

# Legen som helsearbeider

*Er den profesjonelle autonomien truet?*

Rocio Rosales og Arild Egge



MASTEROPPGAVE

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2014

# Legen som helsearbeider

## Er den profesjonelle autonomien truet?

Rocío Rosales og Arild Egge

Masteroppgave

Erfaringsbasert masterstudium i helseadministrasjon (MHA)

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITET I OSLO

Copyright Forfatter

År 2014

Tittel LEGEN SOM HELSEARBEIDER - Er den profesjonelle autonomien truet?

Forfattere Rocio Rosales og Arild Egge

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Legeforeningen, Legenes hus

# Sammendrag

Vi har i denne oppgaven sett på legers autonomi både som gruppe og på individuelt nivå. Problemstillingen har vært hvorvidt autonomien med de endringer som har funnet sted i samfunnet og i helsevesenets organisering er endret - eller kanskje til og med blitt en anakronisme. Legeyrket kjennetegnes tradisjonelt av en relativt stor grad av selvstendighet både i det enkelte lege- pasientforholdet, og når leger som profesjonsgruppe organiserer sin tjeneste i samfunnet.

Samfunnsendringer, Helseforetaksreformen, Samhandlingsreformen, lovendringer og andre mer økonomidrevne omorganiseringer i mange helseforetak de siste årene, er den bakgrunn hvorpå vi har funnet det interessant å reise spørsmålet om det kan være slik at også legenes posisjon i dette bildet er forandret?

Som studenter ved det erfaringsbaserte mastergradsstudiet i helseøkonomi og helseledelse (MHA UiO) og med egen bakgrunn i klinisk hverdag, syntes vi spørsmålet var aktuelt og interessant. Vi valgte å gjennomføre en kvalitativ studie med 3 fokusgruppeintervjuer og gjennomgang av aktuell litteratur for definisjon av begrepet autonomi - en egenskap ved *profesjonsyrker* som lege, advokat, ingeniør, lektorer og noen få andre.

Spørsmålet om profesjonens autonomi i vid forstand kan være truet, er *ikke nytt* og har vært undersøkt og debattert med noen mellomrom siden legen var en embetsmann. Lovendringer, omorganiseringer og konkurranse om behandlerrollen, har egget til diskusjon og spørsmålet har mest av alt vært stilt av profesjonen selv. Ved forestående og pågående endringer har framtidig rolle syntes uklar, fremmedfølelsen er vekket og man har med rette følt seg truet? Mer enn tap av verdslige privilegier, synes tapet av en selvstendighet i selve yrkesutøvelsen å være i legenes tanker når debatten reises.

Gjennomgående kan man hevde at legenes autonomi synes bevart. Historiske endringer som er beskrevet her, har ikke kneblet yrkesgruppen eller gjort den til et redskap – legene som individer og som gruppe har beholdt sin profesjonelle selvstendighet - tyder vår undersøkelse på. Fagkunnskapen har hittil gjort legene suverene i det enkelte pasientforhold og som gruppe besitter profesjonen unik kunnskap som gir tyngde i det offentlige rom og profesjonen styrer fortsatt langt på vei seg selv. Dette synes beskrivende for norske forhold.

Deprofesjonalisering er et uttrykk som tidligere er konstruert for å beskrive mekanismen bak en forvitring av profesjonell autonomi. Det innebærer blant annet en uthuling av fagfeltets suverenitet i forhold til den medisinske kunnskap, men dette synes ikke i realiteten å ha funnet sted, så langt. Demokratiseringen av kunnskap gjennom internettet utfordrer legenes suverenitet i forhold til forvaltningen av den – dette vil kanskje ytterligere styrke deres posisjon ved den skjerpelse dette vil medføre, like mye som den truer den.

Vi stilte disse forskningsspørsmålene:

- På hvilken måte opplever dagens sykehusleger et profesjonelt autonomitap?
- Hvordan kan legenes kollektive profesjonelle autonomi bevares under stadig omfattende reformer og omorganiseringer?

Analysene av våre fokusgruppesamtaler indikerer at kolleger *ikke* egentlig synes å føle seg detronisert av til dels dramatiske omorganiseringer i det norske helsevesenet den senere tiden.

Problemstillingen opplevdes som absolutt aktuell i gruppediskusjonene, men legene bekymrer seg mer for den *kollektive* autonomi ved at faglige argumenter i de omveltninger som foregår vanskeligere når fram enn tidligere. Faget synes, som på andre samfunnsarenaer (f eks utdanning og forskning) svekket i forhold til tidligere. I det unike lege-pasientforholdet syntes ikke kollegene at de ble overstyrt - retningslinjer og prosedyrer er faglig begrunnede og kan fravikes når man faglig kan begrunne det. Den utfordrende pasienten som har skaffet seg egen kunnskap oppleves gjennomgående ikke som et problem, men som en ansporing til å bli en bedre profesjonsutøver.

Legeforeningen kan bidra til å befeste den profesjonelle autonomien gjennom blant annet et aktivt arbeid for standarder og kunnskapsoppdatering. Allerede eksisterer et initiativ i form av LEIF (legers etterutdanning i fremtiden) og lenge har diskusjonen om resertifisering vært et tema; denne type kvalitets- og tillitsbyggende arbeid vil være den naturlige plattformen for å bevare den profesjonelle autonomien.

# Forord

Denne oppgaven er blitt til over tid. Vi hadde uavhengig av hverandre tenkt på det samme temaet da vi tok det Erfaringsbaserte Mastergradsstudiet i helseledelse og helseøkonomi høsten 2009/vår 2010. Begge hadde begrenset permisjon og gikk tilbake til våre vanlige kliniske stillinger etter teoriperioden – fast bestemt på å fullføre denne oppgaven i fellesskap. Imidlertid tok hverdagen tak i oss begge og flere forsøk på å beramme felles overlegepermisjon i ettertid har mislyktes – inntil nå.

Vi hadde ingen erfaring med kvalitative studier og har måttet støtte oss til god veiledning og metodelitteratur. Vi føler vi har lært mye ved gjennomføringen, både hva gjelder den informasjon vi har innhentet og om hva som kreves for å lede fokusgrupper. Å gå igjennom intervjuene, transkriberingsfasen og kodingen av informasjonen, ga oss overraskende mye mer å reflektere over og systematisere enn vi på forhånd hadde antatt. Dette har derfor vært en viktig reise for oss i et nytt landskap som har gitt tro på at man kan hente ut nyttig informasjon i flere sammenhenger – vi har ellers bare erfaring med tradisjonelle kvantitative studier og publisering av artikler basert på slike.

Våre forskningsspørsmål er enkle - likevel vanskelige nok å gi gode og sikre svar på - men vi mener at gruppediskusjonene har gitt oss tilstrekkelig substans til de refleksjoner vi har presentert her. Vi må akseptere at svarene er av en annen type enn de som angis med vante p-verdier for signifikans, men føler en rimelig sikkerhet for at fokusgruppene har gitt oss gyldig informasjon for bearbeiding og besvarelse. Vi gikk inn i oppgaven med vår egen forståelse alene – denne er modulert gjennom våre informanternes innspill i gruppene og vår refleksjon over disse på en systematisk måte under arbeidet med oppgaven.

Vi må ellers anerkjenne vår veileder Professor Olaf Aasland for tålmodig, kunnskapsrik og klok veiledning. Selv om vi holdt fast ved vår ambisjon om å gjennomføre, hadde vi i den praktiske motgangen nær mistet troen på at dette var mulig. Vi takker derfor for at ikke veilederen *lot* oss gi opp.

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Innledende betraktninger.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Oss .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3 Definisjon av sentrale begrep.....</b>	<b>4</b>
1.3.1 Profesjon.....	4
1.3.2 Autonomi.....	5
1.3.3 Deprofesjonalisering og proletarisering .....	6
1.3.4 Fremmedgjøring .....	8
<b>1.4 Teori og tidligere forskning .....</b>	<b>8</b>
<b>1.5 Endringer.....</b>	<b>9</b>
<b>1.6 Forskningsspørsmål.....</b>	<b>14</b>
<b>2. Metode .....</b>	<b>15</b>
<b>3. Resultater og refleksjoner.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Autonomi som et begrep .....</b>	<b>17</b>
3.1.1 Autonomi eksisterer på 2 nivåer .....	17
3.1.2 Autonomibegrepet er viktig .....	19
3.1.3 ”Uklart begrep” .....	20
3.1.4 Autonomi – den individuelle .....	21
3.1.5 Autonomi - den profesjonelle .....	23
<b>3.2 Autonomi i relasjon til samfunnsutviklingen .....</b>	<b>26</b>
3.2.1. Autonomi og samfunnet.....	26
3.2.2 Autonomi under organisatoriske og administrative endringer .....	28
<b>3.3. Autonomi og faglige retningslinjer .....</b>	<b>33</b>
<b>4. Diskusjon .....</b>	<b>36</b>
<b>4.1 Metodologi.....</b>	<b>36</b>
<b>4.2 Om autonomi tap.....</b>	<b>38</b>
<b>4.3 Om bevaring av profesjonell autonomi.....</b>	<b>45</b>
<b>5. Litteraturliste.....</b>	<b>50</b>
<b>Vedlegg / Appendiks.....</b>	<b>53</b>

# 1. Innledning

## 1.1 Innledende betraktninger

*Bursjoasiet (borgerskapet) har fjernet helgenglorien fra all ærverdig virksomhet som før ble betraktet med ærefrykt. Det har gjort legen, juristen, presten, dikteren, vitenskapsmannen til sine betalte lønnsarbeidere. (Marx, 1848)*

*”(Legen).... velger aktivt å utøve sin profesjon innenfor organisasjonens ramme betingelser” (Bratten, 2009)*

*”(Reservasjonsretten) .. en etisk utfordring Europarådet og World Medical Association som organiserer legeföreninger i over 80 land har tatt på stort alvor. De har entydig uttalt at helsepersonell må kunne reservere seg, gitt at pasientrettigheter ivaretas.” (Haaland, 2014)*

Med disse sitater innledningsvis ser man at vår problemstilling for denne oppgaven er både gammel og dagsaktuell. Legeyrket er en profesjon blant flere andre som har erfart endringer både i sitt samfunnsoppdrag og rammene for å løse det, helt generelt. Lovverket har utviklet seg og regulert legenes rettigheter og plikter på nye måter, helt fra embetsmannsstaten (1814-1884) fram til i dag da legene etter å ha hatt sin egen ”Legelov”(1982) ikke lenger er regulert ved noen særlov, men omfattes av Helsepersonelloven som gjelder for alt helsepersonell. En tendens har vært at hver gang en mer detaljert lovmessig styring av legene har vært til debatt, har man reist spørsmål om i hvilken grad dette ville innskrenke *legens frie yrkesutøvelse* og diskusjonene har ofte vært hete.

*Lovendringer* kan med umiddelbar virkning skape rolleendringer og er veldig direkte virkende. Pasientrettighetsloven og Spesialisthelsetjenesteloven er andre eksempler enn Helsepersonelloven på lovendringer som definerer forandringer i det landskap legerollen utøves, og har dermed en like klar effekt.

Andre endringer i samfunnet må også antas å ha effekt, men kanskje over noe lengre tid. Konkurransen med andre behandlingstjenester og oppgaveglidning innen det tradisjonelle helsevesenet der fysioterapeuter har rekvisisjonsrett, sykmeldingsrett og sykepleiere overtar



legeoppgaver er typiske eksempler på slike. Legen har helt selvsagt vært den viktigste aktøren i helsetjenesten – slik er det ikke lenger.

Internett og den langt mer kompetente pasienten er en ny utfordring. Pasientrettighetsloven skaper ny balanse i et forhold mellom pasient og lege som før var *uttalt asymmetrisk*. Legerollen eksisterer ikke i et vakuum, men nettopp i et samspill med disse faktorer, og man må føye til politiske reformer både innen helsetjenesten spesielt og i samfunnet generelt. Samfunnsutviklingen endrer naturligvis plattformen legen utøver sin profesjon på – autoriteter har ikke en like selvsagt status i dag som for 30 år siden og det endrer naturligvis utgangspunktet for en leges, eller også standens uttalelser, beslutninger og råd. Den pågående reservasjonsrettdebatten er et eksempel på utfordring av leges autonomi i et krysningspunkt mellom etiske vurderinger og politisk fattede vedtak om rettigheter.

Forandringer i sykehusdriften som et utslag av økonomisk fokus og omorganisering til foretak (2001) er likevel det som oftest i de senere år problematiseres i forhold til legerollen. Formuleringer som høres ofte i sykehuskorridorer som ”blårussen har overtatt styringen” og ”det faglige er skjøvet til side”, er utsagn som mange nok kjenner seg igjen i, og som speiler en frustrasjon og resignasjon i tiden. Effektiviserings- og bunnlinjefokus mener mange kolleger har fjernet oppmerksomheten fra det viktigste – hva som er god medisinsk behandling. Legen blir en produksjonsarbeider langs et samlebånd i det industrialiserte helsevesen, og følgelig er hans eller hennes rolle betydelig innskrenket ettersom legen tidligere var *primas* i helsevesenet. Man kjenner seg ikke igjen – fremmedgjøring er et ord som brukes i diskusjonen. Brattens sitat demonstrerer forventninger fra arbeidsgiversiden om at legen forventes først og fremst å bidra til å gjennomføre sykehusledelsens beslutninger.

Vårt tema – legenes autonomi – er tradisjonelt en viktig side ved legeprofesjonen. Populært beskrives legeyrket som et av de *frie yrker*, og det foreligger en intuitiv forståelse av legelig autonomi som et mer eller mindre synonymt begrep, en egenskap ved et fritt yrke. *Autonomi og profesjon* er sentrale begrep i denne beskrivelsen av mulige endringer i legerollen. For å kunne nærme seg problemkomplekset på en systematisk måte må vi definere disse to og klargjøre vår forståelse av dem i det videre arbeidet med teksten.

Ovenfor har vi med noen raske penselstrøk laget bakgrunnen for hvorfor vi har tatt for oss temaet. Det er altså ikke nytt, men likevel høyst aktuelt. Endring pågår hele tiden - det ligger

til fenomenet historiens gang. Det stormer ikke alltid like mye, men man kan trygt si at endringer i lovverk, fremvekst av informasjonssamfunnet og kunnskapsbasert medisin, innføring av foretaksreform og samhandlingsreform, har utfordret legerollen også spesielt de siste par tiårene.

Vi vet fra tidligere studier (Gjerberg 1996) at leger i primærhelsetjenesten og privatpraktiserende spesialister gjennomgående har større jobbtilfredshet og følelse av autonomi - altså det foreligger et visst tap autonomi rapportert for sykehusleger når man begynner å undersøke dette. Av denne grunn har vi begrenset oss til spesialisthelsetjenesten. Videre har de største reformene funnet sted i helseforetakene hvilket gjør spesialisthelsetjenesten mer interessant.

## 1.2 Oss

Forfatterne er begge kirurger i vanlige overlegestillinger ved Bærum Sykehus og Rikshospitalet på det tidspunkt vi ble tatt opp på det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon ved Universitet i Oslo høsten 2009. Vi har begge mer enn 20 år erfaring fra spesialisthelsetjenesten. På den tiden har vi gjort oss erfaringer både fra normal drift og større og mindre omorganiseringer, samtidig som ganske store endringer i samfunnet har endret vår hverdag som leger. Vi har selvsagt også gjort oss mange menneskelige erfaringer, utviklet oss innen våre fag og modnet med alder. Rocio Rosales er spesialist i gastrokirurgi siden 1996 og Arild Egge ble spesialist i nevrokirurgi samme år.

Vår motivasjon for å søke om opptak på studiet var selvsagt ikke helt lik, men felles for oss var et ønske om å øke vår kompetanse innen helseøkonomi og administrasjon, fagområder som i stadig sterkere grad gjorde seg gjeldende i vår kliniske hverdag gjennom de endringer vi var med på over år. Vi ville forsøke bedre å forstå den økonomiske teori som lå bak de resonnementer som motiverte effektiviserings- og budsjettfokus og dermed ganske store omveltninger. Videre ville vi lære litt om ledelsesteori – også motivert gjennom våre personlige erfaringer med hvorledes like prosesser ble gjennomført med ulik grad av suksess.

Ingen av oss har hatt et genuint ønske om å skolere oss for lederoppgaver - vi har hatt et enkelt ønske om å få bedre innsikt i ledelsens kompetanse, for bedre å kunne forstå argumentasjonen som føres for nødvendige endringer. Vi skulle begge tilbake til stillingene

vi hadde fått overlegepermisjon fra, forhåpentligvis både klokere og bedre i stand til å samarbeide med våre ledere.

Vår forståelse av legenes posisjon i sykehusorganisasjonen var at denne var svekket i løpet av vår karriere og vi har følt at legene som gruppe i mindre grad blir hørt selv når det gjelder helt sentrale faglige spørsmål. Dette deler vi med svært mange kolleger og har selv betegnet oss som fremmede i eget hus og kjent en betydelig frustrasjon over denne utviklingen. Erfaringen av ikke å nå fram med våre faglige argumenter har vært overraskende. Selvsagt mente vi også at vi som profesjon fortsatt har en sterk posisjon, - men vi ville forsøke ved å tre litt ut av hverdagen og få noe oversikt over *hvilke sider* av vår rolle som var forandret.

