

Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Legerollen

3/22



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.

The editors

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 19 / 3 / 2022

Legerollen



Michael 2022; 19: 209–325



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medisinske Selskaps synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).

Michael er indeksert i Directory of Open Access Journals (DOAJ) og Norart



The Norwegian Medical Society 2022
P.o.box 1152 Sentrum
N-0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design and graphic production: 07 Media – 07.no, Norway, 2022

Innhold

<i>Leder</i> – Legerollen – verktøy som må voktes <i>Øivind Larsen</i>	215
<i>Kronikk</i> – Den kliniske legerollen: fra en fri profesjonsrolle til en ufri arbeidstaker- og kontraktørrolle? <i>Ole Berg</i>	225
<i>Kronikk</i> – Det kollektive, relasjonelle og personlige i legerollen <i>Eivind Valestrand</i>	242
<i>Kronikk</i> – Legen, medisinen og fremtiden <i>Caroline Engen</i>	247
<i>Kronikk</i> – Legekunst <i>Magne Nylenna, Øivind Larsen</i>	253
<i>Oversiktsartikkel</i> – Tretti års legeforskning <i>Olaf Gjerløw Aasland</i>	264
<i>Referat</i> – Uklart nettverk – medisinsk museumsmøte på Elverum 12.–14. juni 2022 <i>Øivind Larsen</i>	290
<i>Fra redaktørene</i> – Kreftgåten er ingen gåte <i>Erlend Hem</i>	297

<i>Bokanmeldelse – Kornet tatt på kornet</i> <i>Øivind Larsen</i>	298
<i>Bokanmeldelse – Spennende om poteten</i> <i>Ingegerd Frøyskov Larsen</i>	300
<i>Bokanmeldelse – Myten om det fattige Norge er avlivet</i> <i>Steinar Westin</i>	302
<i>Bokanmeldelse – Humoristisk og lettfattelig om komplisert tema</i> <i>Oliver Kacelnik og Hilde Hagerup</i>	304
<i>Bokanmeldelse – Klokke og ærlig om kreft</i> <i>Frøydis Langmark</i>	306
<i>Bokanmeldelse – Overbevisende om kreftgaten</i> <i>Frøydis Langmark</i>	308
<i>Bokanmeldelse – Kontekst. Kontekst. Kontekst – og ægte kompleksitet</i> <i>Niels Buus</i>	310
<i>Bokmelding – Farvel til mannen?</i> <i>Kristine Lillestøl</i>	312
<i>Bokanmeldelse – Glimrende om profesjonsutdanning i Oslo</i> <i>Ole Georg Moseng</i>	314
<i>Bokanmeldelse – Rommet for lovlige ytringer er større enn de fleste tror</i> <i>Berit Horn Bringedal</i>	318
<i>Bokanmeldelse – Standardverk om mattrygghet</i> <i>Lars E. Hanssen</i>	320
<i>Bokanmeldelse – Slett ingen legeroman</i> <i>Stein A. Evensen</i>	322
<i>Michael – hvem står bak?</i> <i>Redaksjonen</i>	324

Legerollen – verktøy som må voktes

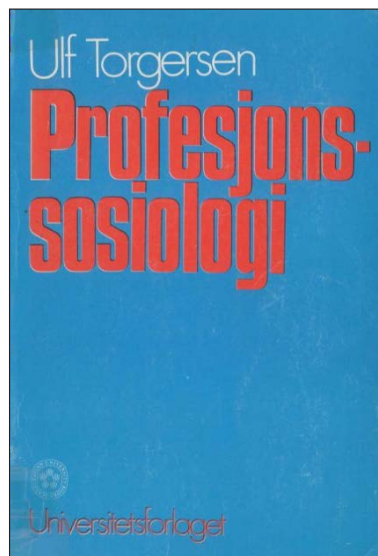
Michael 2022; 19: 215–24.

Legerollen formes av legenes eget syn på seg selv og sitt virke, men også av hvordan yrkesrollen oppfattes av samfunnet omkring. Denne ytre, relasjonelle siden ved legerollen kan ha betydning for hvordan yrkesutøvelsen fungerer overfor pasientene, befolkningen for øvrig og ikke minst overfor andre innen helsefeltet. Det kan hende at et misforhold mellom profesjonens egen oppfatning av legerollen og omverdenens syn på hva leger kan, er og skal være, er med på å skape både konflikter og kriser. Derfor er det nyttig å ha en kontinuerlig oppmerksomhet på legerollen og å justere den når det er nødvendig.

For femti år siden, i 1972, ga samfunnsforskeren Ulf Torgersen (1931–2006) ut boken *Profesjons-sosiologi* (1). Den var basert på et hovedfagskurs i profesjons-sosiologi som han hadde holdt ved Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo høsten 1969. Teksten er på bare 89 sider. Men det som står på dem, har fått stor betydning, ikke minst i helsevesenet.

Torgersen etablerte i boka et begrepsapparat for et interesseområde som ikke var nytt, men som nå våknet til nytt liv. Han beskrev og begrunnet en allmenn diskusjon om hvordan yrket identifiserer oss og plasserer oss i vår omverden. Diskusjonen om hvordan yrkesroller dannes, fungerer og utvikles, gikk rett inn i sin tid, også i helsevesenet, der den har bølget siden.

1970-årene ble tiden da arbeidslivets helsepåvirkninger generelt fikk fornyet interesse. Yrkesrollers særpreg trådte tydeligere fram enn før. Subjektiv



Figur 1: Torgersens etter hvert ikoniske bok (1).

opplevelse av arbeidsforhold og av trivsel og trygghet på arbeidsplassen fikk en bred plass både i fagkretser og i det offentlige ordskiftet i årene fram mot innføringen av Arbeidsmiljøloven i 1977. Forskning på området florerte både i Norge og internasjonalt med tilnærminger fra forskjellige fag, fra stressforskning og toksikologi til ergonomi, organisasjonsteori og sosiologi.

Arbeidslivsforskning ble i disse årene ofte sterkt politisert. Det oppsto atskillig uro på mange arbeidsplasser. Enkelte virksomheter, f. eks. innen den på den tid nye oljebransjen, etablerte egne forskningsprosjekter om helseforhold i arbeidet. Da beholdt de mer kontroll over hva som foregikk.

For legene var studier av egne levekår og helseforhold ikke nytt da 1970-årene opprant. En større spørreundersøkelse var foretatt av legen Frantz Caspar Kiær (1835–1893) allerede i 1880-årene, altså 90 år tidligere, og flere samfunnsforskere hadde senere studert legene som yrkesgruppe (2,3).

Da Den norske legeforening skulle feire sitt hundreårsjubileum i 1986, satte foreningen i gang et prosjekt for å se tilbake på sin historie og for å se på seg selv i samtiden (2). Legerollens relasjonelle sider var da et hovedtema. En av konklusjonene var skremmende enkel, men er samtidig dagsaktuell 36 år senere: «Kanskje ligger hovednøkkelen til en harmonisk utvikling av legestanden framover i hele tiden å definere legeyrket slik at man gjør det riktige arbeidet på det riktige kvalitetsmessige nivå til riktig tid» (2, s. 486).

Legeforeningens etablering av Legeforskningsinstituttet i Oslo i 1992 (4) skapte et kraftfullt instrument for å studere legenes yrkesrolle i Norge, med tidsmessige metoder (5). Opprettelsen kan – i bakspeilet og med datidens kontekst i erindring – også sees som en både strategisk og taktisk tilpasning til stemningen i samfunnet. Legeforskningsinstituttet og utbyttet av alle dets studier gjennom mer enn 30 år har tjent som en aktiv overvåking av legerollen med ny innsikt som følge. Legeforskningsinstituttet har hatt longitudinelle spørreskjemaundersøkelser som en ofte brukt metode. Det gir en gyllen mulighet til å monitorere interessante endringer kontinuerlig. Riktignok kan det da være metodiske vanskeligheter, blant annet fordi konteksten også endres med tiden. Men sammen med de mange andre tilnærmingene gir dette en god bakgrunn for å overvåke hva som skjer. Forvaltning av legerollen gjennom forskning må således ha blikket vendt bakover, til siden og forover på en balansert måte.

Blant yrkesroller står *profesjoner* i en særklasse. Betegnelsen profesjon brukes om yrkesgrupper med en felles, ofte langvarig utdanning som fører fram til et yrke som bare kan innehas av dem som har denne utdanningen.

Et annet betydningsfullt karakteristikum er at gruppen selv har ansvar for å utvikle og forvalte sitt eget kunnskapsgrunnlag, sine egne etiske regler og sin egen internjustis. Slik får en profesjon en særlig *autonomi*. Graden

av kunnskapsbasert autonomi kan være det viktigste skillet mellom f. eks. yrkesgruppene i helsevesenet. Legeprofesjonen fyller kriteriene for å være en profesjon i denne klassiske forstand.

Yrkesrollers funksjon

Yrkesroller fungerer som et sett av identifiserende kunnskaper, ferdigheter, verdier, normer, holdninger og atferdsmønstre med tilhørende personlige og sosiale markører. Dette finner vi overalt hvor folk lever og arbeider. Yrkesroller er et system for identifikasjon og for samhandling mellom grupper.

En yrkesrolle gir den som innehar den, en personlig *identitet*. Den gir også en *gruppetilhørighet* som man enten har eller ikke har. Yrkesrollen er på denne måten både inkluderende og ekskluderende. Og i helsevesenet er det mange yrkesgrupper med hver sine yrkesroller.

Blir en yrkesgruppe etter hvert stor, mangefasettert og uoversiktlig, kan ønsket om fellesskap føre til oppdeling innenfor den overordnede yrkesrollen. Blant leger er det eksempler på det. Både psykiatere og ortopeder er medlemmer av legeprofesjonen, men de har egne yrkesroller basert på det de gjør, slik at de har egne identiteter.

Innenfor enkelte av disse gruppene, f. eks. blant legene, er det også et vertikalt, kunnskapsmessig og erfaringsmessig hierarki som kjennetegner såvel de enkeltes forventninger til seg selv som omgivelsenes forventninger til dem på ulike nivåer. Yrkesrollens funksjon, også legerollens, bringer orden i et komplisert samspill.

Yrkesrollen definerer innehaverens *interaksjon* med folk omkring. Rollen blir derfor et verktøy for å utøve yrket på en slik måte at det tilsvarer egne og andres forventninger. Særlig gjelder dette for profesjonene. Egne og andres forventninger må være samstemte, ellers skurrer det.

Legerollen under press

Den medisinske verden var i 1970-årene sterkt berørt av ånden fra 1968 – de antiautoritære bevegelsene. Legerollen var særlig utsatt, kanskje fordi noen leger simpelthen *var* autoritære, syntes godt i landskapet og hadde en legerolle som trengte justering.

At autoritet kunne være et virkemiddel i legearbeidet, kunne også provosere. Når et medisinsk problem krevde løsning, kunne det være nødvendig der og da at noen på sitt eget, best mulig kvalifiserte grunnlag tok en selvstendig avgjørelse, sto for denne, og ble respektert for den. Det fins situasjoner der det er bedre for utfallet at ting *blir gjort*, enn at de blir gjort

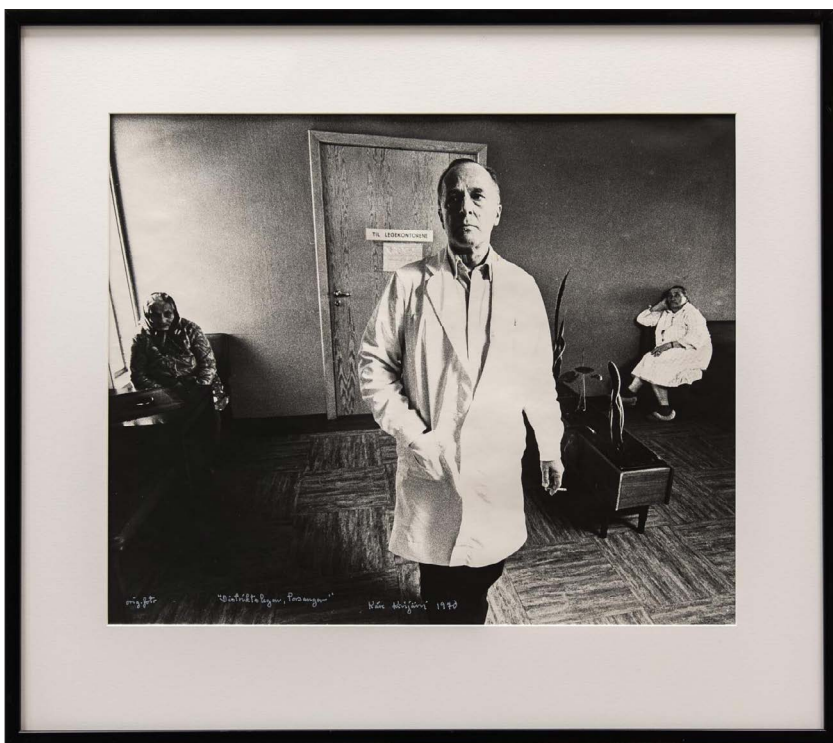


Figur 2: Christian Krohg: Bud efter Lægen (1881–1882). Trondhjems Kunstforening. (Foto: Øivind Larsen)

på den ideelt sett beste måte. Slik faglig kvalifisert handlekraft fordret en yrkesautoritet som det undertiden ble reist spørsmål ved fra omverdenen.

I det lange perspektiv er endringene i legerollen åpenbare. Som eksempel viser figur 2 og 3 kunstneriske framstillinger av en lege med nær 90 års mellomrom. Christian Krohgs (1852–1925) *Bud efter Lægen* (1881–1882) nesten sitrer av respekt for legen som forlater det mondene middagsselskapet for å følge med den ydmyke, fattige konen til den syke (6). Fotografen Kåre Kivijärvi (1938–1991) og hans *Distriktslegen, Porsanger* (1970) viser en tankefull, ansvarsbevisst, men litt oppgitt kollega (7, 8).

Selve innholdet i legers yrkesutførelse hadde i årene etter Den annen verdenskrig vært i endring, ikke bare på grunn av den generelle samfunnsutviklingen og oppbyggingen av en velferdsstat. Medisinske nyvinninger hadde gjort selve innholdet i arbeidet annerledes på mange felt. Fagutvikling og spesialisering gjorde at det ble stadig flere slags leger med egne yrkesrol-



Figur 3: Kåre Kivijärvi: Distriktslegen, Porsanger, 1970. © Kåre Kivijärvi/BONO 2022. Bilde tilhørende Oslo kommunes kunstsamlinger. OKK.E.09491. (Reprofoto Ingvild Brekke Myklebust.) Er den aldrende distriktslegen anspent og urolig, slik Høydalsnes kommenterer bildet? (8)

ler innenfor en og samme legeprofesjon. Men allmennhetens bilde av legen fulgte ikke nødvendigvis med på dette. En lege var en lege. Dette kunne skape konflikter.

Etterkrigstiden var perioden for en kraftig utbygging av sykehusvesenet (2, 3). Sykehusloven av 1969 åpnet for store, offentlige sykehusprosjekter. Men allerede før loven var trådt i kraft, var nye helseinstitusjoner på plass. Bare i et lite fylke som Østfold ble det i 1950- og 1960-årene bygd fem nye sykehus (2). Enkelpasientene forholdt seg i økende grad til et helt system, ikke bare til sin egen lege. Pasienter ble møtt med teamarbeid og tverrfaglighet. Mens arbeidet for mange leger tidligere kunne ha hatt et betydelig personlig erfaringsbasert innslag, kom det mot slutten av det 20. århundret krav om at det skulle være kunnskapsbasert og kontinuerlig bygge på den best tilgjengelige, oppdaterte og faglig omforente informasjon, etter hvert som årene gikk ofte i form av etterprøvbare retningslinjer og prosedyrer.

Helsevesenets tidligere dominerende private legepraksis kom mer og mer i skyggen av den framvoksende sykehus- og laboratoriemedisinen. For unge leger ble det i sykehusenes faglige fellesskap og i de akademiske miljøene at det spennende og faglig utfordrende skjedde, ikke på ensomme kontorer med reseptblokk. Det var på sykehusene og i universitetsinstituttene studentene fant sine rollebilder og publikum fant leger de så opp til. For å motvirke en kommende krise i primærhelsetjenesten ble det tatt kraftfulle grep fra profesjonens side – allmennmedisinen ble ganske ettertrykkelig oppgradert fra 1968 og framover (9). Tyngdepunktet i helsetjenesten for befolkningen og i legerollen skulle tilbake til lokalsamfunnene, en prosess som har fortsatt siden.

Samtidig begynte andre yrkesgrupper i helsevesenet, med sykepleierne som de mest synlige, å arbeide seg opp og fram mot å bli en egen profesjon, utvikle sitt eget kunnskapsgrunnlag og sin egen fagprofil – og gjennom det sin egen autonomi. Det å *bli* og å *være* en profesjon ble et *mål i seg selv*. Det kom derfor mer enn før et konkurransemoment inn i det å håndtere sin yrkesrolle i forhold til andres. Det gjaldt også for legenes forhold til andre på fagfeltet. Torgersen beskriver framsynt i sin bok fra 1972 prosesser som viste seg å bli nettopp slik de ble i årene som kom: En yrkesrolle, herunder en profesjon, må hele tiden definere seg og tilpasse seg dynamisk til verden omkring.

Legeutdanning og legerolle

I medisinerundervisningen kom det en tydelig respons på de endrede kravene til legerollen, nemlig ved at *atferdsfag* ble innført som et nytt basalfag. Blant annet krevde 1970-årenes politisering av mange helsespørsmål en utvidelse av perspektivet i legeutdanningen. De klassiske basalfagene som anatomi, fysiologi og biokjemi måtte rydde plass til atferdsfag på timeplanen. Atferdsfag kan sees som en opplæring i å fungere i legerollen. Å *være* lege ble undervisningstema, i tillegg til å lære det som trengtes for å *bli* lege. Legerollens relasjonelle sider ble studert og operasjonalisert.

Oppgradering av faget medisinsk etikk styrket også studentenes selvrefleksjon. Pasientkontakt allerede etter få uker som legestudent, foruten utplasseringsperioder senere i studiet, bidro ettersom årene gikk også til å gjøre medisinerstudentene *mer til leger underveis i studiet* enn de hadde vært før.

Paradoksalt ble undervisningen i samfunnsmedisin, dvs. det gamle, gruppe- og samfunnsorienterte hygienefaget, helse i kontekst, samfunnets helsepåvirkninger, svekket på samme tid (10). I legeutdanningen ble sosialmedisin flere steder gradvis innsnevret og profilert til å bli de svake gruppers

medisin. F. eks. miljømedisin, næringsmiddelhygiene og til dels også arbeidsmedisin mistet sitt sikre fotfeste i både undervisningen og i mange studenter orientering mot legerollen. Det kan i ettertid se ut som om at den utviklingen som hadde begynt med et bredt og årvåkent samfunnssyn og en kritikk av legerollen på antiautoritært grunnlag, førte til en mer avgrenset legerolle som hadde behandling av enkeltpasienter som siktemål og hovedinnhold. Samfunnsengasjement kom ikke lenger inn i legerollen på en forpliktende måte.

En norsk legerolle?

Mye av litteraturen om legeprofesjon og legerolle er utenlandsk. Etter hvert har vi fått et stort antall leger som enten er utlendinger med utenlandsk utdanning eller nordmenn med utdanning fra utlandet. Et spørsmål som da melder seg, er om det finnes en spesifikk, norsk legerolle. Det kan argumenteres for at det gjør det (5) og for at det vært slik siden en nasjonal legeutdanning tok form fra det fjerne 1820-tallet (11). Sannsynligvis er det et større innslag av samfunnsansvar og likhets- og fellesskapsideologi i den typisk norske legerollen, slik den har utviklet seg, enn i mange andre land. Den gamle distriktslegen som skulle ha ansvar både for enkeltmenneskene og samfunnet, hadde en rotfestet posisjon som henger i, selv etter at ordningen med statlige distriktsleger opphørte i 1984 (12).

Indre og ytre styring

Legerollen har en indre og en ytre side. Den *indre* siden, den personlige, legenes syn på seg selv og sine oppgaver, utvikles sannsynligvis best internt i profesjonen, framfor ved pålegg og annen ytre styring. Man samler seg kollegialt om hvordan *det er* og *skal være* å være lege. Teoretiske, filosofiske, etiske og moralske aspekter ved legenes yrkesutøvelse trenger kontinuerlige interne diskusjoner. Slike drøftinger føres hele tiden og nedfestes blant annet i etiske regler for leger og gjennom virksomheten i Rådet for legeetikk. Både studenter og leger er opptatt av disse spørsmålene (13, 14).

Den kliniske legerollen krever hele tiden å beherske balanse. Især gjelder det ved emosjonelt krevende arbeidsoppgaver som man ofte møter i legearbeid. Det handler om balansen mellom nærhet og distanse i pasientmøter, balansen mellom hensynet til enkeltindividet og gruppen, balansen mellom andres forventninger og egen kompetanse og mye annet. En nestor på feltet, professor Ole Berg (f. 1944) summerer nå i 2022 opp de store linjene i utviklingen av den kliniske legerollen de seneste tiårene (15). Han mener at dilemmaet mellom en stadig økende ytre styring av legearbeidet, kombinert med at det fortsatt er nødvendig å utøve eget skjønn, gjør det vanske-

lig. Kanskje er det nettopp å kunne kombinere fagkunnskap, erfaringer, kontekstkompetanse og eget skjønn fram mot vellykkede avgjørelser, som gjør at legearbeid av og til fortjener betegnelsen *legekunst* (16).

Forvaltning av legerollen

For legene er det den *ytre* siden – omverdenens oppfatning av legene – som syns best, både for dem selv og andre. Legerollens relasjonelle sider kan skape mange problemer. Det kan være alt fra misforståelser om legenes status til feilaktige oppfatninger om hva leger kan og hva de bygger sitt arbeid på. Det er *samhandlingen* som er legerollens ansikt utad. Enklere sagt: Legenes forventninger til seg selv er viktige, men omgivelsenes forventninger til legene kan være minst like avgjørende for at relasjonen skal fungere knirkefritt. Og synet på legene utenfra er det *andre enn legene som forvalter*.

Fortsatt handler legerollen om mer enn identitet. Selve legerollen med det den har av faglig autoritet, er et arbeidsverktøy også når raske avgjørelser må tas på et ikke optimalt faglig grunnlag, slik en lege ofte ikke kan unngå. Da slår rollens kvalifiserte balanse mellom å ta kunnskapsbaserte og erfaringsbaserte beslutninger inn.

Men legerollen er også et verktøy i større perspektiv. Både de indre og de ytre sidene ved legerollen bør styres med et helhetsblikk. Det bør være slik at de som går inn i legerollen, får mest mulige realistiske forestillinger om hva den innebærer, og at verden utenfor får tilsvarende forståelse av hva en lege er, kan og gjør. Der har både fakultetene som utdanner leger, og foreningene som representerer dem, fortsatt en jobb foran seg.

Legenes egne profesjonssammenslutninger, både den dominerende Den norske legeforening og andre, bør vie yrkesrollen større oppmerksomhet, også av hensyn til legenes hverdag: Hvilke signaler sender man ut til omverdenen? Hvilke signaler sender man innover til seg selv?

Roller og kriser

En tanke melder seg i anledning av 2020-årenes fastlegekrise: Legerollen omfatter mange aktiviteter, fra blålysmedisin via helseadministrasjon og trygdeforvaltning til arbeid i forskningslaboratorier. Kanskje har de siste femti års noe ensidige avgrensning av legerollen til å gjelde klinisk arbeid og lege-pasient-forholdet hatt bivirkninger? Kan det hende at den massive helsepolitiske argumenteringen for at primærhelsetjenesten i kommunene skal være det sentrale elementet i helsetjenesten for befolkningen, har slått kontra når det gjelder primærlegenes legerolle? Det kan ha blitt skjeve allmenne forestillinger om hva allmennlegen skal kunne forventes å gjøre,

eventuelt pålegges å gjøre, i forhold til andre yrkesgrupper innenfor helsefeltet.

Hvis publikum og politikere tror at allmennlegene kan ta seg av nærmest alt, fra typisk byråkratarbeid på den ene siden til på den andre ytterfløyen å være «sykehuslege» ved nyopprettede kommunale akutte døgnenheter (KAD) (17), og med vanlig, travel legepraksis og kommunchelseansvar imellom, blir det galt. Når allmennlegene blir frustrert over en slik spagat, fordi de selv helst vil gjøre en kvalifisert legejobb bestående av det de har utdannet seg til, forstår vi det. Den legerollen som utenverdenen ser for seg, stemmer ikke lenger med legenes egen rolleforståelse. Det kan bli uro og krise av mindre. Kanskje har legeprofesjonen selv oversolgt seg. Slik legerollens ytre side mange steder er blitt i befolkningens og politikernes øyne, kan det hende legene selv har en del av skylden når problemer oppstår, f. eks. vår tids fastlegekrise.

Ikke noe negativt skal sies her om legeutdanningens prisverdige styrking av kliniske kunnskaper og ferdigheter. Men innsnevringen i det ytre rollebildet kan over tid være utilsiktet uheldig. Den kan blant annet hemme rekrutteringen til legearbeid som er like nødvendig for landerts samlede folkehelse som klinisk praksis overfor enkeltpasienter. Betrachtninger over legerollen kan derfor simpelthen være nyttige fra tid til annen.

Litteratur

1. Torgersen U. *Profesjonssosiologi*. Oslo-Bergen-Tromsø: Universitetsforlaget, 1972.
2. Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske lægeforening, 1986.
3. Larsen Ø. red. *The shaping of a profession. Physicians in Norway, past and present*. Canton, MA: Science History Publications/USA, 1996.
4. Aasland OG. Tretti års legeforskning. *Michael* 2022; 19: 264-89.
5. Nylenna M, Larsen Ø. Finnes det en egen norsk medisinsk identitet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1813-6.
6. Larsen Ø. *Legestudent i hovedstaden*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.
7. Hem E. Legens venteværelse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2015; 135: 1152-3. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0474>
8. Høydalsnes E. *Kåre Kivijärvi – fotografier*. Oslo: Forlaget Bonytt, 2001.
9. Hunskaar S. red. Akademisk allmennmedisin i Bergen 50 år: 1972–2022. *Michael* 2022; 19: Supplement 29.
10. Larsen Ø. Time and space perspectives in medical teaching in Oslo. *Norsk Epidemiologi* 2015; 25 (1-2): 11-9.
11. Larsen Ø, Nylenna M. Medisineren Frederik Holst – mer fagets enn folkets lærer. I: Roos M, Tønnesson J, red. *Sann opplysning? Naturvitenskap i nordiske offentligheter gjennom fire århundrer*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2017: 147-62.
12. Schiøtz A. *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984*. Oslo: Pax, 2003.

13. Valestrand E. Det kollektive, relasjonelle og personlige i legerollen. *Michael*; 2022; 19: [242](#)-6.
14. Engen C. Legen, medisinen og fremtiden. *Michael* 2022; 19: [247](#)-52.
15. Berg O. Den kliniske legerollen: fra en fri profesjonsrolle til en ufri arbeidstaker- og kontraktørrolle? *Michael* 2022; 19: [225](#)-41.
16. Nylenna M, Larsen Ø. Legekunst. *Michael* 2022; 19: [253](#)-63.
17. Bergseth JØF, Braut GS, Gjerstad B. *et al.* Kommunal akutt døgneining i historisk lys. [Michael 2022; 19: 125–42.](#)

Øivind Larsen

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Den kliniske legerollen: fra en fri profesjonsrolle til en ufri arbeidstaker- og kontraktørrolle?

Michael 2022; 19: 225–41.

Legerollen har fra gammelt av vært en relativt fri profesjonell rolle. Siden 1970-årene har utviklingen av en mer presis faglighet og en mer detaljert, normativ regulering av legens kliniske praksis gjort at rollen er blitt mer utenfra- og ovenfrastyrt. I denne artikkelen spør jeg om dette har gjort rollen til en helt utenfrastyrt rolle. Mitt svar er at den er mer styrt enn før, til dels av medisinenes egne forskere, men at den enkelte lege stadig kan og må utøve mye personlig skjønn. Dette skjønnnet er det nå blitt mer krevende å utøve, blant annet fordi det må utøves i så stor grad av offentlighet.

Allerede i den greske antikken ble den kliniske legerollen sett på som en fri (profesjons)rolle. De hippokratiske legene begrunnet gjerne rollen slik: *Fagligheten* kom innenfra, og var både teoretisk basert og erfaringsbasert. Både pasienter og eventuelle ledere manglet kompetanse til å påvirke legenes praksis. Kolleger hadde generell kompetanse og kunne slik i noen grad føre tilsyn med hverandre, men begrenset til det generelle. Også hva gjaldt *formålet* med behandlingen, mente legene de burde få være autonome. Det formål de arbeidet for, var jo å forsøke å hjelpe pasienten til å få tilbake så mye av sin helse som mulig. Med andre ord: Siden det var enighet om behandlingens formål, trengte ikke legen å få en «bestilling» fra pasienten.

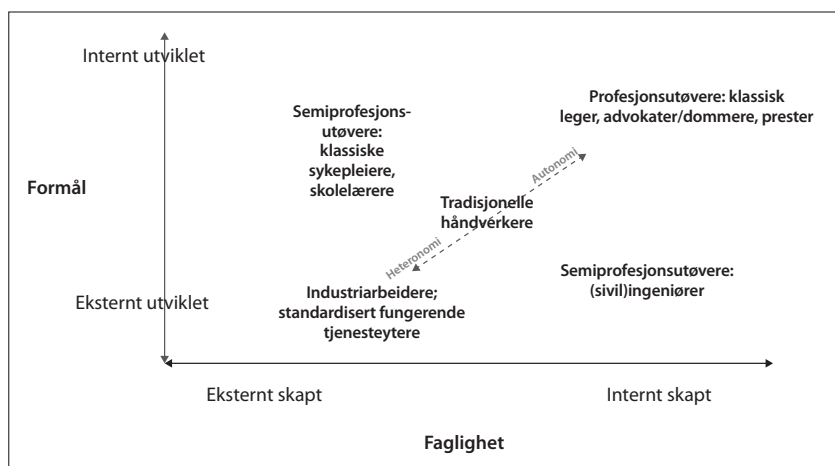
Ettersom legen var en «selvstendig næringsdrivende» måtte han be om et honorar for sin behandling. Det var legitimt – det var uttrykk for en slags *etisk egoisme*. Men legen, som var en *hjelper*, skulle se til at han ikke tok mer enn at hans tjeneste iallfall var mer verdt for pasienten enn prisen legen krevde. Han strakte seg også så langt han kunne for pasienten. Han viste altruisme.

For at ikke legene skulle misbruke sin autonomi gjorde de det derfor klart for borgerne at de skulle passe på hverandre, faglig og etisk. Med andre

ord, det som trengtes av styring med legenes praksis, skulle legene, som fellesskap, selv stå for.

Legenes praksis varierte selvsagt i antikken og har gjort det siden. Det samme var tilfellet med det tilsyn standen drev. I lange perioder, ja, helt frem til den moderne vitenskapelige revolusjon i det 19. århundre, var det store variasjoner både i faglig kvalitet og i det etiske nivå. Likevel holdt legene fast på oppfatningen om at legerollen skulle være mest mulig fri. Den holdningen ble forsterket under og etter fagrevolusjonen fordi legen nå fikk mere å fare med. Den ble forsterket også fordi holdningen til autonomi generelt ble styrket i samfunnet: De ferske plikketikerne så på frihet som *konstituerende* for det å være menneske, og var derfor en menneskerettighet. Fortsatt ble imidlertid ikke pasientenes autonomi forstått på samme måte: De skulle stole på legene, for ved å gjøre det fikk de tilbake den primære forutsetning for personlig autonomi, sin helse. Også plikketikernes «konkurrenter», utilitaristene, argumenterte for autonomi for legene som tilbydere av tjenester, fordi det fikk *markedet* til å skape mer helse.

Som rolle, adskiller den «tradisjonelle» legerollen seg mye fra de fleste andre roller, også i autonomi. De fleste andre roller baserer seg enten på erfaringsbasert faglighet eller på andre fags teoretiske faglighet. De fleste andre roller er også instrumentelle når det gjelder formål. Begge disse forhold gjør at rollenes innehavere i ulike henseender blir «styrt» av faglig eller proprietært overordnede og av kunder. De får altså mindre yrkesautonomi enn profesjonsutøverne. I figur 1 har jeg idealtypisk illustrert hvordan vi kan karakterisere ulike yrkesroller slik de eksisterte, la oss si ved inngangen til det 20. århundre.



Figur 1. En Idealtypisk yrkesrolletypologi, ca. 1900

I det følgende skal jeg karakterisere utviklingen av den kliniske legerollen, men gjøre det på en *idealtypisk* måte, altså ved å legge vekt på hvordan fagets egne representanter, særlig forskerne og lærerne, etter hvert også standslederne, forsøkte å forme den. Spesielt skal jeg spørre om legerollen er endret i retning nedad og mot venstre i figuren. Jeg skal først karakterisere rolleutviklingen faglig, så normativt. Til slutt skal jeg summere opp og besvare overskriftens spørsmål.

Den kliniske legerollens faglige kjerne: Mot en stadig mer presist foreskrevet rolle?

