

Legenes autonomi – i et historisk perspektiv

Lene Hage Kjørstadmoen

Veileder: Ivan Spehar



Masteroppgave
Health economics, policy and management
30 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2023

Legenes autonomi – i et historisk perspektiv

Hvordan har legenes autonomi blitt påvirket de siste 50 årene?

Duo-link:

Sammendrag

Denne teksten diskuterer hvordan legenes autonomi er blitt mer begrenset i nyere tid. Endringer i samfunnsoppdraget til legene og i helsevesenet har ført til at legenes autonomi har blitt påvirket. Etterkrigstiden og fram til utpå 1970-tallet omtales som legenes gullalder, fordi det var stort sett leger i de aller fleste lederposisjonene – helt opp til den sentrale helseforvaltningen, med en sterk helsedirektør i spissen. Endringer som økt fokus på økonomi og styring av sykehusdrift, nye ledere med andre fagbakgrunner enn medisin, samt endringer i lovverket er påvirkningsfaktorer på legenes autonomi. Teknologisk og medisinsk utvikling er også faktorer som har spilt en rolle i denne utviklingen. Pasienten har også en sterkere posisjon i forholdet til legen, og stiller høyere krav og forventninger. Normativt sett spiller medisinen nå en rolle som trenger oppdragsgivere, i den forstand at profesjonen har mistet noe av sin autonomi til å fatte normative beslutninger.

Det er i dag vanskeligere for leger å utøve sin autonomi, og de må forholde seg til strengere rammer og bestemmelser. Dessuten er legenes arbeid svært preget av eksterne regler og retningslinjer, som tidligere var basert på dydsetikk som kom fra innsiden av legestanden. Det har skjedd en stadig vekst av jurister og økonomer i lederposisjoner fra midten av 70-tallet, samt at det har blitt mer tilsyn og tettere styring av legenes arbeid og autoritet. Medisinen har også blitt avhengig av andre fag, som har åpnet for nye yrkesgrupper på sykehus. Det er i dag også et behov for høyere spesialisering og spisskompetanse, og pasienten må innom flere leger sammenlignet med tidligere. Det kan være vanskeligere for leger å utøve sin profesjon på samme måte som før.

Det blir diskutert det profesjonelle byråkratiet som organisasjonsstruktur til sykehus i oppgaven. Det legges vekt på at den operative kjernen, som har bestått av leger, har hatt høy grad av autonomi gitt av ledelse, grunnet legenes faglige kompetanse og tildelt tillit. Imidlertid har legene gradvis blitt utsatt for profesjonalisert tilsyn og kontroll, som følge av økt arbeidsfordeling og behov for koordinering. Det er i dag en mer omfattende profesjonell ledelse og en beslutningsmakt ovenfra og ned. Den økende spesialiseringen har skapt et behov for en omorganisering på sykehusene, som gjør dagens system mer komplekst enn tidligere. Dessuten spiller støttepersonellet nå en viktigere rolle enn før, og tverrfaglige team er mer vanlig. Dette kan bryte med prinsippene i det profesjonelle byråkrati, som legger stor vekt på profesjonell autonomi.

Forord

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til min dyktige veileder Ivan Spehar for utrolig god hjelp og støtte gjennom denne prosessen. Jeg må si jeg var heldig med tildeling av veileder. Med sitt store engasjement og interesse for oppgaven, samt å ha stålkontroll over temaet, har det blitt en realitet at jeg kan nå levere en ferdig masteroppgave som jeg er trygg på. Videre ønsker jeg å takke gode Ole Berg, som har satt av tid til informativ samtale og mailkorrespondanse som virkelig har kommet godt til nytte. Det er imponerende hva den mannen sitter med av kunnskap og viljen han har til å hjelpe studenter. Jeg vil også takke Karin Isaksson Rø fra Legeforskningsinstituttet som har kommet med faglig innspill til oppgaven min.

En stor takk rettes også mot mine medstudenter som jeg har sittet sammen med hele våren. Takk for både gode faglige samtaler, men også de litt mindre faglige samtale. Dere har rett og slett gjort denne våren mer engasjerende og ikke minst underholdende. Det har vært en lettelse å dele alle frustrasjoner og gode stunder med dere. En takk sendes også til resten av medstudentene på HEPMA for 2 fine studieår, selv med et lite preg av pandemi. Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en fin avslutning på et fint studie.

Til slutt vil jeg takke venner og familie som har heiet på meg underveis, jeg setter stor pris på dere alle!

Innholdsfortegnelse

Legenes autonomi – i et historisk perspektiv	III
Sammendrag	V
Forord	VII
Innholdsfortegnelse.....	IX
1 Innledning	1
1.1 Innledning	1
1.2 Sentrale begreper	3
1.2.1 Profesjon.....	3
1.2.2 Autonomi.....	3
1.3 Lege som idealtypisk profesjonsrolle	4
1.3.1 Faglighet.....	5
1.3.2 Formål	5
2 Metode.....	7
2.1 Valg av metode.....	7
2.2 Kildekritikk.....	7
3 Teoretisk rammeverk.....	8
3.1 Organisasjonsteori.....	8
3.1.1 Profesjonsbyråkrati.....	8
3.2 Profesjonalisme og autonomi.....	11
3.2.1 Profesjonalisering.....	11
3.2.2 Maktstilling	12
3.2.3 Variasjoner av autonomi.....	13
3.2.4 Medisinsk arbeidsdeling.....	15
3.2.5 Trussel mot autonomien	16
4 Faktorer som har påvirket legenes autonomi.....	17
4.1 Historisk, politisk og regulativ kontekst	17
4.1.1 Norsk helsevesen før 1970	17
4.1.2 Sentral helseforvaltning.....	19
4.1.3 Sykehusfinansiering og organisering.....	22
4.1.4 Styling og legenes stilling	25
4.1.5 Profesjonalisering av tilsyn	27
4.1.6 Spenninger i helseforvaltningen	29
4.1.7 Enhetlig ledelse og debatt.....	30
4.1.8 Helseforetaksreform	33
4.2 Medisinsk og teknologisk utvikling.....	34

4.2.1	Tidlig utvikling.....	35
4.2.2	Teknologisk revolusjon	36
4.2.3	Profesjonalisering	36
4.2.4	Fra skjønn til presisjon	37
4.2.5	Persontilpasset medisin.....	38
4.3	<i>Pasientrevolusjon</i>	39
4.3.1	Tradisjonelle roller	39
4.3.2	Pasientrolle i forandring	40
4.3.3	Press nedenfra.....	41
4.4	<i>Legedemografi</i>	42
4.4.1	Likevekt mellom kjønn.....	43
4.4.2	Legetetthet og spesialisering	44
4.4.3	Fra livsstil til jobb.....	45
5	Diskusjon	48
5.1	<i>Et skift i autonomien</i>	48
5.1.1	Utvikling mot en mer heteronom legerolle.....	48
5.1.2	Legenes autonomi er likevel ikke borte	50
5.2	<i>Autonomi i lys av det teoretiske rammeverket</i>	51
5.2.1	Fortsatt et profesjonelt byråkrati?	51
5.2.2	Fortsatt dominerende?	53
5.2.3	Profesjonalisme i dag	53
5.3	<i>Hvor viktig er legenes autonomi?</i>	55
6	Konklusjon	57
6.1	<i>Utvikling videre og fremtidens leger</i>	57
	Litteraturliste	58

1 Innledning

1.1 Innledning

Leger sin autonomi er et viktig element ved legeyrket, et såkalt *fritt yrke*. Frihet og selvstendighet er begreper som går hånd i hånd. Lenge var det *Medikratiet* som styrte, nemlig legene selv. Ifølge Professor og historiker Ole Berg er Medikratiet en styringsorden som reflekterer at leger skal lede. Det at legene er kvalifisert til å lede, fordi de setter et verdimandat til livet i form av direkte tjenesteytelse, samt indirekte organisering, er en idealistisk måte å se det på. I all hovedsak er det viktigste prinsippet at lederne har en "en av oss"-tilnærming, heller enn en leder-tilnærming til sine medarbeidere. Men, i nyere tid kan det argumenteres for at legenes autonomi er blitt mer begrenset, og at det er flere grunner til det.

Legeyrke som profesjon har utviklet seg mye over lengre tid. Det skyldes i grunn både endringer i sitt samfunnsoppdrag, men også i rammene legene må forholde seg til for å kunne utføre det. Slike endringer det er snakk om kan være forandringer og omorganisering av helseforetak. Mer fokus på økonomi og styring av sykehusdrift kan ses på som mulige faktorer som har påvirket i hvor stor grad legene kan utøve sin autonomi. Økonomer, jurister og "andre" som ikke har helsefaglig bakgrunn ansettes som nye ledere for å effektivisere og industrialisere norsk helsevesen etter prinsipper fra *Ny offentlig ledelse*. Slike trender kom for alvor på midten av 1970-tallet og påvirket de fleste "vestlige" land på denne tiden, Norge inkludert. Sykehusene i dag er finansiert basert på en blanding av rammebasert- og innsatsstyrtefinansiering, som skulle erstatte korpungeordningen man hadde frem til 1980.

Man må også ta til betraktning andre endringer i lovverket som en mulig påvirker. Legenes autonomitet innebar at de var sine egne lovgivere, og rådet også over sykehusdriften, samt budsjettering. I dag blir legene i stor grad utsatt for direkte styring av "andre". Loven om spesialisthelsetjenesten kom i 1999 som en del av Helselovsreformen, og stedfester blant annet prinsippet "enhetlig ledelse", som innebærer at det skal være en ansvarlig leder på hvert nivå. Også endringer i Pasient- og brukerrettighetsloven kan det argumenteres for å ha påvirket legenes autonomi i den forstand at forholdet mellom en lege og pasient er endret. Pasienter i dag krever mer av legene, og mange pasienter er mer kritiske enn før, fordi man sitter med større kunnskap.

For å ikke glemme den store teknologiske utviklingen samfunnet har opplevd de siste 50 årene har også påvirket legenes samfunnsoppdrag og arbeid. Den industrielle revolusjonen spiller en betydelig rolle i prosessen vi har vært vitner til med å "avfolke" industrien med maskiner. Etter hvert blir teknologien mer og mer intelligent, og samfunnet blir dramatisk annerledes fra 70-årene. Samfunnet blir avhengig av teknologien, samt legepraksisen blir stadig mer komplisert og teknologiavhengig den også. Informasjonsteknologien er åpenbar her, dette med elektronisk pasientjournal tar styringen.

Parallelt med den teknologiske utviklingen har vi den medisinske utviklingen som har vært vel så omfattende. Utviklingen fram til 1900 hadde vært ganske flat, frem til man begynte å ta i bruk penicillin på midten av 40-tallet, da utviklingen virkelig skjøt fart. I tråd med den teknologiske utviklingen blir også diagnostikk og behandling langt mer fremkommen. Det skjer en voldsom utvikling av helsetjenestetilbudet. Også i nyere tid har det medisinske kunnskapsgrunnlaget blitt utvidet kraftig, spesielt på det molekylærbiologiske feltet. Det er et uttrykk av at man i større og større grad kan skreddersy for den enkelte pasient.

Når man snakker generelt om endringer i samfunnet kan demografisk utvikling også trekkes fram. Norges befolkning i dag ser radikalt annerledes ut enn for hundre år siden. Flere og flere kvinner begynner å ta høyere utdanning for å komme ut i arbeidslivet, og husmorsrollen blir mer og mer fremmed for moderne kvinner. I dag har den kvinnelige befolkningen statistisk sett en høyere andel utdanning på universitetsnivå enn den mannlige andelen av befolkningen. Utdanningene blir lengre og mer spesifiserte. Samtidig som studier viser til at man vil jobbe mindre enn før for å få mer tid til familie og fritid, og få en god balanse mellom jobb og privatliv. Avprofesjonalisering er også et begrep som trekkes fram for legenes jobbtrivsel og helse.

Problemstillingen min i denne oppgaven er "Hvordan har legenes autonomi blitt påvirket de siste 50 årene?" Formålet med oppgaven er å ta for meg og beskrive de overnevnte faktorene og i hvilken grad de har påvirket legenes autonomi som en avhengig variabel. Mer presist vil jeg avgrense fokuset til den kliniske rollen legene kan ha i spesialisthelsetjenesten, og ikke den samfunnsmedisinske rollen, heller ikke rollen som fastlege. Organisasjonsformer beskrevet av professor Henry Mintzberg vil også bli sett på i oppgaven. Samt andre teoretiske

rammeverk av sosiologene Andrew Abbott og Eliot Freidson som tar for seg profesjonalisme og legenes autonomi. Hvordan ser legenes endring i autonomitet ut i lys av de ulike teoretikerne sine perspektiver? Videre vil også hvordan den profesjonelle autonomien er i dag bli tatt opp, samt hvordan utviklingen mulig vil se ut framover.

1.2 Sentrale begreper

1.2.1 Profesjon

En profesjon er litt omstridt som begrep, men har likevel noen sentrale kjennetegn som gjør at profesjoner skiller seg ut fra andre yrker (Smeby og Gundersen, 2021). En profesjon kan likevel beskrives som en bestemt type yrker som basert på teoretisk kompetanse og utviklede ferdigheter som kan utføre spesialisert arbeid. Det er en fagforening som kontrollerer en eksklusiv jurisdiksjon på sitt arbeidsområde. Denne fag- eller yrkesforeningen stiller kvalifikasjonskrav til sine medlemmer, fordi det er en beskyttet tittel. For å bli en profesjon må man fullføre et formelt treningsprogram, assosiert med høyere utdanning. En profesjon har dessuten en ideologi som sier at det finnes et høyere mål enn sin egen økonomiske fordel og fokuserer på kvalitet overfor økonomisk effektivitet (Freidson, 2001). Med andre ord er det visse typer yrker som kan anvende sin ekspertise til å utføre samfunnsnyttige oppdrag. Slike yrker kan være prester, ingeniører, advokater og ikke minst leger, for å nevne noen. Et annet viktig kriterium for et profesjon er at arbeidsoppgavene er såpass komplekse at utøverne må ha autonomi til å utøve skjønn, men det forventes også at de etiske retningslinjene for yrket blir ivaretatt av de profesjonelle (Smeby og Gundersen, 2021).

1.2.2 Autonomi

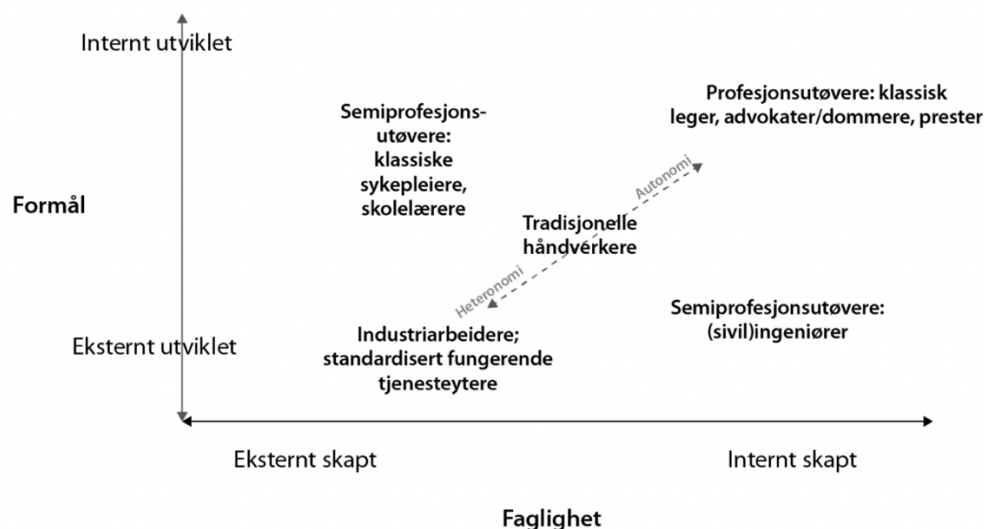
Autonomi betyr frihet eller selvstendighet. Ordet beskriver en egen indre lovmessighet, som ikke er påvirket utenfra. Du er altså din egen lovgiver. Selve ordet kommer av det greske ordet "autos" som betyr selv, og "nomos" betyr læren om (O. Berg, personlig kommunikasjon 26. januar). Hvis aktørens handlinger basert på egne grunner, kan man argumentere for at den er autonom. Autonomi er en strategisk og dyrebar egenskap et profesjon har. Ergo, har legeyrket profesjonell autonomi. Den er dog ikke absolutt, myndighetene har den ultimate suvereniteten og kan gi betinget autonomi (autorisasjon) til enkelte aktører, samt trekke den

tilbake. Siden 1927 har nemlig staten hatt ansvaret for å gi en lege autorisasjon til å praktisere (Haave, 2011). Likevel, har legeyrket blitt definert som et fritt yrke og har hatt en selvstendig rolle i samfunnet (Freidson, 1970). Det har vært profesjonen selv som organisert utdanningen, godkjent spesialister og har hatt ansvaret for faglige standarder. Inntil 2011 hadde Legeforeningen formell delegasjon til å godkjenne spesialister (Haave, 2011).

I tillegg til at legeyrket har autonomi som helhetlig profesjonsgruppe, har også hver enkelt lege autonomi til å bruke sin kompetanse og skjønne fritt. Legene har selvstendigheten til dette, og har fått ansvar og tillit til å utøve selvjustis, ved at legen selv organiserer og tar ansvar for å behandle pasienten. Dette blir begrunnet med at medisinfaget er komplekst, og en lege har autorisert kunnskap som blir forvaltet på best mulig måte overfor pasienten. Dog, er heller ikke den individuelle autonomien legene har absolutt autonom. Den enkelte utøveren sin autonomi eksisterer i et sosialt og politisk rom som består av yrkesmekanismer, både politiske og formelle (Freidson, 1970). En lege kan kun praktisere sitt yrke, hvis han eller hun har fått tildelt autorisasjon til det - som er opp til staten.

1.3 Lege som idealtypisk profesjonsrolle

Tradisjonelt har legerollen skilt seg fra andre yrkesroller i den grad at kunnskap og fagligheten er utviklet av legene selv, og ikke andre, altså internt skapt. Samt er formålet bestemt av en lege og ikke diktert av andre, altså internt utviklet. Under er dette presentert i en graf utviklet av historiker Ole Berg, som viser en idealtypisk typologi for ulike yrkesroller ved inngangen av det 20. århundret.



Figur 1: idealtypisk yrkesrolletypologi, fra ca. 1900. Fra artikkelen: «Den kliniske legerollen: fra en fri profesjonsrolle til en ufri arbeidstaker- og kontraktørrolle» av O. Berg, 2022

1.3.1 Faglighet

Som presentert i grafen er profesjonene plassert øverst i hjørnet til høyre som antyder at legene har høy grad av autonomi, sammenlignet med de andre yrkene. For at leger skal være autonome må de derfor kunne bestemme hvordan hen skal undersøke pasienten, og foreslå eller sette i gang behandling. Dessuten må fagligheten være internt skapt, med dette mener Ole Berg (2022) at fagligheten, kunnskapen er utviklet av legene selv. I «gamle dager» skjedde dette i stor grad av prøving og feiling, utvikling av teori, og gradvis etterhvert mer forskning. Tradisjonelt har altså det kun vært leger som har utviklet kunnskapen. Derfor, ville man som pasient før, ikke utfordre legen. At fagligheten kommer fra innad i standen, gir grunnlag for autonomi (Berg, 2022). I andre enden av skalaen har man en samlebåndsarbeider, de har ikke utviklet kunnskapen selv, det er gjerne en ingeniør eller andre som har planlagt deres arbeid. En samlebåndsarbeider kan i aller minste grad utøve eget skjønn, for da skjer det feil. Karl Marx påpekte at det eneste spor en slik arbeider setter etter seg er en feil. Derfor er disse heteronome, ikke autonome (Berg, 2022). Det kommer spesielt til synet da det viktigste utbytte av arbeidet er inntekten, arbeidet i seg selv gir ikke så mye glede. Ofte, for de som har stor grad av autonomi, så gir arbeidet motivasjon, som en del av utbytte av arbeidet. Dog, betyr det ikke at inntekten ikke er viktig, men spiller ikke den viktigste rollen.