## 1.3 Definisjon av sentrale begrep

### 1.3.1 Profesjon

Denne betegnelsen avgrensner en del yrker fra andre ved noen særlige kjennetegn. Eksempler på profesjoner er foruten lege, - advokat, prest, befall, arkitekt, universitetslærere og noen andre. Freidson (2001) har beskrevet 5 viktige kjennetegn ved profesjoner:

1. Spesialisert arbeid basert på teoretisk kompetanse og ferdigheter
2. Eksklusiv jurisdiksjon på sitt område av arbeidslivet, kontrollert av fagforeningen
3. En beskyttet tittel basert på kvalifikasjonskrav stillet av yrkesforeningen selv
4. Et formelt treningsprogram på utsiden av arbeidslivet assosiert med høyere utdanning
5. En altruistisk ideologi som har et høyere mål enn egen økonomisk fordel og kvalitet framfor økonomisk effektivitet.

Apuzzo (2013) renommert nevrokirurg, beskriver i en lederartikkel delvis overlappende definerte egenskaper for en *profesjonell* under henvisning til sosiologisk profesjonslitteratur og legger for det første vekt på at den profesjonelle besitter spesielle kunnskaper og ferdigheter. For det andre kan og skal denne utøve selvstendig tanke og vurdering i sin rolle, og til sist skal utøves et spesielt ansvar for klienter og samfunn i en videre betydning gjennom forpliktelse på et sett av prinsipper. Hans budskap i denne lederartikkelen som leses

av dagens nevrokirurger internasjonalt er å reise spørsmålet - hvordan står det til med vår profesjonalitet?

Legeyrket er en av de klassiske eldste yrker (Apuzzo 2013) som fyller disse kravene til å være en profesjon. Et helt grunnleggende poeng er at det mellom profesjonen og samfunnet er inngått en kontrakt: ”Profesjonen skjenkes monopol på bruk av sin kunnskap og samtidig betydelig autonomi, prestisje og økonomisk belønning – underforstått at den vil garantere kompetanse, bedrive altruistisk service og gjøre sine forretninger med moral og integritet” (Cruess 2002, vår oversettelse).

I denne samfunnskontrakten inngår at profesjonen gjennomfører en intern justis og knesetter prinsipper for den yrkesetiske standard. I autorisasjonen forpliktes man på lov om leger (1982), nå helsepersonelloven (2001). Legeforeningen har utarbeidet ”Etiske regler for leger” siden 1961 med senere revisjoner. På samme måte som for eksempel advokatforeningen har sine profesjonsspesifikke etiske regler har altså legene sitt skreddersydd regelverk.

### **1.3.2 Autonomi**

Legeyrket er definert som et av de frie yrker. Det betyr at profesjonen har en selvstendig rolle i samfunnet. Freidson, McKinlay med flere har levert vesentlig bidrag for å definere begrepet autonomi i profesjonslitteraturen. Det uttrykker at profesjonen selv har kontroll med og organiserer utdanning og spesialistgodkjenning, samtidig som den er ansvarlig for å opprettholde faglige standarder. Inntil 2011 var Legeforeningen formelt delegert godkjenning av spesialister – dette er nå tilbakeført til myndighetene ved Helsedirektoratet, men foreningen er fortsatt sterkt involvert i premissene for tildelingen. Medlemmer kan ekskluderes når de ikke oppfyller faglige og etiske standarder. Selve autorisasjonen til å praktisere som lege har ligget til staten siden 1927 (Haave 2012), og profesjonen ved legeforeningen har derfor ikke vært *helt* autonom – staten har sittet på de sterkeste sanksjonsmidlene (tilbakekalling av autorisasjon).

Det er vanlig å definere to lag i diskusjonen, et individuelt nivå som handler om den enkelte legens frihet til å bruke kompetanse og skjønn - et annet som omfatter profesjonsgruppen som helhet. Ovenfor beskrev vi egentlig den kollektive autonomiens nivå, ivaretatt av

Legeforeningen og legene som kollegium i sykehusorganisasjonen. Privatpraktiserende leger har også som gruppe rettigheter til å organisere sin egen virksomhet – og plikter.

Motivasjonen for å gi profesjonen, lik en del andre yrker, en slik selvstendighet ligger i fagets kompleksitet og tilliten til at det beste for pasientene er at fagfolket selv organiserer og tar ansvar for virksomheten. Det omfatter at profesjonen er gitt ansvar for og forpliktet til å utøve selvjustis.

Den individuelle autonomien knytter seg til legen i sitt møte med den enkelte pasient, at han/hun der kan, basert på sin kompetanse og ferdighet gjøre sine selvstendige vurderinger og treffe behandlings valg. Legen er som yrkesutøver utstyrt med autorisert kunnskap og skal forvalte denne til pasientens beste. Det inngår en frihet til å bruke sin erfaring og sitt skjønn forutsatt at han/hun bygger på oppdatert kunnskap. Dette er både en frihet og en forpliktelse. Autonomibegrepet i *denne sammenhengen* er en sosiologisk konstruksjon i forhold til legeprofesjonen som kom i bruk da man undersøkte årsakene til store ulikheter i legers behandlingspraksis i USA på 1960 og 70-tallet (Freidson 1970). Opprinnelig er ordet latinsk og betyr ”å være sin egen lovgiver” og er helt sentralt i moral- og politisk filosofi. Man bruker i våre dager også uttrykket *pasientautonomi* for å legge vekt på *pasientens* selvstendige rolle i sitt forhold til helsevesenets ulike aktører.

### 1.3.3 Deprofesjonalisering og proletarisering

Vi finner det naturlig å gjengi noen viktige teser som gikk igjen i den tidlige profesjonslitteraturen som omhandlet leger. Sosiologene interesserte seg for endringer i legeprofesjonens stilling i samfunnet og spesielt med utgangspunkt for endringene i amerikansk helsevesen fra midten av 1900-tallet. Galopperende helsebudsjetter og påvisning av ulik og ofte dårlig fundert praksis ga tilliten til profesjonen en knekk og det motiverte overgang til ulike former for *styring* av legenes og sykehusenes virksomhet. Dette ble naturligvis oppfattet som angrep på legenes tradisjonelle neste uinnskrenkede frihet og ble derfor et interessant felt for både sosiologer og leger til å fordype seg i (Dancke 2008, Light 2010 og Haave 2013). Mange så for seg helt grunnleggende endringer for profesjonen – at legen ville bli en helsearbeider og miste sin status, særlig ville autonomien reduseres eller forsvinne. Man beskrev en profesjonalisme i krise og noen til og med medisinen selv som en

trussel mot folkehelsen (Freidson 1994 og 2001, Illich 1977). Dette var derfor et felt med stort spenn internasjonalt, et felt med til dels apokalyptiske skrifter. Vi skal begrense oss til norske forhold og den mer moderate diskusjonen rundt legers individuelle og profesjonelle autonomi.

*Deprofesjonalisering* beskriver det faktum at legenes unike kunnskapsmonopol utfordres ved at kunnskapen også ble tilgjengelig for allmenheten. Besittelsen av spesiell kunnskap var et av kriteriene for en profesjon og Haug (1973) påpekte at dette truet legenes profesjonsstatus. Ritzer og Walczak (1988) gikk dypere og mente legeyrket var blitt byråkratisert og økonomisk styrt, hvilket ikke passer med et av de andre hovedkriteriene for å være profesjonell. De påpeker videre at legenes altruistiske innstilling gradvis erstattes av formålsrasjonalitet slik Dancke (2008) oppsummerer i sin masteroppgave, og det er da stadig mindre igjen av den opprinnelige profesjonsdefinisjonen. Dette var jo relativt dystre spekulasjoner og legenes nåværende status, nesten 30 år senere, og faktiske kunnskapsmonopol viser at det ikke gikk fullt så galt.

*Proletarisering* av legeyrket er en betegnelse som også dukker opp i denne litteraturen når man fokuserer på legenes økende avhengighet av andre yrkesgrupper for å få utført sitt arbeid. Legene lignet stadig mer andre lønnsarbeidere ved at arbeidsplassen ble ledet etter bedriftsøkonomiske og målstyring prinsipper. På den tiden dette dukket opp (McKinlay & Arches 1985) var arenaen det amerikanske helsevesen og er kanskje senere i noen grad blitt en gjeldende diskusjon her hjemme. Proletariserings betegnelsen ble ikke så populær i USA og forsøkte erstattet med *korporatisering* (McKinlay & Stoeckle 1988) men er etter vår oppfatning ganske beskrivende i det parallellen til Marx (1848). Han påpeker hvordan spesialistens ferdigheter i et industrialisert system deles opp i enklere delprosedyrer og i dette tilfellet legenes eierskap til egen produksjon overtas av et *kapitalistisk* system (i hvert fall har budsjettfokus og innsatsstyrt finansiering dreid foretakenes oppmerksomhet i retning lønnsomhetsbetraktninger). Dette er selvsagt en overforenkling, men ikke uten relevans i et metaperspektiv.

### **1.3.4 Fremmedgjøring**

Fremmedgjøring (alienation) forklarer på mange måter seg selv og det er et prominent begrep i sosiologisk profesjonslitteratur. I litteraturen beskriver det arbeidstakernes følelse av å ikke kjenne seg igjen på egen arbeidsplass, for eksempel ved redusert betydning i viktige prosesser og avgjørelser. McKinlay (2011) presiserer fremmedgjøring som et målbar parameter som beskriver arbeidernes forhold til produksjonen. I klassisk teori identifiseres fire egenskaper ved fremmedgjøring: 1. Arbeiderne blir fremmedgjort i forhold til sin menneskelighet. 2. Fremmedgjøring arbeidstakere i mellom fordi arbeidet blir redusert til en gjenstand som blir kommersialisert framfor en sosial relasjon. 3. Arbeiderne blir fremmed for sitt produkt siden det eies av arbeidsgiver. 4. Fremmedgjøring fra selve produksjonsprosessen som blir en meningsløs aktivitet fordi det gir lite eller ingen egen tilfredsstillelse.

I følge Marshall (1998) er det den siste som genererer en følelse av maktesløshet, sosial isolasjon og misnøye med arbeidet – når det finner sted i en stor, upersonlig byråkratisk organisasjon.

I dagens sykehusvirkelighet beskrives det ofte som om ledelsen har fått et annet mål for virksomheten enn det legene jobber for. At dette skaper frustrasjon kan stemme godt overens med teorien gjengitt ovenfor.

## **1.4 Teori og tidlige forskning**

Profesjonslitteraturen var et nytt landskap for oss å ta fatt på da vi skulle skaffe oss et en plattform å diskutere vår problemstilling på. Som nevnt, initiert av tegn til utilstrekkelig intern justis innenfor profesjonen, uakseptable helseutgifter og en slags erkjennelse av at all medisin kanskje ikke var helsefremmende. Legene insisterte på retten til å drive uten innblanding simpelthen fordi de visste best; forsøk på å rydde opp i både utgifter og dårlig fundert praksis skapte furore i den medisinske profesjon. Det vokste frem et interessant forskningsfelt der sosiologer og leger deltok i diskursen. Sosiologisk teori kan vi ikke hevde å ha oversikt over, men har fått et visst innblikk i dette begrensede område ved å bruke 2 av

Eliot Freidsons bøker (1994 og 2001) som innføring. Den første drøfter profesjonsbegrepets innhold og utvikling på bakgrunn av samfunnsutviklingen og sosiologisk teorier. Den andre lanserer videreutvikling av hans ide om en styrket profesjonalisme som redningen for profesjonen(e). Ivan Illich (1978) er antagelig en utligger i litteraturen der han temmelig utretert beskriver medisinen som selve opphavet til mye av elendigheten, men er interessant fordi den gir debatten energi og utfordrer profesjonen til å gå i seg selv – og ikke bare reflektorisk forsvare hevdvunnen autonomi. Den får oppgaver å besvare!

Vi ser at Marie Haug (1973) var tidlig ute med å beskrive Deprofesjonaliseringsteorien som antydnet en mulig nedgradering av den medisinske profesjonen. Proletarisering av legeyrket og begrepet fremmedgjøring kan knyttes til McKinlay, Arches og Stoeckle som vi referer. I vårt land har Gjerberg, Nylenna, Hofoss og Aasland vært aktive forfattere med egne undersøkelser av norske forhold og sammenligninger med andre lands legebefolkninger. Light, sammen med Aasland (2003) har beskrevet ”den nye legerollen” som et adekvat svar på tidens krav og den nye og sterkere pasientrollen. Denne skal preges av etterrettelighet (accountability) innsyn og evidensbasert praksis – og profesjonen bør kollektivt ta initiativet for med det å beholde samfunnets og pasientenes tillit. Debatten på vår hjemlige arena har dessuten vært langt mindre dramatisk enn der den startet, det har heller ikke vært mulig å entydig bekrefte den internasjonalt varslede mistriivselen med yrket blant norske leger over en 20 års periode (Nylenna og Aasland 2010) og Dancke fant i sin masteroppgave (2008) at norske leger 3 år etter utdanning gjennomgående oppfattet seg som svært autonome.

## 1.5 Endringer

Samfunnet endrer seg naturligvis, helsevesenet med det. Den medisinske utvikling som er en egen drivkraft i dette bildet er bare en av svært mange drivere i denne utviklingen. Politiske beslutninger om bruk av samfunnets ressurser, den økonomiske situasjonen og utvikling av lovverket er de andre viktigste kreftene. Vi skal ikke dukke inn i kompleksiteten i samfunnets utvikling som helhet, heller ikke engang bare helsevesenets plass i denne - men ønsker å begrunne hvorfor vi mener det er grunnlag for å si at legerollen og profesjonens er møtt av mange utfordringer.



Som et bakteppe kan vi trekke opp en politisk strømning som siden 80-tallet har vunnet betydelig terreng i det offentlige liv, nemlig New Public Management (NPM) og målstyringsfilosofien som har hatt som mål å effektivisere offentlig sektor. Dette er tidens filosofi så å si og dette omfatter *alle* deler av det offentlige og er etter modeller fra næringslivet. Uten tvil har man med dette villet sørge for å bruke offentlige midler best mulig – for å få mest mulig ut av de økonomiske og menneskelige ressursene. ”Få mest helse for hver krone” – et mantra brukt av mange politikere. Også i helsevesenet, der ressursene alltid vil være knappe, har dette satt sitt preg på drift og organisering – og mange andre yrkesgrupper enn leger og sykepleiere har overtatt ledelsesfunksjoner. Det er mye som blir kritisert, men kanskje er *økt byråkratisering og for mye fokus på budsjett og effektivisering* det som er hovedankepunktene mot denne grunnleggende forandringen i sykehusene, fra leger og annet helsepersonell. Sannsynligvis kan man ikke reversere selve ”tidsånden”, men argumentere for justeringer og videreutvikling til noe bedre i neste fase (Aasland 2014)?

Helseforetaksreformen (Innst O. nr 66 (2000-2001) ref) ble innført i 2002 og staten overtok med det ansvaret for helseforetakene fra fylkeskommunene og disse ble selv ansvarlig for drift og budsjett. Dette var en grunnleggende overgang til mer direkte ansvarlig forretningsdrift som satte kravene til budsjettbalanse på spissen og dette har vært et egnet redskap for å få bedre kontroll med økonomien i helsektoren, sammen med innsatsstyrt finansiering (ISF). På en annen side har erfaringene vist at forretningsfokuset kan bli for dominerende, og at helsetjenesten ikke først og fremst sørger for pasientenes behov; det kan oppstå en ulik fordeling i tilbudet foretakene imellom. Dette er en komplisert problemstilling og vi tar ikke stilling her, men det er svært ofte nettopp på dette punktet den medisinske profesjonen mener foretaksledelsen ofte prioriterer feil og setter i gang endringer som går utover det oppdraget helseforetaket egentlig har. Her ligger en kulturkonflikt mellom ledelsen og den medisinske profesjon; ansvarlig ressursbruk er alle enige om, men legene vil mene at i siste instans må budsjettensyn vike for pasientensyn.

Videre er pasientrollen styrket ved at Pasient-og brukerrettighetsloven ble innført i 2001 (Lov om pasient-og brukerrettigheter vedtatt i 1999, innført i 2001) og denne sikret både gjennom alminnelige bestemmelser og stadfesting av rett til journalinnsyn, rett til informasjon og medbestemmelse, samtykkerett og klagerett, med mer. Rett til vurdering innen visse nærmere bestemte frister er kanskje det som i det senere har vært det viktigste for pasientene – og en viktig utfordring for foretakene.