Den gamle medisinen var preget av en humorologisk forståelsesmåte. Den inneholdt spekulative innslag. Frem mot opplysningstiden ble den praktisert på en stadig mer antimanuell, antiteknisk og lenge nesten abstrakt måte. Den antimanuelle holdningen var en del av legenes streben etter å fremstå nesten som «aristokrater». Legene så derfor også på seg som en *stand*, ikke som en håndverker- eller annen, vanlig yrkesgruppe. Kirurgene var «røffe» håndverkere, og praktiserte på grunnlag av praktisk-teknisk erfaring. Da kirurgene ble tatt opp i legestanden, i Norge fra 1814, knyttet de seg til den medisinske legerollen, men forble i viktige henseender preget av den manuelle kultur.

Med overgangen til det 19. århundre begynte den gamle forståelsesmåte å komme på defensiven. Nye, reduksjonistiske synsmåter kom til å spille en økende rolle. Integrasjonen av de teknisk orienterte kirurgene i standen bidro til dette. Vi fikk et *paradigmeskifte*¹ i medisinen. Initiativet ble skjøvet over til forskerne og fagutviklerne, og legens oppgaver ble slik etter hvert stadig mer regulert.

At det nå kom stadig flere instrumenter og mer utstyr inn i legearbeidet, er en viktig del av utviklingen: Utstyr teknifiserer og regelbaserer adferd. For diagnostisering kom stetoskopet i 1816, sphygmografen i 1854 (for blodtrykksmåling) og elektrokardiografen i 1887. Mot slutten av århundret kom røntgenapparatet, som utvidet legens blikk, og laboratoriene, som gjorde det mulig å analysere kroppsvæsker kjemisk og vev mikroskopisk. Med utviklingen av anestesen fra 1846² og den bakteriologiske revolusjon fra 1870- og 1880-årene ble den moderne kirurgi utviklet. Rundt århundreskiftet begynte også de nye legemidlene, noen biologiske, andre kjemiske

1 Ordet kommer av gresk *paradeigma*, mønster eller eksempel. *Para* betyr ved siden av eller hinsides og *paradeiknumi* representere eller eksponere.

2 Pioneren var den amerikanske tannlegen William Morton (1819–1868). Han brukte eter som anestesimiddel.

(syntetiske) å komme.³ Forskernes og produkt- og tjenesteutviklernes regulering av praksis var for alvor startet.

Med utviklingen av instrumenter, men også med utvidelsen av den kausale og statistiske forståelse av livs- og forfallprosessene, skjedde det en økende standardisering av praksis, drevet frem ikke minst gjennom en mer styrende utdanning. Den kausale forståelsen hang allikevel en del etter. Det gjorde at den delvis symptombaserte diagnostikken fikk et betydelig skjønnspreget innslag. Behandlingen måtte derfor også skje på et uklart grunnlag og var i praksis like meget diagnostisk som terapeutisk; legen prøvde seg frem og fikk bekreftet eller avkreftet diagnosen ved å se på resultatet av behandlingen. Store deler av den legelige praksis var slik det Harvard Business School-professor Clayton Christensen (1952–2020) har kalt *intuitiv* (1). Deler av kirurgien, som frakturbehandling, var mer presis. Men med en intuitiv faglighet ble det forskjeller i legers måter å praktisere på. Mange la merke til det, og legene fikk delvis status etter sitt rykte. De som skulle utdanne og forme de nye leger, professorene, spilte opp til det forhold at fagligheten var usikker. De var ofte særpregede personligheter, som hadde sine foretrukne måter å praktisere på. De understreket slik sett betydningen av det (personlige) *kliniske skjønn*.⁴ Legerollen skulle være både en utstyrsbasert og standardisert, og en kunstnerisk og personlig preget, rolle.

Avsløringen av livsprosessenes kausale logikk skjøt fart fra slutten av Den annen verdenskrig. Delvis av den grunn, men også på grunn av utviklingen innen fysikk, kjemi og teknologiske fag, fikk medisinen i løpet av de følgende tre tiår en vesentlig økt tilgang på både undersøkelses- og behandlingsteknikker. Deler av diagnostikken ble i stor grad basalvitenskapelig fundert og nesten industrialisert, mens de mønsteridentifiserende deler av den kunne nyte godt av elektronmikroskop⁵ og nye og bedre avbildningsmodaliteter⁶. Terapeutisk skjedde det i disse årene en medikamentrevolusjon, blant annet i form av flere antibiotika, steroider, psykotrope medikamenter, men også legemidler som var viktige for kirurgien, som nye anestesimidler og immunsupprimerende legemidler. Nye kirurgiske metoder ble utviklet, blant annet for behandling

3 For en generell redegjørelse for utviklingen av medisinsk teknologi, se Reiser SJ, «The machine at the bedside: technological transformations of practices and values», i Reiser SJ og Anbar M, red. *The Machine at the Bedside*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1984. Se også Reiser SJ. *Technological Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2009. Se særlig kap. 1, «Revealing the Body's Whispers: How the Stethoscope Transformed Medicine».

4 Kfr. Einar Onsums livfulle beretninger om professorene ved det forrige århundreskifte: «Streiflys over våre professorer rundt århundreskiftet» (1, 2), *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, jubileumsnummer, 1955: 85–100; 1961; 81: 694–701.

5 Det ble først utviklet av de tyske ingeniørene Ernst Ruska (1906–1988) og Max Knoll (1897–1969) i 1933 og ble kommersielt tilgjengelig fra 1939.

6 Ultralyd (sonarteknologi) ble tatt i bruk i medisinen i 1950-årene (1956), computer-tomografi (CT) og magnettomografi (MR) i 1970-årene (1972 og 1977).

av og i hjertet og blodkarene ellers, og i hjernen. Proteseortopedien ble utviklet og perfektionert; det samme ble den oftalmologiske mikrokirurgi. En del åpen kirurgi ble erstattet av kikkhullskirurgi. Med utgangspunkt i radiologiens katetre ble nye intervensjonsmetoder utviklet og gjorde ofte større kirurgi unødvendig. Fra psykologien kom kognitiv terapi for enkelte psykiske lidelser, en terapiform som er standardisert, men også effektiv og rimelig.

Denne fagutviklingen gjorde at den kliniske legerollen ble stadig mer preget av bruk av utstyr og en mer standardisert diagnostikk, behandling og oppfølging. Diagnostisk mistet anamneseopptagelsen mer og mer av sitt samtalepreg og ble basert på spørreskjemapregede spørsmål. Den (tidkrevende) kliniske undersøkelsen ble i økende grad erstattet av prøver og billedtagning. Diagnosen ble mer og mer satt basert på «svarene» som var ekstrahert fra kroppen. Beslutningen om behandling fulgte også i økende grad standardiserte skjemaer. Behandlingen selv, spesielt den medisinske og kirurgiske, var ofte teknisk preget og standardisert. Den kliniske legerollen ble stykket opp i flere og flere litt ulike roller. Samtidig ble pasientansvaret flyttet fra enkeltleger til «systemet».

Det teoretiske grunnlag for den historiske dramatiske utviklingen var reduksjonistisk. Det bidro antagelig til å forsterke utviklingen av en mer teknisk-standardisert og en mindre personlig tilpasset og mobiliserende praksis. Statistikkpioneren Karl Pearson (1857–1936) skrev i 1900 at vitenskapsmannen måtte strebe etter å «eliminere» seg selv i sine vurderinger, altså unngå å bli påvirket av personlige følelser.⁷ Mange leger fulgte rådet og bidro til å gjøre legerollen «kaldere». Harvard-professor Francis Peabody (1881–1927) mente det var akkurat det som da, altså i 1920-årene, holdt på å skje: dagens leger «are too “scientific” and do not know how to take care of patients», skrev han (2).

Helsetjenesteforskningen, som vokste frem i 1970-årene, viste imidlertid at leger fortsatt utøvde ganske mye personlig skjønn og at variasjonen i praksisadferd gikk utover det som nå var blitt faglig akseptabelt (3, 4). Men mer ble nå problematisk for medisinen. Den «nye» og empiristisk orienterte kliniske epidemiologi⁸ begynte omtrent samtidig å vise at en del

7 Kfr. Pearsons engasjerte (!) bok *The Grammar of Science*. London: Walter Scott, 1892, særlig s. 22–23.

8 Den viktigste (ny)skaper av denne disiplinen var den engelske statistikeren og folkehelseprofessoren ved London School of Hygiene and Tropical Medicine, Austin Bradford Hill (1897–1991). Hill hadde studert under Karl Pearson og var påvirket av ham, blant annet i retning av å organisere studier som randomiserte, kontrollerte studier. Spesielt viktig var hans studie av bruken av streptomycin for å behandle en sykdom Hill selv hadde lidd av, tuberkulose, fra 1948. Like kjent og virkningsfull var hans prospektive studie av britiske legers røykevaner fra 1950-årene (publisert 1954), utført sammen med Richard Doll (1912–2005). Interessant nok var Hill skeptisk til matematisk formalisme. «Petimeteret» Hill hadde – istedenfor – en fabelaktig *intuisjon*.

av de nye praksiser ikke kunne dokumenteres *statistisk* som virkningsfulle. Denne utviklingen førte ved overgangen til 1990-årene til «sjelegranskning» i mange medisinske miljøer og til fremveksten av en mer disiplinerte statistikkbasert medisin (5, 6). Disiplineringen skjedde gjennom stadig mer presise retningslinjer, håndhevet av kollegiale institusjoner som Cochrane-samarbeidet (7, 8) og nasjonale kunnskapssentre, men også gjennom den nye mål- og resultatorienterte kliniske styring og ledelse («managed care») (9), som kom i land etter land i Vesten.

Det er ikke tilfeldig at legearbeidet utover i 1990-årene ofte ble omtalt som *produksjon* og at legene og andre skulle bidra til en «sømløs» og «mager» (lean) produksjon (10). Fremveksten av det juridisk inspirerte tilsynet, fra 1980-årene, passer inn i, og er en del av, denne utviklingen (11). De stadig mer presise retningslinjene, kombinert med tettere styring og tilsyn, gjorde at retningslinjene fikk stor autoritet og til at (mange) leger blir engstelige for å utøve skjønn. Noen sosiologer spurte om legene nå ble «proletarisert» (12–14).

Ettersom kunnskapsutviklingen førte til spesialisering og til at pasienter måtte gå, eller bli sendt, fra lege til lege, oppstod også begreper som pasientflyt og behandlingsforløp. Forløpene ble i økende grad standardisert, etter inspirasjon av industriens samlebånd. De ble forsøkt gjort til «sykdomsreduksjonsbånd».

Clayton Christensen så for seg at ettersom medisinen ble mer presis ville klinikken bli revet opp og behandlingen industrialisert – med bedre resultater til synkende omkostninger. Men for at det skal gå slik, må sykdoms- og skadeenheter være distinkte og helst av et begrenset antall. De kan være distinkte ved at de er knyttet til kausalitet og eventuelt ved et sett av presist beskrevne, statistisk dokumenterte, egenskaper. Det er imidlertid stadig slik at kausaliteten er kompleks og peker i mange retninger; ja, forskningen i de siste tiår har jo bare gjort dette kausalitetsmønster mer komplekst. Det har både med (det indre eller ytre) «agensets» egenskaper og virkemåter å gjøre, og med kroppens måte å reagere på «agenset» på. I en del tilfeller, som ved infeksjonssykdommer og for flere kreftformer, endrer relasjonen seg over tid, som resistensfenomenet er et uttrykk for. Også de autoimmune sykdommer gir eksempler på sykdomskausalitetens tiltagende kompleksitet. Et interessant uttrykk for relasjonens kompleksitet er det som, i kjølvannet av genomets sekvensering, kalles epigenetikk. Forskningen knyttet til menneskets mikrobiom har også bidratt til å komplisere bildet av mye sykdomskausalitet. Innen psykiatri er kjennskapet til kausalitet usikker og sykdomskategorisering er knyttet til en rekke egenskaper (symptomer) som pasienter i varierende omfang har. Sykdommer blir slik syndrompregede;

altså uklart avgrensede. Også innen deler av somatisk medisin defineres endel sykdommer slik, f.eks. ulcerøs kolitt og (andre) «funksjonelle» lidelser. Skader «fanges» ved hjelp av sine virkninger, mer enn årsaker.

Det kompliserer selvsagt patologienhetsbildet ytterligere at sykdommer, og i noen grad skader, er prosessfenomener. Sykdommer utvikler seg ofte over lang tid og gjerne på litt forskjellige måter. Det gjelder mange infeksjonssykdommer, for eksempel tuberkulose, men også de fleste degenerative sykdommer og alle psykiske lidelser. Det hører med til bildet av patologiens kompleksitet at måten mennesker *forholder seg til* de sykdommer og skader de får, eller anomalier de har, psykisk eller eksistensielt, er en del av deres problem. Reaksjonsmåtene blir en del av den utfordring legen konfronteres med, og slik sett også en del av «problemenheten». Ulike pasienter *forholder seg i* noen grad ulikt til de samme «grunnproblemer». Reduksjonistisk orienterte leger kan ha sett bort fra disse sider ved pasientenes problem, eller henvist sine pasienter til psykiatere eller prester, men etter «pasientrevolusjonen», særlig fra 1990-årene av, er det blitt vanskeligere⁹.

Medisinen blir stadig mer presist basert, og retningslinjene blir flere og viktigere. Når legen møter den enkelte pasient, må hun eller han allikevel stadig utvise en betydelig grad av skjønn, i en så stor grad at pasienten merker om hun eller han blir behandlet og «sett» som et helt enkeltindivid. Legen må kombinere «high tech» og «high touch» (11). Det var kanskje også slik tidligere helseminister (2013–2019) Bent Høie (f. 1971) ville at legene skulle oppføre seg, da han lanserte slagordet om *pasientens helsetjeneste*.

Kunnskapsveksten gjør altså den kunstneriske side ved legerollen igjen viktigere, men stadig mer utfordrende. Skjønnnet må utøves innen rammene av mye presis informasjon, og det må løpende dokumenteres. Det blir derfor lettere å regulere, overvåke og utfordre. Men legen blir slik, *faglig* sett, ingen industriarbeider.

Det er ellers ikke tilfeldig at det er *vareproduksjonen* som blir industrialisert. Den *reparative* virksomhet er ikke industrialisert – og blir derfor stadig dyrere. At det kliniske arbeid er reparativt, er også noe av grunnen til at det i mindre grad egner seg for industrialisering.

Den kliniske legerollens normative kjerne: Mot en stadig mer presist foreskrevet rolle?

Der skjedde ikke noe tydelig etisk (og kollegialt) paradigmeskifte parallelt med det faglige sådanne. Der kom imidlertid etterhvert endel etiske regler

9 Ordet syk betydde opprinnelig bekymret eller sørgmodig. Det engelske ordet *dis-ease* viser også til subjektiv uvelhet. Vi taler også om sykdom som lidelser. Ordet pasient kommer av latinsk *patiens*, den lidende. (Wulff et al, s. 69).

for leger. Den britiske legen Thomas Percival (1740–1804), gav i 1803 ut boken *Medical Ethics; or, a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*.¹⁰ Den førte ikke til så mye konkret i England. Den gav imidlertid premissene for de amerikanske regler, verdens første i legeregi. De kom da den amerikanske legeforeningen ble stiftet i 1847. De første norske regler i legeregi kom i 1891. Hvorfor lot det etiske paradigmeskifte ventet på seg så lenge?

Det har sammenheng med fortiden. Fortsatt spilte den gamle dydsetikk en stor rolle. Den innebar at etikken kom innenfra og derfor krevde legelig autonomi. Å lage etiske regler var å ta moralen ut av legenes hoder og gjøre den til noe eksternt, noe som kunne brukes til å styre legene etisk. Tanken om å lage etiske regler basert på den nye etikk, plikt- og nytteetikken, ble derfor møtt med mye motstand. Percivals etikkforslag var egentlig et tiltak for å *hindre* at der skulle komme et mer detaljert sett av regler for legers praksisetikk. Hans regler var altså mer *kollegiale* enn praksisetiske. De regulerte forholdet mellom leger, mer enn forholdet mellom leger og pasienter. Hvis det første var i orden, ville også det annet bli det. I tråd med dette beskrev han også legerollen som «the role of gentleman», som en «herrerolle».

Ordet herrerollen henviser til den gamle aristokratiske rollen, en rolle som i England ble forankret i «the Royal Colleges» og i Norden i legeselskapene (fra slutten av det 18. og begynnelsen av det 19. århundre). Herrer skal ikke ledes. De skal lede, særlig seg selv, men ofte også andre. Utover i det 19. århundre vokste legestanden raskt, samtidig som det gamle kvakksalveri ble utvidet med alternative medisinske lærer, blant annet homeopati og kiropraktikk. Legene følte seg stadig mer utfordret og begynte å organisere seg. Den «stille makt fra oven», som hadde preget «herremedisinen» virket ikke lenger. Med integrasjonen av kirurgene i legestanden (fra 1814 i Norge), fikk standen et større borgerlig innslag. De gamle institusjoner, som representerte den «stille makt fra oven», de medisinske selskaper (Royal Colleges), ble skjøvet noe til side og erstattet av mer pågående, styringsinteresserte legeforeninger. Den første kom i England (1832). Danmark fikk sin i 1857, Norge i 1886, Sverige i 1903 og Finland i 1910.

Legeforeningene laget utpreget kollegiale regler. Til å begynne med gjaldt de altså spesielt forholdet mellom leger. Gradvis ble de fulgt opp med andre regler og avtaler som skulle sikre legene ikke bare faglig og etisk autonomi, men også kontroll over alle andre som virket i behandlingsmarkedet. Noen regler av det siste slaget fantes allerede, i form av lovgivning, som gav legene et slags monopol over mye av behandlingen, som delvis forbød det legene

10 London: J. Johnson. Percival hadde publisert en kortere utgave i 1794.

så på som useriøse behandlere og som gav dem kontroll over alle godtagbare andre grupper, som apotekere/farmasøyter, tannleger, jordmødre og etter hvert sykepleiere og andre nye grupper. Dette omfattende regelverk gav behandlingstjenesten til et *medikrati* (13).

Før vi kort karakteriserer dette, må vi nevne at det medikratiske regelverk kan sees på som etisk, men, som profesjonssosiologen Eliot Freidson (1923–2005) kaller det, etisk-institusjonelt (14). Det bestemmer om og hvordan praksisetikken fungerer. De kollegiale regler er en del av det større medikratiske regelverket. De kollegiale reglene, men også andre sider ved det medikratiske regelverket, ble møtt med en del kritikk, både på Stortinget og i pressen. Mange så på det mer som standsegoistisk enn ekte etisk motivert (15). Freidson så selv på slutten av medikratiæraen på medikratiet som uttrykk for en uheldig «professional dominance» (16). I løpet av 1990-årene hadde han skiftet mening og omfavnet nesten den profesjonelle logikk (17).¹¹

De medikratiske ordninger innebar at leger skulle være klinisk autonome og at enhver styring av legenes praksis skulle skje i regi av leger, eventuelt legenes forening. De innebar også at legene i størst mulig grad skulle bestemme sine egne arbeids- og inntektsbetingelser og at de skulle ha styring over alle ikke-leger de trengte å samarbeid med. Legene skulle også, så langt det lot seg gjøre, ha styring over behandlingsmarkedet som helhet, blant annet slik at de fikk staten til å forby det legene så på som useriøse behandlere. Legene ønsket at medikratiet skulle gå helt til topps og altså at helsedirektøren bare skulle rapportere til statsråden, skjønt bare i «ikke-faglige» spørsmål. Under Karl Evangs (1902–81) styre som helsedirektør etter krigen, ble det langt på vei slik.

Legene fikk det ikke helt som de ønsket det. Der oppstod stadig gnisinger, f.eks. om satsene for sykekassepraksis (fra 1909/1911), men langt på vei ble sykevesenet et medikrati i løpet av førkrigstiden. Slik fortsatte det også frem til 1970-årene, selv om presset på de medikratiske ordninger fra myndighetene gradvis økte fra 1945 (18). Også medikraten Evang følte det. Etter 1956 merket han at motbøren økte, og da han gikk av i 1972 hadde han nesten resignert (19).

At de medikratiske strukturene begynte å bryte sammen i 1970-årene, skyldtes særlig at den medisinske etterkrigsrevolusjon – kombinert med at sykeforsikringen ble gjort universell fra 1956 – skapte en utgiftsvekst for

11 Samtidig som Freidson ble bekymret for avprofesjonaliseringen spurte John B. McKinlay og Joan Arches om legene var iferd med å bli proletarisert. Kfr. deres artikkel «Towards the proletarianization of physicians». *Int J Health Serv* 1985; 15: 161-195. DOI: 10.2190/JBMN-C0W6-9WFFQ-Q5A6

det offentlige som ble stadig vanskeligere å bære. Men også den tiltagende spesialisering bidro; den gjorde at klinisk arbeid ble preget av et mer komplekst samarbeid: Det kliniske arbeid ble i stigende grad et *systemansvar*. Begge deler krevde en mer profesjonell ledelse – for å effektivisere og for å koordinere bedre. Den fordret noe mer enn klinisk kompetanse, nemlig juridisk-samfunnsvitenskapelig sådan. «Revolusjonen» startet imidlertid med at praksislegene ble gjort til kommunale eller fylkeskommunale ansatte eller kontraktører, at sykehusene ble gjort fylkeskommunale og direktestyrt fra den nye (etter 1976) fylkeskommunale forvaltning og at det meste av Helsedirektoratet i 1983 ble flyttet ut av departementet og underordnet dettes politisk-administrative styring. Den fortsatte med at legene, særlig fra midt i 1970-årene, ble stadig tydeligere arbeidstagere og mer nærstyrte kontraktører. Den avtalen Yngre legers forening i 1977 inngikk med sykehuseierne omtalte legene selv som «portøravtalen» (18). De markerte med det at de nå ikke lenger var frie profesjonelle med et nesten uavgrenset ansvar (for konkrete pasienter), men arbeidstagere med fast arbeidstid og krav på overtidbetaling. Ansvar, ikke minst for pasientene, ble nå i prinsippet et arbeidsgiveransvar – et systemansvar. Legenes forening endret samtidig karakter fra å ha vært en forening for relativt frie profesjonelle, som dikterte sine arbeidsbetingelser, til å bli en forhandlingsforening. Den fikk flere av fagforeningens karakteristika.

Fra slutten av 1990-årene ble demonteringen av de medikratiske strukturer ført videre. Politikerne abdiserte i noen henseender, men føyet seg også mer etter ledelsesekspertene. Sykehusene ble nasjonalisert fra 2002 og fikk (enda) mer profesjonelle ledere. I primærhelsetjenesten, splittet opp i svært mange kommunale sådanne, spilte fortsatt lokale legemannspolitikere en rolle. Disse deler av den totale kliniske tjeneste ble med den såkalte «Samhandlingsreformen» fra 2012 bragt under større grad av sentral styring og ledelse. Det integrerte, kliniske *Helse Norge* (et norsk National Health Service) har vi ennå ikke fått, men det er i den retning utviklingen peker. Styringen har tiltatt kontinuerlig siden 1970-årene – og gjort at legene er blitt mer og mer «skruer i maskineriet».

Styringen ovenfra har altså gjort legerollen til en mer «fremmedstyrt» rolle. Denne styringen har også hatt konsekvenser for den videre styring. Den har bidratt til å svekke legenes styring av andre kliniske aktører. I økende grad er disse forhold, både gjennom lovendringer (helsepersonelloven, 1999) og kulturell glidning blitt mer horisontale og interaktive. Legen blir mindre og mindre den dominerende kliniker og mer og mer en samarbeidspartner. Samarbeidet er imidlertid et *styrt* samarbeid. De andre helsetjenesteytere er ikke blitt mer selvstendige profesjonelle selv om de ikke

lenger er så underordnet legestyret. De blir alle underordnet de *nye* styrere (hierarkier). Et element av styring fra «siden» utsettes dog legene nå for. Spesielt viktig er den voksende rolle teknologer av ulike slag utøver: Reduksjonistisk medisin gjør legene mer og mer avhengige av eksperter med bakgrunn i fysikk, kjemi og informatikk. Ja, denne avhengigheten gjør at mange somatiske leger blir kombinerte leger og sivilingeniører. «Ingeniørandelen» øker for mange.

Som en del av denne demedikratiserende utviklingen, er også legenes forhold til pasientene endret. Også det er blitt mer horisontalt. Det er delvis en funksjon av styringen ovenfra: Når klinisk praksis skal omfatte et lengre forløp, og det gjør det oftere nå, blir det i økende grad et *styrt* forløp. Styringen gjelder ikke bare personell, det gjelder også pasientene. Pasienter, som før var ledet av leger, blir altså nå i økende grad ledet av (rene) ledere. Når pasienten, mellom «stasjonsbesøkene», er utenfor klinikken, skjer ledelsen også ved hjelp av «styringsteknologi», sms-er. Men styringen omfatter mer, nemlig lovgivning som har den enkelte lege (og andre tjenesteytere) som mål. Det er den som gjelder enkeltlegens *praksisetikk*, for å bruke Freidsons betegnelse. Interessen for den hadde, som vi har sett, vært laber gjennom det 19. århundre og under medikratiet i det 20. århundret. Det etiske paradigmeskiftet i, men like mye rundt, medisinen kom samtidig med, og som en del av, den medikratioppløsende bølgen. Den hang også sammen med forbrukerrevolusjonen i 1980-årene. Utviklingen kulminerte med pasientrettighetsloven av 1999. Den ble et uttrykk for hvor nærgående ledelsesrevolusjonen nå var blitt. Som retningslinjeutviklingen gjorde legene mer faglig nærstyrt, fylte nå etikklovgivningen til at nærstyringen også skulle gjelde legenes etiske vurderinger. Denne nærutformingen av legerollen var imidlertid saklig basert på mer enn medisin. De dypere premisser kom fra filosofien og indirekte fra jusen og økonomikken. Men som retningslinjene, førte den mer detaljerte etikken raskt til rollestyring, gjennom grunnstudiene og gjennom videreutdanning og etablering av etikk-komiteer i og «over» syketjenesten. Legene selv, gjennom Legeforeningen, hadde i 1961 utformet foreningens første etiske regler, altså praksisregler. Disse ble av mindre betydning. Tiden for slikt selvstyre var nå over.

Den nye etisk baserte styringen og legerolleutformingen var imidlertid ikke bare en styring og rolleutforming ovenfra. Som legenes økende avhengighet av andre fagfolk gav pasientrettighetslovgivningen også pasientene nye rettigheter og dermed muligheter til å delta mer aktivt i den videre utforming av legerollen. Styringen ovenfra åpnet døren for styring (fra siden og) nedenfra. I land som USA, fikk denne styringen betydelig omfang, blant annet ved at pasienter i raskt økende grad saksøkte leger med påstander om

mala praxis. I Norge fikk den også betydning, særlig gjennom pasientklager, og, mer generelt, ved at flere pasienter ble mer aktive – eller mindre underdanige. Leger ble mer påpasselige, men tilpasset seg også, spesielt ved å opptre mindre paternalistisk og mer uformelt i påkledning og språkbruk (mer uformelt språk, mer bruk av fornavn)). Mens leger under medikratiet gjerne spilte en rolle som pater (mater), i noen tilfeller (på sykehus) som autokrat, spilte de nå roller som hadde mer preg av forretningspersonens eller aktivisererens. Spesielt den siste rollen er interessant. Den krever at legen i stor grad personliggjør sitt forhold til pasienten. Ja, den gjør dydsetikken aktuell igjen. Det er det den amerikanske kardiologen Eric Topol egentlig skriver i siste kapittel i sin bok *Deep Medicine*. Han har kalt det «Deep Empathy».¹²

Den nye, intellektualiserte kliniske etikken hadde en teoretisk variert bakgrunn, men i hovedsak var den plikt- og nytteetisk. Pliktetikken skaper, Immanuel Kant (1724–1804) tok utgangspunkt i det han så på som et «pre-empirisk» faktum, nemlig at mennesket er fritt og med evne til å reflektere over verdien av det det gjør. Mennesket får derfor, for Kant og de senere eksistensialister, en verdi i seg selv. Det betyr blant annet at mennesket ikke skal behandles bare som et middel for et eksternt formål. Denne pliktetikken, som nok har noe av sitt intellektuelle grunnlag i dydsetikken, preger mye av den moderne kliniske etikk, og den lovgivning den har avfødt. Det er ikke minst denne holdningen som gjør at det norske syke- og helsevesen i hovedsak er kollektivt finansiert, og forsøker å love at borgere skal få hjelp etter behov, at den hjelp de skal få skal være den beste som finnes og at denne hjelpen skal gjelde alle. Disse «løftene» føres videre som pålegg til klinikkene og klinikerne. Men som vi har påpekt, gjør kollektiviseringen av finansieringen at den enkelte lege ikke føler ansvaret for den enkelte pasient like sterkt som før. Ved at myndighetene ikke bevilger «nok» til helt å innfri de upresise løftene øker de imidlertid samtidig presset på legene for å bidra med det myndighetene ikke bidrar med og til å ta ansvar for det som gjenstår, altså prioritere. Myndighetene kunne ha styrt prioriteringsprosessen nokså presist, men vil ikke gjøre det. Det er å renonsere noe på de upresise rettighetsløftene. Tre (fire) utvalg har foreslått hvordan det kan gjøres, men ikke helt presist. De har heller ikke forholdt seg mer konkret til det forhold at prioritering betyr en viss grad av privatisering av finansieringen av noen tjenester. Klinikkene og klinikerne blir slik tvunget til å utøve et løpende faglig-etisk skjønn.

12 New York, NY: Basic Books, 2018.

Når pasientene er kommet inn i klinikken, får nytteetikken økende betydning. Nytttevurderinger er primært faglige, men faget kan ikke gi et «nøytralt» svar på nytteverdien av ulike behandlingsutfall. Ulike fagfolk, men også ulike pasienter, kan vurdere et bestemt utfall ulikt. At utfall følger med en større eller mindre sannsynlighet, kompliserer nytttevurderingene ytterligere.

Henrik Wulff (f. 1932) og hans medforfattere nevner et eksempel på hvor faglig-etisk krevende kliniske beslutninger kan være, selv i situasjoner hvor kunnskapen er relativt presis (20): En middelaldrende kvinne led av en behandlingstrengende hypertyreoidisme. Hennes lege vurderte tre behandlingsregimer, medisinsk behandling med antityroide stoffer (som blokkerer hormonsyntesen), partiell tyreoidektomi (som reduserer det hormonutskillende kjertelvev) og injeksjon av én eller få doser av radioaktivt jod (som ødelegger en del av kjertelen). Alle regimene er effektive for de fleste pasienter, men har ulike fordeler og ulemper. Det første krever langvarig behandling og det kan oppstå ubehagelige bivirkninger. Det andre kan helbrede pasienten straks, men innebærer en viss risiko for at *nervus recurrens* (som innnerverer strupehodets muskler) kan bli skadet og at heshet kan oppstå (med dobbelt lammelse kan pustebesvær oppstå). Det siste regimet kan, etter noen år, føre til myksødem (som gir et pløsete utseende). Medisinske beslutningsteoretikere har forsøkt å skjematISere beslutningsprosesser som denne. Skjemaet innebærer at legen lager en liste over mulige utfall av de ulike regimer, beregner sannsynlighetene for at de skal inntreffe, gir utfallene en verdi for pasienten (eventuelt etter samtale med pasienten) – fra 0 (brå død) til 1 (fullstendig helbredelse). For hvert utfall multipliserer legen sannsynligheten og nytten og adderer så for hver beslutning disse produkter. Slik får legen vite hva den gjennomsnittlige nytte for hver beslutning er og kan velge den beste. Det kalles å maksimere den forventede nytte. Leger kan nok tenke på en måte som ligner dette, men det er sjelden det skjer i praksis, både fordi tiden ikke tillater det og fordi man ofte ikke kan beregne sannsynlighetene i *det konkrete tilfellet*, og fordi nytten sjelden lar seg fastsette kvantitativt, hverken av legen eller pasienten. Dette eksemplet er mer representativt enn spesielt for legers kliniske hverdag. Også etisk skjønn må utøves. Det må det også selvsagt i økende grad jo mer komplekse de kliniske tilstander er.

I et «vanlig» marked er verdien av en legetjeneste en funksjon av forholdet mellom det medisinske utbytte av tjenesten og omkostningene med den. Siden de fleste legetjenester i Norge ytes til en svært subsidiert pris, og til dels gratis, blir verdien for en pasient av en tjeneste i stor grad eller helt en funksjon av behandlingsutbyttet. Når tilgjengeligheten til tjenester kan

varierte, må legen utøve et prioriteringsskjønn på vegne av «staten». Men noe kommer i tillegg. Legens inntekt vil ofte i noen grad være avhengig av hva han eller hun gjør (f.eks. antall undersøkelser, henvisninger etc.), og også hvor mye tid legen bruker på sine pasienter. Legen kan altså utøve et skjønn der hans eller hennes egoisme kan komme i spenn med «altruistiske» hensyn overfor pasienter, men også myndighetene (skattebetalerne). Staten forsøker å begrense legenes muligheter for å utnytte finansieringsordningen, men samtidig er det slik at det at staten i stadig større grad behandler legene som arbeidstagere eller kontraktører *kan* øke sannsynligheten for at de «tar seg til rette». Det samme vil være tilfelle i private klinikker, hvis legene blir behandlet som arbeidstagere; kfr. situasjonen i mange helseforetagender i USA.

Innad i klinikken må altså legen stadig utøve skjønn, men altså et skjønn som både er «klassisk» klinisk og som er knyttet til bruken av «anonyme» andres penger. At myndighetene forsøker å nærstyre klinikerne i begge henseender, altså gjøre dem til mest mulig rene arbeidstakere, gjør ikke at det tradisjonelle skjønnet blir borte. Men det andre skjønnet – det delvis økonomiske – endres fra å være et skjønn der legen ikke veier pasienthensyn mot hverandre, men pasienthensyn mot tredjepartsbetalerhensyn. Det kan gjøre at forholdet til pasientene stresses. Det er slik et uttrykk for en slags deprofesjonalisering av den kliniske legerollen.

