig for hver enkelt, nå eller i framtida*. Viktig for meg selv, med mindre tanke for fellesskapet. Mellom samfunnets og enkeltindividenes oppfatning av et helseproblem er det *randsoner* som gir stoff og næring til helsepolitiske debatter uten ende og konklusjon.

Men hva med medisinen *randsoner* helt generelt? Har vi foretatt aktive valg som sier hva som skal begynne seg der?

Yrkesrollens grep

Ifølge Helsepersonellovens §48 var det i 2009 28 autoriserte helsepersonellgrupper i Norge⁶. Egentlig er det mange flere, for det er undergrupper. Legene har ikke mindre enn 44 fag der man kan bli spesialist, og det er også flere avgrensbare fagfelt som kommer i tillegg til spesialitetene. Hver gruppe har sin egen profesjonssosiologiske utvikling. Men fellestrekkene er de

5 Se: Larsen Ø. Health care and attitudes in health matters – some personal reflections. S. 93–106 i: *Health and health care between self-help, intermediary organizations and formal poor relief (1500-2005)*. Lisboa: EdicoesColibri/CIDEHUS/UE, 2007. ISBN 978-972-772-712-4.

6 *Samfunnsmedisin*, op.cit. s. 345-6.

samme, blant annet med periferi og sentrum, randsoner og avgrensingsproblematikk overfor de øvrige gruppene.

Da Norge kom seg på relativt egne bein i 1814, var det bare to definerte grupper av utdannet helsepersonell, nemlig leger og jordmødre. Imidlertid var det egentlig flere. Det er interessant i vår sammenheng, for det var tre grupper som fungerte som leger: De håndverksutdannede kirurgene, de akademisk utdannede legene fra Københavns Universitet og kandidatene som hadde fått sin utdanning ved Det kirurgiske akademi i København, opprettet i 1785. Der fikk man en målrettet blanding av teori og praksis, et konsept som likner sterkt på moderne legeutdanning. Undervisningens omfang, dybde og bredde var definert, og dermed hva som var randsoner. Barberkirurgenes tid var forbi. Modellen fra Akademiet ble overtatt da norsk legeutdanning startet opp i Christiania i 1814. Etter hvert som tiden gikk ble det bare slike leger i Norge.

1700-tallets ordning med flere typer leger var tilpasset datidens behov, om enn ikke optimalt. Skiltet som er avbildet på figur 3 og som reklamerer for lege, frisør og butikk i samme senter, får enkelte til å smile litt i dag. Nå er det selvfølgelig ikke samme person som driver som lege, frisør og kjøpmann. Men fram til 1700-tallet kunne den etablerte kombinasjonen av å være kirurg og barber være høyst hensiktsmessig. Begge trengte å kunne svinge en kvass kniv med sikker hånd. Og legenes adgang til å drive kommersiell virksomhet i tilknytning til yrket, f. eks. ved å selge legemidler, er et gammelt diskusjonstema. Nå er funksjonene delt. Men er vår tids oppdeling i yrkesgrupper alltid optimal med hensyn til dagens behov?

La oss ta legene som eksempel: Kan det tenkes at *legerollen*, slik den er i Norge i dag, er en begrensende faktor for et effektivt helsevesen? Målet for et medisinsk studium i Norge er å kvalifisere studentene for turnustjeneste i sykehus og primærhelsetjeneste. Når turnustjenesten er avsluttet, kan de medisinske kandidatene autoriseres som leger.

Hva har de nyautoriserte leger lært om fagets og yrkets sentrum og periferi? Om randsonene? Det vil i noen grad avhenge av når de er utdannet. De fleste med noe militær opplæring vil ha en følelse av å være blitt trent i å utkjempe kriger som allerede er historie. Er det slik i medisinen også?

Det har i løpet av 1900-tallet foregått en stadig innretting av legerollen mot diagnose og terapi av enkeltpasienter. Dette ble formelt sementert ved Universitetet i Oslo i 1996 da Det medisinske fakultet innførte sin sterkt integrerende studieplan «Oslo -96»⁷. Her får studentene en rolleidentifikasjon som behandlende «doktor» helt fra begynnelsen.

7 Se Det medisinske fakultets studiehåndbøker, semesterbøker, nettsider og boka Larsen Ø. *Legestudent i hovedstaden*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.



Figur 3: Skilt utenfor Haug kjøpesenter på Ringerike 2009. (Foto: Ø. Larsen)

Prinsippet om problembasert læring bygger opp under oppfatningen av medisinsk arbeid som en serie av problemer som følger etter hverandre og som skal løses før man tar fatt på neste. Legefagets horisontale utstrekning med enkeltpasienten i sentrum defineres fra første dag, og så følger faglig dybde og faglig høyde etter hvert.