Tidligere var legene omfattet av en egen lov, Legeloven av 1982. Dette var en særlov som hadde en lang tilblivelseshistorie og nok satte legene i en litt eksklusiv stilling blant helsepersonell. I 2001 ble denne erstattet av Helsepersonelloven (Lov om Helsepersonell 1999) og det er kun § 4 (om forsvarlighet) som sikrer legen instruksjonsrett i medisinske saker – ellers behandles legen som en blant alle andre helsearbeidere. Loven bruker ikke profesjonsbetegnelsen og det alminneliggjør legene til én blant mange yrkesgrupper. En av motivasjonene for begreps presiseringer i den nye loven, var å bringe denne i harmoni med andre lands lover på området. Legene ble nå en blant mange yrkesgrupper med autorisasjon i det de som tidligere var ”offentlige godkjent” nå også ble autorisert: autorisert sykepleier (Befring 2002). I hvilken grad dette betyr noe egentlig for legerollen utover det symbolske skal vi ikke mene noe sikkert om, men dette ble behørig diskutert under høringsrunden. Aarseth fryktet i 1997 et regelrett autonomitap ved at den gamle legeloven §16 ble borte og som følge av dette, en rekke konsekvenser for pasientsikkerheten. I 2001 ser samme forfatter at den nye loven likevel har blitt en styrking av legenes posisjon ved at det ble lovfestet hva som var legens ansvar. Den nye loven er en personansvarslov som forsøker bedre å sikre helsepersonells sikkerhet ved at mindre lovovertrедelser ikke lenger kan utløse formelle reaksjoner. Loven håndheves av tilsynsmyndigheter og Statens helsepersonellnemnd og det må foreligge skyld i grov uaktsomhet og forsett for at påtalemyndighetene innleder sak og straffebestemmelser kan utferdiges. Tidligere var mye av dette mer underforstått enn som nå når det ble skriftliggjort (Aarset 1997 og 2001, Befring 2002).

Men disse to nye lovene fra 2001 nivellerer forholdet mellom lege og pasient på en tydelig måte og er selvsagt en riktig utvikling – uansett det er av de mange forhold som gjør at legerollen er utfordret og må finne sin nye form.

Samhandlingsreformen er den siste store politisk bestemte retningsendring for helsevesenet med hensikt å styrke det lokale helsetilbudet og forebygging. Midler overføres fra Spesialisthelsetjenesten til kommunene og de skal settes i bedre stand til å behandle flere med kroniske lidelser hjemme/lokalt og sykehusene skal kunne ”overlate pasienter” til kommunehelsetjenesten *straks* de er ferdigbehandlet. Dette gjør det lettere for spesialisthelsetjenesten å effektivisere sin drift og korte ned på ventelister, som jo er et stort problem. Effektivisering og standardisering som dette legger til rette for kan også bli en fare for kvalitet og sikkerhet om det drives for langt og leger føler seg ofte presset i dette systemet

til å gå på akkord med sine faglige instinkter og kompetanse. Et eksempel på pressede liggetider er de fødende som etter å ha vært nede i 48 timer nå skal få et litt lenger opphold – nettopp fordi man anser det er blitt *for* effektivt. Legen får et tilleggsmandat om også å tenke effektivitet – tenke utskrivelse allerede ved innleggelse!

Politiske beslutninger har medført store endringer i alle helseregioner med vanskelige lokalsykehusdebatter og sammenslåinger mellom små til større foretak med stordrift som det viktigste argumentet. Det er klart at om alle pasienter skal få samme behandling vil ikke det kunne gis på små enheter og fagenes utvikling i retning spesialisering gjør at det er kun de store sykehusene som kan tilby dette; små lokalsykehus må få andre og mer begrensede oppgaver. Nedleggelse truer også de små fordi vaktberedskap koster – på den annen side er Norge et geografisk vanskelig land og problemstillingen derfor vanskelig. I Osloregionen har det vært gjennomført svært store fusjoner og disse prosessene er stadig pågående med store konsekvenser for driften i de involverte sykehusene. Etter hva vi nå vet, har innsparingen heller ikke blitt som forventet, og den økonomiske situasjonen er forverret. Her har den medisinske profesjonen følt seg ignorert i mange viktige deler av prosessen, den hevder at pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenestene er klart svekket mens ventelistene har økt. Men innvendingene fra fagfolk har ikke vunnet frem og andre motiv har blitt bestemmende. Forskere som har gjennomført kritiske analyser av omveltningene har langt på vei hevdet at det har vært aktiv politikk å i minst mulig grad involvere fagpersonell i den hensikt å unngå motstand mot å oppnå raskest mulig politiske mål. Minimal involvering og korte høringsfrister skulle forhindre unødvendig utredninger og selve den politiske prosess fram mot Helseforetaksreformen av 2002 var eksempel på ”kort prosess” (Slagstad 2012, Herfindal 2008).

Frustrasjonen gjelder hele helse-Norge, det viser Helsetjeneste aksjonen som ble etablert landsomfattende i mars 2013 i form av en kronikk ”Ta faget tilbake” (Bruun Wyller m flere 2013) som stadig er en aktiv bevegelse.

Ovenfor ble nevnt Pasientrettighetsloven – dette sammen med den alminnelige heving av utdanningsnivå og informasjonssamfunnet, legger grunnlaget for en helt *ny pasientrolle*. Dette er kanskje likevel den aller viktigste endring profesjonen har måttet forholde seg til. Pasienten både er og får lov til å tro at han er kompetent på en helt annen måte enn tidligere og det gjør selvsagt at han/hun stiller andre krav og utfordrer den profesjonelle på en ny måte. Journalinnsyn, informert samtykke til behandling er naturlig ting, man har rett til og kan

velge sin fastlege, be om ny vurdering (second opinion) og har fritt sykehusvalg og pasientombud er opprettet som klageinstans. Sterke pasientorganisasjoner melder seg på i prioriteringsdiskusjoner og påvirker både kapasitet og opprettelse av behandlingstilbud. Dette er en helt ny partner i lege-pasient forholdet.

I overensstemmelse med dette utvikler vi nå i praksis en helt *ny legerolle* – den gamle paternalistiske og autoritære figuren har ingen mulighet lenger, i møtet med den nye pasienten. Og leger er også barn av sin tid – de ser heller ikke en slik rolle som verken attråverdig eller naturlig. Den ny legen er ikke redd for å bli sett i køtene, han gir informasjon i den hensikt at pasienten *forstår* hva både diagnose og behandlingsforslag bygger på og er etterrettelig i sin omgang med faget og pasienten. Dette er beskrevet av flere forfattere og Light (2003) foreslår at autonomi erstattes av accountability (etterrettelighet) som kriterium for profesjonen. Aasland (2014) argumenterer for at det er på tide å jage elefanten ut av rommet ut i artikkelen ”Legekunsten – en elefant i rommet”. Legekunsten er å forstå som legens skjønn, ”det lille ekstra”, ”grepet”. Dette har til nå vært nokså akseptert, at erfaring, kunnskap og kløkt er noe mer enn summen av de enkelte delene, men det kan vises til nyere forskning som trekker dette også i tvil (Kirkebøen 2013) og dersom man aksepterer at legens etiske standard ikke nødvendigvis er mer solid enn sine medmenneskers (Mesel 2009) blir det lite å holde fram som begrunnelse for at elefanten skal ha en særlig stor plass i rommet – kanskje jages ut, men sette døren på gløtt? Moderne legekunst handler ikke først og fremst om å vite hva som skal gjøres rent medisinsk, men hvordan dette gjøres på beste måte med utgangspunkt i retningslinjer i samarbeid med pasienten og pårørende. På den andre side vil vi ikke tro at denne rollen er en helt ny oppfinnelse – den gode legen har vel alltid strebet mot et samarbeid med sin pasient på sin tids kunnskapsplattform?

## 1.6 Forskningsspørsmål

Vi har villet undersøke hvordan kolleger oppfatter begrepet autonomi, om denne er truet av endringer i samfunnet og organisering av helsevesenet og om hva som må til for å bevare denne hvis dette begrepet oppfattes som viktig for legene som profesjonsgruppe. Vi har begrenset oppgaven gjennom å formulere to forskningsspørsmål som vi mener er egnet til å belyse temaet:

- På hvilken måte opplever dagens sykehusleger et kollektivt profesjonelt autonomitap?
- Hvordan kan legenes kollektive profesjonelle autonomi bevares under stadig omfattende reformer og omorganiseringer?

## 2. Metode

Til å belyse spørsmålsstillingen valgte vi å gjennomføre fokusgruppe intervjuer som ledd i en kvalitativ studie i denne oppgaven. Vi har ansett at diskusjoner i fokusgrupper kan gi den informasjonen vi søker om dette. Vår interesse har vært sykehuskollegers oppfatninger og gruppene er derfor utvalgt blant kolleger på 3 sykehus i Osloregionen - der store omveltninger har funnet sted de siste 10 årene i tillegg til omleggingen til helseforetak som gjelder hele landet.

Vi har gjort strategisk utvalg av flere spesialister og leger i spesialisering (LIS) på regionsykehus og 2 lokalsykehus. I den siste gruppen valgte vi ut LIS for å bringe inn alder og erfaring som et moment i senere analyser av våre forskningsspørsmål. Vi har ønsket å fokusere på spesialisthelsetjenesten, hvorfor vi ikke har gått utenfor sykehusene i denne undersøkelsen. Oppgavens omfang ville bli mye større om vi skulle omfatte leger også i primær helsetjenesten.

For å gjennomføre gruppeintervjuene ble det rettet søknad til REK (Regional Etisk Komite) som erklærte at det ikke var nødvendig med godkjenning av REK. Vi ble henvist til Forenklet meldeskjema for Mastergradsprosjekter ved Personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus HF og fikk godkjenning for prosjektet.

Fra de avdelinger vi fikk deltakere til gruppene henvendte vi oss direkte til avdelingsleder for tillatelse til gjennomføring av gruppesamtalene i arbeidstiden og fikk godkjenning for dette – ca en time ved arbeidsdagens slutt (se vedlegg).

Vi inviterte kolleger til grupper gjennom e-post og rettet henvendelser til både medisinske og kirurgiske spesialiteter, ca 10 kolleger ved hvert sykehus (se vedlegg). Det var vanskelig å få tilstrekkelig deltagere, og e-posten måtte følges opp med personlige henvendelser. De første gruppene besto av overleger med lengre klinisk erfaring. Dette materialet gjorde at vi så at informasjonen fra yngre kolleger ville være nødvendig for å ha et bredere grunnlag, og derfor ble den tredje fokusgruppen innhentet bare blant LIS.

Deltagere fikk informasjonsskriv om vår studie og vi innhentet fra dem skriftlig samtykke til deltagelse. I den siste gruppen ble samtykkeskjema ikke formelt lagt frem, men informasjonen var den samme og deltagerne var alle interesserte i å delta.

Vi informerte om at samtalene ble tatt opp digitalt for senere transkribering og at innholdet ville bli behandlet anonymisert og etter ferdigstillelse av oppgave slettet. Ingen hadde betenkeligheter til dette.

Fokusgruppene ble gjennomført selv om de to første var små – 2 og 3 deltagere. Den siste gruppen hadde 5 deltagere og alle ble gjennomført på fra 45 til 60 minutter.

Transkripsjonen er gjort av sekretærtjeneste og intervjuene er senere gjennomgått og kontrollert mot lydopptakene av oss.

Vi har benyttet Malteruds ”Systematisk tekstkondensering” (Malterud, 2003) i arbeidet med analysen av transkripsjonene. Vår erfaring med metoden er begrenset, hvorfor denne delen av arbeidet er gjort med bistand fra vår veileder.

Vi brukte fargekoder for å gruppere meningsbærende enheter under koder som ble naturlige for våre forskningsspørsmål. Dette er gjort som manuell tekstbehandling i Word dokumenter og resulterte i en katalogtekst. Til slutt kunne vi samle synspunktene i tre store grupper:

- I. Autonomi som egenskap ved profesjonen.
- II. Autonomi relatert til samfunnsutvikling.
- III. Autonomi relatert til faglige retningslinjer.

Vi har identifisert noen særlig meningsbærende sitater som brukes som overskrifter for våre kondensater av tekstanalysen. Disse dannet grunnlag for vår videre refleksjon i neste kapittel resultat og refleksjon.

Til slutt så vi på de mest relevante meninger fra fokus gruppene som vi mener besvarer våre forskningsspørsmål og de er tatt opp igjen i Diskusjon.

## 3. Resultater og refleksjoner

I dette kapitlet fremlegges resultatene av gruppediskusjonene, vår empiri. Vi har valgt å presentere våre refleksjoner over det vi har funnet støttet av *kondensater* og **gullsiter**. Kondensatene er i overenstemmelse med metoden våre rekonstruksjoner av deltageres argumenter og synliggjøres ved *kursiv*, **gullsitatene** er også forsynt med referanse til lydfil.

### 3.1 Autonomi som et begrep

#### 3.1.1 Autonomi eksisterer på 2 nivåer

**”Men jeg synes jo det kan diskuteres på de to planene i hvert fall. I forhold til det makro og det mer sånn interpersonelle lege-/pasientforholdet”.** (RH 0:03:17)

*I fokusgruppene var autonomi som egenskap akseptert og mange hadde allerede et forhold til begrepet som tosidig. På et plan er legene selvfølgelig selvstendige i forhold til sin pasient, på det andre planet som gruppe har vi hatt stor grad av selvstendighet og bestemmelsesrett tidligere. Det var likevel ulike oppfatninger av hvor viktig denne inndeling var.*

*Legeforeningen var for noen bildet på den profesjonelle autonomien.*

*Det ble sagt nokså tydelig at det er viktig for leger at de har innflytelse både lenger oppe i systemet, og ikke bare hos pasienten.*

Da vi unnfanget ideen til oppgaven var vår egen oppfatning av begrepet ”Autonomi” intuitiv. Vi hadde ingen referanser fra profesjonslitteratur og begrepet var ikke kjent fra grunnutdanning eller spesialistutdanningen og autonomi er ikke et begrep man har bruk for i noen dagligdags sammenheng. På samme måte som håndverkeren heller ikke trenger uttrykk for å beskrive sin selvstendige virksomhet han har lisens for, er ikke det noe legen leter etter i det daglige. Man trenger ikke beskrive og regne opp egenskaper ved yrket ”man lever” – det er *observatøren og forskeren* ( gjerne sosiologen) som trenger disse når vedkommende skal analysere og beskrive yrket i forhold til andre yrker. De ulike siden ved legeprofesjonen blir da interessante å ”isolere” og den selvstendighet profesjonen har hatt, likt noen andre profesjoner har gitt opphav til egenskapen ”autonomi”.



Som leger med ca 20 års erfaring fra klinisk hverdag har vi vært med på en viss utvikling av helsevesenet og da spesialisthelsetjenesten i særdeleshet; vi har hele vår yrkeskarriere innenfor sykehus. Vi har naturligvis hele tiden vært oss bevisst den selvstendighet vi har i rollen – som behandler overfor den enkelte pasienten. Dette er hele vår oppgave og både samfunn og våre klienter forventer at vi kan fylle den: Identifisere pasientens problem og foreskrive en løsning, aller helst helbredelse.

Kollegiet og profesjonen som selvstendig autonomnivå, hadde vi kanskje ikke vært så bevisst på og innlemmet ikke dette initialt i vårt autonomibegrep. Vi har hatt en profesjonsidentitet, vi har snakket om oss som gruppe, og særlig i den senere tid der vi har oppfattet at profesjonsautoriteten har blitt svekket. I dette ligger at vi nok har hatt en intuitiv forståelse av profesjonens autonomi i faglige sammenhenger, men vært ”språkløse” i forhold til et beskrivende uttrykk.

Profesjonens opplevde svekkede status og svekkede gjennomslagskraft på arenaer vi mente vi hadde en selvsagt definisjonsrett var vår inngangsport til temaet og en viktig årsak til at vi søkte Masterstudiet i Helseledelse og helseøkonomi. Vi har definert autonomibegrepet i Innledningen (Kap 1). Vi vil bare konstatere at vi selvsagt var overfladisk kjent med Legeyrket som ”ett av de frie yrker” og hadde en forståelse av at vi både som individ og som en betrodd yrkesgruppe i samfunnet hadde stor frihet. På den annen side var vår oppmerksomhet mest rettet mot det problematiske ved fagets svekkede posisjon og vi fikk først ord for å behandle tematikken gjennom innføring i forskning gjort av sosiologer og leger med interesse for disse endringer som jo egentlig er en kontinuerlig prosess med noen sprang, som f eks i forbindelse med større helsereformer og politiske kursendringer.

Vår opplevelse av gruppediskusjonene var at informantene (deltagerne) langt på vei hadde det samme lett utydelige forhold til begrepet, og på hvilket nivå man best forsto det. Autonomi på det individuelle planet var nok det som kollegene lettest identifiserte seg med og begrepet ga mening som et lettfattelig synonym for den selvstendighet alle følte de hadde i utgangspunktet i yrket sitt. Den individuelle autonomien var en selvsagt del av kollegenes egen oppfatning av sin rolle.

Gruppene utviklet selv en omgang med begrepene på begge plan – for noen var den kollektive autonomien helt klart tema for diskusjonen da den ble opplevd som viktigst, som

vi skal komme inn på senere. Til tross for et behov for begrepsavklaring i alle gruppene, fant man frem til en grei håndtering av begrepene på begge nivåer i løpet av gruppediskusjonene. Denne ”famlen” i starten kan vi ikke ta som noen indikasjon på at begrepet er upresist eller konstruert, men kun et uttrykk for en nødvendig rydding i litt nye begreper deltagerne ikke var familiære med da diskusjonen startet.