Men mer kommer til på den etiske siden. Pasienter søker hjelp for å bli friske. De har imidlertid sterk interesse av at det skjer på en måte som ivaretar deres selvfølelse, verd, integritet og autonomi. De fleste mennesker er kantianere når det kommer til den verdi de setter på seg selv. For legene har dette i prinsippet alltid vært et viktig hensyn. Det har spesielt gjeldt taushetsplikten.

Etter forbrukerrevolusjonen forstås disse hensyn stadig videre. De forstås blant annet slik at pasienter skal informeres stadig bedre og til dels selv i enkelte henseender være de endelige beslutningstagere (kfr. USA). «Informert samtykke» er blitt en betegnelse for denne utviklingen. I praksis lar heller ikke slike regler seg utforme på en helt presis måte. Leger må stadig utøve skjønn, ja, mer krevende skjønn enn før. Det var enklere med den gamle paternalisme. I mange tilfelle kan pasienter i liten grad medvirke, blant annet på grunn av alder (de yngste og de eldste) og tilstand, inkludert mental sådan. Men også mer «vanlige» pasienter kan i varierende grad ønske å bli informert (om «alt») og å medvirke i all beslutningsfatning. Undertiden er det aktuelt å bringe pårørende inn i beslutningsprosessen. Hvordan det skal skje er heller ikke lett å regulere presist. Spesielle utfordringer er knyttet til regulering av bruken av tvangsbehandling.

I takt med den generelle økningen i identitetsbevisstheten vil mange være sensitive for om de blir godtatt og bekreftet som den de er. Der er nå relativt konkrete regler for dette, men det blir i praksis ofte noe legen i mange situasjoner må forholde seg ekstra bevisst til. Han og hun har fått mer å tenke på.

Her er adskillig mer å si om de etiske sider ved legens kliniske hverdag. Generelt gjelder det imidlertid at de er blitt flere og mer krevende. De er knyttet til begynnelsen av livet, hvor abort er et stikkord (og hvor den relative status for et utviklende (på ulike stadier) og et utviklet individ skal veies mot hverandre) og til slutten av livet, hvor spørsmålet om når behandlingen skal stoppes, eventuelt gå over i aktiv dødshjelp, melder seg. Transplantasjoner, etter hvert også med dyreorganer (xenotransplantasjon), reiser en rekke etisk vanskelige avveiningsspørsmål. Kunnskapsutviklingen gjør at pre- og redesigning (skape kybernetiske organismer) av mennesker melder seg som muligheter, kanskje også muligheten for å leve intermitterende liv (etter nedfrysning). Den økende *instrumentelle* bruk av pasienter i klinisk forskning reiser også vanskelige etiske spørsmål for klinikeren.

Det har altså skjedd en økende regulering av legens etisk-kliniske, som faglige, vurderinger. Denne reguleringen har imidlertid ikke fjernet legens muligheter, ja, plikt, til å utøve et individuelt etisk skjønn. Den har presisert de etiske problemstillingene, og ofte gjort dem mer krevende å håndtere, men sjelden skapt diktater. Også fagutviklingen har bidratt til å gjøre mange av de etiske problemstillingene mer krevende. Den bidrar slik også til å skape større uenighet innad i standen. Den økende etiske regulering av legers arbeid har altså ikke bidratt til å gjøre legen til en mer typisk arbeidstager eller kontraktør. Den har presisert, men gjort vanskeligere, de valgene legene står overfor i sin kliniske hverdag. Slik sett har den etiske regulering ikke gjort legen mer til en diktert arbeidstager eller kontraktør.

Noen konklusjoner

Kunnskapsutviklingen i medisin har vært, og er, dramatisk. Det har gjort en stadig mer presis regulering av legens praksis mulig, og til dels til en realitet. Den nye kunnskapen har imidlertid også etterlatt et stadig mer komplekst bilde av menneskets bio-psykologi, i sunnhet og i forfall, et så komplekst bilde at omfanget av skjønnsutøvelse nok foregår innen mer presise rammer, men fortsatt er betydelig. Ettersom legen nå må ta mer hensyn til somatiske lidelsers psykologi – også eksistensielle sådanne – og sinnslidelsers eksistensielle sider, er behovet for skjønnsutøvelse blitt både mer omfattende og mer krevende. Legen må bruke seg selv som person langt mer, altså bli mer av en aktiviserer. Legen må bruke mer fantasi på å

mobilisere legen (den sterke) i pasienten (21). Forutsigelsene om en økende industrialisering av det kliniske arbeid virker altså stadig mindre sannsynlige. Legen holder ikke på å bli en ren arbeidstager og kontraktør i mer enn en begrenset juridisk/økonomisk forstand. For øvrig forblir han og hun en iallfall litt fri profesjonell.

Den konklusjonen forsterkes når vi tar hensyn til den etisk-institusjonelle og praksisetiske regulering av legearbeidet. Den skjønnsutøvelse legen må foreta i morgen blir imidlertid mer krevende enn den var i går. Det blir den fordi morgendagens skjønnsutøvelse må foregå innen langt mer presise faglige retningslinjer og langt mer både presise og utfordrende etiske reguleringer enn tidligere. Det blir det også fordi denne skjønnsutøvelse må foregå på en stadig mer offentlig og kontrollerbar måte enn tidligere.

Det blir mer spennende å være lege i morgen, men kanskje også mer «skummelt».

Litteratur

1. LeFanu J. *The Rise and Fall of Modern Medicine*. New York, NY: Basic Books, 1999, 2012.
2. Peabody FW. The Care of the Patient. *JAMA* 1927; 88: 877-882.
3. Hovedkomiteen for norsk forskning. *Helsetjenesteforskning i Norge – perspektiver, oppgaver, organisering og finansiering*. Oslo, 1981.
4. Wennberg JE, Gittelsohn, A. "Variations in Medical Care among Small Areas". *Scientific American* 1982; 246: 120–135. doi:10.1038/scientificamerican0482-120.
5. Eddy DM. Evidence-based Medicine: a Unified Approach" *Health Affairs* 2005; 24: 9–17.
6. Timmermans S, Berg M. *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia, PA: Temple University Press, 2003.
7. Cochrane A. *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
8. Chalmers I, Dickersin K, Chalmers TC. Coming to grips with Archie Cochrane's agenda. *BMJ* 1992; 305: 786-788. doi: 10.1136/bmj.305.6857.786.
9. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems. *Health Affairs*, vinteren 1994: 46-64.
10. Womack JP, Jones DT, Roos D. *The Machine that Changed the World: The Story of Lean Production*. New York, NY: Free Press, 1990.
11. Berg O. *Spesialisering og profesjonalisering, del 2 (1983-1994)*. Oslo: Statens helsetilsyn, Rapport 7, 2020. kap. 13.
12. Naisbitt J. *High tech, high touch. Technology and Our Accelerated Search for Meaning*. London: Nicholas Beasley Publ, 1999.
13. Berg O. Medikrati, hierarki og marked. I: Album D, Midré G, red., *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi*. Oslo: ad Notam, 1991, s. 147-175.

14. Freidson E. Professionalism and Institutional Ethics, kap. 7 I: Baker RB et al., red. *The American Medical Ethics Revolution*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 1999.
15. Berner, JH. *Den norske lægeforening 1886-1936*. Oslo: Den norske lægeforening, 1936: 235-241.
16. Freidson E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press, 1970.
17. Freidson E. *Professionalism: The Third Logic*. Cambridge, UK: Polity Press, 2001.
18. Skaset M. *I gode og onde dager... De norske legene og staten 1945-2000*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006 (doktoravhandling).
19. Berg O. *Spesialisering og profesjonalisering, del 1 (1809-1983)*, kap. 5. Oslo: Statens helsetilsyn, Rapport 8, 2009.
20. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. *Medicinsk filosofi*. København: Munksgaard, 1986 (2003):208-211.
21. Bennet G. *The Wound and the Doctor*. London: Secker & Warburg, 1987.

Ole Berg

o.t.berg@medisin.uio.no

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Postboks 1089 Blindern

0318 Oslo

Ole Berg er professor emeritus i helseadministrasjon og statsvitenskap ved Universitetet i Oslo.

Det kollektive, relasjonelle og personlige i legerollen

Michael 2022; 19: 242–6.

For å bli lege må du, i tillegg til å lære medisin, endre deg selv, slik at du utvikles med den personlighet og de egenskaper, tanker og følelser som egner seg for den legen du ønsker å være. Jeg omtaler her tre viktige dimensjoner av legerollen som er uløselig knyttet sammen, og som det er viktig at vi er bevisst mens vi både trer inn i og utvikler oss i legerollen: det kollektive, relasjonelle og personlige.

En vanlig måte å forstå den enkeltes utvikling til å bli lege, er at det er en prosess der de som utdanner seg sosialiseres inn i legerollen. Å gå inn i legerollen kan da handle om å bli lik de andre, å bli en del av kollektivet. Først begynner kommende leger som perifere, legitime deltagere, før de gradvis beveger seg inn i sentrum av praksisfellesskapet (1). I dette fellesskapet deler legene informasjon og erfaringer og utvikler seg som gruppe sammen. For pasientene gir det kollektive i legerollen en trygghet. Ettersom samfunnet har gitt profesjonen spesifikke oppgaver som profesjonsutøverne løser noenlunde likt, vet pasientene noe om hva de kan forvente av legen, uansett hvilken de møter.

Sosialiseringen er uunngåelig, og utspiller seg ulikt for den enkelte. For dem med legeforeldre kan det være mindre motstand mens de beveger seg inn i sentrum av fellesskapet, fordi de allerede kan mye om legerollen. For andre kan det være en mer krevende øvelse, som de kan kjenne ubehag med, fordi de kanskje kjenner på et stort ansvar i legerollen eller på ubehag med makten de vil få som leger (2). Sosialiseringen inn i det kollektive er en prosess der den enkelte utvikler forståelsen av sin legerolle. I det kollektive er det rammer for hva det betyr å være lege, med for eksempel uformelle og formelle regler for oppførsel, klær, hierarkier og måter å tenke på.

En kollektiv forståelse av legerollen kan kritiseres, fordi det kan fremstå som at det kun handler om å bli lik dem som allerede er i legegruppen. Om

en bare ser legerollen med sin kollektive dimensjon, kan det personlige og relasjonelle nedtones. Dersom legene utenfra bare ses som en gruppe, er det lett å glemme at hver enkelt lege også er en egen person.

Å sosialiseres inn i en gruppe med en egen kultur, betyr å ta innover seg både positive og negative elementer fra kulturen. Ubevisst kan legen tilegne seg tankemåter og handlingsmønstre som egentlig er hensiktsløse eller har ugjennomtenkte konsekvenser for andre. Deri ligger faren med bare å se på legerollen som en kollektiv rolle der vi passivt blir like det som er. Legerollen trenger stadig å utvikles, og da må man ikke bare bli lik det som er – man må våge å bli noe annerledes, skape sin egen legerolle, i tro på at det kan utvikle legerollen for hele legegruppen. Derfor er det viktig at det er en variasjon, en bredde, i hvordan legerollen tolkes, som det er aksept for innad i legegruppen. En slik variasjon må selvsagt være innenfor rammer gitt av lovverk og tilpasset pasientenes behov.

Det relasjonelle

K.E. Løgstrup (1905–1981) skrev: *Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender* (3). I møter mellom lege og pasient er dette særlig tydelig, der pasienten ofte kommer til legen for å få hjelp i en sårbar situasjon. Møtene mellom mennesker er relasjonelle, det er et samskapt bånd mellom legen og den andre som preger møtet. Gjennom dette båndet kan legen søke å forstå hva som gjør denne pasienten unik.

I det relasjonelle står forholdet mellom *jeg* og *du* sentralt. Martin Buber (1878–1965) har skrevet om hvordan mennesker i *jeg-du*-forhold møter den andre som noe ureduserbart, med en meningsbærende dybde (4). I kontrast kan vi møte andre som objekter, i et *jeg-det*-forhold. Objekter har ikke en egen historie, følelser eller bevissthet som vi trenger å ta hensyn til.

For leger i ulike roller kan det føles nødvendig å veksle mellom å forholde seg til pasienten som et *du* og et *det*. Man kan tenke seg hvor krevende det må være for en kirurg som skal gjøre en komplisert operasjon å måtte forholde seg til at den fire år gamle samiske gutten drømmer om å bli brannmann, at han bare så vidt har startet livet og skal bli storebror om en måned. Derfor kan legen føle behov for å konsentrere seg om det tekniske, mekaniske, fremfor å måtte forholde seg til hele guttens verden, for å klare å gjennomføre operasjonen på en god måte. Pasienten kan dermed fort reduseres til et *det*, et objekt.

Her ligger noe av utfordringen for legerollen i det relasjonelle. For mye i helsetjenesten er lagt opp til å forstå pasientene som et *det*. Når søkelyset er på symptomer, diagnoser, utredning og behandling er det lett å miste

selve pasienten av syne. Dette er selvsagt nødvendige og viktige elementer for å kunne gi hjelp. Samtidig må vi også lytte til og se pasientenes historie, følelser, personlighet og kultur.

Å bli behandlet som et objekt er ubehagelig for pasientene (5). Derfor er vi så opptatt av å utvikle et personsentrert perspektiv i legerollen der pasientene blir sett som unike individer med unike livshistorier som er relevante for medisinen (6). Det er likevel sterke, systemiske motkrefter mot at legen skal evne å stå i en relasjon der pasienter ses som mennesker.

Axel Honneth (f. 1949) skriver om menneskets behov for anerkjennelse (7). Alle mennesker har behov for anerkjennelse for å kunne utvikle seg til et sunt og helt individ som kan realisere sitt potensial. Pasienter trenger å anerkjennes som et menneske i møte med legen. Legen trenger også å anerkjennes som et menneske. Dessverre er det mange rapporter om leger som opplever å arbeide i et system der de behandles som objekter. Da er det fare for at de ser seg selv som objekter, og det gjør det også lettere å se andre som objekter. Konsekvensen av hektiske arbeidsdager, der leger ikke har tid til å spise eller gå på do, er at legen kan føle seg som et objekt i et system, der den enkeltes behov ikke tas hensyn til. Forsetter den trenden, er det grunn til å frykte for at pasientene kan oppleve en *dehumanisert helsetjeneste*, fremfor *pasientens helsetjeneste*. For at det relasjonelle i legerollen skal bestå, og helst styrkes, kreves politisk forståelse av det relasjonelles viktighet, vilje til å prioritere det og stedlig ledelse som bygger oppunder en legerolle der det relasjonelle står sterkt.

Det personlige

Mennesker definerer ofte seg selv i kontrast til andre (8). For medisinstuderenter og leger kan det å utvikle en identitet som lege skje i kontrast til pasienter og andre profesjoner. Det har blitt pekt på at medisinstudenter må hjelpe studenter å utvikle identiteter som gjør at de kjenner på samhold med pasientene, med delt sårbarhet og følelse av å være menneskelig (9). Det leder oss over til det personlige i legerollen.

Vi går ikke inn i legerollen som et blankt ark (*tabula rasa*). Vi har erfaringer, følelser, drømmer, kultur, sår og traumer som tar vi med oss. Å være sårbar er et eksistensielt grunnvilkår ved det å være menneske, som legen deler med pasienten (10). Det kan vi ta med oss inn i legerollen og bruke til å styrke båndet mellom lege og pasient.

Å våge å gjøre seg sårbar betyr å risikere å ta innover seg pasientens sår. Kjenne på smerte over pasientenes skjebner og historier. At det river i hjertet. Min egen sårbarhet kan vekkes og kjennes på i møte med den andres sår. Om jeg ikke klarer å stå i min egen sårbarhet, min egen skam og vonde

følelser, så er det vanskelig å stå i andres. Jeg har selv erfart dette, når jeg har sett meg selv i pasienten. Det har tatt tid å lære meg å ikke bli skremt, men snarere bruke det til å nærme meg den andre. Ikke ved å bringe inn min egen historie, men ved å gjenkjenne, lytte og våge å stå i den andres sterke emosjoner. Når pasientene kommer med sitt vondeste, må ikke legen vike unna fordi det er ubehagelig. Pasienten trenger å møte aksept, vilje til å lytte og ønske om å hjelpe.

Mange tror at deres egne erfaringer gjennom livet ikke er nyttige i legerollen. Det kan være at de forsøker å utvikle en objektivitet, en distanse fra sin egen historie, slik at de kan legge vekk sin egen sårbarhet. Likevel er det en risiko for at ens egen sårbarhet vekkes til live, slik at den føles i møte med enkelte pasienter. Det er lett å få behov for å bevege seg vekk fra det sårbare, det eksistensielle, det som står på spill i samtalen, men som er ubehagelig for legen å møte. Derfor er det så viktig at legerollen skreddersys den enkelte, slik at de evner å stå trygt i sin egen sårbarhet, og bruker sårbarheten til å være engasjert i den andre. Med en sensitivitet og tåleevne for det som står på spill i den andres liv.

Samtidig må det være en balanse for legen i hva den bringer inn i legerollen fra sitt personlige, slik at samtidig som det brukes til å hjelpe pasienten også føles greit for den enkelte lege. Når legen holder pasientens liv i sine hender, så holder pasienten også noe av legens liv i sine hender. Det krever prøving og feiling, der vi både kan bli for nære til og for fjerne fra pasienten.

Å utvikle seg som lege må altså også handle om å øke styrken til å ta seg selv med inn i legerollen. Ved å bringe egen sårbarhet inn i en personlig legerolle kan legen bli enda mer knyttet til pasienten, med evne til å romme seg selv med plass til den andre.

En helhetlig legerolle

Studenter og unge leger må skape en personlig legerolle, innenfor det kollektive og med oppmerksomhet mot det relasjonelle. For at legerollen skal kunne skreddersys den enkelte, krever det emosjonell støtte og mental trygghet gjennom studiet og yrkeslivet mellom leger i helsetjenesten. Det er avgjørende for å kunne bli en best mulig versjon av seg selv som lege, med en personlig dimensjon i legerollen som hjelper med å styrke det relasjonelle båndet med pasientene.

Litteratur

1. Wenger E. *Community of practice: learning, meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
2. Neve H, Lloyd H, Collett T. Understanding students' experiences of professionalism learning: a 'threshold' approach. *Teaching in Higher Education* 2017; 22: 92–108. <https://doi.org/10.1080/13562517.2016.1221810>
3. Løgstrup KE. *Den etiske fordring*. København: Gyldendal, 1956.
4. Buber M. *I-Thou*. New York: Touchstone, 1970.
5. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books, 1988.
6. Bansal A, Greenley S, Mitchell C. *et al.* Optimising planned medical education strategies to develop learners' person-centredness: a realist review. *Med Educ* 2022; 56: 489–503. <https://doi.org/10.1111/medu.14707>
7. Honneth A. *The struggle for recognition: the moral grammar of social conflicts*. Cambridge: Polity Press, 1996.
8. Hildrick M. Becoming vulnerable: contagious encounters and the ethics of risk. *Journal of Medical Humanities* 2000; 21: 215–27. <https://doi.org/10.1023/A:1009025125203>
9. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med* 2008; 3: 10. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-3-10>
10. Vetlesen AJ. Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1118–21. <https://tidsskriftet.no/2001/03/tema-forstand-og-forstaelse-i-medisinen/profesjonell-og-personlig-legerollen-mellom> (5.8.2022).

Eivind Valestrand
eivind.valestrand@uib.no

Eivind Valestrand er lege og ph.d.-stipendiat ved Enhet for læring, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen.

Legen, medisinen og fremtiden

Michael 2022; 19: 247–52.

Håp og teknologioptimisme gir kraft og næring til samtidens store fortellinger om mennesket og fremtiden. Vår tid synes å romme en intens spenning mellom beretninger om grenseløs fremgang og trusler om total kollaps. I medisinen er denne spenningen tydelig: Biomedisinske fremskritt står i skarp kontrast til menneskelivets ultimate endelighet. I dette spenningsfeltet fremstår legens særegne rolle som målbærer av det menneskelige – en rolle som aldri har vært viktigere enn nå.

Veien inn i fremtiden, kanskje inn i evigheten, synes brolagt med *forskning, teknologi, stordata* og *kunstig intelligens*. I medisinen runger disse ordene stadig sterkere og mer synkront, der de trer frem i den primære faglitteraturen, i forskningsutlysninger og prosjektforslag, i strategi- og policydokumenter og i det offentlige ordskiftet. Ved å følge denne veien, loves det, vil sykdom og død overvinnes. Gjennom teknovitenskapelige fremskritt vil medisinen endelig kunne overskue, kontrollere og dominere mennesket, slik René Descartes (1596–1650) forestilte seg det allerede på 1600-tallet.

Medisinen, storsamfunnet og beslutningstakerne synes å være trollbundet av disse forestillingene og det underliggende premisset om at mer vitenskap og teknologi vil resultere i bedre og rikere menneskeliv. I en brytningstid hvor *forskning, teknologi, stordata* og *kunstig intelligens* forestilles å reformere medisinen og revolusjonere grunnbetingelsene for det å være menneske, synes det likevel betimelig å belyse legens plass, funksjon og ansvar i dette forespeilte skiftet. Hvem er legen? Hva er medisin? Hva er legens plass, mulighetsrom og agens i det medisinske praksisfeltet?

Fremveksten av moderne medisin

Dagens legerolle forstås ofte i forlengelsen av gamle greske idealer, og på denne måten trekkes forankrende tråder tilbake til antikkens mellommenneskelige og vitenskapelige praksiser. Medisinen forbinder oldtid, samtid og menneskets eksistensielle dimensjoner gjennom begreper, symboler, fortellinger og praksiser. Et grunnleggende premiss i medisinen er at sykdom fører til lidelse. Dette gjenspeiles i medisinsk terminologi hvor ordene *pato-logi* og *pasient* har sin opprinnelse i gamle latinske og greske ord for lidelse og det å lide, *patior*, *paskhein* og *páthos*. Et annet grunnleggende medisinsk premiss er at sykdom kan håndteres på måter som gjør menneskelivet rikere. Legen heler, lindrer og beskytter pasienten gjennom praksiser forankret i etiske normer, med utgangspunkt i den hippokratiske ed. Man kan tenke at medisinen i sitt opphav har et *telos*; den praktiseres med mål om det gode for mennesket og menneskene.

Moderne medisinske praksiser skiller seg samtidig fra antikkens medisin på flere grunnleggende punkter, mest fundamentalt ved at moderne medisin praktiseres i en moderne verden, mens antikkens medisinske praksiser oppsto fra og virket i et premoderne samfunn. Fra et historisk perspektiv har medisinske praksiser alltid vært tett sammenvevd i menneskers trosfortellinger og religiøse og spirituelle praksiser. Det var i virkeligheter som rommet både guder og avguder at medisinen hadde sitt opphav, og det er i et dynamisk og mangefasettert troslandskap medisinen siden har utviklet seg, helt frem til vår tid. Gjennom opplysningstiden og den naturvitenskapelige revolusjon gjennomgikk imidlertid medisinen og den verden den var innvevd i, et markant skifte. Medisinen gjenoppsto som en anvendt moderne vitenskap. Mot slutten av 1800-tallet erklærte Friedrich Nietzsche (1844–1900) Guds død, og han argumenterte for at menneskelig innsikt må søkes gjennom vitenskapelig rasjonalitet. Det moderne mennesket i det moderne samfunnet har siden søkt å forstå seg selv og sin egen plass i verden gjennom naturvitenskapelige metoder. Ved dette skiftet trer legen og medisinen inn i en ny posisjon i samfunnsordenen. Mens antikkens myter og trosfortellinger satte legen og medisinske praksiser i et intimt forhold med det guddommelige, satte opplysningstidens idealer legen og medisinen i et nært forhold til kjernen av det å være menneske. Det er legen og legens veier som leder til menneskelig innsikt, og det er medisinske fremskritt som i stor grad muliggjør mennesket og samfunnets fremgang.

Gjennom dette skiftet har legens plass og rolle i medisinen endret seg radikalt også på andre fronter, ikke minst da denne endringen muliggjorde at medisinen selv endret karakter. For å synliggjøre dette må selve medisinen belyses. I Wikipedia defineres medisin, i betydningen legevitenskap eller

legekunst, som *så vel studier av og kunnskap om å diagnostisere, behandle, kurere og forhindre sykdom, lindre smerte og forbedre og vedlikeholde helse, som det å praktisere denne kunnskapen*. Man kan med utgangspunkt i denne definisjonen og ved hjelp av historiske, sosiologiske, antropologiske og vitenskapsteoretiske perspektiver synliggjøre medisinske praktikere og praksiser fra utsiden. Med dette overordnede blikket trer det medisinske praksisfeltet frem som karakterisert av en rekke gjennomgripende dynamiske og sammenvevde prosesser. I korte trekk: medisinen ekspanderer og sentraliseres i samfunnet, og legens plass marginaliseres.

Fremveksten av en moderne legerolle

Gjennom de to siste århundrene har medisinen omfang, kontaktflater og kompleksitet økt betraktelig. Dette kan illustreres ved å peke på økningen av antallet medisinskfaglige profesjonsutøvere, den rivende utviklingen av medisinskrelaterte teknologier, den overveldende publiseringen av medisinske fagartikler, eksplosjonen av legemiddelrelaterte markedsføringstillatelser eller ved fremveksten av helserelaterte institusjoner, bygninger og infrastruktur. I takt med medisinen kraftige ekspansjon har praksisfeltet også endret seg i en rekke dimensjoner. Det har vært et markant økning av ulike helseprofesjoner, og legens tradisjonelle fagområde har forgrenet seg i en rekke subdisipliner, hvor den enkelte profesjonsutøvers kunnskap og praksis stadig spesialiseres og spisses. Samtidig beveger arbeidsoppgaver og ansvarsområder seg på tvers av yrkesgrupper og institusjoner. Nå gjennomfører sykepleiere diabeteskontroller, manuellterapeuter sykmelder og molekylærbiologer og bioinformatikere står i frontlinjen for medisinsk forskning og teknologiutvikling. Sykehusavdelinger og helseforetak ledes i økende grad av profesjonelle ledere med bakgrunn fra et bredt spekter av fag og disipliner. Medisinen tar samtidig stadig større plass i menneskers liv og samfunn. Medisinen sentralisering i det levde liv kan synliggjøres ved å studere den økende longitudinelle interaksjonstettheten mellom mennesker og helsevesen eller ved å se på økningen av det totale antallet konsultasjoner, undersøkelser, legemiddelforskrivninger og henvisninger. Medisinen sentralisering i samfunnet kan illustreres ved tilfanget av lover og forskrifter som av medisinskfaglige hensyn griper inn i organiseringen av menneskers samliv, samt en tydelig dreining av økonomien, hvor en stadig økende andel av ressursene omsettes i helserelaterte dimensjoner. Medisinen er samtidig stedet hvor flere av samtidens mest disruptive bioteknologier og informasjons- og kommunikasjonsteknologier forestilles, introduseres, utvikles, legitimeres og skaleres.

Samtidens medisin omfatter altså et bredt spekter vitenskapelige, relasjonelle, sosiale og politiske praksiser. Legen praktiserer ikke lenger medisin alene, men i samspill med et bredt spekter helsefaglige profesjonsutøvere, forskere, investorer, innovatører, næringsaktører, byråkrater og politiske beslutningstakere. De medisinske praktikerne, bevæpnet med opplysnings-tidens kunnskapsidealer, forstås og forstår kanskje også seg selv, som rasjo-nelle aktører som gjennom vitenskap synliggjør og muliggjør det mennes-kelige. Fra disse praksisene og praktikerne produseres forestillinger om fremtidige medisinske praksisfelt hvor kunnskapsproduksjon og klinisk virksomhet vil være sømløst integrert i hverandre, hvor pasienten er en grenseløs lesbar datakilde og hvor medisinske praktikere er data-analytikere, mekanikere, ingeniører og skapere. Med medisinen som verktøy og helse-profesjonene som håndverkere forestilles en verden hvor sykdom kan løs-rives fra sykdomsopplevelser. I en nær fremtid forestilles begrepene *patologi* og *pasient*, i betydningen lidelse og det å lide, oppløst fra sin opprinnelige betydning.

Kanskje kan man her, i møte med disse håpefulle forestillingene, ane et brudd med medisinenes antikke opphav. I dypet kjennes kanskje også en underliggende dissonans, for det er velkjent at forholdet mellom tilgjenge-lige helsetjenester og folkehelse ikke er lineært. Vi befinner oss i en verden hvor medisinerne og medisinen ikke bare løser helse- og samfunnsutfordrin-ger, men hvor medisinen også kan forstås i et årsaksforhold til noen av vår tids mest presserende utfordringer og moralske dilemmaer. I en tid hvor biologiske indikatorer for sykdom ikke lenger samsvarer med subjektive mål for uhelse er medikalisering, overdiagnostikk, overbehandling og bære-kraft bare noen av de relevante stikkordene. Når mennesket i stadig større grad forstår seg selv gjennom medisinenes språk og fortellinger, kan man undre: Hvordan kjennes det, for pasienten så vel som for legen, å bevege seg i dagens «rasjonelle» praksislandskap? Når de ulike subdisiplinenes sær-egne kunnskap og praksistradisjoner skaper store barrierer for sømløs kom-munikasjon og samarbeid i en klinisk hverdag og i pasientforløp? Når sys-temenes egne logikker og interesser minner om sterke vinder som organiserer menneskemøtene og tjenestene mot stadig nye driftsindikatorer? Når målbare surrogatmarkører for kvalitet gradvis koloniserer selve forstå-elsen av verdi og når midler gradvis forstås og behandles som om de var de endelige målene? Er det mulig at medisinen er i ferd med å bli et sted hvor både praktikere og pasienter kjenner seg fremmedgjorte? Kan man forstå begreper som moralsk stress eller tenke fastlegekrisen, skiftet fra offentlige til private tilbydere av helsetjenester eller fremveksten av private helsefor-sikringer i lys av dette? Kan man ane konturene av en medisin som er i ferd

med å gjøre det menneskelige usynlig? En medisin som gir grobunn for nye former for helsetap og lidelse?

En legerolle for fremtiden

I en materiell, sosial og kulturell virkelighet så grunnleggende forskjellig fra den antikke, er det ikke åpenbart at man kan forstå legerollen som en kontinuerlig skikkelse og medisinen som et ubrutt praksisfelt. På tvers av svært ulike kunnskapssystemer og materielle virkeligheter, finnes kanskje likevel noen tråder som på en meningsfull måte kan binde antikken, samtiden og fremtidens medisinske praksiser og praktikere sammen? Mens samtidens medisin beskrives som objektiv, verdinøytral og apolitisk gjenspeiles på samme tid samfunnets kunnskapssystemer og verdier tydelig i måten medisin tenkes og praktiseres på. Medisinen påvirker også i stadig større grad kultur, samfunn og politiske agendaer. Kanskje er det derfor mest meningsfullt å forstå medisinen, ikke som en anvendt vitenskap, men som grunnleggende normativ. Medisinens legitimitet som ekspansiv og koloniserende bygger nettopp på premisset om godhet. Vitenskap og teknologi må da forstås som midler mot dette målet.

I en fortelling hvor bildet av medisinen som en ubetinget god skaperkraft begynner å slå sprekker, kan man spørre seg hvor og hvem legen er, medisinenens historiske moralske forvalter? Mens legen historisk sett har vært en viktig premissleverandør i medisinske diskurser, kan man ane at legens myndighet og handlingsrom er vesentlig svekket. Legen er likevel den aktøren som fremdeles eksplisitt forankrer sin praksis i etiske normer. Hvis medisinsk praksis er en etisk praksis, kan man kanskje se og håpe på legen som en sentral moralsk aktør også i vår tid? Tradisjonell legeetikk har imidlertid fokusert ensidig på medisinen som en relasjonell praksis, og har i liten grad informert legens handlingsrom som moralsk aktør i medisinenes vitenskapelige, sosiale og politiske dimensjoner. Med utgangspunkt i legens reposisjonering i medisinen og medisinenes ekspanderte og sentraliserte plass i samfunnet er det kanskje behov for å åpne opp legeetikken også for disse praksisdimensjonene? For samtidens medisin synes grensesprengende og tøylesløs. Hvorvidt teknovitenskapelige fremskritt vil muliggjøre de medisinske fremtider som er beskrevet i strategidokumenter og medisinsk faglitteratur, er usikkert. Det som synes sikkert er at medisinen og medisinenes aktører utgår fra, og virker i en verden som er grunnleggende kompleks. De er situert i et landskap karakterisert av ikke-reduserbar usikkerhet, fundamental uforutsigbarhet og tvetydighet. Og mennesket selv er et åpent system som står i et nært gjensidig forhold til den verden det utgår fra og er medskaper av. Det er derfor åpenbart at medisinen er et sted hvor moral-

ske prinsipper og verdier må forventes å støte sammen, så vel i møte mellom pasient og behandler som i skjæringsfeltet mellom teknologi og samfunn.

I dette spenningsfeltet er grunnleggende verdispørsmål fremdeles utenkte, ustilte og utforskede. Dette er ikke spørsmål som formuleres og besvares gjennom vitenskap. Mens opplysningstidens kunnskapsidealene synliggjør menneskets biologi, slører det samtidig menneskets eksistensielle og moralske dimensjoner. Det menneskelige må søkes gjennom andre erkjennelsesformer og praksiser; gjennom åpent og nysgjerrig nærvær og samvær, gjennom refleksjon og dialog. Kanskje finnes i dette normative landskapet posisjoner som er underutviklete og ikke fullgodt synliggjorde, og som legen er i en særposisjon til å tre inn i? For legen, den som heler, lindrer og beskytter, synes godt posisjonert til også å kunne se, erfare og erkjenne det menneskelige.

