

Fra pīdestall til skammel

Festskrift til Olaf Gjerløw Aasland 70  r



Fra pedestall til skammel

Festskrift til Olaf Gjerløw Aasland 70 år

©LEFO - Legeforskningsinstituttet 2014

Utgiver: Den norske legeforening / Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

ISBN-13-978-82-8070-106-0 (trykt papirutgave)

ISBN-13-978-82-8070-107-7 (elektronisk utgave)

Dette festskriftet er trykt i begrenset opplag og gis ut i forbindelse med et fagseminar 1. september 2014 i Legenes hus, Oslo. Etter publisering vil festskriftet være tilgjengelig i fulltekst på LEFOs hjemmeside: <http://www.legeforsk.org>

Henvendelser om denne utgivelsen kan rettes til:

lefo@legeforeningen.no

LEFO – Legeforskningsinstituttet
Legenes hus
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Redaksjonskomité: Kari Ronge, Karin Isaksson Rø og Berit Bringedal

Grafisk produksjon/trykk: 07 Media a.s, 2014

Design/layout: Kari Ronge, LEFO, Lisbet T. Kongsvik, Samfunnspolitisk avdeling – Legeforeningen og 07 Media a.s.

Språkvask/korrektur: Bjørg Foss, Tekstlabbet, og Kari Ronge, LEFO

Forside-, innside- og baksidefotografiene er bl.a. inspirert av to artikler Olaf Gjerløw Aasland har publisert i *Tidsskrift for Den norske legeforening*: «Legerollen – fra pidentall til skammel» (i nr. 1/2006) og «Tre legegenerasjoner gjennom ett århundre» (i nr. 30/1999). Alle foto: Kari Ronge



«Hvorfor var fallet fra pedestallen så traumatisk for legene? Var det fordi pedestallen i utgangspunktet var høyere enn den burde vært, eller var det fordi fallskjermen ikke foldet seg skikkelig ut? [...] Når legenes forhold til pasienten skal bygges og utvikles, er det mange som ser på og som passer på. Vi har konkurranse fra alternativmedisinere, fra andre helseprofesjoner, kritikk fra tilsynsmyndighet, et omfattende offentlig regelverk, og forventninger om at vi skal prioritere samfunnets interesser fremfor den enkelte pasient. Vår mulighet til en myk landing ligger i å forholde oss til dette mangfoldet på en skikkelig måte. Føler vi oss truet eller kritisert, er det alliansen med pasienten som er avgjørende. Det betyr imidlertid ikke at vi alltid skal gjøre som pasienten ønsker»

Aasland OG. Tre legegenerasjoner gjennom ett århundre. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 4591–4



Foto: Einar Nilsen

Olaf Gjerløw Aasland

Forord

Legekårsundersøkelsen, med mandat å kartlegge norske legers helse, sykelighet, levekår og arbeidsforhold, startet som et treårig prosjekt i 1992. Høsten 1995 ble prosjektet videreført som Legeforeningens forskningsinstitutt, og i 2013 byttet instituttet navn til Legeforskningsinstituttet (LEFO). Legeforeningen har, sammen med Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), finansiert forskningsinstituttets arbeid.

Olaf Gjerløw Aasland, forsker og instituttsjef ved LEFO, har gjennom disse 22 årene beskrevet, utfordret og diskutert et vidt spekter av temaer relatert til legers rolle, deres holdninger og prioriteringer, egen helse og livssituasjon, autonomi, profesjonsetiske utfordringer, levevaner og karrierevalg – sammen med samfunnsmessige og organisatoriske betingelser som har betydning for god yrkesutøvelse.

Aaslands og LEFOs tillit blant norske leger har resultert i en høy andel deltakere både i den store tverrsnittundersøkelsen i 1993, i den longitudinelle oppfølgingen av leger siden da og i mer avgrensede prosjekter. Dette gir pålitelige data, som er unike også i internasjonal sammenheng. Ved sitt engasjement i egen forskning – gjennom veiledning av master-, doktorgradsstudenter og andre prosjekter – og ikke minst ved sitt samarbeid med mange aktører nasjonalt og internasjonalt, har Aasland i denne perioden bidratt til over 350 publikasjoner. Forskningen hans er svært anerkjent både i inn- og utland.

Aasland har drevet fram bokprosjekter og skrevet rapporter som har vært viktige for Legeforeningen og SOP. Han har presentert resultater ved foredrag og i undervisning, organisert internasjonale konferanser og gitt innspill skriftlig og muntlig til tillitsvalgte, avdelinger og spesialforeninger. Vi er mange som har hørt Olafs «selvsagt» som svar på om han kan bidra i forskjellige sammenhenger.

I dette festskriftet har tidligere og nåværende samarbeidspartnere skrevet om temaer innenfor det fagfeltet som LEFOs leder har vært opptatt av. Som i Aaslands egen forskning er lerretet bredt, med plass til forskjellige viktige og interessante perspektiver og diskusjoner.

Det var LEFOs stab som tok initiativ til denne antologien. I tråd med den uavhengige stillingen LEFO har i forhold til Legeforeningen og SOP, ble det naturlig at tre av Aaslands nåværende kolleger redigerte den.

Som lege, forsker, professor og sjef har Olaf Gjerløw Aasland selv ikke sittet på noen pidestall, men stått trygt på den skammel han beskriver, med fire bein – «medisinsk kunnskap og kompetanse, selvstendighet og integritet, samfunnsansvar og samarbeidsevne og en høy etisk standard».

Vi vil benytte denne anledningen til å takke Olaf for meget god og verdifull innsats gjennom mange år.



Hege Gjessing
President
Den norske legeforening



Geir Riise
Generalsekretær
Den norske legeforening og forretningsfører SOP

Innhold

Innledning

Berit Bringedal, Karin Isaksson Rø og Kari Ronge 8

Opprettelsen av Legeforeningens forskningsinstitutt (LEFO)

Jon Haffner og Hans Asbjørn Holm 14

«Legekårsundersøkelsen er i gang!»

– Faksimile, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 13, 1992; 112: 1770

Olaf Gjerløw Aasland 21

En vis mann fyller 70

Hans Kristian Bakke 22

Legen – apokalypse nå?

Jan Frich 26

Striden om legetakstene 1948–1952

– En norsk variasjon over et profesjonssosiologisk tema

Per Haave 34

Butikk og byråkrati

– Om Helsetjenesteaksjonens kritikk av dagens styringssystem

Berit Bringedal 48

Ofrer vi sykehistorien på evidensens alter?

Erik Falkum 58

Psykiaterens rolle under press

– Sideblikk 2009–2014

Per Vaglum 68

«Flere gode leveår for alle»

– En karakteristikk av utviklingen av folkehelsearbeidet og av Olaf Gjerløw Aasland som folkehelsestrateg

Ole Berg 80

Fra fagfolk til folk flest

– Utviklingstrekk i medisinsk fagformidling

Magne Nylenna 94

Alkohol og leger – hvor mye er for mye? <i>Reidar Tyssen</i>	106
Legeledere i Norge og Tyskland – hva er forskjellen? <i>Judith Rosta</i>	114
Legeetikk quo vadis? <i>Reidun Førde</i>	124
Næring til god læring – Betydningen av legen som rollemodell i læresituasjoner <i>Cecilie Normann Birkeli</i>	132
Legeforskningen – har den lyktes? – En presentasjon av Olaf Gjerløw Aaslands vitenskapelige publikasjoner 1992–2014 <i>Karin Isaksson Rø</i>	140
Hvem er vi? Hva gjør vi? – En oppsummering av Legeforskningsinstituttets virksomhet 1992–2014 <i>Kari Ronge og Wenche S. Hvitmyhr</i>	156



På øverste hylle. Detalj fra innredningen, Olaf Gjerløw Aaslands kontor. Foto: Kari Ronge

Innledning

En antologi er en naturlig markering av at Olaf er 70 år. En mann som har brukt mesteparten av sitt voksne liv på å skrive, bør få en bok i gave. Vi, hans kolleger ved Legeforskningsinstituttet (LEFO), inviterte derfor tidligere og nåværende samarbeidspartnere til å bidra til et festskrift, og den foreliggende boken er resultatet.



De fleste artiklene i samlingen er skrevet av forskere som enten har vært eller er tilknyttet LEFO. Det er et lite institutt, men det har produsert mye – både i form av vitenskapelige artikler, bøker og andre publikasjoner. Olafs rolle i realiseringen av dette har vært avgjørende, han bygget miljøet fra starten av, og har vært instituttets leder i mer enn 20 år.

Legeforskningsinstituttet ble etablert som en forlengelse av et treårig forskningsprosjekt som skulle undersøke legers helse, sykkelighet, levekår og arbeidsvilkår. *Jon Haffner* og *Hans Asbjørn Holm* var sentrale aktører, først i iverksettelsen av Legekårsundersøkelsen og siden ved etableringen av det permanente Legeforskningsinstituttet. Deres bidrag er en beskrivelse av historien rundt opprettelsen av instituttet.

Hovedtyngden av LEFOs virksomhet er finansiert av Sykelønns- og pensjonsordningen for leger (SOP). Mangeårig styreleder for SOP og tidligere president i Legeforeningen, *Hans Kristian Bakke*, presenterer noen tanker om betydningen av LEFO for leger generelt og for

Olaf Gjerløw Aaslands kontor i Legenes hus. Foto: Kari Ronge

SOP spesielt. Ikke minst legger han vekt på betydningen av instituttets uavhengige rolle for at forskningen skal bli god og til å stole på.

Et fremtredende trekk ved Olaf som leder og forsker er hans frie stil – som i bunn og grunn bygger på tillit til den andres kompetanse. Gi folk frie tøyler, så kommer det gode ting ut av det. I denne stil la vi vekt på at det var helt og holdent opp til de 17 forfatterne selv å bestemme form på og innhold i sitt bidrag. Olaf-strategien viste seg å fungere svært godt. Ikke bare ble bidragene interessante artikler, det viste seg at de også dekker en stor bredde av problemstillinger som er sentrale i forskning om leger, medisinen og helsetjenesten.

Jan Frich starter sitt bidrag med å notere at Olafs perspektiv på legenes situasjon og posisjon skiller seg ut fra mye annen forskning på dette feltet ved ikke å fokusere på det problematiske – i Frichs termer «apokalyptiske beskrivelser» – i legenes situasjon i dagens helsetjeneste. Det kan se ut til at mange helsetjenesteforskere generelt, og legeforskere spesielt, lar seg friste av problemer. Gudmund Hernes skrev en gang at en liste over hovedfagsoppgaver i sosiologi ser ut som et alminnelig synderegister; det er få der som setter seg fore å forklare det som fungerer godt. Så også i de fleste studier av legers helse og arbeidsforhold. Der mange forskere problematiserer legenes tap av (individuell) autonomi, peker Aasland på mulighetene til å påvirke en nødvendig utvikling av faget ved å bruke profesjonens kollektive autonomi.

Sammenligningen med sosiologien er ikke tilfeldig. Olafs faglige tilbøyeligheter går i sosiologisk retning, ikke minst hentes innsikter fra teorier og perspektiver i profesjonssosiologien. Jan Frichs diskusjon av aktuelle og fremtidige endringer i legerollen fører seg inn i denne tradisjonen.

Også *Per Haaves* artikkel tar opp et profesjonssosiologisk tema, med historisk blick. Han viser hvordan striden om legetaksten i perioden 1948–1952 var en kamp om profesjonens herredømme over egen virksomhet. Eller sagt på en annen måte, statens ønske om å regulere legenes virksomhet ble sett som en trussel mot den faglige autonomien. Striden endte den gangen med at legene vant – de beholdt makten over takstene i mange år. Først i 1974 gikk kontrollen med takstene i privat praksis utenfor sykehus tapt, med den såkalte Normaltariffen. Hadde ikke profesjonen til slutt gått med på tøyte legemakten på dette punktet, hevder Haave, ville Legeforeningen «... ha plassert seg selv på sidelinjen som representant for en laugsrolle uten legitimitet i det politiske demokrati».

Detalj fra utstillingsmonter på Olaf Gjerløw Aaslands kontor. Flere instrumenter han har samlet og restaurert, fins på en nettutstilling han laget i 2006 i forbindelse med festspillene i Bergen (<http://bergenmuseum.uib.no/nettutstillinger/bandoneon/om.html>).

Foto: Kari Ronge



Balansegangen mellom profesjonell autonomi og samfunnsmessig kontroll er et kjernepunkt i profesjonssosiologien. Flere av bidragene i antologien tar opp dette temaet, fra forskjellige innfallsvinkler. Per Haaves historiske gjennomgang viser hvordan dette ikke er et nytt tema, noe man av og til kan få inntrykk av i de faglige og politiske diskusjonene om utviklingen i helse-tjenesten.

I dag er det mange som uttrykker uro over hvordan evidensbasert medisin og økonomisk tankegang endrer det kliniske arbeidet. En særlig kraftfull kritikk er formulert av de som står bak Helse-tjenesteaksjonen, som hevder at den medisinske kvaliteten står i fare som resultat av fagfolkenes reduserte innflytelse. *Berit Bringedal* diskuterer oppropet deres i sin artikkel, og hun argumenterer for at legene i stedet for å ta avstand fra styringsindikatorer bør sterkere inn i utformingen av indikatorene – som en motmakt til utvendige eller ikke-faglig informerte styringssystemer. Hennes argument er basert på at styring og prioritering er unngåelig, enten det foregår erkjent og intendert eller ei.

Også *Erik Falkums* artikkel kretser rundt lignende tematikk. Han diskuterer hvordan endringer i både styringssystemet og de faglige perspektivene ser ut til å ha ført til at den individuelle syke-historien ignoreres, eller får for liten plass i klinisk behandling. Selv om han gir psykiatrien mest oppmerksomhet, hevder han at perspektivene også har relevans for (deler av) somatikken. En årsak til utviklingen er dagens fokus på evidens, sammenlignbarhet – og diagnoser. Er det slik at vekten på diagnosen fortrenger oppmerksomheten på den individuelle sykehistorien? Det er i så fall særlig uheldig i sammenhenger der sykdom og behandling henger tett sammen med pasientens samlede kontekst og erfaringer. Kanskje er også økte produktivitetskrav en årsak, anfører Falkum. Han konkluderer med å diskutere hvordan dette ikke bare har negative virkninger for pasientene, men også for behandlere.

Per Vaglum diskuterer også endringer i psykiatrien og i psykiatrisk behandling. Han gjengir noen av sine «Sideblikk» publisert de senere år i fagbladet *Psykiateren* – tekster som til sammen gir et bilde av noen av de utfordringene han ser for seg. Alle kretser rundt spørsmålet om hvilken rolle psykiateren skal ha, og hvilke betingelser som må være til stede for god psykiatrisk behandling. Dette dreier seg ikke bare om ressurser – selv om det er viktig – men også om faglig innsikt og hvilken forståelse som legges til grunn for psykiaterens rolle.

Hovedtyngden av Olafs virke har vært ved Legeforskningsinstituttet, men hans bakgrunn både fra alkoholomsorgen og det daværende Sosialdepartementet har satt viktige spor. Ole Berg benytter Olafs arbeid med utredningen *Flere gode levekår for alle – Forebyggingsstrategier* (NOU 1991: 10) som en ansats til en bred beskrivelse av historiske, kulturelle og politiske endringer i synet på helsetjenestens rolle, eller hva som er den beste måten å sikre eller bedre befolkningens helse på. En rød tråd i fremstillingen er hvordan forebygging og folkehelsearbeid har dominert i én periode, klinisk behandling i en annen. Han plasserer Olafs perspektiv i folkehelsetradisjonen, gjennom hans fokus på forebygging og at de sosiale og fysiske omgivelser er de viktigste helsefremmende eller -ødeleggende faktorer. Ole Berg argumenterer for at det er en innebygget spenning mellom

folkehelseperspektivet og målet om likhet i helse, som sjelden diskuteres, verken av Olaf eller andre. Å prioritere ressurser til forebygging innebærer «til dels å ta fra de (eldste) sykeste og gi til de (yngste) friskeste», hevder han.

Opplysning er et stikkord i folkehelseperspektivet. Det bygger på tanken om at gjennom informasjon blir samfunnsmedlemmene bedre i stand til å ta vare på egen helse. *Magne Nylenna* skriver i sitt bidrag om medisinsk fagformidling rettet mot folk flest. Med en historisk tilnærming identifiserer han to tendenser. Den ene er at avstanden mellom fagfolks og legfolks innsikt og forståelse blir mindre med økt utdanningsnivå, ny informasjonsteknologi, økte brukerrettigheter og endringer i holdninger til informasjonsdeling. Det andre trekket han identifiserer, er endringen fra en tidligere tiders individualisert informasjonsdeling til en kollektiv, sentralt drevet informasjonsformidling, tilbake igjen til en mer individualisert informasjonsdeling. De siste desenniers vekt på den sentralt formidlete helseinformasjonen står for fall i Internettets æra. «Etter en lang periode med grupperettet formidling gjennom mer eller mindre autoritative medier er vi på vei tilbake til en mer uoversiktlig og ustyrbar én-til-én kommunikasjon», skriver han.

Reidar Tyssen tar utgangspunkt i Olafs mest kjente og siterte artikkel, nemlig «Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)», som han skrev sammen med kolleger i 1993 (Saunders, Aasland et al.). Tyssen bruker denne som ansats til å diskutere alkoholbruk i befolkningen generelt, og blant leger spesielt. Både når det gjelder fysisk aktivitet og røyking, har leger en mer helsefremmende atferd enn befolkningen generelt, men ikke hva gjelder alkohol. På tross av kunnskap om helsemessige konsekvenser og samfunnskostnader hevder Tyssen at leger ser ut å undervurdere problemer forbundet med stort alkoholforbruk, både hos seg selv og hos sine pasienter.

Legers alkoholbruk er også et område som *Judith Rosta* har studert. Sammen med Olaf har hun publisert flere artikler som sammenligner leger i Norge med leger i andre land. I det aktuelle bidraget presenterer Rosta resultater fra en sammenligning av norske og tyske leger som er ledere i helsetjenesten. Hvordan deres arbeidssituasjon og helse er, må antas å virke inn på hvordan de utøver ledelse. Leger i Norge har bedre arbeidsvilkår og jobbtilfredshet enn leger i Tyskland, dette gjelder også for legeledere. Hun viser at muligheten til å kombinere jobb og privatliv, ikke minst samvær med barn, er langt bedre i Norge enn i Tyskland.

Et sentralt forskningsfelt for Legeforskningsinstituttet er legeetikk. *Reidun Førde* diskuterer i sin artikkel hvilke utfordringer hun ser for seg i det profesjonsetiske arbeidet i dag. Fra sine tidligere ståsteder som forsker ved Legeforskningsinstituttet og leder av Legeforeningens råd for legeetikk, samt dagens posisjon som professor i medisinsk etikk og koordinator av de sykehusbaserte kliniske etikkomiteene har hun et solid basert utsiktspunkt. Hun understreker Legeforeningens rolle i det etiske arbeidet, og hun ser en risiko for at profesjonsinteresser og juss kan svekke profesjonsetikken. En grunntone i artikkelen er nødvendigheten av å kultivere den etiske kompetansen blant enkeltleger: «Så lenge legeprofesjonen vil vere ein profesjon og ikkje lydige funksjonærer, må dei drive sjølvjustis og arbeide med etiske rammer for profesjonen», skriver hun. Rådet for

legeetikk og Legeforeningen er sentrale i dette arbeidet, men også, og ikke minst, i etikkarbeidet i klinikken.



Detalj fra hylle på Olaf Gjerløw Aaslands kontor. Foto: Kari Ronge

Legeforskningsinstituttet har bidratt i en evaluering av hvordan veiledningsordninger for leger i spesialisering (LIS) fungerer. Basert på dette arbeidet diskuterer *Cecilie Normann Birkeli* i sin artikkel betingelser for god læring i klinikken, med særlig vekt på legen som rollemodell.

Undersøkelsen blant LIS-leger viser at det er betydelig rom for forbedring på dette området. Dette gjelder både praktiske og ressursmessige forhold, som at det settes av tid til veiledning, i tillegg til en forståelse for hvordan læringen foregår.

Profesjonssosiologi, legeetikk, folkehelsearbeid, alkoholforskning, leger som ledere, og leger som lærer – alt er eksempler på forskningstemaer og områder som Olaf har jobbet med. Gjennom sin tid ved LEFO står han bak mer enn 200 publikasjoner, 153 av dem er originalartikler i fagfellevurderte tidsskrifter. *Karin Isaksson Rø* har samlet og systematisert hans produksjon i denne perioden og presenterer resultatet i sitt bidrag. Hun identifiserer «bevegelser» i forskningen hans, som for eksempel en endring i fokus fra bekymringer for legers helse til å bli mer opptatt av årsaker til tilfredshet. Hun peker også på en bevegelse fra en medisinsk tilnærming til et større fokus på samfunn og samfunnsvitenskapelige perspektiver. Avslutningsvis diskuterer hun hvor legeforskningen står i dag, og antyder noe om hva som trengs av kunnskap fremover.

Til sist i denne antologien gir *Kari Ronge* og *Wenche S. Hvitmyhr* en oppsummering av virksomheten ved LEFO i de 22 årene instituttet har bak seg. De tar utgangspunkt i forgjengeren, det treårige forskningsprogrammet Legekårsundersøkelsen, og gir en historisk presentasjon av sentrale personer i og rundt LEFO og hvilke forskningstemaer som har vært fremtredende, med særlig vekt på de longitudinelle studiene.

Tittelen på denne antologien er hentet fra en av Olafs tekster der han ikke bare argumenterer for at legen må ned fra pidestallen, men også at han må stå solid på fire ben. Bredden i festskriftet gjenspeiler noen av Olafs forskningsmessige interesseområder. Vi snakket nylig om hvordan en generasjon av pensjonerte profesjonelle kan få vansker med å tre ut av sin profesjonelle rolle fordi livene deres har vært så fylt av jobben. «*De mangler et bandoneon-verksted i kjelleren*», utbrøt Olaf, som i høyeste grad viser at han er en mann med flere ben å stå på.

Oslo, 21. august 2014
Berit Bringedal, Karin Isaksson Rø og Kari Ronge
Redaksjonskomité

Litteratur

Saunders, JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR og Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. Addiction 1993; 88: 791–804.



Foto: Kari Ronge

Jon Haffner

(f. 1940) er MBChB fra University of Glasgow (1964), dr.med. (1974) og MHA (1992) fra Universitetet i Oslo og er spesialist i generell og gastroenterologisk kirurgi. Han har vært avdelingsoverlege, klinikkisjef og sjeflege ved sykehuset i Drammen (1994–2007) og, med permisjon, fagdirektør i Helseregion Sør (2005). Samtidig var han professor i propedeutisk medisin ved Odontologisk fakultet, UiO (2004–2007). Haffner har vært formann i Norsk kirurgisk forening (1982–86), generalsekretær i Nordisk kirurgisk forening (1992–98) og president i Den norske legeforening (1988–91). Han var i 2011 hovedredaktør for jubileumsboken *Surgery in Norway – A Comprehensive Review at the 100-year Jubilee of The Norwegian Surgical Society 1911–2011* (www.surgery-in-norway.no).

Opprettelsen av Legeforeningens forskningsinstitutt (LEFO)

Oppsummering

Å fremme vitenskapelig aktivitet har vært en del av Legeforeningens formål siden den ble stiftet. Det faglige arbeidet i foreningen har i stor grad vært ledet og drevet av sekretariatet, selv om medlemmene, og især presidentene, selv har vært vitenskapelig aktive.

Opprettelsen av Legeforeningens forskningsinstitutt var et naturlig skritt i foreningens vitenskapelige virksomhet. Det som særlig påskyndet prosessen, var behovet for mer kunnskap om legers helse og funksjonsevne. I slutten av 1980-årene økte antall bekymringsmeldinger til Legeforeningen om leger som viste tegn til utbrenthet, og som hadde behov for psykiatrisk hjelp. Håndtering av disse problemstillingene ble en viktig del av foreningens virksomhet. Behovet for kunnskap på dette feltet meldte seg med stor tyngde, og den kunnskapen måtte innhentes gjennom god forskning. Vi trengte en vitenskapelig basert undersøkelse, og det ble «Legekårsundersøkelsen». Denne ble grunnlaget for det som først ble kalt Legeforeningens institutt for helsepersonellforskning (1995) – senere Legeforeningens forskningsinstitutt (1996), og som i dag er Legeforskningsinstituttet (LEFO).

At det innenfor Legeforeningen er utviklet et forskningsmiljø med stor anerkjennelse og kompetanse, gir foreningen legitimitet i samarbeidet med de medisinske fakulteter – for eksempel dekanmøtene, og med Forskningsrådet.

Opprettelsen har vært en stor suksess. Utbyttet har ikke bare oppfylt forventningene, men langt overgått dem. Frem til instituttets 20-årsjubileum i 2012 hadde det produsert eller bidratt til elleve doktoravhandlinger, tre bøker og flere enn 300 vitenskapelige artikler i fagfellelvurderte nasjonale og internasjonale tidsskrifter (1).

Denne suksessen skyldes i hovedsak den innsats Olaf Gjerløw Aasland har gjort som leder og aktiv deltaker i instituttet fra det ble startet. Aasland fikk et høyst fortjent professorat ved Universitetet i Oslo i 1996, og har også hatt en fremskutt rolle i Norges forskningsråd.

Bakgrunnen

Opprettelsen av Legeforeningens forskningsinstitutt var et naturlig skritt i utviklingen av foreningens faglige og vitenskapelige virksomhet.

Da Den norske lægeforening ble stiftet i 1886, var det dels på grunn av misnøye med den medisinske utdanning, dels på grunn av behovet for en forening som kunne ivareta legenes interesser på nasjonalt nivå. Ikke minst så man behovet for å kunne fremme legenes synspunkter i offentlige faglige saker, der de opplevde at deres ekspertise ikke ble tatt tilstrekkelig hensyn til (2). Stifterne ønsket også å styrke den medisinske forskningen i Norge. I Legeforeningens opprinnelige formålsparagraf (§ 2) står det da også: «c): at fremme videnskabeligt arbejde» (3).

De faglige foredragene var dominerende i foreningen de første åtte år, bare en tredjedel av sakene på Legemøtet, foreningens den gang høyeste organ og forløperen til det nåværende landsstyremøtet, var fagforeningssaker (4).

Etter hvert ble fagforeningssakene, legers arbeidskår og avlønning mer viktige – og kom til å dominere Legeforeningens årlige møter. De faglige forholdene ble i økende grad sentralstyrets og sekretariatets oppgaver.

Det ble gjort en stor innsats på mange områder, og foreningen engasjerte seg sterkt i de fleste helsepolitiske spørsmål som var oppe i tiden. De viktigste faglige sakene i foreningens første hundre år, som omtales spesielt i Jørgen Berners jubileumsskrift fra 50-årsjubileet (2), var:

- Den medisinske undervisning
- Det offentlige legevesen
- Tuberkulosearbeidet
- Kreftarbeidet
- Sykepleien
- Kvakksalveriet

I tillegg bør avholdssaken nevnes spesielt. Den ble først tatt opp på foreningens Legemøte i 1901, og ble i stor grad en merkesak for Rasmus Hansson, trolig Legeforeningens mektigste generalsekretær (5).

Ved hundreårsjubileet i 1986 hadde Sekretariatet ni avdelinger (6):

- Visegeneralsekretariatet: medisinske spørsmål og utredning
- Økonomiavdelingen
- Forhandlingsavdelingen
- Organisasjonsavdelingen
- Utdanningsavdeling 1
- Utdanningsavdeling 2
- Pedagogisk avdeling
- Informasjonssekretariatet
- Annonse- og markedsavdelingen



Foto: Privat

Hans Asbjørn Holm

(f. 1941) er cand.med. (1967) og dr.med. (1988) fra Universitetet i Oslo og er spesialist i indremedisin (1979). Han har vært leder for Legeforeningens pedagogiske avdeling (1985–89), konstituert generalsekretær (1990–91), visegeneralsekretær (1991–2000) og fagdirektør (2000–06). Holm var styremedlem/formann i Yngre legers forening (1969–73), formann i Norsk indremedisinsk forening (1984–85), styremedlem i Association for Medical Education in Europe (1996–99), visepresident i UEMS – Den europeiske forening for lege-spesialister (1996–2002), leder av «Medical training, continuing professional development and quality improvement subcommittee» i CPME (1998–2002), styreleder ved Psykososialt senter for flyktninger, UiO (1993–97) og leder av Fylkesrådet for funksjonshemmede i Oslo (1993–99).

«Opprettelsen av
Legeforeningens
forskningsinstitutt
var et naturlig
skritt i foreningens
vitenskapelige
virksomhet.»

Det meste av den faglige aktiviteten kan best beskrives som medisinsk-politisk. Nesten alt arbeidet ble utført av de ansatte i sekretariatet. Det ble styrket da Utredningsavdelingen (nå Sanfunns-politisk avdeling) ble opprettet i 1988.

Legeforeningen innførte spesialistreglene i Norge i 1918 og beholdt fortsatt ansvaret for spesialist-utdanningen på delegasjon etter at det lovmessig ble overført til Sosialdepartementet i 1982 (7). Det ble forsket på medisinsk utdanning i Pedagogisk avdeling, men ellers var det ingen systematisk vitenskapelig forskning i sekretariatet.

Foreningen hadde etablert regelmessige årlige møter med Universitetet i Oslo, etter hvert med alle universitetene (dekanmøtene) og med Norges allmennvitenskapelige forskningsråd (NAVF). I disse møtene var det vanlig at ikke bare sekretariatet, men også Legeforeningens president deltok.

Presidentene hadde helt siden foreningen ble startet, i stor grad selv vært vitenskapelig aktive. Foreningens første president, Joachim Voss, var professor dr.med. og hadde publisert flere enn 125 artikler. Hans etterfølger Klaus Hanssen var en av lederne i tuberkulosesaken. Han var bosatt i Bergen og hadde ikke noe professorat, men skrev flere enn 100 medisinske publikasjoner. Mange av etterfølgerne var også meget aktive i tidens viktigste medisinsk-politiske saker. Av de i alt 37 presidentene frem til 1990 hadde 18, det vil si halvparten, medisinsk doktorgrad, ti hadde vært eller ble professorer og to dosenter, det vil si en tredjedel. Nesten alle hadde publisert vitenskapelige artikler, flere av dem hadde forfattet over 100 publikasjoner, også blant dem som ikke hadde doktorgrad! (5). De fleste av presidentene var derfor utvilsomt interessert i vitenskapelig aktivitet.¹

Ingen av dem hadde imidlertid vært forskningsmessig aktive på Legeforeningens vegne, men mye av det de og andre medlemmer i foreningen skrev, ble formidlet via *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Frem til 1924 var generalsekretæren, Rasmus Hansson, redaktør for både den medisinsk-faglige delen og fagforeningsdelen, men dette ansvaret ble så delt, slik at den faglige delen ble overtatt av en egen redaktør, mens fagforeningsdelen fortsatt ble redigert av generalsekretæren frem til 1990, samme år som arbeidet for å opprette en forskningsavdeling i Den norske legeforening begynte for alvor.

Generalsekretærene hadde i mindre grad enn presidentene hatt vitenskapelig skolerung og aktivitet, men var til gjengjeld, som nevnt ovenfor, meget aktive både i den nasjonale helsepolitikken og når det gjaldt publikasjoner om aktuelle helsespørsmål.

I 1990 hadde for første gang både president og konstituert generalsekretær medisinsk doktorgrad og var forskningsmessig aktive, og i tillegg hadde begge vært aktive deltakere i dekanmøtene. De

¹ Det er for øvrig verdt å merke seg at heller ikke jubilanten som blir hedret med dette festskriftet, har disputert for doktorgraden. Slik føyer professor Aasland seg inn i rekken: Det er ikke doktorgraden som avgjør hvilken akademisk kompetanse man har, men den samlede vitenskapelige produksjon. Den høyeste formelle akademiske kompetansen som kan oppnås, er professorkompetanse, og selv denne vurderes bare hvis man søker eller blir tilbudt et professorat, slik jubilanten ble allerede i 1996.

følte behov for å etablere en egen forskningsaktivitet i Legeforeningen på områder med spesiell relevans for Legeforeningens medlemmer, og med en kvalitet som viste at foreningen var en seriøs forskningsaktør.

På den tiden var det særlig fire problemområder som var spesielt aktuelle for legegruppen: alkoholvaner, utbrenthet, selvmordsproblematikk og røykevaner.

Alle disse problemene var høyst relevante for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). Det var derfor lett å få SOPs leder, Dagfinn Gedde-Dahl, som selv hadde medisinsk doktorgrad, til å anbefale SOPs styre å gi støtte til finansiering av relevant forskningsaktivitet.

Det meste var derfor på plass for etableringen av Legekårsundersøkelsen, som et prosjekt som kunne utvikle kompetanse til å styrke arbeidet med legers helse og funksjonsevne, og som også kunne styrke foreningens faglige og forskningsmessige virksomhet, og på sikt gjøre det mulig å etablere en forskningsavdeling i sekretariatet.

Proessen fra Legekårsundersøkelsen til forskningsinstitutt

I slutten av 1980-årene kom det et økende antall bekymringsmeldinger til Legeforeningen sentralt om leger som viste tegn på utbrenthet, og som hadde behov for psykiatrisk hjelp. Dette var ikke et isolert norsk fenomen. I vår deltakelse i European Forum for Medical Associations (EFMA) hørte vi flere bekymringsmeldinger om økende suicidalfrekvens blant leger i Europa.

I 1990 startet Vest-Agder legeforening, som den første av Legeforeningens fylkesavdelinger, en støttegruppe for leger – en ordning som raskt spredte seg til de øvrige avdelingene.

I sitt møte 20. juni 1990 behandlet sentralstyret tre søknader om finansiell støtte med relasjon til «legekår»:

- 1) Turnuskandidaters sosiale og arbeidsmessige forhold i Østlands-området
- 2) Kartlegging av turnustjenestens innhold og gjennomføring
- 3) En spørreundersøkelse om arbeidsforhold og sosiale forhold for norske leger

I sentralstyrets vedtak kan man ane konturene av det som senere skulle bli Legekårsundersøkelsen: *«Det oppnevnes et utvalg med representanter fra Of, Ylf, Oll og Psl med et formål å utarbeide et forprosjekt for en undersøkelse om arbeidsforhold og belastninger i legeyrket. Utvalget skal fremme forslag til hva en slik undersøkelse bør inneholde, organisering av undersøkelsen og kostnadsoverslag ...»*

I januar 1991 avholdt utvalget et møte der blant annet Bengt Arentz fra Stresslaboratoriet ved Karolinska Institutet i Stockholm redegjorde for en omfattende undersøkelse som Sveriges läkarför-

«Vi trengte en vitenskapelig basert undersøkelse, og det ble Legekårsundersøkelsen.»

bund hadde gjennomført i 1986, og som kartla arbeidsforhold og psykososiale forhold, som blant annet utbrenthet. Dette var et viktig innspill til det videre arbeidet i Norge.

På ledermøtet for fylkesavdelingenes ledere i januar 1991 var «den utbrente lege» og «helse-tjeneste for leger» hovedtemaer. De tillitsvalgte lederne fra alle landets fylker utvekslet erfaringer fra et arbeid som var i sin spede begynnelse. Rådet for legeetikk, under ledelse av Knut Rasmus-sen, var sterkt engasjert i problemstillingen og foreslo for sentralstyret at det ble iverksatt en evalu-ering av temaer relatert til nettopp «den utbrente lege» og «helsetjeneste for leger».

I april 1991 vedtok sentralstyret å gi sin tilslutning til rådets forslag og fattet følgende vedtak: «Sentralstyret besluttet å henvende seg til Rådet for legeetikk og til Vest-Agder legeforening med anmodning om at det fra hver av de tilskrevne ble oppnevnt en representant.»

Endelig besluttet sentralstyret å anmode arbeidsgruppen om å kommunisere med Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), som hadde påtatt seg å se særskilt på temaet «helsetjeneste for leger».

Det er ganske klart at økonomisk engasjement og forståelsen i SOPs styre for de utfordringer som den hjelpetrengende lege representerer, har vært helt avgjørende for utviklingen av forskningen på dette feltet.

Innstillingen fra utvalgsarbeidet, som ble vedtatt iverksatt i juni 1990, ble behandlet av sentral-styret i juni 1991. Da ble det fattet et vedtak som man kan si er den formelle starten på Legekårs-undersøkelsen:

«Under forutsetning av at det kan finnes en tilfredsstillende finansiering, iverksettes en under-søkelse av legers arbeidsmiljø, yrkesaktivitet, helse og sykdom. Undersøkelsen organiseres etter den prosjektmodell som et utvalg oppnevnt av Sentralstyret har anbefalt. På bakgrunn av under-søkelsens formål vil Sentralstyret henstille til Sykehjelps- og pensjonsordningen for legers (SOPs) styre å bevilge de nødvendige midler til gjennomføring av undersøkelsen.»

Det ble etablert en styringsgruppe bestående av Jon Haffner (president i Legeforeningen), Dagfinn Gedde-Dahl (leder av SOP), Tone Sparr, Bjørn Halvorsen og Hans Asbjørn Holm (konstituert generalsekretær).

Vedtaket om å iverksette Legekårsundersøkelsen forutsatte at det – i tillegg til en styringsgruppe – også skulle etableres en referansegruppe. Sentralstyret oppnevnte denne i januar 1992 og besluttet at den skulle bestå av representanter for de ulike delene av Legeforeningen:

- Christian Cappelen Smith, Allment praktiserende legers forening
- Jørgen H. Berner, Eldre legers forening
- Anne Kari Rom, Norsk bedriftslegeforening

«Opprettelsen
har vært en
stor suksess.
Utbyttet har
ikke bare oppfylt
forventningene,
men langt
overgått dem.»

- Vigdis Niemi, Norsk medisinerstudentforening
- Rolf Schøyen, Norsk overlegeforening
- Toril Hagerup Jensen, Offentlige legeres landsforening
- Christina Johannessen, Praktiserende spesialisters landsforening
- Guttorm Bratnebø, Yngre legers forening

Parallelt med etablering av styringsgruppe og referansegruppe ble stillingen som prosjektleder utlyst i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 20. oktober 1991 med søknadsfrist 19. november.

Det var en spennende prosess. Ville disse stillingene være attraktive? Det var nok noen som tvilte på om Legeforeningen ville friste gode forskere. Men tvilen ble gjort til skamme – det var mange kompetente søkere, og vi hadde flere spennende intervjuer med kandidatene. Det tok ikke lang tid å komme til at den som egnet seg best til stillingen, var Olaf Gjerløw Aasland (7). Han hadde erfaring fra sosialmedisin og psykiatri, han hadde vært overlege i Statens edruskapsdirektorat og var spesialrådgiver i Sosialdepartementet. Frem til 1992 hadde han publisert 12 artikler og en spesialoppgave i helseadministrasjon.

Det var en meget godt fornøyd styringsgruppe som anbefalte sentralstyret å gi tilbud til Olaf Gjerløw Aasland (48 år gammel) som prosjektleder, og deretter tok det ikke lang tid før Erik Falkum (42 år), forsker, og Wenche S. Hvitmyhr (35 år), prosjektets sekretær, også var på plass.

Dette «trekløveret» dokumenterte på kort tid sin kompetanse og kreativitet. Allerede samme høst publiserte Aasland og Falkum en svært leseverdig artikkel i *Tidsskriftet* (8): «Hvordan har vi det i dag? Om legers helse, velvære og arbeids glede». Legekårsundersøkelsen var i gang! (9).

Det tok ikke veldig lang tid før Legeforeningens ledelse fikk bekreftet det de hadde «mistanke» om – at gjennom Legekårsundersøkelsen var det utviklet en unik kompetanse, og at den var blitt en stor suksess.

I 1995 skrev Olaf G. Aasland: *«Legekårsundersøkelsen lever i beste velgående! Legekårsundersøkelsen ble startet våren 1992 som et treårig prosjekt. Hensikten var å samle og systematisere kunnskap om legers helse, sykelighet, levekår og arbeidsforhold. Undersøkelsen ble lagt opp som et omfattende og ambisiøst forskningsprogram med 30 større og mindre delprosjekter, både kvalitative og kvantitative. Ved prosjekttidens utløp, 31.3.1995, kan vi konstatere at målet langt på vei er nådd, selv om de fleste resultatene i form av artikler og rapporter fremdeles er under arbeid.»* (10)

Sentralstyret, med positiv støtte fra SOP, var klar på at denne kompetansen måtte videreføres, og i februar 1995 vedtok sentralstyret at: *«Legekårsundersøkelsen etableres som en egen permanent enhet og endrer navn til Legeforeningens institutt for helsepersonellforskning.»*

«På den tiden var det særlig fire problemområder som var spesielt aktuelle for legegruppen: alkoholvaner, utbrenthet, selvmordsproblematikk og røykevaner.»

«Dette 'trekløveret'
dokumenterte
på kort tid sin
kompetanse og
kreativitet.»

I et senere sentralstyremøte i januar 1996 vedtok sentralstyret at forskningsinstituttets navn skulle være *Legeforeningens forskningsinstitutt*, som i 2013 ble endret til dagens navn, *Legeforskningsinstituttet (LEFO)*.

Frem til 2014 hadde Legekårsundersøkelsen og LEFO bidratt til 13 doktoravhandlinger, tre bøker og nær 350 artikler, et ukjent antall masteroppgaver – ved siden av mangfoldige kronikker, leder- og kommentarartikler i tidsskrifter og dagspresse.

Olaf Gjerløw Aasland alene har flere enn 200 publikasjoner på PubMed siden 1992, og på det norske forskningsinformasjonssystemet CRISTin er det registrert 236 publikasjoner – disse inkluderer også publikasjoner han skrev *før* han ble «legeforsker». Han ble utnevnt til professor i 20 %-stilling ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo i 1996, og har også vært meget aktiv i Norges forskningsråd.

Vi har begge hatt gleden av å arbeide sammen med ham, Jon Haffner i utarbeidelse av en spesialoppgave i helseadministrasjon, Hans Asbjørn Holm som leder av Legeforeningens pedagogiske avdeling og senere fagdirektør i foreningen. Våre forventninger til Olaf har på alle måter og i høyeste grad blitt oppfylt!

Litteratur

1. Aasland OG. 20 years of doctor research. Public Service Review: European Science and Technology 2012; 15: 206–7.
2. Berner JH. Den norske lægeforening 1986–36. Festskrift i anledning foreningens 50-årsjubileum. Oslo: Centraltrykkeriet, 1936.
3. Den norske lægeforening (Stiftet 1886). Statuter – etc. Kristiania: Aktie-Bogtrykkeriet, 1899. Bilag til Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 1, 1900; 20.
4. Berg O. Verdier og interesser – Den norske lægeforenings fremvekst og utvikling. I: Larsen Ø, Berg O, Hodne F, red. Legene og samfunnet. Oslo: Seksjonen for medisinsk historie, Universitetet i Oslo. Den norske lægeforening, 1986: 217.
5. Larsen Ø red. Norges leger. Oslo: Den norske lægeforening 1996: 502–4. ISBN 82-90921-40-3 og ISBN 82-90921-46-2
6. Berg O. Verdier og interesser – Den norske lægeforenings fremvekst og utvikling. I: Larsen Ø, Berg O, Hodne F, red. Legene og samfunnet. Oslo: Seksjonen for medisinsk historie, Universitetet i Oslo. Den norske lægeforening, 1986: 310
7. Skoglund E. Legers videre- og etterutdanning. Spesialistutdanningen – fra kollegiale annonseringsregler til lovbasert spesialistkompetanse. Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 1220–6.
8. Aasland OG, Falkum E. Hvordan har vi det i dag? Om legers helse, velvære og arbeidsglede. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3818–23.
9. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen er i gang! Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 1770.
10. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen lever i beste velgående. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2176.

Legekårsundersøkelsen er i gang!

1. april var den offisielle startdatoen for Legekårsundersøkelsen. Fra denne dato er prosjektets faste medarbeidere i full sving med første fase, som vil dreie seg om detaljplanlegging, litteraturgjennomgang, og forberedelse av datainnsamling gjennom pilotstudier.

Legekårsundersøkelsen er et forskningsprosjekt. Hovedmålet er å produsere en rekke vitenskapelige artikler om legenes helse, sykelighet, levekår og arbeidsforhold. Artiklene vil bli publisert i internasjonale fagtidsskrifter, og i Tidsskrift for Den norske lægeforening. Resultatene av undersøkelsen vil kunne brukes av Legeforeningen i arbeidet med å forebygge legers helseproblemer og sosiale problemer, bl.a. gjennom å kunne gi et bedre grunnlag for utforming av avtaler som fremmer trivsel i yrket. Videre vil de være til nytte i arbeidet med å hjelpe de legene som allerede har fått problemer av forskjellig slag. Men de vil også kunne være til nytte for andre yrkesgrupper, og vil til en viss grad kunne belyse generelle samfunnsmessige og helsepolitiske problemstillinger.

Prosjektet har en tidsramme på tre år. Det er oppnevnt en styringsgruppe og en referansegruppe, hvor Legeforeningens organer og avdelinger er representert. Vi vil i stor grad



benytte oss av eksterne grupper og enkeltpersoner, som vil få ansvar for avgrensede delprosjekter. Bl.a. er det viktig at samfunnsforskere ser på en del problemstillinger fra sin synsvinkel.

Spørreskjema

Prosjektorganisasjonen vil selv stå for hoveddelen av datainnsamlingen, og de datagistrene som opprettes vil være prosjektets eiendom og ansvar. Vi regner med at alle norske leger vil motta spørreskjema.

Noen få spørsmål vil bli stilt til alle. Hoveddelen av spørsmålene vil imidlertid gå til mindre utvalg, enten representative eller

grupper inndelt etter alder, kjønn, spesialisert, arbeidstid etc. Planen er å sende ut spørreskjemaene mot slutten av året, slik at vi i 1993 kan starte for fullt med produksjon av resultater.

Eget ansvar

Som symbol for Legekårsundersøkelsen har vi valgt fire hender som tar pulsen på hverandre. Det illustrerer at det er legene selv som tar ansvaret for gjennomføringen av prosjektet. Vi er klar over at nettopp dette vil kunne bli gjenstand for kritikk, f.eks. at det kan tenkes å redusere den nødvendige avstand og objektivitet som en slik undersøkelse krever. Vi tror imidlertid at personlig kjennskap til legenes hverdag, hjemme og på jobb, er sentralt i en undersøkelse som dette. Dessuten er det i stor grad legene selv som i praksis må hjelpe og støtte hverandre når de trenger det, det er neppe noen andre som er nærmere til det.

For øvrig vil som nevnt flere av de forskerne vi skal samarbeide med være ikke-leger, bl.a. prosjektets hovedveileder på metodensiden. Prosjektets styrke vil være dets vitenskapelige profil, og den garantien som ligger i internasjonale referanse-systemer.

→

Hvorfor legekår?

Det er gjort en rekke studier av legers helse og levekår i andre land, også i våre skandinaviske naboland. En svakhet med mange av dem er etter vår oppfatning at de er for deskriptive, de prøver ikke ut hypoteser om hvorfor legene skiller seg fra andre grupper i positiv eller negativ forstand, eller hvorfor noen leger får mer problemer enn andre.

Vi har allerede begynt å arbeide med en del slike hypoteser, i håp om å kunne treffe litt dypere inn i kompliserte kausale sammenhenger. F.eks. vil vi se på hvilken sammenheng det er mellom legenes atferd som pasienter, og det faktum at de i prinsippet har all tilgjengelig informasjon om sykdommers årsaker og konsekvenser. En annen aktuell problemstilling er i hvilken grad de offentlige rammebetingelser som settes for legevirksomhet påvirker legenes helse og livskvalitet. Sammenhenger mellom arbeidsmiljø og helse blir selvsagt også et viktig tema.

Vi håper videre å kunne fremskaffe en del ny kunnskap om problemstillinger som utbrenthet, rusproblemer og selvmord blant leger, noe som vil være særlig viktig for dem som skal være legenes hjelpere.

Vi vil selvsagt også gjøre sammenligninger med andre yrkesgrupper, og forhåpentlig med leger i andre land.

Markedsføring

Med jevne mellomrom vil vi rapportere om Legekårsundersøkelsen i Tidsskriftet. Vi satser på en aktiv «markedsføring», der målet er at alle norske leger føler et medansvar for at undersøkelsen skal bli nyttig og god. Greier vi det, har vi en unik sjanse til å gjennomføre et forskningsprosjekt der svarprosent og datakvalitet blir bedre enn det som har vært vanlig i slike undersøkelser. Vi er selvsagt også svært interessert i å høre fra kolleger og andre som har synspunkter på hvordan Legekårsundersøkelsen bør gjennomføres, og hva den bør omfatte.

Olaf Gjerløw Aasland
prosjektleder



Prosjektleder for Legekårsundersøkelsen er Olaf Gjerløw Aasland (48). Han har en allsidig erfaring som lege, både i og utenfor yrkeshus. Han har også erfaring som forsker og forskningskoordinator, og har bl.a. ledet et større forskningsprosjekt for WHO, der hensikten var å utvikle instrumenter som brukes til å vurdere risiko for alkoholskader blant «vanlige» pasienter. I 1988-89 gjennomførte han master-studier i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo med spesialoppgave om strategier i forebyggende og helsefremmende arbeid. De siste fire årene har han arbeidet som rådgiver i Sosialdepartementet.

1770 Fra foreningen



Erik Falkum (42) er ansatt som forsker i prosjektet. Han har forskningsbakgrunn i medisinsk historie og medisinske atferdsfag og tok sin medisinske doktorgrad i 1988 med studien «Health related conceptions, attitudes and behaviour - A study among Norwegian employees». Han har dessuten klinisk erfaring fra arbeidsmedisin og psykiatri.



Wenche Hvitmøy (35) er prosjektets sekretær. Han har foruten sin sekretærutdanning også studert helsefag og engelsk, og har i lengre tid vært produksjonsskriver ved Det Norske Teatret. De siste par årene har hun arbeidet i Coca-Cola Norge.

Tore Schweder (49) er professor i statistikk på Sosialøkonomisk institutt, Universitetet i Oslo. Han vil være Legekårsundersøkelsens hovedveileder på metodensiden. Schweder har PhD fra Berkeley, og har særlig arbeidet med livsoppsatser og demografi.

Tidsskr Nor Lægeforen nr. 13, 1992; 112

Tidsskr Nor Lægeforen nr. 13, 1992; 112



Foto: Kari Ronge

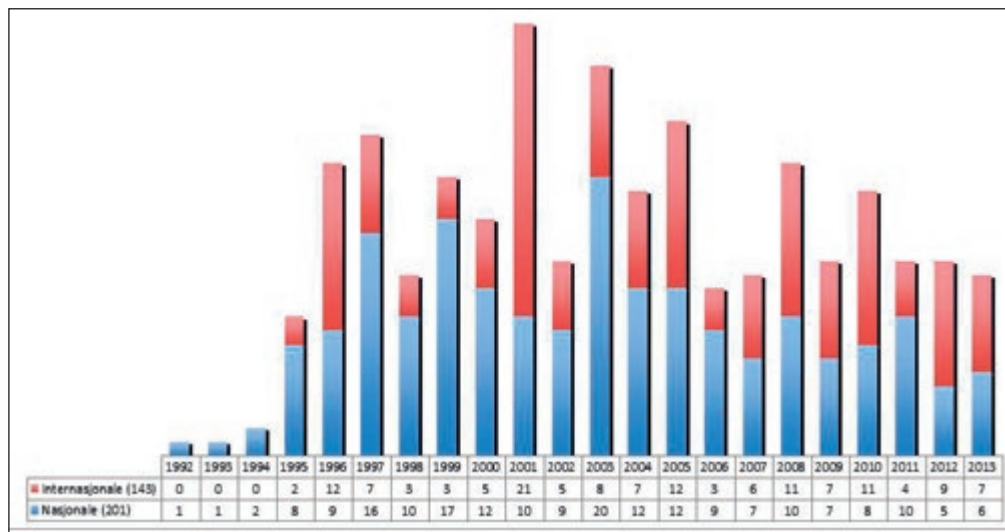
Hans Kristian Bakke (f. 1961) er dr.med. fra Universitetet i Bergen (1989). Som leder for Alment praktiserende lægers forening i perioden 1996–2002 var han sterkt involvert i utformingen, og forhandlingene knyttet til etableringen av fastlegeordningen. Han var president i Legeforeningen 2002–2005. Han er nå fastlege i Bergen og styreleder i Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), et verv han har hatt fra januar 2006.

En vis mann fyller 70

Legeforskningsinstituttet (LEFO) har i løpet av de relativt få årene det har eksistert, oppnådd en solid posisjon og et anerkjent renommé internasjonalt. Olaf Gjerløw Aasland har vært instituttets leder i hele perioden.

Et lite institutt med et stort nettverk har selv stått for og bidratt til snaut 350 vitenskapelige publikasjoner, medregnet artikler hittil i 2014, se figur 1. Instituttet har levert sine publikasjoner i velrenommererte, fagfellevurderte internasjonale og nasjonale tidsskrifter. Medregnet lederartikler staben er blitt invitert til å skrive, bokkapitler, kronikker og debattinnlegg i dagspressen m.m., teller publikasjonsdatabasen per dags dato (25. juni 2014) hele 386 artikler.

Figur 1 Legeforskningsinstituttet – 344 publikasjoner 1992–2013



Det er mulig å tenke seg at det å forske på leger – på deres helse og atferd – ikke er noe som umiddelbart appellerer til dem som ønsker å gjøre en forskerkarriere. Kanskje leger? Andre profesjoner? Tja ... Olaf Gjerløw Aasland har hatt evne til å trekke til seg dyktige medarbeidere med ulik kompetanse og ved det klart å rekruttere et solid tverrfaglig forskermiljø. Ikke minst har han klart og tydelig sett behovet for dette. Nå og tidligere har fagområder som sosiologi, filosofi, sosialantropologi, historie, psykologi, samfunnsøkonomi, statistikk, juss og filologi vært direkte knyttet til instituttet, i tillegg til ulike medisinske spesialiteter som arbeidsmedisin, samfunnsmedisin

og psykiatri. Det er etablert et nært samarbeid med en rekke andre fagmiljøer, ikke minst med medisinsk etikk.

Olaf Gjerløw Aasland fremstår med en unik personlighet – vennlig, analytisk, ettertenksom og alltid åpen for å se problemstillingene fra nye perspektiver. Det kan vanskelig tenkes annet enn at dette har bidratt sterkt til å rekruttere forskere til instituttet.

I tillegg skal det ikke stikkes under stol at et institutt med de forskningsmessige kvaliteter som beskrevet over, rekrutterer kloke hoder. Jeg tillater meg å referere min forskningsveileder fra Universitet i Bergen, professor Holger Ursin: «Om du skal begynne å forske, velg et sted hvor det allerede publiseres. Det er liten grunn til å tro at det vil skje fordi du kommer dit.»

Legeforskningsinstituttet har, i tråd med begrunnelsen for etableringen, levert omfattende og viktig forskningsbasert kunnskap til Legeforeningen og til Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).

For Legeforeningen har det vært viktig å få kunnskap om forhold knyttet til legers arbeidstid og ulike belastninger knyttet til legeyrket i ulike deler av helsetjenesten, både utviklingen over tid og konsekvensene av reformer. Dernest kunne foreningen få innsikt i legers sykелighet, uførhet, karrierevalg og så videre. Ofte, men ikke alltid, var resultatene i tråd med det foreningens politiske ledelse var komfortable med. Instituttetsjef Aaslands sterke og tydelige rollebevissthet kom nok godt med når han med god argumentasjon og sinnsro hadde behov for å tydeliggjøre at det ikke alltid var samsvar mellom paroler og vitenskapelige resultater.

Stiftelsen SOP er ingen forsikringsordning, men et vesentlig sikkerhetsnett for leger. Privatpraktiserende leger er målgruppen. Dette betyr at leger som går av med alderspensjon – og bare (eller nesten bare) har folketrygden som alderspensjon, har rett på ytelse fra SOP. (Grunnet anstrengt økonomi i SOP ble denne ytelsen fjernet for dem som er blitt autorisert etter 1993.)

Videre yter SOP uførepensjon og fødselspenger til næringsdrivende leger. Ved sykdom kan legene ha rett på kompensasjon for tapt inntekt og løpende utgifter i praksis.

For SOP er det av særdeles stor verdi å kunne ha et forskningsinstitutt som på vitenskapelig basis kan ta tak i problemstillinger SOP har behov for å få belyst. De er særlig knyttet til to områder: grunnlag for ytelsesnivåer og evaluering av aktiviteter som SOP finansierer.

1. SOP må husholdere med sin kapital på en måte som gjør at ordningen kan levere ytelser til legene etter formålene både i dag og inn i fremtiden på en balansert måte. Samtidig er det slik at disse ytelsene samordnes med ytelser legene får gjennom andre pensjons- og forsikringsordninger fra ulike arbeidsgivere. For at SOP skal ha mulighet til å kunne gjøre rimelige anslag for hva morgendagens behov vil bli, er SOP avhengig av kunnskap ikke bare fra LEFOs forskning på legers sykелighet og uførhet. I tillegg er det viktig å få innsikt

«Finansiering og lokalisering av instituttet innebar – og innebærer – i seg selv en mulighet for at den helt nødvendige uavhengigheten og friheten settes under press.»

i legers karrierevalg – i hvilken grad leger veksler mellom privat praksis og ansettelse i for eksempel sykehus eller kommune. Også på dette området har instituttet bidratt med viktig kunnskap. Hvor mye SOP kan yte medlemmene i dag, avhenger av hva vi kan forvente i fremtiden. For SOP er det et løpende behov for oppdatering på dette feltet.

2. SOP finansierer (dels sammen med Legeforeningen) flere tilbud til legene. Dette er verdifulle tiltak som tilbys alle leger, men SOP har naturligvis behov for å evaluere kvaliteten på tilbudene. Nylig har instituttet tatt på seg et rapporterings- og evalueringsarbeid knyttet til det kollegiale helse- og omsorgstilbudet i fylkene, et viktig tiltak når leger opplever å være i krisesituasjoner. SOP finansierer tilbudet til leger ved Villa Sana ved Modum Bad. Leger med behov for hjelp knyttet til arbeidsliv, samliv eller fritid kan komme for ukeskurs eller for samtale og veiledning en hel dag. Ektefelle/samboer kan delta. Formålet er å bidra til å styrke legers bevissthet om legerollen, forebygge utbrenthet og fremme legers helse og livskvalitet. Påtroppende leder for Legeforskningsinstituttet, Karin Isaksson Rø, har nylig evaluert effekten av dette tilbudet gjennom sin doktorgrad (1). SOP er svært tilfreds med de meget positive resultatene.

Den tematiske bestillingen for forskningsinstituttet var tydelig nok: «kartlegging av norske legers helse, sykелighet, levekår og arbeidsforhold», blant annet begrunnet i en bekymring knyttet til leger og selvmord. Riktignok hadde det internt i Legeforeningen foregått en heftig diskusjon om hvorvidt foreningen skulle ta ansvar for de kollegene som ble utbrente eller dysfunksjonelle på andre måter (2). Man kom, i ekte legetradisjon, frem til at før nye tiltak eventuelt ble iverksatt, måtte diagnosen stilles.

Å bygge opp forskningskompetanse ved å hente inn eksterne krefter ble løsningen – det vil si gjennom å ansette Olaf Gjerløw Aasland, Erik Falkum og Wenche S. Hvitmyhr.

Forskning skal være fri og uavhengig. Finansiering og lokalisering av instituttet innebar – og innebærer – i seg selv en mulighet for at den helt nødvendige uavhengigheten og friheten settes under press. Legeforeningens forskningsinstitutt, lokalisert i Legenes Hus – det kunne gått galt; det kunne sett ille ut. Med bevissthet rundt dette forhold fra Legeforeningens side vil jeg hevde man, med et par unntak, har lyktes godt med å gi instituttet frihet og uavhengighet fra den fagpolitiske delen av Legeforeningen og fra SOP/Legeforeningen som eiere. LEFO er finansiert ca. 85 % av SOP. Navneskiftet nylig – fra Legeforeningens forskningsinstitutt til Legeforskningsinstituttet – fremstår som klokt. Formålet blir tydeligere. Dessuten vil det også kunne ha betydning internasjonalt, da profesjonsforeningene i andre land ikke bestandig er organisert med ideelle formålsparagrafer – og frikobling kunne ellers lett blitt et aktuelt tema. Det er heller ikke gitt her til lands at man i det offentlige rom vil forstå den uavhengige stillingen som LEFO har hatt og har, og at instituttet ikke er en utredningsavdeling innad i profesjonsforeningen.

Som president i Legeforeningen hadde jeg stor nytte og glede av samtaler med LEFO, særlig knyttet til vanskelige problemstillinger foreningen møtte. Det kunne gjerne handle om legerollen, etikk,

«Legeforeningens
forskningsinstitutt,
lokalisert i
Legenes Hus –
det kunne gått
galt; det kunne
sett ille ut.»

legenes omdømme og så videre. Særlig Olaf Gjerløw Aasland og Reidun Førde, tidligere ansatt ved instituttet og mangeårig leder av Rådet for legeetikk, var til stor hjelp i mange sammenhenger. Jeg kunne få uventede svar, og jeg fikk alltid vurderinger fra nye perspektiver. Først og fremst møtte jeg kloke kolleger. Presidenter som ikke kjente sin besøkestid, vet ikke hva de har gått glipp av.

Litteratur

1. Isaksson Rø K. *Emotional exhaustion and distress after a counselling intervention for physicians. A three-year prospective longitudinal cohort study*. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo, 2010.
2. Aasland OG. 20 års legeforskning – har vi blitt klokere? Innlegg ved åpningen av LEFOs jubileumskonferanse, mars 2012 (https://legeforeningen.no/PageFiles/84411/20%20års%20legeforskning%20velkomst_Olaf%20G.%20Aasland.pdf (9.6.2014)).

«Ofte, men ikke alltid, var resultatene i tråd med det foreningens politiske ledelse var komfortable med. Instituttetsjef Aaslands sterke og tydelige rollebevissthet kom nok godt med»



Foto: Universitetet i Oslo

Jan Frich (f. 1970) er professor ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, og overlege ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitets-sykehus. I 2013–14 var han Harkness fellow in Health Policy and Practice, The Commonwealth Fund, USA, og gjesteprofessor ved Department of Health Policy and Management, Yale School of Public Health.

Legen – apokalypse nå?

Olaf Gjerløw Aasland har gitt interessante bidrag til diskusjonen om medisinen og legerollen (1–4), der han har inntatt en posisjon som står i kontrast til forfattere som har grepet til apokalyptiske vendinger for å karakterisere legens skjebne. Snarere enn å varsle legens undergang hevder Aasland at vi er vitne til en naturlig – om enn utfordrende – utvikling av faget. Det ligger muligheter i en ny kontrakt mellom profesjon og samfunn, mener han. I dette bidraget vil jeg kort omtale Aaslands argumentasjon og drøfte hans bilde av «fremtidslegen», basert på inntrykk fra ett år som helsepolitisk observatør i USA.

Medisinen som profesjon

Profesjonsbegrepet brukes i dag ganske vidt om alle yrkesgrupper som har en spesialisert opplæring av et visst omfang – «profesjonelt» brukes om kyndig yrkesutøvelse i sin alminnelighet. Legene tilhører en av de gamle profesjonene, i selskap med prester og advokater. Profesjonene deler noen fellestrekk. De har stor autonomi når det gjelder oppgaver som sorterer inn under deres kompetanseområde (5, 6). Samfunnet eller profesjonen selv har gjerne etablert ordninger for å bestemme hvem som besitter den nødvendige kompetansen, og som kan bruke en beskyttet tittel. Profesjonene har typisk også etablert etiske normer eller regler som et grunnlag for intern disiplinering og kontroll.

Profesjoner dannes gjennom sosiale prosesser – *profesjonalisering* – som innebærer formalisering av forventninger, kompetansekrav og oppgavefordeling. Indre drivkrefter har vært viktig i profesjonaliseringen av medisinen, der akademiseringen av faget var avgjørende for utviklingen av og eierskapet til medisinsk kunnskap. En rekke banebrytende medisinske fremskritt, vaksiner, antibiotika, transplantasjoner og ny medisinsk behandling, bidro til å styrke profesjonen (7). Profesjonaliseringen av medisinen ville likevel ikke ha vært mulig uten en samtidig aksept i samfunnet for overføring av makt til legene, bl.a. gjennom etablering av ordninger for autorisering. Profesjoners makt er betinget av at samfunnet ser seg tjent med måten profesjonen forvalter den spesialiserte kompetansen på. Relasjonen mellom samfunn og profesjon kan forstås som *en sosial kontrakt*, der profesjonen som et kollektiv autoriseres og anerkjennes i bytte mot forventninger til gruppen og dens enkeltmedlemmer.

Status presens

Vi må konstatere at legene de siste tiår er blitt utsatt for økt ytre press, styring og kontroll, i Norge så vel som i andre land (8). Begreper om «clinical governance» – ytre styring av klinikken – og etablering av institusjoner som National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannia og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i Norge er uttrykk for utviklingen. Stortingets begrunnelse for å etablere Kunnskapssenteret var at det var «behov for å styrke

kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger i helsetjenesten og forvaltningen» (9), og senteret ble ansett som et nødvendig virkemiddel for å kunne nå helsepolitiske målsettinger (9). Vi ser her fremveksten av det Aasland kaller «kunnskapsatleter» (2), eksperter på oppsummering av kunnskap og utarbeidelse av retningslinjer. De nye ekspertene, med og uten medisinsk bakgrunn, overtar den rollen eksperter tidligere hadde i faget, og de legger i økende grad premissene for kliniske og samfunnsmedisinske beslutninger. Et annet eksempel på myndighetenes styringsvilje er endringene i ordningen for godkjenning av legespesialister. Etter at profesjonen – Legeforeningen – i snart hundre år hadde administrert spesialistutdanningen og godkjenningen av spesialister, fra 1982 med delegert myndighet fra staten, vedtok Stortinget i 2009 at Helsedirektoratet skulle overta oppgavene (10). Legeforeningen ble fra 2011 tildelt en rådgivende rolle.

Slike «inngrep» kan tolkes som et svar på profesjonens manglende vilje eller evne til å tilpasse seg endrede forventninger og rammevilkår. Det blir likevel for lett å henvise kun til legenes gjensidighet for å forklare slike initiativer. Kunnskapssenteret oppsto i realiteten ved en sammen slåing av eksisterende miljøer, dels i og dels utenfor forvaltningen, og det var nødvendig med et nasjonalt miljø for å ivareta oppgaver som å overvåke kvaliteten i tjenestene. En enkelt profesjon kunne vanskelig ha ivaretatt disse oppgavene, men Stortinget kunne likevel ha valgt å legge senteret, eller deler av oppgavene, utenfor den sentrale helseforvaltningen. Det valgte man ikke. Statens beslutning i saken om spesialistgodkjenningen må også forstås dels som et resultat av en økt vektlegging av åpenhet og demokratisering i samfunnet, og dels som et uttrykk for velferdspolitiske ambisjoner. Fellesnevneren i begge disse eksemplene er at staten vinner økt kontroll, og sakene illustrerer at den sosiale kontrakten mellom profesjoner og samfunn er dynamisk. Hvis vi skuer noen tiår tilbake, er det åpenbart at vi er vitne til en rekke prosesser og beslutninger som i sum innebærer en innskrenkning av medisinske autonomi. Det er nok for sterkt å snakke om «deprofesjonalisering», men det er åpenbart at vi er inne i en æra der selvreguleringen svekkes til fordel for en delt regulering, og der staten spiller en viktigere rolle.

I 2006 skrev Aasland en artikkel der han betraktet medisinen utenfra – han kom frem til følgende diagnose: «Pidestallen er borte» (3). Han pekte på at legenes opphøyde posisjon og «kunstige status» var blitt svekket, og han lanserte to forklaringer på detroniseringen. Forklaring nr. 1 var at det er blitt svært alminnelig å være lege, og det blir dermed vanskelig å opprettholde en opphøyd posisjon og status. Mens det i 1880 var én lege per 3500 innbyggere i Norge, nærmer vi oss nå én lege per 200 innbyggere (11). Forklaring nr. 2 var svekket tillit – befolkningen vet mer, forventer mer og har fått lavere terskel for å påpeke sviktende kvalitet og dårlig behandling.

Sosiologen Donald Light har sammen med Aasland argumentert for at legene ikke må betraktes som passive ofre for prosessene som finner sted (2). Med henvisning til USA mener de legene selv har bidratt til å svekke profesjonen, bl.a. ved å være pådrivere for en kommersialisering av faget. Makt er blitt overført fra det profesjonelle rommet til markedsplassen, der kommersielle aktører forvalter begreper om sykt og friskt. Light og Aasland ser enda en trussel, knyttet til legestandens forhold til den enkelte leges profesjonelle autonomi (2):

«Profesjoners makt er betinget av at samfunnet ser seg tjent med måten profesjonen forvalter den spesialiserte kompetansen på.»

*«Hvis vi skuer
noen tiår tilbake,
er det åpenbart
at vi er vitne til en
rekke prosesser og
beslutninger som
i sum innebærer
en innskrenkning
av medisins
autonomi.»*

«Problemet har vært at ikke bare profesjonen som gruppe krevde og praktiserte kollektiv autonomi, men at den enkelte profesjonsutøver også gjorde krav på individuell autonomi. Dette har ført til at både pasienter og myndigheter langt på vei har mistet troen på legenes evne til å kontrollere hverandre og sikre kvaliteten på arbeidet. Den enkelte profesjonsutøvers frihet har undergravd kollektivets ønske og krav om standard og kvalitet.»

Ved å tillate stor grad av individuell frihet for den enkelte lege har ikke medisinen maktet å stå samlet om nødvendige endringer av medisinsk praksis, mener Light og Aasland.

Flere forklaringer?

Viljen til markedsorientering og tradisjonen med å hegne om den enkelte leges autonomi er to forklaringer på fallet fra pidentallen, men flere faktorer spiller inn. Selv om tegn til markedsorientering også er tydelige i Norge, vil det være viktig å supplere analysen med å peke på alliansen legene har hatt med staten (12). Norske leger har i større grad enn medisinerer i en del andre land akseptert å gi avkall på sitt frie yrke, til fordel for tryggere posisjoner som lønnsarbeidere i velferdsstatens helseapparat (12, 13). Alliansen med staten ga legene muligheter, forutsigbare rammevilkår og makt til å forme utviklingen og organiseringen av helsevesenet, men skapte samtidig et avhengighetsforhold der staten kanskje har fått større rom for styring enn i en del andre land. I Norge er det nok riktig å si at staten har hatt en mer sentral rolle for profesjonens utvikling enn det som er tilfellet i USA.

Aasland argumenterer mot en for sterk individuell faglig autonomi og er kritisk til hyllesten av begreper som «legekunst» (2, 4). Han godtar at legene av og til må utøve skjønn, men mener det i så fall skal være en velinformert skjønnsutøvelse, forbeholdt situasjoner der svarene beviselig ikke er åpenbare (2). Jeg vil her tilføye at den individuelle autonomien ikke oppsto initialt innen rammen av profesjonens kollektive autonomi, men nok alltid har vært der. Skjønnsutøvelse har kjennetegnet legens arbeid siden Hippokrates' tid. Den antikke legeeden inneholder noen bestemmelser mot uakseptabel atferd og et forbud mot visse kirurgiske inngrep, som fjerning av blærestein, men legegjerningen ble likevel betraktet som en kunst. Den kollektive autonomien oppsto med profesjonaliseringen av faget. Trolig ble den kollektive autonomien, som retten til å definere sykdom og enerett på forskrivning av legemidler, godtatt av samfunnet i bytte mot en forventning om at profesjonen skulle holde orden i egne rekker og utøve indre disiplinering og kontroll. Endelig vil det være riktig å tilføye at kunnskaps- og teknologiutviklingen har hatt stor betydning, fordi den har resultert i et behov for spesialisering og oppstykking av faget (13, 14). Få har i dag full oversikt over hele faget, og der spenningsaksen tidligere gikk mellom medisinerer og kirurger, er det nå vokst frem en rekke «subprofesjoner» og grupperinger med ulike og dels motstridende interesser. Kunnskapsveksten har ført til en spesialisering som har fragmentert medisinen og endret vilkårene for indre profesjonell styring. Der legen tidligere hadde full oversikt over sin egen begrensede praksis, har en lege i dag begrenset mulighet til å ha oversikt over et svært komplekst helsesystem. Den industrielle revolusjon, med oppstykking og standardisering av arbeidsprosesser, har rammet medisinen og helsevesenet (14).

