

MED-3950 5. årsoppgave  
Profesjonsstudiet i medisin  
Universitetet i Tromsø

# **Legers autonomi**

*- En drøfting av trusler mot klinisk autonomi, og  
fordeler og ulemper ved en mindre autonom kliniker*

Skrevet av: stud. med. Dima Emelianov, MK-09

Veileder: Professor Olav Helge Førde

Tromsø, 16. mai 2014

## INNHALDSFORTEGNELSE

1. Fordord	s. 3
2. Resymé	s. 3
3. Innledning	s. 4
4. Metode og arbeidsprosess	s. 5
5. Profesjonell autonomi	s. 7
6. Trusler mot legers autonomi	s. 8
6.1 Autonomi og tillitt	s. 9
6.2 Organisatoriske endringer	s. 10
6.3 Evidensbasert medisin	s. 12
6.4 Pasientrettigheter	s. 14
7. Fordeler og ulemper	s. 15
7.1 Et argument for mer autonomi	s. 15
7.1.1 Evidensbasert medisin	s. 15
7.1.2 Pasientautonomi	s. 17
7.1.3 Rekruttering	s. 18
7.2 Et argument for mindre autonomi	s. 19
8.1 Overdiagnostisering og -behandling	s. 19
8.2 Ressursfordeling	s. 20
8.3 Allmenmoral	s. 21
8. Diskusjon	s. 21
<i>Litteraturliste</i>	s. 25

## **1. FORORD**

Motivasjonen for oppgaven var på generelt plan ønsket om å få bedre innsikt i legeyrkets plass i samfunnet, og de utfordringer som er knyttet til legenes maktposisjon. Problemstillingen ble til etter gjennomgang av publikasjonene til min veileder Olav Helge Førde, som også veiledet meg under arbeidet med min 2. årsoppgave som omhandlet "gatekeeping" i primærhelsetjenesten.

Jeg vil først og fremst rette en takk nettopp til min veileder, som med sin bunnløse kunnskap om temaet har bidratt til at denne oppgaven ble mye bedre enn det som var utgangspunktet i mitt førsteutkast. Jeg vil også rette en takk til medstudentene Rune Erlandsen og Markus Steinholt, som i skriveperioden har vært med på å utforske Studentsamskipnadens kulinariske tilbud på regelmessig basis, samt til mine romkamerater som har akseptert at jeg har forsømt husarbeidet i denne perioden.

God lesning!

## **2. RESYMÉ**

Opgaven er et litteraturstudium om temaet legers autonomi. Kjernelitteraturen som er grunnlaget for besvarelsen av problemstillingen er hentet gjennom søk i databasen PubMed. Supplerende informasjon er hentet i bøker og gjennom søk i øvrige databaser. Formålet med oppgaven er å belyse hvilke forhold som utfordrer legers autonomi i dagens samfunn, og hvilke fordeler og ulemper som følger av en mindre autonom lege. Bakgrunnen for undersøkelsen er misforholdet mellom idealet om legen som en selvregulerende yrkesutøver og de føringer som legges på legens arbeid i dagens samfunn. Innledningsvis definerer jeg begrepet autonomi i relasjon til legeyrket. Deretter presenterer jeg de forhold som ifølge litteraturen utfordrer legers autonomi, nemlig organisatoriske endringer, evidensbasert medisin, og styrkede pasientrettigheter. Dernest presenterer jeg argumenter for og imot sterk autonomi hos legen. Jeg konkluderer oppgaven med å fastslå at det finnes en rekke gode argumenter både for og imot sterk profesjonell autonomi, og avslutter med å spørre hvorvidt autonomi er et utdatert ideal i dagens kliniske hverdag, og om det kan være en hindring for et mer effektivt, rettferdig og faglig sterkere helsevesen i framtiden.

### 3. INNLEDNING

Legeyrket har i den moderne tid hatt monopol på både definisjon, diagnostisering og behandling av sykdom.<sup>1</sup> Denne beskyttede maktposisjonen og den profesjonelle ideologi har blitt stemplet som elitistisk og den senere tid kommet under angrep fra flere hold. Både økonomer, filosofer og populistere mener folk har en iboende evne til å ta rasjonelle valg, og at denne må vernes om.<sup>2,3</sup> Dette er i tråd med den generelle mistilliten til myndigheter de siste tiårene, og kan tolkes som en forlengelse av den demokratiske bevegelse som søker å ansvarliggjøre og kontrollere makthavere. I lys av dette har utfordringen av legers autonomi fått romantiske undertoner. Økt transparens og kontroll på det økonomiske, vitenskapelige og moralske plan er ladet med mange positive verdier. Det er dette klimaet som er motivasjonen for denne oppgaven. Jeg ønsker å realitetsorientere meg, og undersøke om det er utelukkende positivt at legers tradisjonelt sterke maktposisjon blir utfordret, og eventuelt hvilke ulemper som er knyttet til denne utviklingen.

