

Tid for en smule ansvarsfraskrivelse?

Legerollen som historisk konstruksjon

På en del områder i samfunnet har legene fått en autoritet og et samfunnsansvar som vanskelig kan forstås som følge av deres biologiske kunnskap eller deres behandlingsresultater. I artikkelen ses denne autoriteten og dette ansvaret i lys av moderne europeisk idéutvikling, blant annet forestillingen om at svarene på alle gåter om menneskets vesen ligger gjemt i naturen, at økt kunnskap om naturen er ensbetydende med fremskritt og at mennesket dermed uavvendelig nærmer seg «selve lykken» i takt med de gåtene det løser. Gjennom aktuelle eksempler argumenteres det for at et slikt perspektiv kan danne utgangspunkt for en konstruktiv debatt om dagens legerolle.

Georg Espolin Johnson

gejohnso@broadpark.no

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0317 Oslo

Hvorfor konsulteres legen ikke bare ved sykdom, men også ved plager som fagmedisinen ikke har forklaring på og hvor medisinsk behandling er uten dokumentert effekt? Hvorfor oppsøkes legen i forbindelse med relasjonelle konflikter – ubehag som skyldes problemer i hjemmet, på arbeidsplassen eller på andre sosiale arenaer? Hvorfor er sykdom «som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis» grunnkriteriet for rett til uførepensjon (1)? Noen vil sikkert oppfatte spørsmålene som i beste fall unødvendige. Hvis man likevel tar dem på alvor, vil de blant annet kunne besvares ut fra

legerollens historie. I lys av denne fremstår ikke dagens løsning på samfunnets behov for å håndtere sykdom, ubehag og arbeidsuførhet som naturgitt.

Legerollen kan forstås som det til enhver tid gjeldende resultat av en dialektisk prosess mellom samfunnets forventninger og krav til legen og legens selvforståelse og atferd.

Vitenskap som ideal og religion

William Harveys (1578–1657) beskrivelse av kretsløpet i 1616 blir ofte beskrevet som den moderne medisins gjennombrudd (2). I denne sammenheng er interessen knyttet mindre til Harveys oppdagelse enn til det vitenskapsidealet han var eksponent for: Mennesket må utforske seg selv. «Fornuftens seier» i Europa innebar blant annet at naturlige forklaringer på sykdom og lidelse erstattet metafysiske forestillinger om heksekunst og Guds vilje. Selv om mange av medisins tidlige sykdomsmodeller var gale og behandlingstiltakene sjelden kan ha hjulpet, skapte denne nye holdningen til sykdom forhåpninger om nye behandlingsmuligheter for et økende antall plager og bidrog til at legene fikk formelle fullmakter på behandlingsmarkedet på bekostning av konkurrerende behandlergrupper, uten at deres behandlingsresultater pekte seg gunstig ut (3, 4). Den tillit legene ble vist, kan med andre ord delvis forstås på bakgrunn av folks holdninger, håp og forventninger (5).

Vitenskapen trengte seg også inn på religionens område. Begivenheter som fødsel og død, som tidligere hadde tilhørt den metafysiske sfære og vært preget av religiøse ritualer, ble til naturlige hendelser i en potensielt fullt ut forklarlig verden. Som et ledd i prosessen mistet Gud forklaringskraft, og legen gikk inn som ritualmester på områder hvor presten tidligere hadde rådet grunnen. Legen «arvet» noen av prestens oppgaver, men gav dem ny innpakning (6, 7). Dermed fikk han makt og innflytelse på arenaer hvor moral og mening var viktigere ingredienser enn anatomi og fysiologi.

Medisin i nasjonsbyggingen

Også i formingsprosessen av den moderne europeiske nasjonalstaten fikk medisinen og legene sin plass. I økende grad ble det ansett som en nasjonal oppgave å sikre en levedyktig, sterk, produktiv og tilfreds befolkning som kunne fylle rollene som

produsenter og konsumenter, soldater og fødemaskiner. Legen skulle i utgangspunktet overvåke folkehelsen (8, 9), men etter hvert også avgrense normalitetsbegrepet (10). Med den medisinske vitenskaps hjelp søkte staten å forene nasjonens styrke og fremgang med individets lykke (10). Grensene mellom helse, normalitet og lykke ble dermed uklare, og legen ble både folkehelsens og folkemoralens vokter (11) – en statsautorisert agent for sunnhet, trivsel og nytteverdi.