Fremtidslegen

Snarere enn å fikle med gamle glansbilder av legehelter, mener Aasland det er avgjørende at legene tar innover seg diagnosen, erkjenner fallet og utvikler en ny type profesjonalitet. «Vi må fortest mulig få på plass skammelen som skal erstatte pidestallen», mener han (3). Aaslands legeskammel har fire bein: 1) medisinsk kunnskap og kompetanse, 2) selvstendighet og integritet, 3) samfunnsansvar og samarbeidsevne og 4) en høy etisk standard.

Fremtidslegen Aasland skisserer, er fortsatt «opphevet» og skal ha en høyere etisk standard enn folk flest, men vedkommende er pasientorientert, har blikket rettet mot primærhelsetjenesten, støtter opp om standardisering og følger retningslinjer, måler kvalitet, jobber i tverrfaglige team, delegerer oppgaver og har faglig integritet (2, 3). Det har vist seg at Aaslands fremtidslege skulle komme til syne i samhandlingsreformen, i stortingsmeldingene «Utdanning for velferd» (15) og «God kvalitet – trygge tjenester» (16).

Fremtidslegen er med andre ord ikke tankespinn, men uttrykk for at diagnostikk, behandling, lindring og trøst i dag skjer innenfor rammen av større helsesystemer i samarbeid med en lang rekke aktører, og der andre faktorer enn den enkelte leges dyktighet har betydning for kvaliteten på tjenestene. Økt vektlegging av befolkningshelse, samarbeid, kvalitet og ny fordeling av oppgaver er trender vi også ser internasjonalt (17). I den nye helsetjenesten er det avgjørende med gode systemer, en velfungerende organisasjon og god ledelse (18). Med bakgrunn i forventninger som ikke er blitt innfridd, har samfunnet formulert nye kravspesifikasjoner, ikke bare til legene, men til systemet som helhet. Don Berwick og kollegaer, tilknyttet Institute for Healthcare Improvement i USA, formulerte i 2008 tre overordnede mål for helsevesenet, kalt «the tripple aim»: 1) bedring av kvaliteten og opplevelsen av helsehjelpen for brukere og pasienter, 2) kontroll med kostnadene og 3) bedring av befolkningens helse (19).

Inntrykk fra USA

Når det gjelder USA, erkjenner flere og flere at helsevesenet som helhet er fragmentert og dyrt, og at resultatene med hensyn til befolkningens helse langt fra er tilfredsstillende (20). Samtidig finner vi i USA eksempler på enkeltsystemer som leverer svært høy kvalitet, og som ligger helt i front av utviklingen globalt, slik som Cleveland Clinic, Mayo Clinic, Geisinger Health System, Kaiser Permanente og Intermountain Healthcare. Toneangivende personer i amerikansk medisin, som Thomas H. Lee, med bakgrunn fra ledelsen i Partners HealthCare i Boston, og Toby Crosgove, som er administrerende direktør ved Cleveland Clinic, har nylig varslet radikale endringer i helsevesenet. I en artikkel i *Harvard Business Review* i juni 2014 skriver de: (21) «Fixing health care will require a radical transformation, moving from a system organized around individual physicians to a team-based approach focused on patients.» De forstår at mange leger opplever det krevende å takle omstillingene, men mener leger og ledere har en viktig rolle i prosessen med å endre medisinen, legerollen og helsevesenet.

«Makt er blitt overført fra det profesjonelle rommet til markedsplassen, der kommersielle aktører forvalter begreper om sykt og friskt.»

«Norske leger har i større grad enn medisinerne i en del andre land akseptert å gi avkall på sitt frie yrke, til fordel for tryggere posisjoner som lønnsarbeidere i velferdsstatens helseapparat.»

Legenes status i USA har historisk sett vært høy, noe som dels har sammenheng med en finansieringsmodell der sykehusets inntekter i stor grad er knyttet til den enkelte lege. Med enkelte unntak drives fortsatt mange sykehus mer eller mindre som en samling av frittstående overlegepraksiser, eventuelt med legene organisert i egne «physicians' organizations». Trenden går likevel i retning av at flere leger går fra å være selvstendig næringsdrivende og kontraktører til å bli ansatte i organisasjonene. Helsesystemene i USA forbereder seg på nye forventninger om å kunne ta ansvar for hele behandlingsforløp, og det foregår en storstilt sammenslåing på bakkeplan, der helsesentre og primærlegepraksiser innlemmes i større vertikalt og horisontalt integrerte helsesystemer. Felles journalsystem på tvers av alle nivåer er alt etablert i flere systemer og omtales som en nødvendig forutsetning for å levere trygge og koordinerte tjenester.

«Value-based healthcare» beskriver en ny tenkning og dreining av oppmerksomheten og pengestrømmene fra aktivitet og prosedyrer til resultatmål som er meningsfulle for pasienter og samfunnet (22). En stadig økende andel leger og kliniske team blir målt på kvalitet, og flere av de beste helsesystemene har innført ordninger der deler av legens lønn er betinget av kvaliteten på det arbeidet den enkelte og teamet utfører (23, 24). I Geisinger Health System er deler av legenes lønn bestemt av pasientenes erfaringer med legen. Brukererfaringene innhentes umiddelbart etter konsultasjonene og blir gjenstand for arbeid med å forbedre klinikken, og ikke, som i Norge, med noen års mellomrom. Trenden går i retning av at stykkprisfinansieringen gradvis blir erstattet bl.a. med globale budsjetter, bl.a. innen rammen av såkalte «accountable care organizations», der måling av kvalitet og resultater inngår i kravspesifikasjonene fra myndigheter og forsikringsselskaper. Man snakker om en ny æra med helt andre spilleregler, «the post-fee-for-service world», der noen aktører vil bukke under, og de integrerte og store helsesystemene vil overleve. I den nye verdenen blir leger tildelt og påtar seg nye ledelsesroller knyttet til administrasjon, planlegging, kvalitetssikring og innovasjon innen tjenestene (25). Nye yrkesgrupper og profesjoner tilordnes nye oppgaver ettersom inntektene ikke lenger er knyttet spesifikt til legens arbeid. Såkalte «advanced nurse practitioners» har alt selvstendig behandlingsansvar og forskriver medisiner, og en ny generasjon av «doctors of nursing practice», med fire års tilleggsutdanning, vil kunne titulere seg «doctor» og er forberedt på å overta mer avanserte oppgaver fra legene (til en langt lavere kostnad).

Pasienten og «konsumenten» får økt makt – det utvikles nye pasientrapporterte utkommemål og nye modeller for tjenesteyting som er mer brukerorienterte. Det føderale Patient Centered Outcomes Research Institute (PCORI) leder an utviklingen. I helsesystemet Kaiser Permanente snakker man vel så mye om «medlemmene» som om «pasientene», og det satses stort på å dreie tjenesteytingen fra fysisk oppmøte på legkontoret (for pasienter) til nettbaserte løsninger og tilbud (for medlemmene). Det er mulig å konsultere leger via internett hele døgnet. Det vil etter hvert vokse frem «Healthcare Kiosks» som kan plasseres i kjøpesentre og tilby rutineundersøkelser, inkludert blodprøvetaking, styrt av pasienten selv, uten at helsepersonell trenger å være til stede (26). Cleveland Clinic har etablert en egen avdeling for pasienterfaringer og ansatte en ny type CEO – «chief experience officer» (27).

Hva vil skje i Norge?

Man skal være forsiktig med å spå om fremtiden, men historien viser at vårt system påvirkes av utviklingen internasjonalt, og jeg vil derfor peke på noen trender som jeg tror vil gjøre seg gjeldende i Norge. Vi ser alt nye elementer i det norske finansieringssystemet som belønner kvalitet. Innslaget av slik «value-based» finansiering vil trolig øke, selv om jeg tror vi fortsatt kommer til å telle og betale for utførte konsultasjoner, prosedyrer og innleggelser. Vi vil trolig se en tydeligere tredeling av håndteringen av sykdom, etter modell fra Kaiser Permanente (28). På nivå 1 vil vi finne tilstander som pasienter og familie forventes å kunne håndtere med støtte fra helsevesenet («self care support»), på nivå 2 vil vi ha tilstander som må håndteres i helsevesenet, og der standardiserte protokoller for forløp og håndtering kan brukes («disease/care management»), og på nivå 3 vil vi ha pasienter som må håndteres individuelt («case management»). Legene vil i økende grad måtte konsentrere seg om å møte de komplekse tilfellene på nivå 3 – tilstander som ikke kan håndteres av pasientene selv eller av andre grupper helsepersonell med støtte fra standardiserte kliniske algoritmer og retningslinjer. Det vil følgelig fortsatt være behov for høyspesialisert medisinsk kompetanse, men andre og nye grupper vil komme til å stå for en større del av behandlingen og oppfølgingen.

Vi kommer trolig til å se en omfordeling av oppgaver, både i sykehus og i primærhelsetjenesten, der sykepleiere med spesialisert utdanning og andre grupper vil få et selvstendig behandlings- og forskrivningsansvar (29). Ny teknologi vil bidra til at pasienten selv vil kunne ta et større ansvar for oppfølgingen og behandlingen av egne helseproblemer. Utviklingen vi står overfor, vil i stor grad være drevet av befolkningen – og trolig kommer vi til å snakke vel så mye om «brukerne», «kundene», «konsumentene» eller «medlemmene» som om «pasientene» (27, 30). Det vil finne sted en ytterligere forskyvning av maktbalansen mellom lege, system og pasient.

Digitaliseringen vil bre om seg i helsevesenet som i samfunnet for øvrig, og vi kan forvente en formidabel vekst i den digitale interaksjonen mellom medlemmer, pasienter og helsevesen. Det er vanskelig å tenke seg hvordan det var å stå i kø i banken for noen tiår siden for å få ordnet ting som de fleste i dag håndterer gjennom nettbank og minibank. Deler av helsevesenet i Norge var «early adapters» av ny journalteknologi, men som helhetlig digitalt system henger vi langt etter. I lys av utviklingen i de store helsesystemene i USA virker ambisjonen om å etablere en begrenset «nasjonal kjernejournal» litt trist og gammeldags. Når Kaiser Permanente har klart å etablere en komplett, interaktiv journalplattform for sine ni millioner medlemmer, burde ikke Helse-Norge klare det tilsvarende? Digitale plattformer for gjennomføring av konsultasjoner og ulike typer profesjonell brukerstøtte for å understøtte egenhåndtering av sykdom vil være en viktig del av det digitaliserte tjenestetilbudet i morgendagens helsesystem.

Legene vil fortsatt ha viktige roller som høyspesialiserte eksperter og teknikere innen diagnostikk og behandling, som brede kliniske generalister i førstelinjen og innen samfunnsmedisinsk arbeid. Men – på samme måte som ingeniørene gradvis fjernet seg fra nærkontakten med metallet, vil en større andel av legene innta roller, helt eller delvis, et stykke unna pasienten. Legene vil i større grad enn i dag bidra til utvikling, innovasjon, kvalitetssikring og ledelse av tjenestene og

«Aaslands legeskammel har fire bein: medisinsk kunnskap og kompetanse, selvstendighet og integritet, samfunnsansvar og samarbeidsevne og en høy etisk standard.»

«Bruker-
erfaringene
innhentes
umiddelbart etter
konsultasjonene
og blir gjenstand
for arbeid med å
forbedre
klinikken, ...»

systemene. Vi kommer kanskje til å oppleve at andre typer legearbeid enn det rent kliniske vil får høyere status, slik Light og Aasland ser for seg (2).

Norge er et «annerledesland», med et stort antall praktiserende leger per befolkningsenhet og med relativt lave legelønninger sammenliknet med andre helseprofesjoner. I en global sammenheng er vi «grådige» på leger. Kanskje vil legetettheten i Norge virke som en midlertidig brems på omfanget av innovasjon og endring i oppgavefordeling, sammenliknet med land med legemangel og høye legelønninger? Selv om kjernen i legens oppdrag vil være diagnostikk og omsorgsfull behandling, vil det i fremtiden kreves mer enn å være faglig dyktig i tradisjonell forstand – det vil i tillegg være nødvendig med kompetanse innen ledelse, administrasjon og kvalitetsarbeid (31, 32).

En ny profesjonalitet?

Det er publisert «apokalyptiske skrifter» som beskriver hvordan byråkratiseringen og kommersialiseringen av klinikken har svekket den medisinske profesjonen og har gitt uheldige virkninger for leger, pasienter og samfunn (4). Sosiologen Eliot Freidson mente at selv om medisinen historisk sett hatt utnyttet sin posisjon, ville verken markedet eller byråkratiet være i stand til å forvalte spesialisert kompetanse slik en profesjon kan (5). Noen vil nok hevde at medisinen er midt i apokalypsen, og at situasjonen er kritisk (33). Aasland avviser at så er tilfellet, men jeg aner likevel en apokalyptisk grunntone også hos ham – noe står på spill! I bildet han tegner av fremtidslegen, skal han eller hun fortsatt ha en viktig rolle som faglig premissleverandør i morgendagens helse-tjeneste, og Aasland vil gjerne at det fortsatt skal være slik. Det haster – legene må «fortest mulig få på plass skammelen som skal erstatte pidestallen» (3). Kanskje apokalypsen kan komme – også i Aaslands univers – hvis legene stivner i gamle rutiner og stritter imot en uunngåelig utvikling? Helsesystemet vil trenge personer med bred medisinsk bakgrunn, dybdeforståelse og solid metode-kompetanse – leger. Hvis profesjonen – Legeforeningen og andre faglige organer – engasjerer seg, lytter til samfunnet og gir innspill i diskusjonen om legens rolle og oppgaver på klinikk- og systemnivå, vil profesjonen fortsatt kunne være en premissleverandør. Situasjonen er krevende fordi svaret på utfordringene fra profesjonshold rett og slett ikke kan være enda flere leger (per innbyg-ger) – profesjonen må være villig til helt konkret å diskutere hvilke oppgaver og funksjoner andre profesjoner og teknologiske løsninger kan overta og ivareta. Vi vil trolig se en endring i hvor leger jobber, men legene må også være innstilt på å ta innover seg nye oppgaver og funksjoner – det vil komme store endringer i organisatoriske rammer og arbeidsmåter. Den medisinske profesjon bør i møte med fremtiden selv tegne tydelige bilder av «fremtidslegen», være en proaktiv aktør som skisserer scenarier og løsninger for helsevesenet som helhet. Hvis legene derimot stivner i dagens roller, vil andre fylle det ledige førersetet – andre grupper vil da legge premissene når medisinen sosiale kontrakt blir gjenstand for reforhandling.

Litteratur

1. Aasland OG. The physician role in transition: is Hippocrates sick? Soc Sci Med 2001; 52: 1–3.
2. Light DW, Aasland OG. Den nye legerollen – åpenhet, kvalitet og tillit. Tidsskr Nor Legeforen 2003; 123: 1870–3.
3. Aasland OG. Legerollen – fra pødestall til skammel. Tidsskr Nor Legeforen 2006; 126: 61–2.
4. Aasland OG. Legekunsten – en elefant i rommet? I: Botten GS, Frich J, Hagen TP et al, red. Helsetjenestens nye logikk. Trondheim: Akademika forlag, 2014: 173–84.
5. Freidson, E. Professionalism, the third logic: on the practice of knowledge. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2001.
6. Abbott A. The system of professions: an essay on the division of expert labor. Chicago, IL: The University of Chicago Press, 1988.
7. Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. London: Little Brown, 1999.
8. Grey A, Harrison S. Governing medicine: theory and practice. Maidenhead: Open University Press, 2004.
9. Mørland B. Kunnskapssenteret ti år. Michael 2014; 11: 113–255.
10. Haave P. Organisert legemakt på lånt tid. Nytt Norsk Tidsskrift 2011; 28: 252–62.
11. Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I et al. Norway: Health system review. Health Syst Transit 2013; 15 (8): 1–162.
12. Skaset M. I gode og onde dager ... De norske legene og staten 1945–2000. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006.
13. Berg OT. Overlegen: en fortelling i tre avsnitt. Overlegen 2011; 1: 5–17.
14. Fosse E. Intervensjonssenteret ved Rikshospitalet og den industrielle revolusjonen i helsevesenet. Michael 2007; 4 (suppl 6): 1–163.
15. Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd: samspill i praksis.
16. Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester.
17. Frenk J, Chen L, Butta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet 2010; 376: 1923–58.
18. Walshe K, Higgins J. The use and impact of inquiries in the NHS. BMJ 2002; 325: 895.
19. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Aff 2008; 27: 759–69.
20. Bradley EH, Taylor LA. The American health care paradox: why spending more is getting us less. New York: PublicAffairs, 2013.
21. Lee TH, Cosgrove T. Engaging doctors in the health care revolution. Harv Bus Rev 2014; 6: 104–17.
22. Lee TH, Porter ME. The strategy that will fix health care. Harv Bus Rev 2013; 10: 50–70.
23. Lee TH, Bothe A, Steele GD. How Geisinger structures its physicians' compensation to support improvements in quality, efficiency, and volume. Health Aff 2012; 31: 2068–73.
24. Torchiana DF, Colton DG, Rao SK et al. Massachusetts General Physicians Organization's Quality Incentive Program produces encouraging results. Health Aff 2013; 32:1748–56.
25. Colla CH, Lewis VA, Shortell SM et al. First national survey of ACOs finds that physicians are playing strong leadership and ownership roles. Health Aff 2014; 33: 964–71.
26. Healthcare Kiosks / Hospital Kiosks. www.kioskmarketplace.com/topics/healthcare-hospitals/ (17.6. 2014).
27. Cosgrove T. The Cleveland Clinic way: lessons in excellence from one of the world's leading healthcare organizations. New York: McGraw-Hill, 2014.
28. Frølich A, red. Hvad kan det danske sundhedsvæsen lære av Kaiser Permanente? En sammenligning mellem den amerikanske forsikringsorganisasjonen Kaiser Permanente og det danske sundhedsvæsen. Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2011.
29. Frich JC. Jobbglidning – et ledelsesperspektiv. Overlegen 2012; 1: 6–8.
30. Bury M, Taylor D. Towards a theory of care transition: from medical dominance to managed consumerism. Soc Theory Health 2008; 6: 201–19.
31. Frich JC, Nordby G. Ledelse – en skapende logikk? I: Botten GS, Frich JC, Hagen et al, red. Helsetjenestens nye logikk. Oslo: Akademika forlag, 2014: 25–33.
32. Evensen SA. Om å bli KLoKere. I: Botten GS, Frich J, Hagen TP et al, red. Helsetjenestens nye logikk. Trondheim: Akademika forlag, 2014: 61–6.
33. McKinlay JB, Marceau LS. The end of the golden age of doctoring. Int J Health Serv 2002; 32: 379–416.

«Deler av helsevesenet i Norge var 'early adaptors' av ny journalteknologi, men som helhetlig digitalt system henger vi langt etter.»



Foto: Privat

Per Haave (f. 1958) er historiker, forfatter og statsstipendiat tilknyttet Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, som gjesteforsker ved Seksjon for medisinsk antropologi og medisinsk historie. Tema for Haaves nyeste bok er legenes spesialistutdanning i Legeforeningens regi (1916–2011). Han har tidligere blant annet publisert større studier av norsk psykiatrichistorie og norsk steriliseringspraksis på 1900-tallet.

Striden om legetakstene 1948–1952

En norsk variasjon over et profesjonssosiologisk tema

I 1951 holdt legen Peter M. Holst et foredrag i Oslo legeforening om legestandens framtid. Det var gjennomsyret av en apokalyptisk stemning: En gang sto det «en viss nimbus omkring lægegjerningen», nå var det «all grunn til å se mørkt på fremtiden, fordi vår økonomiske og faglige standard er for raskt nedadgående».¹ Holst la ikke skjul på at dommedagsprofetien skyldtes frykten for at «velferdsstaten» ville gjøre legene til «grå, fastlønnede funksjonærer». Mer spesielt skyldtes profetien at Einar Gerhardsens andre regjering i februar 1949 erstattet Den norske legeforenings veiledende legetakster for privat praksis utenfor sykehus med statsregulerte maksimaltakster. For Holst markerte dette legegjerningens endelikt som fritt yrke: «Først litt etter litt vil det gå opp for alle, omfanget av den ulykke som rammet oss, da vi 1949 mistet vårt fri [sic] yrke [...]».

Med statlig prisregulering mistet Legeforeningen muligheten for å fastsette legetakstene etter eget skjønn. Det markerte et brudd med en profesjonsstyrt honorarberegning med røtter tilbake til 1897. Foreningen fryktet for legenes økonomi, faglige kvalitet og jobbtilfredshet. Samtidig viser regjeringens beslutning i 1949 at legene ikke var skjermet mot utvidelsen av statens virksomhet. For første gang i sin historie ble Legeforeningen fratatt råderetten over en oppgave den betraktet som sin egen.

Den nye ordningen ble likevel ikke stående. Etter kraftige protester fra Legeforeningen valgte regjeringen å avvikle den etter et halvt år. Alt var likevel ikke ved det gamle da Holst holdt sitt foredrag i 1951. Etter avviklingen av den direkte statsreguleringen sommeren 1949 måtte Legeforeningen få takstene vurdert og godkjent av Prisdirektoratet. Først i 1952 lyktes det foreningen å gjenvinne kontrollen med legetakstene og beholde den i mer enn 20 år.

Et profesjonssosiologisk tema

Den norske striden om legetakstene, som var på sitt mest intense i 1948 og 1949, kan tolkes som en strid om legenes kollektive profesjonsautonomi, og dermed som en variasjon over et tema i profesjonssosiologien.

Autonomi har framfor alt vært et tema i angloamerikansk profesjonssosiologi, helt siden dens barndom i 1930-åra. I denne tradisjonen har legeprofesjonen og staten vært betraktet som motsetninger, der legene har forfulgt sine verdier og interesser, både individuelt og kollektivt, fra en autonom posisjon utenfor statsapparatet. At enkelte, slik som sosiologen Eliot Freidson i sin mest maktkritiske fase (1960- og 1970-åra), hevdet at profesjonsautonomien hvilte på statlige garan-

¹ Holst PM. Om lægestandens framtid. Tidsskr Nor Lægeforen 1951; 71: 339–41, 371–5.

tier, rokker ikke ved denne betraktningsmåten.² I denne tradisjonen vil vi også finne en tendens til å hevde at politisk og byråkratisk kontroll innebærer et hinder for en vitenskapelig fundert og sosialt ansvarlig legegjerning. Denne posisjonen, som hadde en innflytelsesrik representant i Talcott Parsons, ble kritisert av Freidson for blant annet å tildekke profesjonens egeninteresse av makt og innflytelse.³ I sin siste bok, fra 2001, vurderte imidlertid Freidson en autonom posisjon som en forutsetning for ekte «profesjonalisme», som han i tradisjonen etter Parsons betraktet som en alternativ organisasjonsform til det frie marked og offentlige byråkratier.⁴

I profesjonsteoretisk litteratur har autonomi ofte vært betraktet som et profesjonskjennetegn som følger nøye av utdanning og kunnskap.⁵ Derfor framstilles ofte profesjonsautonomi som en fast, stabil og avgrenset egenskap. Men autonomi må snarere forstås som et historisk begrep.

I Norge meldte spørsmålet om legeprofesjonens autonomi seg først da et liberalt yrkesmarked for alvor begynte å ta form fra slutten av 1800-tallet, og etter hvert avløste det statsregulerte yrkesmarkedet som hadde vært dominerende i embetsmannsstaten (1814–84). Ved overgangen til 1900-tallet var et flertall av legene blitt rent privatpraktiserende, og mange offentlige leger drev privat praksis ved siden av sine offentlige gjøremål. Denne endringen i legenes yrkesmarked førte til at *ekte* legearbeid ble forbundet med privat praksis. «Som normen, prototypen for lægearbeidet står [...] for lægenes og publikums bevissthet de private enkeltmannsbedrifter», bemerket legen Hans Gabriel Dedichen i 1938.⁶ En slik vurdering ville neppe vært særlig utbredt rundt midten av 1800-tallet.

Framveksten av et større liberalt yrkesmarked gjorde legene til en mindre statsbundet yrkesgruppe. Samtidig førte «privatiseringen» av legeyrket til at legestanden fikk en sterkere karakter av å være en profesjon som sto i motsetning til staten. Den norske legeforening, stiftet i 1886, bidro til det, ikke minst ved å ta til orde for en selvstyrt legestand. Gjennom sin forening skulle legene definere legeyrkets faglige og etiske standarder (faglig autonomi), legge premisser for politiske beslutninger som angikk yrket (politisk autonomi), og kontrollere sine inntekter og arbeidsforhold (økonomisk autonomi). Langt på vei kom myndighetene autonomikravene i møte. Det største stridsemnet skulle likevel bli spørsmålet om hvem som skulle fastsette takstene for privatpraktiserende leger, især etter gjennomføringen av en offentlig syketrygd (sykeforsikring) fra 1911. Lenge handlet forholdet mellom stat og legeprofesjon nettopp om grensene for legekollektivets økono-

«En gang sto
det 'en viss
nimbus omkring
legegjerningen',
nå var det
'all grunn til å
se mørkt på
framtiden, fordi
vår økonomiske og
faglige standard
er for raskt
nedadgående'.»

² Freidson E. *Professions of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper & Row, 1970.

³ Parsons T. The professions and social structure. *Social Forces* 1939; 17: 457–67.

⁴ Freidson E. Professionalism: the third logic. Cambridge: Polity Press, 2001. Jf. Nygård P. Ingeniørenes gullalder. De norske ingeniørenes historie. Oslo: Dreyer, 2013: 42.

⁵ Jf. Torgersen U. Profesjonssosiologi. Oslo: Universitetsforlaget; 1972: 14.

⁶ Dedichen HG. Lægegjerningen som «fritt erhverv» og som samfunnsfunksjon. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1938; 58: 1214.

miske autonomi. Som stridsemne kulminerte dette spørsmålet i en konflikt om legetakstene for privat praksis utenfor sykehus i slutten av 1940-åra.⁷

Selv om et stort antall privatpraktiserende allmennleger, og til en viss grad spesialister, kom til å arbeide for de offentlige sykekassene (fra 1930 kalt trygdekasser), var de ikke lønnet av det offentlige. De mottok honorar. «Honorar» var den gangen et ofte brukt begrep om inntektene til yrkesutøvere i frie eller liberale yrker. Begrepet stammer fra den romerske antikken. Opprinnelig var honorar (*honorarium*) en gave som ble gitt embetsmenn for å vise dem ære (*honor*), ikke for å betale for utførte embetshandlinger. Da det etter hvert ble forbudt for embetsmenn å motta private gaver for embetshandlinger, kom honorar til å bety det som embetsmenn mottok for tjenester utenfor sin embetsgjerning når disse tjenestene ikke, eller bare delvis, ble betalt av staten. I siste halvdel av 1800-tallet ble honorar stadig mer brukt for å betegne vederlag for arbeid utført av frie yrker, og som ikke uten videre kunne fastsettes etter en felles målestokk. Slik ble for eksempel arbeidet til leger, jurister og prester – de tre «klassiske» profesjonene – oppfattet i Salmonsens leksikon.⁸ En tilsvarende oppfatning kan tydelig spores hos norske leger under striden om legetakstene, eller legehonorarene, etter 1945. Eksempelvis uttalte Axel Strøm, Legeforeningens president (1948–51): «En læges arbeid er ikke en meter- eller kilovare som det kan fastsettes maksimaltakster for som skal gjelde i alle tilfelle uansett disses karakter og uansett den kunst og aktivitet lægen har utvist.»⁹ I nyere tid er begrepet «honorar» framfor alt blitt brukt om legenes inntekter når det gjelder å understreke at legegjerningen er et fritt yrke.¹⁰

«Den norske lægestands almindelige system»

Legeforeningen sørget tidlig for at legeyrket fikk et sentrum i det privatrettslige. I 1897 innførte foreningen sentralt en «normaltariff», en legetariff med veiledende priser for privat praksis i distriktene og mindre byer. I de større byene ble tariffen fastsatt av lokalforeningene. Ved å ta kontrollen med honorarberegningen skulle ikke legene lenger måtte godta vilkårlige og utilbørlig lave takster, og heller ikke konkurrere om pasienter ved å falby sine tjenester. På denne måten fikk legene anledning til selv å «stipulere prisene og diktere, hvilke betingelser man vil arbeide under», bemerket en venstremann på Stortinget i 1901, nokså kritisk.¹¹ Partifellen Lars Oftedal

⁷ Berg O. Verdier og interesser – Den norske lægeforenings fremvekst og utvikling. I: Larsen Ø, Berg O og Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo / Den norske lægeforening, 1986: 256–7, 326–7; Berg O. Medikrati, hierarki og marked. Noen historiske betraktninger om regulering av medisinsk yrkesutøvelse». I: Album D og Midré G, red. Mellom idealer og realiteter : studier i medisinsk sosiologi. Oslo: Ad Notam, 1991: 155–6; Skaset M. *I gode og onde dager ... De norske legene og staten*. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006: 63–6.

⁸ «Honorar». Salmonsens Konversationsleksikon. Bind XI. København: Schulz, 1921: 711.

⁹ Strøm A. Forhandlingene om normaltariffen. Tidsskr Nor Lægeforen 1949; 69: 34.

¹⁰ Kudlien F. Medicine as a «liberal art» and the question of the physician's income. J Hist Med Allied Sci 1976; 31: 448–59.

¹¹ S.tid. 22.2.1901: 985 (Tore Embretsen Myrvang).

omtalte derimot, med respekt og beundring, ordningen med foreningsfastsatte legetakster som «Den norske lægestands almindelige system».¹²

Etter iverksettingen av lov om sykeforsikring i 1911 sikret Legeforeningen seg kontrollen over forsikringens legetakster. Til å begynne med dekket forsikringen helt og fullt legenes regninger. Da sykekassene etter hvert opplevde sin økonomi truet av stadig høyere legetakster, havnet legene og sykekassene i en for begge parter ødeleggende konflikt. Den ble løst da refusjonssystemet ble innført som en fast ordning fra 1. januar 1926, etter først å ha vært iverksatt som et krisetiltak fra 1922. Refusjonstakstene, det vil si den delen av legehonoraret som sykekassene dekket for sine medlemmer, ble fastsatt ved kongelig resolusjon. Fra første stund var refusjonstakstene betydelig lavere enn legetakstene. Pasientene måtte selv dekke mellomlegget dersom legene gjorde krav på de foreningsfastsatte honorarene. Selv om flere leger tok hensyn til pasienter i trange kår, rammet kløften mellom honorar og refusjoner store deler av den fattigste delen av befolkningen.

Ikke bare tok Legeforeningen takstene for privat praksis i egne hender, den øvde også stor innflytelse på lønns- og arbeidsvilkårene til kommuneansatte leger. «Dette er jo et forhold, som maa paakalde opmerkksomheten i høieste grad, at vi har faat en institution, som er traadt saa at sige istedenfor departementet», mente venstremannen Nils Hestnes i 1911.¹³ For dette, og for annen selvbestaltet «offentlig» myndighet, fikk Legeforeningen mye kritikk fra Stortingets talerstol, men Stortingets forsøk på å redusere foreningens makt var bare halvhjertet. Da legene i 1918 økte takstene for privat legepraksis med 25 %, ville sykekassene ha statlig fastsatte takster. Den siste store venstre regjeringen (1913–20) med den legeforeningskritiske Gunnar Knudsen som statsminister, støttet forslaget, men Stortinget utviste ingen interesse.¹⁴ I 1927 avviste Odelstinget, riktignok med et knapt flertall, et forslag om å gi Kongen fullmakt til å regulere legetakstene. Med en slik fullmaktsbestemmelse ville legene bli den første «samfundsklasse» som fikk sin private virksomhet regulert på denne måten, innvendte den politisk og byråkratisk nærmest allestedsnærværende stortingslegen Karl Wilhelm Wefring.¹⁵ Naturligvis tok også Legeforeningen avstand fra forslaget, slik den også avviste et liknende forslag da sykeforsikringsloven skulle revideres året etter. Det er «uhørt» at staten skal fastsette «honorarsatsene for et fritt erhverv», uttalte foreningsledelsen.¹⁶

Det eneste inngrepet i den profesjonsstyrte honorarberegningen før NS-regimet høsten 1940 omgjorde Legeforeningens veiledende priser til maksimaltakster, kom med trustloven av 1926. Loven gjorde Legeforeningen til en meldepliktig sammenslutning, og Trustkontrollrådet, et nytt organ med vide fullmakter, kunne skride inn overfor medlemmer som tok urimelige eller utilbørlige

«Det største stridsemnet skulle likevel bli spørsmålet om hvem som skulle fastsette takstene for privatpraktiserende leger, især etter gjennomføringen av en offentlig syketrygd (sykeforsikring) fra 1911.»

¹² O.tid. 17.3.1927: 280 (Lov om lægers og tannlægers rettigheter og plikter m.v.).

¹³ S.tid. 7.7.1911: 2266 (Ang. distriktslægeembedernes besættelse ved konstitution).

¹⁴ Ormestad M. Syketrygden i 25 år. Forberedelse og virksomhet. Halden: Syketrygdens landsforening, 1936: 94–5.

¹⁵ O.tid. 17.3.1927: 290–1 (Lov om lægers og tannlægers rettigheter og plikter m.v.).

¹⁶ Skrivelse fra Den norske lægeforening til Socialdepartementet av 7. februar 1928 ad Revisjon av sykeforsikringsloven. Bilag nr. 3 til Ot.prp. nr. 46 Om endringer i lov om sykeforsikring av 6. august 1915 med tilleggslover.

*«En læges arbeid
er ikke en meter-
eller kilovare som
det kan fastsettes
maksimaltakster
for som skal
gjelde i alle tilfelle
uansett disses
karakter og
uansett den kunst
og aktivitet lægen
har utvist.»*

priser for sine tjenester. Opprinnelig var ikke loven tenkt å omfatte «såkalte frie profesjoner».¹⁷ Begrunnelsen var at yrkesutøvelsen i frie profesjoner ofte hadde en personlig karakter som utelukket «enhver ensartet behandling». Den borgerlige koalisjonsregjeringen Abraham Berge (Frisinnede Venstre), som i 1924 fremmet den første proposisjonen til trustlov, så derimot ingen grunn til å sette «liberale næringer», herunder legegjerningen, «i nogen prinsipiell særstilling».¹⁸ Johan L. Mowinckels første venstre-regjering, som i 1925 la fram den endelige proposisjonen, inntok samme standpunkt.¹⁹

Trustloven åpnet for statlige inngrep i privatlegenes honorarberegning, men etter alt å dømme grep ikke Trustkontrollrådet inn overfor Legeforeningen eller enkeltleger, i alle fall ikke i nevneverdig grad.

Profesjonsautonomi under press

Det første store tilbakeslaget for Legeforeningen kom da arbeiderpartiregjeringen Gerhardsen i 1949 forankret prisingen av private legetjenester i det statlige. «Lækjarane [...] må som andre samfunnsborgarar finna sin naturlege plass i det økonomiske systemet», mente finansministeren, Olav Meisdalshagen, som i den siste fasen av striden om legetakstene kom til å insistere på at Legeforeningen skulle fratas råderetten over takstene.²⁰ Disse takstene har en altfor stor sosial og økonomisk betydning til at de kan overlates til legenes skjønn, lød argumentet.

I det hele tatt kan det innen Arbeiderpartiet spores en kritisk holdning til legenes liberale yrkesmarked. Mons Lid, lederen av Stortingets finanskomité (1945–49), mente privat praksis «i virkeligheten ville falle bort» når hele folket ble med i syketrygden. Legene ville bli «arbeidere i en sosial trygds tjeneste», og da var det «naturlig [...] å se lægene som offentlige tjenestemenn som utfører offentlige oppgaver i vårt samfunn».²¹ Karl Evang, helsedirektør fra 1938 til 1972, betraktet legene som «et ledd i det samlede samfunnsmaskineri».²² For Evang var den tid forbi da «visse ‘frie profesjoner’ kunne innrette seg i samfunnet omtrent som de ville. Nå skal de innpasses i et stadig bedre organisert samfunn».²³ Når sosialminister Aaslaug Aasland i 1949, i en kommentar til striden om legehonorarene, kunne si at Legeforeningen fra et samfunnsmessig synspunkt sto for en «fullstendig foreldet» oppfatning, og dertil «en nokså primitiv tankegang», var det åpenbart salt i såret for en profesjonsforening som nettopp var blitt fratatt en av sine store oppgaver. Men i

¹⁷ Innstilling angående forholdsregler til motarbeidelse av trust- og kartellmisbruk fra den ved kgl. Resolusjon av 29. februar 1916 opnevnte trustkommisjon. Vedlegg til Ot.prp. nr. 46 (1924) Om utferdigelse av en lov om kontroll med urimelige priser og samfunnsskadelig innskrænkning av den frie konkurranse.

¹⁸ Ot.prp. nr. 46 (1924) Om utferdigelse av en lov om kontroll med urimelige priser og samfunnsskadelig innskrænkning av den frie konkurranse: 24.

¹⁹ Ot.prp. nr. 43 (1925) Om lov om kontroll med konkurranseinnskrenkninger og prismisbruk: 5.

²⁰ S.tid. 9.2.1949: 207 (Interpellasjon fra representanten Oscar Olsen).

²¹ S.tid. 9.2.1949: 211–2 (Interpellasjon fra representanten Oscar Olsen).

²² Evang K. Legegjerningen og fremtiden. *Nordisk Medisin* 1946; 29: 218.

²³ Evang K. Gjenreising av folkehelse i Norge. Oslo: Fabritius, 1947: 98.

realiteten var det et utsagn i tråd med utbredte holdninger innen Arbeiderpartiet, inkludert legene Karl Evang og Sven Oftedal, sistnevnte Aaslands forgjenger som sosialminister.²⁴

Apriltariffen 1948

Etter frigjøringen i 1945 praktiserte legene etter takster som NS-regimet hadde omgjort til maksimalpriser i 1940. I desember 1945 ville Legeforeningen forhøye takstene, og anmodet samtidig Sosialdepartementet om å øke refusjonstariffen for å unngå en altfor stor belastning på pasientenes økonomi. Saken ble imidlertid liggende inntil prisdirektør Wilhelm Thagaard, en av arkitektene bak trustloven, i april 1947 anmodet Legeforeningen om å medvirke til en ny, veiledende tariff for legetjenester. Enkelte av Prisdirektoratets distriktskontorer og kommunale kontrollnemnder hadde nemlig oppfattet gjeldende takster som maksimaltakster. Legeforeningen lagde et forslag, og Helsedirektoratet reviderte det før tariffen ble godkjent av Prisdirektoratet og gjort gjeldende fra 1. april 1948. For første gang var legetariffen lik for hele landet. Dermed mistet lokalforeningene i de større byene råderetten over prisingen av private legetjenester.

Økonomisk var apriltariffen gunstig for legene, men ikke for de trygdete. Den skapte «eit sterkt mishøve mellom honorar og refusjon», bemerket finansministeren, Olav Meisdalshagen.²⁵ Partifellen Carl Julius Alvin Westerlund, som også var forretningsfører i Haugesund trygdekasse (1925–52) fortalte på Stortinget i februar 1949 at tariffen sjokkerte «folk flest», og spesielt «oss som arbeider i sosialtrygdens tjeneste»: «Det var grunn til sterk misnøye over at det i en tid da arbeiderklassens lønninger skulle holdes nede, da statsmyndighetene forsøkte å holde priser og lønninger på en bestemt linje, skulle veltes ut av samfunnet store millionuttellinger til våre læger.»²⁶

Sosialministeren krever revisjon

Selv om Helsedirektoratet, som også var en avdeling i Sosialdepartementet, hadde vært inne i bildet, ble sosialministeren Sven Oftedal først klar over apriltariffen gjennom et avisoppslag. Oftedal, som også hadde ansvaret for arbeidssaker, uttrykte sterk misnøye med en tariff som ga legene en stor inntektsøkning.²⁷ Han fryktet for smitteeffekten, at apriltariffen kunne føre til brudd i de pågående lønnsforhandlingene mellom LO og NAF (nå NHO) og dermed skade gjenreisningen av landet. Ifølge Aaslaug Aasland, som etterfulgte Oftedal da han døde syk og utslitt sankthansaften 1948, reagerte Oftedal også på at tariffen var blitt utarbeidet uavhengig av trygdekassenes refusjonstariff, som ble liggende langt under legetariffen. Han utelukket ikke at syke-trygden nærmest ville bli illusorisk for mange av trygdekassenes medlemmer, som utgjorde rundt

«Selv om flere leger tok hensyn til pasienter i trange kår, rammet kløften mellom honorar og refusjoner store deler av den fattigste delen av befolkningen.»

²⁴ S.tid. 9.2.1949: 209 (Interpellasjon fra representanten Oscar Olsen).

²⁵ S.tid. 9.2.1949: 207 (Interpellasjon fra representanten Oscar Olsen).

²⁶ S.tid. 9.2.1949: 214 (Interpellasjon fra representanten Oscar Olsen).

²⁷ I desember 1948 ble arbeidssakene skilt ut fra Sosialdepartementet og lagt til det nyopprettete Kommunal- og arbeidsdepartementet. Se Haave P. «Reformativ politikk» – ideal og virkelighet i regjeringskontor. I: Forbord H, red. Arbeidsdepartementet 100 år : 1913–2013. Oslo: Arbeidsdepartementet, 2013.

«Trustkontroll-
rådet, et nytt
organ med vide
fullmakter, kunne
skride inn overfor
medlemmer som
tok urimelige eller
utilbørlige priser
for sine tjenester.»

75 % av befolkningen.²⁸ Derfor fant Oftedal det nødvendig å få legetariffen revidert og tilpasset refusjonstariffen snarest mulig. Om dette ville han forhandle, men bare hvis Legeforeningen satte apriltariffen ut av kraft inntil forhandlingene var avsluttet. Hvis ikke, ville han be prisdirektøren oppheve den.

Legeforeningen var villig til å drøfte mindre endringer, men ikke sette apriltariffen ut av spill, hvorpå Sosialdepartementet presenterte et forslag som lå langt under tariffen. Foreningen mente å se et forslag helt uten medisinskfaglig forankring, og utarbeidet et eget forslag for Thagaard, som i denne saken ble oppfattet som en bedre alliert enn Oftedal. I sum innebar Legeforeningens forslag en ytterligere inntektsøkning for legene.²⁹

Finansdepartementet på banen

Etter Oftedals mislykkete revisjonsforsøk bestemte finansminister Meisdalshagen, trolig i samråd med sosialminister Aasland, at det skulle fastsettes nye lege- og refusjonstakster ved kongelig resolusjon i september 1948. Et forslag ble utarbeidet av ekspedisjonssjef Agnar Kringlebotten i Sosialdepartementets trygdeavdeling og direktør R.G. Caspersen i Oslo trygdekasse. Det var et radikalt forslag. Staten skulle overta kontrollen med legetakstene, som skulle tilpasses refusjonstariffen og fastsettes som maksimaltakster.

Det gikk ikke helt som planlagt. Kort tid før saken skulle opp i statsråd, ble Meisdalshagen oppsøkt av representanter fra Legeforeningen, som tilfeldig hadde fått vite hva som var i gjære. Finansministeren ble bedt om å utsette saken. «For at det ikkje med noko skin av rett kunne hevdast at lækjarane ikkje hadde fått høve til å gje uttrykk for meininga si, eller at saka ikkje var godt nok gjennomarbeidd, gjekk eg med på det», sa Meisdalshagen i ettertid.³⁰ Saken ble gjennomgått på nytt, denne gangen også med Karl Evang og medisinalråd Jonn Caspersen til stede på statens side. Fra Legeforeningen møtte avtroppende generalsekretær Jørgen H. Berner, påtroppende generalsekretær Odd Bjercke, taksteksperten Rolf Halvorsen og Olaf Trampe Kindt – høyesterettsadvokat og foreningens faste jurist.

For Legeforeningen var det viktig å bevare legetakstene som veiledende priser, og holde dem atskilt fra refusjonstakstene, foruten å avverge en reduksjon i legetakstene. Maksimaltakster ble avvist med den begrunnelsen at «lægekunsten» ikke kunne «standardiseres, måles og prisbestemmes som en annen metervare». Legenes betaling kunne bare fastsettes rettferdig ved å ta hensyn til den enkelte legens individuelle prestasjon, etter det arbeid som nedlegges og den kløkt som utvises. Ved å koble sammen legetakstene og trygdekassenes refusjoner ble legearbeidets verdi, ifølge foreningsledelsen, underordnet syketrygdens økonomi. Legene ville bli økonomisk

²⁸ S.tid. 9.2.1949: 210.

²⁹ Strøm A. Forhandlingene om normaltariiffen. Tidsskr Nor Lægeforen 1949; 69: 33.

³⁰ S.tid. 9.2.1949: 206 (Interpellasjon fra representanten Oscar Olsen).

skadelidende, og pasientene ville ikke få «den beste og omhyggeligste behandling».³¹ I det hele tatt hadde myndighetene lansert et forslag Legeforeningen mente var uforenlig med legeyrkets kjerneverdier.

Finansdepartementet strakk seg langt, med tilbud om å la legetariffen og refusjonstariffen gå som hver sin kongelige resolusjon, erstatte ordet «maksimaltakst» med «honorartakst», sløyfe den absolutte øvre grense for honorarets størrelse i særskilte tilfeller, tillate enkelte tillegg og øke en del av de særskilte takstene. Muntlig sa Meisdalshagen seg villig til ikke å fastsette legetariffen ved kongelig resolusjon dersom legene og departementet ble enige. I så fall skulle Legeforeningen få anledning til å vedta tariffen før Prisdirektoratets godkjenning.³²

En urokkelig profesjonsforening

Legeforeningen vendte Finansdepartementet ryggen, først og fremst fordi kravet om veiledende priser var blitt avvist. Derfor ville ikke Legeforeningen fremme noen konkrete forslag for myndighetene godtok legetariffen som en veiledende prisliste. Det kom ikke på tale, svarte Meisdalshagen, og begrunnet svaret med at legene da ville stå «fritt ved sin honorarberegning».³³ Hvis ikke foreningen endret syn på dette «prinsippspørsmål», ville departementet se bort fra tidligere «lempninger» og fastsette nye takster med hjemmel i den midlertidige pris- og rasjonaliseringsloven fra 1947, den såkalte «lex Brofoss».³⁴

Legeforeningen sto urokkelig på kravet om veiledende priser og ga finansministeren beskjed om at «lovligheten» av et vedtak om maksimaltakster ville bli prøvd for domstolene.³⁵ Et forsøk på å ordne saken i minnelighet, trolig på initiativ fra Karl Evang, strandet, hvorpå Legeforeningens landsstyre i ekstraordinært møte ga sentralstyret fullmakt til eventuelt å prøve saken for domstolene.³⁶ For som landsstyret uttalte, hadde myndighetene kommet med et «urimelig diktat [...], som foruten å ramme standen økonomisk også knesetter et nytt prinsipp for et liberalt yrke». Forslaget var et «overgrep» mot legestanden, som derfor ville bli «nødsaget til å benytte de midler som står til rådighet for å bekjempe de bebudede forslag».³⁷

«Etter frigjøringen i 1945 praktiserte legene etter takster som NS-regimet hadde omgjort til maksimalpriser i 1940.»

³¹ Brev til finansministeren fra Axel Strøm og Jørgen H. Berner, 29.9.1948. Gjengitt i Tidsskr Nor Lægeforen 1949; 69: 40–4.

³² Strøm A. Forhandlingene om normaltariffen. Tidsskr Nor Lægeforen 1949; 69: 34.

³³ Sitert i Strøm A. Forhandlingene om normaltariffen. Tidsskr Nor Lægeforen 1949; 69: 34.

³⁴ «Lex Brofoss», etter finansministeren Erik Brofoss, var en midlertidig pris- og rasjonaliseringslov som fulgte opp en provisorisk anordning («lex Thagaard», etter Wilhelm Thagaard) som den norske London-regjeringen vedtok ved frigjøringen 8. mai 1945. «Lex Brofoss» ble stående til 1953.

³⁵ Strøm A. Forhandlingene om normaltariffen. Tidsskr Nor Lægeforen 1949; 69: 35.

³⁶ Nye legetakster fastsatt i statsråd. Aftenposten (morgen), 17.1.1949.

³⁷ Sitert i Strøm A. Forhandlingene om normaltariffen. Tidsskr Nor Lægeforen 1949; 69: 35.

«... tariffen
sjakkerte 'folk
flest', og spesielt
'oss som arbeider
i sosialtrygdens
tjeneste'.»

Den kongelige resolusjon

Meisdalshagen ga opp forsøket på å oppnå enighet med Legeforeningen. Han så ingen annen utvei enn å fastsette maksimaltakster for legehonorar i en kongelig resolusjon som også skulle omfatte trygdekassenes refusjonstakster.³⁸ Det skjedde i statsråd 13. januar 1949. De nye lege- og refusjonstakstene skulle gjelde fra 15. februar 1949.

På Stortinget forklarte Meisdalshagen at sammenkoblingen av lege- og refusjonstariffene var strengt nødvendig for at utgiftene for trygdekassenes medlemmer – særlig de økonomisk dårligst stilte – i størst mulig grad skulle avgrenses til det de betalte i premie. Dersom kløften mellom de to tariffene ble for stor, ville det innebære «ei utholing av sjuketrygdlova som ein ikkje roleg kan sjå på». Når det gjaldt «maksimaltakster», forklarte finansministeren at man hadde forsøkt å utarbeide et rimelig gjennomsnitt for legehjelpen, som legene til vanlig ikke skulle overskride. For øvrig presiserte Meisdalshagen at den nye legetariffen inneholdt flere unntaksregler som skulle sikre fleksibilitet.³⁹

Legepresidenten Axel Strøm rykket ut i *Aftenposten* 8. februar. Det sto om umistelige verdier og prinsipper, for både legene og pasientene. Dersom ikke staten fant en løsning legene kunne akseptere, ville det fra 15. februar inntre «en konfliktsituasjon mellom legene og Staten».⁴⁰ Strøm var sikker på at ordningen med statsregulerte maksimaltakster raskt ville ramme legene økonomisk, og på sikt redusere standens faglige nivå, fordi trang økonomi ville forhindre faglig oppdatering.

Dagen etter Strøms avisinnlegg tok landsstyremedlemmet og venstremannen Oscar Olsen opp saken i en interpellasjon på Stortinget: Hvorfor hadde regjeringen funnet det nødvendig å innføre maksimaltakster, og på hvilket beregningsgrunnlag var takstene fastsatt? Olsen hadde også et forslag: Regjeringen bør få undersøkt legenes lønns- og arbeidsvilkår, og gjenoppta forhandlinger med Legeforeningen, og om mulig utsette iverksettingen av den kongelige resolusjon. Etter en lang debatt ble forslaget enstemmig vedtatt oversendt til regjeringen.

Legekunst i økonomisk tvangstrøye

Regjeringen innførte statsregulerte maksimaltakster for privat legepraksis med hjemmel i den midlertidige pris- og rasjonaliseringsloven, som regjeringen ønsket å gjøre permanent. Dermed ble saken en del av et politisk omstridt reguleringsregime. I frontaledebatten 19. januar 1949 mente da også høyremannen Carl Hambro at beslutningen om statsregulerte legetakster var et skremmende varsel om hva man kunne ha i vente av en regjering som misbrukte «de elastisitetsgrenser som er gitt for de delegerte myndigheter»: «Den konflikt man nu synes å innvarsle med Lægeforeningen

³⁸ S.tid. 9.2.1949: 207 (Interpellasjon fra representanten Oscar Olsen).

³⁹ S.tid. 9.2.1949: 206–7 (Interpellasjon fra representanten Oscar Olsen).

⁴⁰ Strøm A. De nye legetakstene. *Aftenposten* (morgen), 8.2.1949.

[...] – den strid er et varsel om at lover som er gitt for å regulere varepriser, må ikke tøyes til å omfatte enhver art av åndelig eller profesjonell virksomhet.»⁴¹

Også i debatten i tilknytning til Oscar Olsens interpellasjon ble beslutningen om statsregulerte legetakster vurdert som et uheldig utslag av «lex Brofoss». Erling Wikborg fra Kristelig Folkeparti var svært overrasket over at den midlertidige pris- og rasjonaliseringsloven «skulle bli benyttet på denne måte, hvor det ikke gjelder et spørsmål som er utpreget krisebetont, men hvor det er en avgjørelse som får vidtrekkende virkninger gjennom lange tider.»⁴² Høyremannen – og juristen – John Lyng var sterkt i tvil om statsreguleringen av legetakstene egentlig hadde et sikkert grunnlag i «lex Brofoss», slik finansministeren mente: «Det står for meg som om de beslutninger det her er tale om, faktisk medfører en meget sterk omforming av et helt yrkes arbeidsvilkår, at de går lenger enn de rent pengetekniske vurderingshensyn som ellers skulle være avgjørende ved bruken av den midlertidige reguleringslov.»⁴³

I prinsippet var Legeforeningens motstand mot statsregulerte legetakster sammenfallende med den borgerlige motstanden mot Arbeiderpartiets plan- og reguleringspolitikk. Dette går tydelig fram av en artikkel høyremannen Olaf Trampe Kindt, høyesterettsadvokat og foreningens faste jurist, skrev i et ekstrasnummer av Legeforeningens tidsskrift, som i sin helhet var viet denne saken.⁴⁴

Regjeringen har med et «diktat» villet «binde et liberalt yrke med maksimaltakster», med stor fare for å ødelegge legenes økonomi, arbeidsglede og faglige kompetanse – «man får håpe at det ikke går så langt at man i fremtiden får en så dårlig økonomiske stillet lægestand at også det moralske og etiske nivå synker». Fem års kamp mot nazismen syntes forgjeves: «Vår regjering har, til tross for at vår kamp gjennom 5 lange okkupasjonsår åpnet alles øyne for betydningen av åndsverdier, i en tid da erklæringen om menneskerettighetene vedtas i F.N., truffet en beslutning som i realiteten innebærer en ødeleggelse av åndsverdier.» For legeyrket var ikke bare håndverk og vitenskap, men også kunst – «og kunsten trenger frihet for å kunne utvikle seg og blomstre.» Derfor hadde arbeiderpartiregjeringen, ved «å legge lægegjerningen i en økonomisk tvangstrøye», slått inn på en vei som ville ødelegge «disse åndelige verdier».

I likhet med partifellen John Lyng stilte Trampe Kindt seg tvilende til om regjeringen egentlig kunne bruke en midlertidig fullmaktslov som hjemmel for å «innføre et helt systemskifte for honorerings av lægetjenester». Denne vurderingen lå da også til grunn for Legeforeningens varsel til finansministeren om at man ville prøve saken for domstolene.

«Legenes betaling kunne bare fastsettes rettfærdig ved å ta hensyn til den enkelte legens individuelle prestasjon, etter det arbeid som nedlegges og den kløkt som utvises.»

⁴¹ S.tid. 19.1.1949: 28 (Trontaledebatt).

⁴² S.tid. 9.2.1949: 217 (Interpellasjon fra representanten Oscar Olsen).

⁴³ S.tid. 9.2.1949: 215 (Interpellasjon fra representanten Oscar Olsen).

⁴⁴ Trampe Kindt O. Tvangsregulering av åndsvirksomhet. Tidsskr Nor Lægeforen 1949; 69: 35–37.

«Dersom kløften mellom de to tariffene ble for stor, ville det innebære 'ei utholing av sjuketrygdlova som ein ikkje roleg kan sjå på'.»

Legetakstene tilbake til Legeforeningen

Legeforeningen gikk ikke til sak mot staten. I stedet kom det i stand nye forhandlinger med representanter fra staten, blant annet Karl Evang. Tonen mellom partene skal ha vært mer forsonende. Det ble oppnådd enighet om at legetariffen igjen skulle bli en veiledende prisliste. Partene ble også enige om framgangsmåten. I tråd med dette vedtok Legeforeningen en ny legetariff som Prisdirektoratet godkjente 25. juni, under forutsetning av at den kongelige resolusjon ble trukket tilbake. Det ble gjort i statsråd 8. juli 1949. Den nye legetariffen trådte i kraft 1. august, samtidig med en ny refusjonstariff fastsatt av Sosialdepartementet i samarbeid med Rikstrygdeverket.

Reetableringen av den profesjonsstyrte legetaksten førte til en høyere refusjonstariff, og til at et flertall av landets trygdekasser – som var egne rettssubjekter – så seg tvunget til å øke premietariffen. Ved utgangen av 1949 var premietariffen i snitt rundt 13 % høyere enn i 1947. Utviklingen fortsatte i samme spor i 1950.⁴⁵

Uavhengig av denne utviklingen vedtok Legeforeningen i november 1951 en ny legetariff med vesentlig høyere takster, med den begrunnelsen at gjeldende takster på langt nær tok hensyn til legenes store driftsutgifter. For første gang ble det lagt til grunn et materiale som belyste de privatpraktiserende legenes arbeidstid, ferier, muligheter for pensjonering, inntekter og utgifter.⁴⁶ Slik sett innebar denne tariffen et brudd med de gamle skjønnsbaserte legetakstene. Som en lege påpekte i 1949, var Legeforeningens honorarberegning i alle år basert på en uklar forestilling om legegjerningen som fritt yrke: «Det gis i virkeligheten intet reelt grunnlag for dette, det hele er skjønsmessig, og dette skjønn er en ureflektert overlevering fra årtier tilbake.»⁴⁷ Med ny kunnskap for hånden kunne foreningen på saklig grunnlag hevde «et nytt prinsipp» for honorarberegningen, framholdt sentralstyremedlemmet Carl Baklund: Legenes arbeid skal vurderes ut fra det de faktisk gjør, og ikke ut fra hva trygdekassene mener de skal ha.⁴⁸

Prisdirektoratet fant flere av takstene i overkant og ville ikke uten videre godkjenne den nye tariffen. Legeforeningen gikk med på en viss reduksjon og fikk til gjengjeld «inntil videre» adgang til å fastsette veiledende takster på egen hånd. En ny legetariff ble gjort gjeldende fra 1. juli 1952. Takstene for konsultasjon og sykebesøk lå atskillig over takstene fra 1949.⁴⁹

Som en konsekvens ble refusjonstariffen forhøyet, men ikke nok til å forhindre at kløften mellom legetariffen og refusjonstariffen ble enda større. Eksempelvis ble pasientenes utlegg ved første

⁴⁵ Årsmelding nr. 53 for Rikstrygdeverket (1949). Trykt som vedlegg til St.meld. nr. 76 (1951) Om Rikstrygdeverkets årsmelding for 1949. Årsmelding nr. 54 for Rikstrygdeverket (1950). Trykt som vedlegg til St.meld. nr. 70 (1952) Om Rikstrygdeverkets årsmelding for 1950.

⁴⁶ Urdal N. Syketrygden i femti år: historien om en grunnleggende sosial reform. Oslo: Norges Trygdekasselag, 1961: 351.

⁴⁷ Smith-Sivertsen C. Lægers avlønning og den nye lægetariff. Tidsskr Nor Lægeforen 1949; 69: 493.

⁴⁸ Legehonorarene drøftes på trygdekassenes møte. Aftenposten (morgen), 5.9.1952.

⁴⁹ St.meld. nr. 20 (1953) Prisreguleringsvirksomheten 1951–52: 27.

hjemmebesøk fordoblet fra 2 til 4 kroner.⁵⁰ Igjen så trygdekassene seg tvunget til å øke premiene.⁵¹ Norges Trygdekasselag, som organiserte landets trygdekasser, fortvilte og krevde at staten måtte sette ned foten: «Når det er en forutsetning at det offentlige gjennom syketrygden skal betale det vesentlige av legehonorarene, må myndighetene avgjøre størrelsen av disse honorarer, slik at de ved fastsettelsen samtidig kan vurdere honorar og refusjon.»⁵² Trygdekasselagets leder R.G. Caspersen argumenterte i prinsippet for en ordning identisk med den kongelige resolusjon fra januar 1949, som han hadde vært med på å utarbeide.

Protesten førte ikke fram. Om myndighetene hadde kommet trygdekassene i møte, ville det trolig ha utløst en ny konflikt med Legeforeningen som lett kunne ha ført til forsinkelser i arbeidet med å få utvidet syketrygden til å gjelde hele befolkningen, et mål som ble nådd i 1956. Dessuten hadde Arbeiderpartiet dempet mye av sin reguleringspolitiske ambisjon. Etter hvert ble også Legeforeningens tariff for privat praksis utenfor sykehus mindre ekspansiv. Det må ses i sammenheng med at foreningen etter hvert la ned mer arbeid i forsøket på å bedre inntekts- og arbeidsvilkårene til sykehuslegene, som fra begynnelsen av 1950-åra økte raskt i antall.

En ny gullalder

I 1951 så Peter M. Holst mørkt på legenes framtid. Den bebudede undergangen var uten tvil overdrevet. Fra 1952 kunne Legeforeningen igjen fastsette legetakstene for privat praksis utenfor sykehus og selv bestemme når en ny tariff skulle iverksettes. Riktignok skulle nye takster *drøftes* med myndighetene, men de ble ikke gjenstand for reelle forhandlinger før de ble sendt Prisdirektoratet til *registrering*. Om en revisjon skulle skape vanskeligheter for myndighetene, var det opp til Legeforeningen å finne en løsning, for eksempel ved å utsette iverksettingen av en ny tariff. Foreningen var ikke uvillig til å komme myndighetene i møte, men ikke uten gjenytelser. For eksempel hadde Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), med årlige avsetninger som tilsvarte en viss prosent av syketrygdens utgifter til legehjelp, trolig ikke sett dagens lys i 1963 hvis ikke Legeforeningen hadde hatt kontrollen med legetakstene.⁵³

Måten Legeforeningen argumenterte for egenregulert honorering av private legetjenester på, gjorde økonomisk autonomi til en høyt skattet profesjonsverdi, i realiteten til en grunnmur i den «organiserte» medisins oppfatning av legenes profesjonsidentitet. Dette ble første gang spesielt tydelig i mellomkrigstiden, da presset mot foreningsfastsatte legetakster tiltok i styrke. Derfor oppfattet foreningsledelsen arbeiderpartiregjeringens innføring av statsregulerte takster i 1949 som en trussel mot profesjonens kjerneverdier og legenes jobbtilfredshet.

«I prinsippet var Legeforeningens motstand mot statsregulerte legetakster identisk med den borgerlige motstanden mot Arbeiderpartiets plan- og reguleringspolitikk.»

⁵⁰ De nye legetariffer og refusjonssatsene. Aftenposten (morgen), 3.7.1952.

⁵¹ Innst. S. nr. 172 (1954) Innstilling fra sosialkomiteen om tilleggsbevilgning vedkommende statens tilskudd til syketrygden.

⁵² Legehonorarene drøftes på trygdekassenes møte. Aftenposten (morgen), 5.9.1952.

⁵³ Sentralstyrets melding om Lægeforeningens virksomhet i tiden 15. mai 1961 – 15. mai 1963. Tidsskr Nor Lægeforen 1963; 83: 988.

*«I 1951 så Peter
M. Holst mørkt på
legenes framtid.
Den bebudede
undergangen
var uten tvil
overdrevet.»*

«Den norske lægestands almindelige system» (Lars Oftedal) med egenregulerte takster var utarbeidet i en tid da legene av sparepolitiske grunner så å si ble skjøvet fra et statsregulert til et liberalt yrkesmarked. Med utbyggingen av syketrygden ble det knyttet nye bånd mellom stat og profesjon. Syketrygdens legeordning visket ut grensen mellom «privat» og «offentlig». Da striden om legetakstene brøt ut etter 1945, virket en stor andel leger i et liberalt, men statlig tilrettelagt yrkesmarked, som det offentlige også i stor grad finansierte. I dette markedet klarte Legeforeningen å sikre yrkesutøverne økonomisk autonomi.

Etter hvert begynte motparten – Sosialdepartementet og Rikstrygdeverket – å stille krav, men først i 1974 mistet Legeforeningen kontrollen med legetakstene. Foreningens legendariske «normaltariff» ble omgjort til en forhandlingsbasert tariffavtale. I det hele tatt måtte foreningen tilpasse seg forhandlingssamfunnet for ikke å miste makt og innflytelse. Det brøt med den laugsorienterte linjen, holdt i hevd av den politisk konservative Odd Bjercke, generalsekretæren fra 1949 til april 1976. Overgangen var vellykket. Legene fikk en sterk forhandlingsorganisasjon, selv om veien fram var brolagt med fordommer og steile holdninger innad i profesjonen.⁵⁴ Dersom Legeforeningen hadde fortsatt å hevde en utemmet profesjonsmakt, ville den ha plassert seg selv på sidelinjen som representant for en laugsrolle uten legitimitet i det politiske demokrati.

Profesjonsstyrke og samfunnsmessig legitimitet

Den norske striden om legetakstene etter 1945, og den historiske sammenhengen striden inngår i, viser at profesjonsautonomi ikke er en fast, stabil og avgrenset egenskap, slik det er blitt hevdet i angloamerikansk profesjonssosiologi. I Norge har legenes selvstyreideologi røtter tilbake til det sene 1800-tallets liberale yrkesmarked. Ideologien ble raskt en hovedpilar i legenes profesjonsidentitet. Den ga næring til oppfatningen av legegjerningen som fritt yrke, og etter hvert argumenter mot statlig prisregulering av legetjenester, selv om disse ble levert i et statlig tilrettelagt og langt på vei offentlig finansiert yrkesmarked. Men da motkreftene ble for sterke, måtte profesjonen gi slipp på selvstyreideologien for å kunne bevare makt og innflytelse.

Legeforeningens styrke hadde stor betydning for at legenes profesjonsautonomi lenge lot seg opprettholde som en kollektiv handlingsideologi. Samtidig viser den historiske erfaringen at legenes kontroll med inntekts- og arbeidsvilkårene har vært avhengig av selvstyreideologiens samfunnsmessige legitimitet. Den moderne styringsstaten etter 1945 slo sprekker i legenes selvstyreideologi, men legitimiteten gikk ikke tapt før i 1970-åra. Da var økonomisk autonomi en anakronisme som bare kunne hevdes av leger med trang til retrospektiv forgylling.⁵⁵

⁵⁴ Sundar T. Legeforeningens grå eminense. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121:2650–1.

⁵⁵ Om legeprofesjonens selvstyre som anakronistisk reguleringsform, se Moran M. Governing the health care state : a comparative study of the United Kingdom, the Unites States and Germany. Manchester: Manchester University Press, 1999: kapittel 4.





Foto: Privat

Berit Bringedal

(f. 1956) har doktorgrad i sosiologi og er fra 2005 seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet. Hennes forskningsområder er hvordan helsetjenesten bør styres for å sikre god kvalitet og rettferdig fordeling av helsetjenester og legenes rolle i denne sammenhengen. I 2010–12 var hun Harkness Fellow in Health Policy and Practice ved Harvard Medical School, og i 2002–05 var hun sekretær for Rådet for prioriteringer i norsk helsetjeneste. I perioden 2014–19 leder Bringedal komiteen for etiske, juridiske og sosiale aspekter i EU-kommisjonens Human Brain Project.

Butikk og byråkrati

Om Helsetjenesteaksjonens kritikk av dagens styringssystem¹

«With the golden age of doctoring now almost behind us, doctors are huddling in their monasteries (hospitals and medical centers) powerlessly awaiting the next corporate onslaught», skriver sosiologene McKinlay og Marceau (McKinlay 2002) i en artikkel der de sammenligner legenes rolle i dagens helsetjeneste med munkenes rolle i middelalderen. Økonomiske, politiske og sosiokulturelle krefter i det moderne samfunnet fordrev de religiøse ordenene og klostrene til få, små og marginale virksomheter, hevder de; det samme er i ferd med å skje med legerollen og legens virksomhet slik vi tradisjonelt kjenner den.

Sjefredaktøren i *The Lancet*, Richard Horton, uttrykker en lignende bekymring i en artikkel fra 2005: «Professionalism is not some old fashioned luxury enjoyed by a privileged elite, it is central to the improvement of health. Yet professionalism is currently jeopardized by a political culture that is hostile to any source of power that is seen as competitive with government. Doctors have been outmaneuvered by a far more adaptable and intelligently strategic political class» (Horton 2005).

Begge sitatene uttrykker bekymring for at ytre krefter, altså krefter utenfor profesjonen selv, nå er i ferd med å ødelegge medisinen, og verst er styringssystemet og de som forvalter dette («managers», byråkrater, administratorer og forvaltere).

Hadde dette vært to enestående påstander, ville det kanskje ikke vært grunn til å bruke mer tid på dem. Det er imidlertid ikke tilfellet. Tvert imot, majoriteten av studier² av legenes situasjon og medisinske vilkår i dagens helsetjeneste er preget av en bekymring for økende profesjonell utilfredshet, stress og utbrenthet blant leger (McKinlay & Marceau 2011), oftest med henvisning til at ytre krefter står i fare for å erodere medisinen og legenes rolle (Numerato & Salvatore 2012).

¹ Artikkelen er skrevet til festskriftet for Olaf G. Aasland i forbindelse med hans 70-års dag og tar opp et tema som Aasland har vært opptatt av siden starten av Legeforskningsinstituttet, nemlig forholdet mellom legene og samfunnet. Hvordan han stiller seg til Helsetjenesteaksjonen er imidlertid ukjent; denne teksten står utelukkende for min regning.

² Et unntak er Aaslands studier. De viser for det første at tilfredsheten blant norske leger tvert imot ser ut til å øke. De viser også hvordan det implisitte blikket former det forskeren ser. De fleste innenfor dette feltet betoner det negative sterkere – problemer blant legene er mer interessant enn det som går bra. Blant dem finner vi imidlertid ikke Aasland. Se for eksempel: Nylenna, M. et al. (2005). Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994–2002. *BMC Health Services Research* 5 (1): 44; Rosta, J. et al. (2009). Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. *Scand J Public Health* 37 (5): 503–8.

Et eklatant norsk eksempel på denne kritikken er Helsetjenesteaksjonens beskrivelse av det som skjer eller er i ferd med å skje i helsevesenet. I et bredt anlagt opprop kritiserer Wyller og kolleger (2013) dagens styringsideologi og styringssystem for å føre til dårligere leger og dårligere tjenester, potensielt moralsk forfall, sløsing med ressurser og et system der linjeloyalitet blir viktigere enn god pasientbehandling, og økonomiske og teknokratiske hensyn går foran faglige.

Har disse forfatterne rett? Er det slik at det som nå pågår, er en gradvis ødeleggelse av helsetjenesten? I denne artikkelen skal jeg diskutere noen av påstandene i Helsetjenesteaksjonens kronikk i Tidsskrift for Den norske legeforening. Jeg har valgt temaer som jeg oppfatter at forfatterne anser som (blant) de viktigste problemene med dagens styringssystem. Diskusjonens ramme er den generelle utfordringen som balansen mellom profesjonell autonomi og samfunnsmessig styring representerer.

«New Public Management»

Ifølge forfatterne av «Ta faget tilbake!» er hovedproblemet det som går under navnet New Public Management, forkortet NPM. I deres analyse inkluderer NPM «*ekspansjon av statsmakt og markedsrett samtidig, krav om lojalitet 'oppover', delegering av ansvar og dilemmaer 'nedover'*» (alle sitater er fra kronikken med mindre annet er opplyst). Forfatterne gjør ikke et skarpt skille mellom kjennetegn ved styringsideologien og virkninger av den. Innsatsstyrt finansiering, for eksempel, er åpenbart et virkemiddel, men diskuteres som en konsekvens (som i påstanden om at ISF (er) «*en god illustrasjon på flere av disse negative konsekvensene*»). Det vanskeliggjør analyse av argumentene i kronikken, dog forhåpentligvis uten at det innebærer at jeg tolker argumentasjonen deres på en urimelig måte.³

Samlebetegnelsen NPM brukes på mange forskjellige måter i den vitenskapelige, så vel som i den politiske, debatten. Det er et problem for en systematisk diskusjon fordi det ikke er entydig hva vi snakker om. Det er med andre ord ikke tilstrekkelig informativt å kalle en styringsideologi «NPM», det må presiseres hvordan begrepet defineres i den aktuelle sammenhengen.

