
Gi keiseren hvad keiserens er...

KOMMENTAR

VEGARD BRUUN WYLLER*

Email: vwyller@hotmail.com

Mosseporten sykehjem

Peer Gynts vei 4

1535 Moss

* Nåværende adresse:

0027 Rikshospitalet

I dette essayet drøftes den moderne legerollens janusansikt, der vi både fungerer som barmhjertig samaritan overfor den enkelte pasient og som salomonisk dommer vis-à-vis fellesskapets behov. Jeg finner denne dobbeltrollen problematisk, og mener at vi i vår yrkesutøvelse må skille klarere mellom fag og etikk, og også mellom individualetikk og samfunnsetikk. Jeg argumenterer for at samfunnsetiske refleksjoner først og fremst tilhører den politiske arena, og at leger bør søke å unngå at slike refleksjoner inngår som premiss for profesjonelle handlingsvalg.

Ved å frasi oss den samfunnsetiske dimensjon kan vi oppnå økt tillit hos pasientene, vi kan skape et samlende fundament for vår profesjonsutøvelse, vi kan styrke demokratiske mekanismer og motvirke tendensen til teknokrati, og vi kan skape et forsvar for "den lille mann" mot både liberalistisk og byråkratisk fremmedgjøring.

Kasuistikker er et potent – og derfor anbefalt – pedagogisk virkemiddel, også innen det moralfilosofiske området (1). Min historie om fru Svendsen (2) har likevel falt enkelt tungt for brystet (3), la meg derfor få presentere herr Hansen:

Kåre Hansen er en 86 år gammel enkemann, som lider av diabetes, høyt blodtrykk og lett hjertesvikt. For tre år siden ble han rammet av et hjerneslag, med afasi og høyresidige lammelser som resultat.

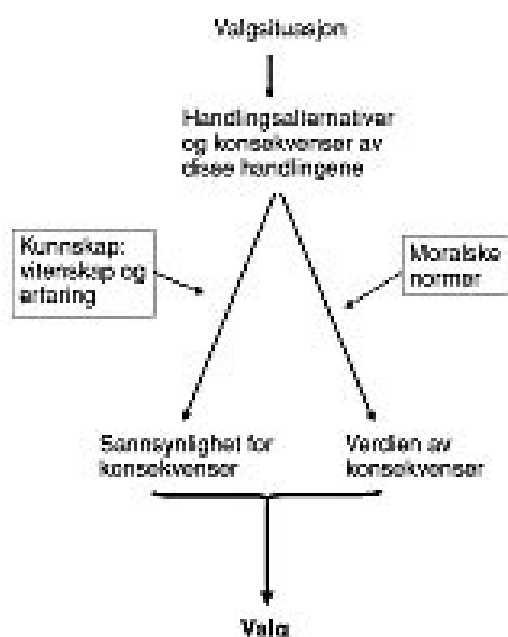
Herr Hansen kommer en dag i ambulanse til medisinsk mottakelse med kraftige brystmerter, og EKG avslører et akutt fremreveggsinfarkt. I mottakelsen vurderes han av tre leger.

Dr. A sier: "Trombolytisk behandling er det som eventuelt kan redde livet hans, og vi plikter å gjøre alt for våre pasienter. Jeg gir ham slik behandling i intensivavdelingen." Dr. B sier: "Trombolytisk behandling er dårlig dokumentert hos eldre mennesker med høy komorbiditet, og jeg har sett for mange tilfeller av hjerneblødning til at jeg tør gi ham denne behandlingen. Dessuten forteller datteren at faren gjentatte ganger har sagt at han "ikke vil dø med masse slanger rundt seg". Jeg gir ham smertebehandling i alminnelig sengepost."