Oppsplitting og innsnevring

En faglig forsterkning av den individualkliniske tendensen skjedde i 1970-årene, da medisinske atferdsfag ble innført i de medisinske studieplaner. Legens møte med pasienten ble oppjustert til en hovedsak. Det studentene tidligere hadde lært ved å betrakte leger og medisinske lærere som rollemodeller og gjennom formell undervisning i pasientkontakt i propeudeutisk termin ved den kliniske undervisningens begynnelse, ble nå et hovedfag fra første studiedag. Det å oppføre seg som lege og å forstå dynamikken i dette fikk en oppgradert egenverdi i forhold til det å utføre selve legearbeidet.

I reduksjonismens ånd ble medisinen sett som en helhet splittet opp. Da dette begynte omkring 1900, var det betydelig faglig skepsis til utviklingen. Prosessen skjøt fart for alvor etter Den annen verdenskrig. I 1989 besto Det medisinske fakultet i Oslo for eksempel av hele 106 enheter.

Men denne oppsplittingen førte også til at noe forsvant *ut*. F. eks. *hygiene* hadde helt siden 1824 vært et samlende samfunnsmedisinsk fag som i hovedsak beskjeftiget seg med helse på et kollektivt nivå. Siktemålet var *helse for de mange*. I mellomkrigstiden kunne faget rose seg av å ha bygd opp en betydelig anseelse, ha opplevd en omfattende vitenskapelig utvikling og av å være blitt basis for viktige og effektive befolkningstiltak, f. eks innenfor infeksjonsbekjempelse og ernæring.

Fra 1950 begynte imidlertid en oppsplitting og en avskalling som også førte til at enkelte store felt av hygienefaget forsvant helt ut fra Universitetet og ut av universitetsmedisinens ansvarsområde. Dette gjaldt f. eks. næringsmiddelhygiene, miljømedisin og yrkeshygiene. Men fortsatt sitter kommunelegen likevel med et overordnet ansvar for sin befolkning, også på disse områdene. Tidligere sentralt lærestoff er flyttet ut i en randzone, men problemene er der like fullt, om enn ofte i en endret form.

Bedriftslegen bør dessuten skjelve på hånden når hun eller han signerer på at et stoff som skal brukes i produksjonen ikke kan medføre helserisiko. Forutsetningen for godkjenningsordningen bygger på at bedriftslegen skal ha tilstrekkelig kompetanse i toksikologi. Den best tilgjengelige kunnskap om dette blir i ethvert fall ikke formidlet gjennom norske medisinstudieplaner ved begynnelsen av 2000-tallet. Arbeidsmedisinundervisningen er redusert til nesten ingen ting, på tross av at deltakelsen i arbeidslivet fyller en meget stor del av de fleste nordmenns liv. Det som før lå i sentrum er blitt randzone.

Den ene og de mange

Bruker vi den tredimensjonale modellen som metafor igjen, er det klart at sentrum og periferi i *legerollen* og det samlede fag *medisin* har forandret seg. Det er den behandlende lege som står i sentrum i undervisningen, legen og pasienten i et én-til-én-forhold her og nå.

Dette skiller seg merkbart fra virkeligheten f. eks. i sykehusmedisinen, der forholdet mer er mellom pasienten og et stort system. Om det er riktig eller ikke, pasienten føler seg ofte i randsonene til alle de helsepersonellgruppene som svever omkring. Og én-til-én-modellen skiller seg fra folkehelsevirkeligheten – befolkningens forhold til et stadig mer komplisert samfunns helsefremmende og helseskadelige faktorer. Den stemmer heller ikke med fastlegeideologien, når det viser seg for pasientene at fastlegen bare er en av mange aktører, og kanskje heller ikke er den som kan hjelpe best når det kniper mest.

Det hevdes ofte at akademisk norsk allmennmedisin vokste fram fra 1960-årene⁸. Det er egentlig en ahistorisk oppfatning. Fram til ca. 1950 besto *norsk legeutdanning i sin helhet* i å kvalifisere for primærlegevirksomhet. Det var nemlig primærlegevirksomhet som dominerte legers virksomhet før den store veksten i sykehusbygging som begynte nettopp i 1950-årene. Tidligere tiders allmennmedisin var riktignok noe annerledes, idet den hadde viktige samfunnsmedisinske aspekter. Den gamle distriktslege var, med Sunnhetsloven av 1860 i ryggen, en autoritetsperson med makt og mulighet til å påvirke *helse på gruppenivå*.