Gruppen der vi samlet LIS, altså yngre leger, hvor vi stilte oss spørsmålet om dette var et begrep som overhodet ga mening, var den som tydeligst uttrykte både aksept for begrepet og at dette måtte sees i forhold til to nivåer: beskrivende for lege-pasientmøtet og for profesjonen som et kollektiv i samfunnsdebatt og i det enkelte sykehus.

### **3.1.2 Autonomibegrepet er viktig**

I samtalene kom det klart fram at begrepet var meningsfylt og veldig aktuelt - ettersom det fikk et innhold også for dem som på forhånd hadde et mindre bevisst forhold til selve betegnelsen. Det satte navn på noe ved egen rolleforståelse i den *forvirringen* som ble beskrevet av flere i den nye sykehushverdagen. Som det vil fremgå av flere av underkapitlene var årsakene til frustrasjonene flere, men en fremmedfølelse på egen arbeidsplass ble beskrevet av flere og må ansees som et viktig moment i denne sammenhengen. Vi kan kondensere delene av diskusjonene som berørte dette på denne måten:

*Temaet skapte god diskusjon, og deltagerne ble engasjerte. Det ble en grunnleggende forståelse om at autonomi begrepet er en viktig egenskap for vår profesjon. Kollegene føler seg fremmedgjort i en ny sykehus hverdag og ser at autonomien er noe vi kan miste. Derfor gjelder det å passe på, flere mente at legene lett tilpasser seg og at vi derfor står i fare for å tro ”at slik skal det være” der vi til enhver tid er etter en gradvis utvikling.*

*En følelse av at premissene for legens virksomhet i den moderne sykehushverdagen var endret, ble et gjennomgangstema og det ble eksplisitt sagt at man ikke lenger følte at man var med på å bestemme grunnleggende forhold for den medisinske virksomheten. Man kan spesielt trekke frem at avstanden til Toppledelsen oppleves stor og selv avdelingsledelsen var gjennom sin lederkontrakt ”trukket opp” som en del av administrasjonen – og var derfor ikke*

*lenger en del av kollegiet på avdelingsnivå. Bare igjennom disse endringene, var den tyngden legene som gruppe naturlig hadde tidligere, fremstilt som klart svekket.*

Deltagerne mente at dette var en ulogisk utvikling, så lenge som medisinsk behandling er kjernevirksomheten i sykehuset. Målene for virksomheten må først og fremst være knyttet til det faglige, og legene som kollektiv må derfor tydeligere inn i styring av virksomheten igjen. Det var flere gode formuleringer på ”Autonomi som et viktig tema”, men det følgende kan representere disse.

**”Så jeg tror vi må være med og utforme målet, det tror jeg er vår autonomi også at vi får lov til å være premissleverandøren for målene”.** (RH 1:07:00)

Altså – det å være premissleverandør ble ansett som både rett og viktig. I dagens situasjon er legegruppen bare en av mange grupper - og andre mål på virksomheten enn de medisinske er blitt like viktige, selvsagt til kollegenes frustrasjon, men det gikk også fram av engasjementet at man oppfattet at man var blitt dårligere i stand til å gjøre en god nok jobb for pasientene. Man var derfor oppriktig bekymret for utviklingen fremover.

### **3.1.3 ”Uklart begrep”**

Som det er antydnet var det nødvendig med begrepsavklaring innledningsvis. Vi ble møtt med noen utsagn om at begrepet var utydelig:

**”Det er ikke noe, det er ikke noe klart begrep. Jeg er helt enig i det. Det er veldig, veldig ullent”.** (BS 0:7:15)

Det var tydelig i diskusjonene at det var krevende å holde styr på begrepsnivåene og det var ulikt under samtalene hva man la i dem og dette reflekterer bare at noe underforstått får en betegnelse som det tar tid å bli fortrolig med i sitt vokabular. Som gruppeledere merket vi også at vi utviklet en større presisjon underveis og fremstillingen fra vår side ble tydeligst i siste fokusgruppe. Diskusjonen i denne gruppen var da også mer effektiv, idet vi fikk fram flere og tydeligere utsagn til alle kategorier.

*For nesten alle var nok ikke autonomi allikevel ikke autonomi et naturlig begrep. De hadde nok intuitiv kunnskap om betydningen, men selve betegnelsen var fremmed. For leger er det viktig å kunne ta beslutninger først og fremst vedrørende pasient behandling – og det er viktig å bli hørt som faglig kollegium. Autonomi som en betegnelse for sider ved dette helt sentrale ved legeyrket, var for noen få et fremmed ord - dog ikke innholdet.*

Noen savnet et grunnlagsmateriale å diskutere på og ga uttrykk for at de opplevde sine egne refleksjoner som mer premature enn de var komfortable med. Vi hadde levert ut informasjon om temaet til diskusjon for alle gruppene, men valgte altså etter våre erfaringer å legge mer vekt på en enda bedre muntlig innledning til diskusjonen i den siste gruppen. Vi kunne muligens ha fått ennå mer ut av de foregående to fokusgruppene dersom vi hadde gjort dette også ved de anledningene. Dette ble en del av vår læreprosess, som vi dro nytte av da vi justerte både målgruppe (yngre leger) og la vekt på ”briefingen av gruppen før samtalen” ved den siste diskusjonen.

### **3.1.4 Autonomi – den individuelle**

I sitt forhold til den enkelte pasienten oppfattet alle, om enn på litt ulike måter at de hadde stor frihet. Selv i forhold til den autonome pasienten med lovfestede rettigheter som står mye sterkere i forhold til den autoriteten leger tradisjonelt har stått for, var ingen alvorlig bekymret for denne unike situasjonen. Mange fremholdt at både en sterkere pasientrolle og de retningslinjer man i større grad må holde seg til, bare oppfattes som en nødvendig korreksjon av tidligere tiders betydelige asymmetri i lege-pasient forholdet og legers tidligere betydelige grad av solopraksis uten kontinuerlig faglig oppdatering. I moderne tid med en helt annen informasjonsflyt tilgjengelig for både leg og lærd, er dette en naturlig konsekvens og sannsynlig vis en kvalitetshevning. Disse forhold er ikke noe egentlig angrep på den friheten legen har i den daglige pasientbehandlingen.

Den kunnskapsrike pasienten kan være en krevende utfordring, men den profesjonelle legen kan ikke anse ham som et problem – legen må bare begrunne sine diagnoser og behandlingsforslag bedre enn tidligere. Kanskje skjerper dette og øker kvaliteten på det

enkelte møtet. Det forutsetter selvsagt at legen er oppdatert på sitt felt – men det legges til grunn i all legevirkosomhet, autonomi uten kompetanse er meningsløst å diskutere.

**”Jeg tror at så lenge vi har en autonomi i vår rolle til å drive legekunst eller legeutøvelse på en god måte overfor pasienten, så er det det aller viktigste” (RH 0:13:20)**

Dette sitatet er representativt for retningen på deltagernes innlegg som dreide seg om den individuelle autonomien. Vi hadde da diskutert om retningslinjer la så sterke føringer på behandlingssituasjonen at man følte seg ”bundet” i den enkelte behandlingssituasjonen. Noen deltagere så nok muligheter for en utvikling i den retning, men ikke egentlig at det var noe aktuelt problem nå. Det var en grunnleggende tillit til at man fortsatt kunne på en plattform av retningslinjer og kunnskapsbasert praksis fortsatt utøve sitt skjønn – gjerne ”legekunsten”!

Vi har oppsummert innleggene som omhandlet *legenes individuelle autonomi* i dette avsnittet:

*I dette feltet er det få som er i tvil at legen har et sterk og uforstyrrelig handlefrihet i møtet med pasienten. Der er det forventet at legen tar beslutninger, selvsagt til pasientens beste og etter beste faglige skjønn og kompetanse. I vår tid i møtet med den autonome pasienten sees ikke denne som noen trussel mot legens individuelle autonomi; dette er bare en faglig utfordring legen må møte med egen kunnskap. Legene opplever at når de tilbyr god kommunikasjon og evidens basert medisin, er det fortsatt legens mening som er viktigst for pasienten. En del retningslinjer og andre fokus i hverdagen enn det faglige oppleves derimot som begrensende i noen grad for den individuelle autonomi. Enkelte fremholdt at de i større grad fikk en rådgiver rolle hos pasientene.*

*Tverrfaglighet ble oppfattet som begrensende i noen grad på grunn av at legene er en av mange yrkesgrupper i en beslutningsprosess; det medisinske argumentet oppleves å ha mindre tyngde enn før også i den individuelle behandlings situasjon.*

Det er to andre forhold her som er lagt vekt på som faktisk begrensende – andre retningslinjer som ikke er faglig begrunnede, og en økt grad av tverrfaglighet. Vi vil komme tilbake til dette under senere kapitler, men administrative retningslinjer med fokus på utgiftskutt og økt tempo i behandlingen (effektivitet) kan trenge igjennom og helt inn i legens behandling av den enkelte pasienten, dvs retningslinjer som utelukker bruken av ekstra dyre medisiner ved

visse alvorlige sykdommer – med helt ferske eksempler fra behandling av hudkreftpasienter med alvorlig prognose. Krav til stadig kortere liggetid og samhandlingsreformens bøtelegging av hjemkommunene for utskrivningsklare pasienter presser fram at sykehus med sine lange ventelister kan definere ”utskrivningsklar” stadig tidligere og pasienter må forlate sykehuset før det kanskje er helt riktig, sett med behandlende leges øyne. Da er man underlagt føringer som uthuler den personlige autonomi – også. Dette tjener som eksempler på at visse typer endringer og retningslinjer kan interferere med den enkeltes autonomi, her berøres ikke verken prioriteringsdebatt eller den store helsereformen som nevnes.

Tverrfaglig samarbeid er utvilsomt en viktig forbedring av behandlingstjenestene, men enkelte ga uttrykk for at dette i noen tilfeller kunne også skape forsinkelser i utredning og behandling, slik at faktisk viktige medisinske beslutninger legen anser som viktige å komme i gang med ble hindret av et ”behandlingsdemokrati”. Deltagerne i gruppene presiserte at det fortsatt er medisinsk diagnostikk og behandling som er det *primære* og at det derfor må være legenes vurderinger som er det førende – ikke alle opplevde at store tverrfaglige prosjekter var til det beste for pasienten:

**”Men det er klart at det gjør at du får mindre handlingsfrihet til å ta beslutninger der og da, fordi at det er så mange parter som skal inn i regnestykket” (LS 0:13:12)**

### **3.1.5 Autonomi - den profesjonelle**

Denne kategoriens argumenter var preget av størst bekymring og engasjement. Den kollektive autonomien legene har som gruppe var høyest oppe i deltagerens bevissthet, om man kan uttrykke det slik. Langt på vei ble det konkludert med at legens status som de har hatt i kraft av sitt fag var kommet på vikende front og denne opplevelsen var såpass felles at dette lå til grunn for både engasjement og deltagelse i våre fokusgrupper for å diskutere temaet. Det var dog et visst spenn i innleggene som disse to representative sitatene viser:

**”Det er jo den kollektive autonomien som lider under systemet” (LS 0:11:13)**

**”Jeg tror den profesjonelle autonomien er der, og den har status” (RH 0:53:02)**

Det første utsagnet var typisk for den frustrasjonen man som gruppe følte ved å være tilsidesatt til fordel for økonomi, politiske beslutninger og styrevedtak om omorganiseringer av drift – på tvers av også ofte av faglige vurderinger. Dette ble beskrevet som en stor forandring i det man startet med erkjennelser av at legene tradisjonelt nok har hatt en nesten ufortjent stor makt, og nå måtte konstatere at man “ikke nådde fram til ledelsen med faglige innspill”:

**“Jeg opplever det sånn faglig sett, så opplever jeg det sånn at min, min leder skjønner jo dette. Men over han igjen på et nivå 2... Og enda høyere opp i systemet så når jo aldri vår faglige stemme – føler jeg. Den blir borte på veien opp” (RH 0:28:10)**

Det andre utsagnet relaterer seg mer til det faktum at legeprofesjonen i folks og da pasientenes bevissthet, nok har bevart sin status temmelig godt. Legen har selvsagt også en solid status i samfunnsdebatten, selv om autoriteten ikke lenger er ubestridt. Skolemedisinen har måttet tåle en viss konkurranse om helsemarkedet fra alternativ medisin og enkelte andre yrkesgrupper har fått rekvisisjonsrett i visse sammenhenger legen tidligere var alene om dette. Dette er likevel ikke særlig truende for legene som gruppe da disse endringene er temmelig begrensede; det offentlige helsevesen er fullstendig basert på skolemedisinen.

Igjen var synspunktene også i gruppen med yngre leger veldig sammenfallende med de to første gruppene. De var på samme måte bekymret over at administrasjon og byråkrati forstyrret dem i deres arbeid med pasientene – noe de var svært provosert av. Deres holdninger til retningslinjer var kanskje mer aksepterende enn noen i den litt eldre kollegagruppen, selv om disse også var opptatt av å kunne bruke sin egen erfaring mer etter hvert og dermed sitt skjønn!

Pasientsikkerhetsargumentet er (selvsagt) helt ukontroversielt blant legene som motivasjon for endringer og pålegg. Vi er selv nettopp opptatt av dette og det ligger underforstått i all argumentasjon. Mange endringer mener vi i stedet bryter mot pasientsikkerheten og da er dette vår motivasjon for å komme med våre faglige motforestillinger. Den profesjonelle autonomien oppleves redusert når faglige motargumenter blir overhørt.

Vi kan kondensere argumentene i denne kategorien på denne måten:

*Gruppene hadde en oppfatning at legegruppen tradisjonelt har hatt stor innflytelse både i helsevesenet og i samfunnsdebatt –irriterende stor makt. De fleste informantene ga uttrykk for at dette var nesten snudd på hodet og at legegruppens innflytelse er sterkt redusert. Omorganiseringene har medført fremmedfølelse, kollegene kjenner ikke lenger at faglige argumenter har tilstrekkelig tyngde i konkurranse med styringsmodeller og økonomi. Deltagere var mer engstelig for tap av kollektiv autonomi enn den individuelle og at det var tydelig at systemet styrer sykehuslegene som gruppe mer enn som individ. I gruppene var det også diskutert om legene egentlig var særlige berettiget som gruppe til å fatte store organisatoriske beslutninger. Noen spurte også retorisk om vi egentlig nødvendigvis har hatt så stor innflytelse som vi tror –var det bare sterke personligheter som tidligere trumfet egne standpunkter gjennom i kraft av sin posisjon? Det ble også klart uttrykt at man ikke ønsket seg tilbake til medikratiet hvor overlegen bestemte kun i kraft av sin tittel.*

Det kom opp to litt overraskende retoriske poeng eller spørsmål i 2 av gruppene. Man stilte seg spørrende til om legene tidligere *egentlig* har hatt så stor makt – helt i opposisjon til den gjengse oppfatningen av at det var et faktum at vi hadde hatt en ”irriterende stor makt”: Var det bare ”sterke personligheter” som hadde personifisert makten og gitt gruppen en tilsynelatende maktposisjon? Ideen var ikke til å avfeie, og gruppedeltagerne lot spørsmålet stå som et mal a propos. Vi syntes det var interessant og refererer det – selv om vi vel ikke mener det er grunn til å trekke legeprofesjonens temmelig sterke posisjon i tvil, verken i folks bevissthet eller i det offentlige rom.

Det andre poenget av mer selvransakende karakter, var om legene som gruppe egentlig var særlig bedre egnet enn andre til å ta store organisatoriske beslutninger - dvs er det sikkert at vi ikke bare burde overlate organisering av sykehusdriften til andre beslutningstagere. Det ligger nærmest som underforstått i diskusjonene at ”det må gå galt” når vi ikke lenger tar beslutningene, eller i det minste er meget tungt inne i dem, vedrørende drift og organisasjon; hvordan vet vi det? Har vi riktig forståelse av vår egen plass i systemet – vår kompetanse på det medisinske gir oss kanskje ikke automatisk kompetanse på organisasjon og administrasjon. Et godt utgangspunkt for refleksjon over egen rolle og ingen mente at vår kompetanse er tilstrekkelig for å håndtere dagens store foretak. På den andre siden kan man



stille spørsmål om annen profesjonell ledelseskompetanse *uten* inngående medisinsk kompetanse kan føre til gode beslutninger og kloke omorganiseringer?

Dette kunne heller selvsagt ikke besvares i våre fokusgrupper og ble kanskje liggende som et litt for nærgående spørsmål? Svaret er kanskje ikke gitt. Nær pasienten vil være naturlig ”vårt revir”, men de større anlagte prosjekter krever ikke lenger først og fremst medisinsk ekspertise, selv om de vil vær avhengig av den for å sikre at løsningene bygningsmessig og organisatorisk blir logiske rundt pasientbehandlingen som det sentrale i slike prosjekt.