Den industrielle revolusjon førte til voldsom vekst av Europas byer med slum, elendighet og epidemier. Mange leger engasjerte seg i samfunnsdebatten. Rudolf Virchow (1821–1902), mest kjent som cellulærpatologiens far, var kritisk til selve samfunnsordningen og tok til orde for velferdspolitiske tiltak. René Villermé (1782–1863), som viste at mortaliteten i Paris varierte med sosial status, var på sin side skeptisk til politiske løsninger på sosiale problemer og fremholdt at årsaken til fattigdom var de fattige selv (12). Uavhengig av ideologi ble slumstrøkene anvendt som naturlige laboratorier for utforskning av sammenhengen mellom miljø og sykdom. Den nye kunnskapen gav opphav til forebyggende tiltak med klare helsegevinster. Tiltakene var resultat av politisk vilje og et stadig mer velfungerende statsapparat, men bidrog også til at legene vant sterkere innpass i helsebyråkratiet.

Om tiden mellom 1850 og 1920 skriver idéhistorikeren Torbjørn Gustafsson (f. 1965) at biologisk og medisinsk vitenskap påvirket språket, trengte inn i kulturen og dermed mistet noe av sin frihet og uavhengighet (13). Fysiologifaget ble like viktig som Darwins utviklingslære for Europas idéforming, hevder han, og alt ble forstått etter mønster av biologiske organismer. Leger og biologer fikk rollen som samtidens dommere, prester og lovstiftere, og hele kulturdebatten handlet om den individuelle organismens, samfunnsorganismens og den vestlige kulturorganismens vei mot den ideelle tilstand som ble kalt helse (14, 15). Under disse omstendigheter overdro staten makt til legene i et spill som handlet om statens eget behov for styring og kontroll. Legene på sin side tok begjærlig imot og var i begrenset grad opptatt av at de behandlingsmetoder de hadde til rådighet fortsatt var lite effektive.



Det er god grunn til å anta at dagens prevalente, men uspesifikke smerte-, tretthets-, angst-, depresjons- og tilpasningsproblemer må søkes i det sosiale rom – der mennesker i verste fall ikke lenger mestrer hverdagens krav. Illustrasjonsfoto SCANPIX

Medisinhistoriker og lege Irvine Loudon (f. 1924) hevder at legene i England på 1800-tallet verken var opptatt av direkte effekter eller lege-pasient-forholdet i videre forstand. De var entreprenører i en kommersiell tid og hadde karriere i blikket snarere enn altruisme og sosialt engasjement. Bak slagord om vitenskap og utdanning var de egentlige temaer posisjon, markedsmuligheter og honorarer (16).

Vitenskapsidealet til tross, folkets holdning til legene var ikke udelt positiv: «Davus og jeg var syk, han først av sengen er stegen. Han stred med sykdom kun, jeg stred med den og Lægen,» skrev Ludvig Holberg (1684–1754). Fra omkring 1800 økte legedekningen sterkt i hele Europa, men frem til forrige århundreskifte oppnådde de ikke den status i de brede befolkningslag som de mente seg berettiget.

Sosialforsikring – nye muligheter for legene

Ved forrige århundreskifte fungerte leger i offentlige stillinger som statlige hygieneeksperter innenfor en europeisk politikk preget av liberalisme, utilitarisme og statlig ikke-innblanding. Sosialforsikringsordningene, som oppstod på samme tid, trakk den praktiserende legen inn i statens prosjekt på en ny måte. Norges første lov om sykepenger trådte i kraft i 1911, og legeerklæring var et vilkår for ytelser (17). Den enkelte praktiserende lege ble sittende med direkte nøkkel til trygghet for syke lavtlønnede som uten sykepenger ville gå nød og sosial oppløsning i møte. Legens sosiale innstilling og samvittighet måtte nødvendigvis påvirke hans sykmeldingspraksis,

som i tillegg må ha blitt påvirket av at gratis legehjelp inngikk i ytelsen. Nye pasientgrupper ble dermed avhengige av å oppsøke lege for å få utløst rettigheter samtidig som legene kunne øke sin inntjening gjennom liberal sykmeldingspraksis.