Butikk og byråkrati

La oss se nærmere på hvordan Wyller og kolleger definerer NPM. Så og si alle definisjoner inkluderer implementering av markedsliknende ordninger i offentlig produksjon – så også her. De beskriver styringsideologien som en samtidig utvidelse av markedsrett og statsrett. At statsmakten

³ Et annet trekk ved kronikken er dens retoriske og ideologiske stil. En slik form kjennetegnes ved at hensikten i større grad er å overbevise leseren enn å presentere en nøktern analyse. Vidtfavnende og mangelfullt definerte begreper som «forvitring av folkestyret» og «moralisk forfall» er mer egnet til å mobilisere følelser enn til å danne grunnlag for nøktern analyse av hva som skjer i helsetjenesten. På tross av den retoriske teknikken tror jeg at forfatterne også intenderer å være deskriptive. Mitt forsøk er å kommentere den beskrivelsen de gir, ikke imøtegå det ideologiske fundamentet.

«Samlebetegnelsen NPM brukes på mange forskjellige måter i den vitenskapelige, så vel som i den politiske, debatten. Det er et problem for en systematisk diskusjon fordi det ikke er entydig hva vi snakker om.»

«Empirisk er det selvsagt ikke tilstrekkelig å vise til at det eventuelt var færre rapporterings- og kontrollsystemer tidligere – før man tok i bruk 'markeds-mekanismer', fordi vi ikke kan vite om økningen i kontrollfunksjoner ville ha skjedd uansett.»

ekspanderer samtidig som markedet spiller en større rolle, er ikke åpenbart, men er likevel ikke forklart. En tolkning kan være at «statsmakten», representert ved helseforvaltningen, ekspanderer fordi økt markedsrett gir større kontrollbehov.

Om denne sammenhengen er sannsynlig, kan besvares på to måter, teoretisk og/eller empirisk. Empirisk er det selvsagt ikke tilstrekkelig å vise til at det eventuelt var færre rapporterings- og kontrollsystemer tidligere – før man tok i bruk «markedsmekanismer», fordi vi ikke kan vite om økningen i kontrollfunksjoner ville ha skjedd uansett. Så vidt jeg kjenner til, er det ingen empiriske analyser som kan underbygge denne påstanden.

En teoretisk forklaring kan være at det er noe ved selve det å inkludere markedsliknende løsninger som innebærer økt kontrollbehov. For å sannsynliggjøre eller forkaste den påstanden er det nødvendig å definere hva som menes med «markedsmekanismer» eller «butikk» i helsetjenesten.

Et svært kort definisjon av et marked er et system der private tilbydere fritt konkurrerer med hverandre om å få solgt sine varer eller tjenester til dem som etterspør varen eller tjenesten. Det utpeker seg to grunner til å utnytte markedsmekanismen. Den ene er å redusere behovet for sentral planlegging av hva og hvor mye som skal produseres, den andre er å designe et system som gir de rette insentivene til aktørene. Leif Johansen, som ikke bare var en internasjonalt anerkjent professor i sosialøkonomi, men også kommunist, beskrev fordelene ved markedsmekanismen slik (Johansen 1983): «Det som egentlig er et stort og uoversiktlig system der den enkeltes situasjon er betinget av hva andre gjør og selv påvirker andres situasjoner, løser seg opp i et stort antall beslutninger som hver for seg er av meget enkel karakter: Hver enkelt beslutningstaker treffer sine disposisjoner som en finner det best i den rådende markedsituasjon». Og han la til: «Vi har erfaring for, og også teoretisk grunnlag for å forstå at dette kan gå meget bra.»

Selvsagt har vi også erfaring og teoretisk grunnlag for å forstå at dette kan gå meget dårlig. Særlig gjelder dette der markedsmekanismen *ikke* virker, for eksempel ved manglende konkurranse, for produksjon av varer eller tjenester ingen enkeltaktører ser seg tjent med å produsere, eller der produksjonen innebærer vesentlige negative sideeffekter (som klimaødeleggelser). En velfungerende markeds mekanisme resulterer oftest også i stor fordelingsulikhet, som de fleste samfunn i større eller mindre grad ønsker å korrigere.

Hvor og hvordan utfolder markedsmekanismen seg i norsk helsetjeneste? Det er nærliggende å se på innslaget av private tilbydere. De utgjør imidlertid en mindre del av det totale tilbudet, og Helsetjenesteaksjonen retter heller ikke sin oppmerksomhet spesielt mot private helsetjenester; kritikken er generell og rammer den offentlige delen i (minst) like stor grad.

Underligere er det at den største private aktøren, nemlig legemiddelindustrien, ikke nevnes i det hele tatt. Dette er et marked i klassisk forstand, og har stor betydning for helsetjenesten både når det gjelder ressursbruken og kvaliteten på behandlingen. Helsemyndighetenes rolle og dagens helsepolitikk skiller seg skarpt fra tidligere tider ved å ha langt større oppmerksomhet på tiltak ret-

tet mot å tøyte legemiddelmarkedet. Dette er et trekk ved dagens styringssystem som ikke berøres i kronikken.

Markedslignende virkemidler i offentlig helsetjeneste

Siden diagnosen ikke gjelder den private delen av helsetjenesten, er det antakelig ikke markeds-mekanismen i seg selv de er opptatt av, men trekk ved organiseringen og styringen som «minner om» markedsmekanisme, eller innebærer markedslignende virkemidler. DRG-systemets (DRG = diagnoserelaterte grupper) krav til koding og innsatsstyrt finansiering (ISF) nevnes spesielt. Forfatterne hevder at ISF fører til at det som var ment å skulle føre til økonomisk effektivitet, svekkes *«fordi selve kodingen stjeler ressurser fra primær oppgavene og fordi insentivene dreier virksomheten mot det som gir inntekter for avdelingen, framfor det som er fornuftig ressursbruk for fellesskapet»*.

Den første påstanden er at koding innebærer dårlig ressursbruk. Det står i åpenbar motsetning til intensjonen, som er å bidra til bedre ressursfordeling. Forfatterne er oppmerksomme på dette og skriver at det *«er ingen grunn til å tvile på at intensjonene var de aller beste. Men nå renner barnet ut med badevannet»*. Det er imidlertid vanskelig å forstå om de mener at legene overhodet ikke bør bruke tid på koding. Dette gjenfinnes ikke i listen over endringsforslag, men påstanden om at det innebærer ressursløsning, tilsier at de mener det, eller i det minst at de bør bruke langt mindre tid på koding. Et spørsmål jeg sitter igjen med, er: Er det å registrere diagnoser og behandlinger etter gjennomsnittskostnader i seg selv galt? Eller finnes et et riktigere nivå på kodingsaktivitet – og i tilfelle hvordan kan dette nivået fastsettes? Eller mener de at det er galt at legene skal stå for kodingen? I alle tilfeller er det uklart hvilke relative negative effekter praksisen har sammenlignet med alternativene – som at det overhodet ikke skal registreres hva aktivitetene koster, eller at slik registrering skal gjøres av andre enn fagfolkene.

Om det er uklart hva de mener bør gjøres på kodingsområdet, er det imidlertid helt klart at de mener ISF-ordningen bør fjernes. ISF innebærer å *«prioritere 'lønnsomme' pasienter foran 'ulønnsomme'»*. Generelt mener de det bør erstattes av *«et system som i mindre grad legger opp til kort-siktige strategiske overlegninger til skade for fellesskapet og enkeltmennesker»*. Det er vanskelig å være uenig i at et system som skader enkeltmennesker og fellesskapet, er dårlig. Det høres også moralsk uforsvarlig ut å rangere mennesker etter «lønnsomhet». Men argumentasjonen er ikke overbevisende, som jeg forsøker å begrunne i det følgende.

Marked eller plan?

Både registrering av aktivitet og riktige motivasjonssystemer er nødvendige egenskaper ved god offentlig produksjon. Nettopp fordi helsetjenesten ikke er (eller, etter min mening, ikke bør være) markedsstyrt, er det nødvendig å planstyre den; situasjonen er langt fra preget av «en usynlig hånd» der mange enkeltaktørers beslutninger til sammen resulterer i et velfungerende hele. Planlegging og prioritering er en helt nødvendig del av styringen av dette systemet. «Noen» må

«Underligere er det at den største private aktøren, nemlig legemiddel-industrien, ikke nevnes i det hele tatt.»

«'Noen' må registrere både behov, kapasitet, kvalitet og prioritet – på samme måte som noen må registrere og beslutte hvordan ressursene skal fordeles mellom pasienter og oppgaver.»

registrere både behov, kapasitet, kvalitet og prioritet – på samme måte som noen må registrere og beslutte hvordan ressursene skal fordeles mellom pasienter og oppgaver. Hvis ikke dette skjer i åpenhet, eksplisitt og bevisst, vil det være langt vanskeligere både å etterspore og styre hvem og hva som bestemmer prioriteringene. Og da kan vi åpne for langt råere maktspill enn de vi ser i dag – det er ingen grunn til å tro at kun å fjerne suboptimale løsninger vil gi bedre resultater; det kan også bli verre.

På den annen side: Det er klart at den store svakheten ved plansystemer er at ordninger som var ment å være virkemidler, går over til å bli målsettinger. Omfattende byråkratier var et av særtrekene ved de mislykkede økonomiene i Øst-Europa; en ekspansjon som var et resultat av manglende strukturelle ordninger som kunne holde de byråkratiske eller administrative institusjonene i tømme.

Ser vi et styringssystem med ubegrunnet stor administrativ vekst i norsk helsetjeneste? Wyller og kolleger ser ut til å mene dette ved påstander som «*ekspanderende kontroll- og rapporterings-systemer*» og «*Erfarne leger må bruke så mye tid på møter og rapportering at det svekker oppfølgingen av pasienten i vesentlig grad*».

Det kan hende de har rett i dette, men jeg har ikke klart å finne god empirisk dokumentasjon som støtter påstandene. En rapport fra Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI rapport 2012:14) konkluderer med at det blant statlig ansatte generelt er mye frustrasjon knyttet til rapporterings- og kontrollkrav, men at det ikke er mulig å si noe entydig om omfanget er for stort eller uhensiktsmessig.

En lignende frustrasjon over rapporterings- og kontrollsystemer oppleves av mange i universitets- og høyskolesektoren. En studie viste imidlertid at omfanget av administrative oppgaver gikk *ned* i perioden 2000–2010, men konkluderer med «Allikevel oppleves administrasjon å være en markant tidstjuv» (Egeland & Bergene 2012).

Det er åpenbart behov for systematiske studier av hvor mye tid som brukes på ulike oppgaver i helsetjenesten, ikke minst hvordan dette har endret seg over tid. Det foreligger langt flere meninger enn empiri på dette området. Den tilsynelatende utbredte frustrasjonen blant fagfolk, som vi observerer både i sykehus og på universiteter, kan være velbegrunnet, men foreløpig har vi for lite empiri til å slå fast hva dette bunner i. Det er et åpent spørsmål hva man reagerer på; om det er tidsbruken i seg selv og/eller at oppgavene oppleves som meningsløse, utidig intervensjoner eller bare irriterende.

Wyller og kolleger legger større vekt på kritikken av styringssystemet og den byråkratiske ekspansjonen enn på forslag til alternative styringssystemer. Selv om de presenterer en liste med endringsforslag, er disse først og fremst negative, av typen «ikke gjør som i dag» (slanke, fjerne, redusere dagens systemer). Det ser ut til at de mener helsetjenesten ville blitt bedre med mindre styring og større makt til legene/helsepersonell. Vekten på tillit til «grunnplanet» – de bruker også

«fotfolket» – eller en styringsideologi som tar utgangspunkt i Levinas' nærhetsetikk, peker i den retningen. Jeg mener disse forslagene undervurderer styringsutfordringene, noe jeg kommer tilbake til i siste del av artikkelen.

Det er imidlertid også rimelig å lese teksten slik at de mener det er for stor avstand mellom fagfolkene på «grunnplanet» og forvalterne av styringssystemet. Her mener jeg det kunne ligge en åpning for muligheten til å utvikle nye (gjerne færre, men mer virkningsfulle) styringsverktøy i fellesskap mellom fagfolk og ledere. Siden et plansystem, som det offentlige helsevesen er, må både planlegges og styres, er det meningsløst å argumentere for et system der fagfolkene uten særlig ytre inngripen av seg selv vil gi gode helsetjenester. Det er ikke styringen i seg selv som er problemet, men hvilke typer styringsverktøy som benyttes.

Motivasjonsstrukturer og insentiver

Den andre forutsetningen for at et plansystem som det norske offentlige helsevesen skal fungere bra, er at motivasjonsstrukturen er i samsvar med det man ønsker for produksjonen. Det er ikke tilstrekkelig med kunnskap om hva og hvor mye som skal produseres, aktørene må også ha motivasjonen til å utføre oppgavene. For helsetjenestens del er det viktig at motivasjonsstrukturen stimulerer til god faglig kvalitet, god utnyttelse av ressursene (ikke sløsing) og rettferdig fordeling mellom pasienter.

Det ser ut til at forfatterne mener at «helsefagene må gjenoppdage sitt historiske verdigrunnlag» som et effektivt middel for å lede aktiviteten i rett retning. Dette verdigrunnlaget er først og fremst å sette pasientens ve og vel i høysetet – «å arbeide for den andres helbred», som det står.

Min kommentar til dette forslaget er todelt. For det første stiller jeg meg tvilende til at dette er tilstrekkelig som verdigrunnlag. For det andre vil jeg hevde at et tydelig verdigrunnlag er viktig for en effektiv motivasjonsstruktur, men det er langt fra nok.

Utilstrekkelig verdigrunnlag

At legens oppmerksomhet er rettet mot den enkelte pasientens helse, er en verdi det er bred enighet om, og er avgjørende for god behandling. Men at legen utelukkende skulle ha sin oppmerksomhet hos den ene pasienten, er mer problematisk. Enten de erkjenner det eller ikke, er leger også forvaltere av knappe ressurser. De fatter konstant beslutninger om fordeling av ressurser mellom pasienter, beslutninger om hvor lang tid som skal brukes på en gitt pasient, eller hvilke videre tiltak som bør iverksettes. Hvordan kan vi være sikre på at omsorgen for den enkelte gir enkeltbeslutninger som til sammen resulterer i god og rettferdig fordeling av helsetjenestens knappe ressurser? Et verdigrunnlag som ikke sier noe i tillegg til å sette enkeltmennesket i sentrum, innebærer en fare for at den pasienten som sitter i venteværelset, blir ofret for den pasienten som er kommet i behandling. Dette skyldes ikke minst at medisinske behov er en svært tøyelig størrelse.

«Det er åpenbart behov for systematiske studier av hvor mye tid som brukes på ulike oppgaver i helsetjenesten, ikke minst hvordan dette har endret seg over tid. Det foreligger langt flere meninger enn empiri på dette området.»

«Hvordan kan vi være sikre på at omsorgen for den enkelte pasient fører til enkeltbeslutninger som til sammen resulterer i god og rettferdig fordeling av helsetjenestens knappe ressurser?»

I motsetning til Wyller og kolleger tror jeg at å tilsidesette denne prioriteringsutfordringen gir verre resultater enn om den fikk plass i profesjonsetikken. De hevder at man i dagens «*kyniske prioriteringsdiskusjoner*» ikke bekymrer seg for «*at enkeltmennesket lider, men for at lidelsen ikke blir rettferdig fordelt*». Min vurdering er at dersom legen ikke bryr seg om hvordan lidelsen blir fordelt, risikerer vedkommende å gi sin udelte oppmerksomhet til pasienter som lider langt mindre enn dem som ikke fikk plass den dagen eller i den køen. Det er ikke en motsetning mellom å se på fordelingen av lidelse og å ta vare på enkeltmennesket, tvert imot.⁴

Det er heller ikke noe godt alternativ å overlate alle⁵ prioriteringsbeslutninger til politikere eller byråkrater. Det innebærer å fjerne en vesentlig del av det profesjonelle skjønnet, som jo nettopp involverer å vurdere hvordan den enkelte pasienten best kan hjelpes – i en situasjon med større eller mindre ressursbegrensninger. Å overlate dette til andre enn klinikerne innebærer selvsagt også å utvide systemer for standardisering, rapportering og kontroll.

Insentivstruktur

Helseprofesjonene bør inkludere ansvar for god fordeling av ressurser mellom pasienter – men et godt verdigrunnlag er ikke et tilstrekkelig fundament for god helsetjeneste. I tillegg trengs et system som bygger opp under muligheten for å realisere verdiene. Alle sosiale systemer representerer skranker og føringer for bestemte tilpasninger, enten de kommer i form av penger eller sosial anerkjennelse, og enten vi er oppmerksomme på det eller ikke. Slike skranker og føringer er styrende for hvilke valg aktørene gjør, og kan ses som styringsinstrumenter – selv om de kan ha vokst fram uten noen enkeltinstans klare plan.

Forfatterne hevder at dagens insentivstruktur representerer føringer i feil retning, men sier lite om hvordan systemet burde utformes for å påvirke aktørene til å gå i rett retning. Selv om dette er et altfor omfattende tema til å kunne diskuteres noenlunde tilfredsstillende her, vil jeg likevel knytte to kommentarer til det. For det første: Erkjennelsen av at alle systemer representerer føringer for aktørenes atferd, åpner for at vi bevisst kan utforme styringssystemer slik at de drar i rett retning. Dette er et karakteristisk trekk ved tenkningen som ligger til grunn for NPM, eksemplifisert ved ISF.

⁴ Noen vil tro at problemet forsvinner bare bevilgningene er store nok. Det er en misforståelse av to grunner. For det første er det umulig for den enkelte lege å gjøre alt på samme tid, bare av praktiske årsaker må vedkommende foreta en prioritering. For det andre vil behovet for helsehjelp (behandling eller omsorg) i et samfunn alltid være større enn budsjettene. Det skyldes at «behov» kan defineres til å inkludere stadig mer; og det skyldes at vi er dødelige.

⁵ Selvsagt foregår prioriteringsbeslutninger på flere nivåer. De samlede rammene må for eksempel besluttes på et høyere nivå enn hos den enkelte kliniker.

I likhet med Wyller og kolleger er jeg skeptisk til virkningene av dette tiltaket⁶, men jeg er ikke skeptisk til å tenke i denne retningen. Tvert imot anser jeg det som mer fruktbart å tenke på helse-tjenesten som et sosialt system der aktørene blir styrt i bestemte retninger gjennom utforming av «valgarkitekturen»⁷, enn en generell oppfordring til mindre styring. Utfordringen er å arrangere arkitekturen slik at aktørenes atferd bidrar til å realisere målsettingene. Jeg deler ikke forestillingen om at det samlede resultatet blir godt utelukkende ved større tillit til grunnplanet og mer oppmerk-somhet om de tradisjonelle profesjonsverdiene, selv om disse to elementene hører til i rekken av forutsetninger som må være til stede.

Min andre kommentar er at jeg tror svakhetene ved styringssystemet i større grad skyldes feil måleparametere enn styringen i seg selv (Bringedal & Førde, 2012). I hovedsak styres det etter aktivitet, ikke etter kvalitet. En vesentlig grunn er at det er lettere å måle aktiviteten, som antall konsultasjoner, operasjoner eller liggedøgn, enn kvaliteten eller helseeffekten av det som blir gjort. Men lett å måle er ikke det samme som rett å måle. Kanskje bunner noe av frustrasjonen i at må-lingene ikke oppleves som relevante eller nyttige. Et tett samarbeid mellom klinikere og ledere er et nødvendig grunnlag for å komme fram til bedre mål.

«Det viktigste i livet lar seg ikke måle og telle»

Wyller og kolleger er antakelig ikke enig med meg på dette punktet, tvert imot uttrykker de en generell skepsis mot måling. De hevder at de tradisjonelle moralske verdiene demonstrerer at det viktigste ikke lar seg måle. De hevder også at «*det moralske språket fortrenses av økonomiske nyttekalkyler*», og etablerer på denne måten en klar motsetning mellom måling og omsorg. Dette er et relativt utbredt syn, men jeg vil hevde at det er en skinnmotsetning. Jeg tror også at å insistere på denne motsetningen fører til at dårlige mål får større innflytelse. Slik risikerer man at det beste blir det godes fiende.

At det er en motsetning mellom omsorg og måling, bygger så vidt jeg kan forstå, på to argumenter. Det ene er at det er umulig å måle essensen i virksomheten (omsorg for den enkelte), det andre er at selve aktiviteten – å måle i seg selv – stimulerer til feiltenkning (økonomiske nyttekalkyler).

Økonomiske nytteberegninger har en særlig negativ klang, det antyder en kynisme som tilsynelatende står i sterk motsetning til god omsorg og behandling. Som jeg var inne på tidligere, tror jeg imidlertid at det er uheldig at så mange blant helseprofesjonene har abdisert fra å telle og måle og

«Økonomiske nytteberegninger har en særlig negativ klang, det antyder en kynisme som tilsynelatende står i sterk kontrast til god omsorg og behandling.»

⁶ Min skepsis til ISF i dagens system skyldes at det økonomiske insentivet blir knyttet til aktivitetsmål alene. Slik risikerer man å stimulere til «mer» uten «bedre».

⁷ Begrepet «valgarkitektur» er hentet fra Thaler og Sunstein, som argumenterer for at vi bør utforme systemer slik at vi blir dyttet i rett retning, for eksempel at en skolekantine bør utformes slik at elevene lettere velger grønnsaker enn sjokolade, at minibanken piper når vi glemmer å ta ut kortet, eller å legge høyere avgifter på sigaretter. Den underliggende ideen er at vi blir dyttet i bestemte retninger av omgivelsene, enten disse er bevisst utformet eller ikke. Thaler, S. (2008). Nudge. Improving decisions about health, wealth and happiness, Penguin Books.

*«Enten vi liker
det eller ikke, er
det nødvendig å
tenke gjennom
hvordan vi fordeler
ressursene, og
dette krever
måling og
sammenligning.
For meg ligger
det mer 'omsorg'
i å tenke grundig
gjennom dette
enn å la det
være ...»*

sammenligne «nyttene» av det som gjøres. Enten vi liker det eller ikke, er det nødvendig å tenke gjennom hvordan vi fordeler ressursene, og dette krever måling og sammenligning. For meg ligger det mer «omsorg» i en grundig gjennomtenkning av dette enn å la det være – eller å overlate målingen til noen som har mindre innsikt i essensen i virksomheten. Og helseøkonomenes fremtredende stilling i styringen av helsetjenesten kan ses som resultat av helsepersonells vegring mot å ta ansvar for bedre ressursfordeling.

Anførselstegnene rundt «nytte» og «omsorg» illustrerer at dette er begreper som ikke er selvforklarende eller gir mening uten ytterligere presisering. Hvor stor nytte et tiltak innebærer, er selvsagt avhengig av hva vi forstår med nytte. Overlater man definisjonsmakten til andre enn den som har innsikt i virksomheten, risikerer man at nyttemålene blir utvendige og fører aktivitetene i feil retning.

Forstår jeg Wyller og kolleger rett, vil de ikke kunne akseptere en definisjon der omsorg er inkludert. Det er i så fall uheldig fordi det innebærer at vi ikke bevisst kan etablere styringsinstrumenter som vil styre ressursene i de retninger som gir mest tilbake i form av god omsorg. Alt vi kan håpe på er at helsepersonell av seg selv vil ordne dette, om de bare slipper innblanding.

Profesjonell autonomi og samfunnsmessig styring

Forholdet mellom legene og samfunnet kan beskrives som en kontraktrelasjon der legene er gitt myndighet til å utføre oppgaver på vegne av fellesskapet. En betydelig del av legenes virke er basert på skjønn; de er gitt myndighet og tillit til å oversette generell kunnskap til det enkelte tilfellet – den unike pasienten. Profesjonell autonomi er en forutsetning for god helsetjeneste fordi så mange beslutninger må baseres på skjønnsvurderinger.

Denne kontrakten innebærer på den andre siden at samfunnet/helsemyndighetene må ha innsyn i og kontroll over profesjonens virksomhet for å sikre at helsetjenesten blir så god som mulig, i henhold til målsettingene. Styringsutfordringen innebærer dermed å finne det rette nivået for regulering av den profesjonelle autonomien, samt type og nivå for innsyn og kontroll.

Helsetjenesteaksjonen kan leses som en reaksjon mot inngripen i legenes autonomi. De er uenige i styrenes krav om målstyring, bruk av økonomiske insitamenter, rapporterings- og kontrollrutiner. Argumentene deres er gjennomgående relatert til bekymring for kvaliteten på helsetjenesten, aldri at legene mister makt og innflytelse. Det er klart at motivene bak reaksjonen kan være flere; f.eks. en samtidig bekymring over at styringssystemet ikke gagnar helsetjenesten, og at fagfolk mister innflytelse.

Sosiologen Eliot Freidsons analyser av dette er interessante i denne sammenhengen (Freidson 1970, 2001). I hans første bok, som utkom i 1970, er han opptatt av legenes uinnskrenkede makt og at de må styres for ikke å utnytte sitt maktmonopol til å ivareta private interesser. Tretti år etter

skifter perspektivet; nå er han opptatt av at styringen av legene har gått for langt, på bekostning av god profesjonsutøvelse og kvaliteten på helsetjenestene.

Det er mulig Helsetjenesteaksjonen har rett i at «dette har gått for langt», men beskrivelsen er svært generell, upresis og mangelfullt dokumentert. Bedre analyser og empirisk dokumentasjon er avgjørende for bedre styring av helsetjenesten og legeprofesjonen.⁸

De to ulike verdenene til fagfolk og ledere er en gjennomgangstone i kritikken mot dagens styringssystem. Som jeg tidligere har vært inne på, er dette uheldig fordi vi risikerer at virksomheten blir styrt av dårlige, ikke valide, mål. Dersom fagfolkene skifter strategi fra negativ kritikk til aktiv deltakelse i utformingen av styringssystemet, øker sannsynligheten for at styringsindikatorene blir mer treffsikre. Den internasjonale diskusjonen på dette feltet antyder at dette er en mulig utvikling, som eksempler fra Nederland viser (De Bruijn 2007). Et offentlig helsevesen som det norske burde ha gode forutsetninger for et samarbeid mellom fagfolk og helsemyndigheter i utviklingen av styringssystemer som kan bidra til god kvalitet, god ressursutnyttelse og rettferdig fordeling av helsetjenester.

Takk til Oddgeir Osland, Trygve Ottersen og Karin Isaksson Rø for nyttige kommentarer.

Litteratur

- Bringedal, B., Førde, R. Feil måling gir feilstyring. Dagens Næringsliv, 9.9.2012.
- De Bruijn, H. (2007). Managing performance in the public sector. London: Routledge.
- Egeland, C., Bergene, A.C. (2012). Tidsbruk, arbeidstid og tidskonflikter i den norske universitets- og høyskolesektoren. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Freidson, E. (1970). Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd, Mead & Co.
- Freidson, E. (2001). Professionalism: The third logic. On the practice of knowledge. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Horton, R. (2005). Medicine: the prosperity of virtue. Lancet 366 (9502): 1985–7.
- Johansen, L. (1983). Kriser og beslutningssystemer i samfunnsøkonomien. Oslo: Universitetsforlaget.
- McKinlay, J.B. (2002). The end of the golden age of doctoring. Int J Health Serv 32 (2): 379–416.
- McKinlay, J., Marceau, L. (2011). New wine in an old bottle: Does alienation provide an explanation of the origins of physician discontent? Int J Health Serv 41 (2): 301–35.
- Numerato, D., Salvatore, G. (2012). The impact of management on medical professionalism: a review. Sociology of Health & Illness 34 (4): 626–44.
- Nylenna, M. et al. (2005). Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994–2002. BMC Health Serv Res 5 (1): 44.
- Rosta, J. et al. (2009). Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. Scand J Publ Health 37 (5): 503–8.
- Thaler, S. (2008). Nudge. Improving decisions about health, wealth and happiness. London: Penguin Books.
- Wyller, V. et al. (2013). Ta faget tilbake! Tidsskr Nor Legeforen 133 (6): 655–9.

«Overlater man definisjonsmakten til andre enn den som har innsikt i virksomheten, risikerer man at nyttemålene blir utvendige og fører aktivitetene i feil retning.»

⁸ Kanskje er det rett at kvaliteten på helsetjenestene i dag svekkes på grunn av feil styring, men det er ikke lett å se hva vi meningsfullt bør bruke som sammenligningsgrunnlag for å forkaste eller godta hypotesen.



Foto: Privat

Erik Falkum

(f. 1950) er professor i psykiatri ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo og leder for Seksjon for behandlingsforskning, Avdeling for forskning og utvikling, Klinikk for psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus. Forholdet mellom arbeid og psykisk helse er et sentralt tema i hans forskning, som blant annet omfatter studier av helsepsykologi, stress, utbrenthet og rehabilitering ved psykoser.

Ofrer vi sykehistorien på evidensens alter?

Følgende tre eksempler fra psykiatrien kan tyde på at sykehistorien spiller en mindre rolle i behandlingsarbeidet enn den gjorde for noen få tiår siden:

- En kvinne med tilbakevendende depresjon og sosial fobi ble behandlet i flere år med SSRI-preparater uten at hennes overgrepshistorie under oppveksten i barnehjem ble avdekket.
- En deprimer og engstelig akademiker som følte seg mobbet av leder under en langvarig arbeidskonflikt, ble behandlet med medikamenter og støttesamtaler. Journalen inneholdt intet om hans dramatiske flukt fra et fjernt hjemland der familien var forfulgt.
- Journalen til en pasient med schizofrenidiagnose viste at mannen hadde vært innlagt sju ganger de siste åtte årene uten at det forelå sykehistorienotater.

Hypotesen om at sykehistoriens betydning er i ferd med å svekkes, bygger på kliniske observasjoner, ikke på systematisk empiri. Hvis observasjonene stemmer, er det imidlertid et faktum med problematiske konsekvenser. Det kan føre til en mer distansert relasjon mellom pasient og behandler, og øke faren for paternalisme og feilbehandling. Det er derfor all mulig grunn til å spørre hva det kan skyldes når journalen henviser til en sykehistorie som ble nedtegnet for ti år siden.

Refleksjonene i dette bidraget tar utgangspunkt i konkrete forhold i det psykiatriske behandlingsarbeidet, men mange av dem har etter min oppfatning også relevans for et bredt spektrum av somatiske behandlingskontekster. Tallrike kasuistiske rapporter, blant annet fra leger med pasienterfaring, tyder på at interessen for sykehistorien er langt mindre enn den bør være, spesielt i de store sykehusene. Ofte inneholder sykehistorienotatene bare noen få antatt sentrale fakta fra tiden før diagnosen ble stilt, mens pasientens fortelling om egen funksjon, relasjoner og reaksjoner på symptomene før og under behandlingen mangler fullstendig. Denne delen av sykehistorien har stor betydning for pasientens forhold til behandleren og for hans mestring i sykdomsforløpet.

Fokus på diagnosen

Psykiatri er fortsatt et bortimot rent klinisk fag der «måleinstrumentet» er den enkelte behandlerens evne til å lytte og observere. Det farges av hennes kunnskap, erfaring og innlevelsessevne. Under en klinisk samtale finner ulike «oversettelsesprosesser» sted: pasienten «filtrerer» etter hva han tror legen er interessert i eller kan forstå, legen «filtrerer» pasientens opplysninger ved å legge vekt på ulike symptomer og tegn, og hun «oversetter» til fagterminologi. Dette innebærer at diagnosenes pålitelighet er en større utfordring i psykiatrien enn i mange somatiske fag, som i stor utstrekning kan ta i bruk presise laboratoriemål i det diagnostiske arbeidet. De siste tiårene er det blitt laget selvutfyllingsskjemaer og strukturerte kliniske skalaer for å redusere effekten av variasjon i de ulike «oversettelsesprosessene». Når klinikere trenes i bruk av disse skjemaene og

i tillegg anvender internasjonalt anerkjente klassifikasjonssystemer som sikrer at ulike begreper brukes på samme måte av ulike fagfolk, øker den diagnostiske reliabiliteten. Vektlegging av diagnosens pålitelighet har bidratt til bedre epidemiologiske data og til bedre kommunikasjon mellom klinikere, noe som øker behandlingens kvalitet. Men samtidig kan et ensidig fokus på diagnose tenkes å skyve sykehistorien ut av oppmerksomhetsfeltet. Det innebærer en tanke om at arbeidet er gjort når man har slått fast at pasienten tilhører en konkret diagnostisk gruppe (mani, depresjon, psykose, osv.), og en tanke om at behandlingsalgoritmen er gitt i kraft av denne tilhørigheten. I det klinisk-psykiatriske arbeidet er dette en sannhet med modifikasjoner. Pasientens unike historie og hans tilhørighet i et mangfold av andre grupper (sivilstatusgrupper, yrkesgrupper, ulike interessegrupper osv.) kan medføre at vesentlige endringer må foretas, eller til og med at hele algoritmen må skiftes ut. Presis kunnskap på dette området krever at en detaljert og helhetlig orientert sykehistorie har en like sentral plass som den diagnostiske kartleggingen.

Forklare og forstå

Aristoteles skilte mellom *techne* og *phronesis* som to ulike måter å tenke på i forhold til praksis (Dunne 1993). I vår sammenheng betegner «techne» ambisjonen om generell kunnskap om behandling av konkrete pasientgrupper, mens «phronesis» betegner ambisjonen om å forstå en enkeltpasient i en gitt livskontekst (Falkum 2008). Som naturvitenskap søker medisinen å forklare kliniske symptomer, å identifisere deres spesifikke årsaker og å utvikle behandlingsalternativer på grunnlag av kunnskap om disse årsakene. Denne teoretiske tradisjonens ambisjon er nomotetisk, det vil si at den vil avdekke generell lovmessighet i naturen.

Legens oppgave er imidlertid ikke begrenset til å forklare symptomene og tegnene årsaker og konsekvenser. Den omfatter også empatisk forståelse av pasientens opplevelse av sykdommen og dens innvirkning på funksjon og relasjoner. Legen må forstå pasientens personlige univers i en gitt geografisk og historisk kontekst, forstå personens subjektive verden av intensjoner og mening, en historisk verden med et gitt atferdsmessig og lingvistisk grunnlag, men også med en enorm variasjon mellom grupper og individer. Mens det sentrale sannhetskriteriet i naturvitenskapen er korrespondanse mellom et postulat og observerte fenomener, er nøkkelkriteriet i de humanistiske disiplinene snarere koherens mellom et fenomen og en rekke relaterte hendelser. For å kunne møte pasientens behov for aksept og speiling av sin emosjonelle og eksistensielle virkelighet må legen også utvikle sin kompetanse på hermeneutikkens område. Sykehistorien er nøkkelen her.

Spenningen mellom det naturvitenskapelige og det humanistiske perspektivet har vært tydeligere og mer synlig i psykiatrien enn i mange somatiske disipliner. Som nevrolog var Freud opplært som naturvitenskapsmann, og psykoanalysen kjennetegnes delvis av en ambisjon om å etablere generell kunnskap om mentale funksjoner, for eksempel på det utviklingspsykologiske området. Noen kritikere hevder at denne nomotetiske ambisjonen har medført at analytikerens ekspertrolle knapt kan skilles fra den tradisjonelle medisinske ekspertrollen: Hun behersker vitenskapen om sinnet, et språk som beskriver mentale funksjoner, hun kjenner våre forsvarsmekanismer og forvalter så å si sannheten i møtet med pasienten. Hermeneutisk orienterte klinikere oppfatter denne profilen

«Tallrike kasuistiske rapporter, blant annet fra leger med pasienterfaring, tyder på at interessen for sykehistorien er langt mindre enn den bør være, spesielt i de store sykehusene.»

«I vår
sammenheng
betegner 'techné'
ambisjonen om
generell kunnskap
om behandling
av konkrete
pasientgrupper,
mens 'phronesis'
betegner
ambisjonen
om å forstå en
enkelt pasient i en
gitt livskontekst.»

som en forvrengning av psykoterapeutrollen, og knytter forvrengningen til det de kaller Freuds scientistiske selvmisforståelse. De hevder at den tradisjonelle ekspertrollen devaluerer pasientens lekmannsforståelse, som gradvis skal erstattes av en mer «realistisk» oppfatning av selvet, verden og fremtiden. Som motsats beskriver de en terapeut som kontinuerlig reflekterer over hva det vil si å ha ekspertkunnskap om et annet menneskes mentale og sosiale vansker, og som søker å forstå mangfoldet av pasientperspektiver, holdninger og motiver uten noen forestilling om å vite på forhånd. I en åpen og åpnende dialog skaper pasient og terapeut mening og sammenheng i et mer eller mindre kaotisk personlig univers.

Den kontinuerlige debatten om ekspertrollen i psykoanalysen – som alltid har lagt større vekt på sykehistorien enn den deskriptive psykiatrien – signaliserer at spenningen mellom forklaring og forståelse har en helt grunnleggende fenomenologisk status i behandlingsarbeidet. Desto større grunn til å holde problemstillingen levende i det kliniske kollektivet.

De tre eksemplene ovenfor er alle hentet fra praksis i sykehus, og noen vil hevde at vi må skille mellom behandling i og utenfor sykehus i denne sammenhengen. Sykehuspsykiatrien har gjennomgående vært sterkt preget av den deskriptive tradisjonen, som i Kraepelins kjølvann legger vekt nettopp på diagnostikk, klassifikasjon og generelle behandlingsalgoritmer. Det er trolig riktig at sykehistorien har en mer sentral plass i behandling utenfor sykehus, og særlig blant kolleger i privat praksis med vekt på psykoterapi. En rekke aktuelle rammefaktorer indikerer imidlertid at sykehistorien og kontekstforståelsen er kommet under press også i denne typen behandlingsarbeid.

Evidensbasert medisin (EBM)

Da EBM-paradigmet ble lansert, var bakgrunnen det opphavsmennene oppfattet som uinformert og ukritisk bruk av generell kunnskap i klinisk virksomhet. De beskrev et gap mellom forskningsbasert kunnskap og praksis, og hevdet at for mange kliniske beslutninger ble tatt på grunnlag av mer eller mindre utdaterte oppfatninger (Sackett, Rosenberg & Gray 1996). Klinikere strever med å holde seg oppdatert i den jevne strømmen av artikler i tallrike tidsskrifter og velger ofte informasjon fra oppslagsbøker, oversiktsartikler, etiologiske skoler, lokale tradisjoner og erfarne kolleger når beslutninger tas. Alle disse kildene er imidlertid ikke sjelden preget av begrensninger, bias og svakt begrunnede subjektive oppfatninger (Oxman & Guyatt 1988). I psykiatrien kommer dette blant annet til uttrykk i den store variasjonen mellom institusjoner når det gjelder bruk av både biologiske og psykologiske metoder.

EBM-paradigmet argumenterer sterkt for at klinikeren må ta utgangspunkt i kunnskap som er basert på systematiske og reproducerbare observasjoner, snarere enn på autoriteter og klinisk overlevering, og holder frem det randomiserte kliniske forsøket som modell for etableringen av slik kunnskap. For å kunne tolke og evaluere litteraturen om diagnose, årsaker, behandling og prognose må klinikeren beherske den vitenskapelige undersøkelsens basale regler, for eksempel når det gjelder målingers pålitelighet og gyldighet, biask kontroll og teststyrke. Problemene med å holde seg oppdatert er imidlertid høyst reelle, og dette førte til etableringen av spesielle databaser for

systematiske analyser som undersøker effekten av ulike behandlingsalternativer med sofistikerte kvantitative metoder.

EBM-paradigmet lanserte et såkalt evidenshierarki, der metaanalyser av randomiserte kliniske forsøk betraktes som idealet for etablering av evidens. Nest øverst i hierarkiet kommer evidens basert på minst én kontrollert, randomisert undersøkelse, dernest evidens basert på én eller flere studier uten randomisering, evidens basert på en annen type kvasi-eksperimentell undersøkelse, evidens basert på deskriptive studier, og til slutt evidens basert på autoritativ klinisk erfaring.

Paradigmets kritikere ser plasseringen av klinisk erfaring på bunnen av hierarkiet som uttrykk for en massiv generell devaluering av klinisk kunnskap, og hevder at behandling basert på slik kunnskap og på intuisjon, erstattes av et eksklusivt fokus på statistisk basert kunnskap om pasientgrupper. Tanenbaum (1999) hevder at EBM-eksperter aktivt leder klinikerne vekk fra praksis og over mot formalanalyser og aggregerte data, primært fordi enkeltpasienter etter deres mening sjelden er veldig forskjellige fra dem som har deltatt i kontrollerte undersøkelser, slik at kunnskapen om pasienter med samme diagnose blir et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag. Selv om det medgis at individuelle kjennetegn kan gjøre det nødvendig å endre valg av behandlingsalternativ, begrenser ekspertene betydningen av slike kjennetegn ved å anbefale klinikerne å følge retningslinjer (guidelines) som er produsert med utgangspunkt i gruppekunnskap. Slike retningslinjer utarbeides for stadig flere psykiatriske lidelser.

Det er sannsynlig at det sterke fokuset på evidensbasert behandling også har bidratt til at det legges mindre vekt på sykehistorien enn før. Utgangspunktet for EBM-talsmennene var at medisinen generelt og psykiatrien spesielt hadde lagt for stor vekt på kasuistisk overlevering og for liten vekt på systematisk empiri. Noen av paradigmatets kritikere mener at den tidligere balansen var korrekt, mens andre vil legge enda større vekt på den konkrete vurderingen av enkeltpasienter i kontekst.

Intensiteten i debatten om EBM i psykiatrien skriver seg delvis fra en antatt antagonisme mellom det (natur)vitenskapelige perspektivet, som vil etablere generell kunnskap om pasientgrupper, og det rene kliniske perspektivet, som fokuserer på den enkelte pasient. Polariseringen kan tyde på en antakelse om at konflikten kan få en endelig løsning i favør av ett av perspektivene, men spenningen mellom «techné» og «phronesis» synes snarere å konstituere et dilemma som vi ikke kommer unna. Diskusjonen bør derfor føres på et konkret empirisk nivå, ikke på et teoretisk plan.

EBM-paradigmet synes å tilby den beste måten å etablere gyldig generell kunnskap på. Slik kunnskap er avgjørende for de kliniske profesjonenes legitimitet. Når paradigmet samtidig ser ut til å svekke vektleggingen av den enkeltes pasientens personlige univers, er svaret etter min oppfatning ikke å avvise den generelle kunnskapens betydning, men å problematisere denne svekkelsen på en våken og kontinuerlig måte.

«For å kunne møte pasientens behov for aksept og speiling av sin emosjonelle og eksistensielle virkelighet må legen også utvikle sin kompetanse på hermeneutikkens område. Sykehistorien er nøkkelen her.»

«Klinikere strever med å holde seg oppdatert i den jevne strømmen av artikler i tallrike tidsskrifter og velger ofte informasjon fra oppslagsbøker, oversiktsartikler, etiologiske skoler, lokale tradisjoner og erfarne kolleger når beslutninger tas.»

Opplevelsen av faglig usikkerhet

Det finnes mange kilder til opplevelse av faglig usikkerhet i behandlerens arbeidshverdag. Noen av dem er uomgjengelig knyttet til arbeidet i seg selv. Kunnskapen som skal forvaltes, er stor, og større enn mange klarer å håndtere. Å oppleve at en ikke mestrer tilgjengelig kunnskap, skaper regelmessig usikkerhet, ikke bare hos turnuskandidaten på første vakt eller hos den nyutdannede psykologen, men hos de fleste leger og andre ansvarlige behandlere.

For det andre skaper det usikkerhet å vite at profesjonens kunnskap er begrenset. Hvis en i tråd med EBM-paradigmet velger den empiriske forskningen som primær kunnskapskilde, må en leve med at all empirisk kunnskap er basert på sannsynlighetsvurderinger. Konfidensintervaller og p-verdier kvantifiserer usikkerhet, men fjerner den ikke. Usikkerhet er organisk knyttet til den empiriske forskningsposisjonen, som rommer det gamle ordtaket «jo mer du vet, desto mer vet du at du ikke vet». Hvis vi tenker oss den etablerte kunnskapen plassert i en mengdesirkel, vil grenseflaten mot det ukjente feltet utenfor sirkelen vokse ettersom kunnskapen vokser. Dette paradoksale faktum vil kunne stimulere behandleren til å holde seg i «sentrum» av kunnskapsfeltet, slik at grenseflaten mot det ukjente kommer på avstand, og opplevelsen av usikkerhet begrenses. Hvis den personlige toleransen for usikkerhet er liten, vil autoriteter, teori og regler basert på konsensus i laug et lett kunne fremstå som mer attraktive beslutningsgrunnlag enn empirisk forskning.

Opplevelsen av usikkerhet skapes for det tredje fordi det kan være vanskelig å skille mellom egen utilstrekkelighet og profesjonskunnskapens begrensning (Akre 2003).

Refleksjonene ovenfor er knyttet til den generelle kunnskapens usikkerhet. Opplevelsene på dette nivået må ses i sammenheng med diskusjonen om EBM-paradigmet i avsnittet ovenfor. De kan tenkes å skyve sykehistoriens betydning til side på en indirekte måte fordi kravet om å forvalte holdbar generell kunnskap har økt kraftig som følge av både interne og eksterne faktorer.

Arbeidet med sykehistorien er avgjørende for å forstå pasientens personlige univers. En god sykehistorie er ikke bare en samling fakta, den må nødvendigvis også inneholde tallrike fortolkninger av funksjon og symptomer i en rekke ulike kontekster – familiekonteksten, arbeidskonteksten osv. Fortolkningene er alltid usikre, blant annet ettersom de påvirkes av bevisste og ubevisste krefter i både pasient og behandler.

Reduksjon av usikkerhet knyttet til individets persepsjoner, følelser, forståelse, holdninger og verdier har vært et viktig forskningstema i psykologi og sosiologi siden 1990-årene (Heine, Proulx & Vohs 2006, Hogg 2007). Markert usikkerhet er regelmessig assosiert med opplevelse av stress (angst, nedstemthet) og tap av mening. Noen hevder at mening og usikkerhet kan betraktes som inverse fenomener.

Behandlerens behov for å redusere opplevelsen av usikkerhet fører i noen tilfeller til et behov for det som kalles kognitiv lukning (Kruglanski 2004). Da er behandleren sterkt opptatt av å redusere usikkerhetsopplevelsen raskt, slik at det tar for lang tid å «mestre» en stor informasjonsmengde.

Hun griper til heuristikker, tommelfingerregler, basert på overordnede forventninger, autoriteter eller skoler i faget, og kanskje til nedtoning av sykehistorien og dens tallrike tvetydigheter.

Paternalisme på vikende front

Opplevelsen av faglig usikkerhet og behovet for kognitiv lukning påvirkes ikke bare av de «indre» faktorene som er diskutert ovenfor, men også av en rekke sosiale og økonomiske rammebetingelser. Da sosiologen Talcott Parsons (1951) presenterte sin klassiske definisjon av begrepet profesjon, var faglig autonomi et sentralt kjennetegn. Legen var modelleksempel på en profesjonsutøver, som tok beslutninger som bare unntaksvis ble forsøkt overprøvd. De som har levd en stund, husker den lokale sykehusoverlegens uangripelige autoritet. Hans «hemmelige» kunnskap ble sjelden utfordret. Slik er det ikke lenger. Den paternalistiske modellen for forholdet mellom pasient og behandler, som tidligere ble oppfattet som den mest adekvate beskrivelsen, er nå gyldig og legitim nesten utelukkende i akuttmedisinske sammenhenger, der informasjon og forhandlinger stjeler tid og kan true liv og helse. I dag er det informasjon, forhandling og pasientautonomi som beskriver relasjonen (Emanuel & Emanuel 1997, Falkum & Førde 2001), noe som innebærer kritisk innsyn i legens beslutningsgrunnlag og behandlingsalgoritmer. Sett i sammenheng med kunnskapens aktuelle tilgjengelighet, den utbredte rettighetstenkningen i befolkningen og offentlig fokus på ansvar, feilbehandling og prioriteringer i helsesektoren må dette antas å øke behandlerens opplevelse av autonomitap og usikkerhet. I den gamle paternalistiske relasjonen var legen mer «beskyttet». Når offentligheten ser kritisk på konkrete behandlingsforløp, ligger vekten gjennomgående på om oppdaterte faglige retningslinjer er fulgt. Retningslinjer lages med utgangspunkt i den foreliggende generelle kunnskapen på et gitt område, de dreier seg ikke primært om forhold knyttet til den enkelte pasient. Dette kan også bidra til å skyve sykehistorien ut i periferien, noe som fremstår som et paradoks, siden de fleste klagen på behandleratferd fortsatt dreier seg om manglende informasjon, innlevelse og respekt.

Produktivitetskrav

Forholdet mellom pasienten og legen er kjernetemaet i undervisningen i medisinske atferdsfag, og det er vist at studentenes kunnskaper og holdninger på dette området utvikler seg i riktig retning i løpet av studiet. En skulle derfor tenke seg at leger som er utdannet etter innføringen av denne undervisningen, ville legge større vekt på sykehistorien og etablere bedre relasjoner enn eldre kolleger. En undersøkelse fra 1993 viste at leger mellom 30 og 50 år hadde mindre paternalistiske holdninger enn eldre kolleger (Falkum & Førde 2001), noe som kanskje kan tyde på dette. I dag har størstedelen av legegpopulasjonen trolig fått denne undervisningen, men likevel tyder kliniske observasjoner og pasientklager på at bedre holdninger ikke nødvendigvis gir bedre atferd. Vi må derfor undersøke om ulike rammefaktorer kan tenkes å motvirke holdningsstrukturen. Noen slike er nevnt ovenfor: kunnskapens «demokratisering», rettighetstenkning og fokus på feilbehandling må antas å endre befolkningens krav og behandlernes opplevelse av autonomi. En annen faktor er de siste tiårenes vektlegging av økt produktivitet i helsesektoren.

«Når EBM-paradigmet samtidig ser ut til å svekke vektleggingen av den enkelte pasientens personlige univers, er svaret etter min oppfatning ikke å avvise den generelle kunnskapens betydning, men å problematisere denne svekkelsen på en våken og kontinuerlig måte.»

«Hvis vi tenker
oss den etablerte
kunnskapen
plassert i en
mengdesirkel, vil
grenseflaten mot
det ukjente feltet
utenfor sirkelen
vokse ettersom
kunnskapen
vokser.»

En viktig del av bakgrunnen for de omfattende strukturendringene særlig i sykehussektoren har vært behovet for å redusere utgifter og pasientkøer. Det har medført større behandlingssenheter og større avstand mellom behandlere og beslutningstakere, som ikke alltid har hatt god nok kunnskap om den kliniske virksomhetens sentrale forutsetninger. Endringene må antas å ha medført økt opplevelse av krav og tidspress, og redusert opplevelse av støtte i de kliniske kollektivene, noe som sammen med autonomitapet øker den totale stressopplevelsen (Karasek & Theorell 1990). Stress øker også behovet for kognitiv lukning (Kruglanski 2004), slik at produktivitetskravene kan ha bidratt til å skyve sykehistorien i bakgrunnen og til å legge til rette for det som kalles defensiv medisin.

Stress-sårbarhetsmodellen

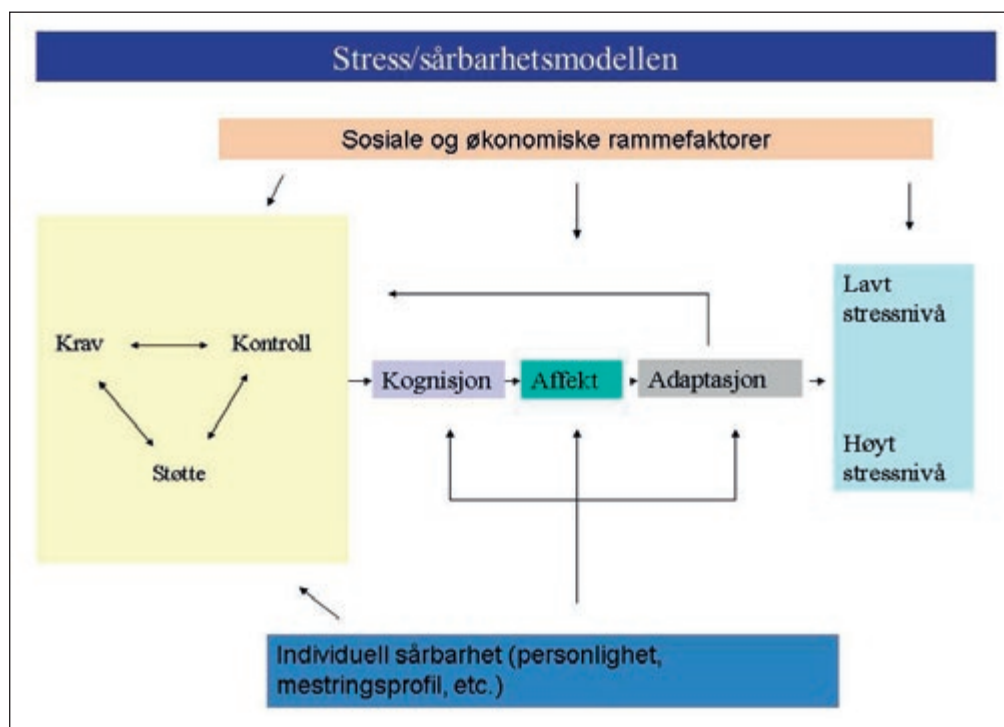
Hvis det er rett at sykehistorien er under «press» i kjølvannet av vårt fokus på diagnosen, vårt behov for forklaring, vårt fokus på generell kunnskap om pasientgrupper, vårt behov for å redusere usikkerhet og vår opplevelse av å måtte «forsvare oss» under tidspress og ytre kontroll, hva kan vi gjøre for å sikre dens plass? Spørsmålet har ikke noe enkelt svar. Deler av svaret dreier seg om rammebetingelser og må i siste instans gis av beslutningstakere utenfor det kliniske kollektivet. Andre deler dreier seg om vårt vitenskapelige utgangspunkt og om vår selvforståelse under disse betingelsene.

Mange lærebøker i medisin og psykologi omtaler den biopsykososiale forståelsesmodellen, ofte nokså kortfattet, og de fleste av dem slutter seg til modellen. I de færreste lærebøkene finner vi imidlertid omtaler som problematiserer den med en rimelig intensjonsdybde. Faren er at den biopsykososiale modellen kun blir et honnørord som markerer at en er klar over at både biologiske, psykologiske og sosiale forhold påvirker helse og sykdom, men ikke stort mer enn det (Falkum 2008). Én av grunnene er at modellen, som ble lansert av indremedisinen George L. Engel (1913–99) i en serie artikler i 1970-årene (Engel 1977), aldri ble noe annet enn en grov forståelsesramme. Engel betraktet modellen som et generelt alternativ til den biomedisinske modellen, men det var først og fremst i psykiatrien den ble diskutert i årene som fulgte. De amerikanske psykiaterne hadde gått lei av det store mangfoldet av meninger, skoler og mer eller mindre artikulererte filosofier som hadde fjernet psykiatrien mer og mer fra medisinen for øvrig, og som hadde gjort grensene mellom psykiaterens og de øvrige mentalhelseprofesjonenes roller uklare. De lengtet «tilbake», og var ifølge Engel klare for å erstatte skolene og filosofiene med den tradisjonelle biomedisinske tenkningens grenser og klarhet, noe han mente ville være et stort tilbakeskritt. Engel beskrev hvordan datidens biomedisin forklarte sykdom utelukkende som avvik fra et sett av biologiske gjennomsnittsverdier og tenderte mot å ekskludere psykologiske og sosiale dimensjoner. Han anerkjente biomedisinens omfattende bidrag til forståelsen av sykdom, men tok avstand fra «maskinfeilmodellens» tendens til å betrakte sykdommer utelukkende som naturfenomener og dermed overse de psykologiske og sosiale aspektene ved sykdommen som menneskelig lidelse. Beskrivelsen av «disease» er i utgangspunktet beskrivelsen av avvik fra en biologisk norm, beskrivelsen av en spesifikk sårbarhet i et individ. For å forstå hvordan en slik sårbarhet kan resultere i «illness», kreves i tillegg en beskrivelse av den sosiale konteksten individet befinner seg i.

Da Engel presenterte modellen, foregikk en ganske intens debatt om forholdet mellom biologiske og mentale fenomener. De biologiske reduksjonistene ville ekskludere mentale fenomener fra den vitenskapelige sfæren, og endte ofte opp med å understreke genes betydning. Selv om sentrale funn i moderne nevrobiologi i stor grad har revet bort grunnen under reduksjonismen og de fastlåste posisjonene i «mind–brain»-debatten, viser blant annet diskusjonen om EBM-paradigmet at enten–eller-tenkningen (forklare *eller* forstå, generell kunnskap *eller* kunnskap i kontekst osv.) fortsatt rår grunnen på mange tematisk beslektede områder. Diskusjonen om sykehistoriens plass, nå nesten femti år etter at den biopsykososiale modellen ble presentert, må ses i lys av dette.

Etter min oppfatning er tiden inne for en ny formulering av den biopsykososiale modellen, med utgangspunkt blant annet i viktige funn i forskning om læring, hukommelse, stress og tilknytning. For å bli noe annet enn en systemteoretisk oppfordring om å knytte sammen helhet og del, og ulike forståelsesnivåer, må modellen bli operativ, konkret og empirisk informert, slik at spesifikke hypoteser kan testes innenfor dens rammer. Enn så lenge er stress-sårbarhetsmodellen (Berge & Falkum 2013) det nærmeste vi kommer (figur 1).

Figur 1. Stress-sårbarhetsmodellen



«Arbeidet med sykehistorien er avgjørende for å forstå pasientens personlige univers.»

«I den gamle
paternalistiske
relasjonen
var legen mer
‘beskyttet’»

I figur 1 er stress-sårbarhetsmodellen gjengitt slik den i sin tid ble formulert av forskergruppen ved LEFO (Aasland et al. 1997). Den har en sentral del av sitt grunnlag i arbeids- og stressmedisinsk forskning, og har vist seg nyttig i et stort antall undersøkelser. Den er attraktiv i kraft av sin enkelhet og tillater formulering av spesifikke hypoteser. Samtidig tar den vare på følgende viktige inn-sikt:

«... the only uncontroversial generalisation which can be made about causation in history is that it is always multiple and many-layered; it embraces situational or background causes, and the complexity arises from the manner in which different areas of human experience constantly obtrude one another» (Tosh 1984)

Arbeidet for å sikre eller gjenreise sykehistoriens plass bør ha ett av sine utgangspunkter i denne modellen.

Litteratur

- Aasland, OG, Olff, M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. Soc Sci Med 1997; 45 (11): 1615–29.
- Akre, V. Learning medical practice. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2003.
- Berge, T, Falkum E. Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2013.
- Dunne, J. Back to the rough ground: phronesis and techne in modern philosophy and in Aristotle. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press, 1993.
- Emanuel, EJ, Emanuel, LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267: 2221–6.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129–36.
- Falkum, E. Phronesis and techne. The debate on evidence-based medicine in psychiatry and psychotherapy. Philosophy, Psychiatry, and Psychology 2008; 15 (2): 141–9.
- Falkum, E. Den biopsykososiale modellen – bør den formuleres på nytt i lys av nevrobiologisk og stressmedisinsk forskning? Michael 2008; 5: 244–63.
- Falkum, E, Førde, R. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. Soc Sci Med 2001; 52 (2): 239–48.
- Heine, SJ, Proulx, T, Vohs KD. The meaning maintenance model: On the coherence of social motivations. Pers Soc Psychol Rev 2006; 10: 88–111.
- Hogg, MA. Uncertainty-identity theory. Adv Exper Soc Psychol 2007; 39: 69–126.
- Karasek, R, Theorell, T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.
- Kruglanski, AV. The psychology of closed mindedness. New York: Taylor and Francis, 2004.
- Oxman, AD, Guyatt, GH. Guidelines for reading literature reviews. J Can Med Ass 1988; 138: 697–703
- Parsons, T. The social system, London: Glencoe Free Press, 1951.
- Sackett, DL, Rosenberg WM, Gray, JA. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71–2.
- Tanenbaum, SJ. Evidence and expertise: The challenge of the outcome movement to medical professionalism. Acad Med 1999; 74: 757–63.
- Tosh J. The pursuit of history: aims, methods, and new directions in modern history. New York: Routledge, 1984.





Foto: Privat

Per Vaglum

(f. 1938) er psykiater, dr.med., psykoanalytiker og professor emeritus i medisinsk atferdsvitenskap ved Universitetet i Oslo. Han har forfattet flere lærebøker, også noen som kombinerer sakprosa og skjønnlitterære virkemidler. Han er kommandør av St. Olavs Orden og æresmedlem i Norsk psykiatrisk forening.

Psykiaterens rolle under press

Sideblikk 2009–2014

Skal vi som er i 70-årsalderen, fortsatt ha noen mening om helsevesenet? Bør vi ikke nå la de kommende generasjoner holde på med sitt og *selv* ta konsekvensen av sine valg? Jeg mener nei. Det er mange forhold som gjelder pasientbehandling, som ikke naturlig går ut på dato, men som utenforstående krefter rundt lege–pasient-forholdet aktivt prøver å påvirke – og samtidig destruere ut fra motiver som er lege–pasient-forholdet uvedkommende.

Hvert år møter en ny årgang medisinstudenter og ferdige leger helsevesenet, dets organisering og dets praksis. Hvem andre enn oss gamlinger kan gjøre dem oppmerksom på at det de møter, er menneskeskapt, at det kunne være helt annerledes – ja, at det faktisk *har vært* helt annerledes, at mye fungerte bedre for både pasient og lege tidligere. Når en sentral person i norsk medisin, Olaf Gjerløw Aasland, nå passerer pensjonsalderen, er det viktig at også *han* fortsatt lar sin stemme høre – at han fortsetter sin kritiske refleksjon over legenes rolle og posisjon.

For legens rolle utfordres stadig (1, 2). I norsk medisin er det nå et press på kortere og kortere konsultasjoner og opphold – og raskere og raskere omløp av pasienter. I boken *Legens utfordringer* (3) skildret jeg i et kapittel et skoleringsprogram for de leger som ikke var effektive og uempatiske nok til å omstille seg til den nye legerollen. Da jeg skrev om dette jeg kalte «Topplegesenteret», tenkte jeg at det var et slags parodisk skrekkscenario som lå så langt foran oss at det fortsatt var mulig å snu i tide. Men nei. Allerede for to år siden hørte jeg om en fastlege som lar pasienten stå oppreist ved siden av skrivebordet for å spare tid. Jeg håper ikke hun fikk ideen fra min bok.

Hva så med psykiaterne? De er naturligvis utsatt for det samme effektiviseringspresset og den samme forventningen om at pasienten skal hjelpes raskt og riktig – selv om man ikke får tid nok til å praktisere evidensbasert medisin, dvs. en virksomhet basert på kunnskap fra empirisk forskning, på omfattende klinisk erfaring og grundig kjennskap til den enkelte pasient. Det man først må kutte ned på, er tid for utredning og oppfølgende samtaler, tid for kompliserte pasienter som har flere lidelser (f.eks. depresjon og rus), tid for ulike former for psykoterapi og for kontakt med familien og andre pårørende, og – ikke minst, tiden det tar å danne seg et bilde av pasientens problemer i et livsperspektiv.

Men i tillegg til disse utfordringene er psykiaterens tid i dag også i ferd med å bli overfylt av oppgaven som medisinsk ansvarlig for øvrige medarbeideres pasienter som skal ha psykofarmakologisk og somatisk oppfølging. Å være medisinsk ansvarlig høres ut som en avgrenset og grei jobb. Men det går selvfølgelig ikke an å dele pasienter opp i én medisinsk del og én psykiatrisk del. I virkeligheten er den medisinsk ansvarlige psykiater fullt ut psykiatrisk ansvarlig for den pasient

som skal deles med en tverrfaglig kollega – og må bruke all den tid som er nødvendig, og alle sine psykiatriske ferdigheter når en slik pasient skal undersøkes, behandling skal startes og følges opp.

Problemet er at det stadig blir relativt færre psykiatere i forhold til andre medarbeidere. Det er antall personer i de andre fagkategoriene som øker når det psykiske helsevernet styrkes. I dag kan en ung LIS-lege med ett til to års psykiatrisk praksis få ansvar for 60–120 kollegapasienter ved en poliklinikk. Hvor skal psykiaterne ta den tiden fra som må brukes på kollegapasientene? Skal de slutte helt å behandle egne pasienter? Hvordan går det da med deres egen kliniske kompetanse? Skal de behandle alle pasienter de får ansvar for, med harelabb? Snart duger de vel da heller ikke som «medisinsk ansvarlige»?

Norsk psykiatrisk forening har et medlemsblad, *Psykiateren*. I 2009 ble jeg bedt om å skrive en fast spalte der jeg så på faget og utviklingen der med et litt skjevt blikk. Jeg tok på meg oppgaven og har siden skrevet korte innlegg under vignetten «Sideblikk». Jeg tenker at også andre enn psykiaterne kan ha interesse av hvilken diskurs som foregår internt i faget. Til det kan mine «sideblikk» kanskje være egnet. I det følgende har jeg plukket ut et lite utvalg av slike «sideblikk» som kan illustrere noen av spenningene i faget. Årstallet de sto på trykk, er angitt i parentes, til orientering er tekstene her blitt lett redigerte.

Én psykiatri – eller mange? (2009)

- Hva slags psykiaterjobb ser du for deg i fremtiden, spurte jeg nylig en ung kollega i utdanning.
- Jeg vet ikke helt ennå, jeg, om jeg skal velge biologisk psykiatri eller psykodynamisk psykiatri.
- Et slikt valg finnes ikke.
- Ikke?
- Nei. Det finnes ikke flere «psykiatrier». Psykiatri er ett sammenhengende fag som hviler på integreringen av biologiske, psykologiske, miljømessige og kulturelle faktorer av betydning for psykisk fungering og mental helse. For hver enkelt pasient vurderer vi den relative betydningen av disse faktorene for etiologi, patogenese og forløp.
- Men, det er jo et «Utvalg for biologisk psykiatri» i Norsk psykiatrisk forening. Og et tidsskrift som heter *Biological Psychiatry*.
- Jo, men det er dessverre en forvirrende ordbruk. De finnes ikke noen egen biologisk psykiatri, og heller ikke psykiatere som bare bruker biologiske undersøkelsesmetoder og intervensjoner. Jeg forstår at du kan få et slikt feil inntrykk. Men alle psykiatere må kjenne indikasjonene for slike metoder og intervensjoner. Utvalget burde hete «Utvalg for psykofarmakologi og biologiske faktorer ved psykiske lidelser». Og tidsskriftet skulle hete *Biological factors in psychiatric disorders*. På samme måte ville det bli like feil å operere med en egen «psykologisk psykiatri» (eller psykodynamisk, kognitiv, systemorientert, familiepsykiatri osv.) eller en «sosial psykiatri», som om utøverne av slike behandlingsmetoder ikke også behøvde å tenke biologi og psykofarmakologi. All psykiatrisk praksis må være forankret i den biopsykososiale modellen. Uansett hvilke spesifikke behandlingsmetoder man tar i bruk.

«I norsk medisin er det nå et press på kortere og kortere konsultasjoner og opphold – og raskere og raskere omløp av pasienter.»

«Allerede for to år siden hørte jeg om en fastlege som lar pasienten stå oppreist ved siden av skrivebordet for å spare tid.»

- Men det er da ganske forvirrende at det er så mange ulike oppfatninger om årsaksforhold og behandling i psykiatrien.
- Ja, det kan jeg forstå at du synes. Men våre pasienter og deres liv *er* mangfoldige! Vi kan ikke late som noe annet. Likevel blir mangfoldet iblant brukt mot oss for å svekke og ufarliggjøre oss. Og det faktum at våre pasienter trenger, og får, et bredt spektrum av tilnærmingsmåter, kan dessverre også bli et problem for vår profesjon.
- Å?
- Hvis vi faktisk opererer som om vi har tre forskjellige «psykiatrier», vil pasientens behandling være helt avhengig av hvilken «psykiatri» vedkommende kommer i kontakt med. Da brukes ikke vår totale biopsykososiale viten og kompetanse. Slik kan vi bare ikke ha det. Spesialistutdanningen og spesialistreglene må forhindre det.
- Men hvorfor har det blitt en slik oppsplitting?
- Det har med mange faktorer å gjøre, noen verdimeslige, noen kunnskapsmessige, noen narsissistiske. Både forskere og kreative klinikere har vært med på denne oppsplittingen. Når man har studert *deler* av den biopsykososiale modellen – enten det har vært biologiske, psykologiske eller sosiale faktorer, og på den måten fått verdifull ny kunnskap om disse – har man sjelden vært ydmyk nok til å bringe sine nye kunnskaper tilbake til den *samlete* biopsykososiale modellen. I stedet har man villet forklare *alt* med sin del av modellen eller med sin spesifikke behandling. Nybegynneren kan ha vansker med å se begrensingene i slike «skoler».
- Ja vel.
- Da jeg sendte inn en artikkel til Tidsskrift for Den norske legeforening med tittelen «Hva er en psykiater?» (4), var fagredaktørens reaksjon ganske talende: Dette må da være feil? Det finnes da vel ingen felles kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjelder alle psykiatere? Det kan også virke svært provoserende når vi fremstår som et samlet fag. Da må vi nemlig tas på alvor!
- Hvis vi godtar at vi skal ha flere sideordnete «psykiatrier», og fortsetter å forlate den biopsykososiale modellen, vil vi snart oppleve at biologiske metoder kan tas hånd om av fastleger, samtalebehandlingen av psykologer og miljøarbeidet av sosionomer og sykepleiere. Det kan kanskje til og med bli billigere.
- Jeg tror jeg velger å bli psykiater, jeg. Rett og slett.
- Velkommen skal du være i et fantastisk spennende fag!

Er alt vi sier til pasienten, psykoterapi? (2010)

En av mine yngre kolleger spurte meg nylig om dette. Her er mitt korte svar:

Du skal ikke ha jobbet særlig lenge som kliniker før du oppdager at en setning eller to som du har sagt til en pasient, har av pasienten blitt opplevd som svært avgjørende for en positiv utvikling videre. På samme måte kan en pasient fortelle at et ord eller en bemerkning fra en kollega har såret dem for all tid. Dette kan skje i hvilken som helst samtale med pasienter, og enten samtalen er definert som psykoterapi eller ikke. Men slett ikke nødvendigvis! Utfordringen i psykiaterutdanningen er derfor å styrke LIS-legenes ferdigheter i aktivt å gjøre samtalene med pasientene mest mulig psykoterapeutiske, dvs. å påvirke pasientens psykiske lidelse på en gunstig måte. Etter min

mening har vi to typer samtaler med en psykoterapeutisk målsetting som det er viktig å holde fra hverandre, fordi man bruker psykoterapeutiske ferdigheter på forskjellige måter: 1) psykoterapeutisk informerte samtaler og 2) avtalt psykoterapi (5).

I psykoterapeutisk informerte samtaler er det ikke inngått noen avtale om at terapeuten skal utøve en bestemt form for psykoterapi. I disse samtalerne bruker psykiateren imidlertid alt hun eller han kan om hvordan man håndterer de irrasjonelle faktorer (overføring, motoverføring, motstand, repetisjon av relasjoner, ubevisst motivering) som opptrer i ethvert lege-pasient-forhold, med sikte på å etablere et godt samarbeidsfellesskap med hensyn til det totale behandlingsopplegg for pasienten. Kunnskap fra psykoterapi brukes også til å hjelpe pasienten (i alle diagnosegrupper) til bedre mestring av sin psykiske lidelse, og sin eventuelt utålelige livssituasjon, og til bedre etterlevelse av behandlingen (medikasjon, ergoterapi, fysioterapi, arbeidstrening, skoleopplegg osv.). Det er denne ferdigheten i å gjennomføre enhver pasientsamtale som en psykoterapeutisk informert samtale som etter min mening skal læres i de første to obligatoriske årene med psykoterapiveiledning i spesialitetsutdanningen, og som skal utvikles siden gjennom videre spesifikk psykoterapiutdanning og klinisk praksis. Jeg har beskrevet grunnopplæringen i slike psykoterapeutisk informerte samtaler med en akutt psykiatrisk pasient i min bok *Den første pasienten – fortelling om et avgjørende møte* (6).