1.3.2 Formål

Med formål menes hva som er hensikten med arbeidet. En samlebåndsarbeider trenger ikke å tenke på dette, for formålet er innlagt i designet av produksjonsprosessen. Over ligger bedriftens formål, som er som regel utbytte for eierne. Arbeidsgiveren gir inntrykk av at det ligger et økonomisk insentiv for arbeidstakerne at jo mer arbeid de gjør, jo mer kan man tjene. Men i helsesektoren er formålet at man skal opprettholde god helse. Berg (2022) påpeker at man som regel oppsøker legen for å undersøke og behandle symptomer. Medisinen er altså implisitt basert på behandling og ivaretagelse av helse, og dette kjennetegner derfor også legenes oppdrag. Tradisjonelt har ikke legen spurt pasienten hva hens formål er. På denne måten er legen autonom når det kommer til det normative (Berg, 2022). En sivilingeniør er

annerledes med tanke på at hen har kompetanse til å omforme den fysiske virkelighet til maskiner og utstyr, men formålet med denne virksomheten kommer i en viss forstand fra kunden, oppdragsgiveren. Grunnen til at legen er normativt sett autonom er fordi man kan forutsette at praktisk talt alle setter helse som en høyt plassert gode, en autotelisk verdi, altså begrunnelse i seg selv. Det er altså ikke det samme for sivilingeniøren, fordi hen er opptatt av for eksempel å komme seg forttest frem på veien eller hvordan lage en bil raskest mulig. Oppdragsgiveren bestemmer hva de skal lage og til hvilket formål denne maskinen skal ha. De er ikke autonome i samme forstand, de må forholde seg til budsjett, tidsramme og formål. Sivilingeniøren har dog autonomi i den faglige forstanden (Berg, 2022). Derfor vil Berg kalle sivilingeniør for en semi-profesjon, som kan være nogen lunde en streng definisjon.

2 Metode

2.1 Valg av metode

I denne oppgaven har jeg valgt å gjøre et litteraturstudie til å belyse problemstillingen. Det har blitt gjort omfattende søk i både *Google* og *Google Scholar* hvor jeg har brukt søkeord som «profesjon», «autonomi», «sykehusreform» og «Sykehusledelse». Tidlig i prosessen konsulterte jeg med professor Ole Berg ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Han anbefalte en rekke bøker og publikasjoner som kunne være relevant, samt bidro med viktige innspill til oppgaven. I tillegg til den anbefalte litteraturen, har jeg basert oppgaven på offentlige utredninger, artikler og kronikker publisert i *Tidsskriftet for den Norske Legeforening*, *Tidsskriftet Michael*, *Professions & Professionalism* og *Sykepleien*. For å finne ytterligere relevante kilder har jeg benyttet «backward and forward citation searching», ved at jeg finner nye kilder som er brukt i litteraturlistene til litteraturen jeg har, og søker i *Google Scholar* for å finne litteratur som siterer tilbake til bestemt litteratur. Videre har jeg også rådført meg med Karin Rø i Legeforskningsinstituttet over mail, om mulige tips til relevant litteratur eller innspill.

2.2 Kildekritikk

Ved bruk av litteraturstudie som metode er det viktig å være kildekritisk. En ulempe med denne metoden er at de publikasjonene som benyttes i noen tilfeller er sekundærkilder, og ikke har et høyt faglig nivå. Derfor er det viktig å være kunne sile ut litteratur som har lav faglig standard. Det kan være en skjevhet at en kronikk eller artikkel er skrevet av en forfatter som ikke er kvalifisert, eller har sterke meninger, og kan dermed gi negative utslag i resultatene og ikke reflektere virkeligheten. Dessuten er det viktig å være klar over at forfatterens meninger og virkelighetsforståelse kan sette farge. Vurdering av litteraturens pålitelighet og gyldighet er derfor viktig. En annen mulig ulempe er bruken av foreldet eller utdatert teori eller publikasjoner. Det er derfor viktig å kunne vurdere kildene tatt i bruk som relevant overfor problemstilling, samt å vurdere om det er relevant nok til å kunne trekke slutninger.

3 Teoretisk rammeverk

3.1 Organisasjonsteori

Organisasjonsteori er det mange som har skrevet om. Henry Mintzberg, en kanadisk professor innen ledelse og organisasjon, er en av dem. Han presiserer at det er sterke empiriske beviser at koordineringen av en organisering kan relateres til pasientutfall. Samt at organisasjoner er gjerne komplekse, og det lønner seg å organisere den på en viss måte. En av måtene en organisasjon kan organiseres på er i et profesjonelt byråkrati. Mintzberg skriver i sin bok *Mintzberg on Management* (1989) at det profesjonelle byråkratiet er et behov vi som samfunn har, der høyt spesialiserte, men stabile oppgaver som finnes, blir utført. Eksempler på slike oppgaver er å erstatte et hjerte eller rekonstruere et kne (Mintzberg, 1989, s. 173).

3.1.1 Profesjonsbyråkrati

Strukturen i et profesjonelt byråkrati er gjerne ikke sentralisert. Dette er grunnet at jobben som utføres i organisasjonen er såpass kompleks at det kreves at det er profesjonelle som kontrollerer at jobben blir utført ordentlig. En av de tydeligste forskjellene det profesjonelle byråkratiet til spesielt maskinorganisasjonen, er at det profesjonelle byråkratiet sine standarder er opprinnelig utenfor strukturen, stedfestet i nokså selvstyrte foreninger i dette tilfelle leger, tilhører sammen med andre kollegaer som jobber i forskjellige institusjoner eller organisasjoner. Denne strukturen er vanlig i både alminnelige sykehus, men også universiteter, og andre firmaer som har rutinerte, standardiserte arbeidsoppgaver. Et kjennetegn ved organiseringen er at man stoler på ferdighetene og kunnskapen de profesjonelle har, for at organisasjonen skal gå rundt (Mintzberg, 1989, s. 174). De profesjonelle har opparbeidet seg sine ferdigheter og kunnskaper gjennom formell trening. Organisasjonens kjerne bygger på spesialister opplært i tråd med kravene satt for profesjonen, som gir dem betraktelig kontroll over sitt eget arbeid. Mintzberg påpeker at de profesjonelle i kjernen av byråkratiet håndterer automatisk koordineringen mellom operatørene som er nødvendig for driften, basert på de faglige ferdighetene og kunnskapen de er opplært til å kunne forvente seg av hverandre. Likevel mener Mintzberg at uavhengig hvor standardiserte ferdighetene og kunnskapen er, så sørger deres faglige kompleksitet for at de profesjonelle har

rom til å anvende betydelig skjønn. To kirurger bruker ikke nødvendigvis nøyaktig samme metode på en åpen hjerteoperasjon (Mintzberg, 1989, s. 175).

En av de tydeligste forskjellene det profesjonelle byråkratiet har til spesielt maskinorganisasjonen, er at det profesjonelle byråkratiet sine standarder er opprinnelig utenfor strukturen, stedfestet i nokså selvstyrte foreninger i dette tilfelle leger, tilhører sammen med andre kollegaer som jobber i forskjellige institusjoner eller organisasjoner. For leger er det Legeforeningen som skal sikre universelle standarder som skal undervises på universitetene, samt brukes av alle som utøver profesjonen, uavhengig hvilken organisasjon man jobber for (Mintzberg, 1989, s. 176). En annen viktig forskjell som gjør at det profesjonelle byråkratiet skiller seg fra andre organisasjonsstrukturer, er at autoriteten er vektlagt av den profesjonelle karakter, nemlig ekspertens kraft og ikke embetets makt i en hierarkisk struktur. På operasjonsnivået er arbeidsprosessene, kalt beredskap, standardiserte også. Dette er også kalt duehullsprosessen (Mintzberg, 1989, s. 177). Med dette menes at fagpersonene skal først kategorisere hvilken form av beredskapen, eller standardprogrammet som skal brukes, for så å utføre dette programmet. På denne måten blir legen som fagperson i stand til å jobbe ganske autonomt.

Den operative kjerne er den sentrale delen av det profesjonelle byråkratiet. Den eneste andre delen av byråkratiet som er utdypet er "støttepersonellet". De ansatte i denne delen er tilstede for å betjene den operative kjernes virksomhet. Siden det er høye kostnader knyttet til den operative kjerne, gir det mening at denne delen skal støttes så mye som mulig, i følge Mintzberg. På et sykehus er både en IT-avdeling, vaskepersonell, kjøkkenpersonell og portører eksempler på slike grupper. Mintzberg skriver at mellomledelsen er lite utdypet i en slik organisering, fordi de gjør lite for å koordinere arbeidet de profesjonelle gjør. Dessuten, er det lite bruk for tilsyn og justeringer blant fagfolkene, ikke minst siden den operative kjerne er ganske stor. Det er gjerne en enkelt avdelingsleder som har titalls fagfolk under seg i en stor avdeling på et sykehus (Mintzberg, 1989, s. 177). Koordineringen innad i den administrative strukturen er annerledes. Arbeidsoppgavene er såpass desentraliserte at de profesjonelle kontrollerer sitt eget arbeid i stor grad, men de har dessuten kollektiv kontroll over administrative avgjørelser som berører dem. Et eksempel på dette kan være å ansette kollegaer. De profesjonelle gjør nemlig noe av det administrative arbeidet selv, og passer på at kollegaer, eller likesinnede, blir ansatt i de administrative posisjonene. Den operative kjernen med de profesjonelles kraft blir derfor beskrevet som omvendte pyramider, hvor den

operative kjernen er på topp, og administratorene er nederst, og til for å betjene dem. Mintzberg forklarer at støtteapparatet, som gjerne har et høyere antall ansatte enn den operative kjerne, er generelt sett mindre dyktige. Derfor er det ikke en demokratisk organiseringsstruktur, det er de profesjonelle som er oligarker (Mintzberg, 1989, s. 179).

Sammenlignet med andre organisasjonsstrukturer mangler lederne noe makt. De er kanskje ikke i stand til å kontrollere de profesjonelle direkte, men de har nemlig en rekke roller som gir de indirekte makt. Mintzberg beskriver "duehullsprosessen" som ufullkommen, og at det kan føre til uenigheter om jurisdiksjon mellom de profesjonelle. Likevel, er det sjeldent at administratorene kan komme med en løsning, ved hver uenighet leger har seg i mellom, de må ofte forhandle fram en løsning på vegne av partene (Mintzberg, 1989, s. 180). Noen vil argumentere for at rollene administratorene må ta på seg som tegn på svakhet, at de nærmest blir fagfolkenes løpegutter. Dog, om administratoren klarer å skaffe nok midler til organisasjonen, er de med på å bestemme hvordan midlene skal fordeles. Hvis administratoren klarer å forsonne konflikter som er i sin organisasjons favør, blir det satt pris på og på denne måten blir en mektig del av organisasjonen. Derfor konkluderer Mintzberg at mye makt blir tildelt de faglige profesjonelle som bruker krefter på administrativt arbeid - og gjør det bra, i stedet for sitt faglige arbeid. Men, det er viktig å understreke at den faglige administratoren kun har sin makt hvis de profesjonelle ser på hen som tjener deres interesser på ønskelig mate (Mintzberg, 1989, s. 180).

Det profesjonelle byråkratiet har noen betingelser. Der fagarbeidere som har opparbeidet seg kunnskap og ferdigheter som er vanskelig å lære, dominerer driften i organisasjonen, dukker det profesjonelle byråkratiet opp. Dette gjelder når arbeidet er både kompleks, men også stabilt nok til å standardiseres. Hvis det er et veldig omfattende teknisk system, kan det fungere mot konfigurasjonen. Hvis den er regulerende og automatisert, blir fagfolkets ferdigheter utsatt for rasjonalisering, og dermed delt inn i trinn som er veldig programmerte. Dette betyr at grunnlaget for profesjonell autonomi blir fjernet, og flytte organisasjonsstrukturen mot en mer maskinform. I tillegg til dette vil også et høyt rasjonalisert system vil også autonomien begrenses ved at fagfolket blir tvunget til å jobbe i tverrfaglige team, som vil flytte organisasjonen mot en mer innovativ form (Mintzberg, 1989, s. 181).

Mintzberg forklarer at det profesjonelle byråkrati skiller mellom det faktum at det grunnleggende oppdraget er overlatt delvis til de individuelle fagfolkenes dømmekraft. Men,

dette utgjør ingen full autonomi, fordi det er en subtil begrensning på denne makten man har som profesjon. Han argumenterer for at de profesjonelle overlates til å bestemme selv, kun fordi de har hatt år med opplæring som sikrer at de profesjonelle fatter beslutninger som er akseptert kollektivt i deres profesjon. Derfor, i opplæringen av legestudenter blir det valgt innhold og metoder for undervisning som er høyt ansett av kollegaene sine. Mintzberg skriver at den individuelle frihet blir presset til det ytterste av profesjonell kontroll. Det kan være direkte frihet fra administratorene, men det er ikke nødvendigvis direkte frihet fra sine kollegers disiplin. "Profesjonell dømmekraft" blir brukt om konseptet informert dømmekraft, påvirket av den profesjonelle opplæringen man får, samt tilknytningen man har til sitt profesjon (Mintzberg, 1989, s. 184).

Mintzberg beskriver det profesjonelle byråkrati som demokratisk, som sprer makten til sine arbeidere, hvertfall de profesjonelle. Derfor blir disse gitt omfattende autonomi, samt å bli frigjort fra behovet om koordinasjon med sine kolleger. Fagfolket har dermed det beste fra begge verdener, de er knyttet til en organisasjon, men står fritt til å behandle pasienter på sin måte, dog i stor grad påvirket av profesjonens standarder. Derfor fremstår fagfolket i denne type organisasjon i høy grad motiverte og dedikerte til sitt arbeid (Mintzberg, 1989, s. 189). Organisasjonsstrukturen lar personlige forhold utvikle seg, i motsetning til for eksempel maskinorganisasjonen. Videre, er profesjonens autonomi er drivkraft for å perfektionere sine ferdigheter uten å bli forstyrret, siden de kan gjenta de samme handlingene igjen og igjen. Likevel er det problemer til stede i en slik organisasjon. Dette med autonomi i et demokrati er utfordrende. Det er ikke en klar måte å kontrollere arbeidet som utføres på, heller ingen måte å rette opp mangler oversett av fagfolkene, mener Mintzberg. Mangler oversett av fagfolkene kan muligens være koordinering, diskresjon og innovasjon som kan oppstå i slike konfigurasjoner (Mintzberg, 1989, s. 189).

3.2 Profesjonalisme og autonomi

3.2.1 Profesjonalisering

Profesjoner har en tendens til å utvikle seg i et felles mønster som den Amerikanske sosiologen Andrew Abbott kaller profesjonalisering. En sentral prosess for profesjonalisering er sammenslåing av en gruppe. Abbott redegjør for at teorien om profesjonalisering er særegne i enkeltprofesjoner, uten å pådra seg en samfunnsmessig trend. Denne teorien baseres

på at hver profesjon har et sett med oppgaver av jurisdiksjonsbånd, styrker og svakheter ved disse båndene blir etablert i de prosessene der det skjer profesjonelt arbeid. Ingen av koblingene er absolutte eller permanente, derfor utgjør profesjonene en økologi (Abbott, 1988, s. 82). Yrkene konkurrerer innfor dette systemet, og suksessen en profesjonen har gjenspeiler både situasjonen til konkurrentene og strukturen i systemet, samt profesjonens egen innsats. En gang i blant skapes nye, avskaffes eller omformes oppgavene fra ytre krefter, i tråd med masing om omstilling innenfor profesjonssystemet. Derfor beskriver Abbott større sosiale krefter som en stor pådriver for individuelle profesjoner gjennom strukturen de eksisterer innenfor, og ikke nødvendigvis direkte (Abbott, 1988, s. 82).

Abbott sin teori er derfor at profesjoner aldri blir sett alene, men eksisterer i et system. Profesjonelt arbeid er med på å bestemme faglige oppgavers sårbarhet for innblanding i konkurransen. Han skriver at profesjoner konkurrerer om hverandres oppgaver, og det er derfor viktig å ha kunnskap om hvordan det profesjonelle arbeidet utgjør disse oppgavene, og dermed hvordan prosessen bestemmer sårbarheten. Det er dessuten et sosialt bånd mellom jurisdiksjonene som binder profesjonen til sine oppgaver. Det er en anerkjent rettighet, og har en sterk kobling (Abbott, 1988, s. 83). Abbott erstatter tidligere forenklede syn på kontroll med en fleksibel modell der det er ulike typer jurisdiksjoner. Det blir i tillegg vurdert selve kravet om jurisdiksjon, hvordan kravene fremsettes, samt hvordan de henger sammen med den faglige strukturen. Jurisdiksjon blir beskrevet som et eksklusivt krav for en profesjon, og en profesjons jurisdiksjon går foran en annens. Fordi den er eksklusiv, blir hver bevegelse påvirket i en profesjon, blir andres også påvirket (Abbott, 1988, s. 83). I tillegg nevner Abbott at det kan skje forstyrrelser i profesjonssystemet. I stor grad beskriver han det som endringene innad i profesjonene selv som en stor forstyrrelse, men at det finnes andre faktorer utenfra i tillegg (Abbott, 1988, s. 84).

3.2.2 Maktstilling

Moderne medisin i dag har et sentralt karakteristisk trekk ved seg, nemlig en maktstilling. Det er ingen andre yrker som er i direkte konkurranse med legene. En slik maktstilling er ikke bare preget av prestisje, men også ekspertautoritet (Freidson, 1970, s. 23). Det sies at legemiddelkunnskap om sykdom og behandling av den anses å være både autoritativ og definitiv. Grunnlaget medisins kontroll har for kontroll over dets arbeid er sterkt preget av en politisk karakter. Dessuten trenger den støtte fra staten til å etablere og opprettholde dets

forrang. Den Amerikanske sosiologen Eliot Freidson beskriver dette som en okkupasjon som har formelle representanter, både organisatoriske og individuelle, som har som oppgave å påvirke politikken til sin favør (Freidson, 1970, s. 23). Det er i samspillet mellom disse formelle representantene og byråkrater at den medisinske kontroll over eget arbeid blir etablert og formet. Autonomi blir beskrevet som den mest dyrebare og strategiske egenskapen profesjonen har. Deres autonomi skyldes forholdet medisinen har til staten, som man uansett ikke er fullstendig autonom fra. Freidson forklarer også at den autonomien individuelle aktører har er innenfor et politisk og sosialt rom som de formelle representantene vedlikeholder gjennom yrkesmekanismer politisk. På denne måten blir derfor profesjonell autonomi ikke absolutt, fordi staten har suverenitet og gir betinget autonomi til noen (Freidson, 1970, s. 24).

Freidson setter spørsmålsteget ved en profesjon virkelig kan være autonomt og et fritt yrke, da det er underlagt statens beskyttende varetekt. Medisin som et konkret eksempel forklarer han at det kan tenkes at i den grad profesjonen er avhengig av staten for å opprettholde en fremtredende posisjon, er den også sårbar for ikke-profesjonelle eller å bli lagt kontroll over, som er meget mislikt (Freidson, 1970, s. 24). Det blir faktisk foreslått at tap av kontroll av en slik organisering ikke nødvendigvis reduserer det viktigste elementet i den profesjonelle autonomien, heller ikke at tapet av kontrollen ikke har direkte forhold til redusert profesjonell status. Videre skrives det at hvis en profesjon er fri for teknisk evaluering og kontroll fra andre yrker i arbeidsdelingen, er mangelen av absolutt autonomi fra stat og mangel på kontroll over nødvendige sosioøkonomiske vilkår, ikke avgjørende for profesjonens karakter. Med andre ord, trenger ikke en lege å være gründer i ett fritt marked for å være et fritt yrke (Freidson, 1970, s. 25).

3.2.3 Variasjoner av autonomi

Sovjetunionen, USA og Storbritannia blir trukket frem som eksempler for å demonstrere store variasjoner for profesjonens forhold i den politiske organisering og sitt forhold til staten. I USA blir profesjonen brukt som en veiledningskilde, og hvor den politiske makten støtter standarder profesjonen har. Profesjonen har dessuten utbredt makt til å kontrollere sitt eget arbeid uten innblanding. Det er en høy grad av faglig autonomi, som også innebærer fastsettelse av økonomiske vilkår, plassering, og organisering av arbeidet. Denne autonomien er beskyttet av staten som gjør den til et monopol (Freidson, 1970, s. 44). På den andre siden

har vi Sovjetunionen som også gir profesjonen monopol, støttet av staten, men kun til å bestemme innholdet i arbeidet. Det er statens administratorer som kontrollerer de økonomiske betingelsene, plassering, samt organisering. Profesjonen er pent nødt til å godta disse vilkårene (Freidson, 1970, s. 44). På en side kan man argumentere for at omfattende autonomi i alle deler av arbeidet er forenlig med en profesjon, nemlig at det utgjør de liberale forestillingene man har hatt om et "fritt yrke". På den andre siden kan man argumentere for at det er et minimum av autonomi for en profesjon. Likevel er det noen som vil påstå at en profesjon som ikke har kontroll på utøvelsen av sine yrkesferdigheter som er anklaget eksklusivt kunnskap, ikke kan kalles en profesjon (Freidson, 1970, s. 45).