Selv om legedekningen allerede lenge hadde vært et politisk tema omkring 1900 og legene selv hadde tatt til orde for sterkere statlig engasjement, var det først med innføringen av sykeforsikring at staten i praksis måtte påta seg et ansvar for at legehjelp var tilgjengelig også i mer grisgrendte strøk. Lov om offentlige lægeforsretninger av 1912 kan ikke ses uavhengig av sykepengeordningen (18). Det umiddelbare grunnlaget for at staten påtok seg ansvar for legefordelingen, synes altså å ha vært behovet for sanksjonering av trygderettigheter snarere enn spredning av behandlingstilbudet.

Legens portnerrolle i trygden må forstås som en praktisk løsning på behovet for å forhindre utbetalinger til personer som egentlig er i stand til å tjene sitt eget brød. Sykdomsriteriet som rasjoneringskriterium har vært lite kontroversielt, selv om utfordringer har forekommet (19, 20). Legenes forståelse og forvaltning av sykdomsbegrepet har derimot vært under nærmest kontinuerlig debatt helt siden 1911 og gir grunnlag for likevel å stille spørsmål ved dets egnethet.

Kan fortiden belyse nåtiden?

Dagens legerolle er en konsekvens av atskillig mer enn medisinsk vitenskapelig utvikling og vellykket bekjempelse av sykdom. Selv om legene har tatt aktiv del i sin egen posisjoneringsprosess, har de alltid først og fremst vært en uatskillelig del av nettopp det samfunnet som til enhver tid har formet deres rolle. Legerollen er derfor ikke først og fremst legens, men hele samfunnets. Jeg tror tiden er moden for en debatt om samfunnets forventninger og krav til legen og legens oppfatninger av og krav til seg selv. Allmennpraktiserende leger forteller om konsultasjoner som handler om tilpasningsvansker, familiekonflikter, frykt for oppsigelse, nattebråk i nabolaget, manglende grensesetting på skolene og legeerklæringer om forhold som legen ikke har spesielle forutsetninger for å vurdere, men som «systemet» likevel krever legens uttalelse om. For å sette det på spissen kan man få inntrykk av at samfunnet forventer at legen skal være ekspert på nærmest enhver plage, dens årsaker, dens individuelle og sosiale konsekvenser og dens behandling. I tillegg bør hun/han ha gode psykologiske og pedagogiske evner for å kunne møte den enkelte pasients smerte, frykt, sorg eller usikkerhet (21). Legen synes ikke å lykkes i sine forsøk på å leve opp til kravene, men kan derimot selv stå i fare for å brette ryggen.

Prioriteringsproblematikk i allmennpraksis er et gammelt tema også i Tidsskriftets spalter. Allmennlegene selv har varierende synspunkter på hvilke oppgaver som naturlig tilhører deres ansvarsområde (22). Irene Hetlevik har argumentert for at de fortrinnsvis må bruke tiden der helsegevinster er dokumentert (23, 24). Min innfallsvinkel er en annen: Jeg peker på hvordan historisk-strukturelle krefter kan ha bidratt til å forme legerollen og antyder at bredt fokus på denne tilbivelsesprosessen kan påvirke både legenes perspektiv på seg selv og samfunnets perspektiv på legene. I diskursen om legenes oppgaver og ansvar kan dette bidra til at nye modeller avtegner seg for organisering av det som i dag kalles helsetjenester. Man kan naturligvis velge å se dagens primærlege som en politisk definert nøkkelperson i tilbudet til folk som blir syke eller av andre grunner mislykkes i tilpasningen til samfunnet. At legen i egenskap av å være lege ikke har særskilte kvalifikasjoner til alle oppgavene, hindrer ikke dagens ordning fra å være velfungerende. Legerollens historie taler likevel for at det kan være grunn til å se nærmere på problemstillingen.