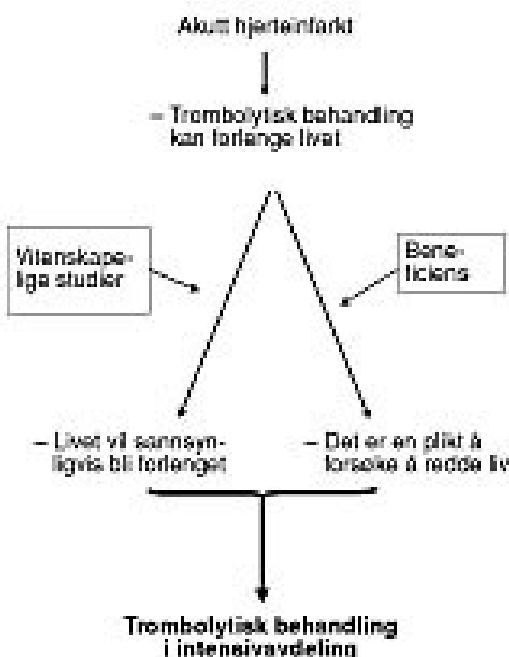
Dr. C sier: "Intensivavdelingen er full, og andre pasienter trenger plassen bedre. Dessuten er trombolytisk behandling ressurskrevende, og vi skal bare gi slik behandling dersom kostnadene står i et rimelig forhold til forventet nytte. Jeg gir ham smertebehandling i alminnelig sengepost."

Historien er virkelighetsfjern i sin skjematiske oppbygning, men vi kan alle kjenne igjen elementer fra de tre legenes tankegang i vårt møte med pasienter. For ytterligere å analysere deres resonnementer, kan man anvende et beslutningsteoretisk diagram (fig 1). De tre legene står overfor en valgsituasjon, hvilket krever at de – mer eller mindre bevisst – vurderer hvilke handlingsalternativer som finnes, hvilke konsekvenser disse handlingene kan lede til, og med hvilken sannsynlighet ulike konsekvenser kan oppstå. Slike vurderinger krever kunnskap, og vurderingenes gyldighet er proporsjonal med kunnskapsmengden. Kunnskapens kilde er todelt: dels vitenskapelige undersøkelser, dels klinisk erfaring.