Freidson argumenterer for at autonomi basert på de tekniske ferdigheten i en profesjon er kjernen av det som gjør profesjonen unik, samt at når kjernens autonomi er oppnådd, vil flere segmenter av autonomi følge etter. Profesjonen baserer kravet den har til sin posisjon på sine tekniske ferdigheter som er såpass komplekse at andre ikke kan utføre arbeidet ordentlig. Men Freidson argumenterer for at til tross for pålagte administrativt rammeverk av profesjonen, så bidrar autonomien til å dempe elementer av dette rammeverket, utover intensjonen samt anerkjennelsen av dens planleggere og administratorer. Dette er dog spesielt for medisinen, der arbeid av inkompetente mennesker kan medføre alvorlige konsekvenser, som gjerne er en nødsituasjon og gir det en høy grad av beskyttelsesanordning (Freidson, 1970, s. 45). En leges tildelte autonomi i sin teknikk, den profesjonelle har en rekke fordeler som gjør han egnet til å utføre andre deler av sin praksis. Som lege er du for det første tildelt autoritet og respekt oppnådd gjennom sin ekspertise, og for det andre innflytelse på andre områder av praksisen som er betinget av vurderinger gjort for selve arbeidet - nemlig at den profesjonelle ikke kan utføre tilstrekkelig arbeid uten gitte tekniske ressurser (Freidson, 1970, s. 45).

Ved å argumentere med sin gitte ekspertise innenfor diagnostisering og behandling, er hen godt rustet til å påvirke, om ikke kontrollere, de andre områdene i sitt arbeid. Bare en medprofesjonell kan si nei, for motargumenter kan bare begrunnes med kunnskap og de spesielle tilegnede egenskapene som referanse. Autonomi av den tekniske karakter over sitt arbeid gir hen midler til å være et "fritt yrke", uavhengig om profesjonen er underlagt staten for etablering og opprettholdelse av sin autonomi (Freidson, 1970, s. 46).

3.2.4 Medisinsk arbeidsdeling

Farmasøyter blir trukket fram som et yrke som kan være til god hjelp for legene, og nødvendig for sin praksis, selv om det kan være en trussel mot legenes monopol. Selv om flere yrker prøver hardt å forbedre sin prestisje og posisjon, forblir likevel medisinen overlegen over andre (Freidson, 1970, s. 69). Ta sykepleie som et eksempel. Det finnes egne læringsinstitusjoner, kan kontrollere egne lisenser i flere tilfeller, samt ha egen "tjeneste" på sykehus som gir inntrykk av at sykepleie har formell statlig støtte og avgjørende mental autonomi. Dog, forblir arbeidet sykepleierne utfører underlagt i hierarkiet. Legen har til tross autoritet og ansvar for diagnostisering, "kutte" og forskrive medikamenter som sentrerer arbeidet i yrkene rundt. Både sykepleiere og paramedisinske yrkene kan strekke seg rundt, men aldri unngå å være underordnet legenes autoritet og ansvar. Derfor argumenterer Freidson med at så lenge disse yrkene har arbeid av en medisinsk karakter, kan de ikke oppnå yrkesautonomi, fordi de aldri vil kontrollere et diskret arbeidsområde som kan skilles fra medisinen, eller som kan utøves uten rutinemessig kontakt med leger. Det er altså i praksis ingen paramedisinske yrker som potensielt kan ha autonome områder (Freidson, 1970, s. 69).

Betraktningen av den medisinske arbeidsfordelingen gir en strukturell distinksjon som gjøres mellom yrker, som Freidson skriver gjenspeiles i bruken av ordet "profesjon" (Freidson, 1970, s. 70). Vilåårene for en "konsulent-profesjon" er forskjellig fra en vitenskapelig profesjon, ved at overlevelsen av en "konsulent-profesjon" avhenger av det frie valget den individuelle har, over klienter. I likhet med at den medisinske profesjonen i arbeidsdelingen er grunnleggende forskjellig fra sykepleieprofesjonen. Den ene er autonom, og den andre er ikke, den ene gir ordre og ikke mottar ordre, mens den andre tar i mot ordre, og gir til noen. En slik analytisk betydning er nok til å skille to typer yrker (Freidson, 1970, s. 70). Freidson refererer til profesjonalitet som et sett med egenskaper som er karakteristiske for de profesjonelle. Det inkluderer holdninger og forpliktelse til sitt arbeid karrieremessig som blir til en del av sin identitet. Til og med personlige verdier eller holdninger profesjonalitet samler, er analytisk forskjellig fra strukturelle egenskaper tatt opp. Freidson skriver nemlig at underordnede yrker kan også ha de samme holdningene til profesjonalitet som leger har. Det kan dog være flere leger enn sykepleiere som viser profesjonalitet, men graden er liten skriver Freidson. Han påpeker at profesjonalitet kan eksistere uavhengig profesjonell status (Freidson, 1970, s. 70).

3.2.5 Trussel mot autonomien

Både Abbott (1988) og Freidson (1970) antyder at leger vil aktivt prøve å befinne seg i posisjoner hvor de har både innflytelse og makt, nettopp fordi legestanden engasjeres i en kamp mot konkurransekraftene de opplever angående dominans og autonomi. I følge Freidson kan både de reguleringene satt av staten, samt kreftene i markedet vil utgjøre en trussel mot legenes autonomi, og kan opptre som kontrollerende overfor legenes oppførsel som igjen vil begrense profesjonens uavhengighet og selvstyre. Som et motsvar til dette, og for å bevare sine "funksjoner", må medisinske profesjonelle holde fast på sin faglige uavhengighet. (Freidson, 1970, s. 84). Man kan derfor argumentere for at det teoretiske rammeverket vil engasjere leger til å ta en del av ledelsen, for å sikre og beskytte sin profesjonelle autonomi.

4 Faktorer som har påvirket legenes autonomi

4.1 Historisk, politisk og regulativ kontekst

4.1.1 Norsk helsevesen før 1970

1970-tallet markerer på flere måter en ny tid. Man kan se på dette tiåret som en avslutning på det 20. århundre, og hvor det 21. århundre startet. Et slags skifte i helsesektoren karakteriseres av blant annet fagliggjøring og profesjonalisering av styring og ledelse. Jeg skal gå nærmere inn på denne utviklingen som begynte allerede i starten av den moderne tid, men fikk for alvor fart i 70-årene.

Før det ble etablert sykehus, ble pasienter enten behandlet i legen sin lille private praksis, eller i sitt eget hjem. Legenes praksiser fungerte som kirurgiske praksiser, men også som medisinske praksiser hvor pasientene kun ble behandlet teoretisk (NOU 1997: 2, s. 26). Her var legene selvstyrte og det var heller intet skille mellom ledelsen og den kliniske praksisen - legene var nemlig ledelsen. Slike praksiser var vanlig fram til slutten av 1800-tallet. Det var i denne tidsperioden medisinen for alvor tok store framskritt i utviklingen og man utviklet kunnskap om antiseptikk og aseptikk, samt bakteriologien og generelt moderne anestesi. Røntgenstråling er også en nyoppdagelse som er med på å skape et behov for en institusjon hvor behandlingen skulle foregå. I tillegg ble de kirurgiske inngrepene mer og mer avanserte. Man så etterhvert at pasientene som skulle motta behandling trengte et sted å hvile i denne forbindelse. Legene så behovet for sykehus etterhvert som den medisinske utviklingen skjedde. De tok dessuten over mer og mer av makten og inntok lederposisjoner (NOU 1997: 2, s. 26-27).

Når det kommer til helseforvaltningen, har det siden 1740 eksistert egne medikratiske organer høyt opp i systemet. Først Collegium Medicum under Danmark-Norge, etterhvert det norske Sundheds-Collegiet i 1809 (Berg, 2009, s. 30). Disse kollegiene skiftet navn flere ganger, og var alle plassert i ulike departement med fremmed administrasjon og ofte jurister i sjefsposisjoner. I 1858 tiltrådte den første medisinalsjefen, en lege. Det ble argumentert at denne posisjonen krevde både innsikt og tilgang til klinikken, hvor vitenskapen stadig utviklet

seg, men også det administrative (Berg, 2009, s. 34). I likhet med resten av statelig administrasjon skulle også det medisinske moderniseres, og dette skulle ha utgangspunkt i staten, hvis medisinen ble uavhengig staten og uten sine representanter, ville altså ikke medisinen få det maktgrunnlaget som trengtes for å kunne lede utviklingen videre (Berg 2009, s. 35). Medisinalsjefen får etterhvert tittel som Medisinaldirektør. Det skjer en rekke forandringer i strukturen av det øverste helseforvaltningsorganet gjennom det 1800-tallet. Det blir mot slutten av århundret opprettet et Helsedirektorat, men fortsatt under fremmed administrasjon og sykehusene blir en del av det offentlige sunnhetsvesen i samme tidsperiode.

Legene ville ha behandlingsmonopol, men så på sykepleiere, jordmødre, farmasøyter og fysioterapeuter som "aksepterte andre". Disse yrkesgruppene utgjorde ingen trussel mot legenes kunnskaper. Såkalte kvakksalvere derimot, altså "kloke" menn og kvinner, eller "bygdeleger", var uakseptable andre. Denne gruppen kunne i en viss grad være konkurrenter for legene. I 1936 kom det endelig et lovfestet forbud om å utøve legevirksomhet i større eller mindre grad, eller å kalle seg lege, hvis du var ufaglært (Berg, 2009, s. 76-79).

Legene beholdt den faglige autonomien sin da de flyttet praksisene sine inn på sykehusene. De fortsatte i tillegg å lede de selv, hvor sykehusene ble styrt av overlegene i et kollegium eller legerådet. Den fremste av disse ble utnevnt til administrerende overlege eller formann. Helsevesenet før var både lite spesialisert, mye basert på praksis, og forholdsvis enkelt. Dessuten ble det ledet og styrt på tradisjonelle medikratiske premisser, og dette oppleves som sterkere lengre ned i klinikken man kommer (Berg, 2009, s. 207). Men, i etterkrigstiden og fram til 1970-tallet med en ung lege, Karl Evang, som Helsedirektør, var styringen medikratiske opp til øverste helseforvaltningsorgan også. Det var nemlig hovedsakelig leger, og noen andre helsefagfolk, som besatt lederstillingene (Berg, 2009, s. 157).

Utover på 1900-tallet skjedde det en kraftig utvikling på tilbudssiden, i både medisinen og i teknologien. Nye behandlingstilbud og hvordan man skulle kunne tilby disse ble en utfordring. Samtidig kom det også en etterspørselsvekst og økte omkostninger. For i 1911 kom det en offentlig helseforsikring, som gjorde at de denne gjaldt ble subsidiert økonomisk for adgang til helsetjenester. Denne offentlige forsikringen gjaldt stadig fler i samfunnet, og i 1956 ble helseforsikringen gjeldende for alle, kalt Folketrygden (Berg, 2009, s. 207). At helsetjenester blir mye rimeligere, nesten gratis, for hele befolkningen betyr at etterspørselen økte. Og dermed øker kostnadene knyttet til behandling.

4.1.2 Sentral helseforvaltning

Organisering og det evangske medikrati

Karl Evang satt i etterkrigstiden som Helsedirektør og hadde i løpet av sin tid klart å etablere et sterkt legestyre i Helsedirektoratet. Det skjedde altså en samling av sentral helseforvaltning i 1945, men fikk sitt formelle grunnlag i 1948. I samme år ble Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet opphevet, og deres funksjoner og oppgaver blir overført til det nye Helsedirektoratet som en del av Sosialdepartementet. Med det ble Helsedirektoratets medikratiske oppbygning legitimert. I etterkrigstiden ville Regjeringen fokusere på økonomisk- og næringsmessig oppbygning, og ikke nødvendigvis helsevesenet. Likevel kjempet Evang hardt for helsevesenet, og ville sørge for mer ressurser. Evang sto sterkt i sin posisjon, og med sin legeledergruppe ble det utviklet en kollegial ledelse av leger på 60- og 70-tallet. Skrittvis fikk Evang inn flere overleger i lederstillinger. Evang ga sine fagledere fagstyrefrihet i stor grad, som igjen ga de fagutøvende ledd rundt i helsevesenet faglig frihet i betydelig grad. I praksis var ideen om fagstyret en realitet. Titlene overlege fikk, fagtitler, satte strek under uavhengigheten deres og ga dem autoritet (Berg, 2009, s. 134-152).

Karl Evang satt som Helsedirektør fram til 1972. Perioden fra Evangs avgang og de neste ti årene markerer den medikratiske ordens begynnende forvitring. Torbjørn Mork (1928-1992) ble ny Helsedirektør og han skulle få en turbulent opplevelse i tiden framover. Det tok nemlig ikke lang tid etter Evangs avgang, at resten av «de gamle» (overlegene) i ledergruppen også forsvant. Mork hadde vanskeligheter med overlegenes etterkommere, samtidig som de andre ledelsen i Helsedirektoratet fikk beholde sine stillinger. Dette førte til en forstyrret maktbalanse, og med andre ord ble legenes myndighet og makt på sett og vis svekket.

Direktoratet hadde på denne tiden et antall legekonsulenter, men det skulle vise seg vanskelig å rekruttere flere, og legekonsulentene satt heller ikke lenge. Gjennom 1970-årene ble det færre og færre legekonsulenter, og i 1981 var det slutt. Totalt i perioden fra 1972 til 1981 var det 50 legekonsulenter innom Helsedirektoratet (Berg, 2009, s. 253). Det var ikke til hjelp heller at de nye legelederne var relativt sett uerfarne, og klarte heller ikke å bevare den autoriteten de gamle overlegene hadde overfor «de andre» i Direktoratet. Dette markerer en overgang til en ny tid hvor den medikratiske kontrollen ikke lengre var et faktum i det gamle evangske direktorat (Berg, 2009, s. 254).

Uenighet og omstrukturering

Oljekrisen som rammet Vesten på midten av 70-tallet bidro sterkt til behovet for effektiviseringstiltak. OPEC startet en oljeboikott som førte til en kraftig prisøkning, hvor oljeprisen gikk mot stadig nye høyder og skapte en økonomisk krise i hele det internasjonale systemet. I denne forbindelse ble et nasjonalt program for effektivisering og rasjonaliseringstiltak lansert, fordi man fryktet en sterk omkostningsutvikling i Norge på 70-tallet. Disse tiltakene uttrykker ikke bare en teknisk og "ideologifri" innsats, men også legger føringer for en dyp omstrukturering av styrings- og ledelsespolitikken. Staten i økende grad begynner å styre gjennom "stående" lover, samt delegere ansvar for forvaltningen til "frittstående" direktorater (Berg, 2009, s. 264).

Det ble antydnet fra flere hold sentralt i forvaltningen at man ville oppheve autonomien Helsedirektoratet hadde. Sosialdepartementet gav under budsjettproposisjoner for 1976 uttrykk for at en samordning av de ulike virksomhetene i Departementet som; sosial-, trygde- og helseetatene også sentraladministrativt. Det ble nedsatt et utvalg for å se på spørsmål om felles økonomi- og personellavdeling i Sosialdepartementet (Berg, 2009, s. 258). Larsen-utvalget understreket at Departementet manglet et felles administrativt ledd, men kom med svake endringsforslag. Et av forslagene var at Sosialdepartementet burde bestå «splittet», men ha felles politisk ledelse. Videre skriver utvalget at Helsedirektoratet utgjør en stor del av Departementet, men har en mye tyngre faglighet enn de andre avdelingene. Det skal nevnes at Utvalget fikk lite praktiske konsekvenser (Berg, 2009, s. 261).

Det ble på midten av 1970-tallet konstatert med at det både var hierarkiske og horisontale problemer i Direktoratet, de hierarkiske problemene, ifølge Berg (2009), var problemet på flere måter Helsedirektøren Mork skyld i. Direktøren hadde nemlig et såpass stort kontrollspenn at det var umulig å ha oversikt over Direktoratet, og kunne derfor lite sannsynlig lede det på en integrert måte. Det skjedde samt en fragmentering av den faglige organiseringen som påvirket i stor grad direktørrollen. Det ble nemlig flere "direktører", eller rettere sagt overleger i Direktoratet, og Helsedirektøren ble på sett og vis overflødig, men samtidig overarbeidet (Berg, 2009, s. 267). På distrikts- og fylkeslegekontorene skapte fragmentering og stort saksomfang i Helsedirektoratet forverret frustrasjon over lange beslutningsprosesser og Direktoratet framsto som lite samordnet. De opplevde det som et fravær av ledelse, som kan skyldes av kombinasjonen av juridiske og medikratiske metoder brukt i Helsedirektoratet. Som et svar på begynnende forvitring av det etablerte medikrati i

Direktoratet, skulle det nå bli et mer offensivt ledende organ (Berg, 2009, s. 268). Det blir pekt på en ny retning av en "styrings- og ledelsesrevolusjon". Prinsippet om "Ny offentlig ledelse" skulle straks innta norsk forvaltning.

I 1981 legger en intern arbeidsgruppe i Direktoratet fram en plan som skulle realisere planene i denne rasjonaliseringsprosessen. Gruppen trakk en ganske radikal slutning om at Direktoratet burde deles. Forslagene gruppen kom med pekte i en moderniserende retning, og legger til rette for en ny offentlig styring og ledelse. Et av forslagene gruppen kom med var å fjerne medisinalråds- og ekspedisjonssjefsstillingene, som gruppen mente var en ordning som sto for en faglig fragmentering der helsefaglige saker og juridiske, politiske og økonomiske saker ble sendt til hver sin råd. Ordningen var tidskrevende og gjorde ansvarsforholdene uklare (Berg, 2009, s. 274). Arbeidsgruppen pekte på at organiseringen av Direktoratet var i høy grad preget av mangel på systematisk bevissthet, fordi det hang igjen kompromisser mellom nytt og gammelt, mellom det fag-institusjonelle og det rent institusjonelle, i Direktoratets ganger. Gruppen kom i tillegg med en alternativ organiseringstruktur, og mente hele Direktoratet skulle fortsette med den kollektive, vertikalt integrerte ledelsesmåten, og holde regelmessige ledermøter. Alle lederne skulle i tillegg gis byråkratiske titler som ikke spesifiserte fag. Avdelingsledere ble til ekspedisjonssjefer, og helsefagfolk til styringsfagkolleger (Berg, 2009, s. 275). Dog, da ny Regjering ble utnevnt høsten 1981, ble aldri ordningsforslaget Bøsterud-gruppen foreslo gått videre med, de var rett og slett ikke interessert (Berg, 2009, s. 281).

Fristillelse

Det er i etterkant sprikende meninger i Direktoratet, hvor noen mener at det ikke er behov for å gjøre endringer i strukturen, mens andre kritiserer dominans av leger i topplederstillinger, og stiller spørsmålstegn ved forsvarligheten av den forvaltningsmessige organisasjonsstrukturen. Tidlig 1982, satte den nye ledelsen i Sosialdepartementet Direktoratssaken på dagsorden igjen. Saken kunne dog virke av mindre betydning utad, med andre rene helsepolitiske saker som mer viktig. Saken ble tatt opp under en regjeringsslusj, hvor det ble enighet om å dele Direktoratet (Berg, 2009, s. 288). Som følge ble det nedsatt et utvalg som nå skulle løse opp det evangske medikrati for godt.

Det ble nå foreslått at Helseavdelingen skulle organiseres med sterk styringsfaglighet. Helsefagligheten er også med, men blir definert som planfaglighet, og som ikke knyttes til det

helhetlige helsevesenet. Avdelingen er tross alt integrert i samfunnets høyeste styringsorgan, og får et ganske abstrakt forhold til de ulike institusjonene og personell i helsevesenet. Det samme gjelder Sosialministeren, sammenlignet med da et helsedirektorat var i noen grad en del av pre-klinikken. Det blir foreslått at Direktoratet beholder en institusjonell organisasjonsform, med noen endringer. Nemlig, at kontorene blir erstattet med avdelinger som nå skulle forholde seg til større institusjoner, sektorer nærmest, men definert institusjonelt og ikke like mye faglig. Avdelingene var nå for kommunehelsetjenesten, fylkeshelsetjenesten og miljørettet helsevern for å nevne noen. Denne delingen reflekterer en maktforskyvning som skjer fra overleger, fylkesleger, samt distriktslegene og over til de nye lokalpolitiske eiere og ledere av institusjonene. I prinsippet vil Direktoratets leger miste heisstatusen nedover, og får mindre kontakt med de kliniske miljøer. Avdelingen derimot vil ha større grad av "likesinnede" og dytte Direktoratet til siden. Ønsket var å rengjøre Direktoratet sine oppgaver til kun faglig-teknisk oppgaver, og alle politiske og strategiske oppgaver fjernet. Samtidig mente de at kravet om å være lege for å bli Helsedirektør burde fjernes, og stillingen burde heller ikke styrkes. Sentrale helseforvaltningen ble med kongelig resolusjon fra 25. oktober 1982, vedtatt omorganisert (Berg, 2009, s. 318).