## **3.2 Autonomi i relasjon til samfunnsutviklingen**

### **3.2.1. Autonomi og samfunnet**

En rekke av deltagernes argumenter registrerte vi tok utgangspunkt i det selvfølgelige faktum at hele samfunnet er i utvikling og mange forandringer også for vår yrkesgruppe kan føres tilbake til det. Legerollen må nødvendigvis reflektere både pasientens og samfunnets behov, det er da ikke naturlig at rollen skal være statisk gjennom skiftende tider.

Informasjonssamfunnet, demokratiseringsprosesser og en helt annen innstilling til autoriteter – bare disse aspektene ved samfunnsutviklingen må medføre en rolleendring for legeprofesjonen også. Det følgende valgte sitatet er illustrerende for oppfatninger i alle tre gruppene når det gjelder på hvilket “bakteppe” vi må diskutere eventuelle endringer i legerollens autonomi både på det individuelle og kollektive nivå:

**”Samfunnet er jo i endring, og vi skal jo ikke være utenfor det. Vi skal jo være i samfunnet. Hierarkiet har blitt flatere. Og da er det nødvendigvis statusen for den profesjonelle autonomien lavere, sånn som jeg ser det. Og det er en nødvendig utvikling av, ja, som svar på endringene i samfunnet” (BS 0:20:01)**

De andre argumentene i denne kategorien samlet vi i det følgende kondensatet:

*Flere beskrev en demokratiseringsprosess i samfunnet som også selvsagt vil måtte omfatte legene som profesjonsgruppe og at det enkelte lege-pasient møtet måtte tåle endringen på grunn av det. Den opplyste og autonome pasienten med styrkede rettigheter utfordrer legens individuelle autonomi. Gjennomgående var det aksept i gruppene for en slik beskrivelse av situasjonen og selv om ingen ville tilbake til en tid da leger hadde "ubegrunnet" mye makt, så noen utviklingen som litt negativ, fordi man opplevde seg som litt "ufri" i rollen og med en svekket autoritet. Arbeidsdagen er mer styrt av byråkrati og dokumentasjonskrav. Legerollen er som pasientrollen blitt veldig endret ble det sagt eksplisitt. Utviklingen ble sett på som uavvendelig og ikke noe vi kan gjøre så mye med. I en gruppe ble medias jakt på skandalehistorier sett på som en av de største truslene mot legenes autonomi.*

Vi fikk et klart inntrykk av aksept for de endringer demokratiseringsprosessen i samfunnet har medført for legerollen og en understrekning av at dette var en sunn utvikling. Autoritet i kraft av tradisjonelt hierarki oppfattet deltagerne som både uberettiget og arkaisk – slik makt ønsket man ikke. Man lengtet ikke tilbake til en allmektig legerolle der vi både som individer og kollektiv ikke ble sett i kortene. Tvert om mente man at utviklingen var til det beste for legerollen idet man fikk en ny måte å bygge sin autoritet på, gjennom å tåle både innsyn og å takle faglige utfordringer som et mer krevende samfunn og mer krevende pasienter representerer.

Likevel ble det også diskutert at selv om disse endringer representerte for det meste en riktig og god utvikling, så var nok legerollen blitt mer *ufri* på den måten at en detronisert legerolle gjør arbeidet tyngre. En sterkere pasientrolle krever mer tid til informasjon og *overbevisning*. Noen ga uttrykk for at informasjonssamfunnet gir pasienter overdrevne illusjoner om egne muligheter for "å lese seg opp" på sykdommer de enten har eller tror de har og derfor *tvinges* legen i en større grad enn tidligere til å gå inn i diskusjoner og kanskje unødvendige utredninger. Det er selvsagt at pasienter skal møtes med de spørsmål de har på en profesjonell måte og det er legens oppgave å takle disse nye utfordringer, men med styrkede pasientrettigheter kan legen oftere ikke lenger bare følge sine egne faglige vurderinger og beste skjønn, men blir i noen grad styrt av disse følger av en generell utvikling i samfunnet. I den grad dette medfører unødig bruk av ressurser var det en bekymring som man kom med som en nyansering av den ovenfor beskrevne velvillige aksept.

Det ble også eksplisitt sagt at man i rollen som lege overfor den enkelte pasienten ofte følte seg som en ”rådgiver – og ikke noe mer”, for å meisle det siste avsnittet helt ut. For noen var dette ikke problematisk, men de fleste mente nok at det var viktig for legene både som gruppe og som enkeltaktører å beholde en større tyngde enn som så, når man tar i betraktning at ”**legen faktisk har en omfattende utdanning**” (LS 0:31:15) og skal ta viktige beslutninger om diagnostikk og behandling. En rådgiverstatus er da ikke en tilfredsstillende posisjon verken for legen som skal bære sitt ansvar, eller for pasienten som trenger en som har en ubestridt kompetanse.

Ett samfunnstrekk som også griper inn i legenes hverdag, er utviklingen av *målstyringsparadigmet*. Dette medfører også i helsevesenet et økt byråkrati gjennom dokumentasjonskrav og rapporteringsrutiner som etableres. Dette behandles mer utførlig i neste avsnitt.

Vi lever i en helt ny mediehverdag. I en av gruppene kom medias fokus på helsevesenet opp som først og fremst *et problem*, fordi man opplevde at 9 av 10 oppslag var tabloide og negative. Det ble der anført at *dette* var den største trusselen mot legenes autonomi, ettersom pasientene får et svært negativt inntrykk av norske legers kompetanse. Kompetansen er den plattform man har å bygge sin autoritet og dermed autonomi på – lettvinnt og sensasjonspreget mediedekning er derfor skadelig for legene, både som kollektiv og som individ. Dette ble oppfattet som en del av samfunnsutviklingen med et betydelig skadepotensiale for legepasientforholdet og altså en bekymringsfull følge av et åpnere og demokratisert samfunn. I det man jo ønsker åpenheten velkommen, er dette en vanskelig balanse vi må leve med – et forhold som kanskje ikke kan møtes med annet enn – åpenhet og innsyn i vår virksomhet?

### **3.2.2 Autonomi under organisatoriske og administrative endringer**

Under denne kategorien kom mange, og vi må si som forventet, engasjerte uttalelser. Det er ikke overraskende i forhold til vår egen forforståelse av dette feltet som bygger på våre egne erfaringer fra yrkeshverdag og kjennskap til kollegers oppfatninger av disse forhold. Vi mener at det er riktig å referere flere enn ett sitat i denne viktige kategorien for å reflektere hvor omfattende disse endringer oppfattes å interferere med legens arbeid – både som individ

og for gruppen. Det er her kollegene synes å anse seg mest redusert som individ og i høyeste grad som gruppe. De administrative pålegg og organisatoriske endringer opplevdes som *irrelevante til dels* og med potensielt helt utilsiktede, skadelige konsekvenser for kjernevirksomheten ved sykehuset – et sted der fagligheten for mange av informantene syntes å ha druknet i økonomi- og effektivitetsfokus.

I argumentasjonen var deltagerne her mest opptatt av den kollektive autonomi, legegruppen som profesjon - i organisasjonen. Det var legene som gruppe som ble tilsidesatt i viktige avgjørelser når endringer var under planlegging – dette følte man var mye mer truende enn de mer beskjedne effektene på den individuelle handlefriheten. Argumentene omhandlet alt fra beslutninger som medførte klare prioriteringsspørsmål mellom ulike pasientgrupper i en mer overordnet betydning, til at man ble en helsearbeider i et industrielt system, der det ikke lenger var tid nok til å fokusere tilstrekkelig på det faglige i møtet med pasienten:

**”Vi får begrensninger i våre valg i forhold til om man skal prioritere å behandle den slags pasienter. Noen pasientgrupper skal vi behandle mer av, og det er jo politisk styrt og valg som er administrativt styrte...det endrer jo hvilke valg vi tar.. både individ- og profesjonsbasert altså.”** (BS 0:13:48)

**”Det er økonomistyring og budsjettkrav og sånn som er den lederens rolle for å gå videre enda lengre opp i systemet. Og enda høyere opp i systemet så når jo aldri vår faglige stemme – føler jeg”** (RH 0:28:27)

**”Altfor ofte føler jeg at vi gjør litt halvgjort jobb og det går jo egentlig direkte på legekunsten. Jeg føler at det er ikke rom nok for det du kaller legekunst da, som jeg anser som faglig nysgjerrighet og dyktighet også.”** (LS 0:19:52)

Disse sitatene favner likevel ikke alle momentene i denne kategorien som var ganske stor. Vi fremstilte følgende oppsummering av de viktigste argumentene :

*Det var tydelig i gruppene at administrative pålegg og omorganiseringer som ikke var faglig begrunnet og drøftet med legene ble oppfattet som overkjøring og begrunnet i krav til økonomisk balanse og økt effektivitet. Man følte seg styrt - på detaljnivå ofte - og at man ble målt på ”surrogatparametre” som ikke ga fagfolk mening. Betegnelser som helsefabrikk ,*

*helsearbeider i betydningen proletarisering av yrkesgruppen og utvikling av samlebandsbehandling gikk igjen. Denne utviklingen ble oppfattet som farlig for legens mulighet til å gjøre en god jobb med pasienten. Fremmedgjøring ble nevnt flere ganger og begrunnet med at legene ofte ikke var med i viktige beslutninger om organisering av driften. Noen sa helt tydelig at autonomien, ofte overlappende i hvert fall omtalt som "legekunst", med dette var truet. Det blir for liten tid til å tenke – du skal bare produsere, fylle din plass ved samlebandet. Det ble også tatt opp som et tema at når avdelingslederen ble en del av ledelsen påvirket også dette det faglige fokuset på avdelingen. Det synes for leger at dagens sykehusledere har glemt selve virksomhetens idé; sykehusene er tross alt bygget opp rundt den medisinske behandling hvor legene og sykepleierne er hovedaktører, og alle andre er støttefunksjoner.*

Vi må fremheve kollegenes klare opplevelse av ikke lenger å bli hørt som en viktig (den viktigste?) premissleverandør ved drift og omorganisering i helseforetaket. Vår undersøkelse kan bare si noe om spesialistenes opplevelse av sin sykehushverdag, men på denne arenaen i helsevesenet var dette en veldig tydelig ytring. Vi intervjuet kolleger på sykehus i Osloregionen der to har vært direkte affisert av en stor omveltning og dette kan selvsagt dramatisere synspunktene som fremkom, selv om vi må konstatere at meningene også ved Lovisenberg, blant de yngre kolleger var til forveksling like. Avdelinger ble flyttet til et annet sykehus, tverrgående avdelinger ble etablert, visse typer kirurgiske inngrep ble lokalisert bare ett sted, godt fungerende avdelinger ble lagt ned for å samles et annet sted – eksemplene er mange. Dette skjedde på tross av protester fra medisinsk hold, men legene som kollegium mente seg ikke hørt og dermed overkjørt. Tidligere mente de fleste, ville protestene blitt hørt eller planene aldri realisert, fordi legenes votum tidlig i prosessene ville stoppet eller endret dem på en helt annen måte. Dette mente deltagerne var den viktigste "fronten" der den kollektive autonomien må sies å lide nederlag nå. Det var klar aksept for behov for økonomistyring og dermed prioriteringer i de argumentene vi hørte; kollegene hadde god innsikt i at man gjennom dette også forsøker å oppnå en riktigst mulig bruk av helseressursene slik at man arbeider for størst mulig nytte for flest. For legene *er ikke* budsjett og økonomi det viktigste argument for endring – **det** er og blir det faglige.

Et annet tegn på at legene mener seg overstyrt, er at andre tvinger dem til å rapportere på forhold som man oppfatter som mindre sentrale og kanskje ubrukelige som parametre for kvaliteten på den medisinske behandlingen de står for. Disse surrogatparametre, som

epikrisetid, liggetid, strykninger av operasjoner og annet, treffer bare delvis i beste fall de viktige sidene ved kvaliteten på den medisinske behandlingen, og oppfattes derfor som et blindspor og tidsbruk man kunne reservert for annet kvalitetsarbeid. Kvalitet er vanskelig å måle, men man velger noe man *kan* måle og gir så dette ukritisk og ufortjent oppmerksomhet i det dårlige målinger forbindes med sanksjoner:

Epikrisetiden skal ned – ikke feil, men fokuserer på en ganske perifer del av behandlingskvaliteten. Liggetid skal være så lav som mulig – heller ikke et feil mål, men kan opplagt overdrives når man konkurrerer om dette og det er fare for at for raske utskrivelser medfører dårligere pasientsikkerhet og reinnleggelser. Dette minner kollegene om at fabrikktankegang er overført på noe som *egentlig* ikke i sin natur ligner særlig mye på vareproduksjon. Når man bruker strykninger på operasjonsstuen som mål på dårlig planlegging og med en parallell svikt i samlebandet, oppfatter kollegene at man alene fokuserer på prosess, men glemmer dens forutsetninger; strykninger er like mye et resultat av manglende kapasitet! Det eksisterer et press i form av en økende venteliste og man fyller operasjonsprogrammet *helt opp* for å utnytte ressursene maksimalt – en rekke forhold som knytter seg til ulike sider av kapasitet kan stoppe oppsatt program.

I en av gruppene ble det fremhevet at når Avdelingslederen fikk lederkontrakt – og ble en del av ledelsesstrukturen ved sykehuset, endret denne holdning fra **å snakke om ”oss” til å snakke om ”dere”** (BS 0:18:52). Lederne blir lojale til sine egne ledere og Kollegiet sitter igjen alene med sitt mer rendyrkede faglige utgangspunkt i diskusjoner. Dette påvirker kanskje autonomien på en mer indirekte måte enn de andre nevnte faktorer, men ved at det endrer kommunikasjonen på avdelingen med dens leder som **”nå står utafør gjerdet”** (BS 0:19:23) og derfor kan man tenke at profesjonsautonomien er svekket i forhold til den opprinnelige situasjonen da også avdelingsoverlegen (som jo også var en tydeligere tittel) dannet enn annen plattform for de faglige argumenters tyngde oppover i organisasjonen. Nå er lederen en meningsbærer for *de andre verdiene* (økonomi og effektivitet) inn i avdelingens diskusjoner og prioriteringer. *Det er en endring.*

I gruppen med yngre leger, litt imot hva vi hadde forventet, ble ordet ”legekunst” lett brukt og akseptert, man assosierte det med autonomi på individuelt nivå. Man uttrykte en frustrasjon over at disse ikke-faglige retningslinjer og organisatoriske grep med fokus på effektivitet og økonomi var begrensende for legens rom for bruk av tilstrekkelig tid til å tenke

og individualisere behandlingen – dvs. det vi mener med legekunsten. Også her er effektene mer indirekte, men kravet til stadig økt effektivitet og betalingssystemer (innsatsstyrt finansiering, ISF) jager opp tempoet og standardiserer behandlingsmønstrene. Dette er ikke bare negativt, standardisering representerer ofte en kvalitets- og kapasitetsforbedring. På den annen side kan man godt se for seg at behandlingen blir *gjennomsnittlig god* og *summarisk*, om man overdriver effektiviseringen.

Det var i denne gruppen man proklamerte **”Legekunsten er truet!”** (LS 0:20:55) som en klar oppsummering av hvorledes administrative og organisatoriske endringer oppleves å få følger for legen som profesjonsutøver. Man uttrykte en banalisering av yrket gjennom et økende rutinepreg og driftsbetingede mandater: ”Minst 10 pasienter må utskrives!” – i stedet for ”Hvem er utskrivningsklar?”

Under denne kategorien identifiserte vi deltagernes viktigste frustrasjoner og bekymringer for sin rolles nåværende situasjon og framtiden. Avstanden til sykehusenes toppledelse – endog bare til mellomledernivå opplevdes som så stor at man for det meste ikke følte at man ble hørt. I hvert fall fikk man ikke bekreftet at man nådde fram ettersom prosesser tilsynelatende ufortrødent rullet videre til tross for det legene mente var tunge medisinske innvendinger:

**”Jeg opplever det sånn faglig sett, så opplever jeg det sånn at min, min leder skjønner jo dette. Men over han igjen på et nivå 2..... Og enda høyere opp i systemet så når jo aldri vår faglige stemme – føler jeg. Den blir borte på veien opp. (RH 0:28:10)**

Dette ble opplevd som så galt at man utledet ”at ledelsen syntes å ha glemt hele virksomhetens idé”. Omorganiseringer som faglig sett var ulogiske og til og med dårlige for det primære målet – raskest og best mulig behandling for pasienten – ble gjennomført etter andre prinsipper. Man kan ikke gå inn i mange eksempler her, men ett svært godt eksempel er at den nye akuttbehandlingen av hjerneslagspasienter ble organisert slik at pasientene skulle mottas og diagnostiseres på ett sykehus og behandles på et annet, hvilket åpenbart forsinket behandlingen og er en suboptimal organisering.

At ledelsen kan akseptere den form for faglige kompromisser, oppfattes som uttrykk for at den åpenbart ikke har den nødvendige faglige innsikt i de sentrale problemstillinger, men

likevel har prokura til å treffe så viktige avgjørelser. Dette nærer profesjonenes oppfatning av å være satt til side, den kollektive autonomien har tappt betydning.