Aldri har det vært viktigere å synliggjøre nettopp det menneskelige, i en tid hvor de store spørsmålene ikke primært er knyttet til hvilke fremtider teknologien og medisinen muliggjør for oss, men snarere hvilke fremtider vi ønsker oss, og hvordan teknologien kan hjelpe oss på veien dit. Legen, i intim kontakt med både det menneskelige og det vitenskapelige, vil kanskje kunne bidra i å synliggjøre bredden, dybden og kompleksiteten i disse spørsmålene og sette de ulike aktørene og kunnskapssystemene i meningsfull kontakt og samtale med hverandre. Dette ville kanskje være et skritt i retning av å styrke legen som en meningsfull, meningsskapende og moralsk skikkelse inn i medisinen fortsettelse.

Caroline Engen
caroline.engen@uib.no

Caroline Engen er postdoktor ved NeuroSysmed, Senter for vitenskapsteori, Universitetet i Bergen og lege i spesialisering ved Divisjon psykisk helsevern, Helse Bergen.

Legekunst

Michael 2022; 19: 253–63.

Ordet legekunst brukes sjelden i dag. Legekunst betegner noe mer enn alminnelig godt utført legearbeid. Tradisjonelt er ordet brukt som betegnelse på dyktig medisinsk arbeid der legen har anvendt et ekstra tilfang av kunnskaper, ferdigheter og personlige egenskaper innenfor den rammen og det faglige spillerommet legerollen gir. Kan det tenkes at ordet legekunst er gått ut av vanlig bruk fordi dette spillerommet er blitt begrenset?

Språket utvikler seg. Nye ord oppstår, andre blir borte (1). Noen ord brukes sjeldnere enn før, ofte fordi innholdet er blitt forandret eller uklart. *Legekunst* er et slikt ord.

Ordet legekunst høres sjelden i allmenntale. Bruken av ordet «legekunst» (tidligere «lægekunst») i norske aviser økte raskt etter den andre verdenskrig, men avtok like raskt etter årtusenskiftet, og ordet forekommer nesten ikke i dagens aviser (figur 1). Selv blant kolleger brukes ordet først og fremst om fortiden. «På mange måter har vi beveget oss fra å drive legekunst til å bli forbrukerkonsulenter for medisinsk velvære», sier overlege Nils O. Lid om et langt liv som sykehuslege (2).

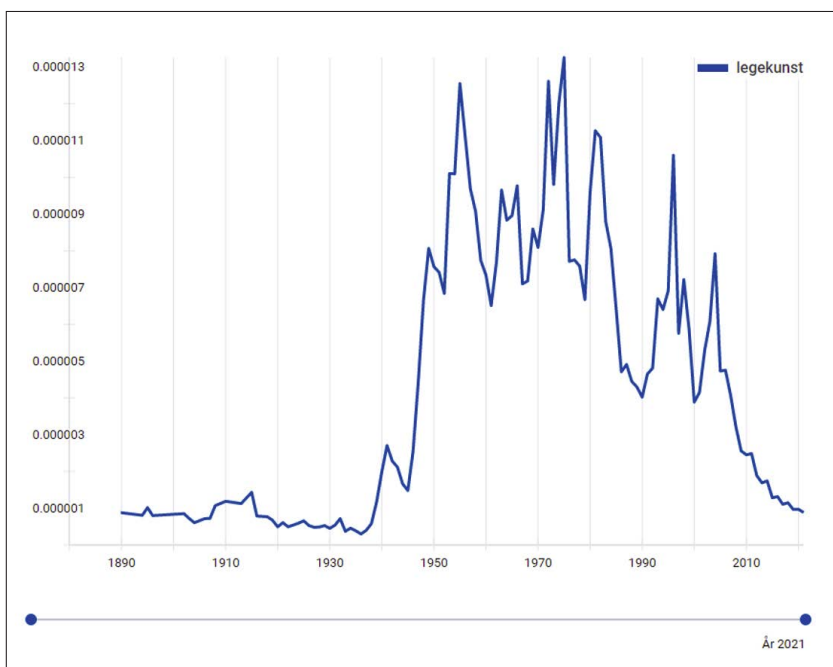
Inneholdt ordet legekunst i sin tid noe som er blitt slitt ned av tidens tann?

Hva er legekunst?

Forsøk på å fange legekunsten i ord går tilbake til de hippokratiske skrifter (3).

«The art of medicine is the skillfull and creative application of a scientific discipline to a human problem» lyder en vel 60 år gammel definisjon i et tidsskrift for medisinsk utdanning (4).

Legekunstbegrepet drøftes med ulike mellomrom også her i landet. Kirsti Malterud skrev i 1991 at «legekunsten omfatter medisinsk diagnostikk og behandling når de intuitive beslutningspunktene er tydeligere enn de rasjo-



Figur 1: Årlige treff på ordet «legekunst» i norske aviser siden 1890 angitt som prosent av det totale antall ord (Nasjonalbiblioteket N-gram)

nelle», og så på fenomenet som en forskbar, vitenskapelig utfordring (5). I 1992 ble boken «Medisin – kunst eller vitenskap?», med flere perspektiver på fenomenet legekunst, publisert (6). Reidun Førde karakteriserte i 1996 legekunst som «idealet for god klinisk praksis» med godt håndverk som fundament (7). Bjørn Hofmann har i 2001 beskrevet legekunst som «en moderne modell for medisinen, fordi den delvis er basert på moderne begreper om kunst, håndverk og medisin» (8).

Ordet kunst

«Kunst er det, man ikke kan. Hvis man kunne, var det jo ingen kunst», sier Storm P (Robert Storm Petersen 1882–1949) spøkefullt (9). Aforismen uttrykker problemet med å konkretisere hva kunst egentlig er. Det finnes et mangfold beskrivelser fra antikken til i dag (10), men presise definisjoner kan de ikke sies å være. Kvaliteter som går igjen, er at kunst er individuelt og en prosess like mye som et produkt. Utøveren har tilført en personlig merverdi. Eksempler er enkle å finne. Tenk på et musikkstykke spilt av to forskjellige pianister. Den ene gjengir notebildet helt korrekt. Den andre

gjør også det, men gir opplevelsen av å lytte til en kunstner. Eller: Et fotografi av et landskap kan være eksakt dokumentasjon. Sett via et staffeli kan male-rens fortolkning av det samme motivet være *kunst*. Det formidles noe *mer*.

Etymologisk har det norske ordet *kunst* sin opprinnelse i å *kunne* noe. Det kommer fra middelnedertysk med grunnbetydningen 'det å kunne'; og med betydningsinnflytelse fra latin *ars*, fransk *art* og tysk *Kunst* (11). Merriam-Websters ordbok definerer kunst (art) som «skill acquired by experience, study, or observation» og «an occupation requiring knowledge or skill» (12).

Det norske akademis ordbok, som registrerer hvordan ord brukes, definerer kunst som «evne, ferdighet i noe som er vanskelig og krever erfaring, øvelse og beherskelse; det å kunne utøve, praktisere (særlig et fag eller yrke); faglig, profesjonell ferdighet» (11). Ordboken viser til *ingeniørkunst*, *køkekunst* og *legekunst*. Her er definisjonene instrumentelle. Ordbokens definisjon av *legekunst* som «kunsten å helbrede; virksomhet som lege» (13), er neppe dekkende. Den er for snever. Langt fra all legevirksomhet fortjener å kalles legekunst. Det må være noe *mer*.

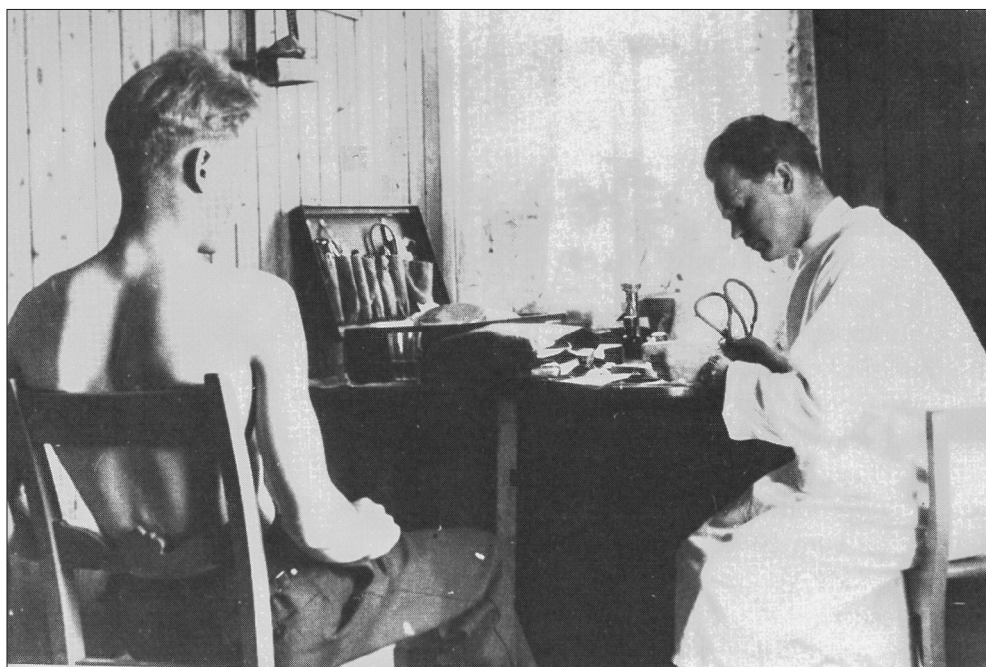
Hva er dette «mer»?

Et eksempel: Tenk på 1880-årenes distriktslege som kom i sykebesøk med spisslede og kjørepels, tilkalt for å tilse en alvorlig syk. Legen som i eldre tider ofte måtte handle på et ufullstendig faglig beslutningsgrunnlag og hadde pasienter med bekymringsfull prognose, kunne likevel gjøre en god jobb. Legen roet ned situasjonen, trøstet pasienten, så hva som var positivt, behandlet den syke så godt omstendighetene tillot, uten å underslå alvoret. Besøket svarte til pasientens og familiens forventninger. Hvis doktoren satte inn hele sitt arsenal av personlighet, menneskekunnskap, kjennskap til lokal-miljøet, autoritet og anseelse i slike situasjoner, kunne ordet legekunst passe (figur 2).

Et annet eksempel: Legen som plusser på sine fagkunnskaper med bredden av sin samfunnsforståelse og får loset den vanskelige psykiatriske pasienten inn i egnet behandling og omsorg, der andre har måttet resignere overfor tungrodd psykiatri. Det kan være legekunst.

Et tredje eksempel: Legekunst på samfunnsarenaen: Legen som vet hvilke tiltak som medisinsk sett er de beste for befolkningen, og klarer å argumentere fram de faglig ønskede vedtak på tross av motstand fra nølende politikere og regelstyrt byråkrati. Mellom 1800-tallets kolerabekjempelse og koronatiltakene på 2000-tallet er det mange leger som har vært ekvilibriste i arbeidet for å få gjennomført effektive tiltak.

Det attegner seg et bilde av at merverdien som må tilføres for å gjøre legearbeid til legekunst, består i at legen utviser entusiasme, har kreativitet,



Figur 2: Distriktslege på utekontor på et fjerntliggende sted, en vanlig situasjon f. eks. form leger i mellomkrigstiden. Med enkle hjelpemidler til diagnose og behandling i en tid da stetoskopet kunne avsløre en fryktet lungetuberkulose, trengtes ofte legekunst for å gjøre en god jobb. (Fra dr. Johs. Hagtvets (1904–1989) etterlatte fotografier.)

ferdigheter, handlekraft og improvisasjonsevne, og benytter hele seg – og lykkes med det. Da er det legekunst. For å kunne tilføre denne merverdien til sitt arbeid, er imidlertid legen avhengig av å inneha en *legerolle* som gir handlingsrom for dette. Legerollen mange kolleger tidligere innehadde, ga kanskje slike muligheter, men hvordan er det nå?

Legerollen og legekunsten

Legarbeid utfolder seg innenfor et rammeverk som ikke bare er bestemt av faglige forhold, men som også er gitt av samfunnet omkring. Legen har en yrkesrolle og arbeider i samspill med andre yrkesutøvere, fra andre fagfolk innen helsefeltet til mange andre i verden omkring. Dette samspillet er ulikt i forskjellige land og endrer seg over tid.

Legerollen er egentlig et dynamisk forhandlingsresultat, både overfor andre yrker og internt mellom ulike legegrupper. Det er i stor grad *forholdet til andre* som bestemmer hva legerollen skal innebære, dvs. hva legerollen er akseptert

å inneholde. Derfor er utviklingen av legerollen også *profesjonsbygging*. Fag, autonomi og etablering av eget kunnskapsgrunnlag er sentrale elementer her.

Det kan argumenteres for at vi har, eller i det minste hadde, en særnorsk legerolle som skiller seg noe fra hva vi finner i andre land (14). Dette er viktig når litteratur fra mange land sammenholdes.

Legerollen avgrenser og legitimerer. Hvis legerollen skal gi frihetsgrader som medfører potensial for at noen skal kunne utføre sitt arbeid slik at det blir *legekunst* av det, må det tilrettelegges for det. Gjør vi det? Det må i så fall skje som en del av profesjonsbyggingen.

Arenaer for legekunst

Innholdet i legerollen kan deles inn på mange måter. En av dem er å skille mellom det individrettede, behandlende, kanskje livreddende arbeidet, trøste- og hjelpe-funksjonen og forvalterrollen, myndighet over offentlige midler og andre ytelser. I tillegg kommer fagutvikling, som strekker seg fra egen faglig oppdatering til forskningsarbeid. Kanskje har noe av den særnorske legerollen, i det minste hittil, bestått i at man i det sykdomshelbredende arbeidet legger større vekt på hjelp og omsorg og på det samfunnsansvaret som forvalterrollen innebærer, enn andre steder og til andre tider. I tillegg har man fått internalisert normen om å lære som en refleks.

Legearbeid i dagens Norge utspilles grovt sett på fire arenaer, nemlig i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, helseforvaltningen og i medisinsk forskning. Det er ikke leger alene som har bestemt at det skal være slik. Legerollen i Norge er langt på vei samfunnsskapt. Legerollen omfatter en riktignok faglig, men også politisk og samfunnsmessig, ytrestyrt medisinsk praksis.

Eksempelvis kan primærhelsetjenesten noen steder i verden være lagt opp som «innkastervirksomhet» til spesialisthelsetjenesten. Hos oss er det nærmest omvendt. Vi legger vekt på at en stor del av det pasientrettede arbeidet skal utføres nettopp i primærhelsetjenesten. Allmennmedisinens leger skal tilhøre kommunehelsetjenesten, men pålegges oppgaver fra spesialisthelsetjenesten og byråkratiske aktiviteter innen helseforvaltningen, så det knapt nok blir tid til oppdatering og kunnskapsutvikling. Da kan det bli så vanskelig å fylle alle legerollens aspekter, at studenter og unge leger ikke ønsker seg inn i, eventuelt ikke ønsker å forbli i primærhelsetjenesten (figur 3).



*Figur 3: Gir en typisk primærmedisinsk situasjon rom for å utøve legekunst?
(Foto: Øivind Larsen)*

Betingelser for legekunst

Moderne teknologi og stadig flere retningslinjer og prosedyrer har mekanisert og standardisert medisinsk virksomhet. Her kan individuelle initiativ og spontane faglige krumspring simpelthen være uønsket.

Det som oppfattes som legerollen i dag, utøves mest i kliniske situasjoner. Der handler det fortsatt om å individualisere omsorg og behandling. Legerollen er knyttet til evnen til å lytte, forstå det uartikulerte, og tilpasse handlinger til situasjonen (15).

Ferdigheter

Kunst er noe som uttrykkes. Det gjelder også legekunst, som først og fremst er en ferdighet – noe som utøves. Det dreier seg om klok kombinasjon av kunnskap og erfaring når beslutninger treffes og handlinger utføres. All verdens teoretiske innsikt kommer ikke til syne før den omsettes til praksis. Håndverksmetaforen brukes ofte også om legearbeid. Som i annet håndverk gjør øvelse mester. Tolkning av pasienters tale og taushet, kroppsspråk og blikk krever trening. Tradisjonelt har mester-svenn-prinsippet stått sterkt i legeutdanningen.

Kunnskap

Dualismen kunst og vitenskap (art and science) går igjen i alle diskusjoner om legekunst (15). De færreste mener at det er en motsetning. Dagens legearbeid og dagens legekunst er vitenskapelig basert og må og skal være det. Dette er kanskje det største skillet fra den medisinen 1880-talls distriktslegen sto for. Det var når han improviserte og gjorde det som fungerte i situasjonen, at *legeskunst* oppsto.

Bjørn Hofmann diskuterer kunst–vitenskap–dualismen grundig, og illustrerer den blant annet med placebo-fenomenet. Mens vitenskapsmannen søker å ekskludere placebo-effekten, søker den gode legen å benytte seg av den. Med utgangspunkt i antikkens begreper konkluderer Hofmann med at «Téchnê-begrepet løser... opp dikotomien mellom kunst og vitenskap». «Medisinen var vitenskapelig og etterrettelig fordi den var en kunst» (8).

«Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon» (16). Erfaringsbasert og tilpasset kunnskap er kanskje det nærmeste vi kommer *intuisjon*.

Individualisert

Mange mener at et hovedpoeng ved legekunst er at det handler om omsorg for enkeltpersoner. «I legekunsten må alltid vekta ligge på pasienten sine behov» skriver Reidun Førde (7). Det personlige lege–pasient-forholdet er selve kjernen i legekunsten. Kirsti Malterud understreker språkets betydning som verktøy i denne dialogen (5). God kommunikasjon er åpenbart en forutsetning (17). Med dagens samvalgsambisjoner øker betydningen. Men på den annen side: Man skal da samhandle med andre som også har sine kriterier for hva som er bra og hva som er dårlig. Kanskje kan det være legens fagbakgrunn i samarbeid med befolkning og ikke-medisinske fagpersoner som gir slik uttelling at legens innsats kan betegnes *legeskunst*?

På 1990-tallet ble betegnelsene persontilpasset medisin og presisjonsmedisin introdusert, især med vekt på genetikk og molekylærbiologi (18). Med dette ble det også antydnet at de skjønnsmessige vurderingene av enkelt-pasienter ville bli erstattet av biomedisinske algoritmer og at medisinen ville gå fra «art to science». Sannsynligvis er det motsatte tilfelle, nemlig at ny kunnskap styrker muligheten for gode, individuelle beslutninger (19).

Individualiseringen begrenser seg ikke bare til pasienten. Også legens egen personlighet er viktig. For legen er innsikt i egen kompetanse, egne styrker og svakheter en forutsetning for god praksis. «Art is myself; science is ourselves», sa Claude Bernard (1813–78) (20).

Situasjonsbetinget

Legekunst brukes ikke om trivielle, hverdagslige handlinger. Betegnelsen reserveres gjerne for særlig viktige eller vanskelig beslutninger der det ikke er åpenbare valg. Eksempler er håndtering av uklare, kroniske tilstander, spørsmål om livsforlengende behandling og eksistensielle kriser. Kanskje må også pårørende håndteres. En del av legearbeidet består dessuten i å bruke de tilgjengelige ressurser på best mulig måte. Begrensningene kan dreie seg både om tid, utstyr og kompetanse. Prioriteringer er nødvendige, og ikke minst å velge rett tidspunkt for avgjørelser. Da består *legekunst* i å gjøre dette på beste måte.

Kvalitet

Adjektivet «god» brukes ofte uten nærmere forklaring. Som ellers i samfunnet er kvalitet også i helsetjenesten et relativt begrep. I hvor stor grad oppfyller noe gitte krav eller forventninger (20)? I helsetjenesten vil det ofte være pasientens vurderinger som blir avgjørende, selv om de ikke er de eneste som må kunne tillegges avgjørende betydning. Og i undervisningen av legestudenter er det ikke sikkert at det alltid er studentenes dagferske tilbakemeldinger som fører fram til en god studieplan.

Tilpasning av legerollen

En drøfting av ordet *legekunst* kan medføre at man spør seg selv: Burde legeprofesjonens forvaltere i større grad være oppmerksomme på betydningen av en tilpasning av legerollen til dagens medisinske virkelighet i samfunn og helsevesen? Kanskje er innskrenket mulighet og frihet til å yte mer enn det forventede, til å utøve legekunst, noe som på sikt kan få utilsiktede konsekvenser.



Figur 4: Med pappa på jobb, og så får han noe i øyet og må på legevakten! Da må legen samtidig roe ned far og datter og fikse øyet – å få til det kan i sannhet være legekunst! (Foto: Øivind Larsen)

Konklusjon

Legekunst har vært, og er vanskelig å beskrive med få ord. Som betegnelse bør legekunst sannsynligvis reserveres for det ekstraordinære ved en leges arbeid som framkommer ved kreativ og situasjonstilpasset bruk av legens totale tilfang av kunnskaper og ferdigheter for å løse en medisinsk oppgave. I profesjonsbyggingen bør man stimulere utvikling av en legerolle som gir handlingsrom for å utøve legekunst.

Legekunst brukes oftest om klinisk legearbeid. Der er selv med standardiserte behandlingsopplegg og pakkeforløp det personlige lege-pasientforholdet kjernen i medisinen. I denne dialogen vil det alltid være elementer av udefinerbar karakter. Når helheten i relasjonen fungerer, og legen tar beslutninger som viser seg å være kloke for pasienten, kan vi trygt bruke betegnelsen *legekunst*.

Litteratur

1. Nylenna M. Ord og uttrykk som forsvinner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2019 doi: 10.4045/tidsskr.19.0007 <https://tidsskriftet.no/2019/03/sprakspalten/ord-og-uttrykk-som-for-svinner> (29.8.2022)
2. Sebjørnsen AK. På sporet av en svunnen tid. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2021 doi: 10.4045/tidsskr.21.0598 <https://tidsskriftet.no/2021/10/intervju/pa-spoeret-av-en-svunnen-tid> (29.8.2022)
3. Lloyd GER, red. *Hippocratic writings*. London: Penguin books, 1978.
4. Atchley DW. The science, the art, and the heart of medicine: a synthesis of objectives in clinical teaching. *Journal of Medical Education* 1959; 34: 17–22.
5. Malterud K. Kan legekunsten vitenskapeliggjøres? *Samtiden* 1991; nr 5: 15–20.
6. Husebø S, red. *Medisin – kunst eller vitenskap?* Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992.
7. Førde R. Legekunsten – vitskap eller intuisjon? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 1134–6.
8. Hofmann B. Legen som kroppstekniker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1266–9. <https://tidsskriftet.no/2001/04/tema-forstand-og-forstaelse-i-medisinen/legen-som-kroppstekniker> (29.8.2022)
9. https://no.wikipedia.org/wiki/Robert_Storm_Petersen (29.8.2022)
10. Popova M. What Is Art? A Few Famous Definitions, From Antiquity to Today. *The Atlantic* 22 juni 2012. <https://www.theatlantic.com/entertainment/archive/2012/06/what-is-art-a-few-famous-definitions-from-antiquity-to-today/258871/> (29.8.2022)
11. NAOB. *Kunst*. <https://naob.no/ordbok/kunst> (29.8.2022)
12. https://www.merriam-webster.com/dictionary/art?utm_campaign=sd&utm_medium=serp&utm_source=jsonld (29.8.2022)
13. NAOB. *Legekunst*. <https://naob.no/ordbok/legekunst?elementId=52979690> (29.8.2022)
14. Nylenna M, Larsen Ø. Finnes det en egen norsk medisinsk identitet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1813–6. <https://tidsskriftet.no/2005/06/oversiktsartikkel/finnes-det-en-egen-norsk-medisinsk-identitet> (29.8.2022)

15. Francis G. Medicine: art or science? *Lancet* 2020; 35: 24–25.
16. <https://www.cochrane.no/nb/ressurser/bruk-og-formidling-av-systematiske-oversikter/kunnskapsbasert-praksis-og-politikkkutforming> (29.8.2022)
17. D'Eon M. The science of communication, the art of medicine. *CMEJ* 2015, 7(1):e1-e3.
18. Faiz KW. Persontilpasset medisin eller presisjonsmedisin? *Tidsskr Nor Legeforen* 2020 doi:10.4045/tidsskr.19.0645 <https://tidsskriftet.no/2020/01/sprakspalten/persontilpasset-medisin-eller-presisjonsmedisin> (29.8.2022)
19. Wiesing U. From art to science: a new epistemological status for medicine? On expectations regarding personalized medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2018; 21: 457–66.
20. Strauss MB, red. *Familiar medical quotations*. Boston. Mass: Little, Brown, 1968: 523.
21. Nylenna M, Bjertnaes O, Saunes IS et al. What is Good Quality of Health Care? *Professions & Professionalism* 2015;5: <http://dx.doi.org/10.7577/pp.909> (29.8.2022)

Magne Nylenna
magne@nylenna.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael

Øivind Larsen
oivind.larsen@medisin.uio.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael

Tretti års legeforskning

Michael 2022; 19: 264–89.

Legeforskningsinstituttet fyller 30 år i 2022, og jeg gir i denne artikkelen en oversikt over instituttets viktigste forsknings- og formidlingsvirksomhet i denne perioden. Særlig fremheves ny kunnskap om legerollen og legenes livssituasjon. I kontrast til en økende og dårlig dokumentert internasjonal tendens til å fremstille legene som en misfornøyd og utbrent profesjon, viser vår forskning, gjennom gjentatte, solide målinger basert på gode data fra representative utvalg, at de fleste legene i Norge er sunne, friske og fornøyde, med initiativ og mulighet til å si fra når noe ikke er som det skal. De lever lenge og er aktive også utenfor faget. For dem som «møter veggen» finnes det i Norge gode hjelpetilbud innen legenes egen organisasjon. Men det er noen skyer i horisonten: Den jevne økningen i tilfredshet gjennom de første tjue årene av trettiårsperioden har etter hvert flatet ut, og er kanskje på vei nedover.

Fram til ca. 1970 var legenes sosiale status høy, og de ble sjelden kritisert. Folk tok det for gitt at «legen gjorde så godt han kunne». Men på denne tiden hadde vi, ifølge enkelte amerikanske sosiologer, nådd «the end of the golden age of doctoring» (1). Det kom en stadig økende kritikk av legene og deres profesjonelle virksomhet, først på systemnivå fordi de var egenrådige og sprenget budsjetttrammene, etter hvert også på individnivå fordi de gjorde feil som de ikke ville innrømme, og ofte var arrogante og lite empatiske.

Etter hvert var det også noen som begynte å se nærmere på hvordan legene hadde det, helsemessig og sosialt. Det ble dokumentert at leger hadde høye selvmordsrater, og at de ofte ble utbrent. Legeforeningen nedsatte derfor i 1990 et utvalg for å se på hva som kunne gjøres for å kartlegge og eventuelt hjelpe norske leger (2). Det ble bestemt å satse betydelig på forskning, men i stedet for å benytte eksterne forskningsmiljøer heller starte et

eget forskningsprogram med hovedvekt på legenes helse og arbeidsforhold. Virksomheten skulle formelt forankres i Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), der det i formålsparagrafen står at fondets midler kan brukes til «kollektive sykdomsforebyggende tiltak». I praksis ble basisfinansieringen etter hvert et spleiselag mellom SOP og Legeforeningen.

Metode

Dette er en narrativ oversiktsartikkel som skrives på bakgrunn av mine erfaringer som leder av Legeforskningsinstituttet (LEFO) fra 1992 til 2014, og som seniorforsker etter det.

Det er ikke intensjonen å gi en fullstendig oversikt over den vitenskapelige produksjonen gjennom 30 år, det finnes allerede på LEFOs hjemmeside (<https://www.legeforeningen.no/lefo/alle-publikasjoner>). I stedet vil jeg konsentrere meg om noen områder der jeg mener våre funn og vår forskningsvirksomhet har hatt spesielt stor betydning, nasjonalt eller internasjonalt.

Legekårsundersøkelsen

Det ble valgt en styringsgruppe med blant andre to tidligere legeforeningspresidenter, og en referansegruppe med representanter fra alle underavdelingene¹. Tre personer ble i første omgang ansatt, seniorforsker Erik Falkum (f. 1950), forskningssekretær Wenche Hvitmyhr (f. 1957) og prosjektleder Olaf G. Aasland (f. 1944) (tabell 1). 1. april 1992 startet det tre-årige forsk-

Olaf G. Aasland (f. 1944): 1992–2014	Cecilie Normann Birkeli (f. 1976): 2002–
Erik Falkum (f. 1950): 1992–2002	Tatjana Fedorova (f. 1965): 2003–2005
Wenche S. Hvitmyhr (f. 1957): 1992–2022	Berit Bringedal (f. 1956): 2005–
Victoria Akre (f. 1958): 1993–2003	Kari Ronge (f. 1958): 2006–2020
Anne-Kathrine Nore (f. 1949): 1993	Ole Tunold (f. 1958): 2006–2008
Reidun Førde (f. 1950): 1995–2007	Judith Rosta (f. 1968): 2008–
Elisabeth Gjerberg (f. 1947): 1997–2003	Karin Isaksson Rø (f. 1962): 2010–
Per Haave (f. 1958): 2000–2004	Fredrik Bååthe (f. 1968): 2016–
Pål Gulbrandsen (f. 1955): 2002	Erlend Hem (f. 1970): 2020–

Tabell 1. Oversikt over medarbeidere med kontorplass i Legeforskningsinstituttet 1992–2022

¹ Eldre legers forening, Overlegeforeningen, Yngre legers forening, Praktiserende spesialisters landsforening, Offentlige legers landsforening, Alment praktiserende lægers forening, Norsk bedriftslegeforening og Norsk medisinstudentforening.



Figur 1. Som logo for Legekårsundersøkelsen valgte vi fire hender som tok pulsen på hverandre. Det illustrerte at legene selv tok ansvaret for gjennomføringen av prosjektet.

ningsprogrammet *Legekårsundersøkelsen* opp, med devisen *Kartlegging av norske legers helse, sykelighet, levekår og arbeidsforhold* (figur 1).

Vi gikk i gang med å planlegge en større spørreskjema-basert datainnsamling som skulle omfatte alle 11.266 yrkesaktive leger i Norge. I mars 1993 ble det sendt spørreskjemaer i posten til 9266 leger, fordelt slik at alle mottok ett hovedskjema pluss tre tilfeldige av 15 forskjellige mindre skjemaer. Et tilfeldig utvalg på ca. 2000 leger ble skilt ut til andre formål.

Fra forskningsprogram til institutt

Allerede etter to år viste det seg at våre sponsorer, Legeforeningen og Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger, syntes vår forskergruppe var så nyttig at det ble bestemt at virksomheten ved programslutt skulle fortsette på permanent basis, som *Legeforeningens forskningsinstitutt*, fra 2013 *Legeforskningsinstituttet* (LEFO).

Navnebyttet skyldtes bl.a. at det er viktig å vise at instituttet ikke er et forsknings- og utredningsinstitutt for Legeforeningen².

Dermed kunne vi også gå videre med utvalget på 2000 leger, som allerede var invitert til å være med i et panel som annet hvert år ville motta et nytt spørreskjema, dels med gjentatte og dels med nye spørsmål. Eldre leger som gikk av med pensjon, skulle etter hvert erstattes med unge leger i begynnelsen av sin karriere. Dette legepanelet har med gjentatte målinger og gode muligheter for prospektive, longitudinelle studier blitt LEFOs arvesølv. I 2021 ble den 15. datainnsamlingen gjennomført. Lav svarprosent er et økende problem i alle spørreskjemaundersøkelser, men i legepanelet er svarprosenten fremdeles gledelig høy, over 70 %, som gir oss data av høy kvalitet.

Gjennom årene har det vært mulig å finansiere ekstra forsker- og stipendiatstillinger, som blant annet har resultert i to viktige bøker skrevet av historikere. I 2003 kom boka om distriktslegenes historie av Aina Schiøtz (1947–2020) (3) og i 2011 boka om legespesialiseringens historie av Per Haave (f. 1958) (4) (figur 2).

Internasjonalt samarbeid

Vi orienterte oss tidlig mot legeforskere både i Norden og internasjonalt. I en årrekke møttes en gruppe med utgangspunkt i de fire nordiske lege-

2 Ved oppstart ble det utarbeidet voldgiftsregler for eventuelle tvister som måtte oppstå dersom noen publikasjoner kom i konflikt med Legeforeningens syn, men disse er aldri tatt i bruk, til tross for at sikkert ikke alle publikasjoner var like velkomne.



Figur 2. To bøker, skrevet av historikere, utgitt av Legeforskningsinstituttet.

foreningene jevnlig. Siden 2013 har vi arrangert nordiske forskersamlinger under tittelen *Interactions between professions, organisation and quality of care* (IPOQ).

Dessuten dro vi på studiereiser og deltok i internasjonale konferanser om legehelse. De første årene fantes det bare én internasjonal konferanse. *International Conference on Physician Health* (ICPH) var etablert i 1991 og alternerte annet hvert år mellom legeforeningene i USA og Canada. Utgangspunktet var et fond for leger med funksjonsnedsettelse (*impaired physicians*), som var opprettet av den amerikanske legeforeningen, der en betingelse for økonomisk tilskudd var at det ble avholdt regelmessige internasjonale konferanser. Disse konferansene var de første årene dominert av kliniske problemstillinger, siden deltakerne stort sett var leger med fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelser, og ikke minst tørrlagte alkoholikere. Sammen med våre nordiske kolleger sto vi aktivt på for å vri profilen mer mot forskning om forebygging og sosioøkonomiske forhold.