Litt senere på høsten samme år kom det enda en kongelig resolusjon, den 11. november står det konkret at instruks for helsedirektøren fra 1927 og 1975 blir opphevet. Mørk ble med dette en "vanlig" direktør i et "vanlig direktorat" (Berg, 2009, s. 318). Ut i fra den nye resolusjonen skal Helsedirektøren kun ha tilgang til statsråden, men kun i viktige helsefaglige saker. Dette er med på å understreke den reduksjonen man opplevde av helsepolitikkenes autonomi. Før omorganiseringen forholdt nemlig Direktoratet seg direkte til statsråd. Den evangske-medikratiske helseforvaltning var nå historie. Dette gjør ikke Norge unikt, det var nemlig trenden i mange vestlige land, og begynte allerede på tidlig 70-tallet. Det var nemlig en sterk høyrebølge som skylte over Norge og hele vesten, med et hint av avpolitisering. Den norske helsesektoren skulle nå moderniseres og omformes (Berg, 2009, s. 331).

4.1.3 Sykehusfinansiering og organisering

Fram til 1980 ble sykehusene refundert basert på en kurpengeordning, hvor de ble refundert per liggedøgn (Nerland, 2001). Før andre verdenskrig så fastsatte hver sykehuseier sine kurpengesatser, slik at det ble omtrent balanse i driftsregnskapet. De beregnede satsene inkluderte nødvendige innsatsfaktorer, og sykehusene fikk mene selv hva et liggedøgn faktisk

koster. Sykehuseierne fikk dermed prisen for liggedøgnet refundert automatisk over trygden. Etter krigen ble en alminnelig prislovgivning gjeldende for sykehusene. Det vil si, alle sykehus fikk samme kurdøgnssatsen å forholde seg til, og denne satsen var restriktiv. På denne måten ble friheten sykehusene hadde til å fastsette driftsutgiftene selv begrenset, og nå måtte sykehuseierne ta en større del av regningen (Nerland, 2001). I etterkrigstiden kan en kraftig vekst av utgifter i helsesektoren kjennetegnes. Det offentlige helseutgifter vokste gradvis fortere og fortere, som førte med seg at stadig mer penger ble brukt på helseutgifter i den offentlige sektoren. Dette skyldtes både økt befolkningsvekst, prisstigning, økt aktivitet og høyere krav til blant annet helsepersonell, medisiner og utstyr. Som et resultat ble det stadig større glippe mellom kurdøgnssatsene og driftsutgiftene sykehusene faktisk hadde. Utover 60-tallet skulle det økonomiske underskuddet vedvare, og sørget gradvis for at trygden dekket mindre og mindre av driftsutgiftene, noe som samsvarte dårlig i perioden som var preget av ellers økonomisk vekst og økende aktivitet (Nerland, 2001).

I 1969 ble ny sykehuslov vedtatt, og iverksatt i 1970. Denne loven stedfestet en finansieringsordning som medfører sterk vekst i offentlige helseomkostninger videre også. Sykehusene skulle nå få refundert 75% av driftsutgiftene sine, som skulle baseres på liggedøgnssatser, men folketrygden skulle fra nå av beregne disse satsene utfra hvert enkelt sykehus (Nerland, 2001). Dog, sto det en omveltning av primærhelsetjenesten på trappene, som man hadde god grunn til å tro skulle koste dyrt. Etter planen skulle sykehusrefusjonen fra staten trappes opp fra 75%, men dette ble utsatt. I tillegg er det i dette tidsrom første gang effektivisering blir introdusert som et begrep i norsk helsevesen. Det blir lansert et program for å effektivisere som hadde «Rasjonaliseringstiltak» som overskrift. I disse tiltakene blir det uttalt at økonomisektoren i Direktoratet er omorganisert og utvidet, og de økonomiske premissene fikk tildels en viktigere rolle (Berg, 2009, s. 258).

I Sykehusloven står det at sykehusfinansieringen ble ganske automatisert. Utgiftene i det «automatiske» finansieringsordningen ble bestemt «nedenfra» av flere aktører som handlet hver for seg. Disse aktørene, både pasienter, sykehus/sykehuslegene, samt eierne var alle utgiftsdrivere. Dette passet dårlig inn i tiden hvor statsbudsjettet ble strammere og strammere, hvor man så at et stadig økende sykehusbudsjett. Det er da flere grunner til at finansieringsordningen man hadde innført ikke var bærekraftig. Sykehusene i de områdene som allerede stod sterkt, fikk den største veksten av utgifter, som kunne fremstå sentraliserende. Dessuten ble også tilbud bygget ut på måten man ikke kunne forsvare faglig,

det vil si at i mange områder var det for få pasienter til at legene kunne opparbeide seg nok erfaring for å opprettholde kvaliteten oppe i mange undersøkelses- og behandlingsformer (Berg, 2009, s. 433). Den lave andelen fylkeskommunene som sykehuseiere måtte betale, ga ikke insentiver til ressurs sparing, for kurpengeordningen ga derimot økonomiske insentiver til å ha pasienter innlagt, som igjen førte med høy vilje til å bygge ut antallet sykehussenger (Nerland, 2001).

Formålet med sykehusloven fra 1970 var i utgangspunktet å stimulere sykehusutbygging som skulle møte det økende behovet for helsetjenester i befolkningen. Å ha en selvfinansiert andel av driftsutgiftene ble begrunnet med å gi sykehuseierne insentiver til å drive kostnadseffektivt. Som man ser fra 70-tallet oppnådde det en sykehusutbygging – men sykehusutgiftene galopperte i været. Det var de kostnadskontrollerende virkemidlene staten manglet. Derfor ble det i 1980 besluttet å gå over til rammefinansiering. I rammefinansieringssystemet ble driftsutgiftene til sykehusene inkludert i Fylkeskommunens rammetilskudd. Fylkeskommunene ble tildelt en ramme basert på alderssammensetning, tetthet i befolkning og per capita-inntekt i hver fylkeskommune. Deretter kunne fylkeskommunene bestemme sine egne budsjettammer for sine sykehus (Nerland, 2001).

I Sykehusloven fra 1970 er det gitt at fylkeskommunene har ansvaret for sykehusene, men det er ikke gitt særlige premisser for å bygge ut driften nasjonalt, og på en samordnet og samtidig faglig forsvarlig måte. Det var ingen landsplan for utbygging av sykehusene som fylkeskommunene skulle forholde seg til. Derfor funket finansieringsordningen som en oppmuntring til å bygge sykehusene mest mulig "egoistisk". Tidlig i 70-årene kom stortingsmelding nr. 9, som ikke ble kalt en landsplan, men; "Sykehusutbygging m.v. I et regionalisert helsevesen" som legger til rette premisser for en mer operasjonell planlegging, og en rammeplan for dette. Denne rammeplanen fungerte for hele helsevesenet, men konkretisert for det som angår det spesialiserte i helsevesenet. Meldingen er altså en ide om regionalisering (Berg, 2009, s. 433-434). Nå skulle sykehusene reorganiseres, og flere mindre sykehus og andre institusjoner legges ned. Sykehusene ble derfor kategorisert etter geografisk behovsdekning; regionssykehus, sentralsykehus og lokalsykehus. Rikshospitalet står utenom og hadde tiltenkte oppgaver som var landsdekkende (Kjelkvik, 2007, s. 226). Lokalsykehustypen skulle fortsatt hovedsakelig være tredelte sykehus. En slik deling, eller regionalisering, av sykehus ble argumentert for at det var lurt å samle de spesialiserte

funksjonen ved noen få sykehus, slik at det ble en rasjonell utnyttelse av ressursene, som vil gi tilfredsstillende kvalitet (NOU 1997: 2, s. 29).

Rammeplanen som ble introdusert i Stortingsmeldingen la til rette for at den medisinske behandling og omsorg skulle brytes ned til standardiserte og stadig mer presise tjenester og prosedyrer. Standardisering var nokså viktig for å kunne overvåke og lede ytelsen av tjenester, samt å plassere de ulike tjenestene på ulike nivåer. Likevel gikk ikke planen mye mot denne retningen, men tillater mye av tendensene fra det gamle medikrati og den daværende legeorienterte politikken (Berg, 2009, s. 435).

Det skulle vise seg at heller ikke rammefinansieringen hadde bare ønskelig effekt. Ved å implementere rammefinansiering, ville staten kontrollere kostnadsvekst og samtidig bremse utbyggingen. Utover 80- og 90-tallet skulle det imidlertid komme tilsynet flere svakheter ved rammefinansieringen. Intensjonen med budsjetttrammene var at de skulle være harde, men de viste seg å være relativt myke. Staten hadde en ettergivenhet overfor fylkeskommunene, og kombinasjonen med desentralisering av sykehusvesenet, ble det nå fravær av sammenheng mellom aktivitet og budsjett, i tillegg til fravær av nøyaktige kostnads- og aktivitetsdata. Den informasjonsskjevheten som oppsto av dette ble både utnyttet av fylkeskommunene og sykehusene til sin fordel. For å dekke over for svakhetene ved rammefinansieringen, besluttet man at fra og med 1.1. 1997 å tilføye en delvis stykkprisfinansiering (Nerland, 2001). For hver pasient et sykehus behandler, skal sykehuset få dekt en andel av kostnaden til den diagnoserelaterte gruppen (DRG) som pasienten blir plassert i. Fra og med 2000 har alle fylkeskommunene tatt i bruk denne stykkprisbetalingen (Nerland, 2001).

4.1.4 Styring og legenes stilling

I Stortingsmeldingen (nr. 9) nevnes det at systemet skal følge opp med driftskontroll og evaluering løpende. I tillegg representeres det en omlegging av Direktoratets, og derfor også den statlige styringen av helsevesenet. Nå skal en mer resultatorientert og nyttefokuset styring bytte ut den medikratiske-juridisk-politiske styringen. For å kunne gjennomføre dette blir det nå identifisert et behov for ledelsesprofesjonalisering. Det hadde vært stort preg av politikk og maktfordeling i de øverste organene i helseforvaltningen. Dette skulle nå bort, utenom de overordnede beslutninger som verdi- og interesseavveininger. Den gamle kurpengeordningen er nå erstattet av en "objektiv" basert finansiering, og statens bidrag var rammebevilgninger. På denne måten skulle staten få mer kontroll over utgiftene totalt, samt

mulighet for å sette begrensninger for mulige skjevheter geografisk i tildeling. Fylkeskommunene og sykehusene fikk nå et grunnlag for en mer bestemt økonomiledelse. Pengene kom i hovedsak ovenfra (Berg, 2009, s. 437-438).

Rammefinansieringen som innføres, skjer samtidig som man innser behovet for vektlegging av målstyring for sykehusene. Som et resultat av dette så man at flere administrative oppgaver ble flyttet nedover i systemet, ned til det enkelte sykehuset. Dessuten har ventelisteordningen og mer internkontroll også vært pådrivere av å øke mengden oppgaver de fleste sykehusene har fått tildelt, i tillegg til den (direkte) pasientrelaterte driften (NOU 1997: 2, s. 30). Det har blitt vektlagt å utforme former for organisering og ledelse, som følge av, dels den økende arbeidsdelingen, men også dels økende grad av desentralisering når det kommer til ansvar, myndighet og oppgaver. Med utviklet organiserings- og ledelsesformer er håpet at man opplever økt grad av samordning og koordinering. Dette er gjort med en mer adskilt profesjonell ledelse og ved å innføre divisjonalisert struktur.

Fylkeskommunene i 1976 skulle nå ha direkte folkevalgte fylkesting, noe som betyr at politikken kom til å spille en stor rolle for sykehusdriften. Fylkestinget ansetter en fylkesrådmann som sjef, og en fylkeshelsesjef som sjef for sykehusene, som ikke er utdannet lege. Direktøren på sykehuset rapporterte til denne fylkeshelsesjefen. Samtidig som nye direktører ved sykehusene nå skulle erstatte de administrerende overleger og sine forvaltere (Berg, 2009, s. 439). Linjen fra den administrerende overlegen som nå var borte og opp til sykehuskontoret i Helsedirektoratet var borte også. Utgiftene fortsatte å stige, mer enn planlagt. Dessuten kjente de nye sykehusdirektørene på utfordringer med å hevde sin autoritet overfor overleger.

I Helsedirektorat skjedde det samtidig en dragkamp mellom leger og økonomer. Økonomene med støtte fra andre departement, og legene som hadde laget planen selv. Økonomer, og tildels juristene så sitt snitt til å ta igjen på legene da Direktoratet skulle behandle fylkeskommunenes planer. Økonomer fikk stadig økende innflytelse, og det toppet seg da rammefinansieringen ble innført i 1980. Dog, så man at rammefinansieringen ga insentiver til sykehusene om å stramme inn, og i mindre grad effektivisere omkostningene. Sykehuskøene begynte med dette å vokse (Berg, 2009, s. 439).

Evang, og Mork delte samme holdning overfor legenes stilling; at de burde være statlig ansatt, men være samtidig faglig og ledelsesmessig frittstående, og i den grad opprettholde sin

autonomi, være selvstyrende. "Nimannsutvalget" (1972-1974) ble nedsatt får å se på prinsipper for normalansettelsesvilkårene sykehuslegene hadde. Helsedirektøren hadde et ønske om å "sosialisere" legevesenet. Arbeidsgiverne, og Norske Kommuners Sentralforbund jobbet for å gjøre legerollen til en vanlig arbeidstagende rolle. I løpet av 70-årene vant de igjennom med noen vesentlige punkter. De fikk igjennom i 1976/77 at det ble normaltariiff at underordnede leger måtte gi opp poliklinikken som privat praksis, samt fikk de gjennom at leger nå måtte gå med på å legge seg under tjenesteplaner og skrive timer. Denne avtalen kalles også "Portøravtalen" (Berg, 2009, s. 449). Videre ble de selvbestemte ansettelsesvilkårene erstattet av en tariffavtale. Men det betydde at legene selv gikk med på å gjøre seg til arbeidstagere (kontraktører), hvertfall overfor det offentlige, så kan man si at legene og Legeforeningen tapte retten til å kunne styre helt selv. Legeforeningen ble nå en normal fagforening.

Fylkeskommunene, de nye arbeidsgiverne erstattet som sagt administrerende overleger, legeråd og etter hvert forvalterne. Direktørene som skulle rapportere til forvaltningen, men som fikk gjort lite, forsvant med dem. En mer offensiv rettstatlighet svekket gradvis legestyret i helseforvaltningen. De eksisterende lovene var stort sett medikratiske fundert, og var lite bindende. Stadig bli disse lovene erstattet med mindre medikratiske lover, som Sykehusloven. Men også utover på 70-tallet kom stadig mer spesialiserte lover. De nye lovene ga juristene stadig mer virkemidler. Dette likte ikke legene særlig godt, skulle de utøve medikratiske skjønn, blandet juristene seg inn. Juristene kunne altså markere seg tydeligere (Berg, 2009, s. 450-451).

4.1.5 Profesjonalisering av tilsyn

Det blir i 1980 vedtatt ny legelov. I den gamle loven, gjeldende fra 1957, sto det at en leges autorisasjon eller lisens kunne kalles tilbake, men dette måtte skje gjennom domstolene, noe som var en tungvinn metode. I praksis bestemte Departementet (Direktoratet) om en sak mot en lege skulle reises eller ikke. Kravet for å kalle en autorisasjon tilbake var at legen var uskikket til å praktisere, og uskikket av konkrete grunner. Det vil si hvis legen hadde sinnssykdom, misbrukte alkohol eller andre bedøvende midler. Legen kunne få autorisasjonen tilbake, og disse sakene ble sjeldent reist. Et kontrollråd kunne likevel begrense en leges mulighet til for eksempel forskrive bedøvende midler, altså i hva en bestemt sak angår. Det ble allerede i 1971 nedsatt et utvalget som skulle foreslå en revisjon av legeloven. Dette

utvalget ville beholdet at autorisasjonstap skulle skyldes uskikkethet, men ville legge til noen viktige grunner. Disse grunnene kunne reflektere evnen legen hadde til å kunne praktisere, om det var fysisk svekkelse eller langtidsfravær. Autorisasjonen skulle dessuten bortfalle da en lege fylte 75 år, men kan i noen tilfeller få en begrenset lisens i noen ytterligere år. I tillegg, hvis man kunne vise til at legen var inkompetent av enkelte grunner, så kunne man trekke hens autorisasjon. Dette gjaldt i situasjoner der en lege viser "uverdig atferd". Utvalget mente at nå skulle beslutning om tilbakekalling av autorisasjon falle til Departementet (Helsedirektoratet), men skulle forhøre seg om uttalelse fra Statens legeråd før det ble fattet en beslutning (Berg, 2009, s. 455). Ny legelov blir et viktig grunnlag for profesjonalisering fra statlig hold om tilsyn. Både legeloven, og en ny tilsynslov kan også symbolisere et brudd med legenes selvstyre. Kontroll og tilsyn blir ansvar for myndighetene, men legene selv kan fortsatt bedrive egentilsyn, det blir ikke forbudt. Faktisk, i Tilsynsloven fra 1984 konstateres det med at det er en plikt hver lege har. Det begrunnes med for eksempel at dette bidrar til en "faglig kollegial kontroll" (Berg, 2009, s. 457).

Det offentlige bruker altså virkemidlet legene hadde benyttet seg av, og formalisert dette for å "sosialisere" kontrollen av legene. Det legges også til at Legeforeningen fortsatt kan ha en tilsynsrolle, uten at det blir spesifiserte plikter i lovverket. I praksis blir de tilsidesatt. Tilsynsmyndighetene er med dette overført til de offentlige helseorganene, som var i utgangspunktet nokså medikratiske preget, og som forholdsvis ennå var det. Dog, deres medikratiske styring ble svekket under splittelsen av Direktoratet i 1983, som bidro til at loven mer juridisk og mye mindre medikratiske. Det er å legge merke til at tilsyn og klager har altså endret seg. Tilsynet er nå rettet mer mot legene, og vekk fra "de andre". Det skjer et skifte fra et kollegialt tilsyn, til tilsyn fra det offentlig. Dessuten blir det også økende tilsyn rettet mot vanlige arbeidstakere, noe som henger sammen med forholdet vi ser i utviklingen for legene som går fra frie profesjonelle til arbeidstakere (Berg, 2009), s. 457-460).

Helsedirektoratet ble i 1992 omdøpt til et helsetilsyn, noe som understreket at tilsynsoppgavene i helsevesenet ble viktigere. Forvaltningsoppgaver ble både flyttet opp til Departementet, men samtidig ned til fylkeskommunene. I det nydøpte Helsetilsynet ble spenningen mellom forvaltnings- og tilsynsoppgavene stadig sterkere, grunnet stadig økende grad av profesjonalisering av spesielt tilsynsoppgavene. Dette førte til at i 2002 ble Helsetilsynet delt slik at tilsynsoppgavene forble i Helsetilsynet, mens forvaltningsoppgavene ble tildelt et nytt Helsedirektorat.