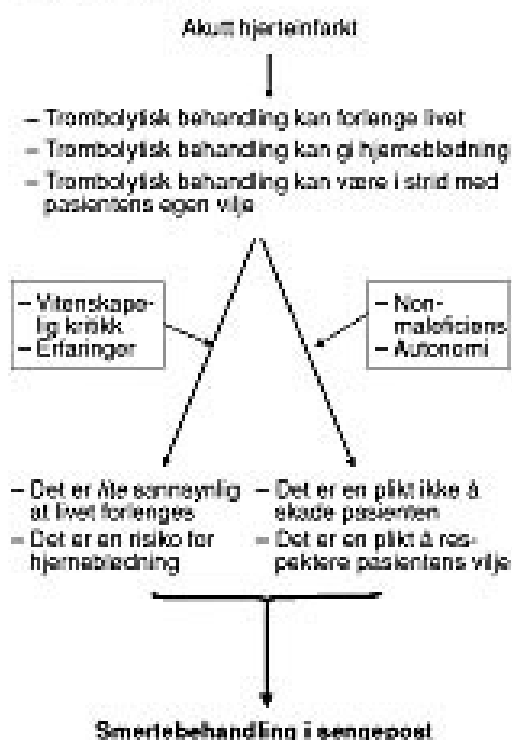
Beslutningsteoretisk diagram



Dr. As beslutning



Dr. Bs beslutning



Dr. Cs beslutning

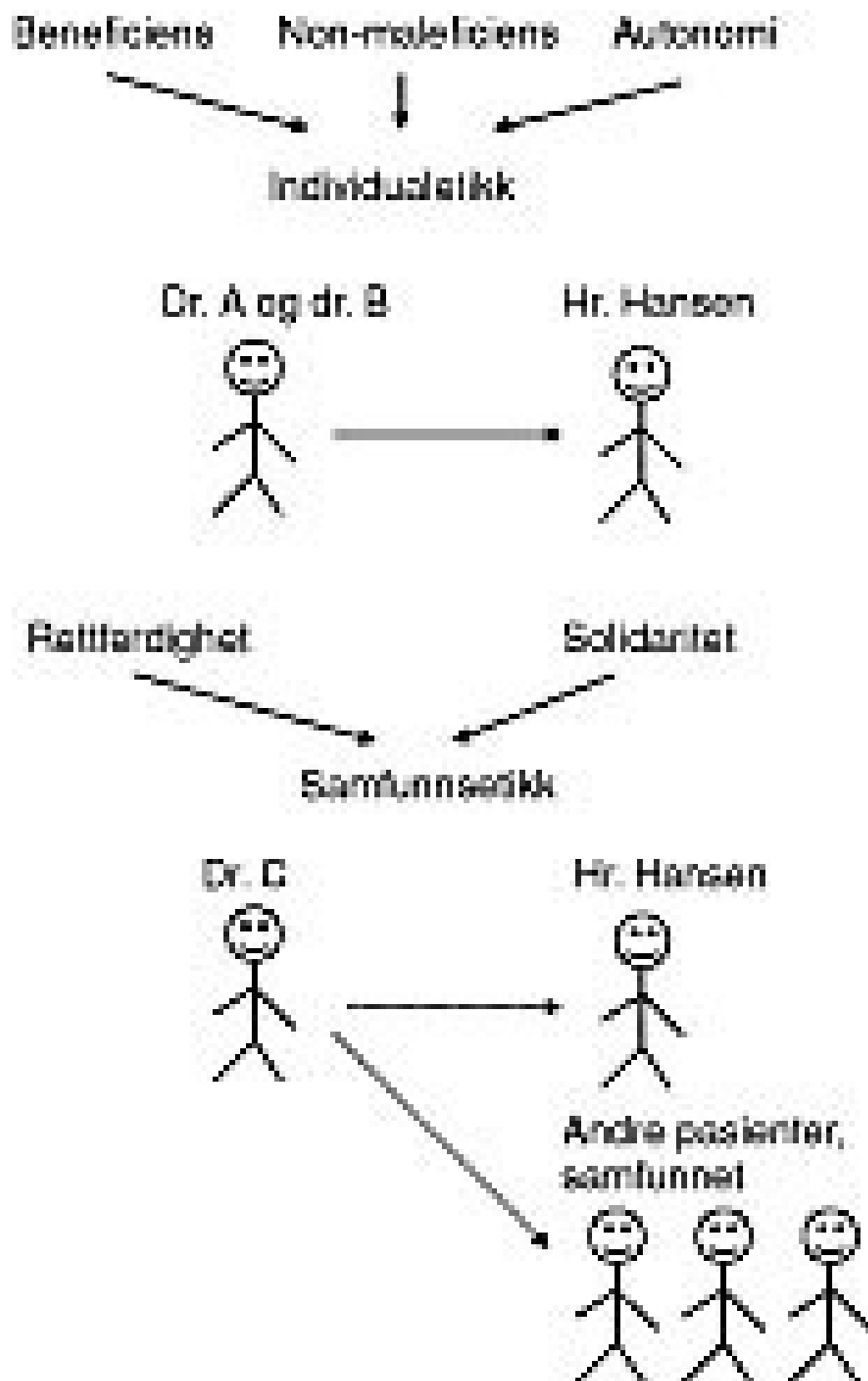


Figur 1 Skjematisert fremstilling av et beslutningsteoretisk diagram, og hvordan argumentasjonen til de tre legene dr. A, dr. B og dr. C kan analyseres ved hjelp av et slikt diagram. Legenes beslutninger baserer seg dels på vurderinger som krever kunnskap, dels på vurderinger som krever moralsk refleksjon. Legenes overordnede normer vil påvirke hvordan de vurderer konsekvensene av ulike handlingsalternativer, og vil dermed ha betydning for den endelige beslutningen

Parallelt vurderer legene de ulike konsekvensenes verdi. Denne moralske vurdering er prinsipielt uavhengig av kunnskaper, men avhengig av legenes overordnede moralnormer. Legenes endelige handlingsvalg er produktet av den

moralske og den kunnskapsbaserte refleksjon, og ulike handlingsvalg kan dermed bunne i ulike kunnskaper eller ulike normer.

Dr. B og dr. C konkluderer likt, og danner således en motsats til dr. A. Men bare tilsynelatende. For når det gjelder det moralske element i beslutningsprosessen, går det egentlige skille mellom dr. A og dr. B på den ene siden og dr. C på den andre. Den moralske vurdering til dr. A og dr. B er nemlig sentrert om herr Hansen alene, konsekvensene av mulige handlinger vurderes utelukkende opp imot individetiske normer (fig 2). Dr. C tenker annerledes, hans refleksjon omfatter også tredjeperson: Dels andre pasienter som trenger intensiv behandling, dels storsamfunnets behov for måteholden ressursbruk. De normer han anvender på den konkrete situasjon, tilhører det samfunnsetiske nivå.



