

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 skjønnets 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.

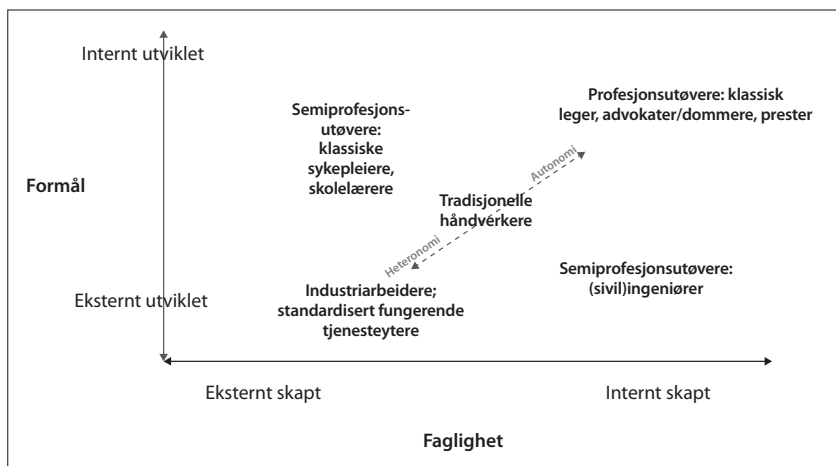
Ettersom legen var en «selvstendig næringsdrivende» måtte han be om et honorar for sin behandling. Det var legitimt – det var uttrykk for en slags *etisk egoisme*. Men legen, som var en *hjelper*, skulle se til at han ikke tok mer enn at hans tjeneste iallfall var mer verdt for pasienten enn prisen legen 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 plikttetikerne 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 plikttetikerne «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 (sonarteologi) 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 samleband. De ble forsøkt gjort til «sykdomsreduksjonsband».

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 legeföreningen 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 praksisetikkk. Hans regler var altså mer *kollegiale* enn praksisetsiske. 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 legeföreninger. Den første kom i England (1832). Danmark fikk sin i 1857, Norge i 1886, Sverige i 1903 og Finland i 1910.

Legeföreningene 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 gnisninger, 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-C0W6-9WFQ-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. «Ingeniørandalen» 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 nyttevurderingene 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 avveiningsproblemer. Kunnskapsutviklingen gjør at pre- og redesigning (skape cybernetiske 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 arbeidstaker 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 arbeidstaker 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. Etersom 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 skjønnstøvelse legen må foreta i morgen blir imidlertid mer krevende enn den var i går. Det blir den fordi morgendagens skjønnstøvelse 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 skjønnstøvelse 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. 4. 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.