4.1.6 Spenninger i helseforvaltningen

Året 1994 representerer dog et skritt mot dette "endelige" gjennombruddet for moderniseringen. Helsetilsynsloven ble allerede i 1984 vedtatt, men man fikk kjenne på konsekvensene av innføringen av denne loven i 1994. Årene mellom 1984 og 1994 er sterkt preget av mye diskusjon rundt hvem som hadde ansvaret for tilsynet av helsevesenet, men også hva den skulle inneholde, og hvilken rolle den skulle spille. Det var også diskusjon rundt Departementets mulighet til å instruere Direktoratet om utøvelse av sin tilsynsrolle (Berg, 2020, s. 15). Tiåret mellom 1984 og 1994 reflekterer en dragkamp mellom gammelt og nytt, samt mellom departement og direktorat. Men det er også i dette tidsrommet at den organisatoriske spesialiseringen og funksjonell profesjonalisering i stor grad kan sees i sammenheng. Det skjer en integrasjon av det vertikale og det horisontale. Disse ti årene i Helseforvaltningens historie blir beskrevet av Berg (2020) som ganske dramatisk hvor Torbjørn Mork som helsedirektør og Harald E. Hauge (1936-2006) som ekspedisjonssjef i departementets helseavdeling, handlet på vegne av sine organisasjoner i ulike retninger. Mork ble som snakket om tidligere Helsedirektør i 1972, og fortsatte i sin stilling gjennom endringsfasen i 1983/84. Det var i dette momentet at Hauge kom på banen. Begge forsvant rett før 1994, hvor Mork døde i 1992, og like etterpå ble Hauge skyvet gradvis til side (Berg, 2020, s. 16). Denne dragkampen blir beskrevet som et uttrykk for smerter moderniseringen som skjedde i helseforvaltningen skapte for disse enkeltpersonene – men retter også lys over regimeskiftet man så utviklet seg, allerede under Evang, videreført under Mork.

Årene etterpå, fram til årtusenskiftet, var ikke like dramatiske. Tidsperioden er ikke like sterkt preget av sterke mannsfigurer i tet, for tiden skulle nå gradvis bli en annen. Det rettes fokus mot at lederne skal bli mer "profesjonelle" og opptatt av profesjonalitet. Dessuten, tiltrer Anne Alvik (f. 1937) som ny Helsedirektør, og Eldrid Nordby (f. 1942) inntreer rollen som ny Departementsråd. Disse to er viktige personer for at forholdet mellom Departementet og Direktoratet blir noenlunde varmt igjen. Alvik sitter likevel ikke så lenge, og går av i 2000, etter Bærumssaken, en spesiell tilsynssak (Berg, 2020, s. 16). Dette skaper noe spenning igjen mellom organene. Med Alviks avgang, blir den endelige og definitive avslutning av evangsk-morske æra markert.

4.1.7 Enhetlig ledelse og debatt

26. april 1996 satte Sosial- og helsedepartementet ned et utvalg for å: «Utrede organisasjons- og ledelsesforhold internt i sykehus» (NOU 1997: 2, s. 20). Juristen Vidar Oma Steine ble pekt ut til å lede arbeidet. Utvalget får i oppgave å kartlegge hovedproblemene ved organisasjons- og ledelsesstruktur i sykehusene. Steine-utvalget bes om å sette pasientenes interesser først, slik at både organisering av sykehusene og den enkelte helsearbeideren skulle ha dette i fokus. Det var ønskelig at pasienten skulle oppleve enhetlig tilbud i størst grad. I bakgrunnsnotatet for utvalget ble det skrevet at det var på høy tid med oppdatering for den interne organiseringen og ledelse i sykehus. Det blir pekt på et behov for ledelsessystemer for sykehusene, samt god ledelse internt på sykehuset. Det ble i et vedtak fattet av Stortinget i 1995 i forbindelse med budsjettbehandling for 1996, at det skulle legges til rette for enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer. Da skal det være et krav om administrativ ledelseskompetanse. Både klare ansvarslinjer, men også at det medisinsk faglige ansvar får ha nødvendig myndighet skal tas i betraktning under utvalgets arbeid, står det. Det blir med dette vedtaket lagt en del føringer, hvor en person blir tildelt ansvar, og det kreves heller ikke at denne lederen skal ha legeutdanning, men det stilles krav til administrativ ledelseskompetanse.

Enhetlig to-delt ledelse

I rapporten utvalget legger fram blir det nevnt at sykehusene på midten av 90-tallet har to ledelsesformer intern på sykehus, både enhetlig to-delt ledelse og en-delt ledelse. Utvalget gjennom en spørreundersøkelse konstaterer med at over 90% av sykehusene, 45 av 49 sykehus (som svarte), praktiserte to-delt ledelse. Dette baseres på avdelingsledelse med to personer, en avdelingsoverlege og en oversykepleier. Begge anses som enhetlig ansvarlige for driften, resultater, budsjett og administrasjon i avdelingen. Det medisinsk faglige ansvar har overlegen alene (NOU 1997: 2, s. 53). Det kommer fram i rapporten at noen av sykehusene har bevisst valgt denne modellen etter en utredningsprosess, mens i andre tilfelles har denne type ledelsesform fungert som en fortsettelse av det tradisjonelle samarbeidet mellom leger og sykepleiere. De fire resterende sykehusene som svarte på undersøkelsen, oppga at de praktiserte en-delt ledelse (NOU 1997: 2, s. 53).

Som medisinsk faglig ansvarlig fant legen seg fortsatt godt til rette i den to-delte ledelsesformen. Avdelingsoverlegen var på slutten av 90-tallet underlagt Legeloven, men hadde betydelig autonomi når det kommer til driften av avdelingen. Det var stort sett legen

som ansatte legene, var involvert i den strategiske utviklingen av avdelingen, metodene brukt, samt bestemte hvilke utstyr som skulle skaffes. Budsjettoppgavene, samt den generelle driften av avdelingen som inkluderer personalansvar og pleiepersonalet ble i stor grad overlatt til oversykepleieren. Likevel måtte avdelingsoverlegen forholde seg til sin arbeidsgivers styringsrett og instruksjoner. På denne måten blir også avdelingsoverlegen på lik linje som andre ansatte (NOU 1997: 2, s. 78).

At de fleste sykehusene praktiserer (enhetlig) to-delt ledelse, betyr det at vedtaket Stortinget kom med skal innføres på alle sykehus, vil det medføre store endringer på mange sykehus. Steine-utvalget legger fram sin tilrådning til ledelsesform videre i sykehus, nemlig at ansvarsforholdene bør klargjøres på avdelingsnivå. Det understrekes det at det er ledelsen sitt ansvar for at kompetent fagpersonell skal kunne samarbeide om pasientenes behov. Videre skriver utvalget at ledelsen må kunne sikre profesjonenes yrkesstolthet, og skape respekt mellom yrkesgruppene, og samtidig legge til rette for fagligutvikling som skal inkludere de ansatte.

Ny lovgivning

Sykehus har tre hovedoppgaver; pasientbehandling, utdanning av helsepersonell og forskning. Sykehusvirksomhet er som nevnt tidligere regulert i lov fra 1970. Steine-utvalget skriver at kun pasientbehandling blir formålsbeskrevet, og ikke utdanning eller forskning i loven. Derfor foreslås det å inkludere alle tre formålsbeskrivelser i ny lov for spesialisthelsetjenesten. Dette vil nemlig skape en ryddig og formell situasjon, og utvalget kommer også fram til at sykehusledelsen vil kunne koordinere de samlede ressursene for sykehuset på et klarere grunnlag (NOU 1997: 2, s. 83). I kjølvannet av Steine-utvalgets rapport får vi en helselovsreform i 1999. Denne våren ble nemlig 4 nye helselover vedtatt; Spesialisthelsetjenesteloven, Psykisk helsevernloven, Pasient- og brukerrettighetsloven, og Helsepersonelloven. Loven om spesialisthelsetjenester skal fra nå av regulere alle spesialisthelsetjenester, det vil si helsetjenester som ikke utføres på kommunalt nivå. I loven blir de organisatoriske og administrative forholdene rundt sykehus, samt deres poliklinikker, regulert. På denne måten blir nå ansvarsfordelingen og de generelle oppgavene bestemt (Bahus, 2023). Dessuten får Spesialisthelsetjenesteloven formålsbeskrivelser angående utdanning av helsepersonell og forskning (§3-8) – i tillegg til pasientbehandling, som ble uttalt av utvalget.

Når det kommer til ledelse i sykehus kom Steine-utvalget med anbefaling om at det må være en ansvarlig leder på alle nivå i sykehus. Dette blir konkretisert i §3-9: «Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer» (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, §3-9). Angående utvalgets anbefaling hvis en avdelingsleder ikke har medisinskfaglig kompetanse, må dette ansvaret legges til en annen med relevant kompetanse. Denne personen må dessuten ha nødvendig myndighet. Dette blir også konkretisert i samme paragraf: «Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglig rådgivere» (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, §3-9).

Behandling på sykehus innebærer i stor grad et samarbeid mellom ulike faggrupper. Helsepersonelloven skal sørge for at helsepersonell og virksomheter har god kvalitet på helsetjenester. Som formål blir det argumentert at denne loven skal bidra til sikkerhet for pasientene, både til kvaliteten, men også tillitt til helsepersonellet. Leger blir igjen ilagt en lov, og må innrette seg etter krav stilt til sin profesjonsutøvelse. Disse kravene blir nå lovfestet, og helsearbeidere har nå plikt å følge profesjonsansvaret, etter §4. Helsepersonell har med dette en felles lov, men legenes autonomi skinner likevel gjennom i §4 tredje avsnitt: «Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient» (Helsepersonelloven, 2001, §4). Dessuten slår Helsepersonelloven fast vilkår for å få autorisasjon, legelisens og spesialistgodkjenning. Dessuten blir pliktene knyttet til godkjenninger konkretisert, i tillegg til kriteriene for å bli fratatt disse (Babus og Molven, 2023). I § 16 står det: «Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter» (Helsepersonelloven, 2001, §16). Et slik ledelsesansvar blir ilagt eierne av sykehusene som igjen må ansette ledere som kan overholde disse lovkravene.

De nye helselovene trer i kraft fra 1.1.2001 og skaper en voldsom debatt om ledelseskompetanse, modeller og organisering av sykehus. Profesjonsinteressene i helsevesenet blir samtidig berørt. Legene og Legeforeningen uttaler sin sterke mening at kun en lege kan lede kliniske avdelinger i et sykehus. På andre siden har du sykepleierne som mener de er like kvalifiserte til å lede slike avdelinger. Hvilke faglige kvalifikasjoner som er nødvendig for å kunne ha myndighet og ansvar som leder i sykehus blir sentral i debatten. I tillegg blir det uttalt av Karl Glad, advokat og forhenværende styreleder ved Ullevål sykehus, at: «Det er en fordel, men ikke en forutsetning, at lederen for den enkelte avdeling eller

ansvarsenhet er lege» (Sundar, 2000). Det blir lagt til at det kan være fordelaktig med tanke på faglig kompetanse og legitimitet. Dog, blir det belyst viktigheten med å skape ny kultur for ledelse i helsevesenet. Fra januar 2001 skulle nå alle sykehus belage seg på omstillingen av sykehusledelse, og innføre enhetlig ledelse på alle nivåer. Men, omstillingen gikk ikke stille i dørene. Omlag halvparten av sykehusene kunne rapportere om at det hadde oppstått uro og konflikter ved innføringen. Ved å se nærmere på hva som utløste konfliktene var det en; at det ble uavklarte ansvarsforhold, og to; legene ville ikke akseptere andre faggrupper i lederstillinger. Likevel la uroen seg etterhvert, både etter en avklaring fra helsemyndighetene angående forvaltning av medisinsk ansvar, samt at arbeidsdelingen viste seg å fungere i avdelinger med ikke-leger som avdelingsledere (Gjerberg og Sørensen, 2006).

4.1.8 Helseforetaksreform

I 2001 blir en odelstingsproposisjon (Ot.prp. nr. 66) om en ny lov om helseforetak lagt fram av Sosial- og Helsedepartementet. Dette forslaget blir godkjent i statsråd samme dag den blir lagt fram. Reformen har to hovedelementer, nemlig at staten tar over eieransvaret for virksomhetene i spesialisthelsetjenesten og at virksomhetene ble organisert i foretak. Fra 1.1.2002 skal nå Staten overta ansvaret for spesialisthelsetjenesten som helhet og tjenestene blir organisert under regionale helseforetak (RHF). Fem regionale helseforetak blir opprettet; Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest, Helse Sør, og Helse Øst. Helse Sør og Helse Øst blir senere, i 2007, til Helse Sør-Øst. Det er Helse- og omsorgsdepartementet som har styringen over RHF-ene, og som administrerer gjennom lover og vedtekter, foretaksmøter og sender oppdragsdokumenter. Det er gjennom disse møtene at beslutninger av vesentlig grad og betydning blir fattet. Mens i oppdragsdokumentene stiller Departementet krav til oppgaver som skal utføres det kommende året. Disse sendes ut i forbindelse med fremlegging av statsbudsjett i Stortinget. Under disse RHF-ene blir de offentlige sykehusene organisert som helseforetak (HF) (Hagen, 2023).

Helseforetaksreformen omfatter flytting av 100 000 ansatte fra fylkeskommunalt nivå til statlig nivå, og med det blir det igjen nye organisasjonsmodeller og styringssystemer iverksatt for spesialisthelsetjenesten. Reformen er den største reformen noen gang i Norges offentlige sektor, og skjedde relativt raskt. Men, man kan argumentere for at reformen kan ses på som et resultat av de ulike forholdene som har blitt tatt opp i dette delkapittelet (4.1), altså et økende behov for regionalisering, og eksisterende styringsproblemer gjennom tiår (Hagen, 2023).

Enhetlig ledelse-reformen er en viktig hendelse som forsterker styringen ovenfra og ned i linjen, med utgangspunkt i politikken. Deretter kommer Helseforetaksreformen noen år etterpå som markerer ytterligere at sykehusene har blitt til bedrifter. 2002-reformen skal nogen lunde være mer uavhengig politikken, og skal dessuten styres på profesjonelt vis og ses på som neste omdreining i prosessen. Legene mister i noen grad lederposisjonene, men har i årene etter gradvis fått de tilbake. Likevel skal legene nå styre på oppdragsgivernes (politikkerne) sine premisser. Med andre ord så er de fleste direktørposisjonene besatt av leger, men de styrer på den «nye» måten.

I årene etter innførselen av Helseforetaksreformen i 2002 skjer det ingen drastiske endringer, men heller snakk om videreutvikling og man ser en mer gradvis utvikling. I 2008 blir en Samhandlingsreform lansert, og trer i kraft fra 2012, som omfatter integrasjonen av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det stilles fortsatt spørsmålsteget til ved enhetlig ledelse og helseforetaks-organisering er den beste måten å organisere spesialisthelsetjenesten på i tiden etter. De praktiske erfaringene og tilpasninger gjort i de ti første årene etter innføringen av reformen bidro til visse endringer i Helseforetaksloven som tredde i kraft 1.1.2013. I 2015 ble det nedsatt på nytt et utvalg som skulle vurdere alternative modeller til eierskapsorganisering av sykehusene, samt inndelingen av helseregioner og antallet helseforetak (NOU: 2016: 25, s. 9).

4.2 Medisinsk og teknologisk utvikling

Innenfor medisinsk forskning og praksis er fremskrittstanken dypt forankret. Et grunnleggende ønske med forskning er å stadig forbedre kunnskapsnivået og forholdene sammenlignet med det som har vært. Derfor tenker man at det er en lineær og vedvarende utvikling innenfor medisinen. Det skal også nevnes at for mange er det å gjøre medisinske fremskritt en selvfølge, og skal heller ikke diskuteres eller sette spørsmålsteget til. Den medisinske utviklingen er nært tilknyttet medisinsk forskning. Det er differensiering og spesialisering som er de viktigste trekkene da man ser i moderne medisin. Det har skjedd, og skjer en utvikling, og utviklingen skjer raskt. Stadig blir nye tilstander av sykdom beskrevet, diagnostiske metoder blir erstattet med nye, og generelt blir behandlingstilbudene endret. Men det skal tas i betraktning dette skillet mellom fremskritt og endringer, for endringer kan

nemlig være både forbedrende, forverrende eller være verdinøytrale. Ta for eksempel et nytt medikament som blir utviklet. I starten kan dette medikamentet bli vurdert som et bedre alternativ til eksisterende medisiner, men medikamentet kan vise seg å ha uheldige bivirkninger og dermed bli trukket tilbake (Søvik, 2000).

4.2.1 Tidlig utvikling

Humoralpatologien utgjorde stort sett rammeverket for den dominerende medisinske tenkningen i Europa fram til 1800-tallet. Humor betyr væske, og denne patologien forklarte sykdom som følge av ubalanse mellom de ulike kroppsvæskene; blod, slim, svart galle, og gul galle. Man mente at en sunn kropp hadde harmoni blant disse nevnte prinsippene, man skulle nemlig ikke være for varm, for kald, ikke være for tørr eller for fuktig. Hvis kroppen ble syk, ble det forklart med at det ene prinsippet dominerte og førte til ubalanse. Å gjenopprette kroppslig balanse var legens viktigste oppgave. Humoralpatologien så dessuten sykdom som berørte hele organismen, altså mennesket, og ikke bare enkeltorganer. Virkemidler som å tappe blod ved årelating, bruke avføringsmidler for å rense kroppen, eller regulere kosten for å påvirke den kroppslige balansen var standard. Diagnoser var ikke viktig, og man så på det som lite interessant (Skålevåg, 2021).

I siste halvdel av 1800-tallet tok man store skritt i utviklingen av medisinsk vitenskap, og særlig innenfor kirurgi. Kirurgien sto utenfor medisinen over lang tid, men ble nå inkludert i medisins profesjon. På begynnelsen av 1800-tallet var pasientens smerte en sterk begrensning for kirurgiske inngrep. Men i 1844 blir morfin oppdaget, og ble brukt for første gang i forbindelse med kirurgi i 1846. Nå kunne man operere indre organer, relativt uten smerte for pasienten. Dog, var det ofte pasienten døde av infeksjon i etterkant av operasjonen. I 1865 utviklet legen Joseph Lister en karbonsyrespray som kunne brukes under inngrep, altså ble antiseptis tatt i bruk. På denne måten ble antallet infeksjoner etter kirurgiske inngrep redusert kraftig. Lister påsto nemlig at det var mikroorganismer i luften som forårsaket infeksjoner. At mikroorganismer ble påvist i etterkant også på hendene, instrumentene og klærne brukt, er også et stort gjennombrudd for kirurgien (NOU: 1997: 2, s. 26).

Den medisinske utviklingen skjøt igjen fart etter krigen, etter en relativt flat utvikling på begynnelsen av århundret. På 40-tallet ble penicillin oppdaget som mulig behandling på bakterieinfeksjoner. På denne måten kunne mange som tidligere døde av bakterielle infeksjoner, særlig luftveisinfeksjoner, få antibiotikakurer og bli frisk igjen (Skålevåg, 2021).

4.2.2 Teknologisk revolusjon

På mange måter kan man argumentere for at det 21. århundret starter på 70-tallet. Ikke bare skjedde det profesjonalisering av styring og ledelse i helsevesenet, men det skjedde samtidig en kraftig utvikling av samfunnet og verden generelt. Denne tiden markerer på en måte slutten av etterkigstiden, og en ny epoke starter her. Teknologi tok store skritt på 70-tallet, og elektronikkrevolusjonen var i gang. På begynnelsen av 70-tallet ble de første personlige datamaskinene (pc) tatt i bruk, og disse hadde en bratt utvikling utover tiåret. IT-teknologien slår også for alvor gjennom nå. Maskinene fikk etterhvert nyttige applikasjoner som gjorde hverdagen enklere, både på jobb og for privatpersonen (Rossen et al., 2023). Det var i størst grad den industrielle revolusjonen som hadde preget samfunnet fram til 70-tallet, men maskinene som ble laget, spilte en betydelig rolle i samfunnet ved at de «avfolket» industrien med å ta i bruk maskiner. Prosessene kunne gå mer eller mindre kontinuerlig. Likevel var det en «dum» teknologi som ikke kunne tenke selv. 70-årene markerer et skille ved at maskinene blir mer og mer intelligente, det skjer en elektronisk revolusjon (Berg, 2018). Det betyr at man kan angripe virksomhet som er basert på tenkning.

4.2.3 Profesjonalisering

I 1895 ble røntgenstråler oppdaget, og ikke lang tid etter ble et røntgenapparat tatt i bruk ved sykehus. Litt og litt ble den medisinske vitenskapen institusjonalisert ved sykehus, gradvis vokste moderne behandling og diagnostikk, og det ble gradvis en økende gjensidig avhengighet mellom sykehus og legene (NOU: 1997: 2, s. 31). Sykehusene var avhengig av legene (spesialistene) for å kunne levere behandling, mens legene var avhengig av ressursene på sykehus for å kunne bruke moderne behandlingsmetoder. I stadig større tempo ble både ny kunnskap, teknologi og behandlingsmetoder utviklet, og behovet for en mer spesialisert organisering blir en realitet. Dette resulterer i en gradvis utvikling mot en sterkere spesialisering og arbeidsdeling og det blir stilt høyere krav til spisskompetanse som fører til en større grad av arbeidsdeling. Med dette blir det nye opprettelser av hoved- og grenspesialiteter. Disse spesialitetene har økt jevnt og trutt siden 1918, men vokste særlig etter krigen. Det er i dag 28 hovedspesialiteter, men indremedisin og kirurgi er delt inn i 14 grenspesialiteter (NOU: 1997: 2, s. 28).

