

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

Legers kritikk – ikke bare faglig

Aasland & Førde viser i en artikkel i Tidsskriftet nr. 16/2008 at andelen leger som mener at kritikk mot egen ledelse utløser sanksjoner økte fra 2000 til 2004 (1). Deres konklusjon er at den faglige yringsfriheten står i fare. Tolkningen deres forutsetter imidlertid at legenes kritikk kun er faglig og altruistisk og ikke motivert ut fra egeninteresse. Da overser Aasland og Førde at leger også er opptatt av arbeidsforhold, lønn, muligheter for faglig utvikling, arbeidspress, status osv. Det er ikke gitt at legenes interesser innenfor disse områdene vil samsvare med pasientenes interesser. Når leger engasjerer seg i debatter knyttet til funksjons- og arbeidsdeling, vil deres argumenter være farget både av private, profesjonsbetingede og rent medisinske vurderinger. Samtidig er de i stand til å formulere en generell misnøye som om den kun er faglig fundamentert. En slik sammenblanding av faglig og fagpolitisk motiverte argumenter møter vi i diskusjoner om struktur, organisering, lokalisering og ikke minst budsjett disiplin.

Aasland & Førde mener legene i økende grad har måttet forholde seg til profesjonelle ledere uten medisinsk kompetanse. Det gis ikke belegg for dette. Tall fra databasen over sykehusenes interne organisering viser at det i perioden 2003–07 ikke fant sted noen vesentlig endring i andel ledere med helsefaglig bakgrunn (2). Fra 2005 til 2007 økte andelen leger blant avdelingsledere innenfor både kirurgiske og medisinske fag (2). At fagbakgrunn påvirker hvordan man håndterer kritikk, er en interessant hypotese, men den kan ikke analyseres med datagrunnlaget fra denne studien.

Aasland & Førde antyder også at administrative ledere kan komme til å måtte «sette budsjettbalansen foran etikken og faget». Hvilken sammenheng det er mellom manglende etikk og det å holde seg innenfor tildelte budsjett rammer, er uklart. Samfunnet har begrenset tilgang på ressurser og må prioritere mellom flere oppgaver. Helsestjenester konkurrerer med omsorgstjenester, skoler, barnehager etc. om knappe ressurser. Når noen bruker mer enn de gjennom demokratiske prosesser er tildelt, blir det mindre igjen til andre oppgaver. Et krav om budsjettbalanse er derfor et krav om å respektere de prioriteringene som gjøres mellom fellesoppgaver innen et folkevalgt demokratisk system. Er det uetisk?

Helsereformen i 2002 var også en ledelsesreform. I regi av de regionale helseforetakene drives et nasjonalt topplederprogram. I tillegg gjennomfører et økende antall ledere regionale lederopplæringsprogram. En alternativ forklaring på de funnene Aasland & Førde presenterer, er at dagens leger i sterkere grad møter motstand hos ledere som – i tillegg til å ha medisinsk faglig bakgrunn – ivaretar lederrollen på en ny måte. Der klinikkjefen eller sykehusedirektøren før tok rollen som de ansattes talerør overfor fylkeskommunen eller staten, tar de i dag rollen som ansvarlig forvalter av sin andel av fellesskapets ressurser. At det i en slik situasjon oppleves som mer problematisk å komme med kritikk, er ikke overraskende, men jeg tviler på at det representerer noe alvorlig problem.

Jon Magnussen
Trondheim

Litteratur

1. Aasland O, Førde R. Legers faglige yringsfrihet. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1838–40.
2. Kjekshus LE, Westlie A. Sykehusenes interne organisering. HORN skriftserie nr. 1/2008. Oslo: Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, 2008.

O.G. Aasland og R. Førde svarer:

Magnussen hevder vår tolking av data bygger på at legenes kritikk kun er faglig og altruistisk og ikke motivert ut fra egeninteresse, og at vi dermed ser bort fra at leger feilaktig begrunner sin misnøye med faglige hensyn. Vi vil selvsagt ikke benekte at dette skjer og at dette er problematisk og provoserende for ledere i helsetjenesten. Vårt hovedbudskap er imidlertid at det synes å være en forsterket oppfatning blant leger om at det er risikofylt å komme med kritikk. Dersom leger er blitt reddere for å si fra om forhold som truer kvaliteten på pasientbehandlingen, er dette bekymringsfullt. Saklig og velbegrunnet kritikk og varsling om forhold som truer pasientene, er nødvendig og skal ikke møtes med sanksjoner! Funnene våre skal selvsagt problematiseres, men å avvise dem med at dette dreier seg om egeninteressers kamp mot helseøkonomien, er farlig. Leger har en juridisk og profesjonsetisk plikt til å si fra også når økonomiske innstramminger truer pasientenes interesser (1, 2). Det finnes faktisk også forskning som viser at leger i gitte situasjoner opptrer mindre som homo economicus og mer som pasientens advokat (3).

Vi mener selvsagt at arbeidet for riktige prioriteringer er en etisk utfordring som også leger må gå aktivt inn i (4). Men dette betyr ikke at leger ikke skal reagere dersom pasienter lider fordi ressursene ikke strekker til eller brukes feil. Det er bekymringsfullt om de ikke tør å gjøre det.

Det er sikkert riktig som Magnussen påpeker at det i perioden 2003–07 ikke fant sted noen vesentlig endring i andel ledere med helsefaglig bakgrunn internt i sykehusene. Men vi tenkte ikke på sykehusenes interne organisering, snarere på direktører og styrer i de lokale og regionale helseforetakene. I spørreskjemaet skilte vi bevisst mellom avdelingsledelsen og den administrative ledelsen, og vi antar at de fleste respondenter her har oppfattet dette som henholdsvis den faglige og den administrative ledelsen, uten at vi definerte dette nærmere.

Magnussens alternative forklaring på våre funn er at dagens leger i større grad møter motstand hos ledere som også er leger, men som ivaretar lederrollen på en ny måte. Vi mener vår diskusjon også gir plass for en slik tolking, og innrømmer at vi i stedet for uttrykket «ledere uten medisinsk kompetanse» burde være konsekvente og bare skrevet «administrative ledere». At en del av de nye lederne har medisinsk bakgrunn, gir feltet en egen spennende dimensjon som vi som forskere helt sikkert kommer til å se nærmere på.

Olaf Gjerløw Aasland
Reidun Førde
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Den norske legeforening. Etiske regler for leger. Kap. 1, § 12. www.legeforeningen.no/index.db2//assets/index.gan?id=485 [30.9.2008].
2. Helsepersonelloven. Kap. 3, § 17. www.lovdataba.no/all/tl-19990702-064-003.html#17 [30.9.2008].
3. Hausman D, Le Grand J. Incentives and health policy: primary and secondary care in the British National Health Service. Soc Sci Med 1999; 49: 1299–307.
4. Førde R. Profesjonsetikk og prioritering er ikke et og vatn. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 936–8.

■ RETTELSE

Legemangel rammer fattige.

Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1990–1.

I Tidsskriftet nr. 17/2008 s. 1990–1 er forfatternavnet blitt feil. Riktig skal være *Ingrid Næss-Holm*