
Legemakt

LEGELIVET

OLAF GJERLØW AASLAND

olaf2306@gmail.com

Legenes maktposisjon ble tidligere holdt kunstig oppe på en pdestall. Nå bør den være redusert til en tillitsbasert etisk skammel.



Foto: Einar Nilsen

Sankt Peter står vakt ved perleporten, det er lang kø utenfor. Så kommer en figur i grønne bukser, trøye, munnbind og lue i rask gange langs køen. Sankt Peter åpner porten og slipper han inn uten et ord. Køen murrer og lurer på om det er fri tilgang for kirurger. Sankt Peter svarer: «Det der var Vårherre som tror han er kirurg».

Historien er morsom fordi legen ofte blir sett på som en som tror han er Vårherre, og her altså til og med over Vårherre. Det er kanskje ikke så rart. Leger med klinisk erfaring vet hvor viktig det er å ikke formidle tvil. Pasientene foretrekker som regel en sikker og trygg lege fremfor en som er usikker og uklar. Alle samfunn har sine medisinnmenn som tillegges overnaturlige evner. Den beste legen er kanskje den som behersker flere roller, og som kan tilpasse graden av paternalisme til den aktuelle pasient–lege-situasjonen.

I praksis er dette ikke så enkelt. Noen leger mener de kan heve seg over lover og regler fordi legeskortet trumfer alt. Noen pasienter er bare interesserte i de legene som støtter deres oppfatning om hva som feiler dem og hvilken behandling de trenger. Politikerne tror legene med sin medisinske kompetanse kan gi riktige og entydige svar i vanskelige etiske eller juridiske spørsmål. I et kapittel om legenes hverdagsmakt, viser Hatland at ordet *lege* forekommer 550 ganger i formelle lover og sentrale forskrifter i *Norges*

lover (1). Legene er – enten de vil eller ikke – portvakter til diagnosesystemene, og dermed også til Nav og andre forsikringsordninger. De har definisjonsmakt, det meste kan ordnes med en passende legeerklæring.

«Sykehusdriften ble markedsbasert, og budsjettene – ikke pasientene – kom i sentrum. Det skulle være lønnsomt å drive sykehus!»

Som ung venstrevridd medisinstudent leste jeg *Medical Nemesis: The Expropriation of Health* av Ivan Illich, og Vicente Navarros «motbok» *Medicine under Capitalism*. Marxisten Navarro mente, i motsetning til Illich, at legene ikke var imperialister, men markedsstyrte helsearbeidere. Jeg skjønnte mer om hvordan både leger og helsevesen er brikker i politiske spill som kan brukes til omtrent hva som helst, men trodde likevel på en fremtid med et sunt helsevesen til pasientenes beste. Rundt årtusenskiftet begynte imidlertid mitt medisinske verdensbilde å slå sprekker. Det kom et forvarsel i 1999 med boken *The Rise and Fall of Modern Medicine*, skrevet av den britiske allmennlegen og journalisten James Le Fanu. Han så et motsetningsforhold mellom medisinske fantastiske utvikling og de selvopptatte og misfornøyde pasientene. For ham druknet gledene og utfordringene ved å være allmennlege i kravene fra *the worried well*, som like gjerne foretrakk alternativer som ikke var kunnskapsbaserte.

Omtrent på samme tid kom den nye loven om spesialisthelsetjenesten med opprettelse av regionale og lokale helseforetak. Denne reformen ble gjennomført nærmest som et kupp av siviløkonom og jurist Tore Tønne (1948–2002), som ble hentet inn som slagkraftig helseminister i 2000 av statsminister og sosialøkonom Jens Stoltenberg, inspirert av sosialdemokratiets nye «tredje vei», med Anthony Giddens og Tony Blair som ledestjerner. Sykehusdriften ble markedsbasert, og budsjettene – ikke pasientene – kom i sentrum. Det skulle være lønnsomt å drive sykehus! Legene måtte holdes i tøyler og på armlengdes avstand, de var nemlig de tyngste budsjettdriverne. De skulle ikke lenger bry seg med selve sykehusdriften, det ville bare føre til budsjettsprekk. Det var kommet et nytt «glavalag» mellom direktørene og legene som ikke lenger kunne være egenrådige. Ifølge den nye helsepersonelloven, som også kom i 1999, hadde legene nå ansvaret gjennom «samarbeid med annet helsepersonell». Navarro hadde altså rett, i alle fall i Norge etter 2000.

«Selv om det har blitt ganske vanlig å være lege, og mange andre helseyrker har kommet til, står legen likevel til slutt alene med det medisinske ansvaret»

Legene er også nede fra pīdestallen, godt hjulpet av demografien: Mens 1 av 700 var lege i Norge da jeg ble lege i 1970, er tallet nå 1 av 200. Men selv om det har blitt ganske vanlig å være lege, og mange andre helseyrker har kommet til, står legen likevel til slutt alene med det medisinske ansvaret. Ikke på en pīdestall, men kanskje på en *etisk skammel*.

Det kan se ut som om helseforetaksmodellens tid snart er omme. La oss håpe at det går med den som med en annen modell vi også trodde på rundt årtusenskiftet, *den epidemiologiske transisjonen*, der «pandemics of infection are gradually displaced by degenerative and man-made diseases as the chief form of morbidity and primary cause

of death» (2). Jeg er imponert over alle kolleger, ikke minst alle kommuneoverlegene, som i disse pandemitider fremstår på TV med trygg autoritet og myndighet. De viser at legenes plattform, eller etiske skammel, fremdeles er solid.

LITTERATUR

1. Hatland A. Legens hverdagsmakt. I: Stjernø S, Holst C, Bernt JF, red. Rett og politikk. Nye perspektiver på demokratiets forutsetninger, utforming og grenser. Festskrift til Rune Slagstad. Oslo: Pax Forlag, 2015.
2. McKeown RE. The epidemiologic transition: Changing patterns of mortality and population dynamics. Am J Lifestyle Med 2009; 3: 19S–26S. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 12. april 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0185

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.