I 2009 viet fagbladet *Overlegen* en hel utgave legers autonomi. I lederen begrunner redaktør Arild Egge valget på følgende vis:

*"Men, hvorfor så mye om autonomi? Fordi begrepet beskriver noe historisk og grunnleggende ved legeprofesjonen som nå er utfordret. Legen har siden Hippokrates hatt en helt selvfølgelig selvstyrthet, idet både faget og yrkesetikken har vært definert innenfor selve profesjonen. I det moderne industrialiserte helsevesen utfordres dette grunnleggende forhold ved at kunnskap og etikk eksternaliseres mer og mer gjennom økende prosedyreforskrifter og lovverk. Mer og mer er legens virksomhet styrt av ytre regelverk og økonomiske premisser; en stadig større del av tiden går med til å tilfredsstille juridiske krav og til å møte dokumentasjons- og kontrollkrav som moderne målstyringsverktøy medfører. Dette er en utvikling som omfatter alle deler av samfunnet og derfor også vår profesjon."*<sup>4</sup>

Det er utviklingen Egge her skisserer som danner grunnlaget for min oppgave. Det synes å være enighet om at legens profesjonelle autonomi har blitt utfordret fra flere hold de siste tiårene.<sup>5,6</sup> Økt fokus på individuelle rettigheter har resultert i styrket pasientautonomi. Nye behandlingsmuligheter og demografiske endringer i

vestlige samfunn har gjort overordnet prioritering innen helsesektoren nødvendig.<sup>7</sup> Et økt fokus på evidensbasert medisin har gitt mange sentralt utformede veiledere og retningslinjer.<sup>8</sup> Tilhengere mener utviklingen fører til bedre medisin, verner om individets evne til å ta rasjonelle valg, og gir mer fornuftig bruk av offentlige ressurser.<sup>9</sup> Kritikere mener imidlertid at det gir eksterne aktører anledning til å blande seg inn i det hellige lege-pasient-forholdet og gjør at andre prinsipper enn pasientens beste blir styrende.<sup>6</sup>

I denne oppgaven ønsker jeg derfor å se på hvilke forhold som utfordrer legers autonomi i dagens samfunn, og på hvilken måte de har gjort dette. Innledningsvis definerer jeg begrepet profesjonell autonomi. Deretter presenterer jeg de forhold som ifølge litteraturen utfordrer legers autonomi, nemlig organisatoriske endringer, evidensbasert medisin, og styrkede pasientrettigheter, samt argumenter fra litteraturen for og imot sterk autonomi hos legen. Dette er å anse som oppgavens resultatdel, og presenteres i tematisk rekkefølge i kapitlene 6-7. I den påfølgende diskusjonen av funnene spør jeg hvorvidt idealet om sterk profesjonell autonomi er en hindring for et trygt, rettferdig og faglig sterkt helsevesen i framtiden.

Problemstillingen i denne oppgaven er som følger: *"Hvilke forhold i dagens samfunn<sup>a</sup> utfordrer legers autonomi, og hvilke fordeler og ulemper følger av en mindre autonom lege?"*

#### **4. METODE OG ARBEIDSPROSESS**

Denne oppgaven er et litteraturstudium. For å besvare problemstillingen gikk jeg fram på følgende vis. Jeg gjennomførte søk i databasen PubMed, hvor jeg brukte søkefrasene "physician autonomy" og "professional autonomy". Ved begge søk brukte jeg filterene "human" under species, kombinert med "systematic review" og "review" under artikkelform.

Grunnen til at jeg valgte å konsentrere meg om oversiktsartikler er todelt. For det første er oppgavens formål å gi en oversikt over de lange linjer i en komplisert debatt, derfor ønsket jeg ikke å grave meg ned i detaljer på bekostning av det store bildet. For det andre gir et søk på "journal articles" bare på begrepet "professional

---

<sup>a</sup> I begrepet samfunn legger jeg vestlige industrialiserte land generelt. Jeg begrenser meg i denne oppgaven ikke til Norge.

autonomy" 7.200 treff, og ingen av PubMed-filtrene er egnet til seleksjon for denne oppgavens formål.