I 1997 arrangerte vi vår første internasjonale konferanse på Soria Moria i Oslo, med tittelen *The physician role in transition – is Hippocrates sick?* Vi prøvde bevisst å få med samfunnsforskere og kjønnsforskere, og de viktigste

bidragene ble publisert i et spesialnummer av tidsskriftet *Social Science and Medicine* i 2001.

Blant våre andre internasjonale arrangementer kan nevnes *Market, ethics and globalisation: Who decides in health care?* som ble arrangert på Soria Moria i 2001 (5) og *Quality, satisfaction and governance* som ble arrangert i Oslo i 2014, og ble grundig dokumentert i et spesialnummer av tidsskriftet *Professions and Professionalism* (6).

I 2009 spilte LEFO også en sentral rolle i opprettelsen av et europeisk nettverk for legeforskere, *European Association for Physician Health* (EAPH). I 2019 ble EAPH-konferansen arrangert i Oslo med 110 deltakere fra 20 land under overskriften *The doctor, the patient and the workplace*.

Samarbeidspartnere i Norge

Ved oppstarten av Legekårsundersøkelsen i 1992 ble det, etter initiativ fra daværende leder ved Studenthelsetjenesten ved Universitetet i Oslo, Otto Steinfeldt-Foss (1931–2021), bestemt at forskningen også skulle omfatte medisinstudenter. Etter å ha fått konsesjon fra Datatilsynet ble en studentundersøkelse forankret i daværende Institutt for medisinske atferdsfag ved Universitetet i Oslo, som i 1993 delte ut spørreskjema til alle medisinstudentene som begynte på eller avsluttet studiet det året ved de fire norske fakultetene. Disse to studentkohortene har senere blitt fulgt opp seks ganger (1996, 1999, 2003, 2008, 2014, 2019) med nye spørreskjema under betegnelsen NORDOC (The Longitudinal Study of Norwegian Medical Students and Doctors), delvis finansiert med midler fra LEFO.

En annen viktig samarbeidskanal med Universitetet i Oslo ble åpnet da jeg i 1996 fikk bistilling som professor ved Institutt (senere avdeling) for helseledelse og helseøkonomi. Det meste av min undervisning og veiledning der tok utgangspunkt i data og erfaringer fra LEFO.

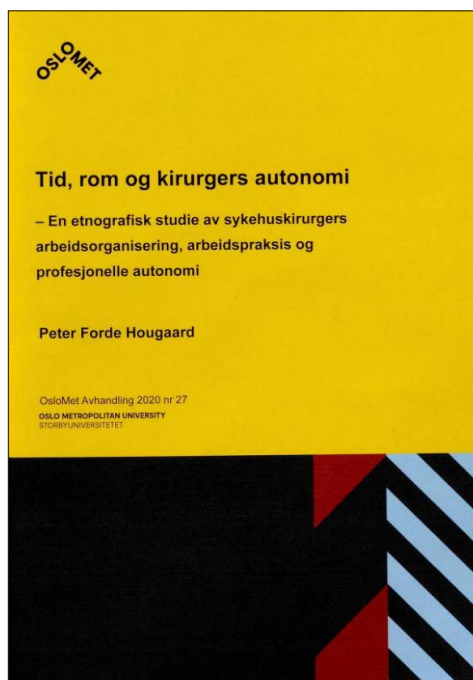
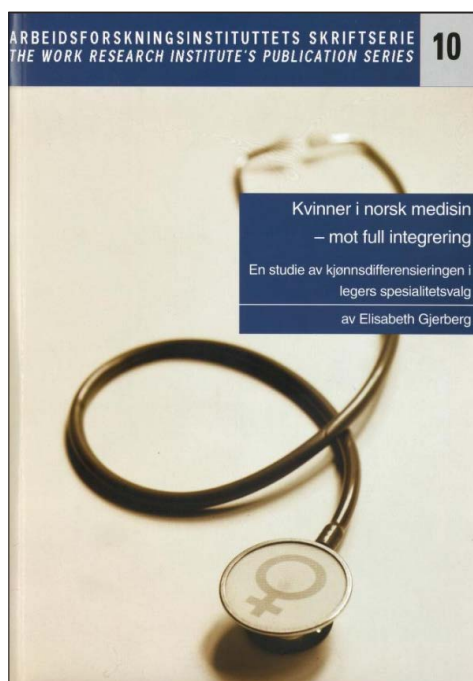
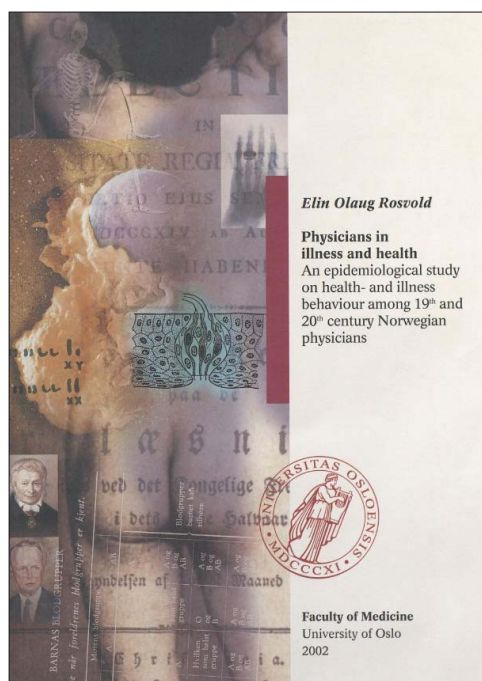
En ofte brukt samarbeidsmodell har vært at eksterne forskere deltar med egne spørsmål i Legepanelet, og at LEFO i varierende grad bistår i analysering og skrivning. Vi har dessuten hatt med spørsmål i *Ungdata*, kjøpt registerdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB) samt gjort studier basert på Legeforeningens medlemsregister og anonymiserte data fra SOP.

LEFO har bidratt til 20 doktoravhandlinger i perioden 2000–2020 (tabell 2), og flere er underveis. På denne måten samarbeider vi med universitetene, bidrar til forskerutdanning og får fram nye, lovende forskere i tillegg til at også vår egen forskning blir grundigere kvalitetsvurdert (figur 3).

1. Aina Schiøtz: [Distriktslegen – institusjonen som forsvant: Det offentlige legevesen 1900–1984](#). Universitetet i Oslo, 2000.
2. Reidar Tyssen: [Mental health problems among medical students and young physicians](#). Universitetet i Oslo, 2001.
3. Elisabeth Gjerberg: [Kvinner i norsk medisin – mot full integrering? En studie av kjønnsdifferensieringen i legers spesialitetsvalg](#). Universitetet i Oslo, 2002.
4. Elin Olaus Rosvold: [Physicians in illness and health. An epidemiological study on health- and illness behaviour among 19th and 20th century Norwegian physicians](#). Universitetet i Oslo, 2002.
5. Victoria Akre: [Learning medical practice](#). Universitetet i Oslo, 2003.
6. Erlend Hem: [Suicidal behaviour in some human occupations with special emphasis on physicians and police: a nationwide study](#). Universitetet i Oslo, 2004.
7. Jannecke Wiers-Jensen: [Student mobility and the professional value of higher education from abroad](#). Universitetet i Oslo, 2008.
8. Peder Andreas Halvorsen: [Explaining risk reductions in medical practice: prevention or postponement?](#) Syddansk universitet, 2008.
9. Ellen Melbye Langballe: [Burnout in modern work life: concept and consequences. Examined in different occupational groups in Norway](#). Universitetet i Oslo, 2008.
10. Siw Tone Innstrand: [Work/home conflict and facilitation: COR \(e\) relations. A longitudinal study on work-home interaction in different occupational groups in Norway](#). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2009.
11. Jan Ole Røvik: [The role of personality in stress, burnout and help-seeking. A ten-year longitudinal study among Norwegian medical students and early career physicians](#). Universitetet i Oslo, 2009.
12. Lotte Victoria Rogg: [Communicating medical prognosis. Concepts, attitudes and practice](#). Universitetet i Oslo, 2010.
13. Karin Isaksson Rø: [Emotional exhaustion and distress after a counselling intervention for physicians. A three-year prospective longitudinal cohort study](#). Universitetet i Oslo, 2010.
14. Kjersti Støen Grotmol: [Drinking and depression in Norwegian doctors: a 15-year longitudinal study](#). Universitetet i Oslo, 2012.
15. Ingunn Bjarnadóttir Solberg: [Doctors' job satisfaction during early career and economic recession. Prospective and cross-national studies in Norway and Iceland](#). Universitetet i Oslo, 2017.
16. Tuva Kolstad Hertzberg: [En jobb å leve med? En kvalitativ og kvantitativ studie blant norske leger om hvordan ønsket om å være en god lege utfordrer balansen mellom jobb og hjem](#). Universitetet i Oslo, 2018.
17. Erik Børve Rasmussen: [Knowledge and ambiguity. How GPs manage tensions between systemic biomedical ideals and medically unexplained symptoms](#). Oslomet – storbyuniversitetet, 2019.
18. Javed Iqbal Mahmood: [Hazardous drinking and life satisfaction in Norwegian medical doctors: individual and work-related predictors](#). Universitetet i Oslo, 2019.
19. Peter Forde Hougaard: [Tid, rom og kirurgers autonomi: en etnografisk studie av sykehuskirurgers arbeidsorganisering, arbeidspraksis og profesjonelle autonomi](#). Oslomet – storbyuniversitetet, 2020.
20. Anna Belfrage: [Physicians' perceived mastery of work: predictors and clinical consequences: a 20-year longitudinal study of a nationwide cohort](#). Universitetet i Oslo, 2020.

Tabell 2. Doktorgrader utgått fra Legeforskningsinstituttet³

³ Doktoravhandlinger med veiledning, finansiering og/eller data fra Legeforskningsinstituttet.



Figur 3. Et knippe av doktorgradene som LEFO har bidratt til.

Støttekollegaordningen og Ressurssenteret Villa Sana

Omtrent samtidig med at Legekårsundersøkelsen kom i gang, ble også to andre SOP-finansierte initiativ startet opp: Støttekollegaordningen og Ressurssenteret Villa Sana.

Støttekollegaordningen består av et uformelt nettverk med spesielt dedikerte og spesialtrente leger forankret i Legeforeningens fylkesavdelinger, som stiller opp hvis en kollega trenger hjelp. Støttekollegene er i denne sammenhengen ikke terapeuter, men erfarne kolleger som eventuelt videreformidler til annen hjelp. En annen ordning som har vært praktisert noen steder, særlig i større byer, er å ha dedikerte fastleger med flere kolleger på listene sine. LEFO har bidratt vesentlig i kursing av støttekolleger.

Ressurssenteret Villa Sana er et hus på området til Modum Bad i Vikersund der leger, med eller uten partner, kan få hjelp, enten gjennom en hel dags samtaler eller på et kurs sammen med kolleger i samme situasjon fra mandag til fredag. LEFO har gjennom alle år hatt regelmessig samarbeid med sine to «slektinger» under SOP-paraplyen, og doktoravhandlingen til Karin Isaksson Rø (f. 1962) i 2010 tok utgangspunkt i data fra legene ved Ressurssenteret Villa Sana (7). LEFO har etter oppdrag fra SOP også gjennomført evalueringer av de to ordningene.

Ny systembasert kunnskap

Karrierevalg

Som nevnt var det Institutt for medisinske atferdsfag ved Universitetet i Oslo som fikk ansvaret for studentundersøkelsene. For å øke deltakelsen besøkte daværende studentstipendiat Nina Tangnæs Grønvold (f. 1969) og jeg alle fire norske studiesteder for å oppfordre studentene til å delta i undersøkelsen, og for å dele ut spørreskjemaer. Aktuelle deltakere var alle som begynte å studere i 1993 og alle som avsluttet studiet i 1993 og 1994. Deltakerprosenten ble høy, 91 % blant dem som begynte og 85 % blant dem som sluttet i 1993/94.

En av forskerne som var tilknyttet Institutt for medisinske atferdsfag på den tiden, var sosiolog Janneke Wiers-Jenssen (f. 1966), som etter hvert ble ekspert på studentundersøkelser i inn- og utland. Hun skrev sin hovedoppgave i sosiologi basert på medisinstudentdataene (8), og i en av hennes første publikasjoner påviste hun at tre av fire norske medisinstudenter hadde måttet ta fag om igjen i videregående skole, de fleste ved privatskoler. Dette bidro til økte offentlige utgifter siden også de private videregående skolene mottar betydelig statlig støtte, og en forsterking av sosiale skjevheter i legerekruiteringen, siden slike repetisjoner krevde en god personlig økonomi (9).

Begge studentkohortene ble fulgt opp med nye spørreskjema i 1996, 1999 og 2003. Hver gang ble studentene blant annet bedt om å angi hvilke medisinske spesialiteter de kunne tenke seg, eller hadde begynt å utdanne seg i. Det var også mulig å angi forskjellige motiver for preferanser eller valg. En så grundig og omfattende prospektiv undersøkelse av hele, nasjonale eksamenskull var ikke gjort før, hverken i Norge eller internasjonalt (10). De viktigste funnene var at spesialitetspreferansene i stor grad endret seg under og etter medisinstudiet, at flere valgte allmennmedisin, psykiatri og laboratoriemedisin enn de som angav slike preferanser under studiet, mens de fleste kirurgiske fagene fikk færre spesialister. De som ble kirurger bestemte seg tidlig. Dette kan delvis forklares med de unge legenes økende familieforpliktelser som gjør at spesialiteter som krever mye nattarbeid og tilstedeværelse, velges bort.

Evaluering av Oslo96

I 1996 la Universitetet i Oslo om studieplanen for medisinstudiet til et mindre skille mellom preklinisk og en klinisk del og mer satsing på såkalt problembasert læring, i tråd med internasjonale trender. Norsk institutt for forskning og utdanning (NIFU) ved Jannecke Wiers-Jenssen og LEFO ved meg fikk i oppdrag å evaluere reformen forskningsmessig. Dette var en stor og komplisert oppgave der vi primært valgte et design med spørreskjemadata

fra studenter før og etter reformen, samt sammenlikning med medisinstudenter i Bergen, der studieplanen var tradisjonell og uforandret i perioden. I tillegg ble det gjennomført en kvalitativ intervjustudie om klinisk kommunikasjon (11) (figur 4). Evalueringen viste nesten ingen målbar effekt, noe som sannsynligvis bidro til at det allerede i 2014 ble gjort en ny omlegging av studieplanen (12).



Figur 4. LEFO bidro til evalueringen av studiereformen Oslo96 ved Det medisinske fakultet i Oslo (11).

Utenlandsmedisinerne

I hele etterkrigstiden har en forholdsvis stor andel av norske leger fått sin utdannelse i utlandet. Fram til 1980-årene kom de særlig fra universiteter i Tyskland, Sveits, Østerrike, Nederland, Irland og Storbritannia. Siden slutten av 2000-årene har universiteter i tidligere østblokkland, særlig Polen, tatt over. Blant de ca. 5600 ferskeste legene, med avsluttende eksamen etter 2015, hadde 54 % studert ved ett av de fire norske universitetene, 20 % i Polen, 8 % i Ungarn, 6 % i Slovakia og 5 % i Danmark (13). Siden Jannecke Wiers-Jenssens forskningsfelt etter hvert ble alle typer norske studenter i utlandet, var det også naturlig for oss å se nærmere på hvordan nordmennene som studerte medisin i utlandet hadde det. Det er gjennomført flere spørreskjemaundersøkelser. Kort oppsummert fant vi at de som studerte i østeuropeiske land og i Tyskland var mindre fornøyde med utdanningen enn de som studerte i nordiske land, og at forskjeller i selvrapporterte ferdigheter forsvant etter noen års legearbeid i Norge (14, 15).

Fastlegekrisen

Etter at fastlegeordningen ble innført i Norge i 2001 var fastlegene lenge en gruppe som var fornøyde med sine arbeidsbetingelser. Men etter hvert som de eldste fastlegene ble pensjonister viste det seg at nyrekrutteringen var dårlig, og at mange fastleger går over i andre spesialiteter med mindre krevende og mer ordnete arbeidsforhold, særlig til psykiatrien. I 2022 er fastlegeordningen i dyp krise. Her har LEFO bidratt med en ny undersøkelse med hovedvekt på hvorfor leger velger bort allmennmedisin, enten ved karrierestart eller midt i karrieren (16). Med data fra Legepanelet viste vi at ca. 40 % hadde vurdert å bli allmennlege, men valgt det bort, og 16 % hadde jobbet som fastlege/allmennlege, men sluttet. Hovedårsakene til bortvalg var administrativ byrde og lite faglig miljø.

Legerollen

Forskjellige aspekter ved legerollen har i alle år vært et sentralt forsknings-tema for LEFO. En klassiker på feltet er artikkelen *Four models of the physician-patient relationship* fra 1992 (17). Dette er teoretiske modeller uten empirisk grunnlag. Derfor ble det i ett av spørreskjemaene til hovedundersøkelsen fra 1993 inkludert 15 spørsmål som operasjonaliserte de fire modellene *informativ*, *fortolkende*, *rådgivende* og *paternalistisk*. Ved principal komponentanalyse identifiserte vi tre dimensjoner: *paternalisme*, *pasientautonomi* og *forhandlingsmodell (moral deliberation)*. Dette bekreftet delvis forfatternes modeller, men viste samtidig at det var tilstrekkelig med tre: en der *legen* bestemmer det meste, en der *pasienten* bestemmer det meste, og en med

forskjellige grader av pasient–lege-samspill (18). Men det viktigste funnet var at nesten 40 % av legene ikke lot seg plassere i en av disse tre båsene, antagelig som et uttrykk for at en god lege har evnen til å tilpasse seg forskjellige pasienter, noen ganger bestemme det meste, andre ganger ta pasienten med i diagnostisering og behandling. Denne innsikten, at en god lege må beherske flere roller, har ikke vært særlig fremtredende i internasjonal litteratur om legeroller, hverken innen sosiologi, psykologi eller medisin.

Legenes arbeidstid

I alle Legepanelets spørreundersøkelser har legens arbeidstid blitt registrert på en ensartet måte (tabell 3). Med denne registreringsmåten må respondenten selv kvalitetssikre sine svar ved å summere til en antatt ukearbeidstid. Selv om den enkelte lege sikkert oppfatter tidskomponentene noe forskjellig, ligger styrken i disse målingene i repetisjonen, hver enkelt lege kan sammenlignes med seg selv gang på gang, og trender over tid vil kunne vises tydelig. Samlet uketimetall for alle leger var uendret i tjueårsperioden 1994–2014. Antall timer til direkte pasientarbeid har imidlertid gått ned, særlig for sykehusleger, selv om det er stor variasjon mellom de forskjellige sykehusspesialitetene (19). Den vanlige oppfatningen er at dette skyldes at sykehuslegene belastes med stadig mer administrativt arbeid, særlig omfattende dataregistrering av alt som gjøres, selv om noe av dette kan være nødvendig og forsømt kvalitetsforbedringsarbeid. En annen forklaring kan være økt legetetthet: Mens antall sykehusleger er doblet i tyveårsperioden

	I en gjennomsnittlig arbeidsuke, inkludert vakter og eventuelt bistilling(er), omtrent hvor mange timer bruker du på:	Timer per uke
1	Pasientarbeid (all direkte kontakt med enkeltpasienter eller deres pårørende, inkludert telefoner etc.)	
2	Møtevirksomhet (tverrfaglige teammøter, journalmøter, veiledningsmøter etc.)	
3	Papirarbeid, telefoner, e-post, dataregistrering (journaler, attester, epikriser, annet dokumentasjonsarbeid)	
4	Faglig oppdatering	
5	Annet, skriv:	
6	Til sammen (1 til 5)	

Tabell 3. I alle Legepanelets spørreundersøkelser har legens arbeidstid blitt registrert på omtrent samme måte, slik at hver enkelt lege kan sammenlignes med seg selv gang på gang, og trender over tid vil kunne vises tydelig

har antall sykehuspasienter bare økt med 17 %. Det er rett og slett stadig flere leger «om beinet».

Nok timer til spesialistutdanning?

Ukearbeidstiden for norske leger ligger på 45–50 timer mens den i de fleste andre europeiske land, for ikke å si i USA, er betydelig lengre, ofte 50–90 timer. Betyr det at legearbeidets kvalitet, inkludert spesialistutdanningen, er tilsvarende dårlig? Dette er et spørsmål vi lenge har ønsket å finne svar på, men foreløpig ikke funnet en god komparativ forskningsdesign. Vi publiserte i 2014 en internasjonal artikkel der vi viste at Norge alltid hadde ligget under det europeiske arbeidstidsdirektivets (*European Working Time Directive*, EWTD) uketimekrav for juniorleger, som ble satt ned fra 58 timer i 2004 til 48 timer i 2009. Og de fleste norske legene, bortsett fra grenspesialistene i kirurgi og i indremedisin, mener at 45 uketimer er tilstrekkelig for god spesialistutdanning (20). Vi drøftet også hvorfor Norge har lavere uketimetall for sykehusleger enn de fleste andre land. En viktig forklaring er at vårt system er basert på reelle forhandlinger mellom partene i arbeidslivet, om blant annet arbeidstid. Dette ble demonstrert gjennom en langvarig legestreik for kollektiv regulering av arbeidstiden for sykehusleger i mer familievennlig retning høsten 2016 som ble stoppet med tvungen lønnsnemnd, men hvor legene til slutt vant i Arbeidsretten.

Jobbtilfredshet

I 2001 skrev daværende redaktør i *BMJ*, Richard Smith (f. 1952), en lederartikkel med tittelen *Why are doctors so unhappy?* som åpnet opp for en bred diskusjon, ikke minst på de internasjonale legekonferansene (21). Selv om teksten var rimelig nyansert, bidro overskriften til at legene nå per definisjon var ulykkelige. Det ble derfor ekstra viktig for oss i LEFO, som hadde bedre data enn de fleste, å nyansere denne oppfatningen.

I Legepanelet er jobbtilfredshet målt med en norsk versjon av det britiske spørreskjemaet *Job Satisfaction Scale* (JSS) (22). Det har ti spørsmål som besvares på en skala fra 1 til 7 og som eventuelt summeres til et samlet mål, som også spenner fra 1 (lite tilfreds) til 7 (meget tilfreds). Vi bruker dette instrumentet både til å måle gruppeforskjeller, f.eks. mellom sykehusleger og allmennleger, og til å se på endringer over tid. Vi finner at det blant legene i Norge er et *jobbtilfredshetshierarki*, der de mest fornøyde er de privatpraktiserende spesialistene og de minst fornøyde er sykehuslegene (23). Det ser ut som om opplevelsen av profesjonell autonomi, for eksempel i forhold til arbeidstid, er en viktig påvirkningsfaktor her.

Når det gjelder endring over tid har norske leger ligget stabilt og høyt siden vi startet målingene i 1994 og frem til 2008, med en svak økende trend. Men rundt 2010 snudde det. De hittil siste publiserte målingene viste en signifikant nedgang både for allmennleger og sykehusleger (24).

Forklaringene er mangfoldige, men et gjennomgående tema er at legene i økende grad opplever at de ikke har nok kontroll over sin profesjonsutøvelse. Allmennlegene opplever at de stadig blir pålagt nye oppgaver, og sykehuslegene må stadig forholde seg til nye registreringsrutiner og arbeidstidsbestemmelser.

Moralsk stress

Uttrykket *moralsk stress* brukes gjerne når legen har en klar oppfatning om hva som bør gjøres for pasienten, men hindres i dette for eksempel av manglende ressurser, begrenset ytringsfrihet eller uhensiktsmessige lover og regler. Det sier seg selv at dette også kan påvirke legens jobbtilfredshet. En god illustrasjon av dette finnes i en artikkel fra 2018, som viser hvordan forskjellige legeroller gir forskjellige etiske dilemma (25). Vi har dessuten på to tidspunkt, i 2004 og 2010, forsøkt å kartlegge omfanget og eventuelle endringer i denne typen problemer (26). Vi fant at det særlig var de «menige» sykehuslegene som opplevde moralsk stress og redusert ytringsfrihet, og at det var en liten bedring i den aktuelle perioden, som sammenfaller med den økende jobbtilfredsheten som er nevnt ovenfor. Den er forhåpentlig reell, men kan også skyldes resignasjon blant legene. Her er det nødvendig å gjøre nye målinger for å se om også denne trenden har snudd.

Ny individbasert kunnskap

Leger og alvorlig personskade

I 2000 og 2012 spurte vi Legepanelet om de hadde opplevd alvorlig pasient-skade i forbindelse med medisinsk behandling de hadde gitt, med oppfølgingsspørsmål om forskjellige mulige konsekvenser, og om de eventuelt var blitt innklaget til Helsetilsynet (27, 28). I 2000 svarte 28 % at de minst én gang hadde vært involvert i en slik hendelse, og denne andelen hadde økt til 35 % i 2012. Den var høyest blant kirurgene (51 %), fulgt av anestesilogene (45 %), indremedisinerne (35 %) og allmennlegene (34 %). I 2012 svarte 27 % at de var blitt innklaget til Helsetilsynet, 48 % av allmennlegene, 33 % av psykiaterne, 23 % av anestesilogene og 21 % av kirurgene. Nesten 80 % av klagen ble henlagt av Helsetilsynet. 12 % opplevde at klagesaken hadde gjort det vanskeligere å arbeide som lege, og 4 % hadde trengt profesjonell hjelp (tabell 4). På den annen side anga 62 %

Tilsynsmyndighetenes konklusjon var rimelig – de 63 som fikk advarsel	78 %
Tilsynsmyndighetenes konklusjon var rimelig	73 %
Klagesaken har gjort meg mer nøye med dokumentasjon	62 %
Jeg har blitt mer nøye med informasjon til pasienter og pårørende	44 %
Klagesaken har gjort meg til en mer grundig lege	31 %
Klagesaken har gjort meg til en reddere lege	25 %
Klagesaken har gjort meg til en tryggere lege	22 %
Jeg tar flere prøver/sender mer hevisninger enn jeg gjorde før	17 %
Klagesaken har preget mitt privatliv negativt	14 %
Klagesaken har gjort det vanskeligere å arbeide etterpå	12 %
Legeforeningen burde støttet meg mere	12 %
Jeg har fått et mindre tillitsfullt forhold til pasienter/pårørende	11 %
Jeg har hatt behov for profesjonell hjelp etterpå	4 %

Tabell 4. Konsekvenser av å ha blitt innklagd til tilsynsmyndighetene. Andel ja-svar fra 328 innklagde leger i 2012. (Svaralternativene var ja, usikker, nei)

at de hadde blitt mer nøye med å dokumentere sin virksomhet, og 44 % at de hadde blitt flinkere til å gi informasjon til pasienter og pårørende.

Det var særlig de individuelle historiene om deprimerte, utbrente eller rusavhengige leger som gjorde at Legeforeningen i sin tid tok initiativ til to «kliniske» tiltak, Ressurssenteret Villa Sana og Støttekollegaordningen, og ett «forebyggende», LEFO. Forskningsmessig har det etter hvert blitt en naturlig tematisk fordeling mellom LEFO og Avdeling for atferdsmedisin ved Universitetet i Oslo. NORDOC-studien ble igangsatt av professorene Per Vaglum (f. 1938) og Øivind Ekeberg (f. 1945) og videreført av professor Reidar Tyssen (f. 1955). Den har sin naturlige hovedvekt på psykiske og andre individuelle problemer som følger med legegjerningen, mens LEFO med Legepanelet oftere benytter en samfunnsvitenskapelig eller epidemiologisk innfallsvinkel. Men det finnes noen viktige unntak:

Utbrenthet

En av de første problemstillingene Legekårsundersøkelsen, og særlig Erik Falkum, gikk løs på var utbrenthet. Betegnelsen var forholdsvis ny i litteraturen, og psykometrisk hadde den amerikanske psykologen Cristina Maslach (f. 1946) med sitt *Maslach Burnout Inventory* (MBI) nærmest

monopol. En norsk versjon av dette instrumentet ble inkludert i hovedundersøkelsen i 1993, med en noe annerledes skåringsmetode enn i originalen, for å validere Maslachs tre dimensjoner *emosjonell utmattelse*, *emosjonell distansering* (*empatisvikt*) og *opplevelse av redusert personlig ytelse i jobben* (29). De tre dimensjonene ble gjenfunnet i det norske legeutvalget, og det ble anslått at 3 % av det norske legekorpset var utbrent.

Falkum ønsket å gå videre. I en bredt anlagt studie med repeterte målinger i åtte yrkesgrupper, *Belastninger, mestrings og helse innenfor utsatte yrker*, ble i stedet det todimensjonale europeiske *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) benyttet (30). Her er dimensjonene *emosjonell utmattelse* og *distansering* (*detachment*) *fra arbeidet*. I samarbeid med Statistisk sentralbyrå ble det opprettet et kvoteutvalg med 500 tilfeldige kvinner og 500 tilfeldige menn fra hver av åtte forskjellige yrkesgrupper: leger, sykepleiere, advokater, lærere, prester, bussjåfører, IT-konsulenter og folk i reklamebransjen. Alle fikk et spørreskjema i 2003 som igjen ble sendt ut i 2005 til de som hadde svart i 2003. Besvarelsene var anonyme. Ekstrakostnadene for denne omfattende datainnsamlingen ble dekket av LEFO gjennom en ekstra bevilgning fra SOP. Dette datasettet har gitt grunnlag for to doktoravhandlinger med veiledning fra Erik Falkum, for henholdsvis Ellen Melbye Langballe (f. 1971) (31) og Siw Tone Innstrand (f. 1973) (32), pluss senere publikasjoner, flere av dem prisbelønte.

Prosjektet er unikt i internasjonal sammenheng og gir mye ny kunnskap om utbrenthet, særlig på to områder. For det første at fenomenet forekommer i alle yrkesgrupper hvor man «har med mennesker å gjøre», ikke bare blant helsepersonell. Det var stor variasjon mellom de to dimensjonene, men mindre variasjon mellom yrkesgruppene. For det andre viser funnene at balansen mellom jobb og privatliv er et avgjørende element i opplevelse av utbrenthet, og at positive drivere er like viktige som negative (33). Gjennom dette prosjektet har vi bidratt til at data om balansen mellom jobb og privatliv, som i utgangspunktet ikke var et tema, nå har kommet med i nyere internasjonal forskning på feltet (34). I alle fall har strukturelle forhold på arbeidsplassen, inkludert pasientsikkerhet, nå kommet godt med (35).

Sykefravær

Data fra 2005 fra utbrenthetsprosjektet viste at det bare var advokatene som oftere enn legene ikke hadde vært sykmeldt siste seks måneder (63 % mot legenes 61 %). Tilsvarende tall, kontrollert for kjønn, var 52 % for lærere og 44 % for sykepleiere (upubliserte data). Leger går på jobb med plager de ville sykmeldt sine pasienter for og eventuelt smittet dem med (36). På den annen side vet vi at de har bedre helse enn de fleste andre yrkesgrupper, blant

annet fordi de har en sunnere livsstil. Med data fra Legepanelet har vi sammenliknet sykefravær blant sykehusleger med privatpraktiserende leger, og fant da at 84 % av de privatpraktiserende legene ikke hadde hatt sykefravær siste år, mot 60 % av de fastlønte sykehuslegene (37). Dette viser hvor stor betydning økonomiske forhold kan ha for sykefraværet, også for leger.

En av undersøkelsene fra Ressurssenteret Villa Sana viser at en lengre sykmeldingsperiode etter et opphold der kan forebygge senere utbrenthet (38). Dette indikerer at leger kan ha godt av å ta en pust i bakken av og til.

Gjennom sin tilknytning til SOP har LEFO også hatt tilgang til data fra de privatpraktiserende spesialistene og allmennlegene som hadde fått økonomisk sykehjelp. Foreløpig har vi bare hatt anledning til å benytte disse på gruppenivå, og det har ført til en interessant teoretisk artikkel om sosial og diagnostisk ulikhet i helse, der konklusjonen blant annet er at bruk av diffuse diagnoser (psykiatri og muskel/skjelett) øker med utdanningsnivå og er lavere for arbeidstakere i tekniske stillinger (39).

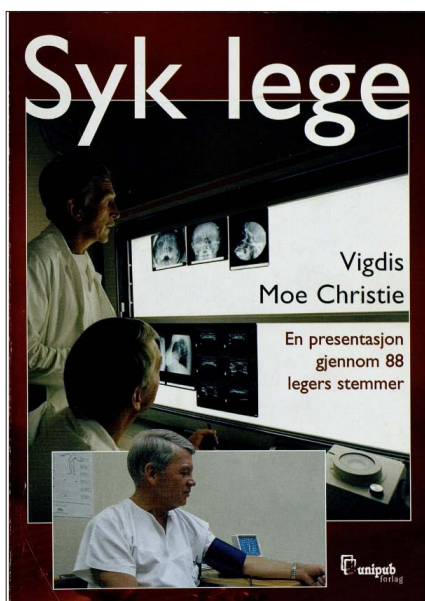
Selv mord og dødelighet

I likhet med utbrenthet var legers selvmord et avgjørende motiv da Legeforeningen tok sitt initiativ i 1990. Derfor ble det tidlig bestilt data om dødelighet og dødsårsaker fra Statistisk sentralbyrå, der det ble skilt mellom leger (n = 1899), andre akademikere (n = 13.479) og andre (n = 1.125.400) og differensiert på kjønn, alder i femårsintervall og tidspunkt i seks femårsperioder fra 1960–64 til 1985–89. Resultatene viste at selvmordsrisiko var høyest for mannlige og kvinnelige leger, fulgt av mannlige ikke-akademikere, dernest andre akademikere, og lavest for kvinnelige ikke-akademikere. Den mest utsatte gruppen var de eldste mannlige legene, dvs. de over 80 år (40). Dette var den første studien om legers selvmord publisert internasjonalt som ikke bare inkluderte yrkesaktive leger. Nyere studier av selvmord blant leger viser stort sett at situasjonen stadig bedrer seg, at legene blir stadig mer like folk flest. Dette er nok igjen også en effekt av den sterkt økende legetettheten.