Figur 2 Skjematisk fremstilling av den prinsipielle forskjell på moralske normer som de tre legene appellerer til. Dr. A og dr. B anvender individualetiske normer, og har dermed utelukkende den enkelte pasient for øye. Dr. C appellerer til samfunnsetiske normer, og bringer dermed tredjeperson inn i sin moralske refleksjon

Schei og medarbeidere (3) synes å tro at jeg vil dr. B til livs. La meg legge ballen død umiddelbart: Dette har jeg aldri ment og aldri skrevet. Avveilingen mellom velgjørenhet og autonomi er vanskelig, men tilligger selvsagt den behandlende lege. Hvordan statistisk kunnskap skal anvendes vis-à-vis enkeltindivider er et

komplisert faglig spørsmål, som like selvsagt er legens oppgave å besvare. Dette er – med all respekt – trivielle sannheter. Søkelyset bør derfor rettes mot dr. C. Hans ståsted er problematisk, og det er ham den videre debatt bør dreie seg om.

En kritikk av dr. C

Dr. Cs argumentasjon er todelt. Når hensynet til andre pasienter i en overfylt intensivavdeling trekkes inn, opptrer han i rollen som avdelingsoverlege, og synliggjør det klassiske dilemma som skapes av manglende samsvar mellom behov og ressurser. Når dr. C forfekter et misforhold mellom ressursbruk og forventet nytte av den aktuelle behandlingen, går han utover sin egen avdeling og aksler rollen som helseøkonom.

Dr. C som avdelingsoverlege

Når dr. C opptrer som avdelingsoverlege, vekkes lett vår sympati. For har han egentlig noe valg? Vi har alle opplevd situasjoner der flere syke krever vår oppmerksomhet samtidig, og i virkelighetens verden må man da nødvendigvis prioritere den ene på bekostning av den andre.

Vår forståelse for avdelingsoverlege Cs problematiske situasjon må imidlertid ikke føre til blindhet overfor argumentasjonens prinsipielle fallgruver.

For det første: Hvem som skal prioriteres for intensiv behandling, er like mye et valg basert på verdier som på kunnskaper (fig 1). Hva vil det si ”å trenge en plass best”? Skal unge mennesker prioriteres på bekostning av eldre, eller skal alvorlig syke prioriteres foran mindre alvorlig syke? Skal pasientenes sosiale situasjon spille inn – hvem skal prioriteres av en gift direktør og en ugift alkoholiker? Hva om direktøren er 85 år gammel og alkoholikeren er 30? Svaret avhenger av vår moralske refleksjon og våre moralske normer. Det sentrale i denne sammenhengen er imidlertid at en slik moralsk refleksjon ikke kan monopoliseres av legestanden. I forhold til lekfolk kan dr. C, i kraft av sine medisinske kunnskaper, uttale seg med større sikkerhet om konsekvensen av ulike handlingsalternativer. Men konsekvensenes verdi kan prinsipielt vurderes av alle. Vår autoritet begrenser seg til å vurdere hvor syke direktøren og alkoholikeren er, ikke hvem det er mest betimelig å behandle først.

For det andre: Misforholdet mellom behov og ressurser er ikke statisk. Avdelingsoverlege Cs dilemma kan altså forsvinne på to måter: Enten ved at innleggelsestallet synker eller ved at bevilgningene øker. Selv er han imidlertid ikke herre over disse variablene. Førstnevnte styres av naturen, sistnevnte av våre politikere. Naturen følger sine egne lover, men myndighetene stilles i en valgsituasjon, som består i å vurdere rammene for dr. Cs virksomhet opp mot andre samfunnsområder.

Med andre ord: Avdelingsoverlege Cs prioriteringsdilemma representerer ikke et rent medisinsk moralproblem, som han har bedre forutsetninger for å vurdere enn andre. Det er et allment moralsk og politisk problem, som er ”påtvunget” dr. C som en konsekvens av vedtatte rammebetingelser og den praktiske virkelighet.