Inklusjonskriteriene som ble brukt var om artikkelen i vesentlig grad kunne belyse spørsmålene i problemstillingen: 1) "Hvilke forhold i dagens samfunn utfordrer legers autonomi?" og 2) "Hvilke ulemper og fordeler følger av en mindre autonom lege?" Artiklene ble ekskludert på grunnlag av innholdet i abstrakt, og i noen tilfeller etter gjennomlesning. Ved gjennomgang av treff på "professional autonomy" ble dessuten artikler i tidsskrifter viet andre profesjoner enn legeprofesjonen ekskludert. Kun norsk- og engelskspråklige (inkludert oversettelser) artikler som var tilgjengelig elektronisk eller i printformat gjennom Universitetet i Tromsø, ble inkludert. Videre ble referanselister for de utvalgte artiklene gjennomgått, og ytterligere relevante artikler ble plukket ut på dette vis.

Disse artiklene utgjorde grunnlaget for besvarelsen av spørsmålene i problemstillingen. I tillegg har jeg hentet supplerende informasjon gjennom søk i søkemotorene Google Scholar og Google, samt i bøker. Denne informasjonen er brukt til utdypning av allerede identifiserte tema og begrepsdefinisjon.

Selve arbeidsprosessen forløp på følgende vis. Jeg visste tidlig at jeg ønsket å arbeide med et samfunnsmedisinsk tema, og oppsøkte Olav Helge Førde med spørsmål om han kunne fungere som min veileder. Jeg ønsket også å finne et eget og dagsaktuelt tema å skrive om som jeg selv fattet interesse for, og en del av tiden gikk derfor til lesing av diverse tidsskrifter, nyhetsartikler og offentlige utredninger. Da jeg endelig bestemte meg får å skrive om legers autonomi, et tema jeg kom på sporet av gjennom min veileders tidligere publikasjoner, gikk en del tid til å finne en passende problemstilling. Jeg ønsket ikke å gjøre en kvantitativ studie, men heller et litteraturstudie som kunne sette temaet inn i en større sammenheng, herav rasjonalet som jeg redegjør for i innledningen. Deretter gikk mye tid til litteratursøk og -gjennomgang, både fordi tilfanget gjennom de nevnte søkekriterier var stort og fordi jeg måtte lese mye av hver artikkel for å avgjøre hvorvidt den egnet seg til besvarelse av problemstillingen. En vesentlig større mengde litteratur enn hva som er oppført i litteraturlisten ble lest under arbeidet med denne oppgaven. Jeg startet selve skriveprosessen tidlig, og produktet endret seg derfor mye underveis. Jeg leverte et førsteutkast til min veileder medio april, og et andre og endelig utkast medio mai. Jeg

vil anslå at tiden (18 uker) ble jevnt fordelt over de tre delene av arbeidsprosessen, henholdsvis utarbeidelse og avgrensning av problemstilling, litteratursøk og -gjennomgang, og selve skrivingen.

## **5. PROFESJONELL AUTONOMI**

For å besvare hvilke forhold som utfordrer legers autonomi, og deretter drøfte hvilke fordeler og ulemper som følger av en mindre autonom kliniker, er det innledningsvis viktig å definere begrepet autonomi i relasjon til legegjerningen.

Ordet autonomi er gresk av opprinnelse og dens bestanddeler betyr henholdsvis "selv" (autos) og "styre"/"lov" (nomos). Begrepet brukes både om individer og kollektive enheter, og innebærer retten til å fatte avgjørelser uten påvirkning utenfra.<sup>10</sup> Det anvendes innenfor mange fagfelt, men det er spesielt innenfor sosiologi at det drøftes i sammenheng med legegjerningen. Et sentralt spørsmål her er hvilke trekk skiller en profesjon fra et vanlig yrke. Forfattere flest enes om at autonomi er den mest sentrale karakteristikken som definerer en profesjon.<sup>5</sup> Denne retten til selvregulering er dessuten ikke tilfeldig:

*"Some occupations, like circus jugglers and magicians, possess a de facto autonomy by virtue of the esoteric or isolated character of their work, but their autonomy is more accidental than not (...) Unlike other occupations, professions are deliberately granted autonomy, including the exclusive right to determine who can do its work and how the work should be done. Virtually all occupations struggle to obtain both rights, and some manage to seize it, but only the profession is granted the right to exercise them legitimately"*<sup>11</sup>

I boka "Professionalism: The Third Logic" presenterer den medisinske sosiologen Freidson hovedtrekkene ved en profesjon. Han ser på en profesjon som den tredje idealtypen av organisasjonsform, der kontroll med arbeidet føres av utøverne selv. De to andre er Adam Smiths frie marked og Max Webers byