

Legerollen – verktøy som må voktes

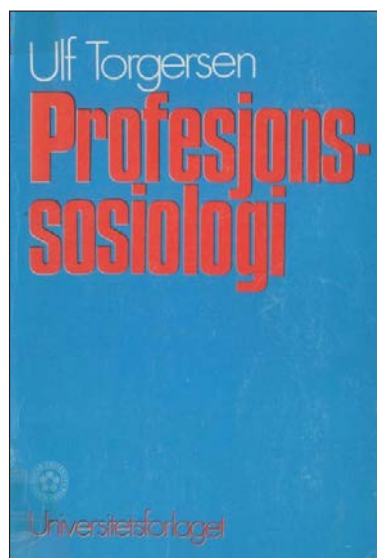
Michael 2022; 19: 215–24.

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 legeförening 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).

Legeföreningens 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 ortopedier 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

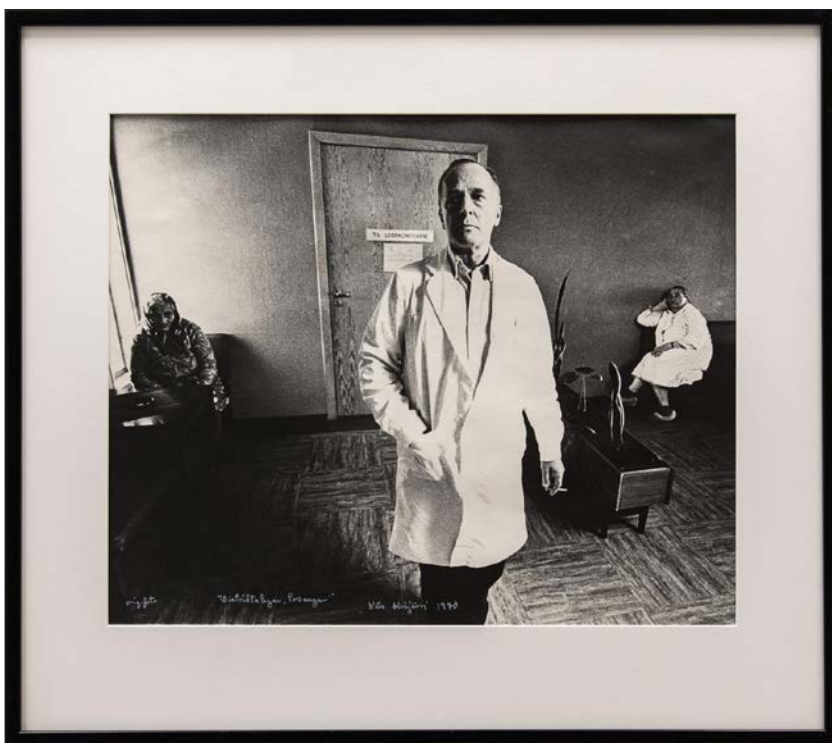


Figur 2: Christian Krohg: Bud efter Lægen (1881–1882). Trondhjems Kunstforening. (Foto: Øivind Larsen)

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). Enkeltpasientene 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 studenters 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 kommunehelseansvar 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. Betrachtinger 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.