Avtalt psykoterapi skiller seg fra psykoterapeutisk informerte samtaler ved at man eksplisitt har avtalt med pasienten at samtalerne skal brukes til en bestemt form for psykoterapi som – NB! – terapeuten har systematisk utdanning i. Rammene (tid, sted, varighet over tid) fastslås. Det klargjøres også for pasienten hva hans eller hennes oppgave i timene er, og hva som er terapeutens oppgave. I psykodynamisk intensiv psykoterapi er for eksempel pasientens oppgave «å prøve å si hva du tenker og føler», mens terapeutens oppgave er «sammen med deg å se på det du tenker og føler, slik at du kan forstå mer av deg selv og dine problemer».

For de etablerte psykoterapimetodene foreligger det indikasjoner og kontraindikasjoner. De psykoterapeutisk informerte samtalerne er derimot indisert ved ethvert behandlingsforhold, og kan være avgjørende for at man får etablert en nødvendig allianse med pasienten.

Psykiatriens ubudne gjester – fortsatt? (2010)

Her om dagen kom jeg i snakk med en yngre kollega som hadde fått sin første overlegejobb. Jeg spurte:

- Hvorfor vil du jobbe akkurat der?
- Der slipper jeg misbrukere som pasienter. Tror jeg, da.
- Men finnes det ikke rusmisbrukere alle steder i psykiatrien?
- Jo. Men de som har rusproblemer, henviser vi jo oftest til rusbehandling et annet sted.
- Du vil unngå dem.
- Vi kan likevel ikke gjøre noe for dem.

«... det går
selvfølgelig
ikke an å dele
pasienter opp i
én medisinsk del
og én psykiatrisk
del.»

«... det faktum
at våre pasienter
trenger, og får, et
bredt spektrum av
tilnærminingsmåter,
kan dessverre
også bli et
problem for vår
profesjon.»

- Mener du at det ikke finnes behandlingsmetoder for misbrukslidelser?
- Jo, det finnes, men jeg har ikke lært noen slike. Ikke ordentlig.
- Men du har lært deg å behandle pasienter med psykoser, affektive lidelser, angstlidelser og spiseforstyrrelser? De metodene er vel ikke alltid mer effektive, de? Og mange av de pasientene har et vel så kronisk forløp som rusmisbrukerne?
- Jo.
- Og det er vel ikke vanskeligere å lære seg å behandle rusmisbruk enn andre alvorlige psykiske lidelser?
- Nei, det er vel sant. Men i de avdelingene der jeg har jobbet, har ikke misbrukere vært «vårt bord». Andre fikk ta seg av den type lidelser. Og da er det ikke så viktig å lære å behandle misbrukslidelser.
- Vi vet jo at 80 % av ruspasientene har andre, veldefinerte psykiske lidelser i tillegg til misbrukslidelsen. Sett i det perspektivet ville det vel vært rasjonelt at de samme behandlerne behandlet alle psykiske lidelser (inkludert rus) som én bestemt pasient måtte ha? I stedet for å sende dem frem og tilbake mellom psykiatrien og rusfeltet? Og i tillegg forvirre pasientene og opprøre de pårørende? Nå pendler 40 %, akkurat som i 1980-årene.
- Jo, det kan du si. Men nå har vi jo egne institusjoner for rusmisbrukere, og de får ta sin del av jobben de også.
- Det er jo rimelig nok så lenge de eksisterer. Men skal pendlingen stoppe, forutsetter det vel at det går an å bli enige om hvilke rusmisbrukere rusfeltet skal ta et helhetlig ansvar for når det gjelder *alle* klientens psykiske lidelser, og hvilke rusmisbrukere psykiatrien skal ha et tilsvarende ansvar for.
- Men hvis de fleste har alvorlige psykiske lidelser i tillegg til misbruket, havner vel de aller fleste hos oss, da?
- Ja, slik burde det kanskje vært om rusfeltet ikke har like god psykiatrisk kompetanse. Og da kunne vi kanskje like godt hatt én, samlet psykiatrisk spesialisthelsetjeneste som også hadde det fulle ansvar for pasienter med ruslidelser. Vi har jo ikke en egen psykoseomsorg, depresjonsomsorg, angstomsorg eller anoreksiomsorg. Hvorfor en egen rusomsorg?
- Du er vel inne på noe der.
- Med en slik organisering, ville du kunne tenke deg å lære deg å jobbe også med slike pasienter?
- Kanskje. Men misbrukerne har også ofte vanskelige personlighetsforstyrrelser. De vil prøve å manipulere deg og føre deg bak lyset. Og jeg er ikke kompetent til å behandle alvorlige personlighetsforstyrrelser.
- Hvem har sagt at du må forandre pasientenes personlighet? Kunnskapene om pasienters personlighet er først og fremst viktig for å kunne etablere tillit og et godt samarbeidsforhold om den behandling og omsorg som det legges opp til. Det gjelder alle slags psykiatriske pasienter.
- Det er fint at du minner meg om det. Jeg har alltid følt meg så hjelpeløs overfor pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Da vi hadde gått fra hverandre, tenkte jeg tilbake til slutten av 1960-årene, da unge misbrukere av illegale stoffer og lynol kom til psykiatrien for første gang. Da gikk kroniske alkoholikere til en egen alkoholistsorg utenfor psykiatrien. Og en del eldre narkomane gikk til Statens klinikk for

narkomane. Psykiatrien tok seg av pasienter med delir og andre rusutløste psykoser. Pasienter med alkoholisme som hoveddiagnose ble ellers ikke tatt imot. Ganske mange psykiatriske pasienter viste seg likevel også å ha alkoholproblemer i tillegg til depresjonen eller suicidalforsøket som de kom for. Men alkoholproblemet deres var ikke psykiatriens «bord».

Så kom hippiebevegelsen med de nye, unge misbrukerne av illegale stoffer. Og de ble tatt godt imot av psykiatrien, også fordi man innså at de hadde svært mye felles problematikk med de ordinære pasientene. Skreddersydde og ambisiøse behandlingsopplegg for de unge misbrukerne ble opprettet ved flere psykiatriske institusjoner. Men ganske snart startet en utvikling som resulterte i at hovedansvaret også for denne misbruksgruppen havnet utenfor psykiatrien. Argumentene for det var mange. Antipsykiatribevegelsen var aktiv på den tiden. Hvorfor stigmatisere misbrukerne som psykiatriske pasienter? Noen mente at psykiatrisk behandling var det samme som piller. Og misbrukerne skulle jo bort fra pillene. De nye misbrukerne «passet» heller ikke så godt sammen med andre psykiatriske pasienter, hevdet noen. Særlig sengeavdelingene var lite egnet for unge mennesker. Og psykiatrien manglet poliklinisk virksomhet utover ettervern. Så opprettet man 60 ungdomsteam (uten noen empirisk dekning for at det ville gjøre noen forskjell), men disse ble faglig sett på mange måter stående utenfor «main stream»-psykiatrien. Samtidig kom kollektivbevegelsen og de hierarkiske terapeutiske samfunn, som også ideologisk og faglig plasserte seg utenfor psykiatrien. Og i psykiatrien overskygget snart igjen rusen alle andre lidelser som pasienten måtte ha, og man lukket øynene for de andre symptomlidelsene hos misbrukerne som ble sett så klart i overgangen mellom 1960- og 1970-årene. Og gradvis ble dermed også den nye misbrukergruppen ubudne gjester som heller ble overlatt til den gamle alkoholistsorgen – og som nå selvfølgelig skiftet til et nytt og mer moderne navn.

Var det noen stor ulykke? Ja, for alle misbrukere med andre alvorlige psykiske lidelser i tillegg mener jeg det i mange år har vært en ulykke. Og grunnen til det er at da misbruksbehandlingen av også de nye rusmisbrukere ble klart atskilt fra psykiatrien, ble det vanskelig for rusfeltet å følge med i den store faglige utviklingen og moderniseringen som skjedde i psykiatrien fra 1980-årene og utover, bl.a. med utviklingen av mer reliabel og valid diagnostikk og utviklingen av mer spesifikke og effektive psykoterapeutiske og psykofarmakologiske behandlingsmetoder for veldefinerte angstlidelser, affektive lidelser, spiseforstyrrelser og psykose. Det var ikke nok at misbruksfeltet utviklet noe mer effektive behandlingsmetoder for ruslidelser, når man ikke fikk med seg resten av den faglige utviklingen. Paradoksalt nok ble det slik at jo bedre metoder psykiatrien og rusfeltet har fått utviklet hver på hver sin kant, desto sterkere argumenter fikk begge parter for å henvise «dobbeltdiagnose-pasientene» til hverandre. Og dermed fortsetter ansvarspulveriseringen, og pasientene fortsetter å pendle. Nå skal man samhandle bedre. Jo. Men det er faglig kompetanse og klar ansvarsfordeling i forhold til konkrete pasienter det er behov for.

Ødelegger familierapien psykiatrien? (2011)

På en samling for LIS-leger kom vi nylig i snakk om hva slags kontakt de hadde med pasienters familie, og om hvilke kunnskaper om pasientfamiliene de hadde bruk for i sitt daglige arbeid.

«Det kan også virke svært provoserende når vi fremstår som et samlet fag. Da må vi nemlig tas på alvor!»

«Vi har jo ikke en egen psykoseomsorg, depresjonsomsorg, angstomsorg eller anoreksiomsorg. Hvorfor en egen rusomsorg?»

Svaret var at de sjelden hadde bruk for å vite noe om familien for å gjøre jobben sin. Noen prøvde å unngå å «kaste bort tid» på en kontakt med de pårørende, de visste heller ikke hvordan de skulle håndtere en slik kontakt. Eventuell kontakt med pasientfamilier var «familieteamets» eller familievernkontorets oppgave, for det var bare de som kunne familiebehandling, ble det sagt.

For en som var med på å etablere familietenkningen i psykiatrisk arbeid i 1970-årene, var dette møtet med unge kollegers holdninger og praksis en sjokkerende opplevelse. Er det blitt slik nå, at familietenkningens innflytelse på diagnostikk og behandlingsplanlegging er helt overlatt til spesialister i familierapi? Bruker man ikke lenger all sin viten om familiens betydning for utløsning, vedlikehold, forverring og forbedring av psykiske lidelser i behandlingen av *alle* slags pasienter i *alle* slags psykiatriske behandlingssenheter? Det er i så fall et svært beklagelig paradoks at utviklingen av en systematisk familierapi har ført til at familiekunnskapen ikke lenger brukes i vanlig psykiatrisk praksis. Konsekvensene av dette er lett å se, for man trenger å forstå familieforholdene for å utøve tilfredsstillende behandling på flere områder. Her er noen eksempler fra akutt- og psykosepsykiatrien:

Familiemedlemmer må svært ofte involveres som viktige *samarbeidspartnere* for å få gjennomført et individuelt (ikke familiebehandling!) rettet behandlingsopplegg, både i institusjon og etter utskrivning. Uten at de pårørende er enig i behandlingsplanen og aktivt støtter denne, kan de mest ideelle behandlingsplaner strande. Vi vet at for innlagte pasienter må det etableres et slikt samarbeid så raskt som mulig – og *før* de pårørende resignerer og overlater alt til psykiatrien. Et slikt samarbeid er også viktig for at de pårørende skal håndtere den uhyre vanskelige situasjonen de selv er kommet opp i på grunn av pasientens lidelse. De må få puste ut! Og deres vanskelige situasjon må bli anerkjent og forstått. Utfordringen er å gi dem nok informasjon og støtte til å forhindre at også de blir hjelpetrengende eller karikaturer av seg selv.

Familiemedlemmer kan være det viktigste *nett av relasjoner* som omgir pasienten. Å opprettholde og eventuell styrke dette nettverket når pasienten er blitt syk, kan gi den sosiale støtte som positivt vil påvirke både forløpet av den psykiske lidelsen, risikoen for tilbakefall og etterlevelse av det totale behandlingsopplegget. Utfordringen er å bidra til at familiemedlemmer forstår sin egen relasjonsmessige betydning for pasienten, og hvordan de kan bidra best mulig med sosial støtte.

Familiemedlemmer kan også oppleves som en betydningsfull ytre *stressor* som utløser eller forverrer forløpet av den psykiske lidelsen. Utfordringen er i så fall å redusere familiens stressende påvirkning på pasienten, slik at tilbakefall kan unngås. Kunsten er å forstå når man må støtte en økt avstand mellom familiemedlemmer og pasienten, og når man kan satse på at kontakten dem imellom skal bli mindre stressende. Det krever god kunnskap i så vel familiedynamikk som individuell dynamikk.

Alle pasienter kommer, som kjent, til behandling med sin «*indre familie*», dvs. internaliserte mønstre for relasjoner i nære forhold som de reetablerer i sitt ytre liv. Dette kan ha ført til stressfulle relasjoner og dermed utløst den psykiske lidelsen. Men pasienter vil også ha en tendens til å

repetere slike relasjonsmønstre til behandlerne. For å diagnostisere og håndtere de samarbeidsproblemene som dette skaper mellom behandler og pasient, kan kunnskap om tidligere og nåværende familierelasjoner være av avgjørende betydning, også for å få til et godt samarbeid og et bedre behandlingsutfall.

Hva må gjøres? Familiekunnskap av betydning for diagnostikk og behandling av psykiske lidelser må tas i bruk i *alt* klinisk arbeid, ikke bare i avgrenset, systematisert familiebehandling. Familietenkningens plass i vanlig psykiatrisk praksis må formidles i den løpende kliniske og psykoterapeutiske veiledningen, i de interne utdanningsprogrammene for LIS-leger og i det obligatoriske psykiatrikurset. Kunnskapsgrunnlaget og den kliniske erfaringen finnes der. En psykiatrisk diagnostikk og behandling som ikke bruker dette kunnskapsgrunnlaget, er sjelden god nok.

Psykiater – eller psykofarmakologisk og somatisk konsulent? (2013)

Vi psykiatere jobber ikke i et vakuum. Våre oppgaver og vår rolle styres stadig mer av krefter utenfor vår profesjon. Det stilles stadig sterkere krav til enhetsledelsen rundt omkring i det psykiske helsevern om å få utført oppgavene så *billig* (psykiatere er dyrere enn psykologer, sosionomer og sykepleiere) og så *effektivt* (kvantitativt, ikke kvalitativt) som mulig. Våre oppgaver styres delvis også av andre yrkesgruppers interesser av å overta psykiaterens tradisjonelt ledende posisjon. Denne posisjonen har vi fordi vi også er leger, og kan derfor reelt sett ta på oss ansvar og myndighet når det gjelder å integrere biologisk, psykologisk og sosial kunnskap i forhold til utredning og behandling av den enkelte pasient. Skulle psykiateren miste denne brede kompetansen, er vi som profesjon på vei ut av det psykiske helsevern.

I dagens situasjon foreligger det et sterkt press på at vi skal påta oss et ansvar for andre faggruppers pasienter – og som vi reelt sett hverken har nok tid eller myndighet til alltid å gjøre på en faglig forsvarlig måte, hvis vi da ikke skal gjøre denne oppgaven på bekostning av klinisk arbeid med egne pasienter. Denne situasjonen er en alvorlig trussel mot utdanningen av våre unge kolleger og mot kvaliteten på den behandling som pasientene får. Hvordan skal LIS-legene kunne utvikle seg til fullbefarne psykiatere som kan jobbe selvstendig i forhold til pasienter, når den rollen og de oppgavene mange tildeles i dagens psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, ligner mer på rollen som *psykofarmakologisk og somatisk konsulent*? Hvis man i utdanningstiden ikke får erfaring med selv å ha et fullstendig behandlingsansvar (inkludert psykoterapi) overfor mange pasienter, blir man ingen psykiater eller barne- og ungdomspsykiater. Slike psykiatere vil ikke kunne drive god, selvstendig behandlingsvirksomhet ved poliklinikker eller i spesialistpraksis. Hvis man som ung overlege sjelden eller aldri har det totale utrednings- og behandlingsansvaret (inkludert psykoterapi) overfor pasienter, mister man også fort sin kliniske kompetanse.

Norsk psykiatrisk forening har flere ganger krevd et økt antall psykiaterstillinger i Norge (400 nye stillinger i tidsrommet 2010–2015) og en klarere norm for hvor mange andre medarbeideres pasienter en psykiater skal ta det medisinske ansvaret for (7). Foreningen mener at en psykiater maksimalt skal ha ansvar i forhold til tre medarbeideres pasienter. Hvis vi tenker på en poliklinikk,

«Og gradvis ble dermed også den nye misbrukergruppen ubudne gjester som heller ble overlatt til den gamle alkoholistsomsorgen – og som nå selvfølgelig skiftet til et nytt og mer moderne navn.»

bør hver av disse tre medarbeiderne ha en «case load» på minst tjue pasienter som bruker psyko-farmaka og/eller har en somatisk tilleggslidelse. LIS-legene kan altså hele tiden ha et reelt ansvar for opptil 60 pasienter – i tillegg til egne pasienter som de har fullt behandlingsansvar overfor. Dette strider mot alt vi vet om betydningen av en grundig evaluering og tett oppfølging av pasi-enten fra den medisinerende legen – dersom god etterlevelse skal oppnås. Dette er neppe faglig forsvarlig praksis.

Når så få psykiatere skal ha så mange oppgaver, hva skal prioriteres? Hvis løsningen er å måtte droppe egne pasienter eller å gi dem bare et minimum av kontakt, får man altfor lite erfaring med å ha totalansvar for egne pasienter og følge dem over tid. Det blir også fristende å bruke kostbar tid på å lære seg det man tror er «kvikk-fiks»-metoder, men som i praksis, isolert sett, bare egner seg for få pasienter. Klinisk kompetanse kan bare utvikles og vedlikeholdes gjennom et reflektert, kon-tinuerlig pasientarbeid og arbeid med (i alle fall noen) pasienter over lengre tid.

Hvordan har vi havnet i en situasjon der psykiaterne snart nesten ikke har tid til å være psykiatere? Det er forholdsvis enkelt å få til. Hold bemanningen av psykiatere i forhold til andre faggrupper så lav som bare mulig, og sørg for at psykiaterne (overleger, LIS-leger) må bruke nesten all sin tid som medikamentelle og somatiske konsulenter for de andre faggruppenes pasienter. Dermed får de aldri, eller så mister de, sin kompetanse som selvstendige klinikere, og vil være glade for å fortset-te som de andres konsulenter fordi det er det de kan. Og det er dette LIS-legene nå mer og mer kan komme til å oppfatte som rollen til psykiateren eller barne- og ungdomspsykiateren. Det er godt, men farlig, når den kognitive dissonans slik oppheves.

Helsedirektoratet har signalisert at man vil styrke spesialistutdanningen etter at staten har overtatt ansvaret. Et radikalt grep i psykiatrien vil være å sikre LIS-legene tid og rom til først og fremst å arbeide systematisk med egne pasienter. Utøvelsen av det medikamentelle ansvaret for ikke-legers pasienter, må gjennomtenkes på nytt, og den psykiaterkapasiteten som faglig sett er nødvendig for å utføre dette på en forsvarlig måte, må omgående sikres. Hvis ikke er det like før det blir en offentlig skandale der vi psykiatere blir syndebukkene, om vi ikke har sagt ifra kraftig nok. Enkelt-saker er allerede i media. Sjelden har Norsk psykiatrisk forening i samarbeid med Legeforeningen hatt et viktigere arbeid foran seg.

Psykiateren – også akademiker? (2014)

Hvordan er det å være akademiker? Når jeg har stilt dette spørsmålet til unge kolleger i det siste, ser de overrasket ut. Som om de hadde glemt at de var det. Kanskje ikke så rart. Vi snakker sjelden om det. Ja, det var så langt tilbake som i 1970-årene, da alle profesjonsgrupper skulle være like, og legene for all del ikke måtte fremheve seg, at koblingen mellom å være psykiater og å være akade-miker ble svekket. Hvilke konsekvenser har det om vi underslår akademikerdelen av vår identitet?

«Noen prøvde å unngå å 'kaste bort tid' på en kontakt med de pårørende, de visste heller ikke hvordan de skulle håndtere en slik kontakt.»

Den europeiske legeforeningen vedtok i 2009 kompetansekrav til spesialister i psykiatri. Ett av dem er å etterleve de verdier som er knyttet til det å være akademiker («scholar»). Hvilke verdier er det? Litt skjematisk kan vi si at det dreier seg om to sett av verdier:

- **Intellektuelle og kreative verdier:** Se sammenhenger som ingen tidligere har tenkt på, utforske det ukjente, utvide eller differensiere den gjeldende forståelsen, undre seg over det selvsagte (re-search), finne forklaringer på det uventete, koble det til teori og prøve teorien mot virkeligheten. Være åpen for ny forklaring eller forståelse, se nye muligheter, ha en kritisk holdning til etablert kunnskap og oppdatere seg på ny kunnskap, anerkjenne ulike «kunnskapsinteresser»: prediktiv, hermeneutisk, hermeneutisk emansipatorisk (Habermas). Det er også å erkjenne nødvendigheten av livslang læring og den unyttige kunnskapen.
- **Etiske verdier:** Mot til å gå mot autoriteter, til å gå nye veier. Det er argumentene, empirien og originaliteten som teller, ikke autoriteter, ideologier osv. Intellektuell ærlighet og redelighet i alle forhold. Høy kvalitet i eget arbeid, alltid oppdatert på ny kunnskap. Bygge på andres arbeid, følge med på hva andre finner ut («klatrelag»). Real og rettferdig behandling av hverandre, kritisk respekt for andre(s) oppfatninger og arbeid. Kritisk ansvarsfullhet i forhold til samfunnet. «Med kunnskap skal landet bygges!»

Skal psykiatri fortsatt være et akademisk fag, må vi alle leve opp til disse verdiene. Hvilke implikasjoner har det for vårt bidrag til det kliniske arbeidet, for våre oppgaver som lærere og veiledere for andre faggrupper og for vårt ansvar i forhold til å øke kunnskapsgrunnlaget i faget? La meg kort peke på noen implikasjoner:

- **Bidrag til det kliniske arbeidet:** Sikre at alt klinisk arbeid er *evidensbasert* og basert på en *biopsykososial modell* som kan angi hvordan arv, biologi, psykologiske, miljømessige og kulturelle forhold spiller sammen hos den enkelte pasient. Sikre at deskriptiv, fenomenologisk og dynamisk psykopatologi vurderes i et livsløpsperspektiv, og at det diagnostiske system brukes reliabelt. Stå for en kritisk holdning til indikasjoner for og resultatene av behandling. Kunne håndtere praktiske problemer med kreativitet og åpenhet for nye løsninger og «det uventete» – og ikke minst: *ha etisk og juridisk kompetanse*.
- **Bidrag som lærer og veileder for andre faggrupper:** Formidle psykiatriens evidensbaserte kunnskapsgrunnlag i relasjon til den biopsykososiale modellen. Stå for en reflekterende, evidensbasert holdning. Være særlig godt oppdatert på kunnskap om biologiske faktorer og psykofarmakologiske effekter – men ikke la seg plassere i en biologisk bås. Ha et kontinuerlig kritisk blikk på avdelingens (og egen) faglige virksomhet og bidra til forbedringer og ny utvikling. Fremme *forskjellighet* mellom profesjonene, øke de andres trygghet med hensyn til deres rolle og oppgaver.
- **Bidrag til å øke kunnskapsnivået:** Stå for en forskningsbasert klinisk praksis, være å jour med forskningsfronten, bidra til å initiere forskning, gjerne delta i forskning, kunne vurdere

«For en som var med på å etablere familietenkningen i psykiatrisk arbeid i 1970-årene, var dette møtet med unge kollegers holdninger og praksis en sjokkerende opplevelse.»

«Familiekunnskap
av betydning for
diagnostikk og
behandling av
psykiske lidelser
må tas i bruk i alt
klinisk arbeid, ikke
bare i avgrenset,
systematisert fa-
miliebehandling.»

nye resultater kritisk. Bidra aktivt til at kolleger vil og kan delta i forskning, enten på hel eller halv tid. Sikre at alle kliniske enheter også er involvert i løpende forskningsprosjekter. Styrke rekruttering av unge kolleger til forskning, sikre god forskerutdanning, gjøre det mulig å gjennomføre klinisk forskning i praksis. Passe på at den kliniske forskningen tar opp sentrale problemer i klinikken med adekvat metodikk og ressurser, at den ikke undergraver betydningen av samtaler og relasjoner, av klinisk erfaring og av den tause kunnskapen som ikke er så lett å måle. Fremme en identitet som psykiater som inneholder både en kliniker- og en forskerdel.

Hvem har ansvaret for at vi holder et akademisk nivå?

- De obligatoriske kursene på landsbasis og de lokale undervisningsprogrammene.
- De kliniske veilederne og psykoterapiveilederne.
- Psykiatriveka og fagbladet *Psykiateren*.
- Vi selv, du og jeg.

Jeg vil trekke noen konklusjoner:

- Psykiaterens akademiske bakgrunn er en viktig ressurs for det psykiske helsevernet.
- Det er viktig for medarbeiderne og for pasienten at psykiateren får utfolde sin akademiske kompetanse i så vel klinisk arbeid som i utdanning/veiledning og forskning.
- Klinisk forskning må pågå overalt og hele tiden.
- Utdanningsprogrammet må sikre akademiske kunnskaper og ferdigheter.
- Faktorer som undergraver psykiaterens mulighet til å utfolde sin akademiske kompetanse, må effektivt stoppes av myndigheter og av Legeforeningen.

Takk til Olaf Gjerløw Aasland

Jeg vil med dette bidraget takke Olaf for spennende og fruktbart samarbeid gjennom mange års forskning om leger og deres situasjon. Han har gjort en uvurderlig innsats for at vi skal forstå stadig mer av hvordan det er å være lege, hvordan legen klarer seg i dagens helsevesen, og hva som nå kreves av den som vil bli lege. Olaf har selv uttrykt det klart og konsist: «Leger er som andre mennesker, det kreves bare litt mer av dem.»

Litteratur

1. Light DW, Aasland OG. Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit. Tidsskr Nor Legeforen 2003; 123: 1870–3.
2. Aasland OG. Legerollen – fra pidedestall til skammel. Tidsskr Nor Legeforen 2006; 126: 61–2.
3. Vaglum P. Legens utfordringer. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
4. Vaglum P. Hva er en psykiater? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1478–80.
5. Vaglum P. Psykiateren – behandler, veileder, forsker og formidler. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2013.
6. Vaglum P. Den første pasienten – fortelling om et avgjørende møte. Stavanger: Hertervig forlag, 2004.
7. Mennesker som hjelper mennesker. Utviklingsplan for norsk psykiatri 2010–2015. Oslo: Norsk psykiatrisk forening, 2010. <https://legeforeningen.no/PageFiles/6068/Mennesker%20som%20hjelper%20mennesker.pdf> (12.6.2014).



Ole Berg

(f. 1944) er mag.art. i statsvitenskap (1968) og dr.philos. (1983) fra Universitetet i Oslo. Han har vært knyttet til Universitetet i Oslo siden 1970, fra 1987 som professor. Han har vært Fulbright-stipendiat ved Yale University (1973–74) og gjesteprofessor ved University of Minnesota (1980–81). Han ledet oppbyggingen av Senter for helseadministrasjon, UiO, fra 1983 (etablert i 1986), og var i mange år leder for det som nå er Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Han har vært medlem av regjeringens forskningspolitiske råd og hatt verv i Norges almenvitenskapelige forskningsråd, vært redaktør i Store Norske Leksikon (statsvitenskap), undervist ved og hatt oppdrag ved mange norske og utenlandske universiteter, vært rådgiver for ledere i helsevesen og næringsliv – og har holdt, og holder, mange faglige foredrag i ulike fora. Han har publisert bøker og artikler, nasjonalt og internasjonalt innen generell statsvitenskap, helsepolitikk, helseledelse og medisinsk sosiologi, og ble i 2002 utnevnt til Ridder av 1. klasse av Den Kongelige Norske St. Olavs Orden. Siden 2014 er han professor emeritus ved Universitetet i Oslo.

«Flere gode leveår for alle»

En karakteristikk av utviklingen av folkehelsearbeidet og av Olaf Gjerløw Aasland som folkehelsestrateg

Våren 1991 ble NOU 1991:10, *Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier*, presentert. Den ble året etter fulgt opp gjennom St.meld. nr. 37 (1992–93), *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Meldingen ble behandlet og debattert, og fikk allmenn tilslutning i Stortinget året deretter, kfr. Innst. S. nr. 118 (1993–94). Utredningen fra 1991 innvarslet for alvor innføringen av «den nye folkehelselæren» (The New Public Health) i Norge. Det hadde skjedd noe før, men det hadde skjedd forsiktig i Norge, og uten at den gamle folkehelselæren egentlig var blitt overskredet. Utredningen, meldingen og stortingsbehandlingen førte heller ikke til noe brått skifte i folkehelseforståelse her i landet. De to første helseministrene etter at utredning og melding var lansert, Werner Christie og Gudmund Hernes, ble i liten grad «revet med» av den nye folkehelselæren. Også medisinen, som samfunnsmedisin, nølte med å ta skrittet helt over i den nye lære, i «aaslandsk» tapning.

En gruppe fra Sosialdepartementet, men med én representant fra Helsedirektoratet, stod bak utredningen fra 1991. Den formelle lederen for utredningen var Sosialdepartementets departementsråd, Jon Ola Norbom (f. 1923). Sekretariatet lå i forebyggingsenheten (FE) i Sosialdepartementet (opprettet i oktober 1988). FE var ledet av spesiallege Hans Ånstad (f. 1932), men det var rådgiver i FE, cand.med. Olaf Gjerløw Aasland (f. 1944), som i praksis kom til å fylle sekretariatsfunksjonen.¹ Ja, det var også han som kom til å fylle den strategiske funksjonen. Norboms rolle ble mest å «holde sin hånd» over arbeidet, og over Aasland. De to kom meget godt ut av det med hverandre. Den stortingsmeldingen som ble følgen av utredningen, og remissrunden, ble stort sett skrevet av Aasland, men nå i større grad med «påholden penn». Nå skulle utredningen bli til forpliktende politikk, og det stilte spesielle krav både til innhold og fremstillingsform. Aaslands engasjement ble på den måten svekket, og han begynte å se seg om etter andre oppgaver. Men også andre forhold påvirket Aaslands engasjement. Utredningsarbeidet var ikke minst blitt et faglig-personlig modningsprosjekt for Aasland. Dette prosjektet var ikke fullført i og med presentasjonen av utredningen. Det fortsatte da han skulle skrive meldingen. Han kom i tvil om noen av de synspunktene han hadde lansert i meldingen, men kunne ikke fortsette sitt eget faglige modningsprosjekt gjennom meldingen – et skrift som jo skulle være statsrådens. Olaf Aaslands karriere i Sosialdepartementet, og som byråkrat, tok slutt 1. april 1992 – litt før meldingen ble lagt frem. Aasland begynte i Den norske lægeforening, som legekårsforsker. Han forlot imidlertid forvaltningen med en viss nølen: På vei ut søkte han to høye embeter: embetet som ekspedisjonssjef i den kommende forebyggings- og utviklingsavdeling i Sosialdepartementet og embetet som trygdedirektør. Det første stedet passet det ikke at han var lege, det andre stedet passet det ikke at han var mann.

¹ Opplyst/bekreftet av Olaf Aasland 17.9.2009, Jon Ola Norbom 9.9.2009 og Hans Ånstad 28.10.2010.

Aaslands utredning var selvsagt ikke bare en personlig utredning. Den speilet den politiske ledelses tilbøyeligheter, og den speilet holdninger som var i ferd med å sette seg i det faglige og faglig-politiske miljøet, nasjonalt som internasjonalt. Dette var tilbøyeligheter og holdninger som reflekterte vitenskapstro, stor sett tolket «venstreliberalt».

I 1970-årene kom den såkalte «New Public Health». I det følgende skal vi gjøre to ting. Vi skal se på fremveksten av det nye folkehelseforetagendet og vise hvordan Aaslands arbeider som fagbyråkrat i overgangen fra 1980- til 1990-årene representerer dette foretagendet, på hans måte. Først skal vi imidlertid reise de prinsipielle problemstillingene vi i den videre diskusjonen skal ta utgangspunkt i.

Det sunne samfunn som en del av opplysningssamfunnet

Folkehelsearbeidet er en del av arbeidet for å gjøre samfunnet moderne, altså rasjonelt og effektivt – og sunt, et arbeid som ble institusjonalisert i annen halvdel av det 18. århundret. Midlet til å gjøre det slik var og er vitenskapelig kunnskap, altså det å gå fra erfaringsbasert lærdom og ferdigheter til systematisk utviklet teori og teknisk praksis. Men opplysningsprosjektet er spenningsfylt. Det reiser spørsmålet om hvem det handlende subjekt er. Er det samfunnet, ved dets ledere, er det andre korporative aktører, for eksempel fagmiljøer eller bedrifter, eller er det (voksne) individer – eller er det alle disse? Spørsmålet kan fortone seg som mer filosofisk enn praktisk interessant. Det er imidlertid også det siste, og i dag mer enn noensinne. Det ble også et spørsmål Olaf Aasland ble konfrontert med, og hadde et – kanskje tvetydig – svar på. Stikkordet er medikalisering – et stikkord som gir fagfolk og kollektive aktører, «paternalister», subjektvertaket, og altså gjør borgerne til objekter.

Opplysningssamfunnet er et samfunn der kunnskap brukes til å omskape, og etter hvert skape, samfunnet, ja alt, naturen med. Dette samfunnet, eller denne kloden, er et konstruert samfunn og en konstruert klode. Utviklingen startet med at mennesket forlot «naturlilstanden», det naturlilpassede jeger- og samlersamfunnet, og begynte å tilpasse naturen til seg, altså ved å skape jordbrukssamfunnet. Det fortsatte ved at fremstillingen av de varene mennesket trengte, først i kampen mot naturen, men snart også for mer «kunstige» formål, ble omdannet fra å være praksisbasert til å bli teoribasert. Slik fikk vi industrisamfunnet og den mer abstrakte bytilværelsen. Siden er kunnskapen videreutviklet og brukes nå til mer dramatisk oppsplitting og omdannelse av naturen, snart også av mennesket selv, og til å gjennomrasjonalisere det sosiale livet.

Opplysningsprosjektet peker mot den intelligent utformede klode. Det peker altså radikalt utover «Darwin». Det er vanskelig å se for seg hvordan dette prosjektet «subjektivt» kan forankres andre steder enn «over» individene. Prosjektet er altså både postliberalt og postdemokratisk.

Som et opplysningsprosjekt er folkehelseforetagendet i prinsippet tvetydig hva gjelder objekt for foretagendets arbeid: Det gir kollektive subjekter, særlig stater, premisser for å gjøre omgivelsene sunnere, men også for å lære opp individer og grupper til å utnytte den rest av frihet de fortsatt



Foto: KPMG

«De to første helseministrene etter at utredning og melding var lansert, Werner Christie og Gudmund Hernes, ble i liten grad 'revet med' av den nye folkehelselæren.»

har innenfor de omdannede omgivelsene til å opptre (individuelt) helserasjonelt. Det gir i tillegg individer premisser for å opptre direkte helserasjonelt. Staten kan bidra til dette ved at den er med på å øke utdannelsesnivået i samfunnet. Som vi allerede har antydnet, er det imidlertid den post-liberale omgivelsesstrategien som i lengden vil bli den foretrukne. Ved å skape ikke bare sunne, men rasjonelt sunnhets**betingende**, omgivelser «slipper» staten å gå veien om usikker, gammeldags holdningspåvirkning. Det vil alltid være mange som «misbruker» sin frihet, altså lever usunt selv om de skulle vite bedre. Den omgivelsesrettede strategien peker derfor, som adferdspsykologen Burrhus F. Skinner (1904–90), mer eller mindre profetisk, uttrykte det i 1971, utover den individuelle frihet og verdighet.²

Det nye folkehelseforetagende ga altså omgivelsesstrategien forrang. Det gjorde også herr Aasland. Igjen er det medikalisering som er stikkordet. Aasland brukte imidlertid dette ordet på en annen, nesten motsatt, måte av antimodernisten Ivan Illich (1926–2002).

Folkehelseforetagendet er, dypest sett, et helsemaksimerende prosjekt, men som sådan strengt tatt et underprosjekt under det allmenne (økonomiske) nyttemaksimeringsprosjektet. De som tilhører det nye folkehelseforetagendet, har imidlertid så langt hatt en tendens til ikke å ville innpasse sitt prosjekt i allmenntilretteprosjektet. De opptre fortsatt nokså helsemisjonerende, men skal etter hvert inn i den bredere nyttefolden, og er også på vei inn i den. Denne orienteringen gjør at folkehelseforetagendet får et anstrengt forhold til det mindre nyttige kliniske foretagendet. Også Olaf Aasland preges av slik klinikksepsis. Både foretagendet og Aasland har imidlertid vage tanker om hvordan balansen kan endres.

Det å gi folkehelse tiltak mer ressurser og kliniske tiltak mindre ressurser innebærer til dels å ta fra de (eldste) sykeste og gi til de (yngste) friskeste. Som helseproduktmaksimerere går folkehelsefolkene i stor grad inn for det. Egentlig må de også gå inn for å videreføre denne «ulikhetspolitikken» på folkehelsearenaen. Det gir større helseutbytte å investere i forebyggende (og helsefremmende) tiltak for de mange i en lavrisikosituasjon enn for de få i en høyrisikosituasjon, siden de første er så mange flere.³ Det nye helseforetagendet har imidlertid i noen grad valgt å bryte med utilitarismen på dette punkt. Det har latt seg påvirke av den gruppeorienterte, premoderne dydsetikk, og taler om å redusere (sosiale) ulikheter i helseforventninger. Det vil, som den amerikanske etikker Norman Daniels (f. 1942) sier i sin siste, mer venstreliberale, bok, skape «just health».⁴ Det reiser imidlertid spørsmålet om grunnlaget for hele den «antikliniske» holdningen: Dydsetikken trekker en, via risikogruppene, inn til de stadig sykere. Olaf Aasland følger her sine åndsfrrender, men uten å drøfte spenningen mellom folkehelseprioriteringen og likhetsmålet.

«Den stortings-
meldingen som
ble følgen av
utredningen, og
remissrunden, ble
stort sett skrevet
av Aasland, men
nå i større grad
med 'påholden
penn'.»

² B.F. Skinner. *Beyond freedom and dignity*. New York: Alfred A. Knopf, 1971.

³ Aasland omtaler dette, men uten å relatere det til fordelingsspørsmålet, som forebyggingsparadokset; kfr. NOU 1991:10, s. 36–37.

⁴ Norman Daniels. *Just health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

Folkehelseforetagendet, fremvekst og utvikling

Folkehelsevitenskapen vokste frem med den nye, konsoliderte nasjonalstaten mot slutten av det 18. århundret, som én av mange statsvitenskaper, under betegnelsen sunnhetspoliti (tysk: Medicinal-Polizey). Enevoldsstaten var det naturlige subjekt; staten er siden forblitt det, men er i nyere tid blitt ledsaget av over- og internasjonale instanser. «Medisinalstatsvitenskapen» var, frem til slutten av det 19. århundret, basert på gammel humorologisk teori. Det betydde at den ble omgivelsesorientert, der hygiene i svært vid betydning ble det sentrale. Dette folkehelsearbeidet var, selv om det var konsentrert om å stanse de skumle infeksjonssykdommene, bare delvis medisinsk.⁵ Både legfolk, politi og (i byene) teknikere spilte en stor rolle.

Etter de medisinske gjennombruddene i annen halvdel av det 19. århundret kom medisinerne på offensiven. Med laboratoriet som utgangspunkt tok de kommandoen over folkehelsearbeidet. Holdningsarbeidet fikk nå en stadig større betydning. Nå kunne fagfolkene gi vitenskapsbaserte råd. De kunne dempe den gamle moraliseringen. De kunne gå frem mer som om mottagerne av opplysningen var rasjonelle og opptatt av helse. De kunne således gå over til å virke gjennom skolen, og til dels familien – med mor-og-barn-omsorgen som utgangspunkt. I Canada erklærte folkehelsemyndighetene i 1921 at moren skulle være «the first servant of the state».⁶ Men at alle borgere i den bedre utdannede befolkningen var virkelig rasjonelle, kunne man ikke være helt sikker på, og moraliseringen lå derfor ofte rett under overflaten. I Sverige arbeidet det sosialdemokratiske ekteparet Alva (1902–86) og Gunnar (1898–1987) Myrdal for at familien, for sikkerhets skyld, nærmest skulle sosialiseres. I 1934 skrev de: «Tendensen kommer ... att gå emot en social-politisk organisation och kontroll, ej blott av inkomsternas fördelning i samhället utan även av konsumtionens inriktning inom familjerna».⁷

I denne første egentlig vitenskapelige periode, altså tiden fra 1870–80 og frem til 1970-årene, kom, i USA og England, også de første folkehelseskoler – i stor grad på medisinske, naturvitenskapelige premisser. Spesielt viktig ble skolen ved Johns Hopkins University. Den ble opprettet i 1916, etter initiativ fra The Rockefeller Foundation og den legendariske medisinskolereformator Abraham Flexner (1866–1959). Planen for skolen ble laget av en av Hopkins medisinerførere, William H. Welch (1850–1934), og utdannelsesreformatoren Wickliffe Rose (1862–1931). I USA ble folkehelseutdannelsen møtt med skepsis av legene; de fryktet at forebygging kunne undergrave etterspør-

«Folkehelsearbeidet er en del av arbeidet for å gjøre samfunnet moderne, altså rasjonelt og effektivt – og sunt, et arbeid som ble institusjonalisert i annen halvdel av det 18. århundret.»

⁵ Den britiske juristen og folkehelsepioneren Edwin Chadwick (1800–90) er et tidstypisk uttrykk for det.

⁶ Sitert etter Alan Sears, «To teach them how to live»: The politics of Public Health from tuberculosis to AIDS. *Journal of Historical Sociology*, s. 61–83, bind 5, nr. 1, 1992, s. 72. Utsagnet ble formulert av Public Health-representanten Helen MacMurchy (Inspector of the Feeble-Minded) i: *Report on the Care of the Feeble-Minded in Ontario*. Toronto: L.K. Cameron, 1904, s. 84.

⁷ Alva og Gunnar Myrdal. *Kris i befolkningsfrågan*. Stockholm: Bonniers, 1934, s. 203. Her sitert etter Francis Sejersted. *Sosialdemokratiets tidsalder*. Oslo: Pax forlag, 2005, s. 269.

«Det nye folkehelseforetagende ga altså omgivelsesstrategien forrang. Det gjorde også herr Aasland.»

selen etter behandling.⁸ Selv om de amerikanske folkehelseskolene ble til på medisinske premisser, kom de derfor etter hvert til å bli klinikkскеptiske. Denne klinikkскеpsisen, som var langt svakere i Europa, kom til å spre seg til de europeiske skolene, som for alvor ble dannet fra 1970-årene, og til folkehelsemiljøene i den gamle verden.

Både den første, den forholdsvis omgivellesorienterte, og den andre, den forholdsvis holdningsorienterte, folkehelseperioden varte altså begge i ca. 100 år. Den andre ble av sine representanter gjerne omtalt som det *nye* folkehelseforetagende, eller den *nye* hygiene. Den tredje, som vi fortsatt er inne i, ble altså også omtalt av sine talspersoner som det nye helseforetagende. Som vi har nevnt, legger den, i likhet med den første, vekt på omgivellesforhold – det som er lengst borte fra den kliniske medisinen. Ja, ved å betone de sosiale omgivellesenes betydning distanserer den seg ekstra tydelig fra medisinen, og skiller seg også fra den første periodens folkehelseforetagende. Men heller ikke nå blir den «andre» strategien glemt. Man tar fortsatt konsekvensen av betingellessens begrensninger, og dermed den individuelle frihets betydning, og fortsetter med opplysningsarbeidet. Nå blir imidlertid dette arbeidet på den ene siden rettet mer mot de «abstrakte» individuelle borgere, basert i alskens sammensatte og stadig varierende familieenheter – og blir markedsføringspreget, og på den annen side gjort mer «sosionomisk» oppsøkende.

Det nye folkehelseforetagendet: forutsetninger

Den hygieniske offensiven, og medisinen kliniske suksess ved overgangen til det 20. århundret, gjorde at medisinen fikk betydelig kontroll over folkehelsearbeidet og de nye folkehelseutdannelsene. Medisinen kliniske suksess ble enda mer påtagelig etter 1945. Det var først da medisinen utvikling flatet noe ut i 1970- og 1980-årene, og til dels møtte motbør, at folkehelsevitenskapen, folkehelsearbeidet og arbeidet med å skape folkehelseskoler kunne komme mer på offensiven igjen – og tydeligere ut av den kliniske medisins og de medisinske fakulteters skygge. Motbøren for medisinen var betydelig. En del av de vellykkede medisiner fremstod etter hvert som mindre vellykkede (bivirkninger, avhengighet), samtidig som utviklingen av nye medisiner gikk saktere. Overfor de stadig mer dominerende livsstilsrelaterte sykdommer og de «nye» infeksjonssykdommene (HIV/AIDS, ebola osv.) hadde medisinen mindre å stille opp med enn den hadde hatt mot de «gamle» infeksjonssykdommene. På toppen av alt dette begynte selvkritikken å komme. Stadig flere leger, og noen samfunnsvitere, begynte å studere legers praksis og ulike former for mer eller mindre standardisert behandling. Med hensyn til det første fant de «uforklarlige» variasjoner i «like» tilfeller. Når det gjaldt behandling fant de at behandlingsmåtene slett ikke alltid hadde de ønskede virkningene. Leger selv kunne altså konstatere at der var mye uforstand i stan-

⁸ Wickliffe Rose reflekterte denne holdningen når han sa: «A physician has to make a living but that depends on the prevalence of disease. In so far as this function (prevention) is successful it diminishes the prevalence of disease and therefore diminishes his work and his income.» Wickliffe Rose, konferanse ved Columbia University, 13. og 15. november 1915, s. 77. RFA, RG 1.1, Ser 200. Her sitert etter Elizabeth Fee. The Welch-Rose Report: Blueprint for Public Health Education in America, i: *Delta Omega Honorary Public Health Society, The Welch-Rose Report: A Public Health Classic*, også: <http://www.deltaomega.org/documents/WelchRose.pdf> (190514), s. 26.

den, og at den offisielle lære i mange tilfeller ikke var mer rasjonell enn den «kvakksalvere» stod for. Situasjonen fremstod som så alvorlig at den britiske legen Archibald L. Cochrane (1909–88), for å redde stumpene og iallfall sikre fremtiden, satte seg fore å rydde i medisin(prosedyre)skapet. Men både han og hans jevnaldrende kollega Thomas McKeown (1912–88) hadde allerede fra yngre år hatt fornemmelsen av at medisinen hadde mindre å fare med enn de fleste av dens representanter ga uttrykk for. McKeown skriver at da han hadde praksis som student ved et London-sykehus, var det to ting som slo ham: «One was the absence of any real interest among clinical teachers in the origin of disease, apart from its pathological and clinical manifestations; the other was that whether the prescribed treatment was of any value to the patient was often hardly noticed, particularly in internal medicine.» Han legger til: «I adopted the practice of asking myself at the bedside whether we were making anyone wiser or any better, and soon came to the conclusion that most of the time we were not».⁹

Cochrane fikk det meste av sin kliniske praksis som tysk krigsfange under den annen verdenskrig. Han skriver i sin berømte bok *Effectiveness and efficiency* blant annet: «On one occasion, when I was the only doctor there, I asked the German Stabsarzt for more doctors to help me cope with these fantastic problems. He replied: 'Nein! Ärzte sind überflüssig.' (...) I was furious and even wrote a poem about it; later I wondered if he was wise or cruel; he was certainly right.»¹⁰

Den voksende selvkritikken innad i medisinen, psykiatrien medregnet, fikk sin pendant i samfunnet omkring. I 1974 kom den østerrikske teolog og filosof m.m. Ivan Illichs legekritiske bok *Medical Nemesis*.¹¹ Illich, som åpnet sin bok med å hevde at «The medical establishment has become a major threat to health», la spesielt vekt på hvordan en objektivgjørende medisin undergraver menneskers evne, og vilje, til å sørge for egen helse: Den medikaliserer livet, som han sa, og skapte slik et farlig begrep, ikke bare for den kliniske medisin, men også for folkehelsevitenskapen. McKeown hadde delvis vært inne på det samme da han sa: «The disposal of society's investment in health is based on quite different premises. It is assumed that we are all ill and are made well, whereas it is nearer the truth to say that we are all well and made ill.» Begrepet medikalisering ble raskt plukket opp av blant annet samfunnsvitere. Sosiologen Renée C. Fox (f. 1928) skrev allerede i 1975, i rapporten fra Nelson Rockefeller's (1908–79) *Commission on critical choices for Americans*, om «the medicalization and demedicalization of American society». Rapporten fikk som hovedtittel tittelen på den konservative statsviteren Aaron Wildavskys

«Etter de medisinske gjennombruddene i annen halvdel av det 19. århundret kom medisinerne på offensiven.»

⁹ Thomas McKeown. *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis?* Oxford: Basil Blackwell, s. xi-xii og xii.

¹⁰ Archibald L. Cochrane. *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. Her sitert etter <http://www.cochrane.org/about-us/history/archie-cochrane>. (Cochranes arbeid førte i 1992 til opprettelsen av det første Cochrane Centre i Oxford og The Cochrane Collaboration i 1993.)

¹¹ London: Calder & Boyars, 1974. Sitatet nedenfor er fra s. 11.

«I USA ble folkehelseutdannelsen møtt med skepsis av legene; de fryktet at forebygging kunne undergrave etterspørselen etter behandling.»

(1930–1993) bidrag: «Doing better and feeling worse». Wildavsky konstaterte at grensenytten av å investere én, eller en milliard, dollar «on medical care will be close to zero».¹²

Samfunnsvitere av ulike slag sluttet seg til kritikken av klinikken. Den medisinerbekreftende sosiologen Talcott Parsons (1902–79) ble skjøvet til side av yngre medisineravkreftere, som Eliot Freidson (1923–2005). Mens Parsons hadde sett på legenes adferd som verdidrevet,¹³ så Freidson og andre på den som maktdrevet¹⁴. Økonomen Kenneth Arrow (f. 1921) hadde sett på legenes behandlingsmonopol som et rasjonelt svar på kunnskapsasymmetriproblemet.¹⁵ Milton Friedman (1912–2006) så nå på monopolet som et farlig brudd på anti-trust-lovgivningen.¹⁶ Helseøkonomikkens skaper, Victor Fuchs (f. 1924), konstaterte allerede i 1974: «In developed countries the marginal contribution of medical care to life expectancy is very small.» Den venstreliberale sosiologen Paul Starr (f. 1949) bemerket i sin store bok om medisinenes utvikling i USA at «... the idea that Americans were getting a diminishing return from their investments in medical care hit with the force of a thunderclap in the mid-1970s». Ideen slo like hardt i resten av den vestlige verden, og ble altså et utgangspunkt for folkehelseideens renessanse.

Folkehelsemiljøet benyttet anledningen til å lansere en offensiv – en offensiv som ville gå utover klinikken, men etter hvert også resten av samfunnet. Omgivelsesstrategien ville innebære at det skulle være helse i all politikk, adferdsstrategien at privatsfæren ble kolonisert, det vil si mistet preget av å være privat. Samfunnet, og livet, skulle altså underkastes et helsekunnskapsregime – det Illich advarte mot. Illich hadde rettet sin kritikk mot klinikken, men for ham var folkehelseambisjonene enda farligere. Da Illich møtte Karl Evang (1902–81) på et seminar ved Institutt for rettssosiologi på forsommeren 1975, støttet først Evang Illichs kritikk av klinikken og tok til orde for å legge mer vekt på «konstruktiv medisin». Da Illich skjønte at Evang ikke hadde forstått hva han mente, forsøkte han forsiktig å gjøre den nylig avgåtte helsedirektøren oppmerksom på at hans kritikk av preklinikken var enda mer alvorlig enn hans kritikk av klinikken. Da dette brått gikk opp for Evang, reiste han seg og forlot seminaret i sinne.¹⁷

¹² Rapporten er redigert av legen John H. Knowles: *Doing better and feeling worse – Health in the United States*, New York, NY: W.W. Norton & Co, 1977. Sitatet fra Wildavsky gjengitt nedenfor, er fra s. 105 i boken. Wildavskys artikkel finnes på s. 105–24. Foxs artikkel finnes på s. 9–22.

¹³ Talcott Parsons. The professions and social structure. I: *Essays in sociological theory*. Glencoe, IL: Free Press, 1954, s. 34–39.

¹⁴ Eliot Freidson. *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. New York, NY: Dodd, Mead, 1970.

¹⁵ Kenneth Arrow. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, bind 53, 1963, s. 941–69.

¹⁶ Kfr. det noe senere arbeidet: Milton Friedman. *Input and output in medical care*. Stanford, CA: The Hoover Institution, 1992, der han dog mer kritiserer myndighetenes voksende rolle i helsevesenet enn profesjonsmonopolet.

¹⁷ «Mannen er gal», sa Evang idet han hastig forlot seminaret i hagen utenfor Rettssosiologisk institutt. Vår personlige erindring fra seminaret.

Den uforlignelige McKeown hadde dette slående svaret på utfordringen fra klinikken mot preklinikken: «Let us suppose that a parent is asked to choose between two possibilities for a new-born child: that it should have the benefit of the increase in expectation of life since the beginning of the eighteenth century with the associated reduction of morbidity from the diseases that have declined, but be denied all other medical treatment; or that it should have such treatment, but return to the former high risk of death in early life, with about 30 percent of surviving to maturity. No well-informed parent would doubt that the parent should choose the former.»¹⁸

Folkehelsemiljøets problem var, og forblir, imidlertid at det ikke er så lett å tenke slik, altså å binde seg til masten, når sykdommen eller skaden – som vil komme, uavhengig av hvor vellykket folkehelsearbeidet er, har rammet. Utilitarismen taper gjerne overfor dydsetikken i slike situasjoner. Men denne utilitarismen taper også fordi det samler seg så sterke interesser bak de kliniske behovene: legers og pasienters, pilleprodusenters og teknologimakeres.

Nå, med klinikken på defensiven, grep altså folkehelsefolkene anledningen. McKeown og Cochrane, og til dels de «nye» kliniske epidemiologene, hadde intellektuelt beredt grunnen. Det gjestod for de politiserende fagfolk, og faglige politikere, å handle.

Det nye folkehelseforetagendet: fagpolitisk praksis

Skaperne av Verdens helsorganisasjon (WHO) (1948), i likhet med den første generalsekretær Brock Chisholm (1896–1971) og den norske helsedirektør Karl Evang, var venstre-liberale folkehelseentusiaster. De skapte det vide helsebegrepet og ville «politisere» helsearbeidet. De lyktes i mindre grad. Deres tid var ikke kommet. Den kom utover i 1970-årene, men da var de gått av. Det var den nye tids dynamiske WHO-generalsekretær, danske Halfdan Mahler (f. 1923), som skulle drive arbeidet. Typisk nok var folkehelsearbeidet nå for alvor blitt globalt. Avkoloniseringen var fullført, og samfunnets globalisering begynte å bli en realitet. Men Canadas helseminister, Marc Lalonde (f. 1929), kom Mahler og WHO litt i forkjøpet – gjennom 1974-rapporten «A new perspective on the health of Canadians – A working document».¹⁹ I rapporten sies det blant annet at «there is little doubt that future improvements in the level of health of Canadians lie mainly in improving the environment, moderating selfimposed risks and adding to our knowledge of human biology.»

Mahler og WHO overtok imidlertid straks initiativet. The World Health Assembly nr. 30 besluttet således i 1977 at «the main social target of governments and of WHO should be the attainment by all the people of the world by the year 2000 of a level of health that would permit them to lead a socially and economically productive life».²⁰ I 1981 fulgte WHO-forsamlingen opp 1977-vedtaket,

¹⁸ McKeown, *op. cit.*, s. 91.

¹⁹ Dokumentet er gitt ut i Marc Lalondes navn. Han har selv skrevet forordet i dokumentet. Det er datert april 1974. Det finnes på Internettet: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Sitatet nedenfor er fra s. 18.

²⁰ Sitert etter *Glossary of terms used in the «Health for all» Series 1–8*. Genève: WHO, 1984, s. 9. Her sitert etter: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800097.pdf>.

«Stadig flere leger, og noen samfunnsvitere, begynte å studere legers praksis og ulike former for mer eller mindre standardisert behandling.»

«... He replied:
'Nein! Ärzte sind
überflüssig.' (...)
I was furious
and even wrote
a poem about it;
later I wondered
if he was wise or
cruel; he was cer-
tainly right.»

og Alma Ata-erklæringen om primærhelsearbeid fra 1978, ved å vedta en «Global strategy for health for all by the year 2000». Med det ble også «bevegelsen» for helse for alle lansert. Som en del av denne ble det viktige begrepet om «healthy public policy», fra 2006 kalt «health in all policies» (HiAP), lansert.²¹ Dette siste begrepet ble ekstra viktig da det markerte den nye folkehelsesdisiplinens understreking av omgivelsesperspektivet. Folkehelsearbeidet skulle nå mer og mer rettes inn mot å påvirke politikken på alle områder som har betydning for helsetilstanden i et samfunn, det vil si på alle politiske områder. Viktig er det også at oppmerksomheten etter hvert ble forskjøvet fra de politisk mer nøytrale naturomgivelser til de svært politiske sosiale omgivelser. Politiseringen ble forsterket, spesielt fra 1990-årene, ved at det sosiale folkehelsearbeidet i større grad skulle rettes mot å skape mer helserettferdighet. Folkehelseforetagendet ble nå et internasjonalt utjevningsforetagende, et tydelig venstreliberalt, endog sosialistisk, foretagende.²²

Helse for alle-prosjektet ble til som et globalt prosjekt, men måtte realiseres gjennom de politiske systemene som fortsatt dominerte, de som vokste frem etter 30-årskrigen (1648), og begynte å dominere i opplysningstiden, nasjonalstatene. Prosjektet ble slik snart også et norsk prosjekt, til dels som et nytt prosjekt og til dels som en videreføring av den gamle norske folkehelsepolitikken. Regjeringen Willoch, med Leif Arne Heløe (f. 1932) som sosialminister, ville legge mer vekt på forebygging – også for å redusere presset på det kostbare spesialisthelsevesenet – og startet arbeidet med en nasjonal helseplan. Samtidig ble arbeidet med det nye kommunehelsevesenet (fra 1984) og dets folkehelsearbeid ført videre: De siste rester av sundhedsloven av 1860 skulle erstattes av ny lovgivning og politikk. Helseplanen kom først våren 1988, under regjeringen Brundtland II, med Tove Strand Gerhardsen (f. 1946) som sosialminister. Her ble i noen grad den nasjonale og den globale politikken integrert. Det samme skjedde da kommunehelsetjenesteloven ble modernisert med hensyn til folkehelsemål i 1987, og det samtidig kom en egen lov om miljørettet helsevern. Parallelt med dette utarbeidet Helsedirektoratet, som oppfølging av den europeiserte Helse for alle-planen av 1980, en egen norsk HFA-plan: *Helse for alle i Norge?* (1987) og *Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid 1989–1994*.

Med de nylige lovendringene, helseplanen og dokumentene fra direktoratet kan man spørre hvorfor det skulle utarbeides en ny strategisk plan for folkehelsearbeidet. Mange stilte det spørsmålet, ikke minst folkehelsefolkene i de andre statlige folkehelseinstitusjonene, og Aasland: «Man kan derfor spørre seg hvorfor vi i Norge trenger enda en utredning om særskilte strategier for forebyggingsarbeidet.» Aasland fortsatte: «Svaret er bl.a. at en strategisk forebyggingsplan som strekker seg frem til år 2000 eller enda lengre inn i fremtiden, innebærer en utfordring til å granske helse- og sosialpolitikken i et utvidet perspektiv – som en del av samfunnspolitikken».²³ Aaslands svar er ikke umiddelbart klart, men må forstås som kritisk overfor det som var gjort: De «gamle» planene hadde ikke tatt helt innover seg det nye folkehelseforetagendets offensive helseforankring og brede «helse i alt-orientering». De var for preget av den «gamle» medisinske måte å se på folkehelsearbeidet på. Ja, de var for medisinske, til dels interessemedisinske. Man kunne legge til:

²¹ Betegnelsen ble foreslått under det finske presidentskapet i EU i 2006.

²² Det bør nevnes at Ottawa-charteret for helsefremme, vedtatt i 1986, også ble en del av Helse for alle-prosjektet.

²³ NOU 1991:10, s. 93.

Utredningen betydde at den lille, ferske forebyggingsenheten – i hovedsak ved dens helt ferske rådgiver, men støttet av departementsråden – utfordret de etablerte, brede folkehelsemiljøene i statsforvaltningen. Alvoret i utfordringen, særlig overfor Helsedirektoratet, ble understreket ved at utredningen hadde skjedd under departementsråd Norbom, den mannen som nå var i ferd med å «legge ned» Helsedirektoratet.

Den aaslandske plan: en karakteristikk

Subjektspørsmålet og omgivelses- og adferdsspørsmålet henger i den aaslandske plan nøye sammen. Aasland skriver på vegne av staten. Staten er hans viktige subjekt, men han gir også andre kollektive subjekter, særlig kommunene, en rolle. Han vil ha staten til å spille en faglig foretaksrolle. Det vil han fordi han, i likhet med de «nye» folkehelsefolkene, ser på omgivelsesstrategien som langt den beste. Omgivelsene kan først og fremst formes og omformes, eller beordres formet, av den øverste myndighet. Adferdsstrategiens betydning toner han, som sine kolleger, ned. Den kan være av betydning for så vidt som den er allmenn og ikke er rettet mot enkeltindivider eller mindre grupper, men det sentrale er å endre omgivelsene slik at de betinger til sunn adferd og skaper færre farer for liv og helse. Det er individualiseringen Aasland advarer mot. Ja, han er også skeptisk til å omforme omgivelsene til spesielle, nesten «individuelle» miljøer. Han omtaler individualisering som *medikalisering*, men mener altså noe annet med det enn Illich (i hovedsak) gjør. Illich angriper, kan man med Foucault si, det faglig baserte disiplineringsregimet.²⁴ I stedet tar han til orde for leg mobilisering. For Aasland er medikalisering at problemer først tas hånd om når de er oppstått, og da av individuelt orienterte problemhåndterere, som leger og sosialarbeidere. «Velferdssamfunnet bruker støtte- og hjelpeapparatet som ‘medisin’ der det egentlig er helt andre, og politisk mindre svelgbare kurer som kreves.» Han føyer, på en halvt personlig måte, til: «Vi må se og aktivt tilbakevise de stadige forsøkene på å definere grunnleggende samfunnsproblemer som individuell sykdom eller sosialt avvik ... Vi må ganske enkelt plassere hovedansvaret for ‘det gode samfunn’ der det hører hjemme, nemlig som et generelt, samfunnspolitisk ansvar».²⁵ Han fortsetter med å peke på at «den dobbelte medikalisering» (folk gjøres til pasienter og klienter) skjer både ved at samfunnet dytter problemene over på det individuelt arbeidende helse-, sosial- og trygdevesen og ved at vesenene selv definerer problemene som individuelle. «En mulig definisjon på forebygging kan (derfor) være ‘å unngå at folk blir pasienter/klienter i helse- og sosialsektoren’». Forebyggernes rolle blir, legger han til, å påpeke hjelpeinstitusjonenes begrensninger og «aktivt motarbeide» medikalisering.²⁶ Men den mest aktive motarbeidelse av medikalisering er imidlertid, gitt Aaslands syn, å gjøre omgivelsene sunnere og mindre farlige.

Aasland var altså en utpreget representant for det nye omgivelsesorienterte folkehelseforetagendet, et foretagende som, i Illichs øyne, var medikaliserende, men i denne betydning: Det var en del av

«Folkehelsearbeidet skulle nå mer og mer rettes inn mot å påvirke politikken på alle områder som har betydning for helsetilstanden i et samfunn, det vil si på alle politiske områder.»

²⁴ Kfr. Michel Foucault. Governmentality, s. 87–104 i: *The Foucault effect. Studies in governmentality*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, 1991. Kfr. også Foucault-inspirerte folkehelseforsker Deborah Lupton's *The imperative of health – Public health and the regulated body*. London: Sage, 1995.

²⁵ NOU 1991:10, s. 19.

²⁶ *Ibid.*, s. 20.

«De 'gamle' planene hadde ikke tatt helt innover seg det nye folkehelseforetagendets offensive helseforankring og brede 'helse i alt-orientering'.»

opplysningsprosjektets ambisjon om å basere både menneskers omgivelser og liv på sekulær faglighet. Det lå imidlertid også i Aaslands ambisiøse planer om å påvirke «alle» andre sektorer, via deres deler av staten og på andre måter, en utfordring om å gjøre Sosialdepartementets «samtlige» avdelinger til horisontalt fungerende påvirkningsorganer. Aaslands plan impliserte altså at den departementale folkehelsepolitikken først og fremst skulle være en anvendt statsvitenskap. Han pekte imidlertid i større grad på hvilke fagbaserte premisser Sosialdepartementet skulle utsette andre for, enn han drøftet hvordan eksporten kunne skje. Han omtalte altså ikke folkehelsepolitikken praktiske politikk. Den er i større grad blitt et tema senere, som en følge av hva en utålmodig og ofte frustrert folkehelsebevegelse har erfart.²⁷

Folkehelseprosjektet tilhører det moderne nytteprosjektet, men i modifisert forstand: Helsehensyn skal være, om ikke generelt helsemaksimerende – likhetshensyn kommer modifiserende inn, så iallfall ikke underordnet et allment nyttehensyn. Det er derfor folkehelsefolk så lett blir både moraliserende og politiserende. Også i dette henseendet tilhører Aasland folkehelseforetagendet. Han fremholder at formålet med en «forebyggende strategi blir ... å sørge for at *alle* forhold og vedtak som på noen måte kan ha betydning for helsen til hele eller deler av befolkningen, blir vurdert i et forebyggende perspektiv».²⁸ Men ellers bruker jo Aasland, som WHO, nytteperspektivet aktivt i «kampen» mot klinikken, sosialarbeidet og den reagerende trygd. De bruker det til å argumentere for hvorfor folkehelsearbeid er så mye mer helsenyttig enn behandling, omsorg og pengestøtte.

Helse for alle-politikken er nytteorientert også på den måten at den tar utgangspunkt i konkrete, kvantitative mål. WHO har konkretisert helse for alle-målet. Aaslands hovedmål er nærmest det samme som WHO's, men han formulerer det mindre utopisk, men også mer generelt, og kanskje bedre pedagogisk: «Flere gode leveår for alle». Gode leveår gir assosiasjoner som går utover helse, men han forstår det åpenbart som «helseleveår». Han konkretiserer nemlig hovedmålet gjennom to delmål: å «fremme helse gjennom gode levekår» og å «forebygge sykdom, skader og sosiale problemer».²⁹ Han vil altså, som WHO, arbeide i to retninger, offensivt og defensivt. Den første er imidlertid både offensiv og defensiv: når helsen blir bedre, virker det også sykdomsforebyggende. Det er derfor også typisk for det nye folkehelseforetagendet at det legger vekt på det offensive. Det er et uttrykk for distanseringen fra klinikken: Via forebyggelsen peker veien bakover mot behandlingen. Aasland drøfter ikke forholdet mellom de to strategiene, eller egentlig de to målene, men hans, som WHO's, resonnementer peker i helsefremmende retning. Det er da også typisk for

²⁷ Kfr. David Hunter, red. *Managing for health*. London: Routledge, 2007. Hunter og hans medforfattere skriver ikke minst om «advocacy» for folkehelseformål, og argumenterer slik vel så meget for en legmannspreget påvirkningspolitikk som for en fagbasert sådan. I en nyere bok vises det i større grad hvordan påvirkningspolitikken kan fagbaseres, kfr. Carole Clavier, Evelyn de Leeuw, red. *Health promotion and the policy process*. Oxford: Oxford University Press, 2013.

²⁸ NOU 1991:10, s. 20.

²⁹ I Helsedirektoratets rapport fra 2010, *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle* (kfr. hvor lik tittelen er Aaslands utredningstittel), omtales på s. 21 disse strategier på aaslandsk vis som «den offensive, proaktive aksene – helsefremming» og «den defensive, reaktive aksene – sykdomsforebygging». Kfr. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet--veien-til-god-helse-for-alle/Publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet-veien-til-god-helse-for-alle.pdf>.

det nye helseforetagendet at det markedsføres mer som et helsefremmende foretagende enn som et sykdomsforebyggende. Aasland er her mer tradisjonell, og forsiktig (overfor kritikerne i medisinen). Han har kalt sin utredning *Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier*.

Målet for det som Aasland håper skal bli den nye folkehelsepolitikken, forblir, til tross for et betydelig konkretiseringsarbeid, vagt. Det gir et avvæpnende inntrykk av at alle skal få det bedre, og altså at ingen skal få det verre. Men det sies ikke noe om helsebedringen skal være lik, absolutt eller relativ, eller om det skal skje en resultatutjevning. Betegnelsen «alle» gir et vagt egalitært inntrykk. Aaslands utredning kom imidlertid før utjevning og likhet, eller rettferdighet («equity», best mulig likhet), for alvor ble tatt opp av folkehelseforetagendet. Innledningsvis fremstår imidlertid Aasland delvis som en nokså klassisk samfunnsnyttemann, som avviser fordelingsproblemløst som interessant. Påvirket av Michael Grossman (f. 1942) og økonomiundervisningen ved Senter for helseadministrasjon (høsten 1988) definerer han innledningsvis helse som en art human kapital (som han ikke nærmere definerer): «et gode som alle får utdelt i en viss porsjon ved livets start, og som langsomt minker etter hvert som vi vokser og eldes». Det er imidlertid mulig, i dette perspektivet, å tale om at man kan spare og investere, og slik få utbytte – helse(kapital)utbytte. Helsefremmende arbeid blir å investere, sykdomsforebyggende arbeid å spare.³⁰ Aasland går ikke nærmere inn på hva helsekapitalen er, og hvordan den kan atskilles fra annen menneskelig kapital, særlig kunnskapskapital. Hvorom alt er, perspektivet gir ytterligere premisser for å satse der det samlede helseutbyttet forventes å bli størst, og det er ved å satse offensivt, altså investere. Sett fra et helsemaksimeringssynspunkt fremstår jo slik, som nevnt, behandling, altså forsøk på erstatning av tap, som irrasjonell. Man kan derfor si at hele det nye folkehelseforetagendet indirekte er preget av slik samfunnsmessig maksimeringstankegang, en tankegang som undertiden slår over i nedlatende kommentarer om klinikken – Sisypfos-foretagendet. Men Aasland lar ikke denne helseforståelsen gjennomsyre utredningen. Dermed melder for alvor fordelingsproblemløst seg for ham. De forblir allikevel spørsmål han ikke eksplisitt tar stilling til, utover forslagene om spesielt å arbeide for å redusere rekrutteringen til gruppene som får belastningslidelser og psykososiale lidelser, og som rammes av ulykker.

Men etter hvert som fordelingsproblemløst får mer oppmerksomhet, og det gjør de fra århundreskiftet, endrer folkehelseforetagendet tendens. Det blir mer sosialistisk utjevningsorientert. På den måten presses folkehelseforetagendet som nytteprosjekt: Å skape så stor helselikhet som mange ønsker, krever antagelig et så generelt egalitært samfunn at det hverken er samfunnsnyttmaksimerende eller helsekapitalmaksimerende. Men denne nyegalitarismen er interessant fordi den har tilknytningspunkter til den Illich-pregede modernismeskepsis – det vil si skepsisen mot det gjenomrasjonelle, sunne samfunn. I stortingsdebatten om meldingen ga flere for øvrig uttrykk for skepsis til helt å erstatte sunt skjønn med faglighet. Helseminister Werner Christie (f. 1949) gjorde det gjennom et sitat fra den svenske forfatterlegen P.C. Jersild (f. 1935): «Ingen, hverken fattig eller rik, er tjent med et helsebegrep som legitimerer et helsevesen som sveller ut og legger under

«Velferds-samfunnet bruker støtte- og hjelpe-apparatet som 'medisin' der det egentlig er helt andre, og politisk mindre svelgbare kurer som kreves.»