### 3.3. Autonomi og faglige retningslinjer

Under denne kategorien samlet vi utsagnene som spesifikt omtalte de faglige retningslinjer og såkalte *guidelines*. Deltagerne sorterte klart mellom byråkratiske retningslinjer og de faglige. Holdningen var også en helt annen til disse en de som er behandlet under pkt 3.2.2. Vi fant at gruppenes holdninger kan oppsummeres med dette kondensatet:

*Retningslinjer som gjelder for utøvelsen av faget så alle gruppene på som et gode. Det ble poengtert at det var det jo legene selv som har jobbet fram disse; dette er jo en utvikling yrkesgruppen ønsker. Det var en erkjennelse av at alle ikke kan ha oversikt over alle deler av medisinen og at gode faglige retningslinjer sikrer både legene og pasientbehandlingen. Noen var redde for at de kunne være en tvangstrøye, og bli benyttet til intern justis, men i hovedsak ble retningslinjer av denne typen ansett som et gode. Helt spesifikt ble det uttalt at man skilte mellom slike retningslinjer og administrative og logistiske som var motivert av effektivitet og utgiftsreduksjon. I gruppen med Leger I Spesialisering (LIS) var man oppmerksom på at det kunne være en treghet i systemet der retningslinjer effektivt kunne bryte opp ”gammel praksis”, som oftere enn legene liker å tenke på det kunne være utdatert. Som det ene sitatet viser, opplever man ikke retningslinjene som noe absolutt hinder for utøvelse av skjønn i arbeidet med den enkelte pasienten. Det nye arbeidslivet er såpass forandret at man ikke like mye forholder seg til faste mester-svenn forhold. Man føler at mentor rollen er erstattet av retningslinjer.*

Vi velger ut to av flere likelydende sitater som setter de viktigste meningene på spissen. Det første slår fast at faglige standarder er et ukontroversielt tema og at det er et gode; det styrker faget og dermed legene.

**”at man setter nasjonale standarder, vil jo mange føle at er veldig bra. Og mene at det er viktig og det er en styrking” (BS 0:32:27)**



Det andre modulerer utsagnet noe, ved at det ikke er bindende, men skal brukes sammen med erfaring og klinisk skjønn. Det er nok en viktig nyansering, i det kollegene som kondensatet også viste har en viss reservasjon mot at retningslinjer skal bli som tvangstrøyer. Kapitlet forut formulerte behovet for rommet for legens skjønn og erfaring som litt poetisk beskrives som legekunsten, og det er åpenbart at denne reservasjonen mot total underkastelse av retningslinjer er nødvendig:

**”Må vel se på retningslinjene og prosedyrene som vi har som verktøy som vi skal bruke i tillegg til vår kliniske erfaring og kliniske skjønn” (LS 0:22:10)**

Hovedpoenget i argumentene var at faglige retningslinjer er drevet fram av legene selv, de er resultat av en bevisst samling omkring faglige standarder – nettopp for å unngå ”solopraksis”. De skal sikre den faglige standarden og er ønsket av faget selv. En faglig oppdatert kollega vil ikke ha problemer med å følge retningslinjene dersom de revideres og holdes oppdatert. Å følge med i den faglige utviklingen på en bred front i vår tid, er ikke mulig og slike manualer er derfor gode hjelpemidler for å sikre likevel god kvalitet.

Det ble sagt at fagmiljøet hadde jobbet meget hardt med å bli enige om felles retningslinjer og det gjorde også at man ikke hadde noe å frykte ved sammenlikning mellom avdelinger og internasjonalt.

Når det kommer til ens eget fagområde er det kanskje litt verre å omfavne retningslinjer fordi en ofte besitter ytterligere oppdateringer enn det de skriftlige nedfelte representerer og man er da engstelig for at man ikke skal kunne også tilføre sitt skjønn. Det var likevel ikke noen stor bekymring, fordi man så at man med utgangspunkt i retningslinjene skulle kunne ha rom for å bruke sitt skjønn.

I gruppen med yngre leger (LIS) var man positive spesielt, fordi man så at retningslinjene kunne være midler til å bryte opp gamle praksiser som kunne være temmelig utdaterte og uvitenskapelige. Retningslinjer sikrer også at utdanningen blir mest mulig lik på de forskjellige sykehus og avdelinger. På den andre siden har nye arbeidstids ordninger skapt uregelmessige arbeidsuker som igjen skaper diskontinuitet i forholdet mellom mester og svenn. De unge etterlyste sin mentor og oppfattet at retningslinjene har blitt en erstatning for

det man skulle lære av sine eldre kolleger. Retningslinjer blir da selvsagt viktige, men kan også bli en sovepute under utdannelsen.

## 4. Diskusjon

### 4.1 Metodologi

I forrige kapittel presenterte vi våre resultater fra fokusgruppene og gjorde oss en del refleksjoner rundt disse. Vi kan først og fremst oppsummere gruppediskusjonene med å konstatere at vår problemstilling er relevant; autonomi som begrep opptok kollegene som deltok i våre grupper, fordi det traff et sentralt kjennetegn ved profesjonsrollen som oppfattes å være i endring. Kollegene brukte begrepet litt forskjellig, noen definerte det som legens frihet i møtet med pasienten – andre hadde kollektivet i tankene, profesjonen representert ved Legeforeningen eller alle legene ved sykehuset som en faglig faktor i organisasjonen. Alle *så* likevel at begge plan var ”gyldige” – etter hvert; noen syntes at begrepet var uklart initialt, men det handlet mest om at de intuitivt først kun så det *ene* planet!

Vi kunne sortere argumentene i ulike kategorier, men valgte å dissekere disse etter om de hadde relasjon til generelle endringer i samfunnet, eller faglige forandringer og ”påbud”. Vi fant at dette var en logisk oppdeling ettersom *den første* setter premisser gjennom forhold langt utenfor vår påvirkning, *den andre* ligger innenfor ”vår jurisdiksjon”.

Rent generelt kan man si at gruppediskusjonene brakte fram både alvorlig bekymring for fagets posisjon innefor ”de nye strukturer”, men også en tro på at profesjonen selv har muligheter for å styre i riktig retning. Det var derfor ikke først og fremst en apokalyptisk stemning i gruppene, selv om man brukte ord som ”fremmedgjøring”, ”overkjøring” og ”tilsidesatt”.

Våre spørsmål skal være bestemmende for denne diskusjonen:

- På hvilken måte opplever dagens sykehusleger et profesjonelt autonomitap?
- Hvordan kan legenes kollektive profesjonelle autonomi bevares under stadig omfattende reformer og omorganiseringer?

Vi har analysert diskusjonene i tre fokusgrupper og vi må være påpasselige med å presisere at vi ikke kan generalisere noe om norske sykehuslegers oppfatninger av sin rollestatus ut i fra dette datagrunnlaget. Men kvalitative analyser som vi har gjennomført har et annet siktemål enn å oppnå statistisk signifikans – vi opplever å ha identifisert interessante synspunkter som gikk igjen i alle tre gruppene og derfor i kraft av dette må sies å ha en viss gyldighet. Vi har gjennomført gruppene på sykehus som har gjennomgått store organisatoriske omveltninger – i tillegg til de forandringer som kan kalles generelle samfunnsendringer og særskilte lov- og helsepolitiske endringer. Derfor kan man kanskje innvende at synspunktene i vårt materiale kan være preget av dette tilleggsstresset – og da mest trolig i en retning der man kanskje i sterkere grad enn ellers i norske helseforetak kjenner sin rolle truet.

Vi hadde litt vanskeligheter med å samle informanter til våre grupper og de som meldte seg på – og kom til diskusjonen er kanskje også de med de sterkeste synspunktene, eller også de som overhodet har reflektert over dette temaet. Det ligger selvsagt en mulig seleksjon i dette vi må ta forbehold om, men vi forsøkte å balansere dette ved å invitere representanter fra alle spesialiteter på hvert av sykehusene. Den siste gruppen var i tillegg stratifisert til Leger i Spesialisering (LIS), fordi vi vurderte det som mulig at yngre kolleger kunne ha et annet syn enn de eldre med lang fartstid. Dette kunne vi ikke vite etter de to først gjennomførte gruppene som bestod av kolleger på egen alder.

Vi møtte det generelle problemet med å innkalle leger i aktiv tjeneste til deltagelse og undersøkelse av denne typen. Det er helt naturlig for kollegene å prioritere pasientarbeidet foran møter. De fleste har for mange arbeidsoppgaver og ligger etter ”sitt eget skjema”, men var positive ved personlige henvendelser. Vi møtte kun én kollega som oppga som årsak til å ikke delta i diskusjonen at temaet var *uinteressant*.

Kollegene ved Rikshospitalet kan kanskje sies å være en selektert gruppe på den måten at de i større grad har fått dyrke sin autonomi både som individer og som gruppe, fordi de representerer et endepunkt i en henvisningskjede; deres oppfatning av hva som er underminering av deres autoritet er kanskje en annen enn ved et mer perifert beliggende helseforetak. Dette kunne gjøre deres oppfatninger av spørsmålet om tap av autonomi til ”utliggerer” i et slikt meningslandskap, men som gruppeledere har vi ingen følelse av at denne gruppen skilte seg faktisk ut i sine ytringer.

Vi *kunne* gjennomført en kvantitativ studie f.eks. i form av datainnsamling ved spørreskjema og dermed nærmet oss problemstillingen via for oss mer kjent metodikk og på et numerisk mye større datagrunnlag. Dancke (2008) har undersøkt legers autonomi ved denne metoden, men fokuserer på legers ”kvantitative følelse av å være autonome” på et visst tidspunkt i sin karriere. Vi ønsket som forskningsspørsmålene viser å belyse i hvilken grad sykehusleger opplever å ha mistet sin autonomi – både som kollegium og som individuelle utøvere. Å lage et spørreskjema som på en valid måte fanget denne problemstillingen ville være vanskelig – og kvantitativ behandling av et slikt datagrunnlag ville også innebære usikkerheter, som bare til en viss grad også tillater generaliseringer.

Vi oppfattet dette som typiske spørsmål godt egnet for en kvalitativ analyse og vår opplevelse av at man hadde stort utbytte underveis i hver gruppe av å utdype synspunkter bare for å klargjøre begrepene underveis i diskusjonen, bekrefter vår oppfatning av at et spørreskjema som *ikke* tillater denne dynamikken, kanskje *dårligere* ville fanget opp vår problemstilling. Det er sannsynlig at den økende forståelsen av selve begrepene og selve dynamikken i gruppen, hentet fram mer informasjon enn om vi hadde overlatt informanter med sine egen forståelse av begrepene til å besvare et antall spørsmål om autonomi. Valget av fokusgrupper med ”Systematisk tekstkondensering” som analysemetode har vi opplevd som en god metode for vårt prosjekt. Uten en slik systematisk tilnærming ville det vært vanskeligere å trekke ut *essensen* i gruppediskusjonene og samle argumentene for å besvare våre spørsmål.

## 4.2 Om autonomi tap

### **Legekunsten er truet!** (LS 0:20:55)

Dette utsagnet kom i gruppen med yngre leger og er sagt i en sammenheng der spørsmålet var om faglige retningslinjer var truende for autonomien, legekunsten. Det kan stå som en spissformulering av det som var det mest framtrede funnet i vår undersøkelse.

Informanten siktet primært til den individuelle delen av jobben i forhold til *alle typer* retningslinjer, både de administrative og de faglige, men også den kollektive autonomien gjennom alle legene som representerte faget var i hans tanker. Ordvalget gjenspeiler den litt opphøyede status autonomien er forbundet med – man mener profesjonen besitter ikke bare

stor faglig kompetanse og ferdighet, men at det er noe mer som knytter seg til syntesen av disse faktorer og den erfaring og skjønn man må legge til for å utøve sitt yrke. Autonomi er derfor en nødvendighet for legen og for gruppen; legen trenger den i det enkelte pasientmøtet – profesjonen er avhengig av å ha en autoritet når man skal agere i samfunnet eller helsevesenet som ansvarlig for kjernevirksomheten i alle sykehus, - medisinsk diagnostikk og behandling. Som samfunnsaktør besitter legene unik kunnskap om forebygging til fremming av folkehelsen.

Denne spissede ytringen over som vi lar representere den generelle oppfatningen av at autonomien var truet, måtte selvsagt nyanseres. *Det viktigste inntrykket* gruppediskusjonene etterlot, var at administrative og organisatoriske retningslinjer var den vesentligste trussel mot legenes autonomi. Videre var det den kollektive (profesjonelle) autonomi som først og fremst var redusert – kollegene var langt mindre bekymret for sin individuelle autonomi.

Heri ligger svaret på vårt første forskningsspørsmål; det er en klar oppfatning at vi har lidd et profesjonelt autonomitap og det er først og fremst omorganiseringer av strukturell og administrativ art, eventuelt som resultat av politiske beslutninger som er årsak til dette autonomitapet.

Man mente at det unike lege-pasientmøtet var fortsatt lite preget av ”innblanding utenfra” og først og fremst i så fall gjennom faglige retningslinjer. Man opplevde at man var ”herre” i denne situasjonen – både pasienter og samfunn forventer fortsatt at legen skal identifisere problemer og bestemme behandling. Selv når man erkjenner at man snakker om en ”fornytt legerolle” (Aasland og Light 2003?) i forhold til tidligere mer autoritære paternalistiske rolle, gjelder forventningen fortsatt om at legen skal være *mer enn* en rådgiver, han skal diagnostisere symptomer og foreslå den beste behandling. Prosessen mellom lege og pasient er langt mer demokratisk enn tidligere, men dette ligger fortsatt under:

**”..når vi setter oss ned og forklarer pasienten helt åpent og ærlig, så er det det til syvende og sist som veier tyngst, det du som lege sier!” (LS 0:31:15)**

Retningslinjer for diagnostikk og behandling er nesten alltid frembrakt av spesialistene selv og et ledd i kvalitetssikringen – som legeprofesjonen selv tar initiativ til. Slike ansees derfor i vår tid ikke som fremmedelementer eller kunstige direktiver, men et oppdatert grunnlag, på

hvilket den enkelte lege skal basere sin virksomhet. I våre grupper var dette helt entydig både blant de med lang og kort fartstid. Det ble nevnt at retningslinjer kunne virke litt trange i noen tilfeller, men man følte ”begrunnede avvik” fra disse er akseptable, slik at erfaring og stor kompetanse hos *superspesialisten* skal kunne ytterligere bare styrke behandlingen. I forhold til slike var den individuelle autonomi bevart.

Administrative og organisatoriske retningslinjer går sjelden inn i den konkrete behandlingssituasjonen, men *kan* derimot gjøre det i form av at forsøk på prioriteringer, bestemmelser omkring særskilt kostnadskrevende behandlingsalternativer osv, får konsekvenser også i det enkelte tilfellet og styrer direkte hva legen *kan* tilby. Direktiver om liggetider, produksjonsmål (krav om å oppnå et visst DRG-tall) og effektive pasientforløp kan gå utover kvaliteten på behandlingen, men dette vil først og fremst oppfattes som en influens på den kollektive autonomi, fordi kollegiet her er det som føler seg overkjørt. Kollegiet, profesjonen, i et større bilde også ved Legeforeningen, setter standarder og hevder sin faglige stemme i prosesser og konkret i forhold til drift, men opplever seg å ha mindre gjennomslagskraft enn tidligere. Likevel, omorganiseringer – politisk bestemt - kan medføre at legen ikke er fri til å yte behandling i tide på grunn av lange ventetider. Legens individuelle autonomi er da også svekket, fordi de ytre rammene hindrer eller endrer behandlingen direkte (Eksempler: Legen vet at ventetidene for operativ behandling av rygglidelser er betydelig lengre enn det som er medisinsk akseptabelt for et godt resultat. Kreftpasienter får ventekurer med cellegift - i påvente av MR kontroll, eller kirurgisk behandling blir forsinket av lange køer til strålebehandling. I alle tilfeller befinner legen og kollegiet seg i en klemme der autonomien må sies å være svekket).

Vi nevnte over at legerollen er endret, og det er ikke minst fordi pasientrollen også er en annen. Pasienten besitter langt mer informasjon om både kropp, sunn helse og sykdom – og kan informere seg raskt omkring mulige diagnoser legen mistenker og medikamenter han foreskriver – legen må derfor være forberedt på en helt annen symmetri i sitt forhold til pasienten. I tillegg har pasienten fått tildelt i lovs form helt andre rettigheter - alt dette nivellerer forholdet mellom lege og pasient betydelig. Slik *er* den nye virkeligheten legen utøver sitt yrke innenfor. Deltagerne hadde ingen vanskeligheter med å akseptere dette. Noen mente nok at pasienter oftere både var mer krevende enn godt var og at man måtte bruke uforholdsmessig mye tid på diskusjon og informasjon nå, og så at tilliten til den profesjonelle i dette forholdet nå var kanskje overdrevent underminert. Det var likevel en bedre situasjon

og noe man som yrkesutøver bare måtte lære seg å takle og tåle; pasientene nå forstår mer av sin sykdom og behandlingen når legen blir utfordret og skjerper sin rolleutøvelse og tvinges til å yte bedre. Den moderne legerollen er tilpasset en styrket pasientrolle og vi kunne ikke registrere at deltagerne alvorlig følte sin individuelle autonomi truet av dette. Utfordret, - ja, men ikke truet og noen sa de likte denne litt ”skarpere situasjonen” fordi de *visste* at de gjorde en bedre jobb.