Ofte beveget distriktslegene seg i de absolutte randsoner, men til stor glede og nytte for det lokalsamfunn de betjente. De befordret livsbetingelsene i lokalsamfunnet med andre midler enn de medisinske. Legen var mange ganger en aktiv samfunnsbygger. Minnestøtten over dr. Brostrup Marius Müller (1841–1908) (figur 4) ved Glåmos er et ofte brukt bilde på dette. Da han døde i sykebesøk falt åpenbart en høvding. Men var det først og fremst en medisinsk høvding som falt om der støtten står, i en tid da medisinsk praksis overfor enkeltpasienter ennå hadde begrensede muligheter? Hvilken allmennpraktiker i dag ville fått et slikt ettermæle, ikke bare fordi han var doktor, men for sin allmenne innsats? Sannsynligvis var det dr. Müllers samfunnsinnsats som utløste den største hyllest.⁹

Om en doktor som i dag deltar ivrig i politikk, næringslivsutbygging eller kulturliv, vil man lett si: Skomaker, bli ved din lest. Mon det. Skal man

8 Se referat fra aktørseminar om innføringen av allmennmedisin som akademisk fag, *Michael* 2009;6:1-126.

9 Les om hans mangfoldige meritter i samfunnet i artikkelen: Müller, Marius Brostrup. S. 138-9 i: Larsen Ø. (red). *Norges Leger 1996*. Oslo: Den norske lægeforening, 1996, bind 4.



Figur 4: Müllerstøtten ved Glåmos. Forfatteren er med på bildet for å vise monumentets enorme dimensjoner. (Foto: I.F. Larsen 2003)

bli ved sin lest? Kanskje skal man heller bruke sin medisinske innsikt i randsone.

Normativ innstramning

Legerollens vertikale perspektiv, faglig dybde og faglig takhøyde, har også fått en mer definert dimensjon enn før. Da studieplanen «Oslo -96» ble innført, gikk man samtidig over til et system med bestått/ikke-bestått istedenfor den gamle graderte karakterskala, og til forskjell fra de graderte skalaer som i hovedsak brukes ellers ved Universitetet i Oslo. Det er lite å strekke seg etter for studentene nå, bortsett fra å stå til eksamen. Det er også blitt lite av den tilbakemeldingen som karakterer gir.

Hvorvidt bestått-nivået er nivellert opp eller ned i forhold til før, og i forhold til eksamensnivåer ellers ved Universitetet, utstår her. Det er en lang diskusjon. Poenget er *at det er blitt nivellert*. Og sett i sammenheng med at man har de mange småfag med begrenset undervisningstid og undervisningsdybde, kan «bestått» gi kandidaten et feilaktig inntrykk av å ha tilegnet seg kunnskaper på det som ellers regnes som universitetsnivå.

Helsedirektør Karl Evang (1902-81) var arkitekten da norsk helsevesen ble bygd opp og ekspanderte i årene etter Den annen verdenskrig. Han hadde sett mye under sine utlendighetsår og han hadde tenkt mye. Dessverre skrev han ikke så mye om sine tanker, men hans forelesningsserie Heath Clark Lectures fra London i 1958 ble publisert som bok i 1960¹⁰. Her drøfter han bakgrunnen for det som ble den norske modellen for et helsevesen.

Men Evang fikk ikke gjennomslag for alt. Ved sine landsdekkende sentralsykehus ville han også ha en tett integrasjon med primærhelsetjenesten, især med sine frontsoldater, de offentlig ansatte distriktslegene, og en sterk forebyggende, grupperettet medisin. Det er neppe for sterkt å si at Evang generelt så på en primærhelsetjeneste forankret hos allmennpraktikere, især de privatpraktiserende, med betydelig skepsis. Men her ble profesjonen og dens omdømme likevel for mektige. Evang ville ha forebyggingen ut av randsonen og nærmere sentrum, men det gikk bare delvis. Det ble ikke slik. Og allmennmedisinens grunnteser i dag har relativt lite samfunnsansvar i seg¹¹.

Det er greit at pasienten er i sentrum, men faglig, primærmedisinsk innsats på kvalitetssikret basis for å påvirke den *kollektive helse* burde flyttes fra randsone til sentrum i det minste i *noe* av allmennmedisinen. Kanskje

10 Evang K. *Health service, society, and medicine : present day health services in their relation to medical science and social structures*. London: Oxford University Press, 1960. Se også Nordby T. *Karl Evang – en biografi*. Oslo: Aschehoug, 1989.

11 Kfr. allmennmedisinernes plakat med sju teser for arbeidet.

er det på sikt simpelthen hensiktsmessig å justere yrkesroller, eventuelt å supplere med nye.