³⁰ Kfr. NOU 1991:10, s. 18. Kfr. også Michael Grossman. *On the demand for health*. New York, NY: National Bureau of Economic Research, 1972. Grossmann hadde i unge år vært assistent for Victor Fuchs ved NBER.

seg alle livets aktiviteter – og krever å få gjøre oss lykkelige i all evighet – amen».³¹ At representanter for alle partier i debatten eksplisitt tok avstand fra det faglig pregede syn at folkehelseiltak skulle «settes opp mot» behandlingstiltak, er i denne sammenheng også interessant.

En epilog

Under arbeidet med utredningen ble et utkast til den drøftet i det såkalte «forum for ledere i den statlige helseforvaltning».³² Det skjedde den 28. februar 1991. Utredningen møtte her en del motbør. Mork mente utredningen «ga grunnlag for sterk diskusjon». Ikke minst syntes han det var ille at den, uten dokumentasjon, ville nedprioritere klinikken. SIFF-direktør Bodolf Hareide (f. 1937) sa at mange av hans medarbeidere var «provosert». Fylkeslegenes representant i forumet, Øyvind Rolstad (f. 1944), sa det var «skuffende å lese det svakt utviklede ideologiske grunnlaget for denne vektingen» (av forebyggelse fremfor kurativt arbeid).³³ Folkehelsemannen Mork var fortsatt litt medikrat, og Hareide og de andre folkehelselederne hadde sine interesser å pleie. Mork var kanskje også påvirket av striden med departementsråd Norbom om helseforvaltningens omorganisering. Bak Aasland stod jo Norbom.

Olaf Aaslands utredning var intellektuelt mer spennende, og pedagogisk mer elegant, enn noen tidligere og senere norsk, kanskje også utenlandsk, folkehelseutredning. Den fikk ikke direkte konsekvenser, men den var et uttrykk for den internasjonale, svært nytte- og faginspirerte, folkehelsebølgen som kom til å prege helsevesenet fra midt i 1970-årene, og som har bidratt til å konsolidere fagmiljøenes posisjon som de viktigste (folke)helsepolitiske premissgivere. Men kanskje kan fagfolkene, i sin rasjonalistiske nytteiver, få et mer utbytterikt forhold til sine lege oppdragsgivere hvis de ser at det i ideen om å fremme helse ligger et legmannsbekreftende mobiliseringsgrunnlag? Man kan finne spor av en slik tanke i Aaslands utredning, men ikke stort mer.

*«Aaslands
hovedmål er
nærmest det
samme som
WHO's, men han
formulerer det
mindre utopisk,
men også mer
generelt, og
kanskje bedre
pedagogisk:
'Flere gode leveår
for alle'.»*

³¹ Stortingsforhandlingene, 1994, s. 3535.

³² Forumet, også kalt konsernlederforumet, var blitt opprettet i 1990 av departementsråd Norbom (første møte 18.2.90) i et – ikke helt vellykket – forsøk på å få en splittet statlig helseforvaltning til å gå mer i takt.

³³ Referat fra møtet i forum for ledere i den statlige helseforvaltning 28.2.91, datert 3.4.91. Møtereferatet finnes i dokumentasjonsenheten, Helse- og omsorgsdepartementet, Organisasjonsgjennomgåelsen 1990–92, 612.1, kas. 4.





Foto: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Magne Nylenna

(f. 1952) er cand.med. (1977) og dr.med. (1988) fra Universitetet i Oslo. Fra 1987 til 2002 var han redaktør av Tidsskrift for Den norske legeforening og senere generalsekretær i Legeforeningen. Fra 2005 er han redaktør av Helsebiblioteket.no, og fra 2011 også direktør for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Han er professor II i samfunnsmedisin ved NTNU og Universitetet i Oslo. Han har vært særlig opptatt av formidling, har publisert flere hundre medisinske fagartikler og vært redaktør og forfatter av et tjuetalls bøker, bl.a. Store medisinske leksikon og Medisinsk ordbok. Han ledet Nylenna-utvalget, som laget utkast til helseforskningsloven.

Fra fagfolk til folk flest

Utviklingstrekk i medisinsk fagformidling

En viktig del av legerollen handler om kommunikasjon og formidling. Formidling av fagkunnskap mellom leger, og fra leger til enkeltpasienter og befolkningsgrupper har hatt ulike former gjennom tidene. Mens den individuelle lege-pasient-kommunikasjonen stort sett har skjedd bak lukkede dører, har den vitenskapelige formidlingen foregått i medisinske tidsskrifter og faglige møter, og helseopplysningen hovedsakelig gjennom massemedier. Denne analysen av utviklingstrekkene i fagformidlingen konsentrerer seg først og fremst om den åpne, grupperettede informasjonen til folk flest.

I mer enn 150 år har medisinsk fagformidling mellom leger og fra leger til pasienter og publikum fjernet seg fra hverandre. Ulik språkbruk og forskjellige kommunikasjonsmetoder har skapt store skiller mellom vitenskapelig publisering og formidling til folk flest. Høyere utdanningsnivå i befolkningen, moderne informasjonsteknologi, lovfestede brukerrettigheter og en endret holdning til åpenhet og kunnskapsdeling har endret situasjonen. I økende grad møter lekfolk og fagfolk nå den samme informasjonen. De seneste tiårene har det også skjedd en tilnærming mellom medisinsk fagterminologi og allmennspråket. Den tradisjonelle, oftest massemediabaserte helseopplysningen avløses av nye formidlingsformer. Internett og sosiale medier endrer helsejournalistikken, setter dagsorden for medisinske spørsmål og flytter makt. Paradoksalt nok gjør dette fagformidlingen mer lik situasjonen på begynnelsen av 1800-tallet: Skillet mellom profesjonsbasert formidling og formidling til folk flest viskes ut. Den autoritative grupperettede informasjonen fra noen «som vet», til noen «som ikke vet», erstattes av mer uoversiktlige og individorienterte kommunikasjons-systemer.

De eldste tider

Gjennom det meste av menneskehetens historie har informasjon om forebygging og behandling av sykdom blitt formidlet mellom enkeltpersoner, fra noen som hadde råd å gi, til noen som ønsket råd.

Først for vel 200 år siden oppsto det et klart skille mellom fagformidling mellom leger og formidling fra leger til folk flest. Inntil da hadde beretninger om sykdomstegn og -behandling stort sett blitt delt åpent både i skrift og tale. I middelalderen var medisinske tekster samlet i såkalte legebøker. De etterfulgte urtebøkene, beskrivelser av medisinsk bruk av planter, som kan kalles den eldste form for medisinsk litteratur. Legebøkene inneholdt ofte avskrifter fra urtebøkene og andre tidligere skrifter, sjelden med kildeangivelse. I Norden var de viktigste legebøkene skrevet av danskene Henrik Smid (ca. 1495–1563) og Christiern Pedersen (ca 1480–1554). Henrik Smid utga en rekke bøker, mest kjent er kanskje *En skøn Nyttelig Lægebog indhollandis mange skøne*

forfarne Lægedommer. Pedersens *En nøttelig Legebog faar Fattige och Rige* fra 1533 handler om «mange atskillige Siwgdomme som menniskene hender til ath komme paa deris legeme i mange honde maade Oc om gode raad oc Legedomme til dem Ath de som lese kunde mwe hielpe dem selffue oc andre flere met vrter som her voxte i Riget». De som kunne lese, var langt fra folk flest, men om det fantes en urtebok eller legebok tilgjengelig, var budskapet like viktig for lek som for lærd.

Johann Clemens Tode (1736–1806), opprinnelig tysk, men professor ved Københavns Universitet, utga flere tidsskrifter og var med på å organisere målrettet fagformidling mot ulike grupper. Tidsskriftet *Sundhedstidende* «indeholdende fattelige Oplysninger og nyttige Efterretninger om livs og Helbreds Farer og Redningsmidler» er fra slutten av 1700-tallet et eksempel på den første helseopplysningslitteraturen som hadde allmennheten som primær målgruppe (1).

Medisinsk profesjonalisering endret situasjonen

Skillet mellom fagfolk og folk flest ble tydeliggjort med profesjonaliseringen av medisinen. Opprettelsen av det medisinske fakultet ved Det Kongelige Frederiks Universitet i Christiania i 1814 var for Norge en av milepælene i så måte (2). Profesjonsbygging forutsetter en avgrensning fra andre både i ferdigheter, kunnskapsgrunnlag og kommunikasjon. Den profesjonelle, vitenskapsbaserte medisinen fikk sine egne, interne formidlingskanaler. De første internasjonale medisinske tidsskriftene ble grunnlagt på denne tiden, *The New England Journal of Medicine* i 1812 og *The Lancet* i 1823. Det første norske medisinske tidsskriftet, *Eyr*, ble etablert i 1826. Da fantes det et hundretall leger i Norge. De medisinsk-vitenskapelige tidsskriftene ble viktige ikke bare som kanaler for kunnskapsformidling mellom leger, men også som identitetsskapende symboler og møteplasser (3). I skriftlig form dominerte reiseberetningene, der leger beskrev sine observasjoner og analyser basert på studieturer til Europas ledende sykehus, og kasuistikkene, der erfaringer og opplevelser med enkeltpasienter ble gjengitt. Den muntlige fagformidlingen mellom leger skjedde i lukkede foreninger og vitenskapelige selskaper. Viktige budskap spredte seg likevel raskt mellom fagfolk. Under et halvt år etter at William T.G. Morton (1819–68) i 1846 demonstrerte bruken av eter som anestesimiddel i Boston, USA, ble metoden brukt ved Rikshospitalet (4).

Mens medisinsk forskning og fagutvikling utover på 1800-tallet til dels revolusjonerte kunnskapsgrunnlag og praksis, ble mye av det som ble formidlet til folk flest, hengende ved fortidens ideer. Den vitenskapelige og folkelige medisin vokste fra hverandre. Det gjorde også kommunikasjonskanalene og språket. Ulike formidlingskanaler ledet til tydeligere forskjeller mellom fagfolk og folk flest i fortolkning og forståelse av helseproblemer. Det er viktig å huske at på denne tiden var den offentlige helsetjenesten lite utbygget, og den folkelige tradisjon og de folkemedisinske utøverne dominerte. Først fra midten av 1800-tallet ble en tydelig offentlig helsepolitikk synlig, og den profesjonelle sektoren vokste da raskt. «Dette endret forholdet mellom de ulike sektorene på den medisinske markedsplassen» heter det i en analyse av forholdet mellom vitenskapelig og alternativ medisin (5). Forskjellen og forholdet mellom den folkelige og den profesjonaliserte medisinen avspeilte seg også i hvordan kunnskap ble formidlet.

«Formidling av fagkunnskap mellom leger, og fra leger til enkeltpasienter og befolkningsgrupper har hatt ulike former gjennom tidene.»

«De medisinsk-
vitenskapelige
tidsskriftene ble
viktige ikke bare
som kanaler
for kunnskaps-
formidling mellom
leger, men også
som identitets-
skapende
symboler og
møteplasser.»

Helseopplysningslitteraturen på denne tiden handlet vesentlig om sunnhetsfremmende livsstil og råd om sykdomsbehandling, og var i hovedsak skrevet og utgitt av enkeltpersoner, ikke bare leger. Eilert Sundt (1817–75) og hans undersøkelser og publikasjoner om hygieniske forhold er et eksempel. Sundt var lenge redaktør av bladet *Folkevennen*, som ble utgitt av *Selskabet til Folkeopplysningens Fremme*, og som også brakte helsestoff. Det første helsetidsskriftet i Norge rettet mot allmennheten var *Folkets Helse. Tidsskrift for Menigmand paa Kysten*, som ble etablert av legen Ove Guldberg Høegh (1814–63) i 1858. Høegh skrev først og fremst om sykdomsforebyggende tiltak, som kosthold, hygiene og boligforhold (6). *Sundhedsbladet*, som ble grunnlagt i 1881 og fortsatt eksisterer under navnet *Sunnhetsbladet*, var en særlig viktig kunnskapskilde for folk flest da legen og helseopplyseren Oscar Egede Nissen (1843–1911) var redaktør fra 1886 til 1889.

De smittsomme sykdommene dominerte gjennom hele 1800-tallet. Det var først mot slutten av århundret, med bakteriologiens gjennombrudd, at de ulike smittestoffene ble identifisert. I mellomtiden utviklet det seg gradvis en forståelse av hvordan smitten spredte seg. Spenningen mellom de såkalte miasmatikerne, som mente at sykdom oppsto på grunn av dunster og gasser, og kontagionistene, som trodde på mer konkrete smittestoffer, er velkjent. Kontiagonisten Ernst Lochmann (1810–91) viste seg å ha rett i sin tro på smittestoffenes betydning. I denne forbindelse er det viktigere at han var den første medisiner her til lands som systematisk tok i bruk massemediene i sitt faglige arbeid (2). I tillegg til et stort engasjement blant annet i Det norske medicinske Selskab var Lochmann aktiv i pressen, spesielt i *Morgenbladet*, der han gjennom en lang rekke artikler og innlegg førte fagdebatten ut til folket.

Sunnhetslitteraturen skiftet for øvrig karakter mot slutten av det 19. århundret, skriver Aina Schiøtz i sin gjennomgang av det offentlige helsevesenets historie (7): «Først ble fokus flyttet fra land til by, fra landallmuens 'notoriske' urenslighet til byarbeidernes 'slette' hygieniske vaner. Dernest, fra 1880-årene, satte mikrobiologien sitt preg på innholdet, idet stadig flere bøker, blader og hefter omhandlet bakterienes uregjerlige og livstruende vesen. Samtidig dukket det opp en hel rekke nye publikasjoner, en utvikling som fortsatte inn i det nye tiåret. Innholdsmessig kan endringen karakteriseres som en bevegelse fra lykksalighetslære til vitaminer».

Den vitenskapelige publisering

Rundt 1840 fantes det på verdensbasis sannsynligvis ikke mer enn 300 vitenskapelige tidsskrifter til sammen. Medisinsk forskning og vitenskap har vokst mer enn de fleste fagområder, og 150 år senere var det over 25 000 medisinske tidsskrifter alene (8). En gjennomgang fra 1961 av all vitenskapelig litteratur gjennom 300 år konkluderte med at veksten hadde vært ganske konstant, med 5–7 % årlig økning i antall tidsskrifter (9).

Vitenskapelig fagformidling ble standardisert og profesjonalisert på samme måte som medisinen selv. Anekdotiske fortellinger ble avløst av formalisert vitenskap. Relativt kortfattede vitenskapelige artikler erstattet gradvis mer omfattende avhandlinger og monografier, og artiklene fikk en standardisert form. Fra begynnelsen av det 20. århundret ble den såkalte IMRAD-strukturen

(innledning, metode, resultat (and) diskusjon) anbefalt. Strukturen ble etablert etter den andre verdenskrig, fikk sitt gjennombrudd i 1970-årene og er nå nærmest enerådende (10). Et artikkel-sammendrag som tidligere sto på slutten av en artikkel, ble i 1960-årene flyttet helt forrest og kalt «abstrakt» (11).

Spesialisering og internasjonalisering har preget medisinen – og utviklingen av medisinske publiseringskanaler. Dette har hatt stor betydning for utviklingen av det medisinske fagspråket, og slik sett også for kommunikasjonskløften mellom profesjonelle og publikum. Gjennom tidene har flere verdensspråk dominert den internasjonale vitenskapsformidlingen. Latin var akademisk hovedspråk det meste av 1800-tallet, mens fransk og særlig tysk overtok deretter. Så sent som for ett hundre år siden var tysk det viktigste publiseringsspråket i medisin. At engelsk i dag er blitt så å si enerådende, skyldes først og fremst USAs utvikling i det 20. århundret. Utfallet av to verdenskriger, teknologiske gjennombrudd, film- og underholdningsindustri og en dominerende politisk og økonomisk rolle har medført at amerikansk kultur og språk preger store deler av verden i dag. Innen medisin har utviklingen mot engelsk språk gått raskere enn på de fleste andre områder. Faktisk har det meste skjedd i løpet av én generasjon. I 1990-årene var 70 % av all vitenskapelig litteratur på engelsk. Ti år senere var 90 % av de medisinske publikasjonene engelskspråklige (12).

Den profesjonelle fagformidlingen i Norge har foregått både i nasjonale og internasjonale fora, både på norsk og andre språk. Norsk medisinsk litteratur ble på 1800-tallet hovedsakelig skrevet på dansk, som var skriftspråket i Norge, og var først og fremst til nasjonalt bruk. Det var profesjons- og fagbyggende stoff, og en viktig del av nasjonsbyggingen og den nasjonale medisinske identitet (13). Den medisinske faglitteraturen var lenge en viktig del av norsk sakprosa, og fikk slik sett også plass i litteraturhistorien (14). Rundt forrige århundreskifte fantes det tre norske, medisinske tidsskrifter: *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, *Tidsskrift for Den norske lægeforening* og *Medicinsk Revue*.

Både den gradvise internasjonaliseringen av medisinen og dominansen og autoriteten til utenlandske, spesielt engelskspråklige tidsskrifter har i sterk grad påvirket terminologien og fagkommunikasjonen mellom leger.

Massemedienes utvikling

Mens de vitenskapelige tidsskriftene ble den viktigste arenaen for fagformidling mellom leger, ble blader, aviser og etter hvert radio og tv viktigst for formidlingen til allmennheten. Det er mange forutsetninger for å nå folk flest med et budskap. Trykte medier er ikke bare avhengig av skrivende formidlere og lesekyndige mottakere. Både trykketeknikk og papir, distribusjonssystemer, leselys og for den del også leselyst må være på plass.

Pressen utviklet seg til det vi nå kaller massemedier, både i kraft av et økende opplag og et økende mangfold rundt forrige århundreskifte (15). Samtidig som medisinen fikk store gjennombrudd i bakteriologi og antiseptikk, fikk mediene tilsvarende gjennombrudd med oppfinnelsen av tre-

«Rundt 1840 fantes det på verdensbasis sannsynligvis ikke mer enn 300 vitenskapelige tidsskrifter til sammen. Medisinsk forskning og vitenskap har vokst mer enn de fleste fagområder, og 150 år senere var det over 25 000 medisinske tidsskrifter alene.»

«Fra begynnelsen av det 20. århundret ble den såkalte IMRAD-strukturen (innledning, metode, resultat (and) diskusjon) anbefalt. Strukturen ble etablert etter den andre verdenskrig, fikk sitt gjennombrudd i 1970-årene og er nå nærmest enerådende.»

massepapir og rotasjonstrykk. Den første norske papirfabrikken ble riktignok grunnlagt i 1698, men det var først på slutten av 1800-tallet moderne, tremassebaserte papirmaskiner ble bygget. Når det gjelder leselys, kom parafinlampene til Norge først i 1863, og den elektriske glødelampen, som Thomas Alva Edison (1847–1931) oppfant i 1879, ble først installert i et norsk hjem i 1885. Kun hvert tiende norske hjem hadde elektrisk belysning ved århundreskiftet (16). Mens det omkring 1890 var omkring 100 aviser i Norge, var tallet doblet ved unionsoppløsningen i 1905 (17).

Den betydningen aviser, radio og tv har hatt for helseopplysning og helseoppfatning hos folk flest gjennom det 20. århundret, kan neppe overvurderes (18). Formidling av medisinske nyheter og nyvinninger, og råd om forebygging og behandling av sykdommer har vært en viktig del av allmennmedienes innhold. Diskusjonen om hvor saklig og vitenskapelig velfundert medienes formidling av medisinsk fagstoff har vært, har tiltatt med økende mengde helsestoff i mediene. Grunnlaget for de fleste medisinske nyhetsoppslagene har vært vitenskapelige publikasjoner, og en rekke studier har analysert samsvaret mellom budskapet i medisinske tidsskrifter og i aviser. En omfattende studie av amerikanske avisers dekning av artikler i *New England Journal of Medicine* og *JAMA* i 1988 konkluderte med at dekningen var «extensive, prominent, and timely» (19). Studien viste at viktige forskningsresultater fikk særlig god og grundig pressedekning, og at det var lite å utsette på kvaliteten på avisenes helsestoff. En tilsvarende britisk studie noen år senere konkluderte noe mer kritisk, først og fremst fordi pressedekningen der ikke tok hensyn til den vitenskapelige kvaliteten på ulike studier, og fordi såkalte «dårlige nyheter» fikk uforholdsmessig stor plass (20).

Her i landet vurderte Knut Lote & Nina Aass kvaliteten på presseoppslag om medisinske emner i seks norske dagsaviser i 1995. De konkluderte med at den medisinske informasjonen var adekvat i 85 % av oppslagene, og bare 4 % av oppslagene var feilaktige (21). Welde Johansen og medarbeidere var mer kritiske i sin vurdering av helsestoffet i norsk presse, og etterlyste mer samarbeid mellom fagfolk og journalister i medisinsk fagformidling (22). En samtidig kartlegging av legenes oppfatning av massemediene som Legeforeningens forskningsinstitutt sto bak, viste at nesten fire av ti leger var misfornøyde med pressens omtale av medisinske spørsmål (23). Endringer i pressens rolle, med mer vekt på kontroverser og uenighet, også i medisinske spørsmål, har nok hatt betydning for legenes skepsis til mediene (24).

Det er godt dokumentert at allmennmedienes dekning av medisinske emner former befolkningens oppfatning. Folks oppfatning av sykdommers alvorlighet og hyppighet avgjøres langt på vei av hvor ofte og hvordan sykdommene omtales i media (25). Med økende konkurranse om lesernes tid og oppmerksomhet kan fristelsen til å gi saker et mer sensasjonelt preg enn fakta gir grunnlag for, bli stor. Slik skapes både falske forhåpninger og uberettiget frykt i befolkningen (26).

Forholdet mellom medier og medisin, også kalt «mediehelse» (27), avspeiler også endringer i medienes rolle i samfunnet. Medienes hovedoppgave har gradvis gått fra autoritetstro informasjonsformidling til mer granskende og kommenterende journalistikk. Helsejournalistikk som spesialområde vokste frem fra 1960-årene, men har den senere tid blitt svekket igjen på grunn av økonomisk trangere tider i pressen. Dagens nyhetsmedier preges av stor konkurranse om oppmerksomhet

og lesere, til tider uklar blanding av informasjon og underholdning («infotainment») og sterk individorientering. Såkalt du-journalistikk gir utslag også på det medisinske området. Oppslag om «Anna (88)» som ikke får sykehjemsplass, eller «Knut (25)» som ble skadet etter en operasjon, er karakteristisk.

I en avhandling om utviklingen i Danmark har Anker Brink Lund tatt utgangspunkt i pressedekningen av smittsomme sykdommer og beskrevet flere faser (28). Helt til 1960-årene var leger enerådende som kilde for mediene. Fra 1970-årene ble pressedekningen mer konsumentorientert, og allerede cirka ti år senere var det flere pasienter enn leger som var kilder for oppslagene. Mot slutten av det 20. århundret dominerte pasientperspektivet, blant annet gjennom sterke pasient-organisasjoner.

Opplysning eller propaganda? Eksemplet kosthold

Helseopplysning er definert som «et pedagogisk virkemiddel overfor enkeltpersoner, grupper i befolkningen eller hele befolkningen for å fremme helse og forebygge sykdom. Helseopplysning innebærer ikke bare kunnskapsformidling, men også bevisstgjøring og holdningsskapende arbeid med mål om endret adferd» (29). Å «fremme helse og forebygge sykdom» har vært hensikten med mye av fagformidlingen til folk flest. Helseopplysning er en offentlig, kommunal oppgave. Mens plikten til å drive helseopplysning tidligere var hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, er det nå folkehelseloven fra 2011 som fastsetter en slik plikt. I folkehelselovens § 7 heter det: «Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.»

Mer enn annen fagformidling har helseopplysningen avspeilet generelle utviklingstrekk i samfunnet. Det gjelder ikke bare hvilke temaer opplysningen har konsentrert seg om, men også hvilke målgrupper den har rettet seg mot. Gjennom det 20. århundret skjedde det en dreining fra strukturelle forhold (levestil) med beslutningstakere som målgruppe for informasjonen til individuelle forhold (livsstil) der enkeltpersoner ble mer ansvarliggjort for egen helse. En analyse av norsk folkehelsepolitikk ved siste århundreskifte avdekker nettopp en slik dreining (30).

Ernæring og kosthold har vært, og er et sentralt tema for helseopplysningen. Mens underernæring lenge var en hovedutfordring, er det nå overernæring som er det største problemet i den norske befolkningen. Med utgangspunkt i ernæringspolitikk og kostholdsråd drøfter Kari Tove Elvebakken om opplysningsvirksomheten i Norge best kan karakteriseres som propaganda eller opplysning, som disiplinerende eller myndiggjørende. Hun peker på 1930-årenes sikringskostarbeid for å hindre underernæring, endringen mot «riktig kosthold» i 1970-årene og de senere statlige kampanjer i massemediene. Fjernsynskjøkkenet med Ingrid Espelid Hovig (f. 1924) og Kaare Norum (f. 1932) preget i over 30 år (1965–96) denne informasjonen. Elvebakkens konklusjon er at «det typiske bildet er at ... opplysning går hånd i hånd med propaganda, og myndiggjøring skjer nødvendigvis gjennom en viss form for disiplinering. De holdningskampanjene og andre tiltakene som har

«Den medisinske faglitteraturen var lenge en viktig del av norsk sakprosa, og fikk slik sett også plass i litteraturhistorien.»

«Den betydningen
aviser, radio og
tv har hatt for
helseopplysning og
helseoppfatning
hos folk flest
gjennom det
20. århundret,
kan neppe
overvurderes.»

vært satt i gang, har utvilsomt hatt til hensikt å påvirke befolkningens adferdsmønstre i bestemte retninger, men samtidig har de virket opplysende» (31).

Kampanjer i offentlig regi med systematisk bruk av massemedier i kunnskapsformidlingen har vist seg effektive på flere områder, og brukes særlig i arbeidet mot tobakk og andre rusmidler (32, 33).

Informasjon eller markedsføring? Eksemplet legemidler

Utviklingen av effektive legemidler etter den andre verdenskrig er et av medisinenes største fremsteg. Samtidig har informasjonen om legemidler og legemiddelbruk vært en spesiell utfordring for helsetjenesten. Det skyldes blant annet de store økonomiske interessene som er knyttet til produksjon, omsetning og bruk. Oppslag om nye, lovende legemidler har vært særlig populære i aviser og massemedier. Kilden for slike oppslag er vanligvis vitenskapelige publikasjoner, og det er godt samsvar mellom hvilke legemiddeltypene som beskrives i faglitteraturen, og hvilke som omtales i dagspressen. Men dagspressen er gjennomgående mer ukritisk og mindre problematiserende i sin omtale (34).

En evaluering av medieomtalen av 500 nye legemidler og behandlingsmetoder i USA avdekket store svakheter. Journalistene unnlot ofte å drøfte kvaliteten på den dokumentasjonen av effekt som forelå, og de tok sjelden opp de økonomiske konsekvensene og mulige bivirkninger av nye legemidler (35). Akkurat det samme er vist i en gjennomgang av omtalen av nye legemidler i åtte norske aviser. Sigurd Høy & Per Hjortdahl konkluderte med at «Norsk avisjournalistikk om nye legemidler er ofte ukritisk positiv og gir ufullstendig informasjon om fordeler, bivirkninger og kostnader ved medikamentene. I tillegg diskuteres sjelden økonomiske koblinger mellom sitert ekspert og legemiddelprodusenter» (36).

Selv om direkte reklame til publikum for reseptbelagte legemidler er forbudt, har tilgangen på kunnskap om legemidler for folk flest økt kraftig de senere tiårene. Moderne informasjonsteknologi har revolusjonert mulighetene for slik tilgang. Men det har ikke bare vært teknologiske hindre for slik tilgang tidligere. Bekymringene for hva allmenn informasjon om legemidler kunne føre til, ga også begrensninger. Helt frem til 1990 hadde spalten «Medikamentell terapi i praksis» i *Tidsskrift for Den norske legeforening* en fast toppetekst som lød slik: «Ønskes stoff i denne spalte omtalt i massemedia, ber vi om at det skjer i samråd med Redaktøren». Reklameforskriftene for legemidler har dessuten hatt utilsiktede konsekvenser. Allmennheten fikk ikke tilgang til sentrale kunnskapskilder. *Felleskatalogen*, oversikten over farmasøytiske spesialpreparater som markedsføres i Norge, og som mange oppfatter som et offentlig oppslagsverk selv om det utgis av legemiddelindustrien (37), kunne gjennom 26 år bare distribueres til helsepersonell. Først i 1984 ble det lovlig å selge *Felleskatalogen* til folk flest!

Synet ikke bare på informasjonsbehov, men også på informasjonsrettigheter er endret de senere tiårene. I et slikt perspektiv er det interessant å lese den siste legemiddelmeldingens omtale av dette: «I hvilken grad en behandling med legemidler er vellykket, vil i mange sammenhenger avhenge av

pasienten selv. Pasienter kan bedre sin kunnskap og forståelse om legemiddelbruk gjennom å etter spørre og motta informasjon. Dagens teknologi gjør det enkelt for forbrukere å skaffe seg omfattende kunnskap om legemidler på egen hånd. Ressurssterke pasienter med kroniske lidelser setter seg ofte godt inn i sin egen helsesituasjon og behandlingalternativene. Selv om tilgjengeligheten av informasjon om legemidler er økt i befolkningen, er dette ikke ensbetydende med at legemidler brukes riktigere enn før» (38).

Rett til informasjon og plikt til formidling

Økt rettsliggjøring er et av de mest karakteristiske trekk ved det norske samfunnet mot slutten av 1900-tallet. «Stadig flere områder og detaljer i samfunnslivet blir regulert gjennom lover og direktiver.» heter det i den siste maktutredningen (39). Denne rettsliggjøringen preger også helse-tjenesten.

Pasientrettighetenes «blomstringstid» var 1980-årene, skriver Asbjørn Kjønsstad (40). Pasientenes krav på informasjon slik at de kan ivareta sine interesser, ble en viktig forutsetning for pasientrettighetsloven av 1999 (41). Her ble pasientenes rett til informasjon om sin helsetilstand, innholdet i helsehjelpen, mulige risikoer og bivirkninger fastslått. I lov om pasient- og brukerrettigheter, som er lovens navn etter revisjonen i 2012, er pasientenes rett til informasjon omfattende og detaljert beskrevet i § 3-2. I § 3-5 heter det at «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.»

Slik utfylles pasientenes informasjonsrett av en informasjonsplikt for helsepersonell. I spesialisthelsetjenesten er dessuten opplæring av pasienter og pårørende blitt en lovpålagt hovedoppgave for sykehusene (§ 3-8).

Også medisinske forskere har fått en slags informasjonsplikt. Helseforskningsloven pålegger «åpenhet rundt forskningen» (§ 39), og prosjektledere skal sende en såkalt sluttmelding til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk når et forskningsprosjekt avsluttes (§ 12). Slike sluttmeldinger, som ofte vil være vitenskapelige publikasjoner, skal være fritt tilgjengelig for alle. I den siste forskningsmeldingen heter det dessuten at «Regjeringen vil kreve at alle vitenskapelige artikler som er helt eller delvis offentlig finansiert, enten skal publiseres åpent eller egenarkiveres etter avtale med utgiver» (42). Slik «open access» gir allmennheten langt enklere tilgang også til medisinske forskningsresultater.

Informasjons- og medvirkningsretten som pasienter nå har, gjør dem til mer aktive samarbeidspartnere for helsepersonellet. En mer deltakende pasientrolle forutsetter kunnskap, og leger og annet helsepersonell har plikt til å fremskaffe og formidle denne kunnskapen, tilpasset den enkelte pasients ønsker og behov.

«Dagens nyhetsmedier preges av stor konkurranse om oppmerksomhet og lesere, til tider uklar blanding av informasjon og underholdning ('infotainment') og sterk individorientering. Såkalt du-journalistikk gir utslag også på det medisinske området.»

«Mer enn annen
fagformidling har
helseopplysningen
avspeilet generelle
utviklingstrekk i
samfunnet.»

Språket

Det viktigste hjelpemidlet i fagformidling er språket – i skrift og tale. Pasientenes rett til forståelig informasjon stiller strenge krav til språkbruken hos helsepersonell. Det medisinske fagspråket som utviklet seg i tråd med medisinsens spesialisering og internasjonalisering, er blitt vanskelig tilgjengelig for folk flest. Et fagspråk inneholder både en fagterminologi (et eget ordforråd) og en faglig sjargong (som er som et gruppespråk for utøverne), og antall fremmedord er vanligvis stort. Påvirkningen fra latin og gresk er etter hvert erstattet av engelsk, og innslaget av forkortelser er stort. Selv om forekomsten synes å være på retur, er også såkalte eponymer, begreper tatt fra personnavn, med på å komplisere det medisinske fagspråket.

Psykologiprofessoren Rolv Mikkjel Blakar (f. 1944), som blant annet har skrevet boken *Språk er makt* (43), har drøftet det medisinske fagspråket. Han konkluderer, kanskje overraskende, med at medisin ikke er et spesielt maktspråk. Som eksempler på maktspråk nevner han både avisspråk, politikerspråk og reklamespråk, mens han har fire begrunnelser for at det medisinske fagspråket ikke kommer i denne kategorien: «For det første, ... er legen totalt avhengig av rimeleg god kommunikasjon for å ha den minste sjanse til å lykkast i arbeidet sitt. Og i motsetning til oljeindustriens ekspertar som i oljenasjonens første fase kunne sikre sine interesser ved å overkøyre både statsmakter og media med sitt uforståelige økonomisk-teknologiske maktspråk, er legen i sin kommunikasjon med pasienten avhengig av å forstå og verte forstått.

For det andre, som profesjon og vitskap har medisin – ikkje minst for å sikre finansiering av medisinsens eiga utvikling og forskning – stått i fremste rekke når det gjeld informasjons- og opplysningsarbeid og popularisering. Og i motsetning til politikarar, som ikkje sjeldan utøver reint maktmisbruk ved å bruke språket til å tilsøre og tildekke, er det mitt bestemte inntrykk at legar flest gjer sitt beste for å bruke språket slik at dei vert forstått.

For det tredje, i mindre utstrekning enn mange andre fag har medisin fått lov til å vere i fred og utvikle seg berre på sine eigne premisser. ‘Alle’ – ikkje minst media – har stilt krav om kontinuerleg å vere ‘oppdatert’ når det gjeld medisinsk kunnskap [...] Journalistane har i liten utstrekning fungert som passive mikrofonstativ for medisinarane på den måten vi kunne observere at det mektige oljespråket i si tid fekk operere. Snarare tvert i mot, medisinarane har vorte avkravd forståelege forklaringar og framstillingar.

Endeleg er det det vesentlege forholdet at det medisinske språket aldri har fått monopol på kva for perspektiv som skal leggst til grunn for å forstå dei tema medisinen er opptatt av i si samhandling med pasienten og samfunnet. Det er typisk for utprega maktspråk at dei tilriv seg eller får monopol på perspektiv, kva for perspektiv som vert lagt til grunn og ikkje minst kva for perspektiv som vert ignorert eller stengt ute når det gjeld å gripe og forstå det området dei er meint dekke [...] Oljespråket vart eit utprega maktspråk nettopp fordi teknologi og økonomi monopoliserte perspektivet. Men medisinen har aldri lykkast i – truleg heller aldri forsøkt – å monopolisere perspektiva i språket som skal for sitt interesseområde. Nettopp det å monopolisere og avgrense perspektiva i språket som skal gripe bestemte tema eller område er eit avgjerande kjenneteikn ved maktspråk» (44).

En undersøkelse høsten 2010 der 1000 tilfeldig valgte personer ble presentert for fem vanlige medisinske faguttrykk, hvert med tre alternative forklaringer, hvorav bare én var korrekt, viste begrenset forståelse. I gjennomsnitt valgte svarene riktig alternativ for tre av de fem uttrykkene. Bare 13 % forsto betydningen av alle fem (45).

Det synes likevel som om forståelsen av medisinsk fagspråk er økende hos folk flest, og som om folkelig helsespråk og fagterminologi nærmer seg hverandre. Folk flest sier ikke lenger sukker-syke, men diabetes, ikke hjertekrampe, men angina, ikke jernlunge, men respirator, og kunstig nyre er forlatt til fordel for dialyse. Påvirkningen går heller ikke ensidig og entydig fra fagfolk til folk flest. Stadig oftere «vinner» allmennheten slaget om begrepene. Vinteren 2010 forsøkte både leger og helsemyndigheter, godt assistert av landbruksnæringen, å få folk til snakke om influensa H1N1. Det ble ikke særlig vellykket. Langt inn i de infeksjonsmedisinske laboratorier dominerte begrepet svineinfluensa. De senere årene har for øvrig stadig flere av de medisinske fremmedordene fått norske stavemåter, og norsk uttale og bøyningsform, ikke minst i sammensetninger. For folk flest betyr det nok lite hvilken språklig opprinnelse et fremmedord har. Det viktigste er om ordet gir mening eller ikke. Samtidig prøver fagmiljøene mer enn før å finne norske avløserord, for eksempel drepercelle (for killer cell) og etterlevelse (for compliance) (45).

Dagens situasjon

Mye har endret seg siden det ble advart mot «populærvitenskapelig» formidling i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* i 1950-årene. To særlige farer ble belyst av en anonym forfatter: «For det første får lekmannen ingen riktig forståelse av hvordan de fremlagte resultater er vunnet, av hvilket møysommelig arbeid en enkelt eller en rekke forskere har nedlagt ... Følgene er at publikum får inntrykk av at vitenskapelig forskning i grunnen er en liketil affære, som nær sagt hvem som helst med noenlunde intellektuell utrustning kan greie ... Det annet faremoment ... har sammenheng med det første Den misforståtte oppfatning av hva en «vitenskapelig sannhet» er, fører til at den ikke-sakkyndige mister sin tillit til vitenskapen når han ser hvor kortlivet mange 'sannheter' er» (46).

Kombinasjonen av økt utdanningsnivå i befolkningen, pasientrettigheter og moderne informasjonsteknologi som i praksis gir publikum tilgang til de samme kunnskapskilder som fagfolk, har endret situasjonen radikalt. Folk flest aksepterer ikke filtrering av fagkunnskap. Selv om forståelsen av fagterminologi kan være begrenset, er åpenhet en så viktig verdi at den i seg selv berettiger informasjonstilgang. Ingen kan lenger begrunne tilgangsregulering med «beskyttelsesbehov» for allmennheten.

Fortsatt har massemediene en viktig rolle i helseopplysning og formidling av medisinsk kunnskap. Og fortsatt advares det mot journalistikkens behandling av fagstoff (47). Men mediesituasjonen er i endring. Folk utsettes for et overveldende mangfold av kunnskapskilder, med ulik profil og etterrettelighet. Tradisjonell avislesing er på retur, og bruken av tv er synkende (48). Internett er i

«Journalistene
unnlot ofte å
drøfte kvaliteten
på den
dokumentasjonen
av effekt som
forelå, og de
tok sjelden opp
de økonomiske
konsekvensene
og mulige
bivirkninger av nye
legemidler.»

«Folk flest sier
ikke lenger
sukkersyke, men
diabetes, ikke
hjertekrampe,
men angina, ikke
jernlunge, men
respirator, og
kunstig nyre er
forlatt til fordel for
dialyse.»

ferd med å overta som den ledende kanalen for nyheter i sin alminnelighet og helseinformasjon i særdeleshet. Helsestoff er blant det mest etterspurte på nettet.

Personlige blogger og sosiale medier, som Twitter og Facebook, flytter initiativ og makt fra fagfolk til pasienter og publikum. Enveisformidling, fra «den som vet», til «den som ikke vet», erstattes av toveiskommunikasjon, der likeverd mellom partene er utgangspunktet selv om det fortsatt er asymmetri i kunnskapsnivå og dybdeforståelse.

Brukerorientering er slagordet for dagens helsetjeneste, og «nothing about me without me» er et ideal som forutsetter stor formidlingsinnsats. Samvalg er et norsk nyord for det engelske «shared decision making» og handler om at leger og pasienter sammen skal treffe viktige valg (49). Et nytt behovshierarki for pasientinformasjon er beskrevet med utgangspunkt i Maslows behovspyramide (50). Nederst finnes behovet for basalkunnskap; fakta om symptomer, sykdom, legemidler o.l. Midt i pyramiden finnes kunnskap som gjør det mulig å treffe informerte beslutninger, fortrinnsvis som samvalg. Øverst finnes kunnskap som gjør det mulig å sette disse beslutningene ut i livet; helsetjenestetilbud, kvalitetsindikatorer, forbrukerorientert informasjon. Potensialet for kvalifisert medvirkning øker etter hvert som pasientene flyttes oppover i pyramiden (51).

Ringen er sluttet

Slik er ringen i ferd med å sluttet. Etter en lang periode med grupperettet formidling gjennom mer eller mindre autoritative medier er vi på vei tilbake til en mer uoversiktlig og ustyrbar én-til-én-kommunikasjon. Internett og sosiale medier utfordrer medisinske fagmiljøer og gir pasienter og publikum makt ikke bare til å stille spørsmål, men også til å gi svar. En ny helsejournalistikk er etablert.

Som for 200 år siden eksponeres fagfolk og folk flest gradvis for den samme kunnskapen. Forutsetningene for å forstå og fortolke kunnskapen er ulik, akkurat som i tidligere tider. Hva kunnskapen brukes til og hvordan den brukes, varierer, men slik var det nok også før. Forutsetningene for å benytte kunnskapen er forskjellig mellom lekfolk og fagfolk, men sannsynligvis er forskjellene mellom fagfolk internt og mellom ulike deler av befolkningen også større enn før. Kunnskap er makt, erkjente Francis Bacon (1561–1626) for 400 år siden. Med dagens syn på maktfordeling og demokratisering er det ikke rart at også medisinsk fagformidling utsettes for krevende omstillinger.

Litteratur

1. Larsen Ø, Lindskog BI. Sundhetstidende: 1778–1781, Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo, 1991.
2. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo gjennom 200 år (1814–2014). Michael 2014; 11: Suppl 15.
3. Nylenna M. Scientific literature and the shaping of a medical profession in Norway. I: Larsen Ø, red. The shaping of a profession. Canton, MA: Science History Publications, 1996.
4. Larsen Ø, Nylenna M. Profiler og portretter i norsk medisin. Michael 2012; 9: Suppl 11.
5. Alver B, Fjell T, Ryymin T. Vitenskap og varme hender. Den medisinske markedsplassen i Norge fra 1800 til i dag. Oslo: Scandinavian Academic Press, 2013.
6. Hansen L. Helsetidsskrifter. Historisk tidsskrift 1987; 3: 391–9.
7. Schiøtz A. Folkets helse – landets styrke 1850–2003: Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003 Bind 2. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

8. Lock S. One hand clapping. *BMJ* 1990; 301: 677–8.
9. de Solla PD. Science since Babylon. New Haven, CT: Yale University Press, 1961.
10. Sollaci LB, Pereira MG. The introduction, methods, results, and discussion (IMRAD) structure: a fifty-year survey. *J Med Lib Assoc* 2004; 92: 364–7.
11. Lock S. As things really were. I: Lock S, red. The future of medical journals. London: BMJ, 1991.
12. Montgomery S. Does science need a global language? Chicago, IL: University of Chicago Press, 2013.
13. Larsen Ø, Nylenna M. Medisinsk sakprosa som samfunnsbygger. I: Johnsen EB, Eriksen TB, red. Norsk litteraturhistorie. Sakprosa fra 1750 til 1995. Bind I (1750–1920). Oslo: Universitetsforlaget, 1998: 302–13.
14. Nylenna M. Da Tidsskriftet var litteraturhistorie. *Tidsskr Nor Legeforen* 1995; 115: 3783.
15. Nylenna M, Larsen O. Medisinsk publisering i Norge 1905–2005. *Tidsskr Nor Legeforen* 2005; 125: 1506–9.
16. Høyre S. Pressen mellom teknologi og samfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
17. Bastiansen HG, Dahl HF. Norsk mediehistorie. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
18. Seale C. Media and health. London: Sage, 2002.
19. Burns RB, Moskowitz MA, Osband MA et al. Newspaper reporting of the medical literature. *J Gen Int Med* 1995; 10: 19–24.
20. Bartlett C, Sterne J, Egger M. What is newsworthy? Longitudinal study of the reporting of medical research in two British newspapers. *BMJ* 2002; 325: 81–4.
21. Lote K, Aass N. Pressedekning av medisinske emner. *Tidsskr Nor Legeforen* 1996; 116: 255–9.
22. Johansen L, Bjørndal A, Flottorp S et al. Vurdering av helseinformasjon i aviser og brosjyrer. *Tidsskr Nor Legeforen* 1996; 116: 260–64.
23. Hofoss D, Falkum E, Aasland OG et al. Leger og massemedier. *Tidsskr Nor Legeforen* 1996; 116: 270–4.
24. Nylenna M. Medisin, medisiner og massemedier – misnøye og misforståelser. *Tidsskr Nor Legeforen* 1996; 116: 215–6.
25. Young ME, Norman GR, Humphreys KR. Medicine in the popular press: the influence of the media on perceptions of disease. *PLoS One* 2008; 3: e3552.
26. Barbour V, Clark J, Peiperl L et al. False hopes, unwarranted fears: the trouble with medical news stories. *PLoS Medicine* 2008; 5: e118.
27. Finer D. Mediehälsta: mötet mellan medicin, medier, medborgare. Lund: Studentlitteratur, 2012.
28. Lund AB. Smitsomme sygdomme i dansk journalistik. København: Munksgaard, 1997.
29. Prop. 90 L (2010–2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).
30. Stenvoll D, Elvbakken KT, Malterud K. Blir norsk forebyggingspolitikk mer individorientert? *Tidsskr Nor Legeforen* 2005; 125: 603–5.
31. Elvbakken KT. Fra sunnhetspropaganda til helseopplysning. *Michael* 2009; 6: 332–9.
32. Berg R, Underland V. Effekten av primærforebyggende tiltak mot bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler hos barn og unge. Rapport 7/2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.
33. Denison E. Hvilke virkemidler i kampanjer er mest suksessrike for å få tobakksbrukere til å slutte? Notat. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.
34. van Trigt AM, de Jong-van den Berg LT, Voogt LM et al. Setting the agenda: does the medical literature set the agenda for articles about medicines in the newspapers? *Soc Sci Med* 1995; 41: 893–9.
35. Schwitzer G. How do US journalists cover treatments, tests, products, and procedures? An evaluation of 500 stories. *PLoS Medicine* 2008; 5: e95.
36. Høyre S, Hjortdahl P. Ny vidunderpille på markedet! Hva skriver norske aviser om nye legemidler. *Tidsskr Nor Legeforen* 2002; 122: 1671–6.
37. Brelín P. Felleskatalogen er 50 år. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1506.
38. St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.
39. NOU 2003:19 Makt og demokrati.
40. Kjøntad A. Er helselover og rettsprinsipper helsebringende? Om rettsliggjøring av velferdsstaten. *Michael* 2013; 10 Suppl 13: 71–102.
41. 2.1 NOU 1992:8 Lov om pasientrettigheter.
42. Meld. St. 18 (2012–2013) Lange linjer – kunnskap gir muligheter.
43. Blakar R. Språk er makt. Oslo: Pax, 1973.
44. Blakar R. Medisin, kommunikasjon, språk og (av)makt. I: Fugelli P, Stang G, Wilmar B, red. Makt og medisin. Oslo: Makt- og demokratiutredningens rapportserie, 2003.
45. Nylenna M. Medisinsk fagspråk – gradvis mer folkelig og forståelig? *Michael* 2011; 8: 370–82.
46. Populærvitenskapens farer. *Tidsskr Nor Legeforen* 1957; 5: 222–3.
47. Nyre L. Journalistikken koloniserer universitetet. *Nytt Norsk Tidsskrift* 2012; 3: 329–36.
48. Norsk mediebarometer 2013 Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2014.
49. Nylenna M. Samvalg – bare et par minutter ekstra. *Dagens Medisin blogg*, 2014. <http://www.dagensmedisin.no/blogg/magne-nylenna/samvalg--kun-et-par-minutter-ekstra/>.
50. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev* 1943; 50: 370.
51. Longo D, Woolf S. Rethinking the information priorities of patients. *JAMA* 2014; 311: 1857–8.

«Stadig oftere
«vinner» allmenn-
heten slaget
om begrepene.
Vinteren 2010
forsøkte både
leger og helse-
myndigheter,
godt assistert av
landbruksnæ-
ringen, å få folk
til snakke om
influenza H1N1.
Det ble ikke særlig
vellykket.»



Foto: Privat

Reidar Tyssen

(f. 1955) er cand. med. fra Universitetet i Bergen (1981), spesialist i psykiatri (1993) og dr.med. fra Universitetet i Oslo (2001). Han har vært distriktslege og kommunelege i Troms (1984–88), har jobbet med psykiatri i Oslo-området siden 1988 og ved kommunal legevakt i Lier (1988–96). Han har vært stipendiat og forsker ved Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Universitetet i Oslo, siden 1995, og professor i medisinske atferdsfag siden 2010. Han er prosjektleder av NORDOC, en 20-års oppfølgingsstudie (2014) av 1000 norske medisinstudenter og leger.

Alkohol og leger – hvor mye er for mye?

Olaf G. Aaslands mest kjente og siterte forskerarbeid er uten tvil metodeartikkelen han skrev sammen med Saunders og andre medarbeidere om utviklingen av AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).¹ Artikkelen er ifølge Thomson's Web of Science sitert hele 2735 ganger (juni 2014). Dette var et arbeid Aasland gjorde mens han var prosjektleder for den norske delen av dette WHO-prosjektet i perioden 1981–88. Jeg møtte Olaf for første gang i midten av 1980-årene, da han foreleste på et kurs om behandling av alkoholproblemer i allmennpraksis i Narvik. Som fersk kommunelege i Troms var det spennende å høre om arbeidet med dette instrumentet og om kliniske kjennetegn for å identifisere dem med alkoholproblemer i de fem landene dette arbeidet pågikk. Rødme og abnorm vaskularisering i hud, tungebelegg og skjelvende hender (Le Go-tegnene) var kjennetegn jeg brukte med stort hell i legejobben i Midt-Troms. Vi lærte dessuten at det er en «kunstfeil» som lege ikke å undersøke alkoholbruk hos middelaldrende menn med følgende tre tilstander: høyt blodtrykk, søvnproblemer og mageplager. Dette prøver jeg fortsatt å innprente dagens medisinstudenter.

Hvorfor er dette med alkohol så viktig?

Det finnes ca. 10 000–12 000 sprøytenarkomane her i landet, mens en må gange med 20 for å få tallet for dem som misbruker alkohol; det er estimert at ca. 200 000 nordmenn er alkoholavhengige.² Alle leger som har jobbet i primærhelsetjenesten, eller ved en kirurgisk legevakt i helgene, vet hvilke enorme kostnader som er knyttet til alkoholrelaterte skader. Problemet er økende. I årene fra 2000 til 2010 økte omsetningen av ren alkohol per innbygger over 15 år fra 5,7 til 6,6 liter årlig – altså med en snau liter eller 16 %. I samme tiår økte antall sykehusinnleggelser med alkoholrelaterte diagnoser fra 3500 til 5200, eller med 48 %.³ En stor del av økningen i antall innleggelser skyldes alkoholforgiftning, som jo ofte rammer de helt unge. Det er funnet at alkoholrelaterte skader ikke bare rammer en mindre gruppe høyrisiko-drikkere som stadig skader seg, men tvert imot en større gruppe av dem som ikke drikker seg beruset så ofte. Altså er det mer en lineær dose–respons-effekt med hensyn til sammenhengen mellom beruselse og skader.⁴ Dette validerer skadevirkningen av drikking til beruselse i seg selv.

Hvordan måler en alkoholbruk og misbruk i befolkningen?

Det er vanlig å dele dette i forskjellige nivåer alt etter skadevirkning, slik det er beskrevet i en glimrende artikkel av Saitz i *New England Journal of Medicine* i 2005⁵ (se figuren). Figuren viser at det er et kontinuum, eller en dose–respons-kurve mellom alkoholinntak og skadevirkninger. Den viser også at risikofylt drikking eller «unhealthy use» ikke er det samme som avhengighet. Jeg pleier å si til studentene at på samme måte som høyt blodtrykk er en risiko for senere hjerte- og karsykdom, er risikofylt drikking en risiko for alkoholavhengighet. Det er en usunn måte å drikke på som bør intervenseres tidligst mulig, da den på sikt kan utvikle mer irreversible skader.

Ved misbruk og skadelig bruk er det snakk om klart skadelige konsekvenser – ofte både fysiske og psykiske, men uten at det nødvendigvis foreligger avhengighet. Alkoholmisbruk er en egen diagnose som kan skilles fra diagnosen alkoholavhengighet. Ved alkoholavhengighet foreligger kriterier som økt toleranse, abstinenssymptomer, manglende kontroll av inntak, manglende evne til å redusere tross skadevirkninger osv. Det kreves minst tre slike kriterier (av totalt seks) for å stille diagnosen avhengighet. De tre «avhengighetsspørsmålene» i AUDIT er «Hvor ofte i løpet av siste året var du ikke i stand til å stoppe å drikke etter at du hadde begynt?», «Hvor ofte i løpet av siste året unnlot du å gjøre ting du skulle ha gjort pga. drikking?» og «Hvor ofte trenger du alkohol om morgenen for å komme i gang?» De ti spørsmålene i AUDIT måler to andre domener i tillegg til avhengighet, nemlig ett for drikkemønster (hyppighet, drikking til beruselse) og ett domene for uheldige konsekvenser av drikkingen. AUDIT-spørsmålene summeres etter en spesiell skåringskala, og verdier over 8 definerer risikofylt drikking eller «unhealthy use».

Figur 1



«Alkoholmisbruk er en egen diagnose som kan skilles fra diagnosen alkoholavhengighet.»

Hvor mye er for mye?

Kort kan en undersøke dette i to hovedtyper risikofylt drikkeatferd: 1) totalt jevnlig forbruk, «kontinental drikking» og 2) hyppighet av drikking til beruselse, såkalt «binge drinking», eller på godt norsk: «fylla har skylda»-drikking.

«I 1980- og 1990-årene kom det rapporter som viste at et lett til moderat alkoholinntak hadde en beskyttende effekt på hjertesykdom hos begge kjønn.»

Totalt forbruk

Flere studier har vist en dose–respons-kurve mellom alkohol og både biologiske og psykososiale skadevirkninger. Men det ble allerede i 1990-årene funnet en knekk i disse kurvene og akkumulert økning ved inntak av 30–40 gram alkohol daglig, det vil si inntak av 3 enheter daglig (1 enhet er ca. 13 gram alkohol).⁶ Dette ble nok tidlig best validert for menn, men det ble også satt en grense ved 20–30 gram daglig for kvinner. Med bakgrunn i disse funnene gikk den britiske legeforeningen tidlig i 1990-årene ut med de såkalte «sensible limits»: 3 enheter daglig (21 per uke) for menn og 2 enheter daglig (14 per uke) for kvinner. Driking over disse tersklene har vist seg å gi økt risiko for en såpass alvorlig lidelse som levercirrhose (skruplever) hos begge kjønn.⁷

Men et par glass vin om dagen er vel bra for hjertet?

I 1980- og 1990-årene kom det rapporter som viste at et lett til moderat alkoholinntak hadde en beskyttende effekt på hjertesykdom hos begge kjønn.^{8,9} Til å begynne med var det snakk om 2–4 enheter daglig her, men dette ble etter hvert nedjustert. Det viste seg å være mer en dose–respons-kurve både når det gjaldt andre lidelser og karskader, som cerebrovaskulær lidelse eller hjerne-slag.¹⁰ Flere mente den britiske legeforeningens «sensible limits» var satt altfor høyt. En kjent britisk forsker mente Mick Jagers resept for et sunt liv (for øvrig uttalt under en turné i Skandinavia) var et bedre folkehelse råd: «No drugs, no tobacco and two glasses of wine a week»!¹¹ Det ble etter hvert funnet en optimalt beskyttende effekt på hjertet av så lite som en halv enhet daglig¹², og en oppfølgingsstudie av over 20 000 amerikanske mannlige leger viste beskyttende effekt på cerebrovaskulær lidelse av kun 1 enhet per uke, og ingen økning i beskyttelse ved høyere inntak.¹³ På den andre siden er det gjort en større oversiktsstudie og funnet en beskyttende effekt på total dødelighet på nærmere 20 % av 1–2 enheter per dag for kvinner og 2–4 enheter per dag for menn i forhold til dem som ikke drikker alkohol i det hele tatt.¹⁴ Men de totalt avholdende kan representere en spesiell og selektert gruppe, med overhyppighet av uheldige psykososiale faktorer og annen sykkelighet, og i noen studier kan de bestå av tidligere alkoholavhengige.¹⁵ Det amerikanske National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism kom på slutten av 2000-årene med sine «safe limits», som utgjør 2 enheter daglig for menn, 1 enhet for kvinner og alle over 65 år. Dette er en klar innskjerping i forhold til britenes «sensible limits». Bakgrunnen for dette er den lineære dose–respons-effekten på kroniske lidelser, akutte medisinske lidelser, fruktbarhet, psykiske problemer og skader.¹⁶

Hyppighet av drikking til beruselse

Denne formen for risikofylt drikking legger som sagt beslag på en betydelig del av arbeidet ved kirurgiske legevakter og i sykehusenes akuttavdelinger. Dette handler om drikking til beruselse, eller inntak av 5 enheter eller mer hos menn og 4 eller mer hos kvinner i én og samme drikkesesjon oftere enn hver 14. dag (eller ukentlig).¹⁷ Ukentlig hyppighet blir oftest kalt «frequent binge drinking», mens hver 14. dag er «infrequent binge drinking». Begge disse typer atferd er knyttet til helsemessige og psykososiale konsekvenser, spesielt blant unge. Det er funnet firedoblet (tidoblet hvis ukentlig) risiko for å bli skadet og tredoblet (sjudoblet hvis ukentlig) risiko for ubeskyttet sex

blant amerikanske studenter.¹⁷ Her i landet har vi hatt flere tragiske dødsfall blant unge menn som er knyttet til denne type alkoholatferd, enten i trafikken eller i vinterkulda på vei hjem fra fest. Vi vet også at voldelig atferd ofte har slik alkoholberuselse som en medvirkende årsak. Denne type drikkeatferd viser også dose–respons-effekt med hensyn til både misbruk og avhengighet. Det siste gjelder spesielt «frequent binge drinking». Det å drikke seg beruset én gang per uke doubler risikoen for senere avhengighet.¹⁸

Hva med norske leger og alkohol?

Det er mye å vinne på tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten. En kortvarig intervensjon av fastlegen kan snu hele forløpet på vei mot mer varige alkoholskader. Dette er vist ved den betydelige mengde forskning i kjølvannet av nybrottsarbeidet som ble gjort av Aasland og medarbeidere i 1980- og 1990-årene, jamfør det store antallet siteringer av metodeartikkelen deres! Det var da også helt naturlig at alkoholmål og AUDIT ble en del av Legekårsundersøkelsen som gikk av stabelen i 1993. Også den oppfølgende delen av denne, Fra student til lege, som vi senere har omdøpt til NORDOC, tok i bruk disse instrumentene. Allerede i 1970- og tidlig i 1980-årene fant enkelte studier blant skotske og finske leger at disse drakk mer enn andre i befolkningen.^{19, 20} Og Olaf G. Aasland har også referert til William Ogle, som i 1886 fant at leger døde oftere av lever-sykdom enn andre.²¹ Ogle mente dette i stor grad skyldtes at legene ignorerte de kostholdsråd de ga til pasientene. Men gjelder dette norske leger i dag?

Det som er undersøkt mest blant norske leger, er frekvens av drikking og drikking til beruselse («binge drinking»). Aasland og medarbeidere fant i 1985 at yngre norske leger drakk mindre enn andre i tilsvarende sosioøkonomiske gruppe, mens de kvinnelige legene over 45 år drakk noe hyppigere enn andre kvinner. Siden 1985 er det gjort to oppfølgende studier av drikkenivåene hos norske leger, både i perioden 1985–2000²² og årene 2000–2010²³. Disse studiene viser at legene drikker mer enn før, spesielt var det en økning fra 1993 til 2000, og dette samsvarer med økningen i befolkningen ellers. Tross økning i moderat drikking var det ingen reduksjon i større inntak av alkohol. I det nærmeste tiåret, 2000–2010, har det også vært en økning i moderat drikking. Andelen av dem som bruker alkohol to ganger i uken eller oftere, økte fra 30 til 49 %, mens det var en liten nedgang i det å drikke seg beruset minst ukentlig («frequent binge drinking»), fra 7 til 3 %. Det var også noe nedgang i AUDIT-skårene for uheldige konsekvenser som følge av drikkingen, slik som skader eller at de nærmeste bekymrer seg for drikkingen. Avhengighetsspørsmålene i AUDIT viste imidlertid ingen signifikant endring i nivåer, slik at en kan anta at dette ligger på det samme som tidligere. Som vist innledningsvis har det i det samme tiåret vært en økning i alkoholbruk hos befolkningen for øvrig, men vi mangler nye sammenliknende studier av norske leger og andre nordmenn. Forfatterne spekulerer på om nedgangen i drikking til beruselse kan skyldes en økning i kvinnelige norske leger i løpet av årene fra 2000 til 2010. Vi vet at denne drikkeatferden er mer utbredt blant menn. Rosta og Aasland har også funnet at et typisk mannlig arbeidsmiljø har betydning.²⁴ De fant at både kvinner og menn som jobbet i kirurgiske spesialiteter, drakk mer risikofyllt, undersøkt ved en modifisert AUDIT-skår. Det viste seg at 18 % av de kvinnelige kirurgene drakk risikofyllt, mens bare 8 % av de kvinnelige legene som jobbet i ikke-kirurgiske spesialiteter, hadde liknende drikkeatferd.

«En kjent britisk forsker mente Mick Jaggeres resept for et sunt liv (for øvrig uttalt under en turné i Skandinavia) var et bedre folkehelseråd: 'No drugs, no tobacco and two glasses of wine a week!'»

Hva med medisinstudentene?

I vår kartlegging av medisinstudentene 1990-årene fant vi at de drakk på samme nivå som andre studenter²⁵. Vår oppfølgende studie av norske medisinstudentene og leger (NORDOC) fant ikke noen økning i risikofylt drikking («infrequent binge drinking») fra begynnelsen til slutten av studiet²⁶, men heller ikke signifikant nedgang i risikofylt drikking fra slutten av studiet (12 %) til ti år senere (9 %)²⁷. Andre befolkningsstudier har vist en nedgang i alkoholbruk etter begynnelsen av 20-årene, og dette har vært relatert til det å få barn og stifte en familie.^{28,29} De mest valide estimatene blant norske medisinstudentene og unge leger var for menn, der 22 % drakk seg beruset hver 14. dag eller oftere på slutten av studiet, og 16 % gjorde det samme ti år senere. Aasland og Wiers-Jenssen sammenliknet utenlandsstudenter med dem som studerte i Norge, og fant at både mannlige og kvinnelige utenlandsstudenter rapporterte høyere nivå av risikofylt drikking målt med AUDIT-skår, enn dem som studerte her i landet.³⁰ Så miljøfaktorer er viktige også for medisinstudentenes drikkeatferd.

Hva vet vi om individuelle risikofaktorer?

NORDOC består av to landsomfattende kohorter med seks års mellomrom av til sammen 1000 medisinstudentene som er fulgt opp over mange år. 20-årsoppfølgingen pågår nå i 2014. Det har slik vært mulig å identifisere tidlige risikofaktorer. Mannlige studenter rapporterer klart mer risikofylt drikking enn de kvinnelige, så kjønn er en viktig faktor. Likevel rapporterte kvinnene i den yngste kohorten et høyere nivå av risikofylt drikking på slutten av studiet enn kvinnene i den eldste kohorten, uten at det var noen slik forskjell blant mennene. Så også blant legestudentene finnes det en tilnærming mellom kjønnene, slik det er funnet i nyere studier av andre unge voksne. Risikofylt drikking på slutten av studiet ble hos begge kjønn predikert av risikofylt drikking ved begynnelsen av studiet (sjudoblet risiko)²⁶, også når det ble kontrollert for andre faktorer. I tillegg var lavt nivå av personlighetstrekket kontroll (eller samvittighetsfullhet) ikke uventet knyttet til senere risikofylt drikking. Hos mannlige studenter ga dessuten bruk av alkohol for å mestre spenning en fem ganger økt risiko for senere drikking til beruselse. Denne mestringsmåten er interessant fordi vi ikke finner noen kjønnsforskjeller i forekomst, og den kan derfor vise seg å være viktig for kvinner senere i karrieren. Blant unge leger er forventningen om at alkohol har en spenningsreducerende effekt, en risikofaktor for risikofylt drikking i det 10. året etter studiet.³¹ Dette funnet er mest valid for mannlige leger fordi målet som ble brukt på drikking til beruselse, er best kalibrert for menn. Det kan derfor se ut som – i alle fall blant mannlige medisinerer – at atferd (mestring ved alkohol, drikkeatferd) er spesielt viktig under studiet, mens tro og forventninger til alkohol som spenningsreducerende middel er viktigere noe senere i karrieren. Det kan synes noe underlig at leger har slike positive forventninger til alkohol, til tross for deres kunnskap om bivirkninger av alkoholbruk.

«Det å drikke seg beruset én gang per uke doubler risikoen for senere avhengighet.»

Drikker legene for mye – og hva bør gjøres?

Vi mangler som sagt nyere, gode og sammenliknende studier mellom leger og andre. Det ser ut til at leger stort sett har fulgt befolkningen ellers, med en økning i alkoholbruk de siste tiårene. Selv om økningen er i moderat drikking, har det ikke vært noen markant endring, slik en ser hos leger

med hensyn til annen uheldig helseatferd. Leger har i lang tid røykt langt mindre enn befolkningen ellers, og mye tyder også på at de driver mer fysisk aktivitet og holder seg i bra form.³² En burde kanskje forvente et klart lavere alkoholbruk blant legene enn blant andre. Spesielt urovekkende er sammenhengen mellom medisinstudenters og legers uheldige helseatferd og de råd de gir til sine pasienter.^{33, 34} Vi vet at norske leger sjeldnere snakker med sine pasienter om alkohol enn om røykevaner.³⁵ 20-årsoppfølgingen i NORDOC vil undersøke om det er en sammenheng mellom legenes eget alkoholbruk og hvor ofte de snakker med pasientene sine om alkohol. Legers alkoholatferd synes i alle fall å være påvirket av miljømessige faktorer i like stor grad som andres alkoholatferd. En kan få inntrykk av lite bevissthet blant leger om de totale skadevirkningene av alkoholbruk, og kanskje også om hva som er risikofylt drikking. Muligens er dette kombinert med en unyansert overoptimisme om alkoholens beskyttende effekt på hjertesykdom?! Det er også uheldig at alkoholproblemer, og spesielt det en vet om risikofylt drikking og betydningen av tidlig intervensjon, er så lite vektlagt i grunnutdanningen i medisin. Hvis studentene møter alkoholproblemer kun i medisinske avdelinger i form av levercirrhose og kardiomyopati, eller i psykiatriske institusjoner som rusutløste psykoser, kan de lett få et for håpløst syn på mulighetene ved tidlig intervensjon og behandling. En større del av undervisningen om alkoholproblemer burde antakelig knyttes til allmennmedisin. Jeg har fortsatt friskt i minne den unge mannen i Troms som kom på kommunelegekontoret med skjelvende hender og klaget over eksem. Han viste seg å ha et betydelig alkoholproblem; det gikk daglig med 10–12 flasker øl. Dessuten hadde han nedsatt fruktbarhet (azoospermi). Med jevnlig oppfølging over et par år greide han å kutte ut alkoholen midt i uken – og etter hvert ble samboeren gravid.

«Jeg har fortsatt friskt i minne den unge mannen i Troms som kom på kommunelegekontoret med skjelvende hender og klaget over eksem.»

Litteratur

1. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption – II. *Addiction* 1993; 88: 791–804.
2. Rossow I. SIRUS: 2009.
3. SIRUS Statistikk: Alkohol: Omsetning. Ren alkohol per innbygger over 15 år. Dødsfall og sykehusinnleggelser. Innleggelser i somatiske sykehus med alkoholrelaterte hoveddiagnoser.
4. Rossow I, Bogstrand ST, Ekeberg O et al. Associations between heavy episodic drinking and alcohol related injuries: a case control study. *BMC Public Health* 2013; 13: 1076.
5. Saitz R. Clinical practice. Unhealthy alcohol use. *N Engl J Med* 2005; 352: 596–607.
6. Anderson P, Cremona A, Paton A et al. The risk of alcohol. *Addiction* 1993; 88: 1493–508.
7. Rehm J, Taylor B, Mohapatra S et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev* 2010; 29: 437–45.
8. Jackson R, Scragg R, Beaglehole R. Alcohol consumption and risk of coronary heart disease. *BMJ* 1991; 303: 211–6.
9. Marmot MG. Alcohol and coronary heart disease. *Int J Epidemiol* 1984; 13: 160–7.
10. Goldberg RJ, Burchfiel CM, Reed DM et al. A prospective study of the health effects of alcohol consumption in middle-aged and elderly men. The Honolulu Heart Program. *Circulation* 1994; 89: 651–9.
11. Anderson P, Casswell S, Shaper AG et al. Guidelines on sensible drinking. *Addiction* 1996; 91: 25–33.
12. Kloner RA, Rezkalla SH. To drink or not to drink? That is the question. *Circulation* 2007; 116: 1306–17.
13. Rist PM, Berger K, Buring JE et al. Alcohol consumption and functional outcome after stroke in men. *Stroke* 2010; 41: 141–6.
14. Di Castelnuovo A, Costanzo S, Bagnardi V et al. Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Arch Intern Med* 2006; 166: 2437–45.
15. Pedersen W. Alkoholavholdende – en risikogruppe? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2013; 133: 33–6.
16. Wilson JF. In the clinic. Alcohol use. *Ann Intern Med* 2009; ITC3: 2–16.
17. Wechsler H, Davenport A, Dowdall G et al. Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of students at 140 campuses. *JAMA* 1994; 272: 1672–7.
18. Dawson DA, Li TK, Grant BF. A prospective study of risk drinking: at risk for what? *Drug Alcohol Depend* 2008; 95: 62–72.
19. Murray RM. Alcoholism amongst male doctors in Scotland. *Lancet* 1976; 2: 729–31.
20. Juntunen J, Asp S, Olkinuora M et al. Doctors' drinking habits and consumption of alcohol. *BMJ* 1988; 297: 951–4.
21. Aasland OG. Leger som ruser seg. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 913.

«Aasland og medarbeidere fant i 1985 at yngre norske leger drakk mindre enn andre i tilsvarende sosioøkonomiske gruppe, mens de kvinnelige legene over 45 år drakk noe hyppigere enn andre kvinner.»

22. Gulbrandsen P, Aasland OG. Endringer i norske legers alkoholvaner 1985–2000. Tidsskr Nor Legeforen 2002; 122: 2791–4.
23. 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.
24. Rosta J, Aasland OG. Female surgeons' alcohol use: a study of a national sample of norwegian doctors. Alcohol Alcohol 2005; 40: 436–40.
25. Tyssen R, Vaglum P, Aasland OG et al. Use of alcohol to cope with tension, and its relation to gender, years in medical school and hazardous drinking: a study of two nation-wide Norwegian samples of medical students. Addiction 1998; 93: 1341–9.
26. Kjøbli J, Tyssen R, Vaglum P et al. Personality traits and drinking to cope as predictors of hazardous drinking among medical students. J Stud Alcohol 2004; 65: 582–5.
27. Grotmol KS. Drinking and depression in Norwegian doctors: a 15-year longitudinal study. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2012.
28. Donovan JE, Jessor R, Jessor L. Problem drinking in adolescence and young adulthood. A follow-up study. J Stud Alcohol 1983; 44: 109–37.
29. Hammer T, Vaglum P. Use of alcohol and drugs in the transitional phase from adolescence to young adulthood. J Adolesc 1990; 13: 129–42.
30. Aasland OG, Wiers-Jenssen J. Norske medisinstudenter i utlandet – karriereplaner, personlighet, røyking og alkoholbruk. Tidsskr Nor Legeforen 2001; 121: 1677–82.
31. Grotmol KS, Vaglum P, Ekeberg Ø et al. Alcohol expectancy and hazardous drinking: a 6-year longitudinal and nationwide study of medical doctors. Eur Addict Res 2010; 16: 17–22.
32. Frank E, Segura C. Health practices of Canadian physicians. Can Fam Physician 2009; 55: 810–1.
33. Frank E, Rothenberg R, Lewis C et al. Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the Women Physicians' Health Study. Arch Fam Med 2000; 9: 359–67.
34. Frank E, Elon L, Naimi T et al. Alcohol consumption and alcohol counselling behaviour among US medical students: cohort study. BMJ 2008; 337: a2155.
35. Nygaard P, Paschall MJ, Aasland OG et al. Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. Alcohol Alcohol 2010; 45: 207–12.