Den kollektive autonomien ble altså identifisert som den som var klart underminert og det man fryktet fortsatt ville reduseres og derfor knyttet gruppe deltagerne sin bekymring til dette forholdet helt spesielt. *Systemet*, dvs. både ledelsen, endret organisasjon og administrative retningslinjer synes å ignorere i større grad den medisinske profesjonen, eksemplifisert ved manglende gehør for faglige innspill i organisasjonsendringer – fysiske, så vel som administrative – der profesjonen mener å ha helt avgjørende innspill under diskusjons- og planleggingsfaser. Velfungerende fagmiljøer og pasientforløp etablert over år endret med *begrunnelse i andre forhold* enn rent faglige krever med legens *øyne vektige begrunnelser*. Det er en temmelig vanlig erfaring å høre utsagn som ”blårussen nå har overtatt” og at ”ledelsen ikke lenger kjenner virksomhetens idé” – som uttrykk for at sykehusledelsen ensidig fokuserer på økonomi, dermed budsjett og effektivisering. Når ledelsen holder fram sine ambisjoner om pasientsikkerhet og kvalitet i behandlingen, oppfatter kollegene dette som munnhell og nødvendige fraser – med bakgrunn i erfaringer fra endringsprosesser man har deltatt i og erfart seg overhørt i.

Avdelingsleder er nå definert som en del av sykehusledelsen med lederkontrakt og dette er en omorganisering som *øker* avstanden mellom klinikk og ledelse. Endringer kommer i stand motivert i behov ledelsen har for å komme i mål i forhold til disse nevnte pekuniære parametere og endringsbeslutninger som er politisk bestemt. Faglige innspill blir oppfattet som oversett og det er klart at den profesjonelle autonomi sees i sammenheng med hvorvidt det faglige har gjennomslagskraft. Dette skapte den største bekymringen – avstanden mellom fagfolk og ledelse både rent fysisk og hva gjelder ”anskuelse”. Man snakket om to forskjellige virkelighetsoppfatninger.

Vi ble ikke overrasket over dette, med personlig erfaring fra klinisk hverdag var dette et forventet funn. Man kan innvende at man finner det man ser etter (dvs det som er i overensstemmelse med ens forforståelse) og det må tas med i betraktningen. Likevel, dette



gikk veldig klart frem i alle tre fokusgrupper og vi velger derfor å legge vekt på dette temmelig entydige funnet, - men altså med et visst akademisk forbehold.

Legekollegiet er selvsagt i samme grad som andre faggrupper med i utredningsfaser og høringsrunder, men flere sier at ”avgjørelser virker tatt på forhånd” og at det hele i større grad framstår som et skinn demokrati og som en legitimeringsprosess. For legeyrket og kollegiet som faglig ansvarlig for den medisinske virksomheten, er en slik stadig mer perifer funksjon naturligvis ikke tilstrekkelig og man føler seg *reduert til en blant mange helsearbeidere* i en helsefabrikk (industrialisert helse vesen). Dette var helt klart det vesentligste punktet kollegene i gruppen ga uttrykk for å føle seg overkjørt og tilsidesatt. På den måten var det også naturlig å beskrive seg som fremmedgjort på egen arbeidsplass (McKinlay og Marceau 2011). Noen trakk fram eksempler på slike prosesser fra egen hverdag, der faglige opplagte anbefalinger ble oversett og resultatet ble stikk i strid med anbefalinger (Eksempel: Som tidligere nevnt er diagnostikk og behandling av akutte hjerneslag plassert på to forskjellige sykehus ved en fusjonsprosess i Oslo, se forrige kapittel).

Med intensjon om å bedre kvaliteten på helsetjenesten og øke pasientsikkerheten er det opprettet dokumentasjonskrav, rapporteringsplikt og målstyringsparametere. Disse er også kommet som direktiver fra ledelsen og helsemyndigheter, og er ledsaget av sanksjoner for å få dem fulgt. Som kollegium har legene hatt mange faglige innvendinger til disse, hva gjelder relevans og det merarbeid - for begrenset nytte - de medfører. Selv om alle er enige om målet – en bedre helsetjeneste og en stadig bedre pasientsikkerhet - opplever legene som gruppe at de bare *i liten grad har innflytelse* på valg av metoder – det oppleves som ikke bare tap av autoritet, men også som en innskrenket autonomi. En ledelsesgruppe eller helsepolitikere, som oftest uten medisinsk faglig kompetanse, eller i hvert fall en meget blandet gruppe, dirigerer den profesjonelle gruppen - på dens egen arena. Diskusjonen var absolutt nyansert idet kollegene selv poengterte at i det moderne helseforetaket er det behov for mye annen kompetanse enn den medisinske; det er mange beslutninger legene ikke er bedre skikket til å ta enn andre – men man ser altså nok av eksempler på at andre enn legene treffer viktige beslutninger som får konsekvens for diagnostikk og behandling, kjernevirksomheten. Da oppfatter den medisinske profesjon seg invadert – eller overkjørt.

Til en viss grad framstår også kollegene med mindre autonomi i det moderne informasjons- og mediesamfunnet. Den gamle rollen full av autoritet (og arroganse?), til tross for et ganske

svakt faglig fundament, ville man jo likevel ikke tilbake til. Dagens medisin har en helt annen faglig plattform og selv om den fremstår som svært potent, kjenner både vi og de vi betjener godt dens begrensninger. Likevel, en flatere struktur i samfunnet, en styrket pasientrolle og opplyste pasienter presser rollen mer over på rådgiversiden, og i et moderne helsemarked finns flere aktører som utfordrer profesjonens autoritet. Rådgiverrollen er mer i samsvar med vår tids oppfatninger av hva som er et naturlig forhold mellom lege og pasient, men den har en opplagt svakere status enn den gamle rollen. Pressen graver og presenterer pasienthistorier som virker nedbrytende på tilliten til legene som gruppe, samtidig som alternative behandlingsmetoder får en mer *nysgjerrig omtale*. Dette er verken galt eller må oppfattes som negativt nødvendigvis - og legene som profesjon må *tåle* å bli sett i kortene. Men, spørsmålet er i hvilken grad de fleste pasienter kan sies å være i stand til å gjøre informerte valg - når det kommer til stykket? Vi tror i hvert fall at en ren rådgiverstatus kan etterlate et savn hos pasientene og for oss leger et redusert meningsinnhold i rollen og arbeidet; et savn hos pasientene, fordi tross alt har man ikke bare et behov for et profesjonelt råd, men langt på vei å slippe å ta ansvaret for og ta vanskelige avgjørelser selv. Selv for leger, når de blir pasienter, er valg vanskelige og vi ønsker at noen andre som har mer innsikt en oss selv også på det aktuelle problemet tar ansvar og avgjørelse. Legene er opplært til å ta denne rollen. Demokratisering og avautorisering (deprofesjonalisering) kan kanskje drives for langt?

Som vi har vært inne på i Innledningskapittelet har flere beskrevet de endringer *vi* nå tar opp innen profesjonsforskningen helt siden 1970-tallet, og våre egne observasjoner og gruppedeltagernes ytringer er altså vel kjent fra litteraturen og føyer seg inn i disse analyser og beskrivelser av en legeprofesjonen i endring (Haug 1973; Ritzer & Walczak 1988). Vi vil understreke at i våre diskusjoner framsto det å føle seg fremmed i den nye sykehushverdagen som det mest frustrerende og fremmedgjøring er beskrevet av flere som et fenomen. Flere ga uttrykk for mistriivsel med sin arbeidssituasjon; én i den grad at han stilte seg spørsmålet – *er det dette jeg ville?* McKinlay og Marceau (2011) tar opp nettopp ”fremmedgjøring” (*Alienation*) som en mulig forklaringsmodell for å forklare legers mistriivsel på jobb - de undersøker hvorfor amerikanske leger parallelt med endringer i deres helsevesen stadig uttrykker en slik mistriivsel. Det kan vises til mange rapporter som bekrefter en slik misnøye (Zuger 2004, Kassirer 1998). I vårt land er det gjort undersøkelser i de siste par tiårene som viser et mer nyansert bilde: På 90-tallet, inspirert av litt skremmende internasjonale rapporter, så man også en lavere tilfredshet med jobb hos norske leger (Hofoss 1997, Finset 2005) mens andre (Nylenna 2005, Nylenna & Aasland 2010) ved flere anledninger i samme periode

finner at norske leger er like tilfreds med sitt arbeid som ikke-leger – med det tilleggspoeng at spesialister i allmenntilmedisin er mer tilfreds enn sykehusspesialister (Nylenna 2010). Man kan diskutere om dette skyldes at frustrasjon er større for sykehusspesialistene, pga de store endringene som har funnet sted innenfor foretakene. Det er en friere rolle å ha sin egen praksis enn å befinne seg i et system med økende grad av byråkratisering.

En nyere studie av Tyssen m fl (2013) som sammenligner både autonomi og jobbtfredshet indikerer at amerikanske leger er litt mer misfornøyde enn norske kolleger; det viktigste med denne publikasjonen er likevel at amerikanske leger paradoksalt nok, i større grad opplever klinisk frihet, nok tid til sine pasienter og en oppfatning av å levere en høykvalitets tjeneste! USA sammenlignes med Norge og Canada som begge har en offentlig finansiert helsetjeneste og Tyssen reiser i en aviskronikk (2014) spørsmålet om hvordan dette harmonerer med vår egen oppfatning av å ha det beste helsesystemet – legenes rapportering støtter ikke det og avslører misnøye med at for mye av deres tid går med til annet enn pasientarbeid. I denne undersøkelsen inngikk både allmennleger og sykehusspesialister. Det er mulig å trekke inn både fremmedgjøringsaspektet og den økte byråkratiseringen ved målstyringsfilosofien (NPM) som preger kollegenes sykehushverdag når disse sidene ved legenes opplevelse av svekket kollektiv autonomi diskuteres.

Legenes status i samfunnet blir viktig å ta vare på – og her vil Legeforeningen gjennom sin virksomhet ha en helt avgjørende rolle. Legeforeningen bør ikke først og fremst være synlige i lønsspørsmål, men ha fokus på pasientsikkerhet og faglige begrunnede endringer i helsevesenet. Legeforeningen representerer profesjonen og hvordan denne løser sine oppgaver, er avgjørende for profesjonens status til enhver tid. Foreningen må ha samfunnets og myndighetenes tillit – hvis ikke må man anta at profesjonenes frie (autonome) status står for fall. Legeforeningen har til nå vært ansvarlig for organiseringen av innhold og krav til utdanning og delt ut autorisasjon til å praktisere. Det faktum at Helsedirektoratet nå har overtatt autorisasjonen av nye spesialister - er dette en sprekk i profesjonsautonomien?

Legeprofesjonen ble gitt en avgjørende rolle i samfunnets helsestell, fordi profesjonen forvalter den til enhver tid gjeldende kunnskap om forebygging, medisinsk diagnostikk og behandling. Profesjonen har derfor også hatt en betydelig selvstendighet og ansvar – autonomi. I den grad profesjonen har lidd et autonomitap på samfunnsarenaen og som kollegium i det enkelte helseforetak må man også etterspørre Legeforeningens del av det

ansvaret. I gruppediskusjonene ble Legeforeningens rolle trukket frem, men det var egentlig en oppfatning av at legenes status på et samfunnsmessig plan og i folks bevissthet var langt på vei bevart. Når man tenker på at ganske dramatiske betegnelser som proletarisering, eller i hvert fall deprofesjonalisering av legeyrket ble diskutert på 70- og 80-tallet og må konstatere skolemedisinens fortsatte temmelig enerådende rolle i det offentlige helsetjenesten, er det vel riktig å si at ”fallet” verken i samfunn eller i folks bevissthet har vært særlig stort.

Profesjonens status er antagelig mer robust enn vi som profesjonsutøvere frykter og de endringer som finner sted er å betrakte som nødvendige justeringer til endringer i samfunnet. Det opplever vi da også at kollegene uttrykker – bare innenfor helseforetakene har det kanskje funnet sted strukturendringer og omorganiseringer over hodet på den medisinske profesjon som gir grunnlag for kollegenes bekymringer?

### **4.3 Om bevaring av profesjonell autonomi**

Svaret på det andre forskning spørsmålet, hvordan bevare den profesjonelle autonomi, finnes mer indirekte i gruppediskusjonene. Autonomi er altså en sosiologisk merkelapp fra tidlig profesjonslitteratur (Engel, Gloria 1969) som oppsto for å beskrive det faktum at legeyrket var så komplisert at bare legeprofesjonen selv kunne ha den nødvendige oversikt. Profesjonen ble derfor gitt et ansvar for å styre sitt hus – til det beste for befolkningen. Utfordringen er altså å vise at man kan leve opp til samfunnsoppdraget. Det var legenes misbruk av tilliten ved å tolke dette først og fremst som en personlig frihet (individuell autonomi) som kom frem særlig i amerikanske studier (Freidsson 1994 og 2001, McKinlay 1985) i den tidlige profesjonsforskningen som har reist spørsmålene omkring hvorvidt Profesjonen kan ivareta tilliten samfunnet har gitt den.

Som vi har vært inne på i kapittel 3 er nok oftest legens frihet til å utøve *legeskunst* det som intuitivt stiger opp i legenes bevissthet når disse spørsmålene reises og uten videre utdyping av disse forhold blir man lett hengende fast i ”den individuelle autonomien” som det man må beskytte. Gruppene kom veldig fort fram til at selve lege-pasient forholdet til tross for at mangt kunne sies om endringer i samfunnet, legene som har mistet mye av sin tradisjonelle status og en helt ny pasientrolle, stod dette forholdet på solid grunn ved at man aksepterer den nye legerollen som er en tilpasning til en ny tid. Dette er beskrevet av Aasland og Light

(2003) og våre gruppedeltagere fant det helt unaturlig å ønske seg tilbake til en annen tid – en status og autoritet som ikke er begrunnet i en faglig kompetanse og virksomhet som tåler innsyn fra samfunn og myndigheter så man ingen relevans for.

Informantene har selv lagt stor vekt på faglige retningslinjer som et gode. Individuell autonomi forstått som virksomhet løsrevet fra det som er felles anerkjente faglige oppfatninger er ikke noe kollegene ønsker. Tvert i mot ble det eksplisitt sagt at vi selv har jobbet intenst fram faglige retningslinjer for å unngå at kolleger driver svært ulik praksis. Dette må høre fortiden til, vi som profesjonelle må vise ved initiativ at vi tar ansvar for den faglige standard ved å opprette omforente retningslinjer som også oppdateres. Kollegiet må vise at handling må følge ord å arbeide for en høy faglig standard i alle ledd. Profesjonen kan bare gjøre seg fortjent til pasientenes og samfunnets tillit på denne måten. Men ved å gjøre denne jobben, viser vi etterrettelighet og faglighet, de kanskje to viktigste elementene i et forhold lege – pasient og profesjon – samfunn.

Vårt klare inntrykk fra gruppesamtalene og analysen av argument kategoriene var at ved å ta styringen med utdanning og retningslinjer for klinisk virksomhet bygger vi den plattform vi trenger som profesjon for å beholde vår autonomi. Det viktige er å fokusere på den kollektive autonomien, fordi det er den som skaper grunnlag for pasientens tillit til den enkelte legen. Med dette tar vi derfor automatisk vare på også den individuelle autonomien. Vi kan ikke forvente at tilliten skal bygges den omvendte veien, nemlig ved fokus på den enkelte legens frihet til å utøve yrket etter eget forogdtbefinnende.

Gruppene har for så vidt kommet med de samme tankene som Light (2012) har uttrykt, veien til fortsatt autonomi ligger i at profesjonen selv tar dette initiativet og får eierskap til standardiseringer og kvalitets arbeid. Light har tidligere stilt spørsmål ved relevansen av individuelle autonomi (1988). Dette var en følge av de negative utslagene en ukontrollert lege virksomhet viste seg å bedrive da dette var et tema for undersøkelse i Amerika på 70 og 80 tallet. Det så ut som legene ikke var tilliten verdig og derfor måtte denne forsøksvis gjenoppbygges med at man erstattet autonomi med ”accountability” (etterrettelighet). Dette er senere også beskrevet av Aasland og Light i 2003 da de skriver om ”Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit”.

I vårt empiriske grunnlag er det lite som tyder på utbredt ”mal a praksis” som skulle stille den individuelle autonomi i et dårlig lys. Noen unge kolleger trakk fram at enkelte steder kunne holde på gamle sedvaner i sin praksis i kraft av at de eldre kollegene hadde naturlig styringen. Det at retningslinjer er kommet inn som et nytt naturlig verktøy forenkler oppdatering, gjør det ukontroversielt og sannsynligvis mer effektivt. Det å ta opp ny praksis blir mer naturlig inn uten å måtte bli en kamp mellom de gamle og de unge. Direkte inkompetente leger i en sykehushverdag vil være under en rimelig kontroll av sine kolleger. Dette er kanskje grunnen til at dårlig fundert solo praksis i spesialist helsetjenesten ikke representerer et stort problem. Det er kanskje grunn til å tro at dette *kan* finne sted utenfor sykehus, i spesialistpraksiser og allmenhelsetjenesten. Vår sykehus struktur med fast fulltids ansatte spesialister som driver hele sin praksis innen for helseforetakets vegger gjør den problematikken man avslørte i USA mindre aktuell hos oss. Amerikanske legepraksiser har vært en blanding mellom privat praksis og operasjonsdager på sykehus. Et annet forhold er forsikringsbaserte helsetjenester og legenes tilknytting til industrien.