Dr. C som helseøkonom

Tilsvarende fallgruver finnes i dr. Cs helseøkonomiske argumentasjon. Kostnad-nytte-regnestykket bygger på to sviktende forutsetninger. Nytte av en behandling er ikke bare spørsmål om kunnskaper, men om verdimeslige vurderinger. Også disse vurderingene er av allmenn karakter, og kan ikke monopoliseres av leger eller helseøkonomer. Satt på spissen: Om trombolytisk behandling er "nyttig" hos herr Hansen, avhenger selvsagt av hva han selv synes. For enkelte vil all livsforlengelse fortone seg "unyttig". For andre vil noen ekstra leveuker – til tross for smerter og funksjonstap – ha ekstrem "nytteverdi".

Tilsvarende gjelder for kostnadene. Det finnes ikke et "riktig" kostnadsnivå, heller ikke et "rimelig" eller "forsvarlig". Hvor mye samfunnet er villig til å betale for en behandling, ev. hvor stor (økonomisk) risiko samfunnet er villig til å akseptere for at behandlingen ikke har den tilsiktede effekt, er et politisk problem, der kostnadene må vurderes mot andre samfunnsoppgaver. I bunn og grunn representerer også dette et moralsk dilemma, der hensynet til de syke må vurderes mot hensynet til allmennheten for øvrig. Politikens eksistensberettigelse består nettopp i at slike vurderinger foretas av valgte representanter etter folkets mandat. Det er derfor vi har politikere.

Unødvendig å minne om? Kanskje ikke, all den stund dr. C tilsynelatende ikke erkjenner konsekvensene av sin argumentasjon. For både når han argumenterer som avdelingsoverlege og når han argumenterer som helseøkonom, er han langt mer enn en lege. Han er også allmenn moralfilosof og politiker.

Mine kritikere later til å mene at en slik dobbeltrolle kan forsvares, ja sågar at den er både nødvendig og til en viss grad ønskelig (3 – 5). Standpunktet presenteres til dels som et *fait accompli* uten nærmere begrunnelse. Man fristes til å minne om en elementær logikkmaksime: Fra at noe *er*, følger ikke at noe *bør være*. Å forstå og sympatisere med avdelingsoverlege C kan vi alle gjøre. Men det prinsipielle spørsmål lyder: *Bør* han stilles overfor slike moralske utfordringer? Videre: *Bør* leger overhodet beskjeftige seg med helseøkonomiske utredninger og ditto prioriteringsanbefalinger? Det er ingen naturlov som sier at vi skal.

Jeg mener altså at vi *ikke* skal. Jeg mener at dr. Cs argumentasjon er et symptom på den medisinske imperialisme, som ikke bare innebærer medikalisering av dagliglivets normale ubehag, men også medikalisering av politiske verdivalg (6). Dette standpunktet kan lett avfeies som urealistisk idealisme – "vi må jo likevel alltid prioritere". Slik slipper man unna den prinsipielle diskusjon med et billig retorisk triks: "Du har rett i prinsippet, men i praksis kan dette ikke gjennomføres." Aner man en avart av dette hos Schei og medarbeidere (3)? Uansett – mitt formål med denne debatten er å forsøke å utmeisle enkelte *idealer* for vår legerolle. Så får man samtidig erkjenne at idealene ikke alltid lar seg forene med virkeligheten.

Gi legene hva legenes er

Mitt ideal er en legerolle der man gir legenes hva legenes er, og keiserens hva keiserens er. At politikerne ivaretar de samfunnsetiske refleksjoner og de dertil hørende politiske veivalg, mens vi – som dr. A og dr. B – møter ”hiin enkelte” med en syntese av kunnskap, erfaring og individualetiske avveininger. Jeg ser fire begrunnelser for å arbeide for en slik rollefordeling.

Hensynet til pasientene

Sykerollen er en ensom, avmektig og til tider nedverdiggende rolle. Den syke er grunnleggende hjelpeløs, det er jo derfor man søker profesjonell hjelp – den syke hungrer etter ”å bli sett av en annen” (7). Det trengs ingen dybdepsykologisk ekspertise for å innse at en lege som avslår bestemte typer behandling av hensyn til andre, kan pådra seg mistillit. Den syke er ingen altruist, og man skal heller ikke forlange eller forvente det.