Foto: Privat

Judith Rosta

(f. 1968) er RN (registrert nurse), mag.art., ph.d., sosiolog og forsker ved Legeforskningsinstituttet. Hun har 12 års erfaring som sykepleier og 16 års erfaring med forskning om legers helse og arbeidsforhold, bl.a. initierte hun og ledet den første nasjonale spørreskjemaundersøkelsen blant sykehusleger i Tyskland. Hennes faglige interessefelt ved LEFO er å forske på legers arbeidssituasjon, deres livsstil og helse – samt spørreundersøkelser og kvantitative dataanalyser.

Legeledere i Norge og Tyskland – hva er forskjellen?

Sammendrag

Bakgrunn

Legelederes helsetilstand og arbeidsforhold har innflytelse på kvaliteten på deres utøvelse av ledelse. Formålet med denne studien er å sammenligne noen demografiske variabler, velvære, livsstil, helse og arbeidsforhold hos legeledere i henholdsvis Norge og Tyskland.

Materiale og metode

De norske dataene kommer fra Legeforskningsinstituttets referansepanel 2008, 2010 og 2012, et tilnærmet representativt utvalg av ca. 1600 yrkesaktive leger i Norge. De tyske dataene er basert på en tverrsnittsundersøkelse av et representativt utvalg på 3295 sykehusleger i Tyskland i 2006. Materialet består av 106–117 norske og 562 tyske legeledere. Nokså identiske spørsmål om demografi (herunder antall barn, om partner er lege), subjektivt opplevd velvære, sel rapportert helse, livsstil (herunder alkoholvaner, daglig røyking, fysisk aktivitet) og arbeidsforhold (antall arbeidstimer per dag, timer i tilstedevakt per måned) er stilt i både det norske og det tyske spørreskjemaet. Det benyttes ikke-overlappende 95 % konfidensintervaller til testing av gruppeforskjeller i intervallvariabler og proporsjoner.

Resultater

De fleste norske (92 %, 95 % KI 87,2–97,4) og tyske (94 %, 92,6–96,4) legeledere rapporterte at de har en partner, og hver tredje at partneren deres var lege. Barnløshet var signifikant lavere blant norske legeledere enn blant tyske (9 %, 3,2–13,9 vs. 18 %, 15,2–21,6). Annenhver norsk legeleder oppga å ha tre eller flere barn, mens hver annen tysk legeleder svarte ett eller to barn. Det var ingen forskjell i vurdering av subjektivt velvære og alkoholvaner. Andelen som svarte nokså god eller god helse (87,5 %, 81,4–93,6 vs. 64,3 %, 60,3–68,3) og at de ukentlig var i fysisk aktivitet (73,1 %, 64,6–81,2 vs. 58,9 %, 54,8–63,0), var signifikant høyere og daglig røyking (4,7 %, 0,7–8,7 vs. 11,8 %, 7,9–12,6) signifikant lavere blant norske legeledere enn blant deres tyske kolleger. Signifikant færre legeledere i Norge enn i Tyskland rapporterte en arbeidsdag over 9 timer (55 %, 45,9–64,1 vs. 71 %, 67,3–74,8) og over 30 timer tilstedevakt per måned (10 %, 4,5–15,5 vs. 33 %, 28,8–36,6). Sumskår for jobbtilfredshet var signifikant høyere blant norske (54, 52,4–55,6) enn blant tyske (48, 47,0–48,9) legeledere.

Konklusjon

Legeledere i Norge har det stort sett bedre enn sine kolleger i Tyskland med hensyn til arbeidsbelastning og muligheter for å kombinere lederjobb med et godt privatliv.

Bakgrunn

Legeforskningsinstituttet har mye forskningsbasert kunnskap om norske legers helse, livsstil og arbeidsforhold. I de fleste publikasjonene hittil har man sett på sykehusleger som én gruppe – i tillegg til fastleger, privatpraktiserende leger og andre leger.¹ Det er publisert lite om leger med ledelsesfunksjon: tre artikler i 2000 om avdelingsoverlegenes ledelse og kvalitetsarbeid²⁻⁴ og én artikkel om overlegenes velvære og arbeidsforhold i 2010.⁵ Legeledere burde fått mer forskningsmessig oppmerksomhet. De har en nøkkelfunksjon både som klinikere og som kliniske ledere. Det er dokumentert at kvalitet på ledelse er avhengig av flere faktorer, blant annet av egen arbeidssituasjon, fysisk og psykisk helse.⁶

Det er vist at norske leger har god helse sammenlignet med andre yrkesgrupper. De er blant dem som lever lengst,⁷ og har det laveste sykefraværet.⁸ De trener mer enn før,⁹ røyker mindre,⁵ drikker mer moderat¹⁰ og tenker sjeldnere på selvmord.¹¹ De er gjennomgående fornøyd med jobben sin.¹² Legeledere har noe lengre arbeidsuker og er noe mer fornøyd med de forskjellige arbeidsfaktorene (bortsett fra arbeidstid) enn overlegene og LIS-legene.⁵ Sammenlignet med leger i andre land har norske leger bedre selvrapportert helse, kortere arbeidsuker,^{5, 13-15} lavere psykososial stressbelastning på arbeidsplassen¹⁵ og høyere jobbtilfredshet.¹⁶

I 2006 ble det gjennomført en postal spørreskemaundersøkelse blant et representativt utvalg av tyske sykehusleger, som inkluderte nokså identiske spørsmål om demografi, helse, livsstil og arbeidsforhold.¹⁷ Det er derfor mulig å gjøre en komparativ studie, der dataene for leger i de to europeiske landene er sammenlignbare. Selv om organiseringen av helsetjenesten er forskjellig i Norge og Tyskland, er en viktig felles faktor at befolkningen i begge land har en universal tilgang til helsetjenester. Den generelle folkehelsen i Norge og Tyskland, definert ut fra forventet levealder ved fødselen og egenrapporterte antall år karakterisert som «god helse», er også lik.¹⁸

I denne artikkelen sammenlignes norske og tyske legeledere på noen demografiske variabler (antall barn, om partner er lege), subjektivt opplevd velvære, selvrapportert helse, livsstil (herunder alkoholvaner, daglig røyking, fysisk aktivitet) og arbeidsforhold (antall arbeidstimer per dag, timer i tilstedevakt per måned).

Materiale og metode

De norske dataene kommer fra Legeforskningsinstituttets referansepanel, et tilnærmet representativt utvalg på ca. 1600 yrkesaktive leger som annethvert år siden 1994 er fulgt med postale spørreskjemaer. I denne studien benyttes data fra 2008, 2010 og 2012. De tyske dataene er basert på en postal tverrsnittundersøkelse av et representativt utvalg på 3295 sykehusleger i 2006. Blant de norske respondentene var svarprosenten 65 i 2008, 66,7 i 2010 og 71,4 i 2012, og blant sykehuslegene i Tyskland var svarprosenten 55,2.^{17, 19}

I denne studien inkluderes leger med følgende stillingsbetegnelser: sjeflege, klinikkssjef, avdelingsoverlege, avdelingsleder, seksjonsleder, samt leger som var konstituert i slike stillinger. Gjennom-

«Det er dokumentert at kvalitet på ledelse er avhengig av flere faktorer, blant annet av egen arbeidssituasjon, fysisk og psykisk helse.»

snittsalder, kvinneandel og respondentenes fagområder fremgår av tabell 1. Mitt materiale består av 106–117 norske legeledere og 562 tyske legeledere. Sammenlignet med det tyske er det norske utvalget signifikant eldre, det har en noe høyere kvinneandel (ingen signifikant forskjell) og færre leger fra det kirurgiske fagområdet; det har også flere leger fra psykiatri og laboratoriefag.

Tabell 1. Antall, kjønn, alder og fagområde for legeledere i Norge og Tyskland

Data fra	Antall legeledere/antall respondenter	Alder i år (gj.snitt)	Kvinneandel (%)	Andel legeledere i fagområder (%)				
				Kirurgi	Indre-medisin	Psykiatri	Laboratoriefag	Andre
Norge								
2008	114/1072	55,4	24,1	30,7	37,7	16,7	14,7	0,2
2010	107/1014	53,2	27,1	28,0	35,5	17,8	18,7	–
2012	106/1279	52,8	34,3	26,9	32,7	21,2	15,4	3,8
Tyskland								
2006	562/1917	47,3	19,7	44,7	35,3	2,2	5,9	12,0

Variabler

Spørsmålet om en gjennomsnittlig arbeidsdag lød «Hvor mange timer jobber du gjennomsnittlig per dag?» Antall timer i tilstedevakter per måned ble målt i Norge med spørsmålet «Omtrent hvor mange timer i alt har du tilstedevakt i en gjennomsnittlig arbeidsmåned.» I Tyskland ble det stilt fire spørsmål (forfatters oversettelse): «Hvor mange tilstedevakter har De på virkedager i en gjennomsnittlig arbeidsmåned?», «Hvor mange timer varer disse tilstedevaktene i gjennomsnitt?», «Hvor mange tilstedevakter har De i helgen(e) i en gjennomsnittlig arbeidsmåned?» og «Hvor mange timer varer disse tilstedevaktene i helgen(e) i gjennomsnitt?»

Jobbtilfredshet ble kartlagt med hjelp av måleinstrumentet «Job Satisfaction Scale». Det bygger på ti spørsmål om arbeidssituasjonen (ansvar, variasjon, forholdet til kolleger, fysisk arbeidsmiljø, mulighet til å bruke egne evner, samlet jobbtilfredshet, frihet til å velge egne arbeidsmetoder, anerkjennelse, lønn og arbeidstid), som hvert skal skåres på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd). Samlet jobbtilfredshet beregnes som summen av alle ti skårer.²⁰

Subjektiv velvære ble målt med spørsmålet «Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du stort sett misfornøyd?» Også dette spørsmålet ble skåret på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd).²¹

I Norge ble legene bedt om å angi sin egen helse på følgende skala: god, nokså god, middels, nokså dårlig, dårlig, og i Tyskland: meget god, god, middels, nokså dårlig og dårlig.²²

Vi spurte også om hyppighet av fysisk aktivitet. I Norge spurte vi «Hvor ofte i løpet av siste år har du drevet med fysisk aktivitet for å trene eller mosjonere, f.eks. jogging, gått lengre turer, skiturer, drevet gymnastikk, svømt, spilt fotball, tennis o.l.?» med svaralternativene: ingen ganger, én gang i

«Det er vist at norske leger har god helse sammenlignet med andre yrkesgrupper.»

måneden eller sjeldnere, 2–3 ganger i måneden, 1–4 ganger i uken, hver dag eller nesten hver dag. I Tyskland lød spørsmålet «*Hvor ofte driver De med fysisk aktivitet med en varighet av minst 20–30 minutter, f.eks. sykling, jogging, styrketrening, svømming osv.?*» med svaralternativene: ingen ganger, sjeldnere enn ukentlig, ukentlig.

Alkoholvaner ble målt med AUDIT i Norge og AUDIT-C i Tyskland. AUDIT består av ti spørsmål og AUDIT-C av de første tre spørsmål av AUDIT: hvor ofte man drikker, hvor mange alkoholenheter man tar på en typisk drikkedag, og hvor ofte man drikker minst 60 gram alkohol. AUDIT-C-skalaen går fra 0 til 12. Verdier på 5 eller høyere regnes som noe risikopreget bruk av alkohol. AUDIT og AUDIT-C er beskrevet i tidligere publikasjoner.^{10, 23, 24}

Røykestatus ble målt med ett enkelt spørsmål. I Norge: «*Hvilken røykevane har du?*» med svaralternativene: røyker daglig, røyker av og til, bruker snus eller skråtobakk, røyker ikke, men har tidligere røykt daglig, har aldri røykt. I Tyskland: «*Har De tidligere røykt, eller røyker De for tiden?*» med svaralternativene: røyker daglig, røyker av og til, røyker ikke, men har tidligere røykt daglig, har aldri røykt.

Analyser

Resultatene presenteres deskriptivt. Det benyttes ikke-overlappende 95 % konfidensintervaller til testing av gruppeforskjeller i intervallvariabler og proporsjoner.

Resultater

Tabell 2 viser demografi, helse, velvære, livsstil og arbeidsforhold som respondentene oppga. De fleste norske og tyske legeledere hadde en partner, men andel som ikke hadde partner, var signifikant større blant kvinner enn blant menn. Kvinner i begge utvalg rapporterte hyppigere enn mennene at partneren deres var lege. Andelen barnløse var dobbelt så høy blant tyske legeledere. Annenhver tysk legeleder oppga å ha ett eller to barn, mens hver annen norsk legeleder svarte tre eller flere barn.

Andelen som svarte nokså god eller god helse og at de ukentlig var i fysisk aktivitet, var signifikant høyere, og andelen som røykte daglig, var signifikant lavere blant norske legeledere enn blant deres tyske kolleger. Det var ingen forskjell i vurdering av subjektivt velvære og alkoholvaner. Gjennomsnittlig subjektivt velvære på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd) var 5,4 blant norske legeledere og 5,3 blant tyske. I forhold til alkohol skåret over halvparten av norske og tyske legeledere over en moderatgrense på 1 til 4 på AUDIT-C.

Norske legeledere hadde kortere arbeidsdager, færre timer i tilstedevakt per måned og høyere jobbtilfredshet. De fleste norske legeledere oppga en arbeidsdag på 8,1–9 timer, mens de tyske legelederne oppga en arbeidsdag på mer enn 10 timer. 44 % av legelederne i Norge og 66 % av legelederne i Tyskland rapporterte «ingen tilstedevakt». Signifikant flere legeledere i Norge rap-

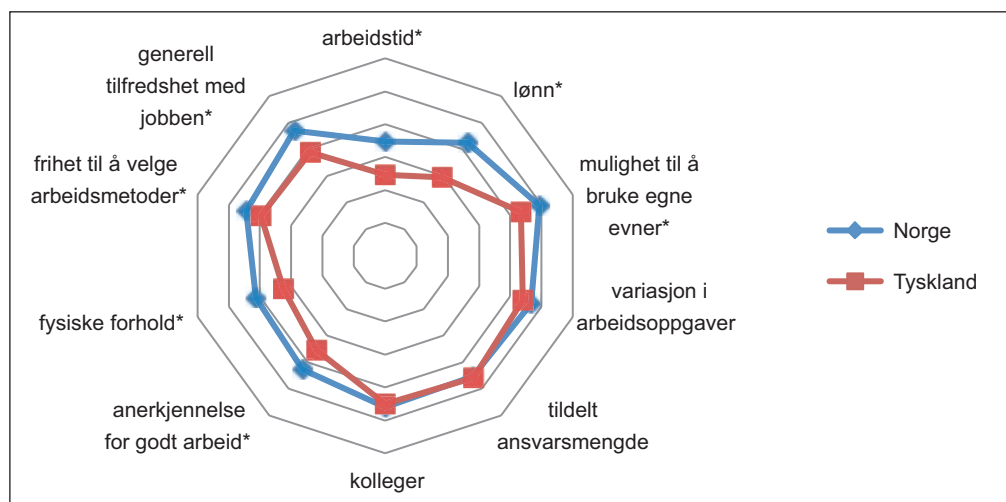
«Andelen barnløse var dobbelt så høy blant tyske legeledere.»

«Norske
legeledere
anga kortere
arbeidsdager
og færre
tilstedevakter i
måneden enn sine
tyske kolleger.»

porterte tilstedevakt på mellom 1 og 30 timer per måned, mens signifikant flere tyske legeledere oppga tilstedevakt på mer enn 60 timer per måned. Sumskår for jobbtilfredshet på en skala fra 10 til 70 var 53,9 blant norske legeledere og 47,9 blant tyske.

Hvor fornøyde legelederne i de to land var med de forskjellige arbeidsfaktorer, illustreres i figur 1. De var omtrent like godt fornøyd med variasjon i arbeidsoppgaver, forholdet til sine kolleger og tildelt arbeidsmengde. På spørsmål om frihet til å velge arbeidsmetoder, fysiske arbeidsforhold, mulighet til å bruke egne evner og anerkjennelse for godt arbeid var legelederne i Norge signifikant mer fornøyd enn sine tyske kolleger. Svarene på spørsmål om arbeidstid, lønn og generell tilfredshet med jobben viste de største forskjellene. I begge land var kjønn ikke avgjørende for hvordan de skåret tilfredshet med jobben.

Figur 1. Jobbtilfredshet blant legeledere i Norge og Tyskland



* statistisk signifikant forskjell

Diskusjon

Studien viser at sammenlignet med sine kolleger i Tyskland rapporterte legeledere i Norge signifikant flere barn, bedre helse, færre daglig røykere, hyppigere fysisk aktivitet, lavere arbeidstidsbelastning og større jobbtilfredshet. Det var ingen forskjell på subjektivt velvære og alkoholvaner.

Studiens styrke er at den er basert på tilnærmet representative utvalg av norske og tyske leger. Deltakelsen i undersøkelsene var relativt høyt i Norge og moderat i Tyskland. Lav deltakelse er en vanlig erfaring ved spørreskjemaundersøkelser til leger.²⁵ En rekke internasjonale studier

Tabell 2. Demografi, arbeidsforhold, trivsel og helse hos legeledere i Norge og Tyskland.

	Norge				Tyskland			
	Data fra	Alle	Kvinner	Menn	Data fra	Alle	Kvinner	Menn
Demografi								
Har partner (%; 95 % KI)	2012	92,3 (87,2–97,4)	85,7 (74,1–97,3)	95,7 (90,9–99,2)	2006	94,5 (92,6–96,4)	78,2 (70,2–86,3)	98,0 (96,7–99,3)
Partner er lege (%; 95 % KI)	2012	29,2 (20,1–38,3)	40,0 (22,5–57,5)	24,2 (13,8–34,5)	2006	31,8 (27,8–35,8)	40,0 (28,9–51,1)	30,5 (26,2–34,8)
Antall barn (%; 95 % KI)	2012				2006			
0		8,6 (3,2–13,9)	19,4 (6,5–32,2)	2,9 (1,0–6,8)		18,4 (15,2–21,6)	36,0 (26,6–45,4)	14,6 (11,4–17,8)
1–2		41,0 (31,6–50,4)	50,0 (33,7–66,3)	36,2 (24,9–47,5)		51,9 (47,8–56,0)	56,0 (46,3–65,7)	51,0 (46,4–55,6)
≥3		50,4 (40,8–60,0)	30,6 (15,6–45,7)	60,9 (15,6–45,7)		29,7 (25,9–33,5)	8,0 (2,7–13,3)	34,4 (30,1–38,8)
Velvære, helse, livsstil								
Subjektiv velvære (gjennomsnitt, 95 % KI)	2012	5,4 (5,2–5,7)	5,5 (5,1–5,9)	5,4 (5,1–5,6)	2006	5,3 (5,2–5,4)	5,2 (5,1–5,4)	5,3 (5,2–5,4)
Selvrapportert helse (%; 95 % KI) nokså god og god middels nokså dårlig og dårlig	2012	87,5 (81,4–93,6) 9,8 (4,3–15,3) 2,7 (0,3–5,7)	85,9 (72,8–99,0) 7,4 (2,4–17,3) 3,7 (1,4–10,8)	87,0 (78,0–95,9) 10,6 (2,4–18,8) 2,4 (1,7–6,5)	2006	64,3 (60,3–68,3) 27,0 (23,3–30,7) 8,8 (6,5–11,2)	62,4 (53,0–71,9) 27,7 (19–36,4) 9,9 (4,1–15,7)	64,8 (60,4–69,2) 26,8 (22,8–30,9) 8,5 (6,0–11,1)
Fysisk aktivitet (%; 95 % KI) ingen ganger sjeldnere enn ukentlig ukentlig	2010	2,9 (0,3–6,1) 24,0 (15,8–32,2) 73,1 (64,6–81,2)	0,0 (-) 39,3 (21,2–57,4) 60,7 (42,6–78,8)	3,9 (0,4–8,2) 18,4 (9,7–27,1) 77,6 (68,2–86,9)	2006	9,3 (6,9–11,7) 31,8 (27,9–35,7) 58,9 (54,8–63,0)	7,0 (2,0–12,0) 34,0 (24,7–43,3) 59,0 (49,4–68,6)	9,8 (7,1–12,5) 31,3 (27,1–35,6) 58,9 (54,4–63,4)
Alkoholvaner (%; 95 % KI) avholdende (AUDIT-C 0) moderate (AUDIT-C 1–4) noe risikofylt (AUDIT-C ≥5)	2010	6,7 (1,9–11,5) 62,5 (53,2–71,8) 30,8 (21,9–39,7)	3,7 (2,4–10,8) 85,2 (71,8–98,5) 11,1 (0,8–22,9)	7,8 (1,8–13,8) 54,5 (43,4–65,6) 37,7 (26,9–48,5)	2006	5,3 (3,4–7,2) 69,5 (65,6–73,4) 25,2 (21,6–28,9)	6,2 (1,4–11,0) 85,6 (78,6–92,6) 8,2 (2,7–13,7)	5,1 (3,1–7,1) 66,0 (61,6–70,4) 28,9 (24,7–33,0)
Røyker daglig (%; 95 % KI)	2010	4,7 (0,7–8,7)	3,4 (0,2–10,0)	5,1 (0,3–9,4)	2006	11,8 (9,1–14,5)	7,9 (2,6–13,2)	12,6 (9,6–15,6)
Arbidsforhold								
Arbeidstimer per dag (%; 95 % KI) ≤8 8,1–9 9,1–10 >10	2008	12,6 (6,4–18,8) 42,3 (33,1–51,5) 30,6 (22,0–39,2) 14,4 (7,9–20,9)	14,8 (1,4–28,2) 55,6 (36,8–74,3) 14,8 (1,4–28,2) 14,8 (1,4–28,2)	11,9 (4,9–18,3) 38,1 (27,7–48,5) 35,7 (25,5–45,9) 14,3 (6,8–21,8)	2006	8,1 (5,8–10,4) 21,1 (17,7–24,5) 33,0 (29,1–36,9) 37,7 (33,7–41,7)	18,2 (10,6–25,8) 30,3 (21,3–39,4) 29,3 (20,3–38,3) 22,2 (14,0–30,4)	5,9 (3,7–8,1) 19,1 (15,5–22,7) 33,8 (29,6–38,2) 41,1 (36,6–45,6)
Timer i tilstedevakt per måned (%; 95 % KI) 0 1–30 31–60 >60	2008	44,0 (34,3–53,7) 46,0 (36,2–55,8) 8,0 (2,7–13,3) 2,0 (0,7–4,7)	34,8 (15,3–54,3) 52,2 (31,8–72,6) 13,0 (0,7–26,7) 0 (-)	46,8 (35,7–57,9) 44,2 (33,1–55,3) 6,5 (0,9–12,0) 2,6 (0,7–4,7)	2006	64,9 (60,9–68,9) 2,4 (1,1–3,7) 2,8 (1,4–4,2) 29,9 (26,0–33,8)	59,6 (49,7–69,5) 4,3 (0,2–8,4) 3,2 (0,4–6,8) 33,0 (23,5–42,5)	66,0 (61,7–70,5) 2,0 (0,7–3,3) 2,7 (1,2–4,2) 29,2 (25,0–33,4)
Jobbtilfredshet (gjennomsnitt, 95 % KI)	2012	53,9 (52,4–55,6)	55,4 (52,8–58,1)	52,5 (50,6–54,4)	2006	47,9 (47,0–48,7)	48,5 (46,6–50,4)	47,7 (46,8–48,7)

«Det er
veldokumentert
at lange
arbeidsdager
har negative
konsekvenser
for velvære,
fysisk og mental
helse, privatliv og
pasientsikkerhet.»

har lavere deltakelse enn i den aktuelle studien.^{26, 27} Seleksjonsskjevhet kan ikke utelukkes. Det var signifikant forskjell i forhold til bakgrunnsvariablene som fagområde og gjennomsnittsalder mellom de to utvalgene (tabell 1). Når det gjelder betydning av alder og fagområde på selvrapportert helse, livsstil, arbeidsforhold blant leger, kommer tidligere publikasjoner til ulike konklusjoner.^{10, 13, 16, 17, 23, 28, 29} Lavt antall legeledere innenfor enkelte fagområder satte grenser for ytterligere statistiske analyser i denne studien. En annen svakhet ligger i måling av subjektive oppfatninger og holdninger gjennom spørreskjemaer. Dog, bruken av validerte og velprøvde måleinstrumenter som jobbtilfredshet,^{12, 15, 20, 29} selvrapportert helse,^{13, 21} subjektivt velvære,²¹ AUDIT,¹⁰ og AUDIT-C²⁴ styrker validiteten av funnene.

Norske legeledere anga kortere arbeidsdager og færre tilstedevakter i måneden enn sine tyske kolleger. Dette er i tråd med tidligere funn, som viser en moderat arbeidstidsbelastning blant norske leger sammenlignet med leger i andre land.^{5, 7, 13, 15, 30} Norske legeledere jobber mye. Studie med data fra 2010 viser noe lengre arbeidsuker blant legeledere (48,4 timer) enn blant overleger (45,2 timer) og LIS-leger (42,7 timer) i Norge.⁵ I studien blant tyske sykehusleger med data fra 2006 hadde også legelederne signifikant lengst arbeidsdager.¹⁷ Det var noe overraskende i denne studien at man ikke fant signifikante kjønnsforskjeller i det norske utvalget i forhold til antall timer på en vanlig arbeidsdag og på tilstedevakter per måned. I det tyske utvalget anga signifikant færre menn en arbeidsdag på 8 eller færre timer, og signifikant flere menn en arbeidsdag på over 10 timer (tabell 2). Både nasjonal og internasjonal litteratur dokumenterer kortere arbeidsuker blant kvinnelige leger enn blant deres mannlige kolleger.^{14, 17, 30, 31}

Mindre arbeidstidsbelastning blant norske legeledere kan være en av de viktigste faktorene som forklarer rapportert høyere jobbtilfredshet, større antall barn, bedre selvrapportert helse og livsstil (herunder hyppigere ukentlig trening og færre som røykte daglig). Det er veldokumentert at lange arbeidsdager har negative konsekvenser for velvære, fysisk og mental helse, privatliv og pasientsikkerhet.^{32–34} For eksempel viser en undersøkelse blant kirurger i Sveits at en arbeidstidsreduksjon til 50 timer per uke hadde en positiv innflytelse på sykehuslegenes livskvalitet.³⁵ Noen undersøkelser peker i retning av økt uheldig helseatferd som f.eks. vektøkning og røyking ved lange arbeidsdager. Sammenhengen mellom alkoholkonsum og arbeidstid er ikke entydig.^{36, 37} En studie blant leger i akuttmedisin i Wales fant bedre søvnkvalitet og pasientsikkerhet ved en arbeidsuke på 48 timer sammenlignet med en på 56 timer.³⁸ En metaanalyse av 60 studier viste at søvndepriverte sykehusleger hadde signifikant reduserte kognitive og praktiske ferdigheter.³⁹ I en komparativ studie blant norske og tyske sykehusleger var arbeidsplass i Norge og en lavere arbeidstidsbelastning signifikante prediktorer for «god eller nokså god» helse.¹³ Det betyr at en økning av ukentlig arbeidstid blant norske legeledere vil kunne påvirke deres egen helse samt karrierevalg og kvalitet på arbeidet.

På tross av signifikante forskjeller i arbeidstidsbelastning, jobbtilfredshet, antall barn, daglig røyking, ukentlig fysisk aktivitet og selvrapportert helse har norske og tyske legeledere skåret like høyt på skalaen for subjektivt opplevd velvære. Dette er et interessant funn. Man har i tidligere

studier funnet høyere skår for subjektivt velvære blant norske sykehusleger i 2006 og i den øvrige norske befolkningen i 2013 enn i Tyskland.^{16, 40}

Konklusjonen er at norske legeledere har det bedre enn sine tyske kolleger med hensyn til arbeidsbelastning og muligheter for å kombinere lederjobb med et godt privatliv. I kommentarfeltet på spørreskjemaet i den nasjonale tverrsnittundersøkelsen blant tyske sykehusleger i 2006 skriver en lege noe som gjenspeiler seg i de fleste kommentarene fra tyske respondenter (forfatterens oversettelse): «*Er riktignok fornøyd med mitt yrke, men hadde meget gjerne hatt mer tid til min familie og meg selv.*»

Sluttord

Jeg vil takke Olaf Gjerløy Aasland for at han ga meg muligheten til å få jobbe med en rekke interessante forskningsprosjekter ved LEFO. Jeg ser frem mot et fortsatt godt og inspirerende samarbeid.

Litteratur

1. Legeforskningsinstituttet. Publikasjoner 2014. (<http://legeforeningen.no/Legeforenings-forskningsinstitutt/english-publications/>) 20 juni, 2014.
2. Haffner J, Mürer F, Aasland OG. Avdelingsoverlegen – utvalgt og utdannet som leder? Tidsskr Nor Legeforen 2000; 120 (25): 3004–6.
3. Haffner J, Mürer F, Aasland OG. Er kvalitetssikring bare en flokel. Tidsskr Nor Legeforen 2000; 120 (25): 3010–2.
4. Haffner J, Mürer F, Aasland OG. Avdelingsoverlegen – leder eller lege? Tidsskr Nor Legeforen 2000; 120 (25): 3002–4.
5. Aasland OG, Rosta J. Hvordan har overlegene det? Overlegen 2011; 1: 47–55.
6. Schwartz T, McCarthy C. Manage your energy, not your time. Harvard Business Review 2007; October: 1–10.
7. Aasland OG, Hem E, Haldorsen T et al. Mortality among Norwegian doctors 1960–2000. BMC Public Health 2011; 11: 173.
8. 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. Health Serv Res 2014; 14 (199): 1–8.
9. Rosta J, Tellnes G, Aasland OG. Physical activity, sickness absence, self-rated health and quality of life among Norwegian doctors. A study on national samples. Eur J Public Health 2011; 21 (Suppl 1): 19.
10. 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 (1): 99–106.
11. Rosta J, Aasland OG. Changes in lifetime prevalence of suicidal feelings and suicidal thoughts among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples. BMC Psychiatry 2013; 13 (322): 1–10.
12. Aasland OG, Rosta J, Nylenna M. Healthcare reforms and job satisfaction among doctors in Norway. Scand J Public Health 2010; 38 (3): 253–8.
13. Rosta J, Aasland OG. Work hours and self-rated health of hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. BMC Health Serv Res 2011; 11: 40.
14. Aasland OG, Rosta J. Fastlegenes arbeidstid 2000–08 (The working hours of general practitioners 2000–2008). Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131 (11): 1076–80.
15. Voltmer E, Rosta J, Siegrist J et al. Job stress and job satisfaction of physicians in private practice: comparison of German and Norwegian physicians. Int Arch Occup Environ Health 2012; 85 (7): 819–28.
16. Rosta J, Nylenna M, Aasland OG. Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. Scand J Public Health 2009; 37 (5): 503–8.
17. Rosta J. Hospital doctors' working hours in Germany – preliminary data from a national survey in autumn 2006. Deutsches Ärzteblatt 2007; 104 (36): A-2417.
18. WHO. Core health indicators 2008: Germany, Norway (http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm). Hentet 15. oktober 2012.
19. Legeforskningsinstituttet 2013. Hentet 10. juni, 2014.
20. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. J Occup Psychology 1979; 2 (52): 129–48.
21. The HUNT study – a longitudinal population health study in Norway. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (<http://www.ntnu.no/hunt>). Hentet 30. mars, 2013.

«Sammenhengen mellom alkoholkonsum og arbeidstid er ikke entydig.»

*«Legeledere
i Norge har
det stort sett
bedre enn sine
kolleger i Tyskland
med hensyn til
arbeidsbelastning
og muligheter
for å kombinere
lederjobb med et
godt privatliv.»*

22. 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 (11): 1615–29.
23. Rosta J, Aasland OG. Female surgeons' alcohol use: a study of a national sample of Norwegian doctors. Alcohol Alcohol 2005; 40 (5): 436–40.
24. Rosta J. Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. Alcohol Alcohol 2008; 43 (2): 198–203.
25. Flanigan T, McFarlane ES. Conducting survey research among physicians and other medical professionals. A review of current literature. AAPOR 2008; 1–12.
26. Joyce C, Scott A, Jeon S et al. The «medicine in Australia: balancing employment and life (MABEL)» longitudinal survey. BMC Health Serv Res 2010; 10: 50.
27. Shanafelt T, Balch C, Bechamps G et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. Ann Surg 2009; 250: 463–71.
28. Rosta J, Aasland OG. Age differences in alcohol drinking patterns among Norwegian and German hospital doctors – a study based on national samples. Ger Med Sci 2010; 8: Doc05.
29. Rosta J, Gerber A. Job satisfaction of hospital doctors. Results of a study of a national sample of hospital doctors in Germany. Gesundheitswesen 2008; 70 (8–9): 519–24.
30. 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 longitudinal study. Innsendt til publikasjon.
31. Lee R, Mroz T. Family structure and physicians' hours in large, multispecialty groups. Inquiry 1991; 28 (4): 366–74.
32. van der Hulst M. Long workhours and health. Scand J Work Environ Health 2003; 29 (3): 171–88.
33. Rosta J, Gerber A. Excessive working hours and health complaints among hospital physicians: a study based on a national sample of hospital physicians in Germany. Ger Med Sci 2007; 5: 1–9.
34. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet 2009; 374 (9702): 1714–21.
35. Businger A, Guller U, Oertli D. Effect of the 50-hour workweek limitation on training of surgical residents in Switzerland. Arch Surg 2010; 145 (6): 558–63.
36. Nash LM, Daly MG, Kelly PJ et al. Factors associated with psychiatric morbidity and hazardous alcohol use in Australian doctors. Med J Aust. 2010; 193 (3): 161–6.
37. Shields M. Long working hours and health. Ottawa: Statistics Canada, 1999.
38. Cappuccio FP, Bakewell A, Taggart FM et al. Implementing a 48 h EWTD-compliant rota for junior doctors in the UK does not compromise patients' safety: assessor-blind pilot comparison. QJM 2009; 102 (4): 271–82.
39. Philibert I. Sleep loss and performance in residents and nonphysicians: a meta-analytic examination. Sleep 2005; 28 (11): 1392–402.
40. OECD. Better Life Index 2013 (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=BLI>). Hentet 20. juni, 2014.





Foto: Anbjørg Kolås

Reidun Førde

(f. 1950) er cand.med. fra Universitetet i Oslo (1979). Hun var i klinisk praksis fram til 1998, har doktorgrad i medisinsk etikk fra 1995 og ble i 2000 professor II ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Førde var ansatt som seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet fra 1995 til 2006 og var medlem og senere leder av Rådet for legeetikk i perioden 1994–2003. Fra 2007 har hun hatt stilling som professor I ved Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, UiO.

Legeetikk quo vadis?

Prolog

I eit festskrift til Olaf Gjerøw Aasland er det langt frå tilfeldig at der er eit bidrag om legeetikk. Olaf har alltid vore oppteken av at aktivt etikkarbeid er nødvendig dersom legar ønskjer å verne om tillita dei har i samfunnet, og framleis ha ei rolle som samfunnsaktørar. Etikkarbeid er også viktig for å verne om profesjonell autonomi. Viktige vilkår for profesjonell autonomi er at praksis er fundert på vitenskapleg kunnskap, og at profesjonen har pasienten sitt beste for auge, ikkje eiga makt og vinning (1).

Olaf, med god hjelp av Hans Asbjørn Holm, var årsak til at eg i 1995 blei tilsett som forskar i Legeforeningens forskningsinstitutt for å styrke etikkarbeidet blant legar. Det å forske på (ofte) implisitte verdiar, handlingar og haldningar blant legar opplevde eg som meningsfullt og spennande. Arbeidet gav godt grunnlag for undervising i grunn- og vidareutdanninga hos legar og anna helsepersonell, og hjelpte til at etikkundervisinga ikkje berre blei synsing eller rein teori, men kunne knytast til praksis (2–6). Slik bidrog Legeforeninga til det som har blitt eit eige felt innan etikken, empirisk etikk (7).

Det profesjonsetiske arbeidet i Rådet for legeetikk har vore leia av profilerte og sterke fagfolk som Erik Enger og Knut Rasmussen (8). Då eg skulle overta leiarrolla i Rådet for legeetikk etter Knut Rasmussen i 1998, blei det problematisert at eg var tilsett i Legeforeninga: Leiaren i rådet skulle vere uavhengig og fri til å hevde synspunkt som ikkje kunne mistenkast å vere grunna i fagpolitiske omsyn. Omverda si tillit til det profesjonsetiske arbeidet blant legar og til dei tilrådingane og meiningane som kom frå rådet, var avhengig av uavhengigheit. Den svenske legeforeninga har såleis skilt det fagmedisinske og det fagforeningsmessige arbeidet i to foreningar, Läkarsällskapet driv det fagmedisinske og det etiske arbeidet.

Det heile løyste seg fordi eg var tilsett i Forskningsinstituttet, og ikkje i sekretariatet i Legeforeninga. Forskningsinstituttet si stilling var også uavhengig. Resultata herifrå kunne ikkje bestillast eller påverkast, og konklusjonane som blei trekte av forskingsfunna, sto for forskarane si rekning. Også resultat som Legeforeninga ikkje likte, skulle sjølvstendig publiserast. På same måten måtte leiaren for rådet som var tilsett her, kunne hevde meiningar som ikkje skulle kunne sensurerast av, eller påverkast av Legeforeninga. I alle dei åra eg arbeidde i Rådet for legeetikk, opplevde eg stor takhøgde og respekt frå presidentar og generalsekretærar, også der rådet uttala seg om saker som det ikkje var allmenn semje om i foreninga, eller når Legeforeninga blei kritisert (9). Åra i Forskningsinstituttet og med Olaf som læremeister gav meg eit godt grunnlag for utvikling av klinisk etikkarbeid i Norge, seinare også i fullt professorat ved Universitetet i Oslo med nasjonalt ansvar som koordinator for dei kliniske etikk-komiteane i sjukehusa. Dette har også gitt meg høve til å sjå det profesjonsetiske arbeidet i min eigen fagforening frå utsida, etter at

eg gav meg som leiar i Rådet for legeetikk i 2004. Det er det dette bidraget skal handle om: Kva slags utfordringar ser eg for det profesjonsetiske arbeidet etter mange år med fleire ulike typar etikkarbeid utanfor foreninga?

Litt historikk

Legane sin profesjonsetikk har røtter tilbake i antikken. Den hippokratiske eiden stammar frå åra 500–400 før Kristus. Fleire av formuleringene herifrå finst framleis i dagens versjon av dei etiske reglene for legar.

Den første moderne legeeiden blei antakeleg utforma av Thomas Percival i 1790. Seinare har ei rekkje nasjonale og internasjonale regelverk komme til. Dei mest kjende er Genève-erklæringa og Helsinki-deklarasjonene. Verdas legeforening står bak desse fordi det blei slått fast at det var nødvendig å styrke det profesjonsetiske arbeidet etter avsløringane av dei bestialske handlingane mot menneskeheita utført av leger før og under den andre verdskrigen. Erklæringene omhandlar primært medisinsk forskning. Grunnleggande i desse deklarasjonane er respekt for pasienten sin autonomi, og at omsynet til forskning og forskingsresultat aldri må settast over omsynet til forsøkspersonen. Desse verdiane har seinare også blitt sentrale i den kliniske etikken.

Den norske legeforeninga grunnla Rådet for legeetikk i 1961. Nokre av grunnane for å lage etiske reglar for legar og for å opprette eit sjølvjustisorgan var eit raskt aukande legetal og auka tilvekst av utanlandsmedisinarar (8). Ein frykta at ein mindre homogen legestand og auka konkurranse om pasientane ville true det kollegiale samhaldet, og at omsyn til økonomi ville kunne true den einskilde legen sin profesjonsetiske integritet. Dette er ikkje mindre gyldig i dag med fleire leger i høve til folketalet, langt fleire legar og pasientar frå ulike framande kulturar, med større konkurranse mellom legar og mykje større fokus på økonomiske omsyn i helsetenesta. Spørsmålet om kva slags status og posisjon det profesjonsetiske arbeidet har i dag, er derfor svært viktig.

Ein viktig del av det norske rådet for legeetikk sitt arbeid er å handheve sjølvjustis, det vil seie å behandle klager på legar vurdert opp mot dei etiske reglane. Rådet kan svare på klagene på tre ulike måtar: Klagar får ikkje medhald, klagar får støtte i deler av klaga, eller klagar får full støtte. I det siste tilfellet kan rådet, dersom det vil understreke alvoret i ei handling, reagere på tre måtar: Beklage handlinga, tildele legen ein reprimande eller, i dei alvorlegaste tilfella, råde sentralstyret til å ekskludere legen som medlem av Legeforeninga. Opp gjennom åra har få legar blitt ekskludert (8).

Ein annan viktig del av rådet sitt arbeid er å drøfte prinsipielle spørsmål og fungere som rådgivar i etiske spørsmål for foreninga sine medlemmer og organ. Vidare har også rådet sine prinsipielle standpunkt blitt brukt av politikarar og styresmaktene i helsepolitiske og etiske spørsmål. Eit døme på dette er eutanasispørsmålet og spørsmål knytt til grenser for kosmetisk kirurgi. Nokre av desse spørsmåla har skapt stor debatt både innan foreninga og i det offentlege rommet, for eksempel spørsmålet om leger si aktive deltaking i gentesting ved familiegjenforening hos asylsøkarar,

«Viktige vilkår for profesjonell autonomi er at praksis er fundert på vitenskap, og at profesjonen har pasienten sitt beste for auge, ikkje eiga makt og vinning.»

«Leiaren i rådet skulle vere uavhengig og fri til å hevde synspunkt som ikkje kunne mistenkast å vere grunna i fagpolitiske omsyn.»

jomfruhinnerekonstruksjon, mannleg omskjering og, nå sist, leger sin rett til reservasjon ved samvitskonfliktar. Det er eit godt teikn at rådet sine standpunkt skaper debatt både blant medlemmene og i samfunnet elles. Dette viser at rådet framleis har ei viktig rolle i ein levande verdidebatt, for å auke bevisstheit rundt grensesetting for faget og for medisinsk praksis både i og utanfor profesjonen. Etter mitt syn er dette kanskje den viktigaste oppgåva for rådet. Det at Rådet for legeetikk publiserer viktige standpunkt i *Tidsskrift for Den norske legeforening* og på nettsidene, er viktig pedagogisk, gir åpenheit for rådet sitt arbeid og stimulerar mediene si interesse for medisinske og helsepolitiske verdispørsmål. På den måten kjem spørsmål som vedgår alle borgarar, opp i den offentlege debatten.

Kven skal vere medlemmer av rådet?

Rådet for legeetikk har berre medlemmer med legebakgrunn. I tillegg har rådet ein jurist frå sekretariatet som rådgivar i spørsmål av juridisk karakter. Åsmund Hodne som var rådet sin jurist i ei årrekke, representerte stor kunnskap, erfaring og klokskap. Han visste også å respektere medlemmene si uavhengige stilling både under diskusjonane og når vedtaka skulle formulerast.

Det har vore stilt spørsmål rundt kven som har blitt utpeikt som medlemmer i rådet. Tidlegare, då medlemstalet var lavare, blei medlemmer som hadde vist interesse for etikkarbeid, spurt om å stille til val. Så vidt eg har forstått, har generalsekretæren stått sentralt i denne prosessen. I tillegg til interesse for etikk og verdispørsmål blei det teke kjønns-, geografiske og faglege omsyn ved samansetting av rådet. Det er til sjuande og sist landsstyremøtet som vel medlemmene, for fire år av gangen. I dei tolv åra eg var med i det profesjonsetiske arbeidet, hadde medlemmene ulike livssyn og politisk ståstad. Det siste har vore viktig og verdifullt.

I det siste har valprosessane blitt åpnare. Ved dei siste vala har dei ulike delane av fagforeningsnettverket fremja forslag til kandidatar. Ulempa med denne ordninga, slik eg ser det, er at grensene mellom fagforeningsarbeid og etikkarbeid blir uskarp.

Medlemskap i Rådet for legeetikk må ikkje bli ein premie for lang og trufast teneste i foreninga. Kunnskapar og interesse for etikkarbeid og verdispørsmål er etter mitt syn endå viktigare for det profesjonsetiske arbeidet i dag når medisinen er blitt så potent, dei etiske utfordringane fleire og meir kompliserte, og når legane ikkje lenger har tyngste fingeren på vekskåla i helsepolitiske og medisinsketiske spørsmål. Dette stiller auka krav både til samansettinga, arbeidsmåten og etikk-kompetansen i rådet.

Med jamne mellomrom dukkar det også opp argument om at rådet drøftar saker av så stor allmenn betydning at det blir feil at medlemmene berre er legar. Tidlegare leiar for Den nasjonale forskningsetiske komiteen for medisin (NEM), professor Jarle Ofstad, er blant desse kritikarane (10). Det er hevda at å ha stemmer utanfor profesjonen som kan gi viktige innspel i dei profesjonsetiske drøftingane, kan tilføre prinsipielle standpunkt viktige perspektiv, eller at kjennskap og venskap i eit lite land som vårt vil farge konklusjonane i klagesakene. Begge desse argumenta er verde å lytte til.

Anna profesjonsetisk arbeid

Det er inga tvil om at legane har hatt eit meir aktivt og systematisk arbeid med sjølvjustis enn dei fleste andre profesjonar her til lands. Eit unntak er kanskje journalistane, ein profesjon med mykje makt og stor risiko for å kunne skade og såre, som legane. Etter at eg gjekk ut av rådet, har eg hatt gleda av å vere varamedlem av Pressens Faglige Utvalg (PFU) i tre periodar, som representant for «allmennheten». PFU held seg med tre representantar som ikkje har pressebakgrunn. Desse medlemmene er rett nok i mindretal, dei andre fire er representantar oppnemnde av redaktørane og journalistane. Saksmengda i PFU er mykje større enn i Rådet for legeetikk, og PFU held derfor langt oftare møter. Sekretariatet til PFU gjer ein stor jobb med å systematisere saksdokumenta og innstiller også på vedtak, ei arbeidsform Rådet for legeetikk i mi tid var kritisk til. Vi meinte at dette ville gi sekretariatet i Legeforeninga (for) stor makt, og i rådet sitt tilfelle var sekretæren ein jurist, noko som kunne gi jusen definisjonsmakt over etikken. Rådet ønska å gjere vedtak om dei etiske reglane var brotne eller ikkje, på eit sjølvstendig og uavhengig grunnlag, utan føringar.

Fleire ting har overraska meg med arbeidet i PFU. For det første har eg opplevd stor takhøgde, motsetningar har vore åpne, og skarp usemje møtt med respekt, og ofte humor. Det har vore frigjerande for meg som kjem frå ein kultur der kritikk og usemje mellom kolleger er vanskeleg. Teksten i vedtaka etter PFU si drøfting blir ofte endra og finslipt av språkglade medlemmer. Eg var også spent på om medlemmene utan mediebakgrunn er servile gissel eller etisk glasur utan påverknad. Den fordommen er avkrefta. Ofte hender det at desse medlemmene sine synspunkt kan endre debatten. Argumenta frå dei som sit på utsida av media, er viktige som balanse. Det er også sterke og til dels mediekritiske folk som er valde som medlemmer utanfrå, som Eva Sannum, Amal Aden og, nå sist, Erik Schjenken, ambulansesjåføren som har ført sak mot Dagbladet heilt til Høgsterett.

Drøftinga av nokre av sakene i PFU blir kvar gong kringkasta slik at alle som vil, kan følge drøftinga på nettet. Dette aukar åpenheita rundt arbeidet og interessa for presseetikken.

Den siste fordommen mot andre måtar å arbeide på som (delvis) har blitt avkrefta gjennom erfaringane mine i PFU, er trua på at medlemmene måtte få sakene jomfruelege utan at sekretariatet hadde lagt føringar. Eg vil nok framleis hevde at gode føringar frå sekretariatet sjølv sagt kan påverke medlemmene. Men ikkje sjeldan blir forslaga til vedtak endra etter ei grundig drøfting i utvalget.

Framvekst av komitésystemet – forskningsetikken

Norge etablerte dei forskningsetiske komiteane i siste halvdel av 1980-åra. Det var viktig at desse komiteane, både dei nasjonale og regionale, var uavhengig av forskingsinstitusjonane og universiteta. Det forhindra «bukken og havresekken»-problematikk som er så nærliggande i eit lite land som vårt. Dei regionale forskningsetiske komiteane for medisin hadde frå starten av også lekmedlemmer som ofte har gitt verdifulle innspel i drøftingane av enkeltsaker.

«Ein viktig del av det norske rådet for legeetikk sitt arbeid er å handheve sjølvjustis, ...»

«Medlemskap
i Rådet for
legeetikk må
ikkje bli ein
premie for lang og
trufast teneste i
foreninga.»

Ingen får publisert artiklar i internasjonale tidsskrift i dag utan at dei forskningsetiske omsyna er følgt. Det forskningsetiske systemet er i dag lovregulert. Blant anna kan vedtaka ankast (11).

Kliniske etikk-komitear

Det gjekk ti år etter at dei forskningsetiske komiteane blei oppretta, til dei første kliniske etikk-komiteane blei etablert, i 1996, først som ei prøveordning ved tre sjukehus, og frå 2000 i stadig fleire sjukehus etter at eit samla storting hadde gjort vedtak om at alle norske sjukehus skulle ha ein klinisk etikk-komité. Klinisk etikk-komiteer (KEK) er tverrfagleg samansette med om lag ti medlemmer. Alle har lege, sjukepleiar og prest som medlem og i tillegg medlemmer frå andre helseprofesjonar. Over halvparten har jurist og/eller fagetikar som medlem, og majoriteten har også eit lekmedlem eller ein pasientrepresentant (12). Fagetikar og lek- eller pasientrepresentant sikrar at komiteane har ein meir uavhengig posisjon enn om dei berre hadde hatt medlemmer som er tilsette i sjukehuset. Per i dag er det 41 slike komitear i Norge (<http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/spesialisthelsetjenesten/index.html>). Arbeidet har fått eit mandat fr  sentrale helsestyresmakter der det blir stilt krav til korleis arbeidet blir drive, at helseforetaka har plikt på seg til å sikre at arbeidet f r nok ressursar, og at ein viktig del av arbeidet er å sikre at pasienten si stemme blir hørt når vanskelege avgjerder skal takast (<http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/spesialisthelsetjenesten/nasjonalt-mandat-kliniske-etikk-komiteer-helseforetak.pdf>). På den måten kan ein seie at komitéarbeidet er ei styrking av pasientrettar i praksis. Nokre helseforetak har egne komitear for psykisk helsevern og rus, og nokre kommunar har sidan 2007 også egne etikk-komitear eller etikkutval for kommunehelsetenesta. På same måte som etikkarbeidet i sjukehusa, har etikkarbeidet i kommunehelsetenesta hatt avgjerande støtte, også i form av ressursar, fr  sentrale helsestyresmakter.

Kliniske etikk-komitear har funnest i USA i fleire tiår, der etikk-komitear er nødvendig for at sjukehus skal få avtalar med forsikringsselskap. I tillegg er det der vanleg med «ethics consultants» ved sjukehusa, enkelttilsette, ofte med filosofisk eller teologisk bakgrunn, som blir konsultert n r etiske problem oppstår i klinikken. I dag har dei fleste landa i Europa kliniske etikk-komitear, men få land har hatt ei så systematisk utvikling av det kliniske etikkarbeidet som Norge. Ei viktig årsak til dette er støtte frå både politikarar og sentrale klinikarar. Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo har fått ansvaret for den nasjonale koordineringa av komitéarbeidet og for fagutviklinga. SME arrangerer  rleg fleire kurs og seminar for KEK-medlemmer. Kvalitetssikring av arbeidet er særleg viktig dersom komiteane skal ha ei rolle i alvorlege avgjerder. Eit kritisk auge på kvaliteten av arbeidet er svært viktig. Forsking på dei sakene som komiteane arbeider med, kan i tillegg til å få fram område som det trengst   arbeidast betre med, gi innsikt i sentrale verdispørsmål i eit moderne helsevesen som kan l ftast opp for sjukehusleiinga eller sentrale helsestyresmakter (12, 13).

Komit arbeidet skal heve kompetansen i klinisk etikk blant helsepersonell og bidra til grundig og systematisk arbeid rundt etiske problem. Det er ansvarleg lege, ikkje komiteen som skal ta den endelege avgjerda. Komiteen kan gi råd, men skal først og fremst fungere som støtte for gode av-

gjerd, vere eit forum der klinikarar og andre som er involvert i sakene, kan møtast og drøfte konkrete etiske problem, prospektivt eller retrospektivt (13). Det første er for å få drøfta ei sak breitt og systematisk for å sikre at alle viktige spørsmål er sett ord på og verdikonflikter klarlagt før ei avgjerd blir teken. Dei fleste komiteane brukar ein fast struktur i slike drøftingar. Boks 1 viser ei slik tilnærming.

Retrospektive drøftingar finn ofte stad når ei sak har vore særleg vanskeleg, konfliktfylt eller mediaeksponert, først og fremst for å lære og på den måten å bidra til at noko liknande ikkje hender igjen. Retrospektive drøftingar er ikkje for å tildele skuld, men for å gi alle berørte partar auka innsikt for å forstå kva som hende, og alternative handlemåtar.

Boks 1

Modell for systematisk etikkdrøfting

- Kva er det etiske problemet?
- Fakta i saka (medisinsk/psykososialt, usikkerheit knytt til fakta)
- Identifikasjon av involverte partar, interesser og interessemotsetningar
- Identifikasjon av relevante verdiar/prinsipp/lover
- Identifikasjon av ulike handlingsalternativ
- Oppfølging/evaluering

Vanlege tema drøfta i KEK er liv–død-problematikk eller saker der pårørande eller pasientane sine interesser og ønskjer strir mot klinikarane sine vurderingar. Andre vanlege KEK-saker er spørsmål knytt til teieplikt eller somatisk tvangsbehandling av ikkje samtykkekompetente pasientar; kor mykje tvang kan ein forsvare når pasienten yter fysisk motstand mot behandling som blir vurdert å vere heilt nødvendig? Jusen gir åpning for å yte tvang i slike tilfeller, men kan prisen bli for høg til at slik tvang er etisk forsvarleg? KEK-arbeidet viser at den finmaska helsejusen som vi har her i landet, ikkje tømmer feltet for etiske dilemma, tvert imot skaper den ofte etiske gråsoner som krev evne og vilje til etisk refleksjon der kompliserte faglege spørsmål er knytt saman med etikk og jus.

KEK-arbeidet tyder også på at klinikarane sine profesjonsetiske vurderingar i stadig større grad blir sett under press (13). Døme på dette er når leinga ved sjukehusa ønskjer TV-selskap inn i helsevesenet for å styrke sjukehuset sitt omdømme, pasientar som ønskjer audiovisuelle opptak under behandling, eller pårørande som ønskjer livsforlengande behandling som ansvarleg lege finn nyttelaus og etisk feil. Derfor vil eg også hevde at ein viktig grunn for klinisk etikkarbeid er å ivareta viktige profesjonsetiske verdiar som er under press. Av den grunn er det tankevekkande at mange legar framleis ser på etikkarbeid som uviktig og jamvel som eit trugsmål mot eigen autonomi. Mange komitear har problem med å rekruttere legar til arbeidet, og mange komitear erfarer at legar kan oppleve det som truande å opne opp for innsyn utanfrå i etisk vanskelege spørsmål (6, 12). Kollegial kritikk og kollegial ueinigheit er vanskeleg å sette ord på for mange legar (5, 6).

«I dag har dei fleste landa i Europa kliniske etikk-komitear, men få land har hatt ei så systematisk utvikling av det kliniske etikkarbeidet som Norge.»

«Jusen gir åpning
for å yte tvang i
slike tilfeller, men
kan prisen bli
for høy til at slik
tvang er etisk
forsvarleg?»

Kanskje er arbeidet i ein klinisk etikk-komité, der nettopp vekting av ulike synspunkt og  penheit for ueinigheit er eit ideal, ein måte å endre denne problematiske delen av den medisinske kulturen på? Det er ikkje berre sjukehusleiinga som undertrykker kritikk og varsling, den kollegiale kulturen bidreg også! Undertrykking av velgrunna kritikk og sakleg ueinigheit står i motsetning til godt kvalitetsarbeid. Vi ser også at mange av dei legane som har engasjert seg i arbeidet, opplever det som både utviklande, lærerikt og ikkje minst meningsfullt.

Nesten alle norske KEK-ar  pnar opp for at alle kan søke om å få ei sak drøfta i ein KEK, også pasientar og pårørande (14). Når så få faktisk gjer det, er ei viktig årsak at ordninga er lite kjent. Komiteane drøftar også saker av meir prinsipiell karakter for leinga av avdelingar og sjukehus. Nokre komitear har pasientar eller pårørande med inn i drøftinga (15). I tillegg arrangerer komiteane seminar for dei tilsette med mange ulike tema, ofte fleire gonger i året, og talet på helsepersonell som blir nådd gjennom dette, er stort. Komiteane er også sentrale for utarbeiding av etiske retningslinjer, både lokale og nasjonale. Såleis samarbeidde Legeforeninga, juridisk fakultet ved Universitet i Oslo, Norsk Sykepleierforbund og Norsk Pasientforening med SME og KEK i utarbeiding av den nasjonale veilederen *Beslutningsprosesser for begrensn ng av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende*, som kom i 2009 og vart revidert i 2013 (16). Alt dette har gjort etikkarbeidet meir klinikknært, og ikkje minst styrka pasientane si stemme inn i drøftinga av konkrete etiske dilemma.

Treng vi legane sin profesjonsetikk lenger?

Så lenge legeprofesjonen vil vere ein profesjon og ikkje lydige funksjonærar, må dei drive sjølvjustis og arbeide med etiske rammer for profesjonen. Her må Legeforeninga framleis vere pådrivar. Det er ikkje nok å tilsetje nye juristar. Det er viktig å ha eit kritisk, kompetent og aktivt etikkråd som er uavhengig av sekretariat, sentralstyre og fagpolitikk. I tillegg må etikkarbeidet i foreninga gjerast synleg og lett tilgjengeleg for både medlemmer og utanforståande, til dømes lett synleg på nettsidene til foreninga. Like viktig som å sørgje for at legeprofesjonen set gode grenser for faget på profesjonsetikken sine premissar, er aksept for at det må settast grenser for enkeltlegar sin handlemåte i faglege og økonomiske spørsmål. Helsetilsynet uttalar seg om kvar dei nedre (lovlege) grensene for faglege handlingar går, rolla til Rådet for legeetikk er å påtale nedre grenser for etisk praksis.

Helsefeltet er blitt sterkt lovregulert gjennom dei siste 15 åra. Det er ikkje tilfeldig at juridisk avdeling i Legeforeninga har vakse så sterkt. Jusen er vanskeleg, og mange kolleger treng rådgiving og juridisk hjelp. Men jusen må ikkje vekse på bekostning av etikken. Klinisk etikkarbeid viser som nemnt at ny lovgiving skaper juridiske gråsoner som krev etisk refleksjon i kvart einskilt tilfelle. I ein artikkel skriv Olaf Gjerløw Aasland om vanskelege liv-død-val og prioriteringsdilemma: «Her er det mange som setter sin lit til jusen, men den kan bare hjelpe oss et stykke på vei. Bare en høyere grad av etisk refleksjon kan få legen velberget ut av slike kniper. Moderne legegjerning preges av kompliserte problemstillinger der det er mange ‘eksperter’, og ikke minst av mange etiske dilemmaer, og vi er foreløpig ikke godt nok skodd for dette» (17).

Medisinen er på alle vis fragmentert i dag, det er ofte ikkje ein pasient og ein lege, men mange legar og anna helsepersonell i behandlinga av pasienten. Klinisk etikkarbeid må derfor vere tverrfagleg. Mi erfaring frå det kliniske etikkarbeidet er at det er svært nyttig å samle ulike profesjonar som ser pasienten og situasjonen frå mange ulike vinklar. Dette arbeidet tek opp i seg dei nye arbeidsmåtene i team, samstundes som viktige grenser blir dregne, grenser som også slår ring om den profesjonelle autonomien, i ei drøfting der pasienten sitt beste alltid står sentralt. Derfor trengst både Rådet for legeetikk og klinisk etikkarbeid. Og det er gledeleg at før KEK-arbeidet blei starta opp i 1996, uttala rådet seg positivt om nytten ved dette arbeidet. Det er såleis inga motsetning mellom profesjonsetisk arbeid og etikkarbeid ute i helsetenesta. Men begge treng støtte av leiinga, og begge må vere grunna i kompetanse og systematisk arbeid. Utan dette har arbeidet ikkje stor verdi.

Litteratur

1. Light DW, Aasland OG. Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit. Tidsskr Nor Lægefor 2003; 123: 1870–3.
2. 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.
3. Kristiansen IS, Førde OH, Aasland OG et al. Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial. Lancet 2001; 357: 1258–61.
4. Førde R, Aasland OG, Steen PA. Medical end-of-life decisions in Norway. Resuscitation 2002; 55: 235–40.
5. Førde R, Aasland OG. Moralsk stress og faglig ytringsfrihet blant leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2013; 133: 1310–4.
6. Aasland OG, Førde 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.
7. Førde R. How can empirical ethics improve medical practice? Camb Q Healthc Ethics 2012; 21: 517–26.
8. Førde R, Hodne Å. Rådet for legeetikk 1985–2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 936–8.
9. Hoie IM. Legeforeningen er for passiv. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2731–2.
10. Ofstad J. Den siste hjelper. Bergen: Arneberg forlag, 2006.
11. Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk og helsefaglig etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2014.
12. Førde R, Pedersen R. Clinical ethics committees in Norway: What do they do, and does it make a difference? Camb Q Healthc Ethics 2011; 20: 389–95.
13. Førde R, Hansen TWR. Do organization and clinical ethics in a hospital setting need different venues? HEC Forum 2014; 26 (2): 147–58.
14. Kalager G, Førde R, Pedersen R. Er drøftingen av pasientsaker i kliniske etikk-komiteer nyttig? Tidsskr nor legeforening 2011; 131: 118–21.
15. Førde R, Hansen RWR. Involving patients and relatives in a Norwegian clinical ethics committee: what have we learned? Clin Ethics 2009; 4: 121–30.
16. Beslutningsprosesser ved begrensnig av livsforlengende behandling. Veileder. IS-2091. Oslo: Helsedirektoratet, 2013.
17. Aasland OG. Legerollen – fra pidedestall til skammel. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 61–2.

«Det er ikkje berre sjukehusleiinga som undertrykker kritikk og varsling, den kollegiale kulturen bidreg også!»



Foto: Privat

Cecilie Normann

Birkeli (f. 1976) er cand.mag. i pedagogikk og statsvitenskap fra Universitetet i Oslo (2001) og master i helsevitenskap fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet – NTNU (2013). Hun har jobbet i Legenes hus siden 2001, fra 2002 som forskningssekretær ved Legeforskningsinstituttet, som konsulent i Medisinsk fagavdeling fra 2005 til 2013, og fra 2013 i stilling som rådgiver i LEFO. Blant hennes arbeidsoppgaver er forsknings- og prosjektstøtte, elektroniske undersøkelser, evaluering av turnusordningen og evaluering av spesialistutdanningen for leger.

Næring til god læring

Betydning av legen som rollemodell i læresituasjoner

«Skulle jeg ønske meg noe for legene i neste generasjon, måtte det bli en omfattende mentor- og karriererådgivning for alle. Den skulle begynne allerede i studietiden og vare minst ti år inn i yrkeskarrieren. Som samfunnets mest markerte og typiske profesjon, og med en sterk og velstående profesjonsforening, burde vi kunne unne oss en speilende funksjon.» (Aasland 2006)

I spesialistutdanningen for leger foregår den viktigste læringen på sykehusets arena. Det skal settes av tid til supervisjon (instruksjoner), veiledning og undervisning, som er de viktigste læremetodene i utdanningen av leger i spesialisering. Dette er krav som hver enkelt sykehusavdeling må kunne oppfylle for å bli godkjent som utdanningsinstitusjon, og legene i spesialisering må kunne dokumentere at de har oppfylt de kravene som følger implisitt av dette (Haave 2011). Studier av læring på arbeidsplasser har vist at deltakende læring er en sentral verdi for identitetsutviklingen (Dornan 2012). Den viktigste læringen foregår i sykehuset innenfor en ramme der produksjon av gode helsetjenester har forrang foran opplæring av spesialister. I denne framstillingen ønsker jeg å drøfte viktige betingelser som må være til stede for god læring, og spesielt hvilken betydning legen har som rollemodell i læresituasjoner der sykehuset er læringsarena. Er det utopisk å forvente at leger skal være gode rollemodeller for sine studenter gitt de rammebetingelsene som ligger til grunn for dagens læresituasjoner?

Dette temaet har i de siste årene hatt økt fokus i den pedagogiske litteraturen, og en viktig årsak til dette er blant annet at det har vært satt større søkelys på den enkeltes læringsutbytte (Sheenan 2010). Det hjelper ikke at læreren er verdensmester i utførelsen av faget, hvis den som skal lære, ikke forstår det læreren forsøker å vise, eller hvorfor det må gjøres på akkurat den måten. For legen som er rollemodell, handler det ikke bare om å lære bort tekniske ferdigheter, men også andre egenskaper som er viktige for en god legegjerning, som å utvise skjønn, ha evne til etisk refleksjon, holdninger og kommunikasjon med pasienter. Dette kan kanskje best gjøres nettopp gjennom et mester-svenn-forhold mellom «mesteren» og den som veiledes, instrueres og undervises.

Betingelser for god læring og hensyn til læreprosesser

Læringen for leger i spesialisering foregår på arbeidsplassen, gjerne i sykehusavdelinger, klinikker og poliklinikker, gjennom internundervisning, supervisjon og veiledning fra ferdige spesialister (Akre & Ludvigsen 1997, Lycke, Handal & Lauvås 2005, Skagen 2011). Dette er de tre viktigste læremetodene i spesialistutdanningen for leger. Deltakelse i undervisningsprogrammet er obligatorisk for alle og skal inngå i den enkeltes tjenesteplan. Formålet er å gi nødvendig teoretisk bakgrunn og bidra til faglig utvikling. Supervisjonen kan beskrives som den daglige én-til-én-kontakten mellom legen i spesialisering og spesialisten. Den kan foregå på flere måter, og den

vanligste er instruksjon i forbindelse med gjennomgang av praktiske prosedyrer eller ad hoc-veiledning, det vil si råd og instruksjon ved behov under arbeidet. Veiledningen foregår gjennom samtaler mellom spesialisten og LIS-legen, der det settes av tid til å drøfte ulike problemstillinger knyttet til utdanningen og arbeidsplassen der læringen foregår. Legen skal via ulike prosedyrer lære seg relevant teori og praktiske ferdigheter, som er beskrevet i målbeskrivelsene for de ulike spesialitetene.

Den medisinske profesjonen krever et sett av kunnskaper og tekniske ferdigheter. Innlæringen kan beskrives på flere måter. Noen forskere (Dreyfus & Dreyfus 1999) har beskrevet denne læreprosessen som kronologisk – at hvert steg i innlæringen må mestres før man kan gå videre i utviklingen. Læringen foregår gjennom fem stadier, der hvert stadium representerer et ferdighetsnivå på veien fra nybegynner til ekspert. Schön (1987) beskriver innlæringen som en dynamisk prosess, der individet som lærer, interagerer med omgivelsene, og innlæringen trenger ikke nødvendigvis følge en fast prosedyre. Denne modellen er også influert av Michael Polany's (1966) forklaring på fenomenet *taus kunnskap*.

Schön bruker betegnelsen *professional artistry* for å forklare individuell kompetanse, det vil si den enkeltes unike evne til å løse en gitt oppgave i en gitt situasjon. Professional artistry kan representere et spesielt talent eller evne som ikke nødvendigvis lar seg beskrive eller overføre til andre personer. Dette kjennetegnes av at vi handler ut fra våre erfaringer, basert på de kunnskapene vi har fra før. Opplæringen må altså gi rom for at den enkelte kan oppdage og prøve ut sin måte å utføre oppgaven på, med veiledning som både gir mulighet for det individuelle og ivaretar faglig forsvarlighet. Når vi har lært å gjøre noe uten å tenke over hvordan vi gjør det, har vi oppnådd det som Schön (1987) kaller *knowing-in-action*. Men dersom noe uventet skjer, for eksempel at en vanlig prosedyre får et forløp som ikke er forventet, oppstår det en utfordring. Denne utfordringen kan møtes gjennom refleksjon på flere måter. Vi kan enten stoppe opp midt i handlingen, tenke oss om og finne mulige løsninger, eller vi kan tenke på hvordan vi ved å løse denne oppgaven oppnådde et uventet resultat. Gjennom slik tenkning og vurdering under utførelsen av arbeidet oppnår vi det Schön betegner som *reflection-in-action*. Vi reflekterer over handlingen og de utfordringer som oppstår mens vi utfører den. Refleksjon i praksis blir da en primær ressurs for å utvikle yrkeskunnskap, for eksempel ved at man under operasjoner tar i bruk visse prosedyrer for å korrigere eventuelle feil (Akre & Ludvigsen 1999).

Begge disse modellene beskriver prosesser som skjer hos individet som lærer, der tilegnelse av kunnskaper og ferdigheter er sentralt, og forståelsen av disse er nødvendig for god læring. De mest grunnleggende læremetodene for leger i spesialisering er supervisjon og veiledning. I 1998 innførte spesialitetsrådet veiledning i form av planlagte veiledningssamtaler, med egen oppnevnt veileder for leger i spesialisering (Lycke, Handal & Lauvås 2005). Det forutsettes at veiledningen skal være en formalisert del av spesialistutdanningen, og det stilles krav til form og innhold. Veiledningen forventes å bli gjennomført som systematiske og planlagte veiledningssamtaler over tid, og er preget av at spesialistutdanningen omfatter læring gjennom deltakelse i arbeidsfellesskapet og systematiserte utdanningstiltak.

«Det skal settes av tid til supervisjon (instruksjoner), veiledning og undervisning, som er de viktigste læremetodene i utdanningen av leger i spesialisering.»

«Er det utopisk å forvente at leger skal være gode rollemodeller for sine studenter gitt de rammebetingelsene som ligger til grunn for dagens læresituasjoner?»

Veiledningen i spesialistutdanningen for leger kan foregå på flere måter. De mest vanlige er *veiledning som terapi*, *veiledning som refleksjon over handling* og *veiledning som instruksjon eller supervisjon* (Lycke, Handal & Lauvås 2005). *Veiledning som terapi* bygger på at terapeuten behandler en «skade» eller feilutvikling hos pasienten. I utdanningssammenheng forholder veilederen seg til «friske» personer og bistår de som veiledes, i helt normale læresituasjoner. Samtalen brukes som et hjelpemiddel, der den som blir veiledet, får mulighet til å sette ord på sine planer, opplevelser, tanker og følelser. Denne formen for veiledning er sentral innenfor de psykiatriske spesialitetene.

Veiledning som refleksjon over handling ble introdusert i Norden i 1980-årene, og i dag er det vanlig med slik veiledning, som fokuserer på reflekterende samtaler knyttet til bevisstgjøring og utfordring av praksisteori (Skagen 2011). I de senere år har det imidlertid skjedd en revitalisering av denne modellen, spesielt i forhold til å tilegne seg yrkeskunnskap, og her beskrives to tradisjoner (Lycke, Handal & Lauvås 2005). Den ene består av planlagte veiledningsmøter, der oppnevnt veileder og lege i spesialisering treffes regelmessig for å snakke sammen om sider ved utdanningen og om situasjoner de vanligvis kommer opp i. Temaet er ofte gitt på forhånd, og det skal settes av tid til disse samtale.