Den vitenskapelige og teknologiske utviklingen er altså roten og drivkraften til en økende sterk spesialisering, og er utenkelig uten denne utviklingen. Utviklingen er "ekstern" i forhold

til utviklingen av sykehus, og har skjedd uavhengig av sykehusets organisasjonsstruktur, størrelse, eller pasientgrunnlag. Men, medisinsk og teknologisk utvikling har påvirket hvordan et sykehus er organisert og inndelt etter blant annet hovedspesialiteter. Utviklingen beskrevet, har ført spesialisering av medisinen med seg, som igjen åpnet sykehuset som arbeidsplass for nye yrkesgrupper (NOU: 1997: 2, s. 31). Etterhvert som medisinen har blitt mer og mer spesialisert og det settes høyere krav til spisskompetanse, har altså spesialistene og kirurgene blitt mer og mer avhengig av de nye arbeidsgruppene for å gjennomføre en behandling. Dessuten har sykepleien også hatt en økende spesialisering. Sykepleiere tar fler og fler oppgaver som leger og kirurger gjorde før, og etterlater arbeidsoppgaver som sykepleiere pleide å gjøre til andre helsearbeidere. Dog, kan legene føle at sykepleiens spesialisering kan virke utfordrende mot sin egen posisjon i sykehusene (NOU: 1997: 2, s. 28).

Den faglige utviklingen gjør dessuten medisinen og legene mer avhengig av andre fag. Tidligere har medisinen i stor grad vært autonom, som betyr at den er selvstendig og fri. Etterhvert som teknologien blir mer og mer avansert, blir medisinen faglig sett mer heteronom, det motsatte av autonom (Berg, 2022). Et eksempel på dette er informasjonsteknologien, altså elektronisk pasientjournal. Det er her man finner nødvendig informasjon om pasienten. I tillegg har man diagnostisk utstyr som røntgen, MR-, og CT-undersøkelse for å trekke fram noen. Teknologene som opererer slike maskiner, blir viktigere. Samt, på sykehusene i dag er det vanlig å ha laboratorier hvor kjemikere sitter, og kan for eksempel analysere blodprøver. Med andre ord spiller kjemikere en større klinisk rolle enn før. På denne måten baserer ikke medisinen seg på egen kunnskap lengre, men også på kunnskap fra andre fag (O. Berg, personlig kommunikasjon, 26. januar).

4.2.4 Fra skjønn til presisjon

Clayton M. Christensen (2009) er professor ved Harvard Business School og forklarer at medisinen blir mer og mer presis grunnet forskning. Diagnostikken i dag er presis. Legen kan undersøke om pasienten er gravid eller har høyt blodtrykk, og få et presist svar. Tilbake i tid var ikke dette mulig. Da så man på symptomer. Kroppen har bare noen få måter å si fra på, man kan føle seg uvel, kan føle deg slapp, eller kan ha vondt et sted. I gamle dager måtte lege prøve å klassifisere sykdommen på grunnlag av disse få symptomene, og som kan reflektere mange sykdommer. De kjente ikke kausaliteten, noe man i dag kjenner i mye større grad til.

Det som har blitt utviklet over tid, er at man kan presist definere sykdommene. Med andre ord har medisinen utviklet seg fra å være intuitiv til å bli presis (Christensen, 2009, kap. 5 s. 2). Med presis menes effektiv, at den virker. Hvis man drar til legen med lungebetennelse, kan legen stille en presis diagnose, og man kan få for eksempel penicillin som man er ganske sikker på at virker, og gjør pasienten frisk igjen.

Presisjon fører til enklere behandling, fører til at man kan lage regler, slik at lungebetennelse behandles på en viss standardisert måte. Disse reglene blir til slutt nærmest diktater. Når man er på vei opp i utviklingen av medisinen, går disse reglene fra å være litt "sannsynlighetsregler" til diktat eller presise regler (Christensen, 2009, kap. 5 s. 2). En slik utvikling påvirker også legenes autonomi. Den intuitive medisinen er skjønns-medisin, og er basert på erfaringer. Det var mye av grunnlaget til legenes autonomi. Kunnskapen har tidligere sittet i hodet på legen, nå er den flyttet ut av legens hode, og nedskrevet som retningslinjer. Dette har dominert medisinen siden 1990-årene, og blir utnyttet av myndighetene. Dessuten kan myndighetene evaluere hvordan en lege har praktisert, fordi legene avsetter nemlig elektroniske spor når de utfører et inngrep eller behandling. Takket være teknologien er de fleste journaler i nyere tid elektroniske, og er mer tilgjengelig. Leger forklarer hvilke behandlinger de har satt i gang, eller hvilke inngrep de har gjort per pasient. Det er dette som er kunnskapsbasert medisin, og betyr at man kan styre i større grad det faglige helt ut, fra myndighetenes side. Legene kan bli sammenlignet i noen grad med samlebåndsarbeidere, med tanke på at de har mindre rom til å utøve skjønn i sitt arbeid, sammenlignet med før. Det skal likevel nevnes at dette avhenger litt av hvilken spesialisering en lege har (O. Berg, personlig kommunikasjon, 26. januar).

4.2.5 Persontilpasset medisin

Tidligere i oppgaven har en styringsreform fra 1970-tallet og utover blitt beskrevet. Noe av grunnen til at en slik reform fant sted kan forklares med at både medisinen og medisinsk utstyr utvikler seg stadig – og blir mer og mer kostbar. På 2000-tallet har kunnskapsgrunnlaget for blant annet molekylærbiologi blitt kraftig utviklet. Slik kunnskap har gjort det mulig å utvikle mer persontilpasset medisin. Behandlinger er skreddersydd til enkeltpasientens genetiske profil. På denne måten vil pasienten kunne få riktig behandling, som skal bidra til en mer effektiv behandling (Helsenorge, 2021). Det er nemlig slik at hvis en pasient blir diagnostisert med prostatakreft, finnes det ikke bare en variant av denne

krefttypen. Samtidig som man har gjort oppdagelser av nye varianter av krefttyper, betyr det at man har utviklet nye typer medikamenter og behandlinger, rettet mot akkurat den varianten en pasient har. Eksempelvis var det i 2009 oppdaget 51 varianter av leukemi. En standard behandling for blodkreft er ikke nødvendigvis effektiv for alle 51 varianter av krefttypen (Christensen, 2009, kap. 8 s. 13).

Noen varianter av kreft er svært sjeldne og krever spesielle behandlingsalternativer og medikamenter. Enkelte behandlinger og medikamenter er rettet mot en andel av kreftpasienter som blir mindre og mindre, og blir derfor dyrere og dyrere. Produksjon av slike medikamenter som ikke er «blockbusters» for legemiddelselskapene blir dermed svært kostbare for de ytterst få som trenger dem, såkalte «nisje busters» (Christensen, 2009, kap. 8 s. 13). I Norge er det Beslutningsforum for nye metoder som bestemmer hvilke medikamenter og behandlinger som skal tas i bruk eller ikke. Dette statlige organet ble etablert i 2013 som følge av det økende behovet for prioriteringer og effektiviseringstiltak man har sett fra 80-tallet og utover (Nye metoder, 2020). I referater fra deres møter i nåtid ser man at det i aller største grad handler om nye typer kreftmedisiner. Dette er kontroversielt i den grad at medikamentene blir mer spesialiserte og persontilpasset, men samtidig dyrere og mindre tilgjengelig. Da kan man stille seg spørsmålet om slike behandlinger som blir vurdert som forbedrede behandlingsalternativer, har (for) høy verdi, og dermed blir nærmest verdinøytrale fordi de er utilgjengelige.

4.3 Pasientrevolusjon

4.3.1 Tradisjonelle roller

Lege-pasient-relasjonen har gjennom tiden vært sterkt preget av markerte, tydelige roller. Legerollen fra gammelt av har hatt både autonomi og autoritet overfor annet helsepersonell – men også overfor pasientene i aller høyeste grad. Den tradisjonelle pasientrollen har vært preget av å være underdanig legen, og hadde verken kunnskap til å motsi legens råd og beslutning – eller *vilje* til det. Legen visste som regel best, fordi de var fagfolk (Solberg, 2020). Legenes autonomi kommer spesielt tilsynet ved fenomenet «legevisitt». Legevisitten er en sentral aktivitet på sykehuset i hele verden. Som pasient kan legevisitten oppleves som en

«parade» av hvite frakker med turnusleger, medisinstudenter og sykepleiere på slep. Slike visitter skjer som oftest uanmeldt hvor legen i hovedsak snakker til følget sitt og i ny og ne lytter til hva pasienten har å si. Denne «paraden» er mest opptatt av funn, testresultater, sette en diagnose, og undervisning. Pasienten på sin side er opptatt av hvordan sykdommen vil påvirke livet i framtiden. Man kan argumentere for at det var legenes prioriteringer som ble favorisert i legevisittene, og pasienten opplevde en begrenset dialog (O'Hare, 2007). I legevisitten har ikke pasienten hatt verken selvstendighet eller myndighet (Saga og Thomassen, 2018).

4.3.2 Pasientrolle i forandring

Dog, viser det seg at denne relasjonen har blitt utsatt for store endringer i nyere tid, og rollene er ikke lengre entydige og klare. Det har nemlig skjedd en revolusjon i samarbeidet og relasjonen mellom lege og pasient (Søvik, 2000).

Tilbake i tid var det heller ikke vanlig for pasienten å sitte med kunnskap om sykdommer eller behandlingsmuligheter. Informasjon og kunnskap var ikke like tilgjengelig som det den er i dag. Kunnskap som i dag kan søkes lett fram til på internett med noen få tasteklikk, var ikke like lett før, når ytterst få «vanlige folk» hadde tilgang på leksikon eller andre fagbøker. Spesielt i de laveste samfunnslagene før i tiden hadde heller ikke premisser til å gå på skole lenge nok til å tillære seg høyt nivå av kunnskap, fordi de måtte hjelpe til økonomisk i familien. Etter som verden har forandret seg, og teknologien har blitt nærmest «allemannseie», er situasjonen i dag helt annen. På 70-tallet opplevde man en stor kvinnebevegelse, som fikk fart på antall kvinner som begynte å ta utdanning og jobbe. Generelt tar flere og flere utdanning mot slutten av 1900-tallet, og i dag har ca. en tredjedel av befolkningen utdanning på høyskole- eller universitetsnivå (Statistisk sentralbyrå, 2023). Det er forsket på at disse menneskene er både mer selvbevisste og ressurssterke sammenlignet med de som har ingen eller lav utdanning. Pasienter har i større grad har blitt «bemyndiggjort» i nyere tid, ved å utnytte sin kompetanse og ressurser (Saga og Thomassen, 2018).

Ny pasient- og brukerrettighetslov kom som en del av helselovsreformen i 1999. Det var ønskelig fra Myndighetenes side at pasientene blir satt i fokus, da Steine-utvalget ble nedsatt til å se på organisatoriske problemer i sykehussektoren. I 1999 blir pasienters rettigheter presentert i form av lovtokst, og iverksatt fra 2001. Loven gjelder alle i Norge, og spesifiserer

at helsehjelp skal i utgangspunktet gis med pasientens samtykke. § 2-1 b. spesifiserer at: pasienten har «Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §2-1 b.). I § 2-2 blir pasientens rett til vurdering spesifisert, og setter også en tidsfrist for spesialisthelsetjenesten til å informere pasienten om sin rett til behandling, og eventuelt når den settes i gang. Dessuten skal pasienten opplyses om klagemuligheter og frister for å klage. Også at pasienten har rett til å velge behandlingssted blir lovfestet i § 2-4. Det er opp til pasienten å velge offentlig eller privat behandlingssted. Videre har pasientens rett til medvirkning i gjennomføringen av helsetjenester og til å få informasjon om ulike tilgjengelige behandlingsmetoder, blitt stedfestet i kap. 3 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 2-1 til 3-7).

At pasienten har forsterket sin rolle i lege-pasient-relasjonen er spesielt synlig i de situasjonen hvor pasientene har kroniske sykdommer som diabetes, leddgikt, astma og epilepsi. I dag vil pasienten selv definere seg som bruker og ønsker hjelp til selvhjelp (Søvik, 2000). Generelt sett har det skjedd en utvikling i individets identitetsbevissthet (Berg, 2022). De tar selv ansvar for egen sykdom, og pasientene går fra å være lydige til å bli selvstendige. Legen sitter med fagkunnskapene, men pasienten har også en ekspertise, for pasienten kjenner selv problemene sine best. Dette former en ny legerolle som for noen mer tradisjonelle eller eldre leger kan synes å virke truende. På sett og vis har autoriteten blitt rokket om på. Det kan argumenteres for at pasienter i slike roller, vil gjøre de bedre egnet til å ta vare på sin egen helse. Dessuten vil det også ha en positiv effekt på helsevesenet i den grad at man vil forhåpentligvis redusere bruk av ressurser. Samt at pasientene vil få en økt menneskelig verdighetsfølelse, fordi den passive mottakerrollen som pasienten tradisjonelt har hatt, blir redusert (Søvik, 2000).

4.3.3 Press nedenfra

At pasientene i dag sitter med mer kunnskap en tidligere, har styrket pasientposisjonen i lege-pasient-forholdet. Man blir mer kritiske etterspørere, og mer utfordrende i møte med legen. Det har altså skjedd en pasientrevolusjon, og pasienter begynner å stille høyere krav. Dette vil i stor grad ha betydning for legenes autonomi, i den grad at legene nå må svare på pasientenes mer kritiske spørsmål og imøtekomme deres høyere krav. Man kan i dag argumentere for at pasientene i økende grad har fått autonomi, i form av at leger og helsepersonell skal både

respektene og fremme selvstyring og selvbestemmelse for pasienten (Solberg, 2020). Det er ikke nødvendigvis legene som alene tar beslutninger om behandling lengre. En forsterket pasientrolle kan føles som press nedenfra, og virke angripende mot legerollen. Legene blir fra 70-tallet på alvor angrepet ovenfra av myndighetene og ledere, men utover 80-tallet opplever legene også ett press nedenfra av pasientene, da forbrukerrevolusjonen for alvor får fart (Berg, 2022).

Formålet med helsevesenet er å opprettholde god helse. Man går gjerne til legen for å finne ut om det er noen galt, hvis man har vondt eller har rare symptomer. Medisinen er basert på at man ønsker å være frisk og beholde god helse så lenge som mulig. Tradisjonelt har det betydning at legen ikke har trengt å få et oppdrag av pasienten, fordi man tar det som en selvfølge å ville være frisk (Berg, 2022). Dette er fordi vi kan forutsette at praktisk talt alle anser helse som en autotelisk verdi; at det har sin begrunnelse i seg selv (Norske akademi for språk og litteratur, 2023). Dog, er dette blitt noe forandret på i moderne tid. Pasienten kan oppsøke legen med visse intensjoner, eksempelvis å forandre på utseende. Pasienten blir dermed en kunde med et formål, og gir et oppdrag til legen. I dag kan det argumenteres for at medisinen i noen grad trenger oppdragsgivere (O. Berg, Personlig kommunikasjon, 26. januar). Vi ser det innenfor kosmetisk kirurgi, men også innenfor idrettsmedisin for å øke prestasjoner, og man begynner å snuse på tanken om å pre-designe mennesker for at barnet skal få ønskede ferdigheter, eller ønskelig utseende. Det er teknologien som har gjort det mulig å tillære oss kunnskap om, og vil gjøre medisinen i en viss grad mindre autonomt.

4.4 Legedemografi

Legeprofesjonen ser ganske radikalt annerledes ut i dag, enn for 100 år siden. Tradisjonelt har det kun vært menn som har blitt leger. Ikke før i 1893 ble første kvinne uteksaminert fra medisinstudiet i Norge (Aasland, 2022). Å være lege betydde høy status og var en høyverdig person. Fordi legene hadde høy grad av kunnskap og kompetanse, var det ingen som verken kunne konkurrere med dem eller erstatte deres plass i samfunnet. Leger har derfor stått trygt på en pødestall i mange århundrer (Aasland, 2006). I tillegg til at flere kvinner blir leger, er det også endringer i legenes arbeidstid, som kan henge sammen med den utviklingen samfunnet

har sett de siste tiårene. Man kan på flere måter si at å være lege er ikke lengre en livsstil, hvor legene jobbet døgnet rundt, og at jobben alltid stått i første rekke.

4.4.1 Likevekt mellom kjønn

Samme året den første norske kvinnelige medisinstudenten ble uteksaminert ble det uttalt følgende av to prominente mannlige leger: «Legekallet krever også mer enn kunnskap; det krever en viss tilregnelig og rolig omtanke, en fasthet i karakter og vilje, en viss ro og sinnsro i tankene, som kvinnen ofte mangler eller i det minste bare tilegner seg» (Aasland, 2022). Historien, kan man si med trygghet, har vist disse mennene feil. Kvinner er nemlig i ferd med å tallmessig overta det medisinske hegemoniet (Aasland, 2022).

Det er i dag tallmessig likevekt av kjønn blant yrkesaktive leger i Norge. Slik har det ikke alltid vært. Legeforeningen har siden 1930 ført en legestatistikk på hvor mange som var kvinner av totalt antall yrkesaktive leger. Disse tallene inkluderer alle leger, ikke bare leger som jobber i spesialisthelsetjenesten. I 1930 var kun 6,8% av yrkesaktive leger, kvinner. Denne prosentandelen har gradvis økt i tiårene etter (Legeforeningen, 2014). På slutten av 60-tallet og begynnelsen på 70-tallet starter en feministisk bevegelse for fullt, hvor en mengde kvinner, særlig unge kvinner, tok et oppgjør med den tradisjonelle husmorsrollen i etterkrigstiden. Disse unge kvinnene, som gjerne hadde utdanning, hadde ønsker om andre betingelser for sin framtid enn de mødre generasjonen sin hadde. Den feministiske bevegelsen ville demonstrere for retten til å styre selv når, eller om de i det hele tatt skulle få barn, samt mulighet for en kombinasjon av arbeid og familie (Hagemann, 2023). Andelen kvinnelige leger har mellom 70-tallet og fram til årtusenskiftet tredoblet seg, fra 10% i 1970 til 31,4% på 2000-tallet (Legeforeningen, 2014). Per 2023 er andelen 54,7% kvinnelige leger (Legeforeningen, 2023). Hele 70% av de som søkte på medisinstudiet i 2021 var dessuten kvinner (Samordna opptak, 2022).

Likestilling

I moderne tid, etterhvert som den feministiske bevegelsen har kjempet seg fram og flere kvinner inntar arbeidslivet, har også likestillingen blitt rettet mer og mer fokus på. Aasland (2022) skriver om leger i hans generasjon opplevde kvinner som studerte medisin, og ville gifte seg med en mannlig student, jobbet kvinnene i deltidsstilling i flere år for å få hverdagskabalene til å gå opp for å kombinere det med husmoryrket, hvertfall mens barna var

små. På den tiden var andelen kvinner på et kull ned mot 15%, og for mange kvinner ville husmorrollen og familielivet forsinke spesialistutdanningen og karriere videre. I dag er samfunnet på mange måter bedre tilrettelagt for familier med begge foreldre i full jobb, sammenlignet med tidligere. På denne måten har det forhåpentligvis gitt mer likestilling i karrierevalg (Aasland, 2022). Dessuten, er det ikke lengre bare kvinner som blir hjemme med barna i permisjon. Det har de siste årene blitt stadig mer og mer vanlig å treffe på menn i pappapermisjon ute og triller barnevogn.

4.4.2 Legetetthet og spesialisering

I 1880 (ca.) var det 3500 nordmenn per lege. I 2005 er det 254 nordmenn per lege. Denne veksten ser ut til å fortsette videre (Aasland, 2006). Andelen leger med utenlandsk statsborgerskap ser også ut til å vokse. Blant de yrkesaktive legene i 2005 var 16% med utenlandske statsborgerskap. Samt er det som nevnt at flere kvinner også blir leger, og man ser at antallet yrkesaktive leger har steget gradvis med årene. Per 1.1.2023 er det 30 940 yrkesaktive leger i Norge (Legeforeningen, 2023). Ifølge oversikten Legeforeningen har, har det aldri vært så mange som nå. Det utdannes altså leger i et høyere tempo, enn befolkningsveksten har. Legetettheten i Norge er blant de høyeste i verden. Likevel finnes det fortsatt legemangel (Aasland, 2006).