Vår hovedartikkel om generell dødelighet blant leger kom i 2011 (41). Den tok utgangspunkt i en datafil fra Statistisk sentralbyrå der folketellingsdata fra 1960, 1970, 1980 og 1990 ble koblet med dødsårsaksregisteret. Analysene viste at legenes dødelighet mellom 1960 og 2000 konvergente mot dødeligheten for andre akademikere og serviceyrker, mens gapet mellom disse tre gruppene og resten av befolkningen økte.

Legen som pasient

Utvalget på 2000 leger som ble tilfeldig trukket ut ved oppstarten i 1993, og som ble utgangspunktet for Legepanelet, ble også benyttet til en kvali-



Figur 5. I en kvalitativ studie ble leger invitert til å fortelle om hvordan det er for en lege å bli pasient. Historiene ble presentert i boka Syk lege (42)

tativ studie av hvordan det er for en lege å bli pasient. Alle ble invitert til å fortelle sin sykehistorie dersom de etter egen oppfatning hadde vært eller var alvorlig syke. Det ble samlet 88 historier, dels gjennom direkte intervju eller telefonintervju, og dels med innsendte tekster eller lydfiler (diktafonkassetter). Professor i sosialantropologi Benedicte Ingstad (f. 1943) og sosionom og forsker Vigdis Moe Christie (1927–2018) gjennomførte prosjektet (42, 43) (figur 5). Publikasjonene viser hvor vanskelig det kan være for en lege å gå inn i pasientrollen, og hvor lett det er for den behandlende legen å «rote til» lege–pasient-forholdet. En vanlig feil er at behandlerlegen ikke informerer pasientlegen godt nok fordi han regner med at vedkommende forstår situasjonen, mens pasientlegen bare vil være pasient og få all informasjon, også den «selvsagte».

Friske leger

Det kan neppe gjentas ofte nok at norske leger i utgangspunktet er friske og lever lenge. Det skulle da også bare mangle, de rekrutteres stort sett fra de privilegerte samfunnslagene, både sosioøkonomisk og intellektuelt. Dessuten besitter de mer enn noen andre kunnskapen om hvordan man bør leve et sunt og godt liv. Jeg har ofte måttet minne om dette, for eksempel i undervisning eller i intervjuer. Media er som regel mer opptatt av de få legene som ikke oppfører seg som de skal, enn av alle de andre som fungerer bra og tar godt vare på både seg selv, sin familie og sine pasienter.

Gode forbilder

I 1950-årene røykte 75 % av de mannlige og 44 % av de kvinnelige legene daglig, mer enn i befolkningen generelt. I dag er det knapt noen leger som røyker daglig, og i befolkningen er det bare ca. 10 %. Ingen andre yrkesgrupper i samfunnet har kuttet røyken så mye som legene (44). Dette er også en av årsakene til at legene lever lengre enn de fleste andre. Personlig tror jeg en av grunnene til at legene har kuttet røyken så mye er skammen ved å bli observert som røykende lege.

I forhold til alkohol har legenes drikkemønster alltid vært moderat. Som i befolkningen ellers har det endret seg gjennom de siste 30 årene i kontinental retning, det vil si hyppigere inntak, men mindre hver gang, og dermed også færre alkoholrelaterte skader og negative rushendelser (45). De fleste norske legene er derfor gode forbilder for sine pasienter både når det gjelder tobakk og alkohol, og kan kanskje ta litt av æren for at røykeandelen i befolkningen har blitt så lav.

Musikk og kultur

En av de første internasjonale publikasjonene etter at vi hadde fått alle data fra hovedundersøkelsen, var en studie av hva norske leger gjorde når de ikke var på jobb (46). De viste bl.a. en høy musikalsk interesse og aktivitet, og brukte relativt mye tid på f.eks. å spille musikk selv, lese skjønnlitteratur eller gå på konserter, kino og teater. Vi benyttet spørsmål fra Statistisk sentralbyrås kulturbruksundersøkelse, og kunne derfor også sammenligne legene med andre grupper. Vi laget en *kulturindeks* og påviste en svak positiv korrelasjon mellom kulturell aktivitet og jobbtilfredshet. Da vi gjentok spørsmålene i 2013 med deltakere fra Legepanelet, var aktiviteten minst like høy, for eksempel var det dobbelt så mange blant legene som spilte et musikkinstrument regelmessig sammenliknet med andre akademikere (47). Denne gangen fant vi også en statistisk signifikant positiv korrelasjon mellom vår kulturindeks og *Job Satisfaction Scale*!

Flere erfaringer

Ny erfaringsbasert kunnskap

Siden starten i 1992 har LEFO bygget opp en betydelig forskningskompetanse, ikke minst i forhold til spørreskjemaer og datainnsamling. Vi har lært mye om hvordan spørreskjemaspørsmål ikke bør utformes, og om hvor mye ekstra analysearbeid det fører med seg å ha åpne svarfelt. Dessuten har vi bistått mange andre, både i og utenfor Legenes hus, med Questback-undersøkelser. Questback var tidlig på markedet med program for elektronisk

datainnhenting og god databeskyttelse, og hos oss ble Cecilie Normann Birkeli (f. 1976) Questback-ekspert. Noen av oss har også fått god kompetanse i analysing av kvalitative data, særlig fra fokusgruppeintervjuer.

Overlappende spørreskjemadesign

På ett område har vi vært teknisk innovative. Vår statistiker Tore Schweder (f. 1943) utviklet i forbindelse med hovedundersøkelsen en metode for fordeling av forskjellige spørreskjemaer. Her utnyttet kunnskapen om at dersom hullene i en stor datamatrikse er tilfeldig fordelt kan de fylles, imputeres, med verdier utregnet fra eksisterende data fra den samme respondenten. I hovedundersøkelsen var det til sammen 16 spørreskjemaer, men hver lege fikk tilsendt fire. Datamatriksen kunne likevel brukes omtrent som om alle legene hadde besvart alle de 16 spørreskjemaene. Selv med fire spørreskjemaer å fylle ut for hver lege, sikkert flere timers arbeid for de fleste, oppnådde vi en samlet svarprosent på 72. Metoden er godt dokumentert, også internasjonalt (48–50). Etter hvert som avanserte statistikkprogrammer har blitt allemannseie, er det ikke lenger nødvendig for forskere å ha en statistiker med på laget, noe som kan føre riktig galt avsted. Mange nye spørreundersøkelser blir til «på kjøkkenbenken», og resultatene blir deretter.

Verktøy for SOP

Vi fikk en kalddusj helt i begynnelsen da vi oppdaget at Legeregisteret ikke var historisk: Når en lege døde, ble plassen i registeret overtatt av en ny. Derfor måtte vi i hovedundersøkelsen be alle legene om å liste alle sine jobber, med stilling og periode. Disse dataene fra 6652 leger i 1993 ble senere blant annet benyttet til å utarbeide et prediksjonsinstrument for SOP, PREDsOP. Ved å legge inn opplysninger om alder, kjønn og nåværende stilling kunne instrumentet anslå hvor mange år legen vil ha vært i forskjellige jobb kategorier om et visst antall år, med særlig vekt på mulige fremtidige pensjonsutbetalinger. Instrumentet ble utarbeidet av Tore Schweder.

Øversettelse av spørreskjemaer

Det var nødvendig å oversette noen sentrale spørreskjemaer til norsk, som *Maslach Burnout Inventory* (MBI) og *Job Satisfaction Scale* (JSS). Også her gjøres det dessverre mye amatørarbeid. Vi samarbeidet med professor Holger Ursin (1934–2016) ved Universitetet i Bergen, en internasjonal kapasitet innen stressforskning, og hans gruppe gjorde en glimrende jobb med å oversette og tilbakeoversette engelskspråklige spørreskjemaer, som også etter hvert har kommet andre forskningsmiljøer til gode.

Elektroniske spørreskjemaer

Helt siden starten i 1992 har LEFO fulgt nøye med på teknologiutviklingen i forhold til spørreskjemaundersøkelser. Allerede i 2004 anskaffet vi utstyr til skanning av utfylte papirskjemaer, men det viste seg ikke å gi noen vesentlig gevinst siden mange skjemaer måtte kontrolleres manuelt fordi kryss ikke var satt riktig, eller tall og bokstaver var uleselig for maskinen. En annen ulempe var at de separate arkene i ett spørreskjema, som regel minst ti, måtte tas fra hverandre før de kunne sendes gjennom skanneren. Og hvis man mistet en bunke slike oppdelte skjemaer på gulvet var det krise fordi ikke hvert ark var merket med skjemanummer.

Etter hvert kom muligheten til å fylle ut og sende inn spørreskjemaene papirløst. Vi prøvde oss med dette første gang i 2005, da kunne de som ville fylle ut og sende inn elektronisk via Questback, noe ytterst få gjorde. I 2018 kunne man velge å svare elektronisk via *tenester for sensitive data* (TSD) ved Universitetet i Oslo. Papirskjema ble i utgangspunktet sendt ut til alle med en lenke de selv måtte legge inn i nettleseren. I 2018 svarte ca. 250 elektronisk, og i 2021 750, ca. 50 %. Neste gang vil skjemaene primært bli sendt ut elektronisk, og så vil de som ber om det eller purres få papirskjema.

Avslutning

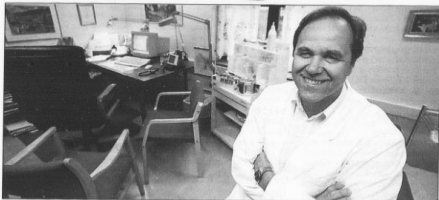
For meg har årene med LEFO vært en fantastisk reise i «Legeland». Ikke minst var kontrasten stor i forhold til mine tidligere forskningsobjekter som var nederst på samfunnsstigen med kroniske rusproblemer, ofte uten hjem og familie. Takket være høy grad av autonomi og våre sponsors velvilje har vi kunnet sette inn all vår energi på produktiv forskning, vi har sluppet å måtte bruke mye ressurser på å skrive søknader om forskningsmidler. Selv om det ikke er lett å tallfeste verdien av ny kunnskap, vil jeg i all beskjedenhet hevde at SOP og Legeforeningen har fått mye for pengene.

Hvor mye kunnskap?

I perioden er det produsert over 400 publikasjoner, de fleste fagfellevurderte. Noen av dem har blitt publisert i topptidsskrifter (se for eksempel 46, 51–54), selv om det etter min erfaring kan være nokså tilfeldig hvilke artikler som blir akseptert her. Det er også en stor oppgave å formidle forskningsresultatene våre. Vi har holdt utallige presentasjoner i inn- og utland, både i og utenfor legenes univers, og våre funn har ført til mange oppslag i aviser og andre massemedier (figur 6).

Andre må vurdere hvordan våre forskningsfunn kan benyttes for eksempel i Legeforeningens helsepolitiske arbeid. Her ligger det etter min mening et uutnyttet potensial. Men med bakgrunn som spesialrådgiver i Sosial- og

Fornøyde fastleger



TRIVES: Kjell Maartmann-Moe trives godt som fastlege på Grünerløkka i Oslo og har mer enn nok å gjøre, med 1200 pasienter på lista.

Tre av fem fastleger er godt fornøyd med sin nye jobbhverdag, viser en ny studie. Men noen savner å bruke mer tid på hver enkelt pasient.

Tekst: **Hilde Schjerve**
hks@dagbladet.no



Dagbladet 5.2.2004

LEGER PÅ PAPIRET

Har syv pasienttimer mindre i uken enn i 2004

VG 12.8.2013

Færre selvmord ... men leger topper den uhyggelige statistikken

Dagbladet 22.12.2004

Økt vold mot leger

Lege knivdrep i går. Hver fjerde lege utsatt for vold.

Vårt Land 30.3.2006

Legen din kan være utbredt

Av JAN OVIND

Vis hensyn neste gang du går til fastlegen din.

Det kan nemlig være legen som er utbredt og moden for sykemelding ...

Nesten halvparten av legene i USA oppgir at de har minst ett symptom på utbredt, avslører en undersøkelse.



IKKE SÅ ILLE HER: Mens

VG 27.8.2012

Gynekologene RØYKER MEST

Daglige rykete i de forskjellige legergruppene (prosent)

Lege	3
Almennlege	7
Spesialist	11
Spesialist i psykiatri	12
Spesialist i kirurgi	21

VG 30.1.1997

Kvinnelige kirurger DRIKKER MEST

Av TOR STRAND

Kvinnelige kirurger og gynekologer i Norge drikker mer alkohol enn andre kvinnelige leger.

Andelen kvinnelige leger med påknyttet drikkebeholdning er klart høyere blant kirurger og gynekologer enn i andre kvinnelige legergrupper.

Det er som et resultat av en undersøkelse som ble gjennomført av Tor Strand, leder for kvinnekirurgi i Oslo, at det er spesielt kirurger og gynekologer som drikker mest alkohol.

Alkoholbruk er en av de viktigste årsakene til sykdom og død, og det er derfor viktig å være oppmerksom på dette. I Norge er det en høy andelen av befolkningen som drikker alkohol, og dette kan ha negative konsekvenser for helsen.

Alkoholbruk er en av de viktigste årsakene til sykdom og død, og det er derfor viktig å være oppmerksom på dette. I Norge er det en høy andelen av befolkningen som drikker alkohol, og dette kan ha negative konsekvenser for helsen.

Egenrapportering fra 1120 kvinnelige leger i Norge

VG 19.8.2005

Lege + lege = helt sant

■ Kjærligheten blomstrer mellom kolleger

Aftenposten 12.10.2008

Leger knebles til taushet

■ 68 prosent frykter sanksjoner hvis de er kritiske

■ 29 prosent er redd for å miste jobben

Aftenposten 28.8.2008

NYHETER

3

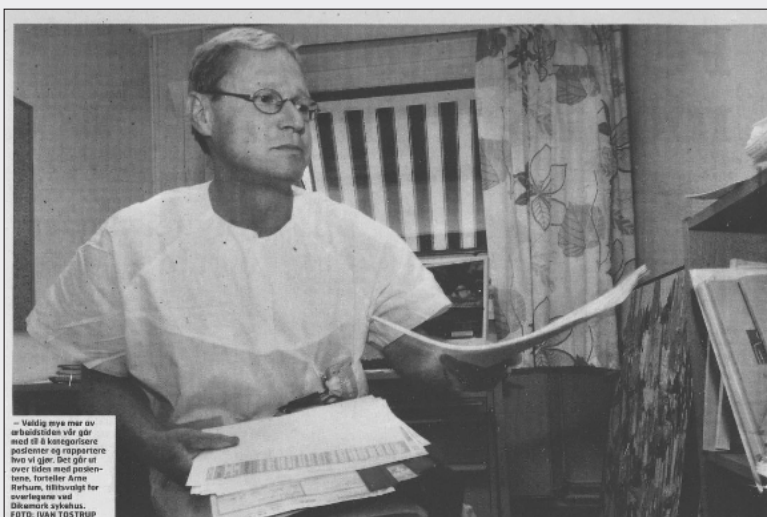
Mindre tid. Sykehusleger bruker mindre tid på direkte pasientkontakt. Møter, papirarbeid og annet tar stadig mer av deres tid, viser nye tall fra Legeforeningen.

Unødig tidsbruk. Aftenposten har fotfulgt Ullevål-kirurg Maria Gaard i to døgn. Vi kan bekrefte at mye tid går tapt på grunn av dårlig organisering, penge- og sykepleiemangel.

Elsker jobben. Samtidig avdekkes en beundringsverdig arbeidsglede og stål-på-vilje hos hele personalet. For pasientene betyr det at de blir møtt med profesjonalitet og vennlighet.

Har mindre tid til pasientene

Aftenposten 23.7.2000



Papirmølla stjeler tid fra pasientene

Dagsavisen 8.10.2006

Figur 6. Et knippe avis-oppslag basert på LEFOs forskningsresultater

helsedepartementet er dette for meg dessverre en velkjent situasjon: forskningen viser noe, men i politikken må man likevel av forskjellige grunner gjøre noe annet.

Det er mye nyttig forskningsbasert lærdom å hente for eksempel fra psykologer, sosiologer eller økonomer. Den generelle oppfatningen om at den profesjonelle autonomien blant leger har gått tapt er jeg ikke enig i. Det er snarere slik at den *individuelle* autonomien, det at hver enkelt lege kan gjøre hva hun eller han mener er riktig uten å ta hensyn til kollektivet, heldigvis er på vei ut. Legene har fremdeles en unik kompetanse som ingen andre kan ta fra dem, og hvis de står sammen, enten i sunne profesjonsorganisasjoner eller med gode forskningsbaserte protokoller og retningslinjer som de selv utformer, er det knapt noen som står sterkere. Og er du så heldig å bo i et land hvor arbeidstid, lønn og andre arbeidsbetingelser er regulert gjennom forhandlinger, er det mulig å få et godt legeliv der det også blir tid til familie og fritidsaktiviteter.

Litteratur

1. McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. *Int J Health Serv* 2002; 32: 379–416. <https://doi.org/10.2190/JL1D-21BG-PK2N-J0KD>
2. Haffner J, Holm HA. Opprettelsen av Legeforeningens forskningsinstitutt (LEFO). I: Ronge K, Rø KI, Bringedal B, red. *Fra pjestall til skammel: festskrift til Olaf Gjerløw Aasland 70 år*. Oslo: Legeforskningsinstituttet, 2014: 14–21. <https://www.nb.no/item/s/2a81852bb29dabf828046bc1c4ee3d68?page=15>
3. Schiøtz A. *Doktoren: distriktslegenes historie 1900–1984*. Oslo: Pax, 2003. <https://www.nb.no/items/fb902e56e5aed6e224bb139f3534802c?page=0>
4. Haave P. *I medisins sentrum: Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år*. Oslo: Unipub, 2011. <https://www.nb.no/items/61f34edc0f28e65f0143d612b09a83b7?page=0>
5. Light DW, Aasland OG. Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1870–3. <https://tidsskriftet.no/2003/06/kronikk/den-nye-legerollen-kvalitet-apenhet-og-tillit>
6. Bringedal B, red. Special issue of *Professions & Professionalism: Professional satisfaction and the quality of medical care*. Oslo: Senter for profesjonsstudier, OsloMet, 2015. <https://journals.oslomet.no/index.php/pp/issue/view/163>
7. Rø K. *Emotional exhaustion and distress after a counselling intervention for physicians: a three-year prospective longitudinal cohort study*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2010. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/27903>
8. Wiers-Jenssen J. *Rekruttering til medisinstudiet: en studie av medisinstudenter med vekt på sosial bakgrunn, poengsamling, studiemotiver og ambisjonsnivå*. Hovedoppgave i sosiologi. Oslo: Universitetet i Oslo, 1994.

9. Wiers-Jenssen J, Vaglum P, Ekeberg Ø. Repetisjon og privatisteksamener – veien til det medisinske studium. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 2659–62. <https://www.nb.no/items/e34b3d8dbb78971e324da6095d4d207e?page=51>
10. Aasland OG, Røvik JO, Wiers-Jenssen J. Legers motiver for valg av spesialitet under og etter studiet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128: 1833–7. <https://tidsskriftet.no/2008/08/originalartikkel/legers-motiver-valg-av-spesialitet-under-og-etter-studiet>
11. Wiers-Jenssen J. Skaper ulike studieordninger ulike leger? Bakgrunn for evaluering av «Oslo96» – medisinstudiumsreformen ved Universitetet i Oslo. *NIFU skriftserie* 2004–2. Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning, 2004. <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/handle/11250/280653>
12. Frich JM, Middelthon IM, Os I. Revisjonen av medisinstudiet i Oslo – «Oslo 2014». *Michael* 2016; 13: 50–60. <https://www.michaeljournal.no/article/2016/02/Revisjonen-av-medisinstudiet-i-Oslo-%C2%ABOslo-2014%C2%BB>
13. Aasland OG. Et fargerikt legefellesskap. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2022; <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0045>
14. Wiers-Jenssen J, Aasland OG. Selvvurderte ferdigheter blant norske leger utdannet i utlandet og i Norge. *Søkelys på arbeidslivet* 2010; 26: 364–79. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-7989-2010-04-06>
15. Aasland OG. Medisinstudiet – gammeldags motor i ny bil. *Michael* 2022; 19: 32–43. <https://www.michaeljournal.no/article/2022/02/Medisinstudiet---gammeldags-motor-i-ny-bil>
16. Birkeli CN, Rosta J, Aasland OG et al. Hvorfor velger leger seg bort fra allmennmedisin? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2020; <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0597>
17. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221–6. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
18. Falkum E, Førde R. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. *Soc Sci Med* 2001; 52: 239–48. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00224-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00224-0)
19. Rosta J, Aasland OG. Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994–2014. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2016; 136: 1355–9. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0011>
20. Rosta J, Aasland OG. Weekly working hours for Norwegian hospital doctors since 1994 with special attention to postgraduate training, work-home balance and the European working time directive: a panel study. *BMJ Open* 2014; 4: e005704. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005704>
21. Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ* 2001; 322: 1073–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7294.1073>
22. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Psychol* 1979; 52: 129–48. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1979.tb00448.x>
23. Nylenna M, Aasland OG. Jobbtilfredshet blant norske leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2010; 130: 1028–31. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0955>
24. Rosta J, Aasland OG, Nylenna M. Changes in job satisfaction among doctors in Norway from 2010 to 2017: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2019; 9: e027891. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027891>

25. Bringedal B, Isaksson Ro K, Magelssen M et al. Between professional values, social regulations and patient preferences: medical doctors' perceptions of ethical dilemmas. *J Med Ethics* 2018; 44: 239–43. <https://doi.org/10.1136/medethics-2017-104408>
26. Førde R, Aasland OG. Moralsk stress og faglig ytringsfrihet blant leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2013; 133: 1310–4. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1385>
27. Aasland OG, Forde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Qual Saf Health Care* 2005; 14: 13–7. <https://doi.org/10.1136/qshc.2002.003657>
28. Førde R, Aasland OG. Is imperfection becoming easier to live with for doctors? *Clin Ethics* 2017; 12: 31–6. <https://doi.org/10.1177/1477750916682618>
29. Falkum E. Hva er utbrenthet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1122–8. <https://tidsskriftet.no/2000/04/klinikk-og-forskning/hva-er-utbrenthet>
30. Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I et al. The convergent validity of two burnout instruments: a multitrait-multimethod analysis. *Eur J Psychol Ass* 2003; 19: 12–23. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.19.1.12>
31. Langballe EM, Innstrand ST, Hagtvet KA et al. The relationship between burnout and musculoskeletal pain in seven Norwegian occupational groups. *Work* 2009; 32: 179–88. <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0804>
32. Innstrand ST. *Work-home conflict and facilitation. COR(e) relations. A longitudinal study on work-home interaction in different occupational groups in Norway*. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2009. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/267674>
33. Langballe EM, Innstrand ST, Aasland OG et al. The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: a longitudinal study. *Stress Health* 2011; 27: 73–87. <https://doi.org/10.1002/smi.1321>
34. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* 2018; 283: 516–29. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
35. Isaksson Rø K, Rosta J, Tyssen R et al. Doctors well-being, quality of patient care and organizational change: Norwegian experiences. I: Montgomery A, van der Doef M, Panagopoulou E et al, red. *Connecting healthcare worker well-being, patient safety and organisational change. Aligning perspectives on health, safety and well-being*. Cham: Springer, 2020: 91–114. https://doi.org/10.1007/978-3-030-60998-6_7
36. Rosvold EO, Bjertness E. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scand J Public Health* 2001; 29: 71–5. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1177/14034948010290010101>
37. Rosta J, Tellnes G, Aasland OG. Differences in sickness absence between self-employed and employed doctors: a cross-sectional study on national sample of Norwegian doctors in 2010. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 199. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-199>
38. Isaksson Ro KE, Tyssen R, Gude T et al. Will sick leave after a counselling intervention prevent later burnout? A 3-year follow-up study of Norwegian doctors. *Scand J Public Health* 2012; 40: 278–85. <https://doi.org/10.1177/1403494812443607>
39. Bringedal B, Tufte PA. Social and diagnostic inequality in health. *Scand J Public Health* 2012; 40: 656–62. <https://doi.org/10.1177/1403494812458990>

40. Aasland OG, Ekeberg O, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Soc Sci Med* 2001; 52: 259–65. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00226-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00226-4)
41. Aasland OG, Hem E, Haldorsen T et al. Mortality among Norwegian doctors 1960–2000. *BMC Public Health* 2011; 11: 173. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-173>
42. Christie VM. *Syk lege: en presentasjon gjennom 88 legers stemmer*. Oslo: Unipub, 2001. <https://www.nb.no/items/afdfa7135c25baba8876a00042b00f2d?page=0>
43. Ingstad B, Christie VM. Encounters with illness: the perspective of the sick doctor. *Anthropology & Medicine* 2010; 8: 201–10. <https://doi.org/10.1080/13648470120101372>
44. Aasland OG, Nylenna M. Leger som røyker: en undersøkelse av norske legers røykevaner og levevaner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 332–7. <https://www.nb.no/items/73c31581b4521f183a202cdf3c706491?page=15>
45. Rosta J, Aasland OG. Changes in alcohol drinking patterns and their consequences among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples. *Alcohol Alcohol* 2013; 48: 99–106. <https://doi.org/10.1093/alcalc/ags084>
46. Nylenna M, Aasland OG, Falkum E. Survey of Norwegian doctors' cultural activities. *Lancet* 1996; 348: 1692–4. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)06459-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)06459-8)
47. Nylenna M, Aasland OG. Kulturell og musikalsk aktivitet blant norske leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2013; 133: 1307–9. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1518>
48. Aasland OG, Falkum E. Legekårsundersøkelsen: responsen på spørreskjemaundersøkelsen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 3052–8. <https://www.nb.no/items/a8351c0828da4db8fbcadfcb15f5a066?page=19>
49. Schweder T. *Sampling with overlapping questionnaires and analysis with regression imputation*. Memorandum, Sosialøkonomisk institutt, Universitetet i Oslo nr. 12/1996. Oslo: Department of Economics, University of Oslo, 1996.
50. Aasland OG, Olff M, Falkum E et al. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1615–29. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00093-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00093-2)
51. Kvaerner KJ, Aasland OG, Botten GS. Female medical leadership: cross sectional study. *BMJ* 1999; 318: 91–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7176.91>
52. Kristiansen IS, Førde OH, Aasland O et al. Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial. *Lancet* 2001; 357: 1258–61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04407-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04407-X)
53. Aasland OG. The Norwegian way. *BMJ* 2003; 326: S102. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7391.S102>
54. Rø KE, Gude T, Tyssen R et al. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *BMJ* 2008; 337: a2004. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2004>

Olaf Gjerløw Aasland
olaf2306@gmail.com

Olaf Gjerløw Aasland er lege, professor emeritus og instituttssjef ved
 Legeforskningsinstituttet 1992–2014, siden seniorforsker samme sted.

Uklart nettverk – medisinsk museumsmøte på Elverum 12.–14. juni 2022

Michael 2022; 19: 290–6.

Som en del av museumsreformen i 2001 ble det opprettet nasjonale museumsnettverk som skulle tjene til gjensidig kontakt og samarbeid mellom store og små samlinger. Ved nettverksmøtet for helsehistoriske samlinger på Elverum 12.–14. juni 2022 var det interessante faglige foredrag, presentasjon av utstillingen Gammeldoktoren, besiktigelse av det nye magasinbygget ved Glomdalsmuseet og en utmerket sosial ramme. Forholdet mellom det koordinerende Nasjonalt medisinsk museum ved Norsk Teknisk Museum og de lokale museene, samlingene og øvrige interesserte forble imidlertid uklart.

Elverum med Glomdalsmuseet, begge deler i innbydende forsommerskrud, var åstedet da ca. 55 medisinskhistorisk interesserte og engasjerte personer møttes 12.–14. juni 2022 til museumsbesøk, foredragssesjoner og til møte for å diskutere veien videre.

Ved tidligere slike treff har det pleid å være deltakelse fra hele landet, men denne gangen var det bare folk fra Østlandet, noe som faktisk ble opplevd som litt problematisk, sett i lys av hvilken funksjon et nasjonalt nettverk kan ha. De fleste av de tilstedeværende var helsepersonell og de representerte et nettverk, men var de egentlig i et nettverk? En god del av deltakerne hadde vært med helt fra ca år 2000, da det ble klart at Norsk Teknisk Museum skulle ha ansvaret for helsefeltet og være koordinerende organ for samlinger rundt omkring. Det begynte som et uformelt nettverk av entusiaster som til og med hadde sitt eget meddelelsesblad *Kurven*. Men hvordan var nettverket nå? Hvem omfatter Nasjonalt museumsnettverk for helse- og medisinhistorie (NMHM) egentlig? Kanskje følte folk som eventuelt måtte ha reist langt på egen kostnad for å delta på Elverum at deres rolle der ville være uklar? Uansett, svært mange av dem som møtte, kjente hverandre fra tidligere samlinger, og praten gikk livlig.

Gammeldoktoren

Glomdalsmuseet er med spesialutstillingen *Gammeldoktoren* en kjerne i norsk medisinsk museumsvirksomhet. Utstillingen ble etablert i forbindelse med Den norske legeforenings 100 års-jubileum i 1986. Entusiaster, som legene Kari Noer (1934–2013), Hans Petter Schjøsby, Erik Arnesen, Kristen Riddervold og andre sørget for en etter hvert forbilledlig utstilling der hovedtemaet er primærhelsetjenesten 1850–1950. Skapt av fagfolk med personlige erfaringer fra allmennpraksis og distriktslegearbeid, klarer utstillingen å formidle fortidens helseproblemer og helsetjeneste i sitt fulle alvor og i sin samfunnsmessige kontekst. Utstillingen var nå fornyet og det var stor interesse for å gå gjennom den på ny. Leder av utstillingskomiteen er nå Hamar-legen Geir Erik Nilsen.

Lokale foredragstemaer

Flere av foredragene tok opp både nye temaer og ukjente lokale emner. Et eksempel: Den lokale mediedekningen av spanskesyken i Solør-Odal ved førstekonservator Bjørn Sverre Hol Haugen fra Anno Kongsvinger museum.

Arrangørene av nettverksmøtet på Elverum har all ære av et vellykket og kontaktskapende treff!



Figur 1: Seminaråpning ved statsforvalter Knut Storberget. (Foto: Øivind Larsen)



Figur 2: Tidligere mangeårig leder for utstillingskomiteen, overlege Erik Arnesen viser om i Gammeldoktoren, her om tuberkulosen og det lokale sanatoriet Gjøsegården ved Kongsvinger. (Foto: Øivind Larsen)



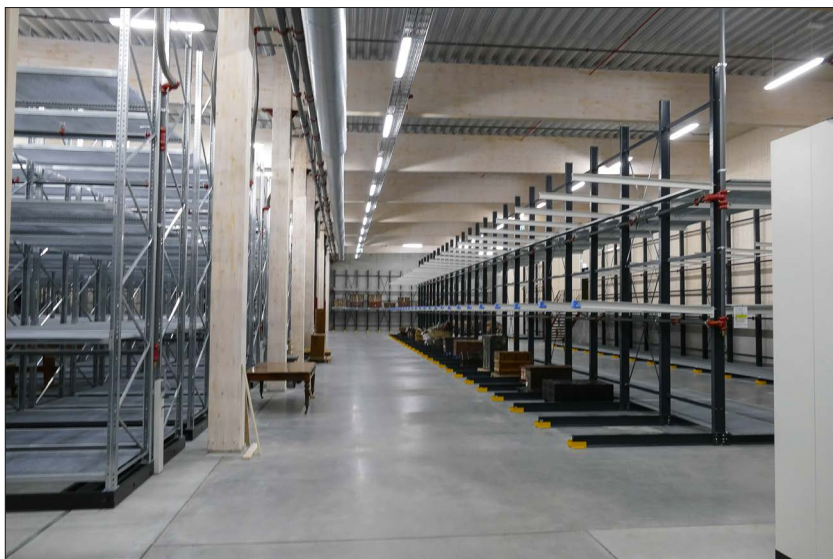
Figur 3: Formidlingsleder ved Glomdalsmuseet, Laila Bækkevold var ikke i tvil om at den gammeldagse omvisningen var en uslåelig formidlingsform. (Foto: Øivind Larsen)

Et nasjonalt medisinsk museum

Lenge var Gammeldoktoren i Glomdalsmuseet på Elverum et av landets meget få profesjonelle medisinhistoriske museer. I forbindelse med flyttingen av Rikshospitalet fra Oslo sentrum til Gaustad ble det i 1990-årene arbeidet med å opprette et selvstendig, nasjonalt medisinsk museum, med utgangspunkt i materiale fra det gamle Rikshospitalet. En komité leverte en innstilling til Sosial- og helsedepartementet i 1997 (1). Et museum skulle kunne åpnes i den gamle administrasjonsbygningen ved det fraflyttende Rikshospitalet, og være ferdig til det offentlige helsevesenets 400-årsjubileum i 2003. Slik var den overordnede planen. Alt var klart, til og med arkitektens tegninger. Tilsagn om finansiering fra Helsedepartementet forelå. Så stoppet alt opp. Saken lå på helseminister Tore Tønnes (1948–2002) bord. Hvis man etterlyste den, ble det bare svart at man måtte vente. I 2002 kom så avgjørelsen – alle forberedelser ble lagt til side. Det planlagte helsemuseet skulle legges til Norsk Teknisk Museum.