Den andre tradisjonen er *veiledning som instruksjon eller supervisjon*, som beskrives som ad hoc-veiledning, det vil si at LIS-legen oppsøker en kollega for å få råd eller veiledning i en spesifikk situasjon. Det behøver ikke nødvendigvis være den oppnevnte veilederen som kontaktes, det kan like gjerne være en erfaren kollega eller en som er lett tilgjengelig der og da. I motsetning til veiledning som reflekterende læring, der det avsettes tid til å snakke om ulike sider ved spesialistutdanningen, preges supervisjon mer av en mester–svenn-modell.

For at supervisjonen skal være effektiv, må den som gir supervisjon (spesialisten), gi ansvar for pasientbehandling, muligheter til å utføre prosedyrer og vurdere pasienter, rettledning og konstruktiv tilbakemelding til den som mottar supervisjon (legen i spesialisering) (Kilminster & Jolly 2000). Men spesialistene er også viktige i produksjonen av gode og effektive helsetjenester og ansvarlige for god pasientbehandling. Dette medfører en dobbeltrolle, der de på den ene siden skal få jobben gjort, og samtidig gi rom for god opplæring av nye spesialister.

Egenskaper hos rollemodellen

Flere studier har vist at visse (positive) egenskaper er viktige for å kunne være en god rollemodell (Paice, Heard & Moss 2002). Noen studier framhever positiv innstilling til leger i spesialisering, omtanke for pasientene og integritet. Men klinisk kompetanse og entusiasme for faget er også viktig. I en nederlandsk studie hevdes det at gode pedagoger oftere blir sett på som rollemodeller. Derfor foreslås dette som egen lærestrategi fordi prediktorer for å kunne være en god rollemodell er atferd og egenskaper som kan erverves (Lombarts, Heiuneman & Arah 2010). Man trenger altså ikke ha et naturlig talent for å være en god rollemodell, men kan lære seg å bli det. Som rollemodell forventes det at man skal kunne levere gode instruksjoner av høy kvalitet, holdninger, atferd

og identitet, og være et forbilde for dem som skal forvalte kunnskapen videre. I dette ligger et stort ansvar og en utfordring for rollemodellen, fordi dette også kan påvirke karrierevalg og trivsel gjennom studiet hos dem som lærer.

Spesialister som blir oppfattet som gode rollemodeller, bruker mer tid på å lære bort sine kunnskaper, ser pasient-lege-forholdet som et psykososialt aspekt ved medisinen og deler gjerne sine erfaringer med annet helsepersonell (Wright, Kern, Kolodner et al. 1998, Paice, Heard & Moss 2002). Wright og medarbeidere (1998) fant i en studie fem egenskaper hos spesialister som var sterkt forbundet med det å være en god rollemodell: 1) de brukte mer enn 25 % av arbeidstiden sin på undervisning eller på å lære bort, 2) de brukte mer enn 25 timer i uken på å undervise og gjennomføre visitt som behandlende lege, 3) de betonet viktigheten av forholdet mellom lege og pasient i undervisningen, 4) de jobbet som overlege, og 5) de ga tilbakemelding (feedback) til studentene. På bakgrunn av dette resultatet konkluderte også disse forskerne at de egenskapene som trengs for å bli en god rollemodell, kan læres dersom det gis rom for det.

I spesialistutdanningen for leger er det ikke bare viktig å være opptatt av den som lærer, men også å gi spesialistene gode muligheter til å lære bort, som kurs, veiledning og trening. Internasjonale studier har vist at læringsutbyttet øker gjennom studieløpet i spesialistutdanningen. Det har likevel vært vanskelig å påvise at dette har sammenheng med klinisk erfaring, men kvaliteten på supervisjonen antas å ha stor betydning (Sheenan 2010). Dette henger sammen med kvalitetene til den som instruerer. Et viktig spørsmål er om det er tatt tilstrekkelig høyde i spesialistutdanningen for at de ferdige spesialistene også etter hvert vil få et supervisjons- og veilederansvar for neste generasjons spesialister. En god rollemodell skal være et forbilde for de som lærer, og gi gode instruksjoner. Dette kommer også til uttrykk gjennom hvordan de selv praktiserer i sin kliniske hverdag, og gjennom de kunnskapene og ferdighetene de anvender (Harden & Crosby 2000). Men hvordan lærer de selv å bli dyktige spesialister?

I Storbritannia er det spesialistene som har ansvaret for supervisjon av legene det første året, et spesielt ansvar for å inkludere prinsipper for god medisinsk praksis i opplæringen (Paice, Heard & Moss 2002). Forholdet mellom mentor og lærling er derfor svært viktig. Positive rollemodeller bidrar til god rådgivning i karrierevalg, støtter og viser eksempler på god pasientbehandling. Dette bidrar igjen til at de som lærer, utvikler trygghet i faget og tro på at de selv blir gode spesialister. Negative rollemodeller kan i verste fall bidra til det motsatte, usikkerhet og utrygghet i faget, manglende tro på seg selv, frustrasjon og tvil, hos de som lærer. Når studenter opplever negative rollemodeller, er det større sannsynlighet for at de angrer på sine karrierevalg. I alle læresituasjoner trenger de som lærer, å bli inkludert og føle at de er en del av et team, og å bli anerkjent av spesialistene. Men hvis dette går på bekostning av for eksempel etiske verdier, oppstår stressende situasjoner som snarere medfører forvirring og oppgitthet enn næring til god læring. Eksempler her kan være vanskelige situasjoner som oppstår underveis i et behandlingsforløp, der spesialisten velger en behandling som studentene ikke har erfaring med fra tidligere, eller at det gjøres prioriteringer som strider mot teorien. Med en god rollemodell kan vanskelige situasjoner, når og hvis de oppstår, diskuteres i trygge omgivelser, og eventuelle etiske dilemmaer som følger av dette, løses

«Legen skal via ulike prosedyrer lære seg relevant teori og praktiske ferdigheter, som er beskrevet i målbeskrivelsene for de ulike spesialitetene.»

«Det forutsettes at veiledningen skal være en formalisert del av spesialistutdanningen, og det stilles krav til form og innhold.»

på en fornuftig måte. Selv om spesialistens rolle er viktig, er det vanskelig å lage standardiserte opplegg som fungerer for alle på de fleste utdanningssteder (Sheenan 2010).

Wright og medarbeidere stilte i sin studie også spørsmål om hvorvidt gode rollemodeller kunne få støtte og frikjøpt mer tid til opplæring, og om utdanningen kunne organiseres mer hensiktsmessig, slik at spesialistene kunne erverve seg de nødvendige ferdighetene som kreves av en god rollemodell (Wright, Kern, Kolodner et al. 1998). I forslaget fra Helsedirektoratet (2013) om ny spesialitetsstruktur er det lagt større vekt på systematisk veiledning og god supervisjon. Det er også foreslått obligatoriske veiledningskurs for veiledere. Pedagogisk kompetanse hos dem som veileder, er en viktig forutsetning for et godt læringsløp og en god begynnelse for å lage standardiserte opplegg som kan fungere.

Læringsarenaen – muligheter eller begrensninger?

Når det gjelder organiseringen av spesialistutdanningen for leger i Norge, er det tre hovedutfordringer som kommer til uttrykk. Det ene er organiseringen av sykehuset som læringsarena, det andre er organisering av veiledning og supervisjon, og det tredje er det overordnede ansvaret for spesialistutdanningen, som i dag er fordelt mellom ulike myndigheter. Den komplekse organiseringen av sykehusene gjør læringsarenaen virkelighetsnær; det er nettopp der praksisen som ferdig spesialist skal utøves. Men samtidig skal det settes av tid til undervisning, veiledning og supervisjon. Ytre faktorer kan være med å påvirke muligheten til å drive god veiledning, undervisning og supervisjon av leger i spesialisering. Det at utdanningen av nye legespesialister foregår på arbeidsplassen, kan gi studentene mange muligheter til å erverve seg et bredt erfaringsgrunnlag og til å drøfte det de lærer. Men det forutsetter også at læringen er godt integrert på arbeidsplassen, og at det er god tilgang til ulike arenaer for virkelighetsnær læring.

Økende spesialisering har ført til at flere avdelinger ved de større sykehusene er delt opp i seksjoner, og at sykdomspanoramaet er delt inn i organbåser. I tidligere studier (Akre & Ludvigsen 1999) har både over- og underordnede leger påpekt at det ut fra et læringsperspektiv var uheldig at pasienter de hadde tatt imot på vakt, havnet i andre seksjoner enn den de var tilknyttet. En konsekvens er at leger i spesialisering går glipp av det læringspotensialet som ligger i å kunne følge pasienten gjennom hele sykdomsforløpet. Dette kan medføre at det blir vanskeligere å opprettholde et helhetssperspektiv på pasienten.

Dornan sier: «That tension is responsible for both the greatest successes and the greatest failings of workplace learnings» (2012: 21). Læring på arbeidsplasser gir mange muligheter, men medfører også at det skapes et spenningsforhold mellom de krav som stilles til produksjon av gode helsetjenester, og tilrettelegging for god supervisjon. Sykehusene har i større grad enn før blitt mer servicefokuseret, og mest mulig helse for pengene har ifølge Sheenan (2010) vært et gjennomgående mantra de siste årene i den vestlige verden. Det ligger et stort læringspotensial i å delta på en arena der det kreves samhandling mellom de som lærer, kolleger, mer erfarne utøvere, annet helsepersonell og pasienter. Men det er utfordrende å ivareta kravene til spesialistutdanningen

samtidig som man skal gi god pasientbehandling, og i noen tilfeller må det gjøres tidsmessige avveininger som går på bekostning av veiledning og supervisjon. De individuelle læreprosessene slik Dreyfus & Dreyfus og Schön beskriver dem, vil naturligvis kreve at det settes av tid til veiledning og supervisjon underveis i utdanningen, og at de som lærer, får muligheter til å prøve seg fram. Bare slik kan reflekterende læring bli den ressursen den er ment å være.

Ifølge Dornan (2012) eksisterer det i dag påfallende få empiriske studier av hvordan leger i spesialisering lærer. Og de få som finnes, er stort sett kvalitative, der det er blitt benyttet fokusgrupper. Dette bidrar for det første til å gjøre det vanskelig å sammenligne både innenfor og mellom land, med tanke på å utvikle nettopp standardiserte opplegg som kan fungere. For det andre gir det ofte en retrospektiv innfallsvinkel til forskningen, og ikke en prospektiv som gjør at man for eksempel kan følge utviklingen over tid. I en oversiktsartikkel påpekte Dornan (2012) at de få internasjonale studiene som er utført på dette feltet, viser at leger i spesialisering ikke er passive mottakere av tilbakemeldinger, men at det foregår en aktiv diskurs mellom den som veileder og den som blir veiledet. Studiene viser også at den måten disse tilbakemeldingene blir gitt på, har betydning for hvordan LIS-legene lærer. De gode spesialistene gir tilbakemelding på en måte som hjelper leger i spesialisering til å oppnå fordeler med læringen. Balansegangen mellom for mye og for lite støtte er likevel vanskelig, særlig når det gjelder supervisjon.

Den norske evalueringen av spesialistutdanningen som ble gjennomført i 2012, viste at veiledning og supervisjon hadde et betydelig forbedringspotensial (Birkeli 2013). Et viktig funn var blant annet at mange (51 %) av legene i spesialisering oppga at de ikke hadde fått tildelt veileder i løpet av første måned i spesialistutdanningen. I tillegg oppga bare 36 % at det var satt av tid til veiledningssamtaler i tjenesteplanen, og bare 32 % oppga at de vanligvis hadde veiledningsmøter med veilederen ukentlig eller hver måned. Samtidig oppga 86 % at de opplevde at veiledning var nyttig for utdanningen.

Disse resultatene viser at forbedringspotensialet for veiledning ikke nødvendigvis handler om innhold, eller at disse samtalerne ikke holder mål, for flesteparten opplever dem som nyttige. Resultatet viser heller at det ikke blir satt av tid til dette i arbeidssituasjoner, og allerede her reduseres muligheten til å utveksle erfaringer, ideer og tanker som er relevante for utdanningen, gitt at det er ansett som viktig i denne sammenhengen. Det vil også redusere mulighetene til å få innsyn i hvordan den enkelte opplever spesialistløpet, og dermed mister man en viktig inngangsport til å kunne fange opp den enkeltes utfordringer. Kanskje sliter noen med å få gjennomført sine praktiske prosedyrer fordi den avdelingen de jobber ved, ikke har disse prosedyrene? Dette kan synes å være en vanlig utfordring ved noen sykehus.

En utfordring med å drive god og effektiv supervisjon kan være adgang til læresituasjoner. Også her viste resultatet fra den norske evalueringen av spesialistutdanningen (Birkeli 2013) et betydelig forbedringspotensial. Bare 54 % svarte positivt på at de opplevde at det var lagt til rette fra avdelingens side for læring av de praktiske prosedyrene som krevdes i faget, 61 % opplevde at de fikk tilstrekkelig supervisjon i praktiske prosedyrer, og 60 % opplevde at de slapp til i tilstrekkelig grad

«Som rollemodell forventes det at man skal kunne levere gode instruksjoner av høy kvalitet, holdninger, atferd og identitet, og være et forbilde for dem som skal forvalte kunnskapen videre.»

«Positive rollemodeller bidrar til god rådgivning i karrierevalg, støtter og viser eksempler på god pasientbehandling.»

for å utføre praktiske prosedyrer. Det er avgjørende at de praktiske prosedyrer man må igjennom for å bli spesialist, blir gjort tilgjengelige. Dette har utdanningsavdelingene et ansvar for å legge til rette for. Likevel opplever mange, ofte i forbindelse med rotasjoner og omorganisering, at prosedyrene ikke er der, eller å ha blitt flyttet til andre avdelinger når prosedyrene skal gjennomføres. Forholdet mellom idealer og realiteter synes dermed å være en begrensning.

Den måten utdanningen har vært organisert på til nå, der ansvaret for spesialistutdanningen har vært forankret flere steder, har kanskje bidratt til et større sprik mellom idealer og realiteter enn det ville vært med en tydelig forankring hos én myndighet. Sykehusene har ansvaret for utdanning av helsepersonell (lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 og § 3-10). Dette innebærer at det tilrettelegges slik at legene får anledning til å gjennomføre spesialistutdanning, og at det gis permisjon med lønn. Retten til etter- og videreutdanning blir sikret gjennom avtalene mellom Legeforeningen og arbeidsgiverne.

Den teoretiske delen av spesialistutdanningen har de medisinske fakultetene ansvar for, og de fleste kurs innenfor sykehusspesialitetene arrangeres også av disse (Strøm 2012). Legeforeningen gir anbefalinger til departement og direktorat om spesialitetsstruktur, nye spesialistregler, endring av spesialistregler, tjenestekrav, ferdighetskrav, kurskrav osv. Men det er fortsatt ikke klart hva ansvaret innebærer, eller hvem som har ansvaret for at kravene blir oppfylt etter de anbefalingene som gis. Av den norske evalueringen kommer det klart fram at det burde utarbeides et standardisert opplegg som sykehusene kan jobbe ut fra, slik at den praktiske delen av spesialistutdanningen får en mer samkjørt landsdekkende plattform, noe som vil gjøre det lettere å følge opp dersom sykehus ikke innfrir kravene. Gode rollemodeller underveis i spesialistløpet har, gjennom god veiledning og tid til supervisjon, potensial til nettopp å øke læringsutbyttet og samtidig fange opp de som kanskje har større utfordringer underveis i spesialistløpet.

Gode betingelser for læring handler om å tilrettelegge for læresituasjoner man vet fungerer, og som gjenspeiler den virkeligheten som praksisen etter hvert skal utøves i. For å oppnå dette må man også vite noe om hvordan de individuelle læreprosessene fungerer. Først da kan man gi rom for individuelle opplegg der hver utøver får muligheten til å tilegne seg ferdigheter, dyrke fram spesielle egenskaper eller et spesielt talent, og reflektere underveis i behandlingsløpet. En god rollemodell kan derfor bidra positivt, og for mange leger i spesialisering være avgjørende for hvordan de opplever læringsutbyttet i faget, og for hvordan de orienterer seg gjennom studieløpet (Paice, Heard & Moss 2002, Lombarts, Heineman & Arah 2010, Sheenan 2010). En mentorordning ville kanskje gitt større bevissthet om ansvaret for læring, fra den som lærer til den som mottar læring, en speilende funksjon som Aasland foreslår i sitatet innledningsvis.

Takk til Karin I. Rø og Berit Bringedal for kommentarer og innspill.

Litteratur

- Aasland OG (2006). Legerollen – fra pedestal til skammel. Tidsskr Nor Laegeforen 126 (1): 61–2.
- Akre V, Ludvigsen SR (1997). Hvordan læres medisinsk praksis? En kvalitativ studie av legers oppfatning av egne læringsprosesser. Tidsskr Nor Laegeforen 19 (117): 2757–61.
- Akre V, Ludvigsen SR (1999). At lære medisinsk praksis. I: K Nielsen og S Kvale. Læring som social praksis. København: Hans Reitzels forlag: 114–29.
- Birkeli CN (2013). Hvordan vurderer leger i spesialisering kvaliteten på spesialistutdanningen? Masteroppgave. Trondheim: Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet: 51–74.
- Dornan T (2012). Workplace learning. Med Educ 1: 15–23.
- Dreyfus H, Dreyfus S (1999). Mesterlære og eksperters læring. I: Nielsen K, Kvale S. MEsterlære. Læring som social praksis. København: Hans Reitzels forlag: 54–75.
- Haave P (2011). I medisinenes sentrum. Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år. Oslo: Legeforskningsinstituttet/Unipub.
- Harden RM, Crosby JR (2000). The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. Med Teach 22 (4): 334–47.
- Helsedirektoratet (2013). Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kilminster SM, Jolly BC (2000). Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. Med Educ 34: 827–40.
- Lombarts KM, Heineman JM, Arah OA (2010). Good clinical teachers likely to be specialist role models: results from a multicenter cross-sectional survey. PLoS ONE 5 (12).
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-2013-06-07-29.
- Lycke KH, Handal G (2005). Veiledning med leger under utdanning. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Paice E, Heard S, Moss F (2002). How Important are role models in making good doctors? BMJ 325: 707–10.
- Polany M (1966). The tacit dimension. Chicago: The University of Chicago Press.
- Schön DA (1987). Educating the reflective practitioner. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Sheenan DC (2010). Learning and supervision in internship. A sociocultural framework for understanding learning and supervision in medical internship. Doktoravhandling. Christchurch, NZ: College of Education, University of Canterbury.
- Skagen K, red. (2011). Kunnskap og handling i pedagogisk veiledning. Bergen: Fagbokforlaget.
- Strøm BR (2012). Legeforeningens videre rolle i spesialistutdanningen. Dekanmøte 8. juni. Bergen: Legeforeningen.
- Wright SM, Kern DE, Kolodner K et al (1998). Attributes of excellent attending-physician role models. N Eng J Med 339 (27): 1986–93.

«Den komplekse organiseringen av sykehusene gjør læringsarenaen virkelighetsnær; det er nettopp der praksisen som ferdig spesialist skal utøves.»



Foto: Kari Ronge

Karin Isaksson Rø

(f. 1962), cand.med. (1988) fra Universitetet i Lund, ph.d. (2010) fra Universitetet i Oslo, spesialist i arbeidsmedisin. Hun er seniorforsker, fra 1. september 2014 instituttsjef, ved Legeforskningsinstituttet. Hun er tilknyttet Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap ved Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Kombinasjonen av klinisk erfaring fra allmennpraksis i Vänersborg, Sverige (1991–1994), arbeidsmedisin (1995–2000) og psykiatri ved Modum Bad (2000–2002) var et relevant grunnlag for stilling som overlege og rådgiver ved Ressurssenter for helsepersonell, Villa Sana, Modum Bad fra 2002 og fremover. Nær sammenheng mellom klinisk erfaring og forskning/formidling har vært – og er – viktig i hennes studier av legers helse og arbeidskår.

Legeforskningen – har den lykket?

En presentasjon av Olaf Gjerløw Aaslands vitenskapelige publikasjoner 1992–2014

«Jeg fant etter hvert ut at i stedet for å bli tiltakende frustrert som overadministrert lege i eller utenfor sykehus, for ikke å si som folkeopplyser med hule budskap, ville jeg forsøke å forstå litt mer av det som skjedde.» (Aasland 1999)¹

Bakgrunn

Denne artikkelen er en gjennomgang av publikasjoner med Olaf Gjerløw Aasland som forfatter eller medforfatter, utgitt i perioden fra han ble ansatt i 1992 og frem til inneværende år, først som prosjektleder for Legekårsundersøkelsen, senere som instituttsjef ved Legeforeningens Forskningsinstitutt, nå Legeforskningsinstituttet (samlet kalt LEFO).

Publikasjonene er i all hovedsak relatert til virksomheten ved LEFO, men inkluderer også noen andre publikasjoner fra dette tidsrommet.

På slutten av 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene var det en bekymring rundt legers helse og arbeidsforhold. På bakgrunn av dette ble Legekårsundersøkelsen, ledet av Olaf Gjerløw Aasland, opprettet som et treårig prosjekt i 1992, i samsvar med en beslutning tatt i Den norske legeforenings sentralstyre. Oppdraget var å iverksette en undersøkelse av arbeidsforhold og belastninger i legeyrket gjennom å kartlegge legers helse, sykелighet, levekår og arbeidsforhold².

I artikkelen «Hvordan har vi det i dag? Om legers helse, velvære og arbeidsglede» defineres flere av de områdene Legekårsundersøkelsen ønsket å studere³. Hvordan påvirkes legers kår av individuelle forhold som kjønn, alder, personlighetstrekk, og av arbeidsforhold relatert både til medisinstudiet, turnustjeneste, jobbsituasjon og spesialitet? Hvilken betydning har nåværende og tidligere familiesituasjon (inklusive oppvekstforhold), sosialt nettverk og materielle kår, forholdet til kollegaer og legens levevaner? Og hvordan påvirker endringer i samfunnsutviklingen legens makt og autonomi?

Legekårsundersøkelsen ble etterfulgt av mange større og mindre prosjekter, der longitudinelle data fra et representativt utvalg av norske leger ca. annethvert år siden 1994 har utgjort hovedtyngden i datasamlingen. Her har man videreført undersøkelser relatert til flere av problemstillingene i Legekårsundersøkelsen, og inkludert nye aktuelle temaer.

Metode

Tre databaser – www.legeforsk.org, PubMed og PsycINFO – er blitt brukt i systematiske søk etter artikler.

Legeforsk.org er en database for LEFO, som arkiverer publikasjoner fra 1992 skrevet ved LEFO, eller der en ansatt ved LEFO er medforfatter. Søk i denne databasen er gjort både ved søk på «Aasland OG» og «Gjerløw Aasland O», og ved å søke igjennom alle artikler arkivert under hvert årstall fra 1992 og fremover.

Databasene PubMed og PsycINFO er søkt i med søkeord «Aasland OG», «Aasland Olaf G», «Aasland Olaf Gjerløw/Gjerlow» og «Gjerlow/Gjerløw Aasland O» med inklusjon av artikler fra 1992 og fremover. Det er også foretatt et manuelt søk i Legeforskningsinstituttets papirarkiv.

Noen artikler og ett bokkapittel, publisert i 1992, er ikke tatt med da disse primært var relatert til tidligere forskningsprosjekter om alkoholforskning/AUDIT, og ble forfattet før Aaslands ansettelse ved LEFO. Bokanmeldelser er heller ikke inkludert.

Som leder og instituttsjef ved LEFO har Aasland også bidratt til mye annen forskning gjennom å være veileder av mastergrader og doktorgrader eller gjennom deltakelse i prosjekter der han ikke har vært medforfatter. Disse blir ikke omtalt her.

Artikler i dagsaviser eller andre former for populærmedisinske utgivelser er heller ikke inkludert.

Med den omfattende publiseringen Olaf Gjerløw Aasland har hatt, er det en risiko for at noen publikasjoner som skulle ha vært inkludert, likevel ikke er blitt funnet gjennom dette søket.

Artiklene er blitt kategorisert på forskjellige måter, både etter type artikkel, forfatterrekkefølge og emne. Oppfattede «akser» eller «bevegelser» gjennom publikasjonene er beskrevet.

På tross av at dette er en oversiktsartikkel, vil det ikke gjøres en systematisk vurdering av den metodiske kvaliteten på artiklene.

Resultater

På bakgrunn av det søk som er beskrevet ovenfor, presenteres her 215 publikasjoner av og med Olaf Gjerløw Aasland (samtlige er oppgitt i referanselisten bak). 153 er originalartikler fra fagfellevurderte tidsskrifter der Aasland var forfatter/medforfatter. 14 andre artikler var publiserte som ikke-originalartikler, eller i fagtidsskrifter som ikke er fagfellevurderte – eller som rapporter. Seks var bokkapitler, og 43 var kortere kommentarartikler publisert i fagfellevurderte tidsskrifter (inklusive ledere). Se figur 1.

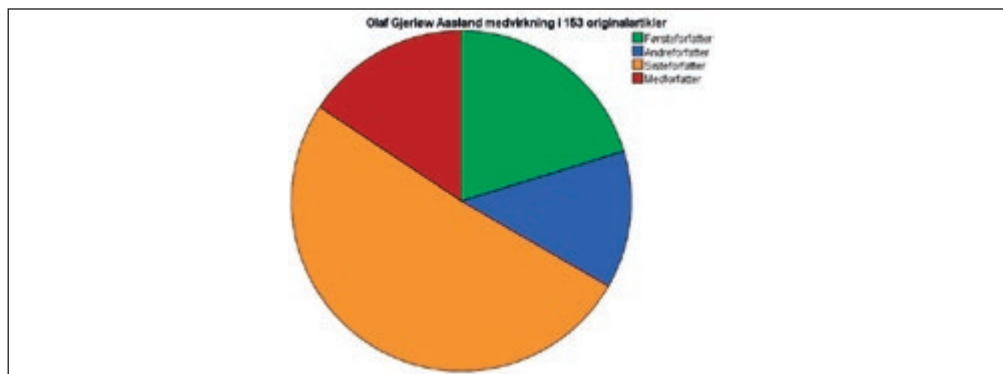
«Initiativet til Legekårsundersøkelsen ble tatt på grunn av en bekymring rundt legers helse, fremfor alt den økte forekomsten av suicid, og rapporter om stressrelatert uhelse.»

Figur 1



I originalartiklene har Aasland vært førsteforfatter på 31 artikler, andre- eller sisteforfatter på 96 artikler (når det kun er to forfattere av en artikkel, er andreforfatter klassifisert som sisteforfatter) og medforfatter for øvrig på 24 artikler (se figur 2).

Figur 2



I originalartiklene er Aasland førsteforfatter på artikler som omhandler (antall oppgitt i parentes) legers arbeids- og livsfaktorer, tilfredshet og helse (9), suicid og mortalitet blant leger (3), etikk (2), metodikk i Legekårsundersøkelsen (2), rusmidler (2), legers musikkinteresse (1), legers faglige oppdatering (3), legers kjennskap til egne hjelpe- og støtteordninger (1), medisinstudenter (3) samt ulike helsetjenesteartikler som omhandler screening og intervensjon for rusproblemer i primærhelsetjenesten, legers syn på legemiddelassistert rehabilitering og legers forhold til alternativ medisin (5).

I tabell 1 er samtlige 215 publikasjoner delt inn etter hovedtema. Noen artikler kunne ha vært oppført under flere temaer, men er kun referert til under ett.

Tabell 1

Publikasjoner			
		Originalartikler (fagfelleverderte)	Andre artikler, rap- porter, bokkapitler
Legers arbeids- og livsfaktorer, tilfredshet og helse	Helse og arbeidsfaktorer	3–29	30–35
	Allmennleger/fastleger	36–41	42
	Eldre leger	43, 44	
	Arbeids- og hjemmesituasjon	45–50	
	Tilfredshet	51–56	
Legen som leder		57–59	60
Leger i akademia		61, 62	63
Legers mortalitet/suicid		64–69	70, 71
Etiske problemstillinger		72–84	
Vitenskapelig metode		2, 85, 86	
Leger og rusmidler		87–95	96
Leger og kultur		97–99	
Legers videreutdanning		100–111	112
Støtteordninger for leger		113–117	
Medisinstudenter		118–126	127
Forhold i helsetjenesten		128–159	160, 161
Studier av andre yrkesgrupper		162–170	
Legerollen			1, 171–173
Kortere kommentarartikler (inklusive ledere)			
Arbeids- og livsfaktorer og legehelse		174–179	
Legerollen		180–183	
Støtteordninger for leger		184–186	
Legers mortalitet og suicid		187–189	
Forhold i helsetjenesten		190–192	
Legers videreutdanning		193	
Rusmidler		194–203	
Om Legekårsundersøkelsen		204–215	

«Hvordan påvirkes
legers kår av
individuelle forhold
som kjønn, alder,
personlighetstrekk,
og av
arbeidsforhold
relatert både til
medisinstudiet,
turnustjeneste,
jobbsituasjon og
spesialitet?»

Mulige «akser» eller «bevegelser» gjennom publikasjonene

Fra bekymring til tilfredshet

Initiativet til Legekårsundersøkelsen ble tatt på grunn av en bekymring rundt legers helse, fremfor alt den økte forekomsten av suicid, og rapporter om stressrelatert uhelse.^{3,9} Kartleggingen av norske leger viste også at de opplevde relativt høy grad av tidspress.⁷ Andelen leger som rapporterte et uakseptabelt arbeidspress, økte gjennom det første tiåret på 2000-tallet både blant overleger og leger i spesialisering.³² Studiene bekreftet også at det er høyere forekomst av suicid, fremfor alt blant eldre mannlige leger.^{65,67} På den annen side viser studiene ved LEFO at det er høy grad av tilfredshet blant leger, en tilfredshet som har vært stabil over tid.^{31,51,54,55} I sammenligning med leger fra andre land, fremfor alt fra Tyskland, finner man at norske leger oppgir bedre tilfredshet, kortere arbeidstid og bedre selvrapportert helse.^{27,53} «Norske overleger jobber mye, har god helse og er gjennomgående fornøyde med jobben sin» og «Alt tyder på at det er bedre å være lege, ikke minst lege i spesialisering, i Norge enn i de fleste andre land» er oppsummerende setninger fra artikler fra 2011 og 2013.^{31,32}

Fra arbeidsrelaterte faktorer til helhetlig livssituasjon

Fra fokus på direkte arbeidsrelaterte faktorer som kan påvirke legers helse og arbeidssituasjon, ser man en bevegelse mot å tenke på hvordan interaksjonen mellom hjemmesituasjon og arbeidet kan påvirke risikoen for stress og utbrenthet, og evnen til å takle arbeidshverdagen.^{46,48–50} Studier viste at sammenhengen mellom arbeid og hjemmesituasjon hadde større betydning, både med hensyn til økning og reduksjon av risiko, for utbrenthet hos kvinnelige leger enn hos mannlige.⁵⁰ Dette er viktige funn i lys av at andelen kvinnelige leger øker, og at mannlige leger trolig får mer ansvar hjemme i takt med at deres partnere i større grad blir heltidsarbeidende.

Fra alle leger til grupper av leger

Samtidig som legekårsforskningen peker på generelle trekk blant alle leger, er det også en bevegelse fra å se på alle leger under ett til å se på grupper av leger og spesielle behov blant leger. Det vises blant annet til behov hos leger som gjør feil, eller som påvirkes av andre alvorlige hendelser i arbeidet.^{18,181} Her understrekes viktigheten av åpenhet på jobben, der man både kan gi og ta imot kritikk kollegaer imellom. Leger som jobber i slike avdelinger, ser ut å takle alvorlige hendelser bedre. Støttekollegaer lokalt i fylket og et sentralisert tilbud om kollegastøtte (Ressurssenteret Villa Sana) beskrives også å være viktige, både for leger som har opplevd alvorlige hendelser i arbeidssituasjonen, eller som av forskjellige andre grunner trenger en kollega å prate med.^{113–115,184,185} Aasland viser også til behov for støtte blant leger som jobber i Norge, men kommer fra en annen språk- og kulturbakgrunn.¹¹ Det er ikke bare grupper av leger som anses å trenge støtte. Det pekes også på et behov for en omfattende mentor- og karriererådgivning for alle leger, som «skulle begynne allerede i studietiden og vare i minst ti år inn i yrkeskarrieren» for å møte utfordringene som lege på en best mulig måte.¹⁸³

Fra medisin til samfunn

Gjennom legekårsforskningen har man ønsket å se på legerollen både fra et medisinsk ståsted og i samspill med et samfunnsmessig/sosiologisk perspektiv. Sosiologisk analyse av samfunnets

forhold til legene, med forskjellige teorier vedrørende endringer i legens makt, innflytelse og autonomi («fallet fra pidestallen»¹⁸³) diskuteres.³

Hvordan er konflikten mellom legenes virksomhet/autonomi og samfunnets prioriteringer og krav til virksomheten?³ Bør tyngdepunktet forskyves fra en individuell autonomi hos den enkelte lege til en kollektiv autonomi for leger som gruppe?^{172, 173}

Integrering og samling av de medisinske og sosiologiske perspektivene har vært et viktig anliggende gjennom LEFOs historie, hvilket blant annet har kommet til uttrykk ved to internasjonale konferanser. Etter konferansen i 1997, «The physician role in transition: is Hippocrates sick?», ble det (i 2001) gitt ut et spesialnummer av *Social Science & Medicine* med bidrag fra innledeerne på konferansen, introdusert av Olaf Aasland.¹⁸² Bidrag fra en tilsvarende konferanse i 2014 vil bli publisert i et spesialnummer av tidsskriftet *Professions and Professionalism*.

I diskusjon av legerollen har også de etiske aspektene vært et viktig og gjennomgående anliggende. Legenes forhold til legemiddelindustrien⁷⁸, legenes forhold til livsavsluttende behandling^{72, 77}, legers rett og plikt til å si fra om forhold i helsevesenet som kan være skadelige for pasienten^{81, 83}, og økende behov for oppmerksomhet rundt bioetikk som et resultat av teknologiske nyvinninger i helsesektoren¹⁸², er alle etiske forhold som kan bidra til å forme legerollen.

Fra student til lege

Bevegelsen «fra student til lege» har vært et viktig anliggende i forskningen. Tenkningen med å etablere to kohorter, én fra begynnelsen av medisinstudiet og én fra turnustiden, som har vært fulgt over tid, understreker dette.^{212, 213} Hva kan karriereplaner og tanker om valg av spesialitet under studiet^{118, 123}, det at norske studenter velger å studere medisin i utlandet^{120, 121}, eller endringer i studieplaner^{111, 122}, bety for legens arbeidssituasjon og helsetjenesten videre?

I forlengelsen av bevegelsen «fra student til lege» er også den fortsatte opplæringen gjennom arbeidslivet etter autorisasjon i form av norske legers egenaktivitet i forhold til faglig oppdatering via litteratur blitt dokumentert.^{100, 103, 109}

Fra bekymringsfull økning i alkoholbruk til mindre helseskadelig bruk

Legers forhold til og bruk av rusmidler er blitt ekstensivt undersøkt og omtalt internasjonalt. Aaslands erfaring fra hans tidligere omfattende alkoholforskning kommer til syne i den aktuelle forskningen på legers alkoholvaner i Norge. Endringer i legenes alkoholvaner er kartlagt fra 1985 til 2000 og fra 2000 til 2010.^{89, 95} Her beskrives to forskjellige bevegelser. Fra 1985 til 2000 ser man en økning både i andel leger som drakk alkohol hyppigere enn ukentlig, og en økning i andel med risikopreget forbruk. Fra 2000 til 2010 ble det rapportert en ytterligere økning i andelen leger som brukte alkohol to ganger i uken eller mer, men samtidig gikk andelen som drakk seg beruset, ned. Nivåene på AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) viste en nedgang i negative konsekvenser av alkoholbruk, det vil si at leger rapporterte et mindre helseskadelig drikkemønster. Endringen gjennom den siste perioden kan tolkes på flere måter, blant annet ut fra endringer i

«Hvilken betydning har nåværende og tidligere familiesituasjon (inklusive oppvekstforhold), sosialt nettverk og materielle kår, forholdet til kollegaer og legens levevaner?»

arbeidskultur og at nye livsstilstrender ofte begynner hos dem med høyere utdanning (både i forhold til rapporter om gunstig påvirkning av alkohol i mindre mengder og til risiko for alkoholrelaterte skader av store mengder alkohol).

I forhold til alkoholbruk beskrives altså konsumet blant legegruppen som helhet som mindre helseskadelig enn konsumet blant befolkningen for øvrig.⁹⁵ Samtidig pekes det på at en mindre gruppe leger har et uheldig forbruk. Det å bruke alkohol for å «avreagere fra en krevende jobbsituasjon» kan bli en farlig vane, og leger som er ruset på jobb, «representerer en risiko for pasienter, medarbeidere og for legeprofesjonens omdømme».²⁰¹ På denne bakgrunn spør Aasland om SOP (Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger) og Legeforeningen burde starte et eget behandlingsprogram for leger med rusproblemer. Det vises både til egne programmer i USA for leger med rusproblemer og til et eget sykehus i Barcelona for helsepersonell med slike problemer.

Aaslands generelle engasjement i rusfeltet er godt synlig i de mange kortere kommentarartiklene om temaet^{194–203} (se tabell 1).

Fra legehelse til helsetjeneste

En tydelig linje i forskningen går også fra å beskrive hvordan leger rapporterer at de har det, til å undersøke hvordan leger forholder seg til ulike arbeidsoppgaver. Legers syn på og forhold til sykmeldingspraksis^{141, 145}, legemiddelassistert rehabilitering¹⁵¹, grønn resept¹⁴⁰, lokal og global miljømedisin¹³³, screening og korte intervensjoner for alkoholproblemer¹⁴⁷, kommunikasjon av vanskelige budskap til kreftpasienter^{150, 155}, er noen eksempler på dette.

Undersøkelser har sett på sammenhengen mellom hva leger selv faktisk gjør i forhold til egen helse, og hva pasientene gjør. I en artikkel finner man at obstetrikere for egen del får utført keisersnitt oftere enn det de anbefaler sine pasienter. Pasientene tar etter det obstetrikere gjør, ikke det de sier¹⁴⁴.

Fra kvantitativ til kvalitativ metodikk

Legekårsforskningen bygger hovedsakelig på spørreskjemaundersøkelser og kvantitative data. Den store undersøkelsen av 9266 leger i 1993 brukte et sinnrikt design med «skjemablandning». Slik fikk man et datamateriale tilsvarende alle legers respons på 16 forskjellige spørreskjemaer, samtidig som hver lege «kun» måtte svare på fire skjemaer.² Siden har «referansepanelet» – et tilnærmet representativt utvalg av ca. 1 600 leger – svart på spørreskjemaer annethvert år.³¹

De senere år ser man dog en bevegelse mot også å bruke kvalitativ metodikk ved samling og analyse av data. Intervjuer av legeledere i primærhelsetjenesten⁶⁰ og fokusgruppeintervjuer av onkologer om hvordan man kommuniserer om alvorlige beskjeder/diagnoser med pasienter¹⁵⁵, er to eksempler på dette. Forskjellige typer metodikk kan utfylle hverandre og gi et mer nyansert bilde av ulike problemstillinger.

Fra legekunst til legers kunst- og kulturutøvelse

Aksen mellom å utøve legekunst til å utføre eller nyte kunst eller annen kulturell aktivitet utenfor jobb er også undersøkt i LEFOs forskning. Sir William Osler (1849–1919) siteres ofte om betydningen av ikke bare å være opptatt av yrket («vocation»), men også å ha en fritidsaktivitet («avocation»). Han sier: «... every day do a little reading or work apart from your profession»⁹⁹. Ut fra det de selv rapporterer, går leger i Norge mer på konserter og spiller musikkinstrumenter i større grad enn andre universitetsutdannede.⁹⁷ Selv om leger har lengre arbeidstid enn andre grupper, bruker de ikke mindre tid på kulturelle aktiviteter som lesning og musikk.⁹⁸ En nylig publisert studie har funnet en sammenheng mellom legers kulturbruk og deres jobbtilfredshet, generelle tilfredshet, selvvalgte helsetilstand og fysiske helse, uten at man vet i hvilken retning disse sammenhengene går.⁹⁹

Diskusjon

Legekårsundersøkelsens oppdrag var å kartlegge legers helse, sykелighet, levekår og arbeidsforhold.² Den resulterende forskningen kan vise både til høy deltakelse i og høy svarprosent på spørreundersøkelser.^{2,31} Det samme gjelder de longitudinelle datainnsamlingene fra 20-årsperioden da LEFO har hatt sine panelstudier. Dette gir reliable og gode data som innebærer unike muligheter til å se på både tilstanden på det enkelte tidspunkt og trender og endringer over tid i legegruppen.

Resultatene av disse studiene kan vektlegges på forskjellige måter. Olaf Gjerløy Aasland har særlig valgt å tolke dem fra et medisinsk-epidemiologisk og et sosiologisk ståsted.

Som beskrevet ovenfor, fremhever Aasland at den norske legestand i stor grad er tilfreds og har en god selvvalgt helse. Dette blir en motvekt til forskningsresultater fremfor alt fra USA og andre land i Europa, som beskriver høye nivåer av utbrenthet og stressrelatert uhelse blant leger.¹⁷³ I bekymringen rundt innføring av New Public Management i helsevesenet og de konsekvensene dette får for leger og pasientbehandlingen, peker Aasland på nødvendigheten av å utvikle en autonomi for gruppen av leger som helhet – istedenfor den, iblant bekymringsfulle, individuelle autonomien.¹⁷³ I kontrast til denne beskrivelsen kan erfaringene fra en klinisk hverdag gi et annet perspektiv. I møte med grupper av leger i veiledning eller enkeltleger som opplever et uakseptabelt høyt arbeidspress, kan det være behov for å vektlegge andre aspekter av resultatene. Denne nyanseringen finnes, som vist ovenfor, også i Aaslands beskrivelser, men den poengteres i mindre grad.

Olaf Gjerløy Aasland og medforfattere har sammenlignet leger i Norge med leger i andre land, fremfor alt i Tyskland, og der vist at norske leger har kortere arbeidstid og rapporterer bedre helse og tilfredshet (se resultatdelen). Siden arbeidsforholdene for andre arbeidsgrupper i Tyskland trolig også er annerledes enn her i landet, er det kanskje mer nærliggende å sammenligne norske leger med andre profesjoner og arbeidstakere i Norge, eventuelt i Norden.

Dette er også blitt gjort i forskningen som det er referert til ovenfor. I en sammenligning mellom åtte grupper av arbeidstakere ser man at legene har lengre arbeidstid enn mange andre yrkes-

«Alt tyder på at det er bedre å være lege, ikke minst lege i spesialisering, i Norge enn i de fleste andre land»

grupper, men samme grad av utbrenthet.^{19, 22} I en studie der leger sammenlignes med en annen gruppe som har universitetsutdanning, rapporterer en høyere andel av legene uakseptabelt arbeidspress sammenlignet med andre universitetsutdannede.³²

Etter 22 år med kartlegging av legers helse, sykелighet, levekår og arbeidsforhold, hva står igjen? Hvilken type dokumentasjon trenger vi videre, og hvilke problemstillinger er viktige å undersøke? Svarene på disse spørsmålene vil endre seg over tid, slik de har gjort det gjennom forutgående perioder. Helsetjenesten er i kontinuerlig endring, og fortsatt lydhørhet i forhold til nye aktuelle forskningsspørsmål er viktig.

Tre mulige retninger utpeker seg

For det første kan det gode utgangspunktet vi har, gjennom den store mengden reliable data over tid, gi oss mulighet for å gå videre og undersøke det som ofte betegnes som «the missing link» i denne forskningen, nemlig forholdet mellom legers helse/tilfredshet og kvaliteten på yrkesutøvelsen, særlig i forhold til pasientbehandling. Det er allment antatt at det finnes en slik sammenheng, men bortsett fra noen få studier er det lite objektive data på dette.

Den innsamlede dokumentasjonen på legers helse og arbeidsforhold har gitt grunnlag for å kunne supplere profesjonsforeningens tillitsvalgte, avdelinger og spesialforeninger med informasjon om legers kår, slik at de får et bedre grunnlag for diskusjon og beslutninger.²¹³ Dokumentasjonen har også blitt brukt i opplæring til lege-for-lege-ordningen og støttekollegaarbeidet, samt i undervisning.²¹³

Kunne man også ha brukt kunnskapen som utgangspunkt for å prøve ut noen intervensjoner? Da Legekårsundersøkelsen ble igangsatt, fantes det slike ambisjoner, for eksempel om samtalegrupper for leger. Aasland spør, som allerede nevnt, om man skulle starte behandling for leger med rusproblemer.²⁰¹ Flere intervensjoner for enkelte eller grupper av leger kan tenkes å være relevante, med målsetting om å dyktiggjøre og/eller ivareta leger slik at de på en god måte kan gjennomføre pasientbehandling og andre oppgaver på best mulig måte.

Intervensjonsforskning er viktig, men også ressurskrevende fordi det kreves personell til å gjennomføre og å evaluere intervensjoner. Dessuten er det tidkrevende å rekruttere personer til intervensjonsforskning. LEFO måtte nok alliert seg med andre miljøer hvis de skulle deltatt i slike prosjekter.

For det tredje har Olaf Gjerløw Aasland vært opptatt av tverrfaglighet i studiet av leger, der medisin og sosiologi har kompletterende beskrivelser og perspektiver. Dette er et godt fundament for LEFO i det videre arbeidet med å bringe sammen helsearbeidere, med deres unike kunnskaper om behandlingshverdagen, og dem som har kunnskap om de samfunnsmessige premissene for helse-tjenesten. En konstruktiv dialog og forståelse mellom disse aktørene er avgjørende for å studere de utfordringene legene og helsevesenet står overfor i fremtiden.

«Gjennom legekårs-forskningen har man ønsket å se på legerollen både fra et medisinsk ståsted og i samspill med et samfunnsmessig/sosiologisk perspektiv.»

Aasland ønsket å «forsøke å forstå litt mer av det som skjedde»¹. Dette har han gjennom 22 år gjort med et stort antall og vidt spekter av vitenskapelige publikasjoner. Man kan konkludere med at satsningen på legeforskning «har lykkes» ved at mange ulike problemstillinger er blitt belyst, og ved at forskningen er blitt nasjonalt og internasjonalt anerkjent.

Takk til Berit Bringedal og Øyvind Rø for innspill.

Litteratur

1. Aasland OG. Tre legegengenerasjoner gjennom et århundre. Tidsskr Nor Laegeforen 1999; 119: 4591–4.
2. Aasland OG, Falkum E. Legekårsundersøkelsen. Responsen på spørreskjemaundersøkelsen. Tidsskr Nor Laegeforen 1994; 114: 3052–8.
3. Aasland OG, Falkum E. Hvordan har vi det i dag? Om legers helse, velvære og arbeidsglede. Tidsskr Nor Laegeforen 1992; 112: 3818–23.
4. Hofoss D, Falkum E, Aasland OG, Akre V. Leger og massemedia. Tidsskr Nor Laegeforen 1996; 116: 270–4.
5. Førde R, Aasland OG, Akre V. Allmennpraktikere, kommuneleger og sykehusleger, hvor forskjellige er de? Tidsskr Nor Laegeforen. 1996; 116: 2781–6.
6. Gjerberg E, Hofoss D, Falkum E, Aasland OG. Legers kontroll over egen arbeidssituasjon – en myte? Tidsskr Nor Laegeforen 1996; 116: 1800–4.
7. Falkum E, Gjerberg E, Hofoss D, Aasland OG. Tidspress blant norske leger. Tidsskr Nor Laegeforen 1997; 117: 954–9.
8. Landvik T, Aasland OG, Botten G. Arbeidsforholdenes betydning for anbefaling av legeyrket blant leger med sykehusbasert spesialitet Tidsskr Nor Laegeforen 1997; 117: 4371–4.
9. Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. Soc Sci Med 1997; 45: 1615–29.
10. Falkum E, Olff M, Aasland OG. Revisiting the factor structure of the ways of coping checklist: A three-dimensional view of the problem-focused coping scale. A study among norwegian physicians. Personality and Individual Differences 1997; 22: 257–67.
11. Aasland OG, Javo C, Larsen A. Utenlandske leger ved norske sykehus. Tidsskr Nor Laegeforen 1997; 117: 4246–50.
12. Akre V, Falkum E, Hoftvedt BO, Aasland OG. The communication atmosphere between physician colleagues: competitive perfectionism or supportive dialogue? A Norwegian study. Soc Sci Med 1997; 44: 519–26.
13. Kristiansen IS, Førde OH, Aasland OG, Hotvedt R, Johnsen R, Førde R. Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial. Lancet 2001; 357 (9264): 1258–61.
14. Stavem K, Hofoss D, Aasland OG, Loge JH. The self-perceived health status of Norwegian physicians compared with a reference population and foreign physicians. Scand J Public Health 2001; 29: 194–99.
15. Stavem K, Hofoss D, Aasland OG. Work characteristics and morbidity as predictors of self-perceived health status in Norwegian physicians. Scand J Public Health 2003; 31: 375–81.
16. Aasland O. La salute dei medici e migliori di quella dei pazienti? Salute e Societa 2004; 111: 161–81.
17. Løvseth L, Aasland OG, Gøtestam KG. Professional secrecy as a stressor among Norwegian physicians. Eur J Psychiatry 2005; 19: 159–64.
18. Aasland OG, Førde 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: 13–17.
19. Langballe EM, Falkum E, Innstrand ST, Aasland OG. The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory – General survey in representative samples of eight different occupational groups. Journal of Career Assessment. 2006;14:370–84.
20. Aasland OG, Hagen TP, Martinussen PE. Sykehuslegenes syn på sykehusreformen. Tidsskr Nor Laegeforen 2007; 127: 2218–21.
21. Aasland OG, Førde R. Legers faglige ytringsfrihet. Tidsskr Nor Laegeforen 2008; 128: 1838–40.
22. Langballe EM, Innstrand ST, Hagtvat KA, Falkum E, Aasland OG. The relationship between burnout and musculoskeletal pain in seven Norwegian occupational groups. Work 2009; 32 (2): 179–188.
23. Løvseth LT, Aasland OG, Fridner A, Jonsdottir LS, Marini M, Linaker OM. Confidentiality and physicians' health. A cross-sectional study of university hospital physicians in four European cities (the HOUPE-study). J Occup Health 2010; 52 (5): 263–71.
24. Andersen GR, Aasland OG, Fridner A, Løvseth LT. Harassment among university hospital physicians in four European cities. Results from a cross-sectional study in Norway, Sweden, Iceland and Italy (the HOUPE study). Work 2010; 37: 99–110.
25. Innstrand ST, Langballe EM, Falkum E, Aasland OG. Exploring within- and between-gender differences in burnout: 8 different occupational groups. Int Arch Occup Environ Health 2011; 84: 813–24.
26. Løvseth LT, Aasland OG, Fridner A, Schenck-Gustafsson K, Jonsdottir LS, Einarsdottir T, Marini M, Minucci D, Pavan L, Gøtestam KG, Linaker OM. Confidentiality as a barrier to support seeking among physicians: The influence of psychosocial work factors in four European hospitals (the HOUPE study). Work 2013. DOI: 10.3233/WOR-131725.
27. Rosta J, Aasland OG. Work hours and self rated health of hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. BMC Health Serv Res 2011; 11: 40.
28. Solberg IB, Isaksson Rø KI, Aasland OG, Gude T, Moum T, Vaglum P, Tysse R. The impact of change in a doctor's job position: a five-year cohort study of job satisfaction among Norwegian doctors. BMC Health Serv Res 2012; 12: 41.

«Det å bruke alkohol for å «avreagere fra en krevende jobbsituasjon» kan bli en farlig vane, og leger som er ruset på jobb, 'representerer en risiko for pasienter, medarbeidere og for legeprofesjonens omdømme'.»

«Man kan
konkludere med
at satsningen
på legeforskning
'har lyktes' ved
at mange ulike
problemstillinger
er blitt belyst, og
ved at forskningen
er blitt nasjonalt
og internasjonalt
anerkjent.»

29. Rosta J, Tellnes G, Aasland O. 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 (1): 199.
30. Aasland OG, Førde R. Hvordan påvirkes legers personlige og profesjonelle liv av uheldige hendelser? Rapport 7/2009. Oslo: Helsetilsynet, 2009.
31. Aasland OG, Rosta J. Hvordan har overlegene det? Overlegen 2011; 1: 47–55.
32. Aasland OG, Rosta J. Norske leger i spesialisering – hvordan har de det? Forum for yngre leger 2013 (2): 21–23.
33. Aasland OG. Working conditions and standards of life for Norwegian physicians in the 1990s as seen by themselves. The Norwegian research programme on physician health and welfare I: Larsen Ø, red. The shaping of a profession: Physicians in Norway, past and present. Canton, MA: Science History Publications, 1996: 467–79.
34. Aasland OG. Morbidity and subjective well-being I: Larsen Ø, red. The shaping of a profession: Physicians in Norway, past and present. Canton, MA: Science History Publications, 1996: 470–80.
35. Aasland OG. Legenes helse – bedre enn pasientenes? I: Berg O, Sogaard AJ, Aasland OG, red. Medisin og samfunn. Festskrift til Grete Botten i anledning hennes 60-årsdag. Oslo: Unipub, 2003: 251–60.
36. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Hva påvirker allmennlegenes kontraktsvalg og flytteplaner? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3134–9.
37. Grytten JS, I, Sørensen R, Aasland OG. Fastlegeordningen og endringer i legenes tjenesteproduksjon. Tidsskrift for Velferdsforskning 2004 (2): 78–89.
38. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Endringer i tjenesteproduksjon og tilgjengelighet under fastlegeordningen Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 362–4.
39. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Legenes arbeidssituasjon etter ett år med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 358–61.
40. Grytten J, Skau I, Aasland OG. Arbeidsbelastning blant kvinnelige og mannlige fastleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1850–2.
41. Aasland O, Rosta J. Fastlegenes arbeidstid 2000–08. Tidsskr Nor Lægeforen 2011; 131: 1076–80.
42. Grytten J, Schau I, Sørensen RJ, Aasland OG. Fastlegereformen. En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. Forskningsrapport 11/2003. Oslo: Institutt for offentlige styringsformer, Handelshøyskolen BI, 2003.
43. Gogstad A, Aasland OG. Hvordan har de pensjonerte legene det? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1378–82.
44. Gogstad A, Aasland OG. Helse og levekår hos eldre generelt og eldre leger spesielt. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 46–48.
45. Østerlie W, Forsmo S, Ringdal K, Schei B, Aasland OG. Opplever legene at partnerne er gode støttespillere i yrkeskarrieren Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2296–9.
46. Innstrand S, Langballe E, Espnes G, Falkum E, Aasland OG. Positive and negative work-family interaction and burnout: A longitudinal study of reciprocal relations. Work & Stress 2008; 22: 1–15.
47. Innstrand ST, Langballe EM, Falkum E, Espnes GA, Aasland OG. Gender-specific perceptions of four dimensions of the work/family interaction. Journal of Career Assessment 2009; 17: 402–16.
48. Innstrand ST, Langballe EM, Espnes GA, Aasland OG, Falkum E. Work-home conflict and facilitation across four different family structures in Norway. Work & Family 2010; 13: 231–49.
49. Innstrand ST, Langballe EM, Espnes GA, Aasland OG, Falkum E. Personal vulnerability and work-home interaction: the effect of job performance-based self-esteem on work/home conflict and facilitation. Scand J Psychol 2010; 51: 480–7.
50. Langballe EM, Innstrand ST, Aasland OG, Falkum E. 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.
51. Nylenna M, Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994–2002. BMC Health Serv Res 2005; 5: 44.
52. Nylenna M, Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Job satisfaction among Norwegian general practitioners. Scand J Prim Health Care 2005; 23 (4): 198–202.
53. Rosta J, Nylenna M, Aasland OG. Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. Scand J Public Health 2009; 37: 503–8.
54. Nylenna M, Aasland OG. Jobtilfredshet blant norske leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130: 1028–31.
55. Aasland OG, Rosta J, Nylenna M. Healthcare reforms and job satisfaction among doctors in Norway. Scand J Public Health 2010; 38: 253–8.
56. Voltmer E, Rosta J, Siegrist J, Aasland OG. Job stress and job satisfaction of physicians in private practice: comparison of German and Norwegian physicians. Int Arch Occup Environ Health 2012; 85: 819–28.
57. Kvaerner KJ, Aasland OG, Botten GS. Female medical leadership: cross sectional study. BMJ 1999; 318 (7176): 91–4.
58. Haffner J, Mürer FA, Aasland OG. Avdelingsoverlegen – utvalgt og utdannet som leder. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3004–6.
59. Haffner J, Mürer FA, Aasland OG. Avdelingsoverlegen – leder eller lege? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3002–4.
60. Aasland OG, Akre V. Fra distriktslege til resultatområdeleder. Leger som ledere i primærhelsetjenesten. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt, 2003.
61. Gulsvik A, Aasland OG. Høyere lønn som stimuleringsiltak for vitenskapelig aktivitet. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2113–6.
62. Schlichting E, Nielsen HB, Fosså SD, Aasland OG. Kvinners karriereutvikling i klinisk akademisk medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2109–12.

63. Nylenna M, Aasland OG. Forskere fornøyd med det meste – unntatt lønnen. LVS-info 2010; 3: 8–10.
64. Hem E, Grinvold NT, Aasland OG, Ekeberg Ø. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *European psychiatry*. Eur Psychiatry 2000; 15 (3): 183–9.
65. 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 (2): 259–65.
66. Aasland OG. Mortality of anesthesiologists, pediatricians, and other specialists in Norway. *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46: 1200–2.
67. Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, Tyssen R, Vaglum P, Ekeberg Ø. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960–2000. *Psychol Med* 2005; 35: 873–80.
68. Aasland OG, Hem E, Haldorsen T, Ekeberg Ø. Mortality among Norwegian doctors 1960–2000. *BMC Public Health* 2011; 11: 173.
69. Rosta J, Aasland OG. Changes in the lifetime prevalence of suicidal feelings and thoughts among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 322.
70. Hem E, Aasland OG, Ekeberg O. Are anaesthetists prone to suicide? A review of rates and risk factors. *Anaesth Intensive Care* 2004; 32: 288–9.
71. Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, Tyssen R, Vaglum P, Ekeberg Ø. Suicide among physicians. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 2199–200.
72. Førde R, Aasland OG, Falkum E. The ethics of euthanasia – attitudes and practice among Norwegian physicians. *Soc Sci Med* 1997; 45: 887–92.
73. Førde R, Aasland OG, Nilsen TH. Medisinsk avslutning av liv. Er legenes holdninger forskjellige fra befolkningens? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997; 117: 1135–7.
74. Førde R, Lie S, Aasland OG. Kurs i medisinsk etikk. Et pliktlop for klinikere? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997; 117 (8): 1138–40.
75. Aasland OG. Evaluering av Legeforeningens handlingsplan for bedre prevensjonsveiledning og reduserte aborttall. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000; 120: 1642–5.
76. Førde R, Aasland OG, Falkum E, Breivik H, Kaasa S. Lindrende sedering til døende i Norge. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001; 121: 1085–8.
77. Førde R, Aasland OG, Steen PA. Medical end-of-life decisions in Norway. *Resuscitation* 2002; 55: 235–40.
78. Aasland OG, Førde R. Legers holdninger og praksis i forhold til legemiddelindustrien. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004; 124: 2603–6.
79. Gulbrandsen P, Aasland OG, Førde R. Legeattester for å hjelpe pasienten. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004; 124: 192–4.
80. Førde R, Kongsgaard U, Aasland OG. Lindrende sedering til døende. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2006; 126: 471–4.
81. Førde R, Aasland OG. Moral distress among Norwegian doctors. *J Med Ethics* 2008; 34: 521–5.
82. Hagen EM, Therkelsen OB, Førde R, Aasland OG, Janvier A, Hanssen TW. Challenges in reconciling best interest and parental exercise of autonomy in pediatric life-or-death situations. *J Pediatr* 2012; 161: 146–51.
83. Førde R, Aasland OG. Moralsk stress og faglig ytringsfrihet blant leger. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2013; 133: 1310–4.
84. Hansen TW, Janvier A, Aasland O, Førde R. Ethics, choices, and decisions in acute medicine: a national survey of Norwegian physicians' attitudes. *Pediatr Crit Care Med* 2013; 14 (2): e63–9.
85. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen i Norge. *Nordisk medicin* 1995; 110: 65–7.
86. Tjerbo T, Kvaerner KJ, Botten G, Aasland OG. Bruk av incentiver for å øke svarandelen i spørreskemaundersøkelser. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005; 125: 2496–7.
87. Aasland OG, Nylenna M. Leger som røyker. En undersøkelse av norske legers røykevaner og levevaner. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997; 117: 332–7.
88. Tyssen R, Vaglum P, Aasland OG, Grønvold NT, Ekeberg Ø. Use of alcohol to cope with tension, and its relation to gender, years in medical school and hazardous drinking: a study of two nation-wide Norwegian samples of medical students. *Addiction* 1998; 93: 1341–9.
89. Gulbrandsen P, Aasland OG. Endringer i norske legers alkoholvaner 1985–2000. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002; 122: 2791–4.
90. Kjøbli J, Tyssen R, Vaglum P, Aasland OG, Grønvold NT, Ekeberg Ø. Personality traits and drinking to cope as predictors of hazardous drinking among medical students. *J Stud Alcohol* 2004; 65: 582–5.
91. Rosta J, Aasland OG. Female surgeons' alcohol use: a study of a national sample of norwegian doctors. *Alcohol Alcohol* 2005; 40: 436–40.
92. Aasland OG. Alkohol i Danmark sett med norske øyne. *Michael* 2006; Suppl 3: 64–71.
93. Grotmol KS, Vaglum P, Ekeberg Ø, Gude T, Aasland OG, Tyssen R. Alcohol expectancy and hazardous drinking: a 6-year longitudinal and nationwide study of medical doctors. *Eur Addict Res* 2010; 16: 17–22.
94. Rosta J, Aasland OG. Age differences in alcohol drinking patterns among Norwegian and German hospital doctors—a study based on national samples. *Ger Med Sci* 2010; 8. Doi: 10.3205/000094.
95. 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.
96. Aasland OG. Veiene ut av virkeligheten – fra rus til selvmord. I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K et al, red. *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 340–5.
97. Aasland OG, Kallevik SA. Er leger mer interessert i musikk enn andre yrkesgrupper? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1993; 113: 3737–42.

98. Nylenna M, Aasland OG, Falkum E. Survey of Norwegian doctors' cultural activities. *Lancet* 1996; 348 (9043): 1692–4.
99. Nylenna M, Aasland OG. Kulturell og musikalsk aktivitet blant norske leger *Tidsskr Nor Laegeforen* 2013; 133: 1307–10.
100. Nylenna M, Aasland OG, Falkum E. Keeping professionally updated: Perceived coping and CME profiles among physicians. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 1996; 16: 241–9.
101. Aasland OG, Nylenna M. Tidsskriftets leserundersøkelse 1999. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999; 119: 2482–6.
102. Nylenna M, Hjortdahl P, Aasland OG. Internet-bruk blant norske leger. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999; 119: 4342–4.
103. Nylenna M, Aasland OG. Physicians' Internet activities and their perceived coping with the medical information. *Med Gen Med* 2000; 2 (1): E7.
104. Nylenna M, Aasland OG. Ni av ti norske leger på nettet. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000; 120: 3280–2.
105. Nylenna M, Aasland OG. Primary care physicians and their information-seeking behaviour. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18 (1): 9–13.
106. Gjersvik PJ, Nylenna M, Aasland OG. Hvordan holder norske hudleger seg faglig oppdatert? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001; 121: 3515–8.
107. Gjersvik PJ, Nylenna M, Aasland OG. Use of the Internet among dermatologists in the United Kingdom, Sweden and Norway. *Dermatol Online J* 2002; 8 (2): 1.
108. Treweek S, Flottorp S, Fretheim A, Havelsrud K, Kristoffersen DT, Oxman A, Aasland OG. Hva gjør fastleger for å holde seg faglig oppdatert? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005; 125: 304–6.
109. Nylenna M, Aasland OG. Doctors' learning habits: CME activities among Norwegian physicians over the last decade. *BMC Med Educ* 2007; 7: 10.
110. Aasland OG. Tidsskriftets leserundersøkelse 2007. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2008; 128: 1512–4.
111. Aasland OG, Wiers-Jenssen J. Oslo96-reformen og faglig oppdateringspraksis. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2013; 133: 2478–80.
112. Mønter Sellevold OF, Stenseth RM, Aadahl P, Bjørngaard M, Dragsund S, Aasland OG. Hva får vi igjen for de obligatoriske kurs i spesialistutdanningen? *NAForum*. 2008 (1): 32–7.
113. Aasland OG, Falkum E, Thaulow IS. Hva vet norske leger om egne hjelpe- og støtteordninger? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2006; 126: 3256–7.
114. Isaksson Rø K, Gude T, Aasland OG. Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce. *BMC Public Health* 2007; 7: 36.
115. Isaksson Rø K, Gude T, Tyssen R, Aasland OG. Counselling for burnout in Norwegian doctors; one-year cohort study. *BMJ* 2008; 337 (a2004).
116. Isaksson Rø K, Tyssen R, Hoffart A, Sexton H, Aasland OG, Gude T. A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health* 2010; 10: 213.
117. Isaksson Rø K, Tyssen R, Gude T, Aasland OG. 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.
118. Wiers-Jenssen J, Aasland OG. Endringer i medisinstudenters karrierepreferanser under første del av studiet *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999; 119: 2858–64.
119. Rosendahl K, Aasland OG, Aslaksen A, Nordby A, Braband K, Akre V. Hvordan er det å være utdanningskandidat i radiologi? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000; 120: 2289–92.
120. Wiers-Jenssen J, Aasland OG. Norske medisinstudenter i utlandet – bakgrunn, studieinnsats og tilfredshet. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001; 121: 1671–6.
121. Aasland OG, Wiers-Jenssen J. Norske medisinstudenter i utlandet – karriereplaner, personlighet, røyking og alkoholbruk. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001; 121: 1677–82.
122. Wiers-Jenssen J, Aasland OG. Har Oslo96-reformen ført til endringer i studenttilfredshet og studieatferd? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004; 124: 2100–3.
123. Aasland OG, Rovik JO, Wiers-Jenssen J. Legers motiver for valg av spesialisitet under og etter studiet. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2008 (16): 1833–7.
124. Voltmer E, Rosta J, Aasland OG, Spahn C. Study-related health and behavior patterns of medical students: A longitudinal study. *Med Teach* 2010; 32 (10): e422–8.
125. Vågan A, Aasland OG. Legesentrert og pasientsentrert klinisk kommunikasjon blant leger utdannet før og etter Oslo96-reformen. *Michael* 2011; 8: 317–28.
126. Wesnes SL, Aasland O, Børheim A. Career choice and place of graduation among physicians in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2012; 30: 35–40.
127. Wiers-Jenssen J, Aasland OG. Selvvurderte ferdigheter blant norske leger utdannet i utlandet og i Norge. *Søkelys på arbeidslivet* 2010 (26): 364–78.
128. Aasland OG, Borchgrevink CF, Fugelli P. Norske leger og alternativ medisin. Kunnskaper, holdninger og erfaringer. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997; 117: 2464–8.
129. Hjortdahl P, Nylenna M, Aasland OG. Internett og lege-pasient-forholdet – fra «takk» til «hvorfor». *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999; 119: 4339–41.
130. Botten G, Aasland OG. Befolkningens ønsker om helsetjenester. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000; 120: 2995–9.
131. Haffner J, Mürer FA, Aasland OG. Er kvalitetssikring bare en floskel? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000; 120: 3010–2.
132. Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002; 122: 1874–9.

133. Røttingen JA, Feruglio SL, Aasland OG, Fugelli P. Lokal og global miljømedisin – norske legers vurderinger.. Tidsskr Nor Laegeforen 2002; 122: 1285–9.
134. Nordlie E, Vøyvik T, Aasland OG. Behandlingstilbud for medikamentavhengige. Tidsskr Nor Laegeforen 2002; 122: 2455–7.
135. Halvorsen PA, Kristiansen IS, Aasland OG, Førde OH. Medical doctors' perception of the «number needed to treat» (NNT). A survey of doctors' recommendations for two therapies with different NNT. Scand J Prim Health Care 2003; 21 (3): 162–6.
136. Storeheier AH, Aasland OG, Finsen V. Påvirker innsikt operasjonshyppighet? Tidsskr Nor Laegeforen 2005; 125: 718–20.
137. Treweek S, Flottorp S, Fretheim A, Havelrud K, Kristoffersen DT, Oxman A, Aasland OG. Retningslinjer i allmennpraksis – blir de lest og blir de brukt? Tidsskr Nor Laegeforen 2005; 125: 300–3.
138. Kvarner KJ, Tjørbo T, Botten G, Aasland OG. Epikrisen som samhandlingsverktøy Tidsskr Nor Laegeforen 2005; 125: 2815–7.
139. Førde R, Pedersen R, Nortvedt P, Aasland OG. Får eldreomsorgen nok ressurser. Tidsskr Nor Laegeforen 2006; 126: 1913–6.
140. Bringedal B, Aasland OG. Legers bruk og vurdering av grønn resept. Tidsskr Nor Laegeforen 2006; 126: 1036–8.
141. Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. Scand J Prim Health Care 2007; 25: 20–6.
142. Andresen H, Aasland OG. Helsepersonells håndtering av pasientopplysninger. Tidsskr Nor Laegeforen 2008; 128: 2823–7.
143. Levorsen A, Kristiansen IS, Aasland OG. Legers erfaringer med individuell refusjon for legemidler. Tidsskr Nor Laegeforen 2008; 128: 1829–32.
144. Finsen V, Storeheier AH, Aasland OG. Cesarean section: Norwegian women do as obstetricians do – not as obstetricians say. Birth 2008; 35: 117–20.
145. Bringedal B, Aasland OG. Erfaringer med sykemeldingsordningen. Tidsskrift for Velferdsforskning 2008; 2: 96–104.
146. Aasland OG, Nygaard P, Nilsen P. The long and winding road to widespread implementation of screening and brief intervention for alcohol problems: A historical overview with special attention to the WHO initiatives. NAT, Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2008; 25: 469–76.
147. Aasland OG, Johannesen A. Screening and brief intervention for alcohol problems in Norway. Not a big hit among general practitioners. NAT, Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2008; 25: 515–21.
148. Ulvenes LV, Aasland OG, Nylenna M, Kristiansen IS. Norwegian physicians' knowledge of and opinions about evidence-based medicine: cross-sectional study. PLoS One 2009; 4 (11): e7828.
149. Varvin S, Aasland OG. Legers forhold til flyktningpasienten. Tidsskr Nor Laegeforen 2009; 129: 1488–90.
150. Rogg L, Loge JH, Aasland OG, Graugaard PK. Physicians' attitudes towards disclosure of prognostic information: a survey among a representative cross-section of 1605 Norwegian physicians. Patient Educ Couns 2009; 77: 242–7.
151. Aasland OG, Spilhaug G, Johannesen A. Fastlegers syn på legemiddelassistert rehabilitering og rusreformen. Tidsskr Nor Laegeforen 2009; 129: 97–100.
152. Nygaard P, Paschall MJ, Aasland OG, Lund KE. Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. Alcohol Alcohol 2010; 45: 207–12.
153. Nygaard P, Aasland OG. Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. Alcohol Alcohol 2011; 46: 52–60.
154. Aasland OG, Bringedal B, Ronge K. Aldersgrense for legers autorisasjon og lisens. Tidsskr Nor Laegeforen 2010; 130: 1917–20.
155. Rogg L, Aasland OG, Graugaard PK, Loge JH. Direct communication, the unquestionable ideal? Oncologists' accounts of communication of bleak prognoses. Psychooncology 2010; 19: 1221–8.
156. Halvorsen PA, Wisløff TF, Støvring H, Aasland OG, Kristiansen IS. Therapeutic decisions by number needed to treat and survival gains: a cross-sectional survey of lipid-lowering drug recommendations. Br J Gen Pract 2011; 61 (589): e477–83.
157. Berget G, Grepperud S, Aasland OG, Braastad BO. Animal-assisted interventions and psychiatric disorders: Knowledge and attitudes among general practitioners, psychiatrists and psychologists. Society & Animals 2013; 21: 284–93.
158. Waal H, Brekke M, Clausen T, Lindbæk M, Rosta J, Skeie I, Aasland OG. Fastlegers syn på legemiddelassistert rehabilitering. Tidsskr Nor Laegeforen 2012; 132: 1861–6.
159. Halvorsen PA, Edwards A, Aaraas IJ, Aasland OG, Kristiansen IS. What professional activities do general practitioners find most meaningful? Cross sectional survey of Norwegian general practitioners. BMC Family Practice 2013; 14: 41.
160. Aasland OG. Medisinsk teknologi – fra briller til genmanipulerte transplanterte svinehjerter. Retfærd 75. Nordisk juridisk tidsskrift 1996 (19): 4–19.
161. Aasland OG. Die Europäische Gemeinschaft und ihr Einfluß auf die Suchtpräventionspolitik I: Richter G, Rommelspacher H, Spies C, red. Alkohol, Nikotin, Kokain ... und kein Ende? Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts. Lengerich: Pabst Science Publishers, 2002: 28–52.
162. Kjørheim K, Mykletun R, Aasland OG, Haldorsen T, Andersen A. Heavy drinking in the restaurant business: the role of social modelling and structural factors of the work-place. Addiction 1995; 90 (11): 1487–95.
163. Kjørheim K, Haldorsen T, Andersen A, Mykletun R, Aasland OG. Work-related stress, coping resources, and heavy drinking in the restaurant business. Work & Stress 1997; 11: 6–16.
164. Rognstad MK, Nortvedt P, Aasland OG. Helping motives in late modern society: values and attitudes among nursing students. Nurs Ethics 2004; 11: 227–39.
165. Rognstad M-K, Aasland O, Granum V. How do nursing students regard their future career? Career preferences in the post-modern society. Nurse Educ Today 2004; 24 (7): 493–500.
166. Havelrud K, Flottorp S, Fretheim A, Kristoffersen DT, Oxman A, Treweek S, Aasland OG. Hva gjør fastlegenes medarbeidere for å holde seg faglig oppdatert? Tidsskr Nor Laegeforen 2005; 125: 307–9.