Det virker ved første øyekast tilforlåtelig når fagutvalget i Alment praktiserende lægers forening ønsker gratis legehjelp til ungdom mellom 13 og 19 år for at terskelen for å oppsøke lege skal bli lavere. Men det er ikke uproblematisk. «Vi som leger vet at det skjer veldig mye med barn og ungdom fra 13–14-årsalderen,» uttaler formannen i fagutvalget. «Da skjer mye av identitetsskapningen hvor vi tror vi kan ha noe å tilføre dem» (25). Har allmennleger spesielle forutsetninger for å bistå ved naturlige og allment kjente problemer i en livsfase hvor sykdom av den type leger qua lege kan forklare og behandle sjeldent forekommer? Det betyr naturligvis ikke at allmennleger skal avvise ungdom med pubertetsproblemer. Men det betyr at hvis utgangspunktet virkelig er å gi denne gruppen et bedre tilbud, er legekontoret ikke nødvendigvis riktig sted å starte.

Mange leger synes å føle seg forpliktet til å utforske, forklare og håndtere alle typer menneskelig ubehag på samfunnets vegne. Mens en psykolog skrev sin doktorgrad om fibromyalgi, kom hun i kontakt med en lege med samme interesseområde. Legen gav noe oppgitt uttrykk for at hun som følge av forskningsresultatene måtte lære seg kognitiv terapi i tillegg til alle andre forpliktelser overfor pasientene. Psykologen på sin side undret seg over at legen ikke isteden konkluderte med at fibromyalgi i større grad burde håndteres av noen som allerede kjente metoden, nemlig en del psykologer. Nok en gang mener jeg ikke med eksemplet at leger ikke bør lære seg kognitiv terapi. Poenget er at det ikke må tas for gitt at de

skal gjøre det, selv om det kan ha effekt, fordi det heller ikke er gitt at det er hensiktsmessig at legen er førstestans i fellesskapets tilbud til personer med denne type plager.

Et annet eksempel i samme gate kommer til uttrykk i en artikkel i *Aftenposten* 3. april 2002, der presidenten i Legeforeningen i debatten om kiropraktorers og manuellterapeuters sykmeldingsrett argumenterer for at retten må beholdes leger. Dette blant annet fordi allmennlegen må «sikres ... den informasjonen om pasienten som allmennlegen må ha for å ivareta det ansvaret som ligger i fastlegeordningen». Gjennom fastlegeordningen har legen fått et ansvar for personene på listen sin, men ikke i form av å overvåke at de avrapporterer sine plager til legen, slik enkelte skriftfedre overvåker at alle sognebarna regelmessig kommer innom og skriftfer.

Mitt siste eksempel består av to historier som i seg selv har lite å gjøre med norske leger, men som til sammen illustrerer temaets bredde og kompleksitet. Ifølge en artikkel i *Der Spiegel* brukte nær en femdel av tyske grunnskoleelever Ritalin mot hyperaktivitet, «ofte forskrevet av tannleger, røntgenleger og gynekologer», mens barnas egentlige problem ifølge artikkelforfatteren var mangel på omsorg fra foreldre som var mer opptatt av sitt arbeid, en ny kjæreste eller liknende. En kritisk pedagog hevdet at behandlingen i sum førte til betydelig skade (26). Den andre historien har i utgangspunktet ingen tilknytning til artikkelens tema. Jeg kommer tilbake til hvorfor den likevel er relevant. Ved hjelp av et nytt pedagogisk opplegg ble prestasjonene til elevene ved en skole i New York betydelig forbedret, samtidig som vold og mobbing ble sterkt redusert. I Oslo har Gran skole hatt suksess med innføring av samme pedagogikk (27). Poenget med den første historien er at vi i vår kultur først og fremst oppfatter plager og uønsket atferd som individuelle avvik fra en definerbar norm og fester lit til individualterapeutiske tiltak,

fremfor alt i en leges regi. At problemer kan være relasjonelle og tiltakene strukturelle, sitter atskillig lenger inne, til tross for gode eksempler på at inkluderende miljøløsninger, som i New York og Oslo, kan ha sterkere, mer vidtrekkende og sannsynligvis mer langvarige effekter.

Det er god grunn til å anta at noe av forklaringen på dagens prevalente, men uspesifikke og hittil dårlig forståtte smerte-, trettets-, angst-, depresjons- og tilpasningsproblemer må søkes i det sosiale rom – der mennesker samhandler og til tider vil mislike hverandre, komme i konflikt, komme til kort, bli motarbeidet, overkjørt og frustrert, tape i det sosiale spillet og i verste fall ikke lenger mestre hverdagens krav. Det er grunn til å spørre om legen qua lege er rett person til å håndtere slike tilstander på samfunnets vegne og angi hvor stor arbeidsuførhet de medfører.