En mulig forklaring på at samfunnet står overfor legemangel, er stadig økende behov for spesialisering og kompetanseheving. Medisinen og teknologien har som sagt opplevd en kraftig utvikling, spesielt de siste 50 årene. Kunnskapen og utstyret har blitt utviklet mer avansert, og øker derfor behovet for spisskompetanse. Legenes arbeid har stadig blitt delt inn i mindre og mindre spesialiserte deler. Det betyr at antall leger per pasient (eller behandling) øker. Det er høyst sannsynlig at desto mer spesialiserte helsetjenester er, desto flere leger blir involvert i hver behandling. Andelen yrkesaktive leger per 10 000 innbyggere økte nemlig fra 8,8% i 1980 til 16% i 2001 i somatiske sykehus (Aasland, 2006).

Arbeidsoppgaver

Hva en lege bruker arbeidstiden sin på kan også være en mulig forklaring på en legemangel, i den grad det har vært stor forandring i hvordan arbeidsdagen til en lege ser ut. I løpet av en dag skal ikke bare en lege ved et sykehus behandle eller operere pasienter, de får også økende mengder papirarbeid og registreringer, må sitte i møter og samtidig klare å holde seg

oppdatert på faglige nyheter (Rosta og Aasland, 2015). Det kan derfor argumenteres for at den teknologiske utviklingen, sammen med innføring blant annet innsatsstyrt finansiering og en helseforetaksmodell, har innskrenket tidsrommet legene har til direkte pasientbehandling. Legeforskningsinstituttet sender ut jevnlig spørreskjemaer til et representativt utvalg på ca. 1600 leger, hvor de blir bedt om å kartlegge hvor mye av arbeidstiden som går med på de forskjellige arbeidsoppgavene. Det viser seg at i perioden mellom 1994 og 2012 opplevde leger som jobber på sykehus at andelen med pasientkontakt i løpet av en arbeidsuke å bli redusert fra 59% i 1994, til 47% i 2010 (Rosta og Aasland, 2015). Dette er gjeldende for både LIS-leger, legeledere og overleger. Dog, skal disse resultatene tolkes med en klype salt, det er store grupper som er brukt i innsamlingen, og innsamlingen tar ikke høyde for lokale variasjoner mellom helseforetak eller jobbtyster (Rosta og Aasland, 2015). Det er ikke publisert nyere tall etter 2010, og derfor ingen tydelig kilde på om pasientkontakten er redusert eller økt etter 2010.

4.4.3 Fra livsstil til jobb

Samfunn i endring

Samfunnet er i konstant endring. Etterhvert som endringene skjer, påvirker det livene våres på flere måter. De siste 50 årene har samfunnet, ikke bare i Norge, men i flere vestlige land, utviklet seg fra å være en sterk, paternalistisk velferdsstat til å bli en mer pluralistisk samfunn, preget av mindre solidaritet og økt konkurranse (Aasland, 2006). I dag lever vi lengre, som kan skyldes av at vi har høyere kunnskap om helsen vår, har bedre medisiner og teknologi. Det er i dag, spesielt blant de yngre generasjonene, viktig å opprettholde en god balanse mellom jobb og fritid. Dette er en stor forandring til leger bare noen generasjoner tilbake. Før i tiden var man lege på heltid, selv om man hadde kone og barn hjemme. Idealet ble beskrevet som at legen og hans familie skulle både bo og arbeide på sykehuset, og familien måtte bare finne seg i at legen aldri var hjemme, og hadde funksjonen som «bakkemannskap». Legen skulle også bruke sin fritid til å holde følge med faglige nyheter (Aasland, 2016).

Arbeidstid og helse

På starten av det 20. århundre herjet både tuberkulosen og etterhvert spanskesyken, som var store utfordringer. Dødeligheten var høy, og det fantes heller ingen effektiv behandling mot

disse infeksjonssykdommene. Legenes oppgave var derfor å lindre smerte og trøste så godt de kunne. Å være lege var ærverdig og ble en legegjerning. Legegjerningen var den gangen en heldøgnsjobb, hvor pasientene blir satt i første rekke og legene gjorde så godt han kunne, uavhengig tiden på døgnet (Aasland, 2019). Det var derfor ikke uvanlig at en lege arbeidet til han falt om.

I 1977 kom det en Arbeidsmiljølov, som ble fornyet i 2005. I den blir det lovfestet: «Å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard» (Arbeidsmiljøloven, 2005, §1). I loven blir dessuten arbeidstid lovfestet å ikke overstige ni timer i løpet av 24 timer og ikke mer enn 40 timer på en uke. For de som jobber turnusarbeid og lignende, er timer på en uke noe mindre (Arbeidsmiljøloven, 2005, §4-1). Det har altså kommet reguleringer på hvor mye som er greit å jobbe før det blir negative helseeffekter. Likevel, rapporteres det at leger jobber mye. Legeforskningsinstituttet har i perioden 1994 til 2012 kartlagt legers gjennomsnittlige ukesarbeidstid. Den har i perioden ligget på 46,5 timer for overleger, og på mellom 45,5 timer for leger i spesialisering (Rosta og Aasland, 2015). I en studie gjort mellom 2010 og 2019 viser at andelen leger som jobber over 48 timer på en uke er noe varierende mellom stillingskategoriene. Overlegene lå stabilt på 33% for menn, og en liten nedgang på 19% til 18%. Antall LIS-leger som jobber over 48 timer på en uke i snitt har gått ned, fra 26% til 19% for menn og fra 11% til 9% for kvinner. For legelederne derimot er antallet økt, fra 49% til 58% for menn og fra 36% til 45% for kvinner (Rosta, 2021).

At legers arbeidsforhold er avgjørende for sin egen helse, men også nøkkelen til god pasientbehandling, blir stadig påpekt. En overleges funksjon er veldig sentral, og derfor viktig å kartlegge deres velvære og arbeidssituasjon. Legeforskningsinstituttet har i 2011 hatt en undersøkelse blant overleger, hvor det blir oppgitt at de selv har god helse og er fornøyd med jobben sin – men jobber mye. Hele 85,4% av overlegene svarte i 2019 at de hadde «svært god» eller «god» helse. For legeledere er tallet 91,9% og 92,1% for LIS-leger (Rosta og Isaksson Rø, 2021). For å undersøke arbeidsstress har man målt selvrapportert opplevelse av jobbinnsats sammenlignet med belønningen man får igjen. Andelen som sier de har arbeidsstress har vært relativt stabil på 26%, men overlegeandelen har sett ut til å øke fra 22,3% til 25,7%, det samme med LIS-legeandelen som økte fra 24,1% til 29,8%. Andelen legeledere som rapporterer om arbeidsstress har hatt motsatt trend, fra 23,4% til 20,2% i

perioden (Rosta og Isaksson Rø, 2021). Leger selv rapporterer at de føler på presset med å ivareta forpliktelser både på jobb og på hjemmebane. Begge kjønn har relativt like høy grad av dette stresset. I tallene fra 2019 ser man at det er 33% av LIS-legene, 22% av overlegene. Blant overlegene fant man også forskjeller mellom kjønnene, hvor 27% av kvinnene følte på stresset mellom jobb og hjem, mens bare 16% av mennene rapporterte om dette. Det vises til tidligere studier som påviser at å jobbe deltidsarbeid vil redusere et slikt stress, men dette er nokså uvanlig i legeyrket. Det har gjennom tiden rapportert om lavt sykefravær – særlig sammenlignet med andre yrkesgrupper. Dog, ser man en tendens til forandring på dette i 2019, hvor andelen sykehusleger som ikke har sykefravær er nedgående (Rosta og Isaksson Rø, 2021).

5 Diskusjon

5.1 Et skift i autonomien

Legenes autonomi har altså opplevd store endringer og innskrenkninger de siste 50 årene. Legeprofesjonen opplever å bli utsatt for høyere grad av styring, både innenfra, utenfra, nedenfra og ovenfra. Det er derfor vanskeligere å utøve autonomien sin, og leger må forholde seg til strengere rammer og bestemmelser.

5.1.1 Utvikling mot en mer heteronom legerolle

Fra gammelt av hadde dydsetikk en sentral rolle innenfor «legeregler», som betydde at etikken kom fra innsiden, og hadde legelig autonomi som krav. Slike regler var tatt ut fra legens hode og gjort til noe eksternt, for å styre legene etisk. Det var ikke ønsket å få detaljerte regler for legers praksis innført. Det ble i den grunn dannet mer kollegiale regler som skulle regulere forholdet leger mellom, ikke mellom lege og pasient. Legerollen ble sammenlignet med en herrerolle, tilbake i den gamle aristokratiske rollen, ikke ledes, men lede selv – hvertfall seg selv, og gjerne andre (Berg, 2022). I legenes storhetstid, før midten av 1970-tallet, var legestanden i stor grad en profesjon med autonomi – også helt opp i sentral helseforvaltning.

Men, det kan argumenteres for at medisinen har beveget seg nedover og bortover i grafen illustrert av Berg. Gjennom den historiske utviklingen av helsevesenet beskrevet i tidligere kapittel (4), kan man si at legene i større grad har blitt pålagt nye retningslinjer, lover å forholde seg til, samt at leger har gradvis blitt erstattet med andre yrker som økonomer og jurister i lederposisjoner – og dermed endt det gamle medikratiet. Utover fra 80-tallet blir det samtidig en utvikling av tilsyn, inspirert av det juridiske (Berg, 2022). De mer og mer presise retningslinjene, nærmere styring og strenge tilsyn etablerte retningslinjene i økende grad som autoritet. Dette tilsynet har med tiden blitt strengere, og det er ikke lenger slik at legene har fullstendig styring, inkludert det økonomiske, av sykehusvesenet, etter nye finansieringssystemer som gradvis har ført til høyere grad av «fremmedstyring», da de nå har strengere økonomiske rammer og økt bruk av ulike økonomiske insentiver for enten vekst, eller raskere «produksjon» av helsetjenester, som mot slutten av 20. århundre legearbeidet blir omtalt som (Berg, 2022).

En annen ting angående det normative, ser vi i dag at medisinen spiller en rolle som trenger oppdragsgivere. Dette gjelder både estetikk som kosmetisk kirurgi, men også idrettsmedisin ved at man ønsker å øke en toppidrettsutøvers prestasjon og genmodifisering. I og for seg er denne kompetansen til stede, og derfor er det mulig å pre-designe mennesker, slik som dyr og korn. Vi begynner å få kunnskap som vil kunne gjøre medisinen, i noen grad, litt mindre autonom, normativt sett. Også den vanlige pasienten, grunnet sin styrkede posisjon i lege-pasient-forholdet, kan opptre som en oppdragsgiver i den grad at de stiller høyere krav og forventninger til legen. Forholdet kan man si er mer horisontalt.

Dessuten er medisinen på en måte gjort seg selv avhengig av andre fag, i den forstand at faget har blitt utsatt for teknifisering, og mer og mer basert på regler. Det er som følge av den teknologiske revolusjonen vi har vært vitne til at mer avanserte maskiner som røntgenapparater og liknende blir tatt i bruk i undersøkelser, som igjen krever høy grad av spesialisert kunnskap som en ingeniør besitter, ikke nødvendigvis en lege. Et økende behov for arbeidsfordeling har dessuten åpnet for andre yrkesgrupper på et sykehus, etterhvert som medisinen også krever mer spisskompetanse og spesialisering. Pasientene blir sendt innom flere leger som er eksperter på et lite område. Det er i denne forbindelse behandlingsforløp som begrep blir introdusert. Som Clayton Christensen anslo, vil medisinen, etterhvert som den blir spesialisert og presis, jo mer vil klinikken bli delt opp og behandlingen industrialisert.

Etterhvert som legene utvikler deres kunnskap om livsprosessen, og hvordan den forfaller, medfører det et behov for en mer styrende utdanning som igjen, driver fram en økende grad av standardisering. Christensen kalte den tradisjonelle medisinen intuitiv, fordi legene fortsatt måtte prøve seg litt fram når det kommer til behandlinger som enten bekreftet eller avkreftet diagnosene, da man så behandlingenes resultat. Professorene som utdannet nye leger påpekte at fagligheten var «usikker», og understreket derfor betydningen av klinisk skjønn. Legerollen var derfor både preget av standardisering, men også preget av personlighet, og var kunstnerisk. Kunnskapen om livsprosessen skjøt for alvor fart i etterkrigstiden, i tråd med utviklingen av andre fag, samt at nye behandlings- og undersøkelsesteknikker ble tilgjengeliggjort, ikke minst ble flere nye medisiner tatt i bruk. Grunnet denne utviklingen av det medisinske faget har den samtalepreget undersøkelsen blitt erstattet med spørreskjemalignende spørsmål. Dessuten er den kliniske undersøkelsen gradvis byttet ut med prøve- og bildetaking. I den faglige forstand, har altså legene beveget seg i den heteronome retningen, ved at faget ikke er fullstendig internt utviklet, slik det engang var.

5.1.2 Legenes autonomi er likevel ikke borte

Pidestallen er muligens erstattet av en skammel, men legenes autonomi er likevel ikke helt begrenset (Aasland, 2006). Det er nemlig slik at legene fortsatt må utøve skjønn, også i situasjoner der kunnskapen er velutviklet og relativ presis. Ta en situasjon hvor det finnes ulike behandlingsalternativer, som viser seg alle å være effektive for de fleste pasientene, men kan ha ulike fordeler og ulemper ved seg. Dette har blitt forsøkt skjematisk, ved at man lister ulike utfall som kan medføres ved de ulike behandlingene, sannsynlighetene for at de skal inntreffe blir beregnet, som vil regne ut en verdi for å velge den beste, altså at legen maksimerer en forventet nytte. Det er mulig at en lege kan tenke på en slik måte, men det skjer sjeldent i praksis, grunnet tidspress. Nyttens kan dessuten ikke beregne sannsynligheten i det konkrete tilfellet og lar seg heller ikke kvantitativt fastsettes av verken pasienten eller legen. Dette eksempelet heller mot et mer representativt eksempel enn et sjeldent et for den kliniske hverdagen til en lege (Berg, 2022). Derfor må skjønn utøves. Behovet for bruk av skjønn er dessuten økende i de kliniske tilstandene som er mer komplekse.

En mer krevende rolle

Berg (2022) argumenterer for at i klinikken så må legen stadig utøve profesjonelt skjønn. Selv om staten forsøker å gjøre legene til vanlige arbeidstakere i høyest mulig grad. Likevel, forsvinner ikke det tradisjonelle skjønn. Dog, kan det sies at den kliniske legerollen blir et offer for en deprofesjonalisering i den forstand at legenes andre skjønn – det delvis økonomiske – gjør at pasientens hensyn blir veid opp mot det tredjepartsbetalerhensyn, og ikke mot hverandre. På denne måten kan legen få et stresset forhold til pasienten. At vi mennesker ønsker god helse er som nevnt en autotelisk verdi og pasienter oppsøker leger for å opprettholde en god helse. Pasientene har også en interesse av at hjelpen de mottar skal ivareta deres integritet, selvfølelse og verdighet - pasientens autonomi. Dette prinsippet har vært viktig å ta hensyn til for legene, det gjelder taushetsplikten spesielt. I forbindelse med forbrukerrevolusjonen har disse hensyn blitt tatt stadig videre, ved at pasientene må informeres bedre, og tar flere og flere beslutninger. Begrepet "informert samtykke" illustrerer denne utviklingen. Likevel, blir ikke slike utformede regler mulig å utføre helt presist. Derfor, legene må stadig utøve skjønn sitt, det er dog mer krevende enn tidligere.

Legens etiske rolle

Det skal ikke stikkes under en stol at legenes kliniske hverdag har blitt krevende, også ved tanken om det etiske ved en leges rolle. De må forholde seg til omstridte temaer som abort, ta avgjørelser om når en behandling av en eldre skal stoppes, samt aktiv dødshjelp for å nevne noe. Transplantasjoner, også fra dyr, har blitt mulig fordi teknologi og kunnskap har strukket seg til nye høyder, men de reiser flere etiske avveiningsspørsmål med seg. Det samme kan man si om muligheten for å pre- og redesign av mennesker. Den økende reguleringen av både legens etisk-kliniske og faglige vurderinger har skjedd, men ikke stoppet legenes faktiske plikt til å utøve sitt individuelle etiske skjønn. De etiske problemstillingene har blitt mer krevende å håndtere for legen, men ikke skapt diktater. Dermed har ikke legen blitt tvunget til å bli en mer diktert arbeidstaker, etter en økende etisk regulering, den har bare gjort legenes kliniske hverdag ved å presisere og gjøre jobben noe vanskeligere å fatte beslutninger. Det er kun i en «begrenset juridisk og økonomisk forstand, at legen holder på å bli en ren arbeidstaker» (Berg, 2022).

5.2 Autonomi i lys av det teoretiske rammeverket

5.2.1 Fortsatt et profesjonelt byråkrati?

I kapittelet med det teoretiske rammeverket ble det profesjonelle byråkrati som organiseringstruktur forklart. Den operative kjerne er den største og viktigste delen av organisasjonen. Organisasjonsformen har en ledelsesdel som er byråkratisk, men ikke sentralisert. Tradisjonelt i et sykehus menes det at legene har hatt en høy grad av autonomi, gitt av ledelsen, fordi de stoler på at legene er godt nok trent til å utføre jobben sin, og har kunnskapen. Nettopp av denne grunn skal i utgangspunktet legene ha nok tillit fra ledelsen til å utføre sitt profesjonelle skjønn til å utføre jobben uten å bli kontrollert. Dog, har legene blitt utsatt for strengere, profesjonalisert tilsyn, også lovfestet i Tilsynsloven fra 1984. Det profesjonelle byråkrati har i utgangspunktet en liten mellomledelse som driver strategisk planlegging og kontroll av drift. Men, som beskrevet i forrige kapittel, har de ulike faktorene bidratt til at en økt arbeidsfordeling som igjen har skapt et behov for profesjonell ledelse og et økende behov for koordinering. På denne måten kan man si at både mellomledelsen og ledelsen har blitt større og mer sentralisert, i vår tids sykehus. En økende teknologisk utvikling og spesialisering innenfor medisinfaget har krevd omorganisering av sykehusene på

avdelingsnivå. Derfor vil realitetens praksis vike fra den profesjonelle byråkratiske organisasjonsstrukturens prinsipper.

På en annen side baseres det profesjonelle byråkratiet på at legene som profesjon og som driver den operative kjernen i et profesjonelt byråkrati er avhengig av å kunne jobbe autonomt, og ikke underdanig streng kontroll fra ledelsen, men heller «kontrollert» av standarder satt innenfor profesjonen. Denne organisasjonsstrukturen kan argumentativt være ganske demokratisk og har rom for profesjonell autonomi. Det er fagfolket i det profesjonelle byråkrati som lager strategiene og vokser opp nedenfra. Man er som profesjonell i den operative kjerne, en del av beslutningstakingen i organisasjonen. I dag er det altså ikke bare standarder satt av legene selv som er gjeldene for legenes praksis, men som vi har sett har legerollen blitt stadig pålagt presise retningslinjer, og strengere økonomisk kontroll. Det er i større grad den profesjonelle ledelsen, som også har blitt betydelig større, som utgjør største del av beslutningstakingen. Strategiene vokser ikke nødvendigvis nedenfra lengre heller, de har blitt utviklet ovenfra og ned. For at legene skal være en del av beslutningstaking må de selv ta på seg administrative stillinger, med det er ikke gitt. Man så nemlig mot slutten av det 20. århundret, at flere jurister og økonomer har inntatt ledelsen både på sykehus og i den sentrale helseforvaltningen. Dessuten, er innføringen av enhetlig ledelse på avdelingsnivå og medisinskfaglig rådgiver en hendelse som forsterker styringen ovenfra.

Så er det støttepersonellet. I dag kan man påpeke at støttepersonellet er nærmest viktigere i vår tid enn noen gang. Med dette menes at legenes kompetanse og stadig høyere spesialisering krever mye ressurser. En lege kan med andre ord ikke utføre alt arbeidet ved et sykehus, som renhold og generell pasientpleie, men heller fokusere på de spesialiserte oppgavene de er trent til. På denne måten, grunnet økt spesialiseringsbehov, er systemet i dag mer komplekst. Med andre ord har den operative kjerne, som tidligere utgjorde i hovedsak leger, nå er sammensatt av tverrfaglige team. I følge Mintzberg (1989), hvis det blir for komplekst og fagpersonen, i dette tilfellet legene, ikke kan gjøre oppgaven individuelt, så opplever man et skift til tverrfaglige team og på en måte bryter også på denne måten med prinsippet i organisasjonsstrukturen, og mer mot en divisjonalisert struktur. I dag er legene en samarbeidspartner, heller enn en dominerende kliniker. Likevel, er samarbeidet preget av å være styrt, de andre yrkesgruppene i helsesektoren har ikke gagnet selvstendighet på bekostning av legenes tap av styring, alle er underlagt de nye styrerne.