Figur 4: Glomdalsmuseet, som er en del av Hedmarksmuseene, kunne i juni 2022 innvie et imponerende magasinbygg som vakte stor interesse blant de besøkende. Her var det alle fasiliteter for inntak, konservering og oppbevaring av museumsgjenstander. Alt ble dessuten grundig beskrevet og fotografert og lagt ut i Digitalt museum, slik at det til og med kan forskes på gjenstander via skjermen. Gjenstander som egen historisk kildekategori får en ny status ved investeringer som dette. (Foto: Øivind Larsen)



Figur 5: Klimatiserte og sikrede oppbevaringshaller som venter på museums-gjenstander. (Foto: Øivind Larsen)

Professor Jacob Birger Natvig (1934–2021) tok da initiativ til en stiftelse som skulle arbeide videre for et eget nasjonalt museum med bred faglig og nasjonal medvirkning. Etter hvert som tiden har gått, synes det imidlertid mindre aktuelt å arbeide for et uavhengig museum, i ethvert fall foreløpig. Isteden må man forsøke å få til et godt samarbeid mellom helsefeltets fagfolk og de helsehistoriske samlingene på Norsk Teknisk Museum. Stiftelsen har således endret profil og heter nå *Helsehistorisk forum*. Den har som formål å ta vare på, formidle og fremme interesse for helsehistorisk kunnskap. Den arrangerer seminarer og studieturer der sentrale helsehistoriske tema belyser hvordan folkehelsen har utviklet seg gjennom tidene og hva profesjonene har bidratt med.

Nettverket for lokale samlinger

Det er i 2022 ca. 30–40 større og mindre medisinske samlinger rundt om i Norge, de fleste i tilknytning til helseinstitusjoner og drevet av entusiastiske amatører. Men hva som er en samling, er egentlig en definisjonssak. Det kan være noe ganske lite, men det kan også være noe større med faglige ambisjoner. Opprettelsen av nasjonale museumsnettverk med retningslinjer fra Kulturrådet var en sentral del av museumsreformen av 2001 (2). Slike nettverk skulle tjene til gjensidig kontakt og samarbeid, så også vedrørende

helse- og medisinhistorie. Målet var blant annet å arrangere årlige samlinger (3), men grunnet pandemien var det nå tre år siden forrige nettverksmøte i Bergen og Voss i 2019. *Nasjonalt museumsnettverk for helse- og medisinhistorie (NMHM)*, som er det offisielle navnet på nettverket, har egen nettside (4).

Det var store forventninger til samarbeid fra de mange medisinske museumsinteresserte. De hadde meldt seg for å delta i et nettverk, og mange var nå til stede som deltakere på Elverum. Men var alle med? Hvem manglet? Hva slags nettverk er egentlig dette blitt?

Etter et interessant opplegg med foredrag og omvisninger var programmet for første del av konferansens siste dag nettopp *Medisinsk museumsnettverk – veien videre*. Også nå var det store forventninger. Her skulle representanter fra Kulturrådet, Nasjonalt medisinsk museum ved Norsk Teknisk Museum, styringsgruppen for nettverket og andre interesserte diskutere, og en avklaring av nettverkets status og funksjon var ventet.

Økten begynte dårlig. Representanten for Kulturrådet, som har overordnet styringsansvar, hadde meldt forfall. Professor Borghild Roald refererte isteden gjeldende regelverk. Møtelederen, nettverkskoordinator Phil Loring fra Nasjonalt medisinsk museum ved Norsk Teknisk Museum, presiserte at eventuell diskusjon skulle skje debattantene imellom, ikke med ham.

Førstekonservator Frode Weium fra Nasjonalt medisinsk museum ved Norsk Teknisk Museum, avdelingsleder for utstilling og samling med overordnet ansvar for alle nettverkene som Norsk Teknisk Museum koordinerer, holdt så et foredrag der han gjorde rede for hvordan man hadde arbeidet med å bygge opp et medisinsk museum og medisinske utstillinger gjennom 20 år. Foredraget var informativt og interessant, men det var især da nettverksfunksjonen ble nevnt, at tilhørerne spisset ørene. Weium var blant annet helt klar på at de ca. 7,5 millionene som bevilges fra Helsedirektoratet hvert år, går inn i museets ordinære budsjett og allerede var mer enn disponert, faktisk gikk man med underskudd. Noen støtte til nettverksaktiviteter var ikke å forvente. Det virket nesten som om han forventet betaling fra deltakerne i nettverket i stedet.

Dessuten sa Weium at bare lokale samlinger som allerede mottar statlig driftsstøtte, kan være med i nasjonale museumsnettverk. Det utelukker sannsynligvis svært mange lokale, medisinske museer og samlinger. Det er mulig at han hadde sitt på det tørre i henhold til foreliggende føringsdokumenter, men man merket skuffelsen i salen. Det kunne ikke være mange som var kvalifisert til å være med i nettverket. At han mildnet sine utsagn ved å si at situasjonen var spesiell og medførte utfordringer, hjalp ikke. Det lå verken penger eller faglig støtte i det.

Med andre ord: De mange små, lokale samlingene, ofte de som har mest uttalte behov for assistanse og støtte, kunne ikke forvente noe som helst. For så vidt slår dette faktum også den andre veien – Nasjonalt medisinsk museum ved Norsk Teknisk Museum blokkerer da for viktige faglige innspill fra helsevesenet selv, og kan fortsette å legge opp sitt arbeid uforstyrret og på egne premisser.

Gjennom mange år har man hørt murring over dette. Murringen fikk fornyet næring på Elverum. Mange av nettverksmedlemmene som møttes var altså kanskje ikke nettverksmedlemmer likevel. Og deres innflytelse på utviklingen var uansett minimal. Man spurte seg selv: Var det slik man hadde tenkt seg at Nasjonalt medisinsk museum ved Norsk Teknisk Museum skulle løse sitt koordinerende nettverksoppdrag?

Diskusjonen om Nasjonalt medisinsk museum ved Norsk Teknisk Museum og dets kontakt med den faglige grasrot er på ingen måte over, tvert imot. Etter konferansen på Elverum har nettverkskoordinatoren ved Nasjonalt medisinsk museum ved Norsk Teknisk Museum sendt ut en e-post til deltakerne og bedt om innspill. Det lover bra.

Psykiateren Ellen Hagemo inviterte til nytt nettverksmøte i 2023 ved museet på Gaustad sykehus i Oslo.

Litteratur

1. *Medisinsk museum: norsk medisinhistorisk museum*. Utredning levert Sosial- og helsedepartementet. Oslo: Departementet, 1997. <https://www.nb.no/items/72768600d6797f63e942c334d9e2680a?page=0> (27.6.2022).
2. Faglige museumsnettverk. Kulturrådet. <https://www.kulturradet.no/en/museumsutvikling/vis-artikkel/-/nasjonale-museumsnettverk> (27.6.2022).
3. Redaksjonen. Medisinhistorisk nettverksmøte i Trondheim 12.–13. april 2018. *Michael* 2018; 15: 193–4. <https://www.michaeljournal.no/article/2018/09/Medisinhistorisk-nettverksm%C3%B8te-i-Trondheim-12-13-april-2018> (27.6.2022).
4. Nasjonalt museumsnettverk for helse- og medisinhistorie (NMHM). <https://www.helse-ogmedisinhistorie.no/> (27.6.2022).

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Kreftgåten er ingen gåte

Michael 2022; 19: 297.

Kreftgåten er utgått på dato, skrev onkologen Jon Amund Kyte for snart ti år siden (1). Uttrykket stammer fra en tid da kreft var en mystisk svøpe med ukjent årsak. Premisset var at den som kunne forklare kreftens opphav, også ville kunne eliminere sykdommen. Jo mer vi forstår om kreft, desto klarere ser vi at det ikke stemmer, skrev Kyte. Blir vi gamle nok, får vi antakelig kreft alle sammen. Å eliminere kreft blir som å eliminere aldring. Det er verken mulig eller ønskelig (1). Vi gjør lurt i å parkere uttrykk som *kreftgåte*, ifølge Kyte.

Det første treff på *kreftgåten* i Nasjonalbibliotekets digitalarkiv stammer fra 1930. *Er kreftgåten løst?* var basert på en artikkel i *Norsk Magazin for Lægevidenskapen* om tre «interessante tilfeller ved Rikshospitalet i Oslo» (2). Forskningsformidling var vanskelig, da som nå. I dette nummeret av *Michael* anmelder Frøydis Langmark to ferske bøker med ordet *kreftgåten* i tittelen.

Litteratur

1. Kyte JA. Kreftgåten er utgått på dato. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1907. <https://tidsskriftet.no/2013/10/leder/kreftgaten-er-utgatt-pa-dato>
2. Er kreftgåten løst? Sunnmørsposten 18.9.1930, s. 5. <https://www.nb.no/items/aa982864fccad76beb37e02492c5d82a?page=5>

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

*Erlend Hem er professor ved Universitetet i Oslo, instituttsjef ved
Legeforskningsinstituttet og redaktør i Michael.*

Kornet tatt på kornet

Åsmund Bjørnstad

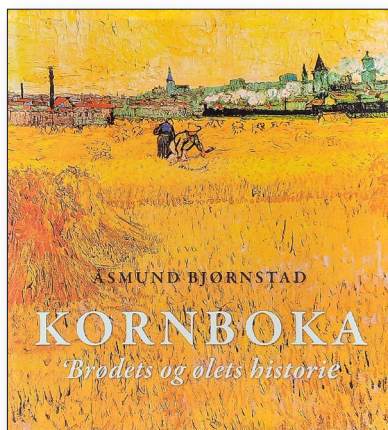
Kornboka: brødet og ølets historie

Oslo: Dreyer, 2021

348 s.

ISBN 978-82-8265-514-9

Michael 2022; 19: 298–9.



Forfatteren av denne boka, Åsmund Bjørnstad (f. 1951), er professor emeritus i planteforedling ved NMBU på Ås. Her har han gitt ut en oppdatert og samlende historiebok om et av verdens viktigste planteprodukter – kornet. Bjørnstad har skrevet om dette før også (1). Dette er en framstilling med nye synsvinkler, ny kunnskap og ny bredde. Leseren lærer om hvete, bygg, havre, rug, ris og mais, og også om mer eksotiske, men viktige sorter som sorghum, hirse og afrikansk ris. Den tospaltede teksten er spekket med presis informasjon og interessante refleksjoner.

Kornets historie satt inn i sin samfunnsmessige kontekst, gjør boka umiddelbart tiltrekkende for den som åpner den. Her skjønner man at nyttevekstene har en utvikling og dynamikk parallelt med befolkningene som dyrker og bruker dem. Forfatteren legger stor vekt på genetikkens muligheter og utfordringer, hvordan foredling av plantesortene kan bidra til større og sikrere produksjon og hvordan genetisk kunnskap har vært vesentlig for å tilpasse veksten både til naturgitte forhold – og til markedet.

Korn som nødvendighet og tidvis mangelvare har vært en økonomisk styringsfaktor med vidtrekkende effekter. Kornmangel, av naturlige eller

menneskeskapte årsaker, gir som regel kornprisøkning. Den rammer da gjerne de svakeste hardest. Nødsårene i Norge under Napoleonskrigene hadde politisk bakteppe. Vi hadde dessuten uår på grunn av frost i 1812–13. Som om ikke det var nok, ble 1816 et år uten sommer, fordi et gigantisk vulkanutbrudd i Indonesia medførte en dis av vulkanutslipp over store deler av verden. Sola ble stengt ute og kornet ble ikke modent. Hungersnøden i Finland 1869–70 skyldtes også kalde somre. Sultkatastrofen i kornproduserende Ukraina i 1930-årene var politisk styrt. Med andre ord: Kornet er en geopolitisk faktor av stor betydning. Det betyr også at forskning og kunnskap om korn kan brukes som et kraftfullt våpen, positivt og negativt.

Kornboka kan leses som en sammenhengende fortelling. Den er imidlertid slik lagt opp at man gjerne slår opp i den, leser den bitevis og finner interessante og tankevekkende opplysninger av alle slag. Visste du f.eks. hva som egentlig foregår når man baker brød? Eller visste du at i mytenes verden har en møller fra gammelt av hatt en snev av snydenstrup over seg, og møllerens vakre datter en snev av løsaktighet?

Boka er gjennomillustrert med kunstproduksjoner og delikate fotografier. Det er et omfattende noteapparat og en fyldig litteraturliste med henvisninger til relevant faglitteratur.

Er dette en fagbok eller en populærvitenskapelig bok? Det er en meget vellykket hybrid, som framfor alt er lett å lese uansett alder. Denne presise, men innbydende stilen er også omhyggelig tilstrebet fra forfatterens side. Fagorganet *Bondebladet* hadde et intervju med Bjørnstad da boka kom ut (2). Der ble språket i boka diskutert, også på bakgrunn av at Bjørnstad har et *alter ego* som forfatter og lyriker. Bjørnstad sa i intervjuet at han ville ha en stil med enkle, uakademiske, korte setninger som alle kan lese, med vekt på verbene i setningene og å unngå abstrakte substantiv og innfløkte bisetninger. Målet hans er å skrive en «sakpoesi», med en tone som fenger interessen. Det har han lyktes med i denne boka!

Litteratur

1. Bjørnstad Å. *Vårt daglege brød*. Oslo: Vidarforlaget, 2010.
2. Berge KE. NMBU-professor har skrive verdshistoria til brødet og ølet. *Bondebladet* 21.12.2021: 28–9.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Spennende om poteten

Marianne Berg

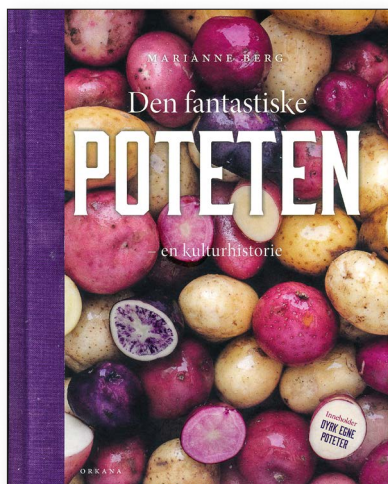
Den fantastiske poteten – en kulturhistorie

Stamsund: Orkana forlag, 2021

415 s.

ISBN 978-82-8104-476-0

Michael 2022; 19: 300–1.



Poteter har alltid gjort inntrykk på meg. Vi lærte i historietimene om *potetprestene* som langt på vei innførte poteten i Norge på 1700-tallet og reddet mange fra å sulte i hjel, særlig i nødsår. Poteten hjalp oss også under andre verdenskrig. Og som barn tjente vi penger på å plukke poteter i *potetferien*. Poteter kan som kjent brukes til alt, men som lege må man f.eks. fortelle overvektige diabetespasienter at bruk av poteter bør begrenses. Etter ris, korn og mais er poteter verdens viktigste matplante. Arkeologer har funnet forløpere til villpotetknoller som kan være over 10 000 år gamle. Det finnes over 4000 forskjellige sorter, og den kan vokse opptil 4000 meter over havet.

Marianne Berg, som er utdannet agronom, har fulgt poteten som kulturplante, fra en fjern fortid i Perus fjell, til nåtidens lekre restaurantretter. Boken er omfangsrik og faktisk spennende. Forfatteren har selv besøkt potetdyrkere og forskningslaboratorier i mange land.

Poteter ble først gang skriftlig omtalt i 1539 av en spansk geistlig i en rapport til den spanske kongen om hvilke matvarer inkaene brukte. Det er uklart når poteten kom til Europa. Sir Francis Drake (1540–1596) har fått

æren av å ha innført den i 1580-årene, men gamle klosterbrev viser at poteten ble dyrket og brukt både som mat og blomst i Italia og Spania før dette. De første beskrivelser av poteter i Europa finnes i gamle papirer på Kanariøyene. I 1567 ble poteter eksportert fra Gran Canaria til Belgia og i 1574 fra Tenerife til Frankrike. Til Norge kom poteten ifølge muntlig overlevering til Vinger i Hedmark med en svensk kramkar først i 1733. Skriftlig beskrivelse av potetdyrking i Norge fikk vi et par tiår senere.

Forfatteren beskriver hvordan potetdyrking innvirker på historien. Utover på 1700- og 1800-tallet ble potetdyrking stadig mer populært i Europa og befolkningen økte. Men i 1844–45 begynte det store tørråteangrepet, med varme og fuktighet som varte i flere år. Dette gikk særlig ut over Irland, hvor mange døde av sult. Det bidro også til den store utvandringen fra Irland til USA. En million irer emigrerte til USA i denne perioden.

Verdens befolkning øker raskt. Det er derfor viktig at vi tar vare på gode matplanter. Forbruket av poteter som del av middagsmåltidet i Norge har gått betydelig ned siden 1970-årene, men til gjengjeld har industrielt bearbeidet bruk av potet tiltatt, f.eks. potetchips. Spritproduksjon har stor økonomisk betydning.

Også i Norge eksperimenteres det med nye sorter for å finne frem til slag som forbrukerne liker, som egner seg til chips osv. Graminor på Bjørke forsøksgård utenfor Hamar har store områder til eksperimentering med nye sorter, krysninger for å få frem spesielle egenskaper.

Boken har mange sider og er svært detaljert. Noen av detaljene kunne nok vært sløyfet. Men det er mange gode historier også. Det er fine illustrasjoner og gode noter, men et skikkelig sakregister mangler. Boken anbefales, men det nytter ikke å lese hele på en gang. Bruk den som oppslagsbok.

Ingegerd Frøyshov Larsen
ifro-lar@online.no

Ingegerd Frøyshov Larsen er pensjonert overlege ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo.

Myten om det fattige Norge er avlivet

Jan Eivind Myhre, red.

Myten om det fattige Norge: en misforståelse og dens historie

Oslo: Scandinavian Academic Press, 2021

366 s.

ISBN 978-82-304-0279-5

Michael 2022; 19: 302–3.



Kanskje er vi en selvopptatt nasjon, for det finnes så mange fortellinger om Norge. Denne er en oppklarende fortelling om noe som mange av oss har trodd, og som ofte blir ukritisk gjengitt: at Norge ved overgangen fra 1800- til 1900-tallet var blant Europas fattige land. Gjennom ti omfangsrike kapitler blir denne forestillingen grundig tilbakevist. Selvsagt var vi svært fattige den gang med vår tids målestokk. Men som forfatterne annonserer allerede i forordet: Norge var ved inngangen til 1900-tallet både relativt rikt, demokratisk og velutviklet.

Så hvorfor kan denne myten ha oppstått, og hvorfor har den vært så seiglivet? For det første har det vært lett å lene seg på det som er sant nok, at vi var så mye fattigere ved inngangen til 1900-tallet enn i dag. Men, som forfatterne understreker, vi er utsatt for en slags «tidsblindhet», og en riktig sammenlig-

ning må gjøres med tilsvarende land på samme tid. Og der kommer Norge godt ut, ikke bare kulturelt med våre den gang allerede feirede billedkunstnere og forfattere, men også med hensyn til for eksempel leseferdighet, der

forfatterne oppgir at praktisk alle norske kvinner og menn kunne – ikke bare lese, men også skrive, ca 98 % på slutten av 1800-tallet, selv om vi må mistenke at graden av disse ferdighetene kan ha være så ymse. På denne tiden hadde Norge dessuten verdens laveste dødelighet og etter sin tid et godt helsevesen. Politisk var Norge også et av de første land med stemmerett, først for alle menn i 1898, så for alle kvinner i 1913.

Så igjen – hvorfor denne seiglivede myten om det fattige Norge? Her nevner forfatterne en annen type forklaring. At vår tids politikere kan ha interesse av å framstille Norge som så fattig en gang, for derved å kunne ta æren for den utviklingen som siden har skjedd. Det er til og med antydninger om at det var oljen som skapte det moderne Norge, og at velferden avhenger av den. Da må vi minne hverandre om at den norske velferdsstaten var godt etablert som sosial orden mange år før den første dråpe olje kom opp av Nordsjøen.

De ti forfatterne tar i hvert av kapitlene for seg kritikken mot denne fattigdomsmyten med god dokumentasjon og stor detaljkunnskap. Det blir etter hvert som å lese en oppdatert norsk historie, med vekt på næringsutvikling, på skipsfart og vannkraft, på betydningen av fiskeriene og på verdien av det store antallet selveiende bønder. Det vekker gjenklang til dagens debatt som preges av en våknende bevissthet om at vi må utvikle vår evne til selvberging, og ikke bare stole på at vi uten videre kan importere den maten vi trenger. Vår selvbergingsgrad er visstnok ikke høyere enn i overkant av 40 %.

Boken er spekket med informative fotnoter og omfattende litteraturlister til hvert kapittel. Her kan referansene sjekkes. Det vitner om grundighet og troverdighet. Om noe skulle finnes av innvendinger, må det være at detaljrikdommen i hvert kapittel er så stor at det kan bremse flyten i teksten.

Men altså – herved kan vi anse myten om det fattige Norge som avlivet. Det spørs bare om denne erkjennelsen når ut. For myter er som kjent seiglivede.

Steinar Westin

steinar.westin@ntnu.no

Steinar Westin er professor emeritus i sosialmedisin ved NTNU i Trondheim.

Humoristisk og lettfattelig om komplisert tema

Øystein Runde og Dag Berild

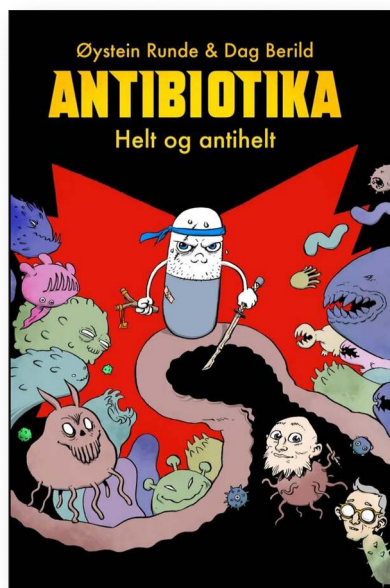
Antibiotika: helt og antihelt

Oslo: Humanist forlag, 2021

49 s.

ISBN 9788282822251

Michael 2022; 19: 304–5.



For de av oss som har arbeidet i feltet kan det være utfordrende å forklare antibiotika og antibiotikaresistens til venner, familie og ikke minst – egne barn. Endelig har det kommet en tegneserie som hjelper oss med oppgaven.

Tegneserieskaper og forfatter Øystein Runde har utgitt flere tegnede faglitterære bøker, blant annet boken *Stamceller: kroppens superheltar*. Denne gangen har han samarbeidet med en av Norges fremste eksperter på antibiotika og antibiotikaresistens, professor Dag Berild. Resultatet er ifølge reklameteksten «en faktabok i tegneserieformat for hele familien» der hovedmålgruppa er barn og ungdom mellom 11 og 16 år.

På under femti sider forsøker Runde og Berild å diskutere alt fra Alexander Flemings oppdagelse av antibiotika, via plasmider, hvordan antibiotika

fungerer og benyttes, til koblingen mellom bruk og resistens. Boken er både en fortelling, og en dialog mellom Berild og Runde. Dette formatet fungerer godt og er lett å følge. Vi identifiserer oss med Runde og lærer fra Berild. Det faglige er godt forklart og de viktigste begrep og temaer blir belyst.

Tungt fagstoff forklart i tegneserieformat myntet på unge lesere er ikke et ukjent fenomen, og det er gode grunner til at det er slik. Gode tegneserier, med humor, kontraster og presisjon i ord og bilder er rett og slett spesielt egnet til å gjøre det vanskelige spennende. For de av oss som *ikke* har arbeidet i feltet er boken en lettfattelig og morsom introduksjon til et komplisert tema.

Forfatterne har gjort et stort arbeid med å forenkle stoffet, men det er mye som skal gjennomgå og utfordrende at boka tidvis forklarer vanskelige konsepter på liten plass og med liten font. Rundes morsomme strek fungerer som en god kontrast. Kanskje kunne man likevel funnet flere grep for å gi leserne variasjonen som gjør at den henger med i de til tider kompliserte svingene. Berilds forklaringer er presise og konsise, likevel oppleves noe av stoffet litt overfladisk fremstilt. Forfatterne skal rekke over mye, noe som fører til at for eksempel problemstillinger knyttet til *En-helse (One Health)* behandles på bare to sider. Dette er nok sjangerens litt uløselige problem, men man ville kommet et stykke på vei om man hadde spandert mer plass, og tatt noen vanskelige valg.

Bokens siste del diskuterer hvorfor og hvordan vi bør begrense bruken av antibiotika. Det er et sentralt og viktig poeng, men fra et leserperspektiv oppleves likevel slutten som litt brå. Vi savner en tydeligere avslutning på fortellingen om Øystein og professoren som introduseres på første side. Det er som om det aldri riktig ringer ut fra timen, og det er synd siden grepet ellers fungerer godt.

Når det er sagt – Runde og Berild skal ha honnør for å gjøre komplisert stoff tilgjengelig og gøy for et ungt publikum. Dette er en bok som vil finne sine lesere og både gi innsikt og forhåpentligvis vekke faginteresse og engasjement. Slik fungerte den i hvert fall i vår familie.

Oliver Kacelnik
oliverkacelnik@gmail.com

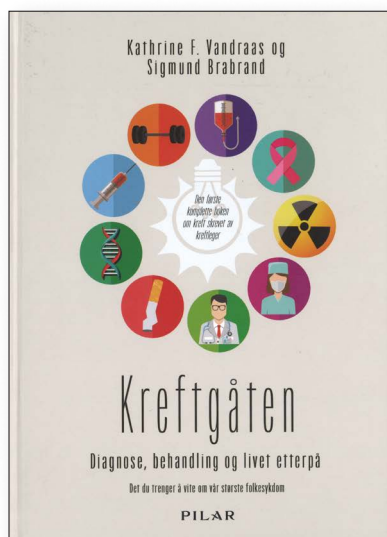
Oliver Kacelnik er overlege ved Seksjon for resistens- og infeksjonsforebygging ved Folkehelseinstituttet.

Hilde Hagerup er ungdomsbokforfatter.

Klokt og ærlig om kreft

Kathrine F. Vandraas og Sigmund Brabrand
Kreftgåten: diagnose, behandling og livet etterpå
Oslo: Pilar, 2020
369 s.
ISBN 9788293516811

Michael 2022; 19: 306–7.



Kreftgåten: diagnose, behandling og livet etterpå. *Det du trenger å vite om vår største folkesykdom* er den komplette tittel på bokens forside. Den henvender seg til *du*, som nok først og fremst er ment å være legfolk – pasienter, pårørende, friske – men disse 349 sidenes fyldige innhold kan være til god hjelp også for helsepersonell som ikke til daglig har mulighet for å være oppdatert om kreft. Den kan fungere som et oppslagsverk i en travel fastlegepraksis takket være en informativ kapittelinndeling, spesielt det dominerende kapittelet *Kreftbehandling*.

I reklameteksten står det at dette er den første populærvitenskapelige boka om kreft skrevet av kreftleger. Forfatterne Kathrine F. Vandraas (f. 1983) og Sigmund Brabrand (f. 1977) gir ifølge vaskeseddelen svar på de vanligste spørsmålene pasien-

ter med kreft og deres pårørende har – både små og store – og er gjennom praktisk tilnærming et forsøk på å avmystifisere kreft og kreftbehandling.

Den gjennomgående vinklingen er en tekst med pasienten i sentrum og åpenbart basert på solid erfaring med menneskers mangfoldige opplevelser av kreftsykdom. Teksten er velskrevet, lettfattelig og spekket med innsikts-

givende metaforer, nærmere en litterær stil enn den typiske fagboks. Likefullt er det all grunn til å ha tillit til forfatternes vidtfavnende kompetanse. En rekke sykehistorier bidrar til å belyse både pasienters og behandleres dilemmaer.

Det er ikke lett å påvise temaer som mangler. Stoffet er formidlet på en klok og ærlig måte.

Frøydis Langmark
froydis.langmark@gmail.com

*Frøydis Langmark er spesialist i patologi og tidligere direktør
for Kreftregisteret.*

Overbevisende om kreftgåten

Jarle Breivik

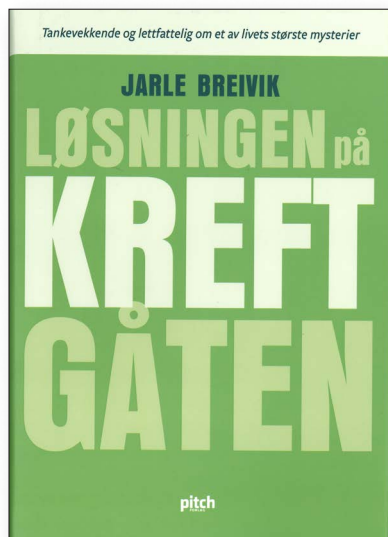
Løsningen på kreftgåten

Oslo: Pitch forlag, 2022

255 s.

ISBN 9788284340302

Michael 2022; 19: 308–9.



Dette er en rik bok, rik på kunnskap, forståelse og tanker. Den har 215 referanser fra de største innen biologisk forskning. Første referanse lyder: «Nothing in biology makes sense except in the light of evolution» (1). Dermed er bokens bærende idé om kreft som biologisk fenomen, kun forstått gjennom evolusjonsforståelse, slått fast.

Forfatteren loser leseren gjennom genetisk koding, replikasjon, epigener og memorer og trekker slutninger ikke bare om kjente begrepspar som liv og død og kropp og sjel, men også om biologi og kunstig intelligens og teknisk informasjon. Som en konsekvens av det siste, sender han ut sin ultimate brannfakkell i bokens aller siste avsnitt: «Når alt kommer til alt, handler løsningen på kreftgåten om vårt forhold til døden. Den definerer hva det vil si

å være menneske, men er samtidig vår største begrensning. Vi står overfor et fundamentalt dilemma. Skal vi løse kreftgåten og hengi oss til transhumanismen, eller skal vi akseptere døden og fortsette å være mennesker? Det er et vanskelig valg, men hvis det finnes en fri vilje, er det vi selv som bestemmer.» Kanskje vil noen mene at en slik avslutning er kvasifilosofi,

langt unna bokens løfterike tittel: *Løsningen på kreftgåten*. I virkeligheten er den en naturlig konsekvens av den reisen gjennom begrepsparet arv og miljø som Breivik har tatt leseren med på – og det på en spennende og overbevisende måte. Han forteller, forklarer og mener på en så engasjert og engasjerende måte at så vel leg som lærd vil ha stor glede av boken på bare 236 siders tekst.

Teksten begynner med et oppgjør om formidlingen av kreft i media, krigs-metaforene og mytene, og går så over til å omtale størrelsen av problemet historisk, globalt, for enkeltindividet og dets pårørende. Årsakene til kreft inngår som del av den genetiske fortellingen og denne utgjør størstedelen av teksten. Jeg ble imponert og overbevist og savner at jeg ikke har motforestillinger mot denne tsunami av kunnskap.

Nettopp når forfatteren rår over så mye unik forskningserfaring og så mye lest relevant litteratur på så store og så mange felter, må han holde seg for god til å hovre over en enkeltstående uttalelse fra Kreftforeningen. Dette, samt enkelte trykkfeil, er de eneste minus ved denne boken som burde bli allemannseie.

Litteratur

1. Dobzhansky T. Nothing in biology makes sense except in the light of evolution. *American Biology Teacher* 1973; 35: 125–9. <https://doi.org/10.2307/4444260>

Frøydis Langmark
froydis.langmark@gmail.com

*Frøydis Langmark er spesialist i patologi og tidligere direktør
for Kreftregisteret.*

Kontekst. Kontekst. Kontekst – og ægte kompleksitet

Heidi Hjelmeland

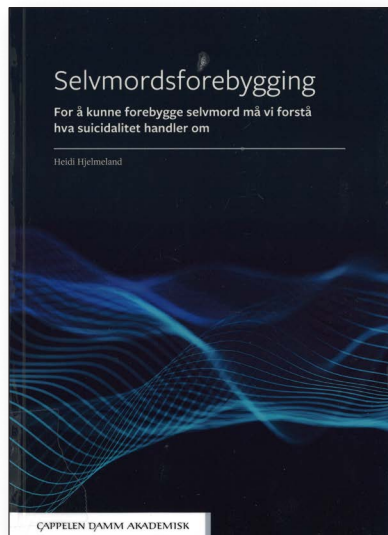
*Selvmondsforebygging: for å kunne forebygge selvmord
må vi forstå hva suicidalitet handler om*

Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2022

432 s.

ISBN: 978-82-02-60665-7

Michael 2022; 19: 310–1.



I denne bogen leverer Heidi Hjelmeland et stærkt argument for nødvendigheden af et større fokus på en relationel og kontekst-sensitiv tilgang til og forskning i selvmordsforebyggelse. En central del af argumentet er en kritik af den traditionelle og dominerende medicinske tilgang til forebyggelse af selvmord. I følge Hjelmeland individualiserer og sygeliggør den personer med suicidalitet, og derfor bringer den os ikke tættere på en forståelse af, hvorfor personer vælger at tage deres eget liv, og hvad vi kan gøre for at forebygge det. En anden central del af argumentet er, at kvalitative forskningstilgange er bedre egnede, hvis målet er 'at forstå' kompleksiteten i suicidale handlinger, og – i forlængelse heraf – at selvmordsforebyggelse bør være baseret på en respektfuld udforskning af personernes eget perspektiv.