Ved nærmere ettertanke ser vi hvordan legerollens utforming også influerer bildet av folkehelsen – av *den administrerte sykkelighet*. De såkalte helsekøer finnes ikke bare fordi medisinen har gitt nye muligheter innenfor diagnostikk og behandling som befolkningen gjerne vil nyte godt av, eller fordi befolkningens oppfatning av hva som er helseproblemer og av hvor mye man skal tåle, har forandret seg. Helsekøene er også et resultat av hvordan vi organiserer helsetjenesten.

Eksempler: Når klare spesialistproblemer skal sluses via en fastlege først, dannes køer. Når fastlegen har så kort tid til rådighet for hver pasient at en henvisning videre kanskje mer er en vei ut enn en faglig løsning, oppstår køer.

Mye av det man står i kø for, gjør kanskje også det man venter på uaktuelt. Skal man vente i ukevis på å få tatt et røntgenbilde, vente i uker for å få beskrivelsen og i uker for å få time igjen hos fastlegen, kunne det kanskje vært like greit om fastlegen tok affære med det samme. Kanskje kunne problemet løses ved hjelp av godt klinisk skjønn, uten røntgenbilde? Og hvor mange vonde knær trenger *egentlig* MR-undersøkelse?

Omorganisering for å se hva man kan gjøre innenfor samme ressursbruk som nå, er et eksperiment, men det kan støte an mot *legerollen* – både mot profesjonens egen oppfatning av den, og mot samfunnets.

Et komplisert helsevesen kan også sees som et selvforsterkende system som gir normer for hva som er både mål og midler og hva som ligger i randsonene.

Etikk og *kvalitetssikring* er blitt viktige begreper i medisinsk hverdag. *Tilsyn* og korrigerende avvik er en administrativ videreføring og konsekvens av dette. Det gir bedre kvalitet i helsearbeidet, derom hersker ikke tvil. På den annen side øker det normative aspektet i styrke. Hva er et avvik? Medisinsk arbeids randsoner både befestiges og svekkes gjennom ytre styring. Det kan ofte være vel og bra. Men hva med mulighetene for tverrfaglig utvikling når alle har sine fastlagte retningslinjer å følge? Når alle har sine profesjonsbastioner å forsvare? Og alle vil være *på den sikre siden*?

Folkehelse som utgangspunkt

Hvis vi ser på norsk folkehelse på kollektivt nivå, og spør om helsearbeidet er organisert i forhold til det, kan svaret bli interessant. Mye av problematikken befinner seg nemlig i diverse fags og yrkesgruppers randsoner og er ikke sentralt hos noen.

Hvem bestemmer f. eks. over folks livsbetingelser? Mye av det er *politikk*, og politikk er blitt definert ut av den hippokratiske sandkasse, bortsett fra

i festtalene, der den politiske innsatsen til den tyske patolog Rudolf Virchow (1821–1902) stadig berømmes og holdes fram som et lysende eksempel, uten at det skjer så mye av den grunn.

I politikken er det ofte *meninger* som er viktigste premiss for beslutninger, ikke *viten*. Nøkternt sett er kanskje f. eks. skattepolitikken minst like viktig for befolkningens helsebetingelser som helselovgivningen. I kommunene er plan- og bygningsloven sannsynligvis viktigere enn kommunehelseloven ved å legge til rette for helse. Vi kan nevne distriktpolitiske hensyn, skjenkebevil-linger, trafikkbestemmelser osv. nærmest i det uendelige. Her er det andre yrkesgrupper og andre fag, ofte fag med en annen logikk som råder. Men når det dreier seg om *helse*, befinner disse fagfolkene seg ofte, uansett all interesse og velvilje, i sine faglige og yrkesmessige randsoner. Det ligger et åpenbart potensial i å etablere både samarbeid og felles referanserammer.

Randsonene – hva er gjort? Noen eksempler

Særlig oppmerksomhet har vært viet overgangene til den såkalte alternative eller komplementære medisin – et felt som opptar befolkningen sterkt og hvor det er betydelige kommersielle interesser. Noe undervisning om alternativ medisin hører ofte med i et legestudium. Samarbeid lanseres da ofte som et mantra.

Men her er det problemer. Alternativ medisin er bare *alternativ* så lenge den ikke er akseptert. Dens tiltrekningskraft svekkes bare man benytter ordet *komplementær*. Til den tredimensjonale metaforen igjen: Faglige og yrkesmessige revir støter sammen. Blir alternative medisinske metoder basert på vanlig, etterprøvbar, medisinsk logikk og integrert i medisinen, er de ikke alternative lenger. Særlig samarbeid kan derfor logisk sett simpelthen ikke forventes.