Men risikoen for å miste pasientenes tillit gjelder ikke bare i konkrete lege-pasient-situasjoner, men også mer generelt. Befolkningen, våre fremtidige pasienter, vil nære en skepsis til legestanden dersom de har grunn til å frykte at vi ikke uten videre vil være på deres ”parti” den dagen de blir syke. Skapes det først et inntrykk av at leger er mer opptatt av fylkeskommunens budsjettbalanse eller pasienten i naborommet enn av den som søker hjelp, mister vi vår legitimitet, både som forebyggere og kuratorer. Da kan det for så vidt være likegyldig om dette inntrykket er berettiget – dessverre er det kunden som har rett, og ingen bør bli overrasket om han neste gang oppsøker konkurrenten med soneterapeutisk abrakadabra som sitt terapeutiske repertoar.

Hensynet til politikerne og det politiske system

Når leger foretar beslutninger som i sitt vesen er politiske, reduserer dette innflytelsen til de folkevalgte organer. Makt overføres fra politisk til teknokratisk nivå, hvilket skaper et ansvarsvakuum. Politikerne blir ikke konfrontert med konsekvensene av sine bevilgninger, sorteringen av hvem som er ”verdig” en intensivplass overlates jo til avdelingsoverlegen, som på sin side blir garantist for en medisinsk behandling som ofte oppleves som uforsvarlig (8). Dette fører til et demokratisk underskudd: Pasientene kan velge andre politikere, men de kan ikke velge andre leger. Dermed oppstår et teknokrati, der eksperter tar beslutninger som i sitt vesen tilhører oss alle.

Tilsvarende innvendinger kan reises mot helseøkonomiske analyser. Slike analyser innehar ofte et element av markedsundersøkelse. Dersom behandlingskostnadene overskrider folks betalingsvillighet, vil mange helseøkonomer konkludere med at behandlingen ikke bør iverksettes. Tilsynelatende en demokratisk konklusjon, basert på en form for flertallsuttalelse, men bare tilsynelatende. For det første utelates elementer som ellers står sentralt i alminnelige politiske beslutningsprosesser, som hensynet til mindretallet, behovet for langsiktig planlegging osv. Isteden innføres en form for ”meningsmålingsdemokrati”, en avansert syntese av

gatens parlament og ekspertvelde. For det andre skapes den illusjon at svaret på politiske verdivalg kan finnes i vitenskapelige undersøkelser. Også her forveksles *er* og *bør* – hvor mange penger vi skal bruke på å behandle hjerteinfarkt, kan *aldri* ”bevises” vitenskapelig.

Hensynet til legene

Legestanden har det heller ikke alltid godt med seg selv. Vår lojalitet slites mellom ”hiin enkelte” og ”de andre”. Mange opplever å komme til kort, både faglig og menneskelig. I stedet for å gi skikkelig behandling til de få, gir vi middelmådig behandling til de mange, og lever sjelden opp til idealene fra studietiden. Noen blir utbrente, andre blir desillusjonerte.

Ole Berg analyserer hvordan både de faglige og de normative aspekter av vår ”medisinlighet” er i endring, og advarer mot en utvikling der vår rolle endres fra autonom fagautoritet til funksjonær (9). I denne situasjonen undres jeg over at man ikke ser behovet for å ta stilling til den latente lojalitetskonflikten og utmeisle *ett* yrkesideal med samlende kraft overfor så vel psykiatere som kirurger. I stedet uttaler Legeforeningens president: ”I Ole Bergs moralske trekant bør legen i møte med den enkelte pasient være veldig nær pasientens hjørne. Samfunnsmedisineren må trekkes mer mot menneskehetens hjørne, mens den som også har et administrativt ansvar, trekkes mer mot det tredje hjørnet” (4). I mine ører låter dette både tannløst og ryggesløst.

