
Eliteleger og grasrotleger - en økende konflikt?

REDAKSJONELT

AASLAND OG

Sosiologene har vist hvordan legene, etter hvert som de gjennom de siste 20-30 år er blitt utsatt for et økende press mot "deprofesjonalisering", svarer med å reorganisere seg internt i tre segmenter: den administrative eliten, kunnskapseliten og grasrota (engelsk "rank and file") (1, 2). Hensikten med en slik segmentering er å gjøre profesjonen mer fleksibel og motstandsdyktig mot press utenfra. Men det kan tenkes at en slik prosess også øker muligheten for en mindre splittelse.

DEN ADMINISTRATIVE ELITEN

Tidligere helsedirektør Karl Evang plasserte bevisst sine leger i sentrale administrative stillinger (3). Selv om det nåværende Helsetilsynet ikke spiller den samme rollen som Helsedirektoratet gjorde før, er leger fremdeles sentrale aktører i politikk og administrasjon. Et nytt skudd på stammen er de mange trygdelegene, som er kommet som en følge av Rikstrygdeverkets økende satsing på kontroll, både av trygdede og av leger. Her ligger en kime til konflikt, i og med at trygdelegene er satt til å overvåke sine kollegers virksomhet. En liknende dobbeltrolle, som representerer en utvidelse av det klassiske dilemmaet for fengselslegen, er nå kanskje under utvikling innen psykiatrien, i og med at det blir mulig å dømme lovbrøttere til behandling. Det er bl.a. uklart hvilket forhold de sakkyndige skal ha til de behandlingsansvarlige (4). Flere store legegrupper befinner seg i grenselandet mellom å være administrativ elite, eventuelt med budsjettansvar, og "vanlige" leger. Dette gjelder særlig avdelingsoverleger og kommuneleger/bydelsleger med administrativt ansvar. Begge disse stillingstypene innebærer store konfliktmuligheter fordi legen lett kan komme i klemme mellom arbeidsgiver og kolleger. Det kan synes som et paradoks at leger er redd for å gi fra seg administrativt ansvar av frykt for å miste sin faglige autonomi. Det er vanskeligere for den som også har et administrativt og økonomisk ansvar å stille faglige krav på vegne av pasientene eller sine kolleger, man møter fort seg selv på den andresiden av bordet. Men det er ikke bare rundt det offentlige bordet det kan oppstå administrativ uklarhet. Avstanden kan også bli stor mellom tillitsvalgte og vanlige leger (5). Å være tillitsvalgt blir raskt en krevende jobb med tilsvarende mindre kontakt med fag og kolleger. Derfor er det en god skikk at slike verv går på omgang.

KUNNSKAPSELITEN

En av de tidligste deprofesjonaliseringsteoriene var basert på at legene hadde tapt sitt "kunnskapsmonopol", og dermed sin opphøyede posisjon, ved at medisinsk informasjon etter hvert var blitt tilgjengelig for alle. Man har senere kommet til at dette ikke er noen reell trussel (6). Makten ligger ikke lenger i å ha tilgang på kunnskap, men i å kunne velge rett kunnskap i et uendelig hav av informasjon. Den opprinnelige kunnskapseliten var selvsagt de gamle, ærverdige professorene, som hadde både kompetanse, erfaring og pondus. Nå utfordres de av en ny type kunnskapsatleter, de som behersker datateknologi, som tror på kunnskapsbasert medisin og det randomiserte, kontrollerte forsøk, og som måler sin status med "science citation index" eller "impact factor". Etter hvert som det ene medisinske feltet etter det andre blir kvalitetssikret med konsensuskonferanser, prosedyrepermer og kliniske retningslinjer, blir det stadig trangere kår for den kreative, individualistiske legen. Økende kunnskapstiligelse har dessuten en interessant bivirkning: jo mer kunnskap man har, desto mer omfattende blir gråsonen mot det usikre og ukjente (7). Men kunnskap er ikke alt, spesielt ikke i medisinen. Som den administrative eliten kan kunnskapseliten lett skape sin egen subkultur, med lang avstand til den kliniske hverdag. Allianser mellom de to elitegruppene kan også lett oppstå, administratorer elsker fagfolk som uttrykker seg klart og kategorisk, ikke minst når det gjelder forholdet mellom nytte og kostnad.

GRASROTA

Den vanlige norske lege begynte som flink gutt eller jente, samvittighetsfull, redd for å dumme seg ut eller gjøre feil, med høye idealer. Det store flertallet gjør en god jobb og vil sjelden komme i søkelyset. Det er også disse "vanlige" legene som besørger brottdelen av pasientkontaktene, og som dermed er legestandens egentlige ansikt utad. Det faller i grasrotlegens lodd å overføre administrative og faglige synspunkter fra elitegruppene til pasientene. Ofte er det tunge eller kompliserte budskap som skal formidles. Det er denne formidlingsevnen som skiller den gode lege fra den mindre gode. Hvis avstanden blir for stor mellom grasrotlegene og elitegruppene, vil det ikke bare bety en splittet legestand, men også en større belastning i pasientarbeidet. Legen vil føle seg mer alene og usikker, og det blir vanskeligere å oppnå gode allianser med pasient og pårørende.

KONKLUSJON

Betegnelsene administrativ elite, kunnskapselite og grasrotleger synes å være meningsfulle også i Norge, både fordi det hos oss er en betydelig offentlig administrativ elite, der leger i forskjellig grad kommer i antagonistiske posisjoner i forhold til hverandre, og fordi den nye kunnskapseliten har en stadig økende innflytelse på organiseringen av legearbeidet. For å motvirke ytterligere splittelse er det viktig at elitegruppene ikke taper kontakten med grasrotlegene.

Olaf Gjerløw Aasland

LITTERATUR

1. Freidson E. The reorganization of the medical profession. *Med Care Rev* 1985; 42: 11-35.
2. Vinten-Johansen P, Riska E. New oslerians and real flexnerians: the response to threatened professional autonomy. *Int J Health Serv* 1991; 21: 75-108.
3. Nordby T. Profesjonskrisens periode innen norsk helsevesen - institusjoner, politikk og konfliktemner. *Historisk tidsskrift* 1987; nr 3: 301-23.
4. Aasland OG. Legen som juridisk nøtteknekker. I: Syse A, Kjøenstad A, red. *Helseprioriteringer og pasientrettigheter*. Oslo: Ad Notam/Gyldendal, 1992: 69-93.

5. Hafferty FW, Light DW. Professional dynamics and the changing nature of medical work. *J Health Soc Behav* 1995; 132-53.
 6. Haug MR. A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization. *Milbank Q* 1988; 66 (suppl 2): 48-56.
 7. Gerrity MS, Earp JA, DeVellis RF, Light DW. Uncertainty and professional work: perceptions of physicians in clinical practice. *Am J Soc* 1992; 97: 1022-51.
-

Publisert: 10. mars 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.