Forholdet vi har kommentert ovenfor dreier seg om sviktende kompetanse og eventuelt uetisk lege atferd. I gruppene ble det aldri hevdet aktiv motstand mot retningslinjer - som et uttrykk for at de aksepteres som en selvfølge av profesjonen. Dancke (2008, side 103) påviste i sin oppgave at autonomi var en foranderlig størrelse som handlet om aksept av nye rammer og betingelser. Aksepterer kollegene nye rammer for sin virksomhet, fordi de oppfattes som del av en naturlig utvikling av fag, kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet, kan leger både individuelt og som gruppe føle at de har sin autonomi intakt. Vi tolker utsagnene i våre grupper som mest sannsynlig uttrykk for nettopp dette, at autonomi er et plastisk begrep og ikke en størrelse som ”spises opp” av enhver form for innskrenkninger – det avhenger av hva som begrunner beskrankningene.

Vi har tidligere vært inne på Legeforeningens rolle som representant for profesjonen og hva vår fagorganisasjon kan yte i denne sammenheng. Foreløpig har vi fremhevet arbeidet med faglige standarder og pasientsikkerhetsfokus som naturlige arbeidsområder. Utdanning har i alle år vært en av de sentrale ansvarsområdene for Legeforeningen ved at den organiserer kurs, spesialitetskomiteer som overvåker og spesifiserer krav til utdanning og tildeler spesialistautorisasjon. For foreningen er dette et svært viktig område å opprettholde sitt hegemoni, noe den må arbeide aktivt for; det er arbeid på gang for å utrede overtakelse av denne funksjonen ved de medisinske fakulteter ved universitetene.

Legeforeningen kan videre markere seg ved å tilby ferdige spesialister systematisk etterutdanning – noe foreningen allerede har etablert gjennom ”legers etterutdanning i fremtiden”, LEIF, siden 2004. Dette er et elektronisk registreringssystem der relevante kurs dokumenterer spesialistens faglige oppdatering. Fokus på dette verktøyet og en vurdering av hvorvidt dette skulle gjøres obligatorisk i fremtiden bygger tillit til Legeforeningen og gir den troverdighet – godt argument for profesjonsautonomien.

Helsedirektoratet har tilbakekalt den delegerede myndighet Legeforeningen har hatt siden 2011 til å utstede spesialistgodkjenninger. I seg selv ikke veldig truende i og med at foreningen ved spesialitetskomiteene er samarbeidspartner med direktoratet. Men, det HD gjør bedre på den bokholdermessige siden, - det er tapt på den faglige siden pga manglende innsikt i de enkelte fagmiljøer i den samme grad som spesialitetskomiteene besitter. Disse kan ”gjennomskue” eventuelle svakheter i en søknad ut ifra lokalkunnskap. Både fordi universitetene utreder overtakelse av spesialistutdanningen, og fordi HD ønsker å overta autorisasjonen for å løse Legeforeningen som jo ubestridelig også er en fagorganisasjon fra denne funksjonen, er det viktig at Legeforeningen arbeider aktivt for å vise sin suverenitet på disse feltene: Foreningen har en svært lang tradisjon for å drive dette arbeidet og selv om det kan innvendes at en fagorganisasjon blir som *bukken som skal passe havresekken*, så skal det mye til å bygge opp alternativ kompetanse – for samme lave kostnad. Kursvirksomheten er ”dugnadsbasert” og spesialkompetansen komiteene har, er nevnt over. En sterk Legeforening som markerer seg ved hovedfokus på disse viktige sider ved sin virksomhet, vil vise seg samfunnets tillit verdig og profesjonens autonomi vil følge av et omhyggelig røktet image.

Det er naturlig da å foreslå et tema for foreningen selv å løfte fram til debatt – resertifisering av spesialister. Spesialister i allmenntidmedisin ble de første i Norge som ble pålagt dette og så langt de siste. Temaet diskuteres fortsatt, men det er foreløpig ikke aktuell politikk å gjennomføre dette for de øvrige spesialiteter. Det skal selvsagt ikke argumenteres over dette tema i vår oppgave, kun påpekes at en grundig debatt om en slik i mange andre yrker etablert ordning, vil være tillitsvekkende idet det kan være man kommer fram til andre former for vedlikehold av og kompetansehevning for norske spesialister. Det vil naturligvis nettopp i den kontekst vi her diskuterer, for Legeforeningen være en stor fordel å være proaktiv. En fagforening som skal ha en ”fri rolle” må vise seg oppgaven moden. Handling må følge ord – eller aller helst gå foran!

Vi har i vår oppgave funnet et fokus først og fremst på den kollektive autonomi som det kollegene opplever som truet – og det innenfor sykehusets egne vegger. På en måte ikke så merkelig, det er der det er viktigst å oppleve seg som premissleverandør og viktig diskusjonspartner og en opplevelse av fremmedgjøring i dette miljø vil være tyngst å bære, lettest å legge merke til. På den annen side er det et paradoks at der man skulle tro profesjonen sto sterkest, opplever den seg svakest! Legene som profesjonelt kollegium følte seg på en regelmessig basis overkjørt og tilsidesatt – avgjørelser var tatt på andre premisser enn de legene mener er de viktigste.

I diskusjonsgruppene kom det i noen grad fram en viss frustrasjon over den nye legerollens utfordringer, men det var likevel en klar oppfatning av at dette var en selvfølgelig tilpasning til den nye pasientrollen og en ny og annerledes samfunnsstruktur. Man anså den nye rollesituasjonen som en forbedring og ikke som et problem; tillitsforholdet mellom legen og den enkelte pasienten vil være på plass om vi som profesjonsutøvere klarer å møte pasientens behov, men det er et svært viktig utgangspunkt at profesjonen har tillit. Legens individuelle frihet i sin rolle, følger av disse forutsetninger og er altså ikke noe man kan rekvirere, eller anse som en rettighet. Man må derfor først arbeide fram en grunnleggende tillit i samfunnet og hos pasientene - derav følger en fortsatt intakt profesjonsautonomi.



## 5. Litteraturliste

### Bakgrunn:

Befring, A.K., Grytten, N.J., Ohnstad, B. (2002) *Jus for leger*. Kristiansand, Høyskoleforlaget.

Bratten, A.K. (2009) Autonomi og ledelse. *Overlegen*. Nr. 3 Side 10-11.

Cruess, S. R, Johnston, S, Cruess R.L. (2002) Professionalism for medicine: opportunities and obligations. *Medical Journal of Australia* 177: 208-211

Dancke, C. (2008) *Legers autonomi. Om profesjonell autonomi i forandring og behovet for ny handlingskompetanse*. Master oppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitet i Oslo.

Engel, G. (1969) The effect of bureaucracy on the professional autonomy of the physician. *Journal of Health and Social Behavior*, 10(1):30-41.

Finset KB, Gude T, Hem E et al (2005) Which young physicians are satisfied with their job? A prospective nationwide study in Norway. *BMC Medical Education* 5: 19

Freidson, E. (1970) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Harper and Row.

Freidson, E. (1994) *Professionalism reborn: theory, prophecy and policy*. Chicago: University of Chicago Press.

Freidson, E. (2001) *Professionalism. The third logic*. Polity Press Cambridge, UK

Gjerberg, E. Hofoss D. Falkum E. Aasland O.G. (1996) Legers kontroll over egen arbeids situasjon – en myte? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 116:1800-1804

Haaland, E. (2014) Et gode for pasient, samfunn og demokrati. Kronikk. *Aftenposten*, 21. Februar.

Haave, P. (2012) Profesjonsautonomi på norsk. *Foredrag på Soria Moria*.  
<http://legeföreningen.no/Legeföreningens-forskningsinstitutt/Nyheter/Per-Haave-Profesjonsautonomi-pa-norsk/>

Haug, M. R. (1973) *Deprofessionalisation: An alternative hypothesis for the future*. Sociological Review, Monograph. 195–212

Helsepersonelloven, (1999) *Lov om helsepersonell m.v. av 2. Juli 1999 nr. 64*. Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonelloven>.

Herfindal, S. (2008) *Veien fram til Sykehusreformen: en studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak*. ATM – skriftserie nr 2 Bergen: Rokkansenteret

- Hofoss D, Nord E (1997) Norske leger – velstående og velansett, men ikke spesielt lykkelige? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 117: 3476-81
- Illich, I. (1976) *Limits to medicine: Medical Nemesis: The expropriation of health*. Marion Boyars Publishers, London.
- Innst.O nr 118 (2000-2001) Kildedok: Ot.prp. nr 66 (2000-2001) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m.  
[www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/2000-2001/inno-200001-118/](http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/2000-2001/inno-200001-118/)
- Kassirer J (1998) Doctor discontent. *New England Journal of Medicine* 339:1563-5
- Kirkebøen, G. (2013) Kan vi stole på fagfolks skjønn?: Moland A. og Smeby J.-C red. *Profesjonsstudier II*. Oslo, Universitetsforlaget, s 27-43.
- Light, D. W. (1988) Turf Battles And The Theory Of Professional Dominance. *Research in the Sociology of Health Care*, 7:203-225.
- Light, D.W., Aasland, O.G. (2003) Den nye legerollen - kvalitet, åpenhet og tillit. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Nr. 13-14:123:1870-73.
- Light, D.W. (2003) Towards a new professionalism in medicine: Quality, value and trust. *Kronikk. Tidsskrift for Den norske legeforening*. Nr. 13-14:123.
- Marshall, G. (1998) *Oxford Dictionary of Sociology*. Oxford University Press, London.
- Marx, K. (1848) *Det kommunistiske manifest*. Trondheim, Paxforlag for De norske bokklubene 2000.
- McKinlay, J.B. (1973) On The Professional Regulation Of Change. *Sociological Review Monographs*, 20:61-84.
- McKinlay, J.B., Arches, J (1985) Towards The Proletarianization of Physicians. *International Journal of Health Services*. 15 (2):161-195.
- McKinlay, J.B., Marceau, L. (2011) New Wine in an old bottle: Does alienation provide an explanation of the origins of physician discontent? *International Journal of Health Services* 41 (2):301-335
- McKinlay, J.B., Stoeckle, J. (1988) Corporatisation and the social transformation of doctoring. *International Journal of Health Services*. 18: 191-205.
- Mesel, T. (2009) *Legers profesjonsetikk*. Oslo, Høyskoleforlaget.
- Nylenna, M. Gulbrandsen, P. Førde, R. Aasland, O.G. (2005): Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among norwegian doctors 1994-2002. *BMC Health Services Research*. 5:44  
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/44>

Nylenna, M. Aasland, O.G. (2010) Jobbtilfredshet blant norske leger. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 130; 1028-31

Pasient- og brukerrettighetsloven, (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2. juli 1999 nr. 63*. Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>.

Ritzer, G., Walczak, D. (1988) Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians. *Social Forces*. 67(1): 1-22.

Slagstad, R. (2012) Helsefeltets strategier. Kronikk. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. Nr. 12-13:132:1479-85.

Tyssen, R., Palmer, K. S., Solberg, I. B., Voltmer, E., Frank, E. (2013) Physicians perception of quality of care, professional autonomy, and job satisfaction in Canada, Norway and the United States. *BMC Health Services Research*. 13:516 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/516>

Tyssen, R. (2014): Verdens beste helsevesen? Kronikk. *Klassekampen*, 6.februar.

Zuger A. (2004) Dissatisfaction with medical practice. *New England Journal of Medicine* 350: 69-75

Aarseth, H.P. (1997) Lov om helsepersonell - svarteper for pasientene. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 117:3021.

Aarseth, H.P. (2001) Ny helsepersonellov styrker legenes posisjon. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121:525

Aasland, O. G. (2014) Legekunsten – elefanten i rommet. I: Botten, G.S., Frich, J., Hagen, T.J., Iversen T. & Nordby H. *Helsetjenestens nye logikk*. Oslo, Akademika Forlag.

### **Metode:**

Befring, E. (2007) *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo, Det Norske Samlaget.

Flyum, K.H. ([k.h.flyum@uks.uio.no](mailto:k.h.flyum@uks.uio.no)), 11.september 2012. *Skriveverksted med femavsnittsmetoden*. Kurs til masterstudenter i helseadministrasjon, Institutt for lærerutdanning og skoleforskning. Universitet i Oslo.

Krueger, R. A. (1998): *Moderating Focus Groups*. London, SAGE Publications Inc.

Kvale, S. Brinkman S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo, Universitetsforlaget.

# Vedlegg / Appendiks

## Brev til avdelingsjefene:

Avdelingssjef ----- -Avd.  
Bærum Sykehus  
Rikshospitalet  
Lovisenberg Diakonale sykehus

Oslo, (aktuell dato)

Kjære .....

Vi er to leger som har gjennomgått Det erfaringsbaserte masterstudie i helse administrasjon, ved Institutt for Helseledelse og Helseøkonomi, Det medisinske fakultet UIO, høsten 2009. For tiden arbeider vi i vår masteroppgave, for å fullføre kurset. Med dette målet ønsker vi å gjennomføre en gruppe intervju hos legene ved de forskjellige avdelinger ved ditt sykehus, ved et tilfeldig utvalg. Legenes deltagelse blir selvfølgelig frivillig, og forhåpentligvis innen arbeidstid.

Tema ved vår oppgave er legenes autonomi, og spesiell hvordan leger med forskjellige erfaringer og spesialiteter definerer sin rolle. Vi vil også vite hvordan «autonomi» begrepet blir oppfattet av våre kollegaer, og om de føler at deres autonomi er truet.

Vi vil velge en gruppe med 6-8 leger, og det blir digitalisert lydopptak ved gruppe intervju, som har en ramme på ca. en time. Deretter skal materialet transkriberes, anonymisert, før det skal analyseres og publiseres, forankret ved Avdeling for Helseledelse og Helseøkonomi.

Dette prosjektet er godkjent av personvernombudet ved sykehuset.

Dato for gruppeintervju er \_\_\_\_\_ kl. 15:30-16:30.

Dette til orientering.

Med vennlig hilsen,

Arild Egge

Overlege, Nevrokirurgisk avdeling

Rikshospitalet

permisjon)

Rocío Rosales

Overlege, Kirurgisk avdeling

Bærum sykehus (for tiden i

Veileder av Masteroppgaven:

Dr. Olaf Aasland,

Institutt for Helseledelse og Helseadministrasjon, og Legeforeningens forskningsinstitutt.

## Informasjonsbrev til deltagere:

Til deltagere i fokusgruppe.

Oslo, (aktuell dato)

Kjære kollega!

Vi er to leger som har gjennomgått Det erfaringsbaserte masterstudie i helse administrasjon, ved Institutt for Helseledelse og Helseøkonomi, Det medisinske fakultet UIO, høsten 2009. For tiden arbeider vi med masteroppgaven. Temaet for vår oppgave er *legenes autonomi*, og spesielt hvordan leger med forskjellige erfaringer og spesialiteter definerer sin rolle. Vi vil også vite hvordan *autonomi* - begrepet blir oppfattet av sykehuslegerkollegaer, og om disse føler at deres autonomi er i endring.

Vi ønsker å gjennomføre et gruppeintervju med leger fra forskjellige avdelinger fra ditt sykehus. Momentene som fremkommer under diskusjonene vil bli vårt utgangspunkt for det videre arbeidet med oppgaven. Din deltagelse blir selvfølgelig frivillig.

Dato for diskusjonen er \_\_\_\_\_ fra kl. 15:30 på møterom \_\_\_\_\_.

Diskusjonen blir tatt opp digitalt og har en ramme på ca. en time. Deretter skal materialet transkriberes, anonymisert, før det blir analysert og senere publisert. *Lyddopptakene blir deretter slettet*. Masteroppgaven er forankret i Avdeling for Helseledelse og Helseøkonomi, Universitetet i Oslo.

Prosjektet er godkjent av personvernombudet ved sykehuset.

Med vennlig hilsen,

Arild Egge  
Overlege, Nevrokirurgisk avdeling  
Rikshospitalet  
permisjon)

Rocío Rosales  
Overlege, Kirurgisk avdeling  
Bærum sykehus (for tiden i

Veileder av Masteroppgaven:

Dr. Olaf Aasland, professor

Institutt for Helseledelse og Helseadministrasjon, og Legeforeningens forskningsinstitutt.

**Samtykke for deltagere:**

**SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I GRUPPEINTERVJU FOR  
MASTEROPPGAVE  
«LEGENES AUTONOMI»**

Jeg er villig til å delta i diskusjonen:

---

Navn

Dato

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet:

---

Prosjektleder

Dato