Samfunnsmedisinen er kanskje det mest iøynefallende felt, der ny samhandling er nødvendig, nå fra 2009 kanskje med «Samhandlingsreformen» som bakgrunn og støtte. Noen kommuner har f. eks. opprettet stillinger som folkehelsekoordinator, men foreløpig er denne rollen neppe allment etablert. Initiativer som «Trygge lokalsamfunn» og «Helse i plan» er viktige skritt på veien for å få til brede engasjement om det som tradisjonelt har ligget i randsonene.

Norsk forening for samfunnshelse, stiftet etter initiativ av professor Gunnar Tellnes i 1998¹², hadde kollektiv helse som mål for sitt arbeid. Eksiste-

12 Stiftet ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 15. april 1998. Formål et var å «arbeide for å øke forståelsen og interessen for forskning, undervisning og formidling om forebyggende og helsefremmende arbeid knyttet til samfunnsmedisin, sosialmedisin og folkehelsearbeid.» Kfr. foreningens referat fra stiftelsesmøtet.

rende foreninger på området representerte mest yrkesgrupper og disses interesser, mer enn befolkningens helse og helsebetingelser. Blant annet muliggjorde den nye, tverrfaglige foreningen at Norge kunne bli representert i European Association for Public Health (EUPHA), noe som har vist seg å skape meget verdifulle kontaktflater utad. De årlige EUPHA-konferansene har hatt god norsk deltakelse og har gitt god oppdatering og mye inspirasjon for norske samfunnsmedisinere. Norge har også vært aktive i å utforme EUPHA, blant annet ved at professor Gunnar Tellnes har fungert i flere verv, derunder som president.

Gjennom sine folkehelsekonferanser har *Norsk forening for samfunns-helse* allerede betydd mye for å lyse opp i randsonene mellom legevirkosomhet og alle andre typer grupperettet helsearbeid. Mange vil ytre et dessverre til at foreningen skiftet navn til *Folkehelseforeningen* etter påtrykk fra indre krefter. Derved oppsto innad og utad assosiasjoner både til institusjonen «Folkehelse» og til gammel, traurig folkehelsepropaganda, istedenfor å signalisere de vyer som ordet *samfunns-helse* innebar.

Passer pasientene?

For enkeltpasienter er randsoneproblematikken praktisk viktig. Er man syk på en slik måte at det ikke passer inn i yrkesroller eller fagfelt, kan det skurre. Mange som har kroniske og sammensatte sykdommer merker det. Kronikerne og de med mange diagnoser kan føles som et ork på legekontoret. Hvorfor det? De er kommet ut i randsonene, der mange instanser er forutsatt å skulle trå støttende til. Men pasientene passer liksom ikke inn for noen. De er ikke noens hovedansvar og hovedinteresse. Alle synes de er slitsomme. Pasienter på grensen til uføretrygd kan fortelle alt om sine opplevelser i så måte.

Det finnes atskillig kunnskap om hvordan trivsel kan fremmes gjennom forholdsvis enkle tiltak, også for dem som har en sykdom eller funksjonshemming å stri med. De som befinner seg *mellom syk og frisk* er en kategori som er i en randsoner i et medisinsk system som er bygd opp rundt *diagnostisert* og *administrert sykkelighet*. De har *opplevd sykkelighet*. Initiativer som «grønn resept» har fått lunken mottakelse – ikke fordi anbefalinger om en sunn livsstil er kontroversielle i seg selv, men sannsynligvis fordi man bruker ordet *resept*, et ord som er så knyttet til tradisjonell legerolle at det er vanskelig å gi det nytt innhold.

Tiltak som «NaKuHel», der man ifølge mangeårig initiativ fra professor Gunnar Tellnes i enkelte norske kommuner har etablert rehabiliterings- og omsorgsordninger basert på elementer fra natur, kultur og helse, er sannsynligvis en god idé, til glede for dem det gjelder og for lokalsamfun-

nene¹³. Tiltaket angriper en randsone bevisst og målrettet. Men sannsynligvis lider «NaKuHel» foreløpig av at det selv befinner seg i en randsone, før den alminnelige integrering mellom de faglige og yrkesmessige gruppene som har med helse å gjøre, er kommet lenger.

Øivind Larsen
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Boks 1130 Blindern
0318 Oslo
oivind.larsen@medisin.uio.no

13 Tellnes G. *Samspillet natur – kultur – helse: NaKuHel-konseptet i teori og praksis*. Oslo: Unipub, 2003.