5.2.2 Fortsatt dominerende?

Likevel kan man argumentere for at den operative kjerne fortsatt er den viktigste delen av sykehuset. Dette til tross for strengere tilsyn og større ledelse og mellomledelse. Dessuten kan det argumenteres for at ledelsen fortsatt har tillit til at legene er kompetente til å utføre jobben sin. Selv om legene ikke er like autonome som de tidligere har vært, og blitt avhengig av andre arbeidsgrupper på sykehusene, kan ingen andre yrker erstatte legene, derav legenes maktstilling i følge Freidson (1970). Legeprofesjonen har ingen konkurranse sånn sett. Medisinutdanningen er fortsatt en nødvendighet for å bli en profesjonell. Ingen tilfeldig person på gata kan utføre hjertekirurgi, man trenger utdannelsen og lang trening. Som nevnt tidligere, må legen fortsatt utøve sitt kliniske skjønn til en viss grad, særlig i de situasjoner som er komplekse. Uten legene vil ikke sykehuset hatt noe drift, for uavhengig hvor standardiserte ferdighetene og kunnskapen er, så sørger deres faglige kompleksitet for at de profesjonelle har rom til å anvende betydelig skjønn. Det er heller ikke gitt i dag at to kirurger bruker nøyaktig samme metode på en åpen hjerteoperasjon, selv om inngrepet er standardisert. Mintzberg (1989) argumenterer nettopp at fagpersonen vil kunne jobbe ganske autonomt grunnet duehullsprosessen. Altså at fagpersonene først kategoriserer hvilken form for standardprogram som skal brukes, for så å utføre det. Derfor kan det også argumentativt fortsatt beskrive legenes posisjon som dominerende også i dag, i den forstand at legen, sitter med en profesjonsmakt i form av autonomi, og vil dominere driften på et sykehus – dog innenfor gitte rammer.

5.2.3 Profesjonalisme i dag

I følge Freidson (1970) er autonomi en profesjons mest dyrebare egenskap. I tillegg har profesjonen autonomi kun fordi de er beskyttet av staten, som den uansett ikke er fullstendig autonom fra. I legenes situasjon blir den individuelle autonomien forklart som gitt innenfor et politisk og sosialt rom som blir vedlikeholdt av yrkesmekanismer politisk – og kan derfor aldri bli absolutt. Legenes autonomi er nemlig betinget. Men, det skal påpekes at Freidson skriver at så lenge profesjonen ikke har teknisk evaluering og kontroll fra andre yrker i arbeidsdelingen, har det ikke noe å si at profesjonens autonomi ikke er absolutt fra stat – og heller ikke har kontroll over de sosioøkonomiske vilkårene. Med andre ord vil Freidson fortsatt påstå at legene er et fritt yrke, fordi en legen trenger ikke nødvendigvis et fritt marked. Man ser ulike variasjoner av autonomi i ulike land, hvor leger har ulik grad av autonomi, men

både i USA og Sovjetunionen, som Freidson skriver om, hadde legene i begge land sin autonomi til å bestemme innholdet i arbeidet, nemlig den individuelle autonomien. Han trekker dessuten fram at autonomien er basert på de tekniske ferdighetene og kunnskapen som utgjør kjernen av det som gjør profesjonen unik. Derfor argumenterer også Freidson med at ingen vil kunne konkurrere med legene som profesjon uten å være lege selv, og vil derfor heller ikke miste sin individuelle autonomi.

Også Abbott (1988) argumenterer for at legene ikke vil miste sin autoritet fullstendig, fordi profesjoner vil som nevnt tidligere aldri bli sett alene, men i et system. Likevel er både Abbott og Freidson enig at det kan skje forstyrrelser i profesjonssystemet. Profesjonaliseringen blir ifølge Abbott utviklet i mønster, og at hver av profesjonene har et sett med oppgaver av jurisdiksjonsbånd. Men ingen av de er permanente og profesjonene blir derfor som nevnt en økologi de konkurrerer innenfor. Det er veldig relevant for legenes situasjon i dag, hvor man har sett en økende arbeidsdeling og blant annet sykepleierne stadig påtar seg nye oppgaver leger har hatt tidligere. Sykepleierne har argumentativt beveget seg mot en semi-profesjon, og kan dermed utfordre legenes posisjon, dette gjelder for flere nye yrker på sykehuset. Likevel påpeker Abbott at suksessen profesjonen har blir gjenspeilet av både situasjonen til konkurrentene, strukturen i systemet, og kanskje viktigst av alt, legenes egen innsats. At andre blander seg inn i de faglige oppgaver en profesjon har, vil gjøre det sårbart. Men de sosiale kreftene vil virke som en pådriver av forandring for legeprofesjonen i takt av endringene rundt seg, fordi de eksisterer innenfor en viss struktur. På denne måten vil legerollen tilpasse seg den nye strukturen.

At det blir lengre mellom ledelsen og den operative kjerne med fagfolket, kan også illustreres som «atskilte verdener» i den forbindelse at man følger ulike logikker. Altså at ledelsen i større grad vektlegger klassiske ledelsesteorier og økonomi, mens det medisinske faget står langt fra (Spehar og Kjekshus, 2012). På denne måten kan det derfor oppstå spenninger i organisasjonen og dermed ulike mål og verdier. Derfor har det blitt økt vekt på å bruke leger som formidlere mellom partene, hvor legene også oppmuntres til å ta lederstillinger og lederkompetanse. Ettersom ledelsesreformer og prinsipper etter *Ny offentlig ledelse* har påvirket sykehussektoren, har man kunne anta at den faglige autonomien legene har hatt, blitt hindret (Spehar og Kjekshus, 2012). Kan den økende tilveksten av økonomer og jurister i sykehusledelsen og helseforvaltningen ha snudd? I en kartlegging gjennomført av *Tidsskriftet Sykepleien*, ble det vist at det er flest leger i lederposisjoner i landets helseforetak. I tillegg

viste det seg at andelen leger øker jo høyere opp i hierarkiet man kommer (Hafstad, 2021). Med Freidson og Abbott som utgangspunkt kan man nærmest forvente at leger er motivert til å engasjere seg i sykehusledelse, slik at den faglige autonomien blir beholdt. Faktisk anslår begge teoretiske perspektiver at leger vil engasjere seg i ledelse i slik grad at de sikrer eller forsvarer sin autonomi (Spehar og Kjekshus, 2012).

5.3 Hvor viktig er legenes autonomi?

I denne oppgaven kommer det fram at de administrative og organisatoriske retningslinjer legene har blitt utsatt for de siste 50 årene har bidratt til å begrense den kollektive autonomien legestanden tradisjonelt satt med. Legenes gamle medikrati er for godt historie. Sakte, men sikkert har legene lidd et tap av profesjonell autonomi, på grunn av strukturelle og administrative endringer, men også en økende teknologisk og medisinsk utvikling som har påført legene mer presise retningslinjer. Likevel, er legene avhengig av å ha autonomi for å kunne utøve sitt kliniske skjønn, og i hvert møte med pasienten. Her er det derfor snakk om den individuelle autonomien en lege har. Så lenge man besitter den unike kunnskapen som legene har, vil denne autonomien aldri forsvinne. Med andre ord er autonomien fortsatt viktig for legestanden i dag.

Et annet punkt, som tatt opp i forrige kapittel, er de yngre legene mer opptatt av en god balanse mellom jobb og privatliv. For flere blir familieliv og jobb mer likevektig, sammenlignet med noen generasjoner tilbake hvor legene jobbet hele døgnet og til helse sa brått stopp. Å være lege var nemlig en livsstil og betydde høy status. I dag er det nærmest «vanlig» å være lege, det har aldri vært så mange yrkesaktive leger som det er i dag. Om legene har mistet mye av sin høye status eller ikke, kan diskuteres. De står hvertfall ikke på en pdestall lengre. Betyr dette at autonomien som tradisjonelt har vært veldig viktig for legene, mistet litt av viktigheten? Sosiologen Arne Mastekaasa har gjennomført en studie i 2011 som kan vise til at hypotesen om at autonomi er spesielt viktig for profesjonelle arbeidere, ikke har støtte. Faktisk er autonomi mindre viktig for profesjonelle arbeidere enn befolkningen generelt (Mastekaasa, 2011). I tillegg blir det rapportert i nyere tid at leger er blant de i befolkningen med best helse og trives i jobben sin – til tross for en stadig mer krevende rolle.

Dessuten blir legenes spesialisering og spisskompetanse stadig smalere, i takt med det økende behovet for kompetanseheving. Det betyr at også ansvarsområdet blir mindre og mindre. Det

er ikke lengre slik at når en pasient blir innlagt, vil det kun være en lege som er ansvarlig for behandlingen. Pasienten må nemlig innom flere leger, som er eksperter på sine områder. Det oppstår flere tverrfaglige team. Det kan derfor tenkes at legene i dag ser ut til å tilpasse seg den nye legerollen, hvor den kollektive autonomien ikke har like tydelige spor, men den individuelle autonomien ser ut til å bestå nogen lunde – til tross for økt press fra flere hold.

6 Konklusjon

6.1 Utvikling videre og fremtidens leger

Denne medisinske og teknologiske utviklingen ser enda ikke ut til å avta i nærmeste fremtid, og derfor kan man anta at for legerollen blir det ikke enklere å utøve skjønn i tiden framover. Skjønnsutøvelse kan antas å forholde seg til stadig mer presise retningslinjer fagligsett og stå overfor enda mer utfordrende etiske reguleringer enn før. Dessuten må legenes skjønnsutøvelse skje på mer offentlige og kontrollerbare måter, sammenlignet med tidligere. Legerollen kan derfor virke mer "skummel" i fremtiden (Berg, 2022). Det blir spennende å følge med på legenes utvikling videre, og hvordan fremtidens leger takler nye utfordringer. Noen områder det kan være interessant å gjøre videre forskning på er hvordan demografiske forskjeller i legestanden, med tanke på den økende andelen kvinnelige studenter og leger, ser ut til å påvirke legenes ønske om autonomi versus styrende rammer, som ivaretar balansen mellom jobb og fritid. Eventuelt kan det være spennende å sammenligne utviklingstrekkene i Norge med andre land, særlig land med delvis sammenlignbare helsetjenester som Sverige, Danmark og Storbritannia.

Ved å klamre seg til den tradisjonelle legerollen vil man føle seg truet fra flere kanter. Derfor har det allerede blitt snakket om «den nye legerollen». De legene både støtter og driver utviklingen mot mer teambaserte klinikker som er åpen for offentlighetens tilsyn og som tar ansvar for pasientenes helsetjeneste. (Aasland og Light, 2003). Deres nye rolle vil nok bære preg av å delegerer mest mulig oppgaver til andre i de tverrfaglige teamene. Basert på utviklingen fram til nå, kan man anta at arbeidsfordelingen blir klarere og klarere og legene vil sitte som teamledere.

Styringen ovenfra vil nok ikke bli noe svakere fremover, men kan derimot få en annen tilnærming med en økende legestand i lederposisjonene. Likevel, kan man anslås at legerollen ikke vil oppleve en storhetstid på samme måte som legenes gullalder igjen.

Litteraturliste

- Aasland, O. G. (2006). Legerollen – fra pedestall til skammel. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 2006; 126: 61-2.
<https://tidsskriftet.no/2006/01/jubileumsnummer/legerollen-fra-pidestall-til-skammel>
- Aasland, O. G. (2016). Legegapet. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 2016; 136: 554.
<https://tidsskriftet.no/2016/04/legelivet/legegapet>
- Aasland, O. G. (2022). Leger og kjønn. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, doi: 10.4045/tidsskr.22.0437
- Aasland, O. G. (2019). Legegenerasjoner. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, doi: 10.4045/tidsskr.19.0394
- Abbott, A. (1988). *The system of Professions: An essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press Chicago and London. ISBN: 978-0-226-18966-6.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern*. LOV-2005-06-17-62. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_11
- Bahus, M. K. (2023, 24. mar). Spesialisthelsetjenesteloven. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/spesialisthelsetjenesteloven>
- Bahus, M. K. & Molven, O. (2023 23. jan). Helsepersonelloven. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/helsepersonelloven>
- Berg, O. (2009). Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009. Del 1: 1809-1983 – Den gamle helseforvaltning (Rapport Helsetilsynet). <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/rapport-fra-helsetilsynet/2009/norske-helseforvaltnings-utvikling-1809-2009-del-1-1809-1983-ole-berg/>
- Berg, O. (2017). 12: Klinikkens driftsmodeller og helsetjenestemarkedene – en karakteristikk av utviklingen. *Tidsskriftet Michael journal*, 2017; 19: 127-67.
<https://www.michaeljournal.no/article/2017/01/12-Klinikkens-driftsmodeller-og-helsetjenestemarkedene-en-karakteristikk-av-utviklingen>

- Berg, O. (2020). Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009. del 2: 1983-1994 – Den nye helseforvaltning vokser frem, akkompagnert av dragkampen mellom departement og direktorat. (Rapport Helsetilsynet) <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2020/ole-berg-spesialisering-og-profesjonalisering-del-2/>
- Berg, O. (2021). Helsevesenet i Norge – noen betraktninger om regimeutviklingen. *Tidsskriftet Michael journal*, 2021; 18: 50-73. <https://www.michaeljournal.no/article/2021/02/Helsevesenet-i-Norge-%E2%80%93-noen-betraktninger-om-regimeutviklingen>
- Berg, O. (2022). Den kliniske legerollen: fra en fri profesjonsrolle til en ufri arbeidstaker- og kontraktørrolle? *Tidsskriftet Michael journal*, 2022; 19: 225-41. <https://www.michaeljournal.no/article/2022/09/Den-kliniske-legerollen--fra-en-fri-profesjonsrolle-til-en-ufri-arbeidstaker--og-kontraktorrolle->
- Christensen, C., Grossman, J. & Hwang, J. (2009). *The innovators prescription. A Disruptive Solution for Health Care*. The McGraw-Hill Companies, Inc. ISBN: 978-0-07-159209-3
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine. A study of the Sociology of Applied Knowledge*. Dodd, Mead & Company, New York.
- Gjerberg, E. & Sørensen, B. A. (2006). Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2006; 126: 1063-6. <https://tidsskriftet.no/2006/04/aktuelt/enhetlig-ledelse-fortsatt-en-varm-potet>
- Haave, P. (2011). *I medisins sentrum: den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år*. Unipub forlag. ISBN: 978-82-7477-512-1
- Hafstad, A. (2021, 18. nov). Legene styrer Helse-Norge. *Tidsskriftet Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/2021/11/legene-styrer-helse-norge>
- Hagemann, G. (2023, 11. apr). Kvinnefrigjøring. I *Norges historie, utgitt av Universitetet i Oslo*. <https://www.norghistorie.no/oljealder-og-overflod/1914-kvinnefrigjoring.html>

- Hagen, T. P. (2023 28. mar). Helseforetaksreformen. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/helseforetaksreformen>
- Helsenorge (2021 11. nov). Persontilpasset medisin. I *Helsenorge.no*
<https://www.helsenorge.no/persontilpasset-medisin/>
- Helsepersonelloven (2001). *Lov om helsepersonell*. LOV-1999-07-02-64. Lovdata
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Kjelkvik, J. (2007). Fra kommunekasser til helseforetak – 120 års kollektiv helseutbygging. I
På liv og død; Helsestatistikk i 150 år. *Statistisk sentralbyrå*. ISBN: 978-82-537-
7294-3
- Legeforeningen (2014). *Historisk legestatistikk 1920-2014* (Legeforeningens egen tabell).
[https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/historisk-
legestatistikk/#Historisk%20legestatistikk](https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/historisk-
legestatistikk/#Historisk%20legestatistikk)
- Legeforeningen (2023, 5. januar). *Om leger i Norge*. [https://www.legeforeningen.no/om-
oss/legestatistikk/om-leger-i-norge/#Medisinstudenter%20](https://www.legeforeningen.no/om-
oss/legestatistikk/om-leger-i-norge/#Medisinstudenter%20)
- Light, D. W & Aasland, O. (2003). Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit. *Tidsskriftet
Den Norske Legeforening*. 2003; 123: 1870-3
- Mastekaasa, A. (2011). How Important is Autonomy to Professional Workers? *Professions &
Professionalism, Volume 1, No 1*. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-29726>
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on Management. Inside Our Strange World of
Organizations*. The free press, A division of Macmillan, Inc, New York. Collier
Macmillan Publishers, London.
- Nerland, S. M. (2001). Kurpengeordningen for 1980 – den glemte finansieringsordningen.
Tidsskriftet Michael journal 2001; 121: 2983-5.
- NOU 1997: 2 (1997). *Pasienten først! – Ledelse og organisering i sykehus*. Sosial- og
helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/>

- NOU 2016: 25 (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/>
- Norske Akademi for Språk og Litteratur (2023). Autotelisk. I *Det norske akademis ordbok*
<https://naob.no/ordbok/autotelisk>
- Nye metoder (2020 22. des). Bakgrunn: Hvorfor har vi Nye metoder? I *Nye metoder*
<https://nyemetoder.no/om-systemet/bakgrunn-hvorfor-har-vi-nye-metoder>
- O'Hare J. A. (2007). Autonomy of the ward round. *European Journal of Internal Medicine*.
<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2007.09.016>
- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). *Om lov om helseforetak m.m (Helseforetaksloven)*. Sosial- og helsedepartementet <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001-/id165010/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. LOV-1999-07-02-63. Lovdata <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rossen, E., Dvergsdal, H., Hannemyr, G. & Busch, P. A. (2023 9. mar) Datamaskinens historie. I *Store norske leksikon*. https://snl.no/datamaskinens_historie
- Rosta, J. (2021). Sykehuslegers arbeidstid er i endring. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, doi: 10.4045/tidsskr.21.0533
- Rosta, J. (2016). Arbeidstid og helse henger sammen. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 2016 (136: 461). <https://tidsskriftet.no/2016/03/legelivet/arbeidstid-og-helse-henger-sammen>
- Rosta, J. & Aasland, O. G. (2015). Legers arbeidsbruk og tidsbruk. *Overlegen* 3-2015, s. 28.
- Rosta, J. & Isaksson Rø, K. (2021). Overlegenes arbeidsforhold og helse i perioden 2010-2019. *Overlegen* 1-2021 <https://overlegen.digital/overlegen/overlegen-1-2021/overlegenes-arbeidsforhold-og-helse-i-perioden-2010-2019/>
- Saga E. & Thomassen O. (2018). Den tradisjonelle lege-pasient-rollen kan umyndiggjøre pasienten. I *Sykepleien*.no doi: 10.42220/Sykepleienf.2018.73845

- Samordna opptak. (2022). Søker- og opptaksstatistikk 2021. Opptak til grunnstudier ved universiteter og høyskoler. s. 29-30.
- Skålevåg, S. A. (2021 21. jun). Medisinsk historie. I *Store medisinske leksikon*.
https://sml.snl.no/medisinsk_historie
- Smeby, J.-C. & Gundersen, T. (2021, 8. nov). Profesjon. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/profesjon>
- Solberg, B. (2020). Pasientautonomi og brukermedvirkning i helsetjenesten – hvorfor så verdifullt? *Tidsskriftet Michael journal*, 2020; 24: 45-55
<https://www.michaeljournal.no/article/2020/08/Pasientautonomi-og-bruker%C2%ADmedvirkning-i-helsetjenesten-%E2%80%93-hvorfor-sa-verdifullt-->
- Spehar, I. & Kjekshus, L. E. (2012). Medical Management in Norwegian Hospitals. *Professions & Professionalism, Volume 2, No 1*. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-30973>
- Spesialisthelsetjenesteloven (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. LOV-1999-07-02-61.
Lovdata <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statistisk sentralbyrå (2023 16 jun). Befolkningens utdanningsnivå. *Ssb.no*
<https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/statistikk/befolkningens-utdanningsniva>
- Sundar, T. (2000). Enhetligledelse – en varm potet. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening* 2000; 120: 3466-7 <https://tidsskriftet.no/2000/11/hovedreportasje/enhetlig-ledelse-en-varm-potet>
- Søvik, O. (2000). Medisinske fremskritt – myter og realiteter. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening* 2000; 120: 90-3