167. Rognstad MK, Aasland O. Change in career aspirations and job values from study time to working life. *J Nurs Manag* 2007; 15 (4): 424–32.
168. Isaksson Rø K, Gude T, Tyssen R, Aasland OG. A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: One-year follow-up study. *Patient Educ Couns* 2010; 78 (2): 191–7.
169. Lovseth LT, Aasland OG. Confidentiality as a barrier to social support: A cross-sectional study of Norwegian emergency and human service workers. *International Journal of Stress Management* 2010; 17 (3): 214–31.
170. von Krogh G, Naden D, Aasland OG. Testing a nursing-specific model of electronic patient record documentation with regard to information completeness, comprehensiveness and consistency. *J Clin Nurs* 2012; 21 (19–20): 2930–9.
171. Aasland OG. Den moderne legerollen: Å gjenopprette balansen mellom hjerne og hjerte. *Omsorg* 1999 (1): 28–30.
172. Light DW, Aasland OG. Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1870–3.
173. Aasland OG. Legekunsten – en elefant i rommet. I: Botten GS, Frich J, Hagen TP et al, red. *Helsetjenestens nye logikk*. Oslo: Akademika, 2014: 173–84.
174. Aasland OG. Helter og skurker og faren ved å være lege. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 1837–8.
175. Aasland OG. Får legene mange barn? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 2021.
176. Aasland OG. Det medisinske parløpet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 2452.
177. Aasland OG. Legekunsthåndverker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2014; 134: 912.
178. Aasland OG. The Norwegian way. *BMJ* 2003; 326 (7391): S102.
179. Aasland OG. Lege i Velferds-Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2014; 134: 864.
180. Aasland OG. Eliteleger og grasrotleger – en økende konflikt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 920.
181. Aasland OG. Det er menneskelig å hjelpe den som feiler. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 4364.
182. Aasland OG. The physician role in transition: is Hippocrates sick? *Soc Sci Med* 2001; 52 (2): 171–3.
183. Aasland OG. Legerollen. Fra pistedall til skammel. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 61–2.
184. Aasland OG. Lege – leg deg selv. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 927.
185. Aasland OG. Bakerens barn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3504.
186. Aasland OG. Hospital modernista. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3638–9.
187. Aasland OG. Kan man dø av mangel på autonomi? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 3847.
188. Aasland OG. Dør anestesileger tidligere enn forventet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2946.
189. Aasland OG. Physician suicide – why? *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 1–2.
190. Aasland OG, Førde R. «Stockholm open» i prioritering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 3372–3.
191. Aasland OG. Som fanden leser bibelen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3832–3.
192. Aasland OG. Vitenskap og fornuft – og følelser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2011; 131: 2455–6.
193. Aasland OG. Alle norske leger på nettet i år 2000? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 1928.
194. Aasland OG. Propillekjørere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 198–9.
195. Aasland OG. Alkohol – mer enn vin til maten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 2757–8.
196. Aasland OG. Alkohol og det gode liv – solidaritet eller marked? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1073.
197. Bramness J, Aasland OG. Rus og nevrobiologi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2311–2.
198. Aasland OG. Alkohol og EU – fri flyt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 188–9.
199. Aasland OG. Hverdagsdøpens ofre. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1820.
200. Aasland OG. Alkohol og fjæresteiner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2848.
201. Aasland OG. Leger som ruser seg. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 913.
202. Aasland OG. Alkoholpolitisk brønnpissing. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 3180.
203. Aasland OG. Alkoholvaner – født sann eller blitt sann? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2012; 132: 382.
204. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen er i gang. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 1770.
205. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 95.
206. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen: De fleste spørsmålene er stilt til andre før. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 271.
207. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen: Livsstil. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 510–1.
208. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen: Mål for helse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 645.
209. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen: Anonymitet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 885.
210. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen. Endelig. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 1001.
211. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen. Faglig autonomi! *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 1155.
212. Aasland OG, Grønbold NT. Fra student til lege. Overveldende god respons så langt, nå er det turnusdelen som står for tur. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 2161.
213. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen lever i beste velgående! *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 2176.
214. Aasland OG. Legeforeningens forskningsinstitutt – oppgaver og resultater. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 3724.
215. Aasland OG. Publikasjoner fra Legeforeningens forskningsinstitutt per desember 1996. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 3725.





Foto: Privat

Kari Ronge

(f. 1958) er cand.philol. fra Universitetet i Oslo (1989), med hovedfag i nordisk språk og litteratur. Hun var i sju år lærer og senere lektor i videregående skole før hun ble journalist/skribent på heltid, deriblant i Røyken og Hurums Avis (1992–2000). Hun har vært redaktør for flere bøker med helsefaglige temaer, skrevet bamebøker og lokalhistoriske skrifter. Hun har hatt sitt virke i Legenes hus de siste 14 år, som journalist i Tidsskrift for Den norske legeforening, som informasjonsrådgiver i Samfunnspolitisk avdeling og fra 2006 som nettrektør og spesialrådgiver (les: «potet») ved Legeforskningsinstituttet.

Hvem er vi? Hva gjør vi?

En oppsummering av Legeforskningsinstituttets virksomhet 1992–2014

Det var 1. april 1992 at startskuddet gikk for det treårige prosjektet Legekårsundersøkelsen, og som førte til at Legeforeningens forskningsinstitutt ble formelt opprettet i 1995. I 2013 ble navnet endret til Legeforskningsinstituttet (LEFO).

Målsetting for virksomheten har ikke endret seg vesentlig fra starten. LEFO forsker på:

- legers helse, livskvalitet og arbeid
- samfunnsmessige og organisatoriske betingelser for god profesjonsutøvelse
- legers holdninger, etikk og prioriteringer
- legerollen i endring

LEFOs stab består i dag av sju ansatte i 5,1 årsverk, hvorav fire er i forskerstillinger. Vi holder til i Legeforeningens lokaler, sentralt i Oslo. Aktiviteten er i hovedsak finansiert av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), med delfinansiering av Den norske legeforening og inntekter fra eksterne forskningsoppdrag.

Bakgrunnen – kildene – kollegiet

De som har, eller har hatt, kontorplass i LEFOs arbeidsfellesskap siden 1992, er (årstall for ansettelse i parentes):

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| • Olaf Gjerløw Aasland (1992–) | • Cecilie Normann Birkeli (2002–) |
| • Erik Falkum (1992–2001) | • Berit Seljebotn (2003) |
| • Wenche S. Hvitmyhr (1992–) | • Tatiana Fedorova (2004–2005) |
| • Victoria Akre (1993–2003) | • Berit Bringedal (2005–) |
| • Anne Kathrine Nore (1993) | • Kari Ronge (2006–) |
| • Reidun Førde (1995–2007) | • Ole Tunold (2006–2008) |
| • Elisabeth Gjerberg (1996–2000) | • Judith Rosta (2008–) |
| • Per Haave (2000–2004) | • Karin Isaksson Rø (2010–) |
| • Pål Gulbrandsen (2002) | |

Vårt «hovedprodukt» er publikasjoner i fagfellelvurderte nasjonale og internasjonale tidsskrifter. I en publikasjonsdatabase på LEFOs hjemmeside på Internett, <http://www.legeforsk.org>, har samtlige publikasjoner fått sin egen omtale. De blir der presentert med sammendrag, i hovedsak både på

engelsk og norsk. Artikler er også lenket til fulltekstversjon der disse er fritt tilgjengelige. Av den grunn vil kun et fåtall enkeltpublikasjoner få spesifikk omtale i dette bidraget, utover de som tatt med i litteraturlisten.

Grunnlag for dette bidraget er forskningsinstituttets årsmeldinger i perioden, skriftlig dokumentasjon fra Legeforeningens arkiv og Internett-siden *Legeforsk.org*. Via faksimile av en artikkel som sto på trykk i *Tidsskrift for Den norske legeforening* i 1992 – med Olaf Gjerløw Aasland som forfatter – har vi valgt å la Legekårsundersøkelsens organisering bli eksplisitt beskrevet (1). Øvrige kilder framgår i den løpende teksten og i litteraturlisten.

«Det manglet ikke på ambisjoner: Jeg har fått se programkatalogen for det som snart ble Legekårsundersøkelsen. Den er på over 50 sider – og bare innholdsfortegnelsen over de prosjektene man ønsket utført, utgjorde sju sider! Det kunne se ut som det skulle opprettes et helt fakultet.» Slik lød SOP-styreleder Hans Kristian Bakkes oppsummering da LEFO feiret sitt 20-årsjubileum i 2012 med et fagseminar (2).

En anelig mengde publikasjoner er utgått fra LEFO i perioden 1992–2014. Instituttets forskere har selv stått for og bidratt til snaut 350 publikasjoner, skrevet eller bidratt til 13 doktoravhandlinger (3–15), sørget for en lang rekke mastergradsarbeider – foruten å ha levert mangfoldige kronikker, leder- og kommentarartikler til tidsskrifter og dagspresse. Inkludert dette festskriftet er det også fire bokutgivelser (16–18).

Noen aktiviteter og fortsatt pågående LEFO-studier har vi valgt å nevne spesielt i denne framstillingen. Legekår og legeatferd, profesjonsetikk, karrierevalg og hvordan helsepolitiske og organisatoriske forhold virker inn på legenes kliniske virksomhet, er stikkord for spørreundersøkelsene som medlemmene i vårt referansepanel deltar i. Panelet består i dag av ca. 1 800 yrkesaktive leger og har vært vår viktigste datakilde siden 1994 (19, 20). Vi skal senere beskrive panelundersøkelsene nærmere, men allerede nå konstatere at det hittil er publisert hele 49 studier basert på data fra panelet. I litteraturlisten har vi tatt med samtlige artikler som inkluderer data fra panelet, idet de speiler bredden i det som er undersøkt (21–69). Vi har ført opp de nyeste studiene først, det samme gjelder doktoravhandlinger og bøker som LEFO har bidratt til. I likhet med øvrige publikasjoner som LEFOs stab har vært involvert i, vil man ved et søk på *Legeforsk.org* også finne omtale av alle disse.

Vi har valgt å gi ekstra oppmerksomhet til en sluttrapport fra Legekårsundersøkelsen som daværende styringsgruppeleder Dagfinn Gedde-Dahl og prosjektleder Olaf Gjerløw Aasland høsten 1995 leverte til Legeforeningens sentralstyre og SOP-styret. Sluttrapporten oppsummerer aktivitetene de første tre årene (70). Etttertiden har vist at planer og betraktninger som ble gitt om den daværende og forestående virksomheten ved LEFO, i stor grad ble realisert – og refleksjonene er fortsatt relevante og aktuelle.

Både denne rapporten og andre kilder som vi refererer fra i dette bidraget, har i stor grad vært ført i pennen av Olaf Gjerløw Aasland. Han har i disse 22 årene formulert budskap i en språkdrakt som



Foto: Lise B. Johannessen

Wenche S. Hvitmyhr

(f. 1957) har vært forskningssekretær ved Legeforskningsinstituttet i 22 år, de tre første årene som prosjektsekretær for Legekårsundersøkelsen. Hun har foruten sekretærutdanning også studert engelsk og husflidsfag, har jobbet i lengre tid som produksjonssekretær ved Det Norske Teatret og to år som administrasjonssekretær i Coca Cola Norge. Ved Legeforskningsinstituttet jobber hun med forsker- og prosjektstøtte, deriblant tilrettelegging av datainnsamlinger for Referansepanelet, og har bl.a. ansvar for den praktiske gjennomføringen av konferanser og seminarer i LEFOs regi.

stadig står seg – med perspektiver som fortsatt er gyldige. Det har derfor vært naturlig for oss å sitere, framfor å kommentere.

Legekårsundersøkelsen – 20 årsverk og 9266 leger under lupen

Virksomheten de tre første årene kan sammenfattes slik prosjektleder Aasland gjorde da han og styringsgruppens leder, Dagfinn Gedde-Dahl, leverte sin sluttrapport:

«Legekårsundersøkelsen startet 1. april 1992 og varte til 31. mars 1995. Den opparbeidede kompetansen blir videreført som *Legeforeningens forskningsinstitutt*.

Prosjektet ble definert som et forskningsprogram med 30 enkeltprosjekter. Data ble innhentet gjennom spørreundersøkelser, intervjuer, og via eksisterende registre. Programmet omfatter både tverrsnittsdata og longitudinelle data. Det første prosjektåret ble brukt til planlegging og forberedelse av datainnhenting. Våren 1993 ble Hovedundersøkelsen, en spørreskjemaundersøkelse til over 9000 yrkesaktive leger gjennomført, med en svarprosent på 72. Data er fremdeles under bearbeiding, men de første av nærmere 100 planlagte publikasjoner forelå allerede ved prosjekttidens utløp.» (70)

Programmet ble finansiert av SOP og omfattet ca. 20 årsverk. Legekårsundersøkelsen hadde hatt tre faste medarbeidere (prosjektleder, forsker og sekretær), og fire stipendiater på prosjektmidler. Seks forskere hadde fått delvis dekning av lønn og/eller driftsmidler, og ti forskere hadde vært engasjert på timebasis eller spesialkontrakt. 15 forskere hadde deltatt aktivt i forskningsarbeidet uten økonomisk støtte, og ytterligere 15 forskere hadde deltatt mer perifert, i referansegrupper eller som medarbeidere på annen måte.

En omfangsrik produksjon deles først med fagfeller

«Erik Falkum og jeg, med mange gode hjelpere, laget en omfattende katalog over alle delprosjekter, med konkrete tittelforslag og forfatterskap på 114 planlagte artikler! Noen av disse materialiserte seg, men mange forble en god idé. Imidlertid har vår produksjon i løpet av disse 20 årene faktisk gått mye lenger enn vi tenkte oss høsten 1992.» (71)

Ved prosjekttidens utløp i 1995 var det publisert seks originalartikler (72–77) og skrevet to hovedoppgaver – den ene i sosiologi, den andre en spesialoppgave ved helseadministrasjonsstudiet, begge innlevert Universitetet i Oslo (78, 79). Ni artikler var sendt til vurdering til vitenskapelige tidsskrifter i innland og utland. Åtte artikkelmanus var nesten ferdige, og ca. 30 var påbegynt, hvorav to bokmanus. – Dessuten var seks studier presentert på internasjonale konferanser, skrev Aasland, som på den måten oppsummerte det som også senere er blitt en viktig del av instituttets virksomhet: *forskningsformidlingen* (dette skal vi komme tilbake til senere).

«Vi har nå
tilbakelagt første
etappe [...],
nemlig å etablere
en omfattende
database med
opplysninger om
de fleste forhold
vedrørende
norske leger,
helse, sykkelighet,
levetår og
arbeidsforhold.»

I tillegg publiserte Olaf Gjerløw Aasland, Erik Falkum og Nina Tangnæs Grønvold et titalls kortere innlegg i *Tidsskrift for Den norske legeforening* for å informere om Legekårsundersøkelsen (80–89). Videre ble forskningsprogrammet kommentert i to lederartikler, signert daværende generalsekretær i Legeforeningen, Harry Martin Svabø (90), og prosjektleder Aasland (91).

Virksomheten de første par årene etter at LEFO var blitt formelt etablert som en fast forskningsenhet, ble oppsummert i flere artikler der instituttssjef Olaf Gjerløw Aasland bl.a. orienterte om de viktigste oppgavene instituttet skulle ha i tiden framover (92–94). Dertil var det ytterligere redaksjonelle oppslag som gjorde den omfattende legekårsforskningen kjent også utenfor Norges grenser, for eksempel i det danske *Ugeskrift for Læger* (95).

Det nordiske forskernettverket, som i 2013 ble gjenopptatt på LEFOs initiativ (96), var ett av mange samarbeidsprosjekter på tvers av landegrensene som fulgte i kjølvannet av slike og lignende oppslag. LEFO-forskernes verv og komitéarbeid knyttet til bl.a. de internasjonale legehelsekonferansene som annethvert år siden tidlig i 1990-årene er blitt arrangert av den britiske, nordamerikanske og kanadiske legeforeningen i fellesskap, er en annen konsekvens av den utstrakte og gjensidige fagfellelvurderingen som etter hvert fant sted i miljøet rundt nordmennene som forsket på legeprofesjonen (97). Tilsvarende kan man si det er for European Association for Physician Health (EAPH), organisasjonen som ble dannet i Oslo i 2009, med LEFO som arrangør (98). De første årene satt Olaf Gjerløw Aasland i EAPHs styre, fra 2011 overtok Karin Isaksson Rø vervet. Styrevervene har bl.a. ført til omfattende komité- og vurderingsarbeid når EAPH senere har arrangert sine samlinger annethvert år, sist i Dublin i 2013 med konferansen «Keeping Doctors Healthy – A European Perspective» (<http://www.eaph.eu/conference.html>) – igjen med en rekke foredrag der LEFOs forskere presenterte pågående studier.

Forskningsinstituttets bibliografi omfatter nå ca. 2000 vitenskapelige artikler, heter det i LEFOs årsmelding for 1994–95. Litteraturreferansene inngikk i databasen som instituttet hadde bygget opp i løpet av prosjektperioden. «Som en nødvendig forutsetning for å kunne gjennomføre godt vitenskapelig arbeid, samles systematisk litteratur omkring legers helse og arbeidsforhold, og forskjellige perspektiver på den moderne legerollen, både nasjonalt og internasjonalt», skrev Olaf Gjerløw Aasland.

Han kunne også fortelle om et stadig økende antall henvendelser om synspunkter og «fakta» omkring legers liv og helse. «Forskningsinstituttet anser det som en viktig del av sin virksomhet å svare raskt og utførlig på slike henvendelser, enten ved hjelp av notater og tabeller, eller ved å komme til møter og arrangementer for å presentere deler av Legekårsundersøkelsen. Det er imidlertid viktig at resultatene av selve analysearbeidet blir publisert før de f.eks. gis til media eller andre», understreket Aasland.

«Resultatene av undersøkelsen vil kunne brukes av Legeforeningen i arbeidet med å forebygge legers helseproblemer og sosiale problemer, bl.a. gjennom å kunne gi et bedre grunnlag for utforming av avtaler som fremmer trivsel i yrket. Videre vil de være til nytte i arbeidet med å hjelpe de legene som allerede har fått problemer av forskjellig slag.»

«Det manglet ikke
på ambisjoner:
Jeg har fått se
programkatalogen
for det som snart
ble Legekårs-
undersøkelsen.
Den er på over
50 sider – og
bare innholdsfor-
tegnelsen over
de prosjektene
man ønsket utført,
utgjorde sju sider!
Det kunne se ut
som det skulle
opprettes et helt
fakultet.»

Formål – nytteverdi

Formålet med instituttet framgikk allerede i årsmeldingen for LEFOs første år (1992–93): «... å produsere vitenskapelige artikler og rapporter om legenes helse, sykелighet, levekår og arbeidsforhold». Artiklene skulle bli publisert i internasjonale fagtidsskrifter og i *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

«Resultatene av undersøkelsen vil kunne brukes av Legeforeningen i arbeidet med å forebygge legers helseproblemer og sosiale problemer, bl.a. gjennom å kunne gi et bedre grunnlag for utforming av avtaler som fremmer trivsel i yrket. Videre vil de være til nytte i arbeidet med å hjelpe de legene som allerede har fått problemer av forskjellig slag. Men de vil også kunne være til nytte for andre yrkesgrupper, og vil til en viss grad kunne belyse generelle samfunnsmessige og helsepolitiske problemstillinger.» (årsmelding 1992–1993)

Legekårsundersøkelsens hovedmålsetting hadde vært å framskaffe så fyldig dokumentasjon som mulig om norske legers helse og arbeidsforhold – et mål som langt på vei ble oppnådd, skrev instituttstyrer Aasland i sin første årsmelding til Legeforeningens politiske ledelse. «Men det er viktig at denne kunnskapen ikke bare blir til forskning for forskningens skyld», la han til. At det ikke var tilfellet, viste de mange forespørslene instituttet hadde fått allerede, «... der vi har kunnet supplere tillitsvalgte, avdelinger og spesialforeninger med informasjon om legers liv og hverdag som vi regner med har gitt et bedre grunnlag for diskusjoner og beslutninger». Slike forespørsler ville det nok bli flere av etter hvert som LEFOs publikasjoner kom på trykk, mente Aasland. «Dessuten er vi i økende grad med som konsulenter i lege-for-lege-arbeidet og andre hjelpetiltak for kolleger med problemer. Vi ser konturene av et aktivt samarbeid med utdanningsinstitusjonene, både for studenter og leger, og vi har allerede så smått begynt å ta eksterne oppdrag.» (92)

Konferanser, undervisning, forskningsformidling

Av plasshensyn kan vi ikke gå nærmere inn på titler og temaer for innlegg som instituttets forskere har vært invitert til å holde i årenes løp – være seg på kurs og i undervisning, eller på konferanser og seminarer i inn- og utland. På *Legeforsk.org* er det imidlertid samlet et utvalg presentasjoner fra de foregående år (se «LEFOs forskningsformidling – arkiv»).

LEFO har i sin virketid selv avviklet en rekke konferanser, seminarer og kurs. Nedenfor nevnes de mest sentrale arrangementer som LEFO har hatt regionen på. På hjemmesiden vår vil man finne et eget område som supplerer informasjonen («Konferanser»), der det bl.a. presenteres program og lenker til innlegg i fulltekst, samt medieomtale av arrangementene:

- **1997: «The physician role in transition: Is Hippocrates sick?»** var en internasjonal konferanse for forskere og helsepolitikere. Konferansen ble gjennomført i samarbeid med representanter for legeforeningene i Danmark, Finland, England, Sverige og USA, og samlet rundt 160 deltakere fra 23 land. De viktigste innleggene fra konferansen ble i 2001 publisert i et spesialnummer av *Social Sciences & Medicine*, og med Olaf Gjøløw Aasland som gjesteredaktør (99).

- **1999: «The physician role in transition»** var et internasjonalt seminar, i samarbeid med Rådet for legeetikk. Hovedtemaer var «Ethical and professional implications of a market driven health care», «From caritas to patients' rights» og «End of life dilemmas and patients' rights».
- **2001: «Marked, etikk og globalisering: Hvem skal styre helsevesenet?»** var en internasjonal konferanse med bl.a. innlegg om helsetjenesten i USA, Norge og Sør-Afrika.
- **2008: «Handling concerns about the performance of doctors»** var en internasjonal konferanse i samarbeid med den britiske organisasjonen National Clinical Assessment Service (NCAS), de medisinske fakulteter ved universitetene i Bergen og Oslo, Statens helsetilsyn, Rådet for legeetikk, Helsedirektoratet, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell og Statens helsepersonellnemnd (100–102). Konferansen samlet 67 deltakere fra ni land.
- **2009: «European Association for Physician Health».** Konferansen ble arrangert i samarbeid med NCAS og British Medical Association. Det europeiske legehelsenettverket EAPH (www.eaph.eu) ble stiftet, og planer ble lagt for det videre arbeidet i organisasjonen (98). Allerede på stiftelsesmøtet var over hundre personer blitt medlemmer av nettverket, fra i alt 23 land i Europa.
- **2012: «Legeforeningens forskningsinstitutt 20 år».** Jubileumskonferansen hadde mange innlegg som er tilgjengelig på LEFOs nettside, og med etterfølgende debatt i bl.a. *Morgenbladet* og *Tidsskrift for Den norske legeforening* (103). I etterkant ble det også publisert en nærmere omtale av LEFOs virksomhet de senere år (104).
- **2013: «Nordic research on health and working conditions of the medical profession – What is being done, and what is coming?»** Seminaret var det første i rekken av planlagte årlige samlinger der legehelse- og legeskårforskere gjenopptok et nettverk som tidligere var etablert i Norden (96). Møtet samlet 50 deltakere fra alle de fem nordiske land, og den neste samlingen vil bli i januar 2015.
- **2014: «Quality, satisfaction and governance»** var et internasjonalt forskersymposium som satte søkelys på legers profesjonelle tilfredshet – forskjeller og likheter på tvers av land og helsesystem, årsaker til profesjonell tilfredshet/utilfredshet, konsekvenser for kvaliteten på den medisinske behandlingen, konsekvenser for styring av helsetjenesten hva gjelder institusjonelle, finansielle og organisatoriske faktorer, og forskningsmessige implikasjoner av disse problemstillingene. Symposiet ble finansiert av Norges forskningsråd, Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger, Den norske legeforening, Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten og Senter for profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Alle forfatterbidrag og kommentarer vil senere bli publisert i tidsskriftet *Profession and Professionalism*, med LEFOs seniorforsker Berit Bringedal som gjesteredaktør.

«Et annet viktig tema i planleggingsfasen var å sikre bred tverrfaglighet. Det måtte ikke bli en undersøkelse der bare leger forsket på seg selv. Derfor hadde vi fra starten med en rekke forskere med annen bakgrunn: sosiologer, sosialantropologer, statistiker, økonom, odontolog, psykolog etc.»

«Jeg tror at vi gjennom å følge reglene for god forskning og publisering har lyktes i å etablere oss som et seriøst, selvstendig og respektert forskningsinstitutt. Men det er nok sikkert noen der ute som ikke tar oss alvorlig fordi vi deler hus med Legeforeningen.»

LEFOs styrende organer

I hele prosjektperioden (1992–95) besto styringsgruppen til *Legekårsundersøkelsen* av:

- Dagfinn Gedde-Dahl (leder)
- Hans Asbjørn Holm
- Jon Haffner
- Tone B. Sparr
- Bjørn Halvorsen

Retningslinjer/mandat var blitt vedtatt på et styringsgruppemøte i mai 1992. For å møte mulige kontroverser i forholdet mellom «moderforeningen» og et fritt og uavhengig forskningsinstitutt var det lagt inn en presisering: «Dersom det oppstår uenighet om publisering av funn, synspunkter eller konklusjoner mellom prosjektleder eller prosjektmedarbeidere på den ene siden og Styringsgruppen, Referansegruppen eller Legeforeningens ledelse på den andre, skal det i en eventuell publisasjon presiseres at de synspunktene som presenteres, står for forfatternes egen regning, og ikke nødvendigvis representerer Legeforeningens syn.» (70)

20 år senere lød instituttsjef Aaslands oppsummering slik: «Da Erik og jeg begynte i Legeforeningen i april 1992, tett fulgt av Wenche S. Hvitmyhr i mai, møtte vi en ærverdig organisasjon med lite byråkrati. Vi ble mottatt med åpne armer, ikke minst av fungerende generalsekretær Hans Asbjørn Holm, og en velvillig styringsgruppe med bl.a. to tidligere presidenter, og følte oss både velkomne og betydningsfulle. De mulige forskningsetiske konfliktene jeg så for meg, særlig hvis vi skulle komme til å publisere noe som Legeforeningen ikke likte, oppsto aldri. Jeg tror at vi gjennom å følge reglene for god forskning og publisering har lyktes i å etablere oss som et seriøst, selvstendig og respektert forskningsinstitutt. Men det er nok sikkert noen der ute som ikke tar oss alvorlig fordi vi deler hus med Legeforeningen.» (71)

I prosjektperioden 1992–1995 hadde LEFO en referansegruppe: «Vi brukte den [...] primært til å hjelpe oss i planleggings- og utformingsfasen, bl.a. som ‘prøvekaniner’ på tidlige versjoner av forskjellige spørreskjemaer. Drøfting av undersøkelsens resultater før endelig publisering, som også Referansegruppen skulle brukes til ifølge retningslinjene, viste seg å være lite hensiktsmessig, først og fremst fordi antallet artikler/publikasjoner etter hvert ble så stort at det var nødvendig å avgrense en slik vurdering til utvalgte enkeltpersoner.» (70)

I 1996 ble det etablert en ny styringsgruppe, nå for det som var omgjort til den faste forskningsenheten *Legeforeningens forskningsinstitutt*. Styringsgruppen skulle, ifølge årsmeldingene for 1995–96 og 1996–97, ha «det overordnede strategiske og faglige ansvaret for virksomheten, det vil si prioritering av arbeidsoppgaver og kvalitetssikring av artikler og andre produkter», og besto av:

- Hans Asbjørn Holm (leder)
- Ragnhild Emblem (Rikshospitalet)
- Håkon Ebbing (SOPs representant)
- Anne-Lise Seip (Universitetet i Oslo)
- Jon Ivar Elstad (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring – NOVA)

Ved LEFOs jubileumsseminar i 2012 gjorde instituttssjef Aasland følgende oppsummering av å være «underlagt» et styrende organ i kunnskapsorganisasjonen han fikk sitt daglige virke i, i 1992:

«La meg nevne en [...] erfaringsbasert lærdom [...]: Hvis forholdene legges til rette, er det mulig for et lite forskningsinstitutt å produsere rikelig, og samtidig trives, i alle fall i 20 år. Vi kan ikke dokumentere det rent empirisk, men vi tror dette kan skyldes en usedvanlig høy grad av tillit fra sponsor og oppdragsgiver med tilhørende stor frihet i valg av tema, metode og design, kombinert med dyktige og dedikerte medarbeidere. I en periode fra 1996 og noen år fremover hadde vi en egen styringsgruppe, bl.a. med flere medlemmer utenfra som ikke var leger. [...] Av en eller annen grunn sluknet gløden i gruppen, uten at noen av medlemmene kan bebreides. Jeg tror det skyldtes at styringsgruppen ikke hadde noe reelt budsjettansvar, det lå hos SOP.» (71)

«Styringsgruppen kan ses som ett av flere forsøk på å få Forskningsinstituttet inn i en trygg legeforeningsbyråkratisk fold», fortsatte Aasland. «Men vi er nok ikke så lette å plassere. Vi trives i gråsonene, og er vel kanskje mer et kvalitativt enn et kvantitativt fenomen. Nå har vi en ny giv med våre venner i SOP, som vi gleder oss over. Den innebærer bl.a. at de både skal tas mer med i temavalg, og at det skal følge bedre bruksanvisning med våre forskningsprodukter.»

Styret i stiftelsen Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger velges, med unntak av sitt femte medlem, av Legeforeningens landsstyre. SOP-styret består av:

- Hans Kristian Bakke (leder)
- Truls Disen
- Anne Mathilde Hanstad
- Asle Medhus
- Anita Mølmesdal Sivertsen (oppnevnt av Arbeids- og inkluderingsdepartementet)

Medarbeiderne og samarbeidspartnere – sikret bred tverrfaglighet

LEFOs faste medarbeidere holdt de første årene til i Legeforeningens lokaler på Lagåsen ved Fornebu, i «Det gule huset». De var: Olaf Gjerløw Aasland, lege, forskningsleder; Erik Falkum, lege, dr.med., forsker og Wenche S. Hvitmyhr, prosjektsekretær. Det var også ansatt tre stipendiat: Anne Kathrine Nore, lege (til juni 1993), Victoria Akre, lege, fra september 1993, Elin Olaug Rosvold, lege, fra august 1993 og, fra januar 1995, Reidun Førde, lege. Tore Schweder, professor i statistikk ved Sosialøkonomisk institutt, Universitetet i Oslo, var fast medarbeider/hovedkonsulent for metode og statistikk.

Mange av de 72 personene som ble tilknyttet Legekårsundersøkelsen, ble medarbeidere i senere LEFO-prosjekter (forfatterskap m.m.). De ble rekruttert fra fagmiljøer ved alle de norske universitetene og fra frittstående institusjoner (Statistisk sentralbyrå, Nasjonalt folkehelseinstitutt mfl.). Prosjektledelsen rekrutterte også ressurspersoner som hadde professorater ved universiteter i utlandet (USA, Finland og Nederland).

«Men det var ganske klart at vi i tillegg, uansett burde satse på en prospektiv, longitudinell studie. Derfor trakk vi et tilfeldig utvalg på 2.000 leger som vi 'satte til side' til dette formålet.»

«Alt i alt kan vi si at nesten alle de skriftlige arbeidene som var planlagte som en del av det treårige programmet var gjennomført eller påbegynt ved prosjektperiodens utløp.»

«Et annet viktig tema i planleggingsfasen var å sikre bred tverrfaglighet. Det måtte ikke bli en undersøkelse der bare leger forsket på seg selv. Derfor hadde vi fra starten med en rekke forskere med annen bakgrunn: sosiologer, sosialantropologer, statistiker, økonom, odontolog, psykolog etc.» (70)

Foruten ovennevnte profesjoner var her klinikere fra sykehus og allmennpraksis, helsetjeneste- og kostholdsforskere, psykiatere, dataprogrammerere, sosionomer, medisinstudenter, ledere innen helseadministrasjon, pedagoger og samfunnsmedisinere.

Blant de 32 medarbeidere som nevnes nedenfor, mottok 17 lønn, fikk dekket driftsutgifter og/eller mottok økonomisk støtte fra Legekårsundersøkelsen, mens 15 av dem gjorde sin innsats uten økonomisk vederlag:

I tillegg var det ytterligere 15 «assosierte medarbeidere» og 25 kvinner og menn som hadde «registrert data for oss», skrev Gedde-Dahl og Aasland i sluttrapporten (70).

- | | | |
|-------------------------|---------------------------|--------------------------|
| • Vigdis Moe Christie | • Synnøve Fønnebø Knutsen | • Magne Nylenna |
| • Elisabeth Gjerberg | • Marit Krohg | • Miranda Olff |
| • Nina Tangnæs Grønvold | • Elianne Riska | • Knut Rasmussen |
| • Dag Hofoss | • Simen Schweder | • Arnold Rønning |
| • Jon Håvard Loge | • Tore Schweder | • Berit Sandstad |
| • Erik Nord | • Holger Ursin | • Berit Schei |
| • Aina Schiøtz | • Grete Botten | • Harry-Sam Selikowitz |
| • Jens-Kristian Borgan | • Anders Forsdahl | • Hanne Thürmer |
| • Christian Drevon | • Martha S. Gerrity | • Per Vaglum |
| • Øivind Ekeberg | • Benedicte Ingstad | • Jannicke Wiers-Jenssen |
| • Marit Eskeland | • Øivind Larsen | |

Fra prosjekt til institutt

Vi vil i det følgende presentere noen historiske avsnitt for å forstå fortid, nåtid og framtid ved instituttet. Mange av de prosjektene som blir omtalt, er blitt realisert. Atter andre problemstillinger og utfordringer er det fortsatt liv laga å holde fast i – og ikke minst: videreutvikle for å få ny kunnskap.

«Vi har nå tilbakelagt første etappe [...], nemlig å etablere en omfattende database med opplysninger om de fleste forhold vedrørende norske leger, helse, sykелighet, levekår og arbeidsforhold. Nå gjenstår det å få maksimalt utbytte av disse data, både i de allerede planlagte analysene, og forhåpentlig etter hvert i flere undersøkelser. Dette vil ikke bare komme legene til gode, men også legers medarbeidere på forskjellige nivåer, og sist, men ikke minst, pasientene.» (75)

«Styringsgruppen har fulgt Legekårsundersøkelsen på nært hold, og det er i forbindelse med oversendelsen av denne rapporten naturlig å komme med en del betraktninger rundt den nåværende og fremtidige forskningsaktiviteten som springer ut fra undersøkelsen», skrev Dagfinn Gedde-Dahl, leder av styringsgruppen, i et ledsagende brev da han sammen med prosjektleder Olaf Gjerløw Aasland overleverte sluttrapporten for Legekårsundersøkelsen til Legeforeningens sentralstyre og styret i SOP.

De to argumenterte for hvilke oppgaver en slik fast forskningsenhet burde ha, og hvordan den helst burde organiseres (70):

«Legekårsundersøkelsen har i løpet av sin treårige eksistens bygget opp en omfattende og unik database om legers helse, arbeidsforhold og levekår, også etter internasjonal standard. I tillegg til egne data har man systematisk samlet forskningsresultater fra andre land, og det er allerede klart at informasjonsbank-virksomheten er like viktig som publisering av egne forskningsresultater, sett fra legestandens synspunkt. Mange avdelinger, spesialforeninger og tillitsvalgte har allerede bedt om og fått relevant informasjon om en rekke forhold som har med legers helse og arbeidsforhold å gjøre. Det er viktig at denne informasjonskilden er kjent for alle foreningens avdelinger og grupper, samtidig som den selvsagt ikke må misbrukes. I den forbindelse bør det vurderes om ikke Forskningsinstituttet kan tildeles oppgaven som 'clearinghouse' i forbindelse med små og store spørreskjemaundersøkelser som planlegges i regi av avdelinger og spesialforeninger o.l., dels fordi det kan foreligge relevant informasjon allerede som de ikke er kjent med, og dels for å motvirke at slike spørreundersøkelser blir for amatørmessige, noe som dessverre skjer fra tid til annen.

I tillegg til å bearbeide de datamengdene som allerede er samlet inn, bør Forskningsinstituttet i årene fremover også følge opp de tre forskjellige student-/legekohorter som man i prosjektperioden har etablert kontakt med, dels i egen regi, og dels i samarbeid med Institutt for medisinske atferdsfag, Universitet i Oslo. Sett fra et forskningsmetodisk synspunkt er dette arbeidet like viktig som analyse av den store datamengden som ble samlet i 1993–94. Ved å følge disse kohortene over tid vil man få ny kunnskap om kritiske perioder i legers karrierer, og forhåpentlig også lære noe om risikofaktorer for senere problemer.

Et annet felt som Forskningsinstituttet bør prioritere er komparative studier. Dels dreier det seg om sammenligninger mellom norske leger og leger i andre land, og dels mellom leger og andre yrkesgrupper i og utenfor helse- og sosialsektoren. Internasjonal sammenligning er særlig aktuelt i forbindelse med strategisk tenkning og planlegging rundt fremtidens legerolle. Med den økende internasjonaliseringen er det stadig større etterspørsel etter dokumentasjon på forskjeller og likheter mellom helsesystemer, ikke bare målt som effektivitet ('outcome') eller pasient-tilfredshet, men også som lege-tilfredshet. Sammenligning mellom yrkesgrupper vil ha stor betydning i nasjonale helsepolitiske fora, og i arbeidet med å bedre lege-pasientforholdet, og ikke minst for å kunne møte en stadig økende legehets på en saklig måte. Slik forskning vil f.eks. kunne knyttes til eksterne oppdrag instituttet påtar seg for andre organisasjoner eller yrkesforeninger.

«Dessuten er vi i økende grad med som konsulenter i lege-for-lege-arbeidet og andre hjelpetiltak for kolleger med problemer, og begynner å se konturene av et aktivt samarbeid med utdannings-institusjonene.»

Endelig bør det fremheves at instituttet bør få en sentral plass i lege-for-lege-arbeidet, både på opplærings- og veiledningssiden, og ikke minst ved å bistå med evaluering av eksisterende tiltak og prøveprosjekter.

Styringsgruppen har i løpet av prosjektperioden ofte diskutert hvordan den optimale organisatoriske plasseringen av en forskningsenhet innenfor Legeforeningens system bør være. Et fremtredende synspunkt har vært at en slik enhet må ha en så fri og uavhengig stilling som mulig, kanskje til og med som en egen stiftelse. Grunnen er at man både innad og utad må ivareta den objektivitet og selvstendighet som er nødvendig for at forskningen ikke skal kunne oppfattes som bestillingsverk. Foreløpig er dette markert ved at instituttet har eget budsjett og eget styre. I forbindelse med oppnevning av nytt styre vil Styringsgruppen foreslå at minst ett av medlemmene kommer fra et eksternt forskningsmiljø, fortrinnsvis universitetsmiljø. Dette vil kunne sikre at forskningsprofilen ikke blir for intern, og forhåpentlig virke gunstig på samarbeidet med andre relevante forskningsmiljøer.»

At Legeforeningens sentralstyre ga sin tilslutning til mange av de anbefalingene som kom fra styringsgruppen, framgår av LEFOs årsmelding for 1994–95:

«Sentralstyret har vedtatt at kompetansen skal videreføres i et forskningsinstitutt, og SOPs styre har vedtatt at det for 1995 og 1996 skal gis en grunnbevilgning til dette instituttet. De tre som var engasjert til å gjennomføre Legekårsundersøkelsen, Olaf Gjerløw Aasland, Erik Falkum og Wenche S. Hvitmyhr, har fått fast ansettelse, og utgjør kjernen i det nye instituttet.

I sentralstyrevedtaket står det bl.a. at Instituttet er del av Legeforeningens arbeid for å verne om medlemmenes sosiale, kollegiale og økonomiske interesser (Legeforeningens lover, § 1.b), og deres psykiske og fysiske helse (§ 1.c). I tråd med SOPs vedtekter § 2, siste ledd, skal hovedvekten legges på utredning og forskning som kan gi grunnlag for sykdomsforebyggende tiltak blant medlemmene. En viktig del av dette arbeidet vil være å se på sammenhengen mellom faglig autonomi og trivsel, helse og sykkelighet.

Det forutsettes at forskningsresultatene får anvendelse i forhold til legers videre- og etterutdannelse, og til forbedringer av rutiner med videre i forbindelse med Legeforeningens kvalitetssikringsarbeid. Videre forutsettes at instituttet har et veiledningsansvar overfor avdelinger og spesialforeninger når det gjelder arbeidet med legers helse og sosiale forhold, og de særskilte hjelpetiltakene for leger som drives i regi av Legeforeningen. Instituttet bør, utover det som er nevnt ovenfor, kunne påta seg eksternt finansiert oppdragsforskning og prosjektsamarbeid med andre yrkesforeninger og forskningsinstitusjoner, så lenge dette ikke går på bekostning av primær oppgaven rettet mot leger. Særlig viktig er samarbeid med universitetsinstitutter som har ansvar for utdanning av leger.»

Følger stadig lege- og studentkohorter

Vi vil her oppsummere med noen eksempler på hvordan vi organiserer dagens virksomhet, og hvilke temaer våre forskere gir særlig oppmerksomhet. Referansepanelet vil beskrives mer detaljert.

«Nå gjenstår det å få maksimalt utbytte av disse data, både i de allerede planlagte analysene, og forhåpentlig etter hvert i flere undersøkelser. Dette vil ikke bare komme legene til gode, men også legers medarbeidere på forskjellige nivåer, og sist, men ikke minst, pasientene.»

På LEFOs hjemmeside (<http://www.legeforsk.org>) har vi en bred presentasjon av pågående samarbeidsprosjekter med fagmiljøer i inn- og utland – mange av dem har vært etablert i en årrekke og har båret verdifulle frukter (se bl.a. «Pågående prosjekter»).

Allerede 20 år tilbake ble longitudinelle data gitt vesentlig betydning hos LEFOs forskere: «... på litt lengre sikt er det de prospektive undersøkelsene som vil utgjøre kjernen i forskningsarbeidet. Disse er Referansepanelet, som er et utvalg på 1.200 leger i alle aldre og spesialiteter som vil bli fulgt over tid, samt to studentundersøkelser», står det å lese i årsmeldingen for 1994–95. Studentundersøkelsene skulle gjennomføres i samarbeid med det som nå heter Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo – og er et samarbeid som har vedvart, bl.a. innebærer det regelmessige felles møter og en del felles publikasjoner.

Ved LEFO følger vi i dag tre utvalg/paneler. Det er Referansepanelet som, etter å ha blitt komplementert tre ganger siden 1994, består av et tilnærmet representativt utvalg på 1 800 yrkesaktive leger, og de to legkohortene som følges av Avdeling for medisinske atferdsvitenskap: de som begynte å studere medisin i 1993, og de som tok medisinsk embetseksamen i 1993 og 1994.

LEFO postet den 11. spørerrunden til Referansepanelet i 2012, mens Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap sendte ut sine siste spørreskjemaer i 2014 – som da var sjette bølge i disse unike kohortene (NORDOC-studien, se Reidar Tyssens kapittel s. 106). Fordi kjønnsfordelingen, antall utenlandsstudenter og andelen medisinstudenter med flerkulturell bakgrunn har endret seg i stor grad siden 1990-årene, er det nå planer om å følge en ny studentkohort. Dette prosjektet er nylig påbegynt.

I tillegg til datainnsamlingene fra Referansepanelet har LEFO kontinuerlig en rekke undersøkelser (hovedsakelig elektroniske) som går til særskilte utvalg av leger og medisinstudenter. Vi har også fulgt et eget pensjonistpanel, som bl.a. har ført til publisering i *Tidsskrift for Den norske legeforening* (105). Videre får vi en del data direkte fra SOP om årsaker til forekomst av sykdom og sykehjelp blant privatpraktiserende leger.

Våre studier er fortsatt rettet mot legenes helse og atferd. Vi analyserer hvilke forhold som påvirker helse, trivsel, mening og kvalitet i profesjonsutøvelsen, og hvordan samfunnsmessige rammebetingelser og etiske og psykososiale sider påvirker legearbeidet. Forholdet mellom profesjons-, pasient- og samfunnsinteresser står sentralt i våre undersøkelser. Vi har også prosjekter der vi, i samarbeid med andre institusjoner, evaluerer studieordninger og sammenligner leger med andre yrkesgrupper. Videre foretar vi evaluering av Legeforeningens kollegiale helse- og omsorgstilbud (www.legeforeningen.no/kollegastotte), en ordning som siden 1993 også har vært finansiert av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger, og er organisert av Legeforeningens utvalg for legehelse.

LEFOs forskere legger stadig større vekt på å kartlegge psykologiske, etiske og sosiale sider ved legearbeidet og legerollen. Vi ønsker med dette å fange opp endringer i samfunn og rammevilkår

«En del avdelinger og enkeltpersoner i Legeforeningen har oppdagat hvilket vell av informasjon vi sitter på, både egne data om norske leger og en fyldig oversikt over det som er gjort ute og hjemme av forskning på leger. Derfor har vi et stadig økende antall henvendelser om synspunkter og 'fakta'.»

som kan ha betydning for profesjonsutøvelse og legenes helse – med de implikasjoner det får for kvaliteten på arbeidet.

Hva skaper god helse?

I tilknytning til en internasjonal legehelsekonferanse i 2008 innledet instituttleder Aasland til debatt i en av plenumssesjonene, og flagget der sin forskningsprofil. Han hadde sittet i programkomiteen for konferansen «Doctors' Health Matters – Finding the Balance», som var en videreføring av tilsvarende arrangementer som siden tidlig i 1990-årene har alternert annethvert år mellom USA og Kanada. Nå var turen kommet til Europa, nærmere bestemt London. Drøyt 320 delegater fra 22 land inntok kvartalet der British Medical Association holder hus:

«Utbrenthet med ledsagende kynisme og redusert empati, rusmiddelavhengighet, depresjon, angst og spiseforstyrrelser. Listen over temaer på minussiden var lang da den kanadiske, nord-amerikanske og britiske legeföreningen inviterte til forskningskonferanse. De 180 innleeggene bar preg av å ha to høyst ulike utgangspunkt: På den ene siden den primærforbyggende tilnærmingen, der oppmerksomheten var rettet mot hele legepopulasjonen. På den andre siden forskning med basis i klinisk praksis, dvs. leger som allerede har fått problemer.

– Det er høyst legitimt at representanter fra ulike yrkesgrupper har behov for å rette søke-lyset på hva som særpreger egen profesjon, sa Olaf Gjerløw Aasland i sitt innlegg. Faren er at det kan bli både perspektivløst og navlebeskuende dersom man ikke inkluderer et «utenfra-blikk», var en av problemstillingene han inviterte til debatt om. – Hovedgrunnen til at det hittil har vært større oppmerksomhet om legehelse spørsmål i USA og Kanada, er at kontrollorganene der er mer knyttet opp til behandlings- og nettverkssystemer. Denne linken mangler vi foreløpig i Norge. Hos oss er det slik at hvis tilsynsmyndigheten fastslår pliktbrudd overfor en lege og vedkommende mister lisensen, er ikke sanksjonen forbundet med et hjelpe- og rehabiliteringstilbud. Det er nok en forklaring på hvorfor forskningen går i såpass ulik retning, mente han.

– Studiene fra andre land handler ikke så mye om hvordan leger kan unngå å havne i klisjetet, mens det hos oss er mer rettet mot hvordan vi kan hindre at det skjer, sa instituttssjefen fra Norge. Han mente legehelseforskning ikke bare bør konsentrere seg om de få, dysfunksjonelle legene som utgjør en risiko for seg selv eller andre, men like mye om hva det er som skaper god helse og jobbtilfredshet. – Sammenligning med andre yrkesgrupper er et satsningsområde ved Legeföreningens forskningsinstitutt, sa Aasland. – Men vi mangler fremdeles gode data som viser at «fornøyde leger gir mer fornøyde pasienter».

– Jeg stusser av og til over legehelseforskere som bare er opptatt av å dokumentere hvor svake og hjelpeløse enkelte leger er, og mister alt det positive av syne. Når jeg setter ord på dette, hører jeg kanskje at jeg er naiv og ikke skjønner hvor ille det står til. Jeg må innrømme at særlig engelskmennene for tiden er preget av en slik «apokalyptisk» stemning, kanskje fordi de har hatt noen alvorlige hendelser som vi heldigvis har vært forskånet for hos oss. Det er kanskje heller ikke så rart at folk flest blir skeptiske både til legestanden og, ikke minst, til legenes

«Styringsgruppen kan ses som ett av flere forsøk på å få Forskningsinstituttet inn i en trygg legeföreningssbyråkratisk fold (...). Men vi er nok ikke så lette å plassere. Vi trives i gråsonene, og er vel kanskje mer et kvalitativt enn et kvantitativt fenomen.»

evne til å ta vare på og kontrollere hverandre. Da er det viktig å minne om at det store flertallet av leger verken er ondsinnete eller selvmordskandidater, sa Aasland.

Han viste til Erica Frank, professor og leder av det kanadiske forskningsinstituttet for forebyggende medisin og folkehelse, som en alliert i så måte. – Hennes forskning dreier seg i stor grad om forebygging, for eksempel hvordan man kan påvirke arbeidsmiljøet slik at det legges bedre til rette. Hun er trolig også den første som har vist empirisk at legenes egen livsstil og atferd kan ha en innvirkning på pasientenes helse, sa Olaf Gjerløw Aasland.

(Sitatene ovenfor er hentet fra LEFOs rapport fra konferansen på Internett (106), og er her gjengitt i en lett redigert form.)

Referansepanelet – unike paneldata

LEFOs referansepanel er, som nevnt, uten sammenligning vår viktigste datakilde. Det gjør oss i stand til å gjennomføre undersøkelser over tid, som er den eneste måten å finne ut hvordan legene egentlig har det. Fordi vi har slike gjentatte målinger på en del variabler, er våre undersøkelser om legers helse, yrkesvaner, holdninger og prioriteringer unike – også i internasjonal sammenheng.

Kvaliteten på forskningen vår blir betydelig bedre når vi kan innhente svar fra samme person flere ganger over tid (gjentatte målinger). Dette gir oss tilfredsstillende oversikt over endringer i legers karrierer – samtidig finner vi også ut noe om årsaker og motiver til slike endringer.

Om lag annethvert år får Referansepanelets medlemmer tilsendt et spørreskjema, som dels inneholder faste spørsmål som har med endring i livssituasjon eller karriere å gjøre. Det har også en tematisk del, som ofte gjennomføres i samarbeid med eksterne oppdragsgivere eller samarbeidspartnere.

LEFO har i alt gjennomført 11 spørreskjemaundersøkelser til panelets medlemmer de siste 20 år. For å rekruttere medlemmer til panelet tok man utgangspunkt i *hele* legepopulasjonen i Norge, anno 1993. Den opprinnelige tanken for Legekårsundersøkelsen hadde vært å bruke *alle* de daværende ca. 12 000 yrkesaktive legene, dele dem opp i seks utvalg på 2000 i hvert, og så kjøre seks parallelle tverrsnittsundersøkelser med forskjellige temaer. «Men det var ganske klart at vi i tillegg, uansett burde satse på en prospektiv, longitudinell studie. Derfor trakk vi et tilfeldig utvalg på 2.000 leger som vi 'satte til side' til dette formålet», skrev Aasland om det som senere ble LEFOs referansepanel. (70)

Det var 1272 leger (63 % av de 2000 som ble spurt) som sa seg villige til å være med i panelet, og det første skjemaet ble sendt ut i juni 1994. Siden er referansepanelet blitt komplettert tre ganger. Pensjonistene går ut og nye, unge leger tas inn. Det ble sist supplert sommeren 2012 med 310 yngre leger, slik at det skal speile *hele* legepopulasjonen med hovedstilling i Norge – og som (per juli 2014) utgjør ca. 26 000 yrkesaktive kvinner og menn med avlagt medisinsk embetseksamen i inn- og utland.

«De mulige forskningsetiske konfliktene jeg så for meg, særlig hvis vi skulle komme til å publisere noe som Legeforeningen ikke likte, oppsto aldri.»

«Vi kan ikke dokumentere det rent empirisk, men vi tror dette kan skyldes en usedvanlig høy grad av tillit fra sponsor og oppdragsgiver med tilhørende stor frihet i valg av tema, metode og design, kombinert med dyktige og dedikerte medarbeidere.»

Referansepanelets medlemmer har deltatt med stabilt høy svarprosent (mellom 65 og 95 %), noen av dem har deltatt gjennom hele den 20-årsperioden vi har hatt våre datainnsamlinger.

Den hittil siste spørrerunden i 2012 hadde, foruten innhenting av faste bakgrunnsopplysninger, temaer knyttet til respondentenes arbeidsforhold og arbeidstid, prioriteringer og retningslinjer, etikk ved livets slutt og samtykkekompetanse. I tillegg spurte vi om legenes egen helse og trivsel, samt faglig oppdatering og bruk av sosiale medier.

I likhet med foregående datainnsamlinger ble også den siste spørreskjemaundersøkelsen omtalt i *Tidsskrift for Den norske legeforening*, eksemplifisert med noen av de problemstillingene vi ønsket svar på (107): «Hvor mye tid går til spille på grunn av uhensiktsmessig pasientlogistikk eller av dårlige IT-løsninger? Hvor ofte får leger anerkjennelse for godt utført arbeid? Hvordan påvirkes legene av en klagesak? Skal pasientens sosioøkonomiske status telle med i de medisinsk-faglige prioriteringene? [...] Hvordan forebygger legene utbrenthet? Er kliniske retningslinjer en trussel mot den profesjonelle autonomien? Hvordan slår legers nettbruk ut på variablene kjønn, alder, spesialitet og stilling?»

På senhøsten i 2014 skal vi gjennomføre nok en spørreunde blant referansepanelets medlemmer – det blir den 12. i rekken. Etter hvert har vi rikelig erfaring med elektroniske undersøkelser, så kanskje blir den sendt ut både på papir og på nett – slik *instituttleder* Aasland så lenge har ivret for. Temaene vi da skal spørre om – prosjektene vi skal realisere i samarbeid med eksterne og interne krefter – vil blant annet bli til under kyndig veiledning av *seniorforsker* Olaf Gjerløw Aasland.

Takk

Vi som har presentert denne oppsummeringen, har begge lang fartstid ved LEFO, henholdsvis 22 og 8 år. Vi ønsker å avslutte med å uttrykke vår takknemlighet: Vi har et raust og inkluderende arbeidsmiljø der det anerkjennes hva den enkelte har å bidra med. Det er i stor grad sjefens fortjeneste. Takk, Olaf!

Litteratur

1. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen er i gang! Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 1770.
2. Bakke HK. Åpningstale, Legeforeningens forskningsinstitutt 20 år, Soria Moria 27. mars 2012. http://legeforeningen.no/PageFiles/84411/20-årsjubileum%20-%20Åpningstale_Hans%20Kristian%20Bakke.pdf (10.7.2014).
3. Grotmol KS. Drinking and depression in Norwegian doctors: A 15-year longitudinal study. Doktoravhandling. Oslo: Avdeling for medisinsk adferdsvitenskap, Universitetet i Oslo, 2012.
4. Rø KI. Emotional exhaustion and distress after a counselling intervention for physicians. A three-year prospective longitudinal cohort study. Doktoravhandling. Oslo: Avdeling for medisinsk adferdsvitenskap, Universitetet i Oslo, 2010.
5. Rogg LV. Communicating medical prognosis. Concepts, attitudes and practice. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2009.
6. Innstrand ST. Work/home conflict and facilitation: COR(e)lations. A longitudinal study on work-home interaction in different occupational groups in Norway. Doktoravhandling. Trondheim: Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2009.
7. Langballe EM. Burnout in modern work life: concept and consequences. Examined in different occupational groups in Norway. Doktoravhandling. Oslo: Psykologisk institutt, Samfunnsvitenskapelig fakultet, Universitetet i Oslo, 2008.

8. Wiers-Jenssen J. Student mobility and the professional value of higher education from abroad. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo, 2008.
9. Halvorsen PA. Explaining risk reductions in medical practice: Prevention or postponement? Doktoravhandling. Odense: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, 2008.
10. Hem E. Suicidal behaviour in some human occupation with special emphasis on physicians and police. A nationwide study. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2004.
11. Akre V. Learning medical practice. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2003.
12. Gjerberg E. Kvinner i norsk medisin - mot full integrering? En studie av kjønnsdifferensieringen i legers spesialitetsvalg. Doktoravhandling. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo, 2002.
13. Rosvold EO. Physicians in illness and health. An epidemiological study on health- and illness behaviour among 19th and 20th century Norwegian physicians. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, 2002.
14. Tyssen R. Mental health problems among medical students and young physicians. A nationwide and longitudinal and longitudinal study. Doktoravhandling. Oslo: Avdeling for medisinsk adferdsvitenskap, Universitetet i Oslo, 2001.
15. Schiøtz A. Distriktslegen – institusjonen som forsvant. Det offentlige legevesen 1900–1984. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2000.
16. Christie VM. Syk lege. En presentasjon gjennom 88 stemmer. Oslo: Unipub, 2001.
17. Schiøtz A. Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984. Oslo: Pax Forlag, 2003.
18. Haave P. I medisins sentrum. Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom 100 år. Oslo: Unipub, 2011.
19. Johannessen LB. Forsker på leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3311.
20. Ronge K. Legers arbeidsforhold under lupen. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1580.
21. 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.
22. Rosta J, Aasland OG. Changes in the lifetime prevalence of suicidal feelings and thoughts among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples. BMC Psychiatry 2013; 13: 322.
23. Eriksen II, Melberg HO, Bringedal B. Norwegian physicians' knowledge of the prices of pharmaceuticals: a survey. Publisert online i PLoS One 2013; Sep 11 (e75218e. doi: 10.1371/journal.pone.0075218).
24. Nylenna M, Aasland OG. Kulturell og musikalsk aktivitet blant norske leger. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1307–9.
25. Førde R, Aasland OG. Moralsk stress og faglig ytringsfrihet blant leger. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1310–4.
26. Hansen TW, Janvier A, Aasland O, Førde R. Ethics, choices, and decisions in acute medicine: a national survey of Norwegian physicians' attitudes. Pediatr Crit Care Med 2013; 14 (2): e63–9.
27. Waal H, Brekke M, Clausen T, Lindbæk M, Rosta J, Skeie I, Aasland OG. Fastlegers syn på legemiddellassisteret rehabilitering. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1861–6.
28. Winde LD, Alexanderson K, Carlsen B, Kjeldgård L, Willeus AL, Gjesdal S. General practitioners' experiences with sickness certification: a comparison of survey data from Sweden and Norway. BMC Fam Pract 2012 Mar 1; 13: 10.
29. Aasland OG, Rosta J. Fastlegenes arbeidstid 2000–2008. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1076–9.
30. Aasland OG, Rosta J. Hvordan har overlegene det? Overlegen 2011; 1: 47–55.
31. Børøe K, Bringedal B. Just health: on the conditions for acceptable and unacceptable priority settings with respect to patients' socioeconomic status. J Med Ethics 2011 Apr 8.
32. Bringedal B, Feiring E. Law, ethics and medicine. On the relevance of personal responsibility in priority setting: a cross-sectional survey among Norwegian medical doctors. J Med Ethics 2011 Feb 18.
33. Carlsen B, Bringedal B. Attitudes to clinical guidelines – do GPs differ from other medical doctors? Qual Saf Health Care 2011 Jan 5.
34. Aasland OG, Bringedal B, Ronge K. Aldersgrense for legers autorisasjon og lisens. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1917–20.
35. Aasland OG, Rosta J, Nylenna M. Healthcare reforms and job satisfaction among doctors in Norway. Scand J Publ Health 2010; 38: 253–8.
36. Nylenna M, Aasland OG. Jobbtilfredshet blant norske leger. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1028–31.
37. Rosta J, Aasland OG. Age differences in alcohol drinking patterns among Norwegian doctors – a study based on national samples. Ger Med Sci 2010; 8: Doc 05.
38. Melberg HO, Bringedal B. Hva tror legene en MR-undersøkelse koster? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 598–600.
39. Bringedal B, Børøe K. Bør leger bidra til å utjevne sosial ulikhet i helse? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1024–7.
40. Carlsen F, Bringedal B. Befolkningens tilfredshet med helsetjenesten og legers tilfredshet med arbeidssituasjonen. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 405–7.
41. Rosta J, Nylenna M, Aasland OG. Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. Scand J Publ Health 2009; 37: 503–8.
42. Varvin S, Aasland OG. Legers forhold til flyktningpasienten. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1488–90.
43. Rogg L, Loge JH, Aasland OG, Graugaard PK. Physicians' attitudes towards disclosure of prognostic information. A survey among a representative cross-section of 1605 Norwegian physicians. Patient Educ Couns 2009; 77 (2): 242–7.
44. Aasland OG, Førde R. Hvordan påvirkes legers personlige og profesjonelle liv av uheldige hendelser? I: Bratland SZ, Lundevall S, red. Læring av feil og klagesaker. Oslo: Rapport fra Helsetilsynet 7/2009: 24–9.
45. Førde R, Aasland OG. Moral distress among Norwegian doctors. J Med Ethics 2008; 34: 521–5.
46. Aasland OG, Førde R. Legers faglige ytringsfrihet. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1838–40.

«Jeg stusser av og til over legehelseforskere som bare er opptatt av å dokumentere hvor svake og hjelpe-løse enkelte leger er, og mister alt det positive av syne.»

«Da er det viktig
å minne om at
det store flertallet
av leger verken
er ondsinnete
eller selvmords-
kandidater.»

47. Levorsen A, Kristiansen IS, Aasland OG. Legers erfaringer med individuell refusjon for legemidler. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 1829–32.
48. Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Šaltytė-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. Scand J Prim Health Care 2007; 25 (1): 20–6.
49. Nylenna M, Aasland OG. Doctors' learning habits: CME activities among Norwegian physicians over the last decade. BMC Med Educ 2007; 7: 10.
50. Førde R, Kongsgård U, Aasland OG. Lindrende sedering til døende. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 471–4.
51. Aasland OG, Førde 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.
52. Rosta J, Aasland OG. Female surgeons' alcohol use: A study of a national sample of Norwegian doctors. Alcohol Alcohol 2005; 40 (5): 436–40.
53. Nylenna M, Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994–2002. BMC Health Serv Res 2005; 5: 44.
54. Nylenna M, Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Job satisfaction among Norwegian general practitioners. Scand J Prim Health Care 2005; 23 (4): 198–202.
55. Aasland OG, Førde R. Legers holdninger og praksis i forhold til legemiddelindustrien. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2603–6.
56. Gulbrandsen P, Aasland OG, Førde R. Legeattester for å hjelpe pasienten. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 192–4.
57. Stavem K, Hofoss D, Aasland OG. Work characteristics and morbidity as predictors of self-perceived health status in Norwegian physicians. Scand J Public Health 2003; 31: 375–81.
58. Halvorsen PA, Kristiansen IS, Aasland OG, Førde OH. Medical doctors' perception of the «number needed to treat» (NNT). A survey of doctors' recommendations for two therapies with different NNT. Scand J Prim Health Care 2003; 21: 162–6.
59. Røttingen JA, Feruglio SL, Aasland OG, Fugelli P. Lokal og global miljømedisin – norske legers vurderinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1285–9.
60. Gulbrandsen P, Aasland OG. Endringer i norske legers alkoholvaner 1985–2000. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2791–4.
61. Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1874–9.
62. Stavem K, Hofoss D, Aasland OG, Loge JH. The self-perceived health status of Norwegian physician compared with a reference population and foreign physician. Scand J Public Health 2001; 29: 194–9.
63. Kristiansen IS, Førde OH, Aasland OG, Hotvedt R, Johnsen R, Førde R. Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional randomised trial. Lancet 2001; 357: 1258–61.
64. Nylenna M, Aasland OG. Ni av ti norske leger på nettet Internet. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3280–2.
65. Nylenna M, Aasland OG. Physicians' Internet activities and their perceived coping with the medical information. Medscape general Medicine.no. January 7, 2000.
66. Nylenna M, Aasland OG. Primary care physicians and their information-seeking behaviour. Scand J Prim Health Care 2000; 18: 9–13.
67. Nylenna M, Hjortdahl P, Aasland OG. Internett-bruk blant norske leger. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 4342–4.
68. Aasland OG, Borchgrevink CF, Fugelli P. Norske leger og alternativ medisin. Kunnskaper, holdninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2464–8.
69. Førde R, Aasland OG, Hvid Nilsen T. Medisinsk avslutning av liv. Er legenes holdninger forskjellige fra befolkningens? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1135–7.
70. Legekårsundersøkelsen – sluttrapport. Oslo: Den norske lægeforening, 1995.
71. Aasland OG. 20 års legeforskning – har vi blitt klokere? Innlegg ved åpningen av LEFOs jubileumskonferanse, mars 2012. https://legeforeningen.no/PageFiles/84411/20%20års%20legeforskning%20velkomst_Olaf%20G.%20Aasland.pdf (10.7. 2014).
72. Aasland OG, Falkum E. Hvordan har vi det i dag? Om legers helse, velvære og arbeidsglede. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3818–23.
73. Aasland OG, Kallevik SA. Er leger mer interessert i musikk enn andre yrkesgrupper? Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3737–42.
74. Hofoss D, Gjerberg E. Legers arbeidstid. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 3059–63.
75. Aasland OG, Falkum E. Legekårsundersøkelsen. Responsen på spørreskjemaundersøkelsen. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 3052–8.
76. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen i Norge. Nord Med 1995; 110: 65–7.
77. Gjerberg E, Hofoss D. Har kjønn betydning for om legen blir spesialist? En analyse av spesialiseringsgrad blant kvinnelige og mannlige leger. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1253–7.
78. Nore AK. Fra nevenyttig jente til entusiastisk kirurg. En kvalitativ studie av kvinnelige kirurger i Norge. Spesialoppgave til helseadministrasjonsstudiet. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 1993.
79. Wiers-Jenssen J. Rekruttering til medisinstudiet. En studie av et årskull medisinstudenter, med vekt på sosial bakgrunn, poengsamling, studiemotiver og ambisjonsnivå. Hovedoppgave i sosiologi. Oslo: Sosiologisk institutt, Universitetet i Oslo, 1994.
80. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 95.
81. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen: De fleste spørsmålene er stilt til andre før. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 271.
82. Falkum E. Legekårsundersøkelsen. Jobbkrav, mestring og psykiske problemer. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 390–1.
83. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen: Livsstil. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 510–1.

84. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen: Mål for helse. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 645.
85. Falkum E. Legekårsundersøkelsen. Er våre samliv spesielt utsatt? Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 769.
86. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen: Anonymitet. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 885.
87. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen. Endelig! Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1001.
88. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen. Faglig autonomi. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1155.
89. Aasland OG, Grønvold NT. Fra student til lege. Overveldende god respons så langt, nå er det turnusdelen som står for tur. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2161.
90. Svabø HM. Legekårsundersøkelsen. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 883.
91. Aasland OG. Lege – leg deg selv? Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 927.
92. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen lever i beste velgående! Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2176.
93. Aasland OG. Legeforeningens forskningsinstitutt – oppgaver og resultater. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3724.
94. Aasland OG. Publikasjoner fra Legeforeningens forskningsinstitutt per desember 1996. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3725.
95. Ebdrup M. Lægeliv under lup. Interview med Olaf Gerløw Aasland. Ugeskr Laeger 1995; 157: 2336–40.
96. Johannessen LB. Deler nordisk kunnskap om legers helse. Tidsskr Nor Lægeforen 2014; 134: 676.
97. Ronge K. Legehelse – hvordan finne balansen. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 448.
98. Braaten K, Ronge K. Når legen trenger helsehjelp. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 2524.
99. Aasland OG. The physician role in transition: is Hippocrates sick? Soc Sci Med 2001; 52 (2):171–3.
100. Bakken C. Dr House bør hjelpes. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 129: 748.
101. Hafstad A. Stopp legen før det er for sent! Aftenposten (morgenutgaven) 31.1.2008. <http://www.aftenposten.no/fakta/innsikt/Stopp-legen-for-det-er-for-sent-6583234.html> (12.7.2014).
102. Hafstad A. Ønsker mer åpenhet. Aftenposten (morgenutgaven) 1.2.2008 <http://www.aftenposten.no/fakta/innsikt/Ønsker-mer-åpenhet-6583235.html> (12.7.2014).
103. Slagstad R. Helsefeltets strategier. Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 1479–85.
104. Andersen EJ. Hvordan har vi det i dag? Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 1143.
105. Aasland OG, Bringedal B, Ronge K. Aldersgrense for legers autorisasjon og lisens. Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130: 1917–20.
106. <http://legeforeningen.no/Legeforeningens-forskningsinstitutt/english-publications/2009/legehelse-hvordan-finne-balansen-doctors-health-matters-finding-the-balance/> (12.7.2014).
107. Ronge K. LEFO kartlegger legenes kår. Tidsskr Nor Lægeforen 2013; 134: 375.

«Referanse-panelets medlemmer har deltatt med stabilt høy svarprosent (mellom 65 og 95 %), noen av dem har deltatt gjennom hele den 20-årsperioden vi har hatt våre datainnsamlinger.»



Detalj fra øverste hylle på Olaf Gjerløw Aaslands kontor. Foto: Kari Ronge



Foto: Kari Ronge



«Vi må fortest mulig få på plass skammelen som skal erstatte pidestallen. Denne skammelen har fire bein: medisinsk kunnskap og kompetanse, selvstendighet og integritet, samfunnsansvar og samarbeidsevne og en høy etisk standard.»

Aasland OG. Legerollen – fra pidestall til skammel. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 61–2