
Legerollen i endring

REDAKSJONELT

OLSEN B

Norske leger har gjennomlevd en betydelig rolleendring de siste 10-15 år. Grovt og litt forenklet kan utviklingen beskrives slik: fra liberalt erverv med stor autonomi til fastlønt offentlig funksjonær med innskrenket faglig frihet. Det har vært bred enighet både om økt desentralisering og økt demokratisk styring av helsevesenet, i forhold til tidligere tiders sentraliserte, hierarkiske profesjonsstyre.

Legenes samfunnskontrakt er i radikal endring. Både motstanden mot profesjonens egen administrering av spesialistutdanningen, aksepten av alternativ medisin og forslaget til lovregulering av forholdet til legemiddelindustrien må sees på som uttrykk for mistillit fra samfunnets side. Legenes oppfatning av seg selv og sinegen rolle har lenge vært utsatt for og prøvd mot øvrig helsepersonells oppfatninger av roller og relasjoner. Også her kan det ligge an til endringer, noe ikke minst høringsforslaget til ny felles helsepersonellov bærer bud om. Lovforslaget innebærer at alt helsepersonell underlegges likelydende bestemmelser om plikter og ansvar. Det begrunnes med at "ulike lover for ulike grupper vil være et signal om at gruppene har særpreg som innebærer ulik behandling" (1). Begrepet medisinsk-faglig ansvar utgår og erstattes med en generell plikt for alt helsepersonell til å innrette seg etter egne faglige begrensninger, herunder etter instruksjon fra personell med bedre kompetanse. Det er vanskelig å forstå annet enn at dette vil kunne bidra til å skape ytterligere uklare ansvarsforhold, i verste fall ført helt ut til sykesengen (2).

Anstrengelsene for å bringe helsevesenets kostnader under kontroll, spesielt satt på spissen i USA med organiseringen av "managed care", standardiserte retningslinjer og kliniske behandlingsprogrammer, og den derav følgende begrensningen av klinisk frihet, gjør at mange oppfatter at legene nå står i reell fare for å deprofesjonaliseres (3, 4). Utviklingen av faglige retningslinjer og kliniske behandlingsprogrammer er både nyttig og påkrevd, men de må ikke frata behandlende lege et selvstendig ansvar for å vurdere det enkelte tilfelle og utøve klinisk skjønn (5). *Veiledende* retningslinjer er et ubetinget gode, både som ledd i kvalitetssikring og som grunnlag for større åpenhet i beslutningsprosessen. Dagens leger kan ikke lenger gjøre bruk av nedarvet autoritet som grunnlag for kliniske beslutninger. Det er faktisk kunnskap, kunnskap om hvor man kan finne mer kunnskap og kunnskap om hvordan man kan kommunisere denne til beste for pasientene som er grunnlaget for den nye legerollen.

I dagens situasjon er kanskje noe av det mest påfallende at verken politikere eller profesjon forholder seg adekvatt til den formidable utfordring som ligger i at det *patriarkalske* og *planstyrte* helsevesen i noen gradvil måtte erstattes av det kundestyrte. Befolkningens krav til informasjon, autonomi og respekt for egnebehandlingsvalg samt den vesentlig lavere terskelen for å klage setter legene på prøve. På samme måte setteshelsevesenets organisasjon på alvorlig prøve ved økte krav til service, tilgjengelighet, forutsigbarhet ogkvalitet.

Det er både naturlig og nødvendig at profesjonsroller endres over tid. Stilt overfor dette faktum er det ingen grunn til å gå i skyttergravene. Den økte arbeidsdelingen, spesialiseringen, behovet for tverrfaglig samarbeid, ikke minstoverfor sammensatte helseproblemer, tilsier at det er behov for endring i legerollen.

Den usynlige kontrakten mellom leger og samfunn bygger på en tilpasset balanse mellom ansvar og tillit. Endeprofesjonalisering er, uaktet de dagsaktuelle stridstemaer, ikke i samfunnets interesse. Jeg vil hevde at godet medfastlegereformen - og kanskje mye av årsaken til dens suksess både blant leger og pasienter - er at den *gjennfører det personlige ansvar*. Her er en lærdom som angår hele helsetjenestens organisering.

Noe dramatisk har tilsynelatende også skjedd med legenes egenoppfatning. Det er rimelig å tro at den markerteøkningen i klage- og rettssaker virker inn på vårt kollektive selvbilde. Samtidig er legene som gruppe etter hvertlangt mindre homogen, og med betydelige interne interessekonflikter. Men når det fortsatt er misnøye og murring isykehusene etter et historisk godt lønnsoppgjør, er det et dårlig signal overfor offentligheten. Hvis profesjonen fortsatt ønsker rollen som samfunnsstøtte, kan den ikke uten omkostninger benytte heismontørenes maktmidler ilønnskampen (6).

En legestand med høy faglig og etisk standard som overvåker og slår ned på uheldige utslag innen egne rekker og somhar befolkningens tillit, er i seg selv et betydelig samfunnsgode. Den ubalanse i rolleoppfatning som er oppstått, kanraskt og ugjenkallelig komme til å forspille dette godet. Det påhviler både profesjonen og politikerne et ansvar for åhindre en slik utvikling.

Berit Olsen

LITTERATUR

1. Høringsnotat til lov om helsepersonell m.v. I-0891 B. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997 (<http://odin.dep.no/shd/publ/hoering/index.html>).
2. Aarseth HP. Lov om helsepersonell - svarteper for pasientene. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3021.
3. Armstrong D. Medicine as a profession: times of change. BMJ 1990; 301: 691-3.
4. Abelson J, Maxwell PH, Maxwell RJ. Do professions have a future? Perhaps, if they are not defensive or complacent. BMJ 1997; 315: 382.
5. Nessa J. Legerolle og klinisk skjønn. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1511-2.
6. Jensen P. Opprørsbølge og skjerpet fagforeningsprofil. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2652-3.

Publisert: 20. oktober 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

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