Hensynet til samfunnsutviklingen

Schei og medarbeidere er bekymret for dagens ”kjølige mellommenneskelige klima” (3). Jeg deler deres bekymring. Hva består denne kulden av? Dreier det seg om grunnleggende ensomhet i og fremmedgjøring overfor en verden der ”tidens viktigste og tilsynelatende eneste spørsmål lyder: Hva er mest lønnsomt?” (10). Jeg frykter at svaret er bekreftende. Jeg tror enkeltindivider, syke som friske, hungrer etter å *bli sett* – av sine barn, sine foreldre og sine medmennesker, legen inkludert. Men utviklingen går i motsatt retning. ”Dialogene forvitrer,” fastslår Berg & Haug, og årsakene til dette er bl.a. trykk fra to hovedkilder, i begge tilfeller ”upersonlige”: ”På den ene side den byråkratiske regelstyring, på den annen side den resultatorienterte (penge)styring” (11).

Den medisinske tradisjon, forvaltet av oss, kan bidra til å motvirke denne utviklingen, og ”burde føle et særlig kall til å styrke de personliggjørende prosessene” (11). Men dette krever at vi bekjenner oss i sterkere grad til dr. As og dr. Bs ideologiske posisjon, og fornekte dr. Cs dobbeltrolle. For det helseøkonomiske evangelium han forkynner, er også det upersonlige evangelium par excellence. De helseøkonomiske analysemetodene er ofte utpreget liberalistiske: Nyten av et helsetiltak (en vare) måles ut fra hva pasientene (markedet) er villige til å betale. Interessant nok vil resultatet av en slik analyse kunne anvendes som byråkratisk instrument for rettfærdig fordeling av helsegoder, en virksomhet som er ideologisk fjern fra den tøylesløse liberalisme. Men det skremmende fellestrekk er at individene tapes av syne. Pasientene blir tall i et regnskap.

Legene kan, i kraft av sin humanistiske tradisjon, være en motvekt mot en slik utvikling. Vi kan utgjøre et forsvar for ”den lille mann”. Men dette fordrer en klar rolleprofil. Ikke dermed sagt at sosialdemokratisk fordelingspolitikk er uviktig. Men den kan andre få stelle med. Politikerne, for eksempel.

Konklusjon

Vitenskapen, erfaringen og de individualetiske refleksjoner tilhører oss og vår dialog med den hjelptrengende. Samfunnsetikken tilhører politikerne. Argumentene for en slik rollefordeling er – dypest sett – forankret i hensynet til pasienten selv. Han trenger tillit til sin lege, han trenger reell demokratisk innflytelse, han trenger leger med sin autonomi, sine illusjoner og sin idealisme intakt, og han trenger et ”varmt” samfunn, følsomt for enkeltmenneskets behov.

Vårt yrke utøves i skjæringspunktet mellom våre idealer og de politisk vedtatte rammebetingelser. Dette pålegger oss et dobbelt ansvar: Dels til å synliggjøre rammebetingelsens konsekvenser når avstanden mellom våre idealer og den praktiske virkelighet blir for stor, dels til å føre en kontinuerlig debatt om vår egen rolleforståelse.

Flere motforestillinger etterlyses derfor. I mellomtiden kan vi trygt beholde både Stockmann og samaritanen som forbilder for vår virksomhet. Jeg er overbevist om at ingen av dem var synderlig interessert i DRG-poeng.

LITTERATUR

1. Barrows HS, Tamblyn R. Problem-based learning: an approach to medical education. New York: Springer, 1980.
2. Wyller VB. Gi legene hva legenes er. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3797 – 9.
3. Schei E, Norheim OF, Rørtveit G, Lysebo DE, Hjørleifsson S. Legen – den enøye samaritan? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1207 – 9.
4. Aarseth HP. Hvem har krav på legens lojalitet? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1119.
5. Gulbrandsen P. Egennytte eller samfunnshensyn? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3719.
6. Hellesnes J. Kampen mot det unormale. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3251 – 4.
7. Mehren S. Bønn (Ikon). I: Nattmaskin. Dikt 1998. Oslo: Aschehoug, 1998.
8. Petersen H. Hvorfor en klinikkoverlege har kapitulert. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 275.

9. Berg O. Legene og Legeforeningen – mellom interesser og verdier. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1417 – 21.
 10. Nylenna M. Hvem styrer utviklingen i helsevesenet? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3690 – 4.
 11. Berg O, Haug C. Dialogene som forvitrer. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1163 – 8. _
-

Publisert: 20. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 26. mars 2026.