I bogens første kapitler er der fokus på traditionel suicidologisk forskning og teori, hvor Hjelmeland opdeler teorier om suicidalitet i 'risikobaserede teorier' og 'meningsbaserede teorier'. Herefter fremhæves en mindre kendt samfundsvidenskabelig og humanistisk tilgang til suicidologi, som Hjelme-

land forbinder med udvalgte elementer af de meningsbaserede teorier. Dette fokus inkluderer blandt andet referencer til kønsstudier, postkolonialisme og studier af social retfærdighed. Effekten af dette udvidede teoriapparat, der på forskellige måder tager højde for historiske, sociokulturelle, økonomiske og politiske kontekster, er, at suikidale handlinger fremstår som mange-facetterede og komplekse. For eksempel kan alderisme (en type strukturel vold) på forskellige måder påvirke kønsrollemønstre og belaste familierelationer, hvilket kan have betydning for suikidale handlinger.

Selvmondsforebygging indeholder omfattende litteraturgennemgange, hvor kvalitative tilgange, for eksempel, er brugt i 'psykologiske autopsistudier' og i studier af personer, der har overlevet en suikidal handling. Hjelmeland argumenterer her for at arbejde i et livshistorie-perspektiv og for at inddrage flest mulige perspektiver på suikidale begivenheder. Senere flyttes fokus til studier af personers oplevelser af at søge og modtage hjælp i forbindelse med suikidale handlinger og tanker. Mange studier har rapporteret, at deltagere ønskede sig en mere personlig hjælp. Dette bruger Hjelmeland til at argumentere for en mindre standardiseret tilgang til selvmondsforebyggelse baseret på en klinisk 'risiko aversion' tilgang. Her advares mod at sygeliggøre selvmondsforebyggelse, og der præsenteres i stedet eksempler på den humaniserende effekt, som støtte fra erfaringskonsulenter kan have, samt af aflastning i ikke-medicinske rammer.

Bogen inkluderer i særdeleshed norsk forskning og norske eksempler, men problemstillingerne vil efter min mening være relevante langt ud over den skandinaviske kontekst. Jeg mener endvidere, at budskabet om at inkludere brede kritiske perspektiver på sundhedsfaglige problemstillinger har relevans for mange andre områder med ulighed i sundhed og trivsel.

Tempoet i argumentationen er af og til højt, og etablerede sandheder afvises ofte ved hjælp af få modeksempler, som ikke altid evalueres kritisk. Jeg forestiller mig, at Hjelmelands *pars pro toto* afvisning af den traditionelle suikidologi og af standardiseret risiko-orienteret selvmondsforebyggelse kunne få nogle læsere til at lægge bogen fra sig. Jeg håber imidlertid ikke, at det vil ske, da den også åbner op for nye spændende perspektiver på suikidologi og inviterer til kritisk refleksion over nuværende praksis.

Niels Buus

niels.buus@monash.edu

Niels Buus er professor i sygepleje ved Monash University, Melbourne, Australien.

Farvel til mannen?

Jo Røislien

Livsviktig. Sperm, gener og evig liv. En bok om livsvitenskap.

Oslo: Gyldendal, 2021

175 s.

ISBN 978-82-05-52225-1

Michael 2022; 19: 312–3.



Er den bioteknologiske utviklinga i ferd med å gjere mannen overflødig? Kan menneskeslekta i framtida greie å reproducere og utvikle seg utan menn?

Skal ein tru forfattaren av denne boka, er vi faretruande nær ei slik vending. Røislien tek utgangspunkt i nyheita om at ei forskargruppe i Kina i 2018 greidde å framstille musebarn berre med hjelp av to mødre – ein musefar var ikkje nødvendig. Sjølv om vegen i regelen er lang frå museforsøk til vesentlege praksisendringar for menneskeheita, var dette likevel ei revolusjonerande hending som både flytta grenser og endra vår forståing av dei mest grunnleggande prinsippa for reproduksjon og evolusjon – ja, for livet sjølv.

For å prøve å forstå korleis ei slik utvikling og «tukling» med naturen er mogleg, og kvar utviklinga kan tenkjast å vere på veg, legg forfattaren ut på ei reise både i tid, rom og «i hodet», og han tek

lesaren med på ferda.

Turen går innom alt frå spermbankar, griseavl, okseauksjonar og laboratorium i inn- og utland, til ein sjølvlysande katt i Colombia, ein baby-

ammut i Sibir, utryddingstrua gepardar i Kenya og torskefiske i Lofoten, berre for å nemne noko. Langsetter vegen kjem ekspertar frå mange disiplinar til orde, og vi får ein introduksjon til genetikken og tilgrensande vitenskapar. Innimellom gjer forfattaren også tidsreiser, der han løftar fram ulike vitenskapshistoriske hendingar som har vore spesielt viktige på vegen fram til den kunnskapen vi har i dag, mellom anna innanfor seksualforskning, reproduksjonsmedisin og evolusjonsbiologi.

Emna som blir drøfta er mange og varierte, men alle kastar lys over viktige aspekt knytt til dei store spørsmåla om korleis liv oppstår og korleis føresetnadane for liv kan endre seg med tida. Og forfattaren, som sjølv er matematikar og professor i medisinsk statistikk, viser at slike spørsmål må studerast frå mange ulike vinklar og fag, dersom ein skal ha håp om å kome nærare ei fullstendig forståing.

Sjølv om boka innleiingsvis slår an ein noko dystopisk tone, særleg på mannens vegner, er den etterfølgjande reiseberetninga hovudsakleg prega av begeistring og entusiasme. Røislien er ein driven vitenskapsformidlar, og det kjem også denne boka til gode. Boka er lettlesen trass i at ho ikkje har illustrasjonar. Språket er godt, kapitla er korte, og reiseskildringa er spennande og har god driv. Forfattaren byr dessutan på seg sjølv og tonen er jamt over humoristisk.

Alvoret ligg likevel på lur, og lesaren blir oppmoda til å følgje med og oppdatere seg på det som skjer på forskingsfronten, slik at vi ikkje risikerer å bli passive observatørar til ei bioteknologisk utvikling vi ikkje eigentleg vil ha. Og for dei som ynskjer ei slik oppdatering, som attpåtil er lettfatteleg og underhaldande, er denne boka er ein ypparleg stad å starte!

Kristine Lillestøl
lillek78@gmail.com

Kristine Lillestøl er lege i spesialisering ved Avdeling for medisinsk genetikk, Oslo universitetssjukehus.

Glimrende om profesjonsutdanning i Oslo

Jan Messel

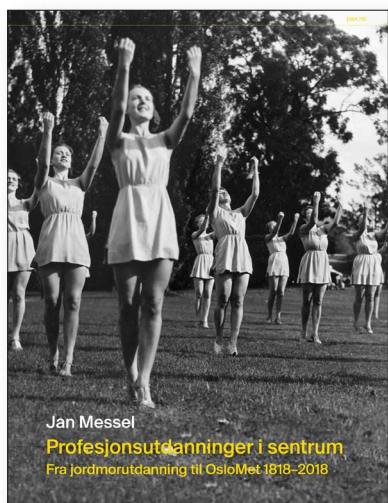
Profesjonsutdanninger i sentrum: fra jordmorutdanning til OsloMet 1818–2018

Oslo: Pax forlag, 2022

471 s.

ISBN 978-82-530-4231-2

Michael 2022; 19: 314–7.



Dette er en gedigen bok, både i sidetall og tidsspenn. Forfatteren, historikeren Jan Messel (f. 1957) ved *Senter for profesjonsstudier* ved OsloMet, følger profesjonsutdanning gjennom 200 år. Det kan han gjøre ved å ta utgangspunkt i landets første jordmorskole, opprettet ved Fødselsstiftelsen i Christiania i 1818 – og runde av med etableringen av Oslo Metropolitan University (OsloMet) i 2018. Jordmoryrket kan forstås som et av de eldste helsefagene. Myndighetene i Danmark-Norge tok ansvaret for å kontrollere jordmødrene allerede i den første lutherske kirkeordinansen i 1539. Det er derfor en lang kontinuitet fram til den første norske utdanningsinstitusjonen.

De som like fullt stusser over en svakt begrunnet kontinuitet fra de 14 kvinnene som begynte på Christiania Jordmorskole i 1818 og til de over 21 000 som studerer ved OsloMet i dag, har nok delvis rett. Institusjonshistorie er da heller ikke først og fremst Jan Messels intensjon. Hans prosjekt er en bredt anlagt studie av profesjonsutdanning, samtidig med en framstilling av politikken knyttet til utviklingen av de mange

høgskolene i eller rundt Oslo som gjennom lange og komplekse prosesser i etterkrigstida, nå utgjør Norges tredje største universitet.

Men boka dreier seg langt fra snevert om Oslo. Konsentrasjonen rundt de mange og mangfoldige institusjonene som med tida skulle utgjøre Oslo-Met, kan oppfattes som et typeeksempel for å formidle brede, nasjonale perspektiver på utviklingen av høyere utdanning, først og fremst etter 1960-åra. Med fruktbare teoretiske perspektiver syr Messel sammen en mangslungen og rik framstilling av den konfliktfylte politikken for høyere utdanning, spillet mellom det regionale og det nasjonale og ikke minst konfliktene innen de utallige utdanningsdisiplinene.

Kan Messels prosjekt ha vært for vidt, for fullt av linjer og detaljer, slik at vi mister oversikten og famler etter røde tråder? Spriker framstillingen for mye mellom aktørene – undervisningsinstitusjonene og menneskene som befolket dem – og strukturene – utdanningspolitikken, de nasjonale strategiene og teoriene? Burde boka vært delt i to, med en tradisjonell høgskolehistorie og en analyse av profesjoner og politikk innenfor hver sine permer? Jeg synes ikke det. Forfatteren klarer å balansere, tidvis elegant, mellom disse to lagene og viser oss på en innsiktsgivende, kunnskapsrik og kompetent måte hvordan det kan være nødvendig å få oversikt over strukturelle rammer for å forstå aktørenes handlinger.

Profesjon og profesjonskamp

Den vanskelige termen *profesjon* kan sies å ha like mange betydninger som det finnes oppskrifter på bacalao (altså nær antallet portugisiske husmødre). Her er forfatteren på hjemmebane i kapittel 2 og balanserer mellom de tradisjonelle akademiske forståelsene og de som ble utformet for å tilpasses de nye helsearbeiderprofesjonene som ble utviklet i etterkrigstida. Samtidig gjør han det prisverdig klart at en organisasjon som Norsk sykepleierskeforbund drev profesjonskamp lenge før termen ble en del av vokabularet: «... [sykepleierne utviklet] et eget kunnskaps- og verdigrunnlag med basis i den praktiske utførelsen av faget.» (s. 67). Det var snakk om å sikre kvaliteten på sykepleien, noe som helt fra utgangspunktet i 1912 var knyttet til det beinharde kravet om treårig utdanning. Samtidig polemiserer han mot en tradisjonell forståelse av mange av de nye fagfeltene som *semiprofesjoner* – som har vært fremmet langt inn på 1990-tallet, for eksempel innen helsearbeid som sykepleie, vernepleie og fysioterapi – og knytter denne til former for kjønnsdiskriminerende holdninger overfor de kvinnedominererte profesjonene. De tradisjonelle profesjonene juss, medisin, ingeniørfag og teologi var forbeholdt menn.

Endringene av rammene for høyere utdanning knyttes helst til reformene rundt slutten av 1960-årene, da ideene om distriktshøgskoler ble lansert, og til den såkalte kvalitetsreformen fra 1994, som dannet grunnlaget for etablering av statlige, vitenskapelige høyskoler i stort omfang. En konfliktlinje som flere av helseprofesjonene engasjerte seg i, var reform-initiativene omkring 1972, først og fremst knyttet til Bjørnson-komiteen, som tok til orde for et fleksibelt utdanningssystem uten vanntette skott mellom fagene. Det førte til opprør blant flere av helseprofesjonene. Særlig sykepleierne var aktive i denne konflikten. Profesjonaliseringsprosessene hadde kommet langt innenfor helsefagene, og sykepleierne fryktet med rette at den lange og intense kampen for enhetlig treårig utdanning skulle knuses. Etter et knapt tiår lyktes sykepleierne like fullt i kravet om at sykepleierutdanningen skulle ligge på høyskolenivå. Messel påviser at helseprofesjonene kunne ha betydelig gjennomslag om de la tyngde bak kravene.

Kvinner og menn

De store forskjellene i kjønnsbalansen mellom de ulike fagene blir tatt opp i kapittel 8. Messel fastslår at andelen kvinnelige studenter ved OsloMet i dag er over 70 prosent, som et resultat av kvinnekampen. Samtidig er det store ulikheter mellom de ulike disiplinene. Helse- og sosialfagene har i dag en kvinneandel på mellom 70 og 80 prosent, med sykepleie på en tvilsom topp med bare 10 prosent menn og fysioterapi på 30 prosent. For ingeniørutdanningen er det omvendt, med rundt 80 prosent menn – dog den eneste med mannlig overvekt. Dette forholdet forklarer Messel med at utdanningene rundt forrige århundreskifte var kjønnet, ut fra forståelser av at kvinner skulle skoles til sykepleiere, sykegymnaster og husstellærerinner, menn til ingeniører. Altså gamle holdninger som skal ha blitt videreført gjennom generasjonene. Her er det nok et felt som hadde fortjent grundigere og mer oppdaterte analyser.

Dog framholder forfatteren at den største og viktigste av de nye profesjonene, sykepleie, vokste fram og fikk styrke som del av et feministisk prosjekt. Sykepleierskene klarte gjennom intens kamp å etablere faget sitt som et kunnskapsbasert kvinneyrke, der kvinner hadde kontroll over de fleste sidene av det. Samtidig er det noe uforklart i at situasjonen fortsatt er den samme etter 60–70 år. Kan det ha noe å gjøre med at feministiske ideer ennå preger faget, og at menn blir oppfattet som fremmede?

Kanskje har utviklingen av premisser og målsettinger rundt høyskoler og universiteter dreid seg om en sirkelbevegelse, eller en spiral? Distrikthøgskolene som ble etablert i kjølvannet av Ottosen-komiteen (1965–1970) var ment å gi tilbud om profesjonsutdanning som sykepleiere, lærere og

ingeniører til ungdom der de bodde – mens universitetene tok seg av de vitenskapelige feltene. Etter høyskolereformen i 1994 regnet vitenskapeliggjøringen ikke bare inn som nye undervisningstilbud på de statlige høyskolene, men irrigerte også profesjonsstudiene – med rett og plikt til å forske. Det ble mulig å ta doktorgrad i sykepleievitenskap (som Kjersti Nesje som den første ved Høgskolen i Oslo og Akershus i 2017). De seinere årene har enkelte av de nye universitetene, som Universitetet i Sørøst-Norge og Oslo-Met – som Jan Messel også tematiserer i avslutningskapitlet – profilert seg som *profesjonsuniversiteter* med vekt på det entreprenørielle og det yrkesrettede. På tross av at det ikke er snakk om å vende tilbake til det gamle, kan det like fullt forstås som et tankekors. Er *praksisnær forskning* og *praksisrettet akademisering* en ønsket hybrid? Dette var et konfliktfelt som kom sterkt til overflaten også for 50–60 år siden, under Helga Dagslands (1910–2003) ledelse (1967–1973) av Norsk sykepleierforbund, da mange mente, blant andre Kari Martinsen, at teoretiseringen hadde tatt overhånd i forhold til omsorgen – men altså med motsatt fortegn, på den måten at praksisnærhet nå igjen blir forstått som en målsetting.

Jan Messels store og vidtfavnende bok om profesjonsutdanningene i Oslo framstår som et verdifulle arbeid, ikke minst fordi den ambisiøst legger opp vide rammer for forståelse. Det er ambisjoner som i stor grad blir tilfredsstilt. Boka er krevende, på tross av at språket er forbilledlig presist, enkelt og godt. Den er krevende fordi den er så omfattende og rik. Det er verdt det.

Ole Georg Moseng
om@usn.no

Ole Georg Moseng er professor i historie ved Universitetet i Sørøst-Norge.

Rommet for lovlige ytringer er større enn de fleste tror

Anine Kierulf

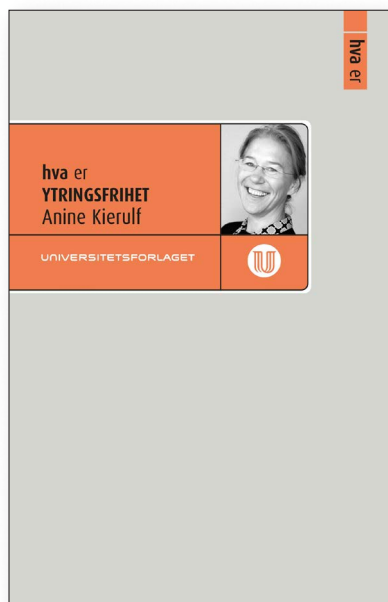
Hva er ytringsfrihet

Oslo: Universitetsforlaget, 2021

160 s.

ISBN: 9788215047577

Michael 2022; 19: 318–9.



Anine Kierulf har signert mitt eksemplar av boka *Hva er ytringsfrihet* med formuleringen *God ytring!!* Den er betegnende for tonen i teksten. Ytre deg fritt! Det bidrar til «demokrati, sannhetssøken og individets frie meningsdannelse», slik det er formulert i Grunnloven paragraf 100. Frie ytringer gir oss informasjon og perspektiver vi ikke hadde fra før, og er nødvendige for bedre innsikt, bedre politikk og opplevelse av tankefrihet. Ytringsfriheten er en nødvendig betingelse, men selvsagt ikke tilstrekkelig.

Det er fint å vite at vi ikke bare har en lovfestet rett til ytringsfrihet i Norge, men også at begrunnelsen for rettigheten er formulert som den er. Det er store ord – demokrati, sannhetssøken og fri meningsdannelse – men idealer bør vel formuleres som det de er, som idealer. Det er også fint at rettigheten tolkes og håndheves av mennesker med et

klokt blick på hva vi står overfor. Og om vi ikke stoler på dem, kan vi si fra! Anine Kierulf er en av dem jeg stoler på som bidragsyter til å sikre gode rammer for ytringsfriheten. Hun er førsteamanuensis ved Institutt for offent-

lig rett ved Universitetet i Oslo, spesialrådgiver for Norges institusjon for menneskerettigheter og ledet utvalget som utredet akademisk ytringsfrihet, som la fram sin rapport i mars 2022. Hun er en aktiv og respektert offentlig stemme, og jeg antar hun var et ganske opplagt valg for Universitetsforlaget da de inviterte henne til å skrive i *Hva er*-serien.

Gjennomgangstemaet i boka er hvor viktig ytringsfriheten er, men også at den ofte må avveies mot andre hensyn, som personvern eller behovet for særlig vern av utsatte grupper. Det brede perspektivet er nyttig. Kierulf trekker inn både hermeneutikk og kontekstens betydning for tolkning av ytringer, Arne Næss' saklighetsnormer og de rettslige ytringsgrensene. For meg var kapitlene om grensene for ytringsfriheten særlig interessante, de ga meg en oversikt jeg var ute etter.

Mange av temaene er hyppig diskutert i offentligheten. Er for eksempel brenning av Koranen en handling som bør beskyttes av ytringsfriheten? Hvor går grensene for hva offentlig ansatte kan ytre seg om uten å være illojale? Kan lærere kritisere kommunens skolepolitikk, eller leger foretakets? Rommet for lovlige ytringer er større enn de fleste tror, skriver Kierulf, og det er et stort problem fordi institusjonene selv og samfunnet rundt blir frarøvet viktig informasjon på bakgrunn av en misforstått lojalitetsplikt.

I hvilken grad gjelder dette helsetjenesten? I 2010 svarte 24 % av et representativt utvalg av leger at følgende påstand stemte helt eller middels: *Den som kritiserer risikerer sanksjoner fra avdelingsledelsen/arbeidsgiveren* (Legeforskningsinstituttet, upubliserte data) (1). Legeforeningen mottar mange henvendelser fra ansatte leger både i og utenfor sykehus som opplever at arbeidsgiver truer med å sanksjonere ytringer hvor det rettes kritikk mot arbeidsgiver eller helsevesenet (2). Det er altså all grunn til å spørre om det offentlige generelt og helsetjenesten spesielt ivaretar sitt lovpålagte ansvar om å «legge til rette for en åpen og opplyst samtale».

Litteratur

1. Førde R, Aasland OG. Moralsk stress og faglig ytringsfrihet blant leger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 1310–4. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1385>
2. Eikeland J. Illojale ytringer? *Overlegen* 2016; nr. 2: 70–1. [Illojale ytringer? \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no)

Berit Horn Bringedal
berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og arbeider som seniorforsker i Legeforskningsinstituttet.

Standardverk om mattrygghet

Jan Erik Paulsen og Jan Alexander

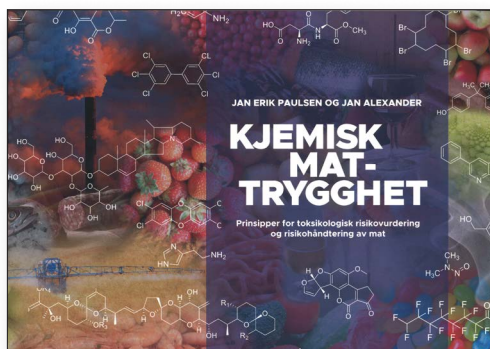
Kjemisk mattrygghet: prinsipper for toksikologisk risikovurdering og risikohåndtering

Oslo: Ink forlag, 2022

230 s.

ISBN 9788269188035

Michael 2022; 19: 320–1



Dette er en etterlengtet, nyttig og velskrevet bok om et viktig emne. Den vil forhåpentligvis bli standardverk i undervisningen og et nyttig supplement for alle som er interessert i mattrygghet, og det bør vi alle være. For meg som tidligere leder for sekretariatet i *Vitenskapskomiteen for mat og miljø* (VKM), går boka rett til kjernen i virksomheten. Her får vi presentert de ulike giftene som kan finnes i maten, enten de er der fra starten av, eller

tilkommer under produksjonen eller bearbeidingen. Boken beskriver grundig prinsippene for hvordan ekspertene vurderer helserisiko ved kjemiske stoffer, og metodologien og kjørereglene fremstår klart. Formålet er å sikre trygg mat og dermed vår helse. Noen sier at man er det man spiser.

Etter matskandalene i 1990-årene med kugalskap og dioksiner, ble det tydelig at vitenskapelige risikovurderinger måtte foretas av uavhengige eksperter og habiliteten ble svært viktig. Slik arbeider både *Vitenskapskomiteen for mat og miljø* og *European Food Safety Authority* (EFSA).

Forfatterne av boken er usedvanlig velvalgte. Jan Erik Paulsen er professor emeritus i mattoksikologi ved Veterinærhøgskolen, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) og har arbeidet både ved Rikshospitalet og Folkehelseinstituttet. Jan Alexander er lege, toksikolog, professor emeritus og har blant annet arbeidet som fagdirektør ved Folkehelseinstituttet. De har sammen utviklet undervisningen og fagutviklingen i kjemisk mattrygghet. Bedre kan det ikke bli, og det bærer boken preg av.

Hvordan foregår en risikovurdering? Den består av fire deler, der det er viktig at usikkerheten kommer frem. Vi skiller mellom *risikovurderingen*, som gjøres av de uavhengige vitenskapsfolkene, og *risikohåndteringen*, som er hvordan risikovurderingene brukes til å fastsette regelverk og utvikle politikk.

Boken favner vidt og detaljert innen fagfeltet og er systematisk oppbygget med overordnet inndeling i de ulike matgiftene. Disse behandles systematisk og grundig. Det er gode definisjoner og oversiktlige skisser og figurer samt en samlet oversikt over definisjoner og forkortelser. Sammen med et godt stikkordregister gjør dette boken lettere å lese. Jeg vil gi den min beste anbefaling.

Lars E. Hanssen
lhanss@online.no

Lars E. Hanssen er professor emeritus, tidligere helsedirektør og direktør for Vitenskapskomiteen for mattrygghet.

Slett ingen legeroman

Ole Henrik Westby

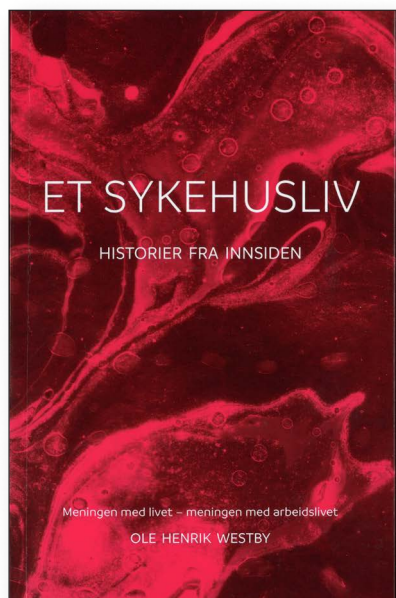
Et sykehusliv. Historier fra innsiden

Oslo: egen utgivelse, 2022

188 s.

ISBN 978-82-692805-0-0

Michael 2022; 19: 322–3



Her løper leseren ingen risiko for å støte på klamme formuleringer om at «hun møtte det stålgrå blikket hans over masken og kjente hun rødmet.» Westbys bok er en dokumentar om hvordan sykehuset oppfattes gjennom en portørs øyne. Det er skarpt sett og tidvis fornøydlig formulert. Sykehusmiljø egner seg som scene for mord, dop og forbyting, men blir virkelig interessant når pasienter er hovedpersoner. Jeg husker fortsatt hvordan Thomas Manns *Trolldomsfjellet* (1924) rystet meg, likeledes Petter Aaslestad's *Pasienten som tekst* (1997), der journal-skriving ved Gaustad sykehus river teppet til side.

Forfatterens vinkling er original, og han deklarerer allerede i forordet: «Dette er et brennende engasjert rop fra dypet av hierarkiet». Sant nok fordi portøren står nederst på rangstigen. Sitt eget arbeid beskriver han med glød og innlevelse. Poengene er mange og gode. Ingen kan spre infeksjoner raskere gjennom sykehuset enn portørene som farer mellom avdelingene. Hvorfor skal portørene som skaper flyten i sykehuset bli stuert vekk

i en skitten kjeller i stedet for å ha base sentralt i sykehuset? Og hvorfor blir rullestoler aldri rengjort mens senger vaskes og stelles etter hver pasient?

Rørende og sår er beskrivelsen av portøren i rollen som *luft*, det vil si en som ingen legger merke til, og derfor i en ideell posisjon som iakttager. Forfatteren drar stor nytte av dette brutale faktum, men konstaterer lakonisk at det gjør noe med en som menneske å bli behandlet slik. Westby konstaterer at lederne vet godt at enkelte ansatte behandles som annenrangs, men gjør ingenting med det. Ukultur kaller han det, og jeg er enig. Dette er blant bokas beste partier. I rollen som deltagende observatør undres han over den store forskjellen i ressurser mellom avdelinger når det gjelder arbeidsforholdene for ansatte. Igjen en verdifull observasjon som går under radaren i en travel hverdag.

Men hva er det som likevel skurrer? Det er noe goldt og upersonlig i beskrivelsen av menneskene som gjør jobben. Han provoseres av at arbeidsplassen er kjønnsrolleinn delt og bruker konsekvent pronomenet *hen* i omtale av personer. Menneskene blir anonyme helsearbeidere som betjener en arbeidsplass som ligner en maskin. Denne selvpålagte proletariseringen bidrar til å anemisere beskrivelsen. Jeg ville ventet at hierarkiet hadde fått en langt bredere plass. Alle som jobber i helsevesenet blir ofte omtalt som helter. Jeg forstår ikke hvorfor. Dessuten er langt fra alle helter. De er mennesker av kjøtt og blod som strever og gjør feil. Faktisk er det dynamikken mellom de forskjellige yrkeskategoriene som skaper sykehuslivet. Og vektleggingen av det kjønnsnøytrale blir en blindvei fordi et sykehus syder av kjønn. Tydeligst beskrevet er administratorene på toppen som fremstår som duster.

Hvem har glede av denne boka? Dette er en god fremstilling av den viktige jobben portører har og som er undervurdert. Boka er et *must* for alle som vurderer å ta jobb som portør. I tillegg bør den bli obligatorisk lesning for sykehusdirektører.

Stein A. Evensen

s.a.evensen@medisin.uio.no

Stein A. Evensen er professor emeritus og tidligere overlege i indremedisin ved Rikshospitalet.

Michael – hvem står bak?

Michael 2022; 19: 324–5.

Fra og med nr. 3 – 2022 har *Michael* fått ny redaksjonskomite. De som i kommende periode står bak *Michael*, er, i alfabetisk rekkefølge:

Redaksjonskomite:

Geir Sverre Braut, cand.med. Universitetet i Oslo, 1980, spesialist i samfunnsmedisin. Han har sidan 2014 arbeidd i deltidstillingar som seniorrådgivar ved Forskingsavdelinga, Stavanger universitetssjukehus, professor i helsefag ved Høgskulen på Vestlandet og i Statens helsetilsyn. Assisterande fylkeslege (1985–1994) og fylkeslege (1994–2001) i Rogaland, deretter assisterande direktør i Statens helsetilsyn (2001–2013). Han var med i Koronakommisjonen 2020–2022. Dei faglege interessene er i hovudsak knytte til samfunnsmedisin, beredskapsarbeid og tryggleiksfag. I åra 1993–1997 var han medredaktør i *Utposten*. I rykk og napp opptrer han som radioamatør (LA6BNA). (Foto: Svein Gabrielsen Lunde, Helse Stavanger HF.)



Jan C. Frich er spesialist i nevrologi, professor i helseledelse, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, og viseadministrerende direktør i Helse Sør-Øst. Han har en mastergrad i medisinsk antropologi fra Brunel University, London, og har undervist i medisinsk humaniora ved Universitetet i Oslo. Han har vært medlem av redaksjonskomiteen i *Medical Humanities*, er medredaktør i *BMJ Leader* fra 2018, og har erfaring fra *Tidsskrift for Den norske legeforening* som medisinsk redaktør 2005–2007 og som medlem av redaksjonskomiteen.

Linn Okkenhaug Getz, lege utdannet i Oslo/Trondheim. Professor i medisinske atferdsfag og seniorforsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM) ved NTNU. Nestleder ved ISM med ansvar for instituttets undervisning ved NTNUs medisinstudium. Interessert i allmennmedisin, fastlegeordningen, bærekraftig bruk av helsetjenester, kompleksitet (vitenskapsteori), sammenhengene mellom biologi og livserfaringer i et livsløpsperspektiv. Klinisk erfaring fra allmennmedisin, psykiatri og bedriftshelsetjeneste i Norge og på Island.





Christoph Gradmann er utdannet historiker og professor i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo, der han leder Avdeling for samfunnsmedisin og global helse ved Institutt for helse og samfunn. Hans forskning har fokus på smittsomme sykdommers historie i nyere tid. Han publiserte en biografi om Robert Koch i 2005. Siden har han forsket på antibiotikaenes historie, sist med et prosjekt om hvordan utviklingen av nye antibiotika tok slutt fra 1970. Han arbeider også med tuberkulosens rolle for utviklingen av global helse, blant annet med et bokprosjekt om tuberkulosens historie i Tanzania.

Cato Innerdal, spesialist i samfunnsmedisin, kommuneoverlege i Molde kommune, seniorrådgiver i Helsedirektoratet og styremedlem i Norsk samfunnsmedisinsk forening. Tidligere blant annet jobbet som ass. fylkeslege i Møre og Romsdal. I tillegg støttekollega i Legeforeningens støttekollegaordning.



Hilde L. Sommerseth, professor i historisk demografi og faglig leder ved Registreringssentral for historiske data (RHD) ved UiT Norges arktiske universitet. Som forsker er Sommerseth interessert i spørsmål om hvordan tidligere generasjoner i samme slekt påvirker helseutfallet for individer i senere generasjoner. Sentrale emner er spedbarnsdødelighet, kjønn og sykdom, historiske dødsårsaker, menneskelig kapital og sosial ulikhet i helse. Periodisk omfavner hun tida fra 1800 til tidlig 1900-tallet. RHD er partner i oppbyggingen av Norsk historisk befolkningsregister, som dekker perioden 1800 til 1964, hvor sluttpunktet kan viderekobles til det moderne folkeregisteret.

Redaktører:

Erlend Hem er instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet og professor i atferdsmedisin ved Universitetet i Oslo. Redaktør i *Tidsskrift for Den norske legeforening* i 20 år (2000–2020) og i *Michael* (2020–). Han er leder i Gruppe for norsk medisinsk fagspråk, fagansvarlig for medisinske ord i Store norske leksikon og styreleder i Helsehistorisk forum.



Øivind Larsen, professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo. Også bakgrunn i arbeidsmedisin og samfunnsmedisin. Redaktørerfaring fra mange bokutgivelser og tidsskriftene *Terapeutiske Fremskritt* 1970–1972, *Norsk tidsskrift for arbeidsmedisin* med forgjengere 1975–1993, forsidene på *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1984–2003, *Michael* 2004–.

Magne Nylenna, professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo med allsidig bakgrunn fra Legeforeningen og offentlig helseforvaltning. Redaktørerfaring fra *Utposten* 1983–1987, *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1987–2001, *Helsebiblioteket* 2005–2017 og *Michael* 2004–, samt oppslagsverk som *Store medisinske leksikon* og *Medisinsk ordbok* (Kunnskapsforlaget).



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.
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 Geir Sverre Braut
Professor Jan Frich
Professor Linn Okkenhaug Getz
Professor Christoph Gradmann
District medical officer Cato Innerdal
Professor Hilde L. Sommerseth

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 500 (2022)

ISSN 1893-9651

www.dnms.no

ISSN 1893-9651