Avslutning

Noen vil kanskje oppfatte ovenstående som uttrykk for at legene bør rendyrke medisins naturvitenskapelige tradisjon, bidra der denne gir klart grunnlag for det og ellers trekke seg tilbake. Det er ikke meningen. Mitt poeng er at et vidt perspektiv på lege-rollens tilblivelse kan gi noen overraskelser med hensyn til tingenes någjeldende orden. Det man har tatt for gitt, kan komme til å fremstå som ikke fullt så klart, og det man trodde måtte være slik, kan kanskje likevel være tilgjengelig for andre løsninger. Jeg tar heller ikke til orde for dramatiske omstillingsprosesser til dårlig utredede nyordninger, men tror en åpen debatt om lege-rollen, som tar utgangspunkt i at den ikke bare bygger på legens suksess som behandler, kanskje kan bidra til å bremse en hittil selvgående medikaliseringsprosess hvor legene er nødt til å komme til kort i forhold til forventningene.

Litteratur

1. Lov om folketrygd. §12-6. Sykdom, skade eller lyte – krav om årsakssammenheng. Oslo: Sosialdepartementet, 1997.

2. Wear A, red. *Medicine in society – historical essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992: 91.
3. Wear A, red. *Medicine in society – historical essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992: 112.
4. Conrad LI, Neve M, Nutton V et al. *The Western medical tradition*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995: 225.
5. Moseng OG. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Ansvaret for undersåttens helse, 1603–1850. Oslo: Universitetsforlaget, 2003:155–8.
6. Foucault M. *The will to knowledge – the history of sexuality*. Bok 1. London: Penguin Books, 1998.
7. Foucault M. *The birth of the clinic – an archaeology of medical perception*. New York: Vintage Books, 1994.
8. Wear A, red. *Medicine in society – historical essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992: 172–8.
9. Foucault M. *The birth of the clinic – an archaeology of medical perception*. New York: Vintage Books, 1994: 31–6.
10. Foucault M. *The birth of the clinic – an archaeology of medical perception*. New York: Vintage Books, 1994: 34.
11. Foucault M. *The birth of the clinic – an archaeology of medical perception*. New York: Vintage Books, 1994: 42.
12. Porter R. *The greatest benefit to mankind*. London: WW Norton & Company, 1999: 406–7.
13. Gustafsson T. *Själens biologi*. Stockholm: Kulturhistoriskt bibliotek, 1996: 10.
14. Gustafsson T. *Själens biologi*. Stockholm: Kulturhistoriskt bibliotek, 1996: 34.
15. Gustafsson T. *Själens biologi*. Stockholm: Kulturhistoriskt bibliotek, 1996: 75–7.
16. Wear A, red. *Medicine in society – historical essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992: 229.
17. Ot.prp. nr. 19 (1909). Om utferdigelse av en lov om sykeforsikring: 65.
18. Ot.prp. nr. 39 (1911). Om utførelsen av de offentlige lægeforretninger.
19. Norges offentlige utredninger. Folketrygdens sykdomsbegrep. NOU 1977: 14. Oslo: Universitetsforlaget, 1977.
20. Bjørndal A. Er sykdom et egnet kriterium for rasjoner av trygd? Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 361–4.
21. Ihlen K, Hjortdahl P. Pasienten og legen – en tango for to? Aftenposten (morgenutgave) 5.5.2001.
22. Høie IM. Pasientens hverdagsproblem – fastlegens hodepine? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 494–5.
23. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3547–8.
24. Hetlevik I. Individuell forebygging i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1395–6.
25. Dommerud T. Vil ha gratis legehjelp til ungdom. Dagens Medisin 22.11.2001.
26. Neumann C. Statt frühstück Tom und Jerry. Der Spiegel 2002; nr. 24: 60–9.
27. Libråten T. Stjernepedagog skamroste Oslo-skole. Aftenposten (aftenutgave) 20.9.2002.