

Det som binder oss sammen, er at vi er leger – ikke hvilke oppgaver vi utfører. En felles forståelse av legeidentiteten er avgjørende for en forening for leger

## Hva er en lege?

««Jeg er norsk lege,» sa han enkelt, og mengden vek til side.» Dette velkjente sitatet fra en av Øvre Richter Frichs (1872–1945) romaner om legen Jonas Fjeld utløser både smil og et visst vemod. Vi smiler fordi Jonas Fjeld som mennesketype og lege står fjernt fra dagens norske idealer – «høy som en kjempe, sterk som en okse, blondt hår, lys hud og blå øyne. Han er lynskarp, alltid iskald, og utdannet lege og kirurg». Samtidig blir vi litt vemodige fordi vi selvfølgelig kunne tenke oss at mengden av og til vek litt til side, særlig mengden av konsulenter og tidkrevende politiske, byråkratiske og bedriftsøkonomiske påfunn, slik at det ville være mulig – ganske enkelt – først og fremst å være norsk lege.

Men hva vil det si å være lege? Det er om lag 22 000 yrkesaktive leger i Norge i dag, én per 228 innbyggere. Vi har den høyeste legedekningen i Norden og den fjerde høyeste av OECD-landene. Har vi som leger noe felles lenger? Det var forestillingen om at det ville være en fordel både for legene, helsetjenesten og utviklingen av norsk medisin å stå sammen i en forening som førte til stiftelsen av Den norske lægeforening 6. juli 1886. 125-årsjubileet markeres i disse dager. Det er en anledning til refleksjon. Hvis vi ikke har noe felles som leger, har vi heller ikke behov for noen legeforening. Hvis vi mener at vi har noe felles, er det helt avgjørende å definere hva legeidentiteten består i og hvilke faktorer som er avgjørende for at pasienter og befolkningen for øvrig skal ha tillit til oss som profesjon i et samfunn med en helsetjeneste i stadig endring.

Noe er opplagt, iallfall i teorien: Felles for alle leger er at vi skal ha kunnskap om menneskekroppen og menneskesinnet og om samspillet mellom kropp og sinn. Gjennom et akademisk studium etableres en felles base for forståelse og terminologi og et noenlunde enhetlig opplegg for medisinsk praksis. Men vel så viktig som felles bakgrunn er felles yrkesetikk og standarder for fagutøvelsen. Leger må vise omtanke og evne til empati og innlevelse i kommunikasjonen med pasientene om det mest private. I tillegg har vi et felles ansvar for å videreutvikle den medisinske kunnskapen og for å holde oss faglig oppdatert.

Hva en lege er og skal gjøre, bestemmes ikke bare av forskning, fagutvikling og profesjonsetikk, men også av samfunnsutviklingen, holdninger og forventninger. Da Legeforeningen ble dannet i 1886, var det drøyt 600 leger i Norge. Gjennomsnittlig hadde hver av dem ansvar for 15 ganger flere potensielle pasienter enn i dag. Sykeligheten var høyere, behandlingsmulighetene få og kommunikasjonsforholdene vanskelige. Men det var ingen ventelister. Og optimismen rådet! Slutten av 1800-tallet var et vendepunkt for medisinen som fag. Robert Koch og Louis Pasteur hadde vist at infeksjonssykdommer var forårsaket av mikrober og at det var mulig å forebygge sykdom gjennom vaksinasjon. Et kirurgisk inngrep ble mindre farlig og mer effektivt fordi man lærte seg å gi anestesi og å desinfisere operasjonsområdet. Mange mente at det bare var et tidsspørsmål før menneskene hadde seiret over sykdommene. Disse holdningene og forventningene ble helt avgjørende for hvordan legeyrket og helsetjenesten utviklet seg. Plutselig kunne legene virkelig gjøre en forskjell, og med det fulgte makt og prestisje. Samtidig skjønte befolkningen at sykdom og død ikke bare var en del av livets gang, men noe det kunne gjøres noe med. Helsetjenester ble et velferdsgode.

1900-tallet, ikke minst tiden mellom 1945 og 1990, var i vår del av verden preget av en rekke medisinske gjennombrudd samt generell velstandsøkning og fremtidsoptimisme. De medisinske fremskritt gjorde noe med legerollen – og ikke bare på en positiv måte. Troen på enkle løsninger førte til at den ble mer teknisk og distansert. Det var symptomer og sykdommer, ikke syke mennesker, som skulle behandles. Mer avansert diagnostikk og behandling presset frem spesialisering og arbeidsdeling både horisontalt og vertikalt, altså ved at det ble flere medisinske spesialiteter og flere nye grupper av helsepersonell. Det ble vanskelig å beholde helhetsperspektivet og vanskelig å se hva som bandt sammen legene som gruppe. Hvem hadde mest til felles – radiologer og radiografer eller radiologer og psykiatere?

Velstandsøkningen og den medisinskteknologiske utviklingen hadde også en annen side: Medisin og helse ble svært kommersielt interessant. Isolert sett burde ikke dette være noe problem, men det er blitt et problem når en vesentlig del av forskningen og fortolkningen nå foregår i regi av private firmaer som har sterk egeninteresse i at forskningsresultatene går i en bestemt retning. Det vil føre for langt å gå inn på alle sider ved denne problemstillingen her. Det viktigste er de medisinske konsekvensene, men forandringen får også følger for legerollen: Hvis forskning og fagutvikling ikke ivaretas av legene selv, tømmes legerollen for vesentlig innhold. Når medisinske beslutninger i tillegg i økende grad fattes enten administrativt eller av pasienten selv, blir det ikke mye igjen av legen som profesjonsutøver. Har vi gjort oss selv overflødige?

Da Legeforeningen ble stiftet for 125 år siden, sto medisinen og legene ved en korsvei. Nye, banebrytende oppdagelser medførte ikke bare at man tok i bruk nye metoder, man valgte også et bestemt syn på sykdom: det reduksjonistiske. Sykdom har enkle årsaker og kan behandles med enkle midler. Nå står vi kan hende ved en ny korsvei. Vi ser at de store og viktige helseproblemene i samfunnet – både her hjemme og globalt – verken har enkle årsaker eller kjappe løsninger. Årsakene er sammensatte og komplekse og løsningene vil ofte måtte være skreddersydd den enkelte pasient. For å behandle på den måten trengs oversikt, dybdekunnskap, vitenskapelig skolering og etisk bevissthet. Det kreves evne til å lytte, samarbeide og tenke helhetlig. Nettopp her har vi leger vår kompetanse. Det er i evnen til å håndtere det komplekse og sammensatte vi kan finne vår felles legeidentitet – hvis vi vil.

**Charlotte Haug**  
redaktør

---

Charlotte Johanne Haug (f. 1959) er dr.med. i infeksjonsimmunologi fra Universitetet i Oslo og m.sc. i helsetjenesteforskning og helsepolitikk fra Stanford University. Hun har siden 1.1. 2002 vært redaktør av *Tidsskrift for Den norske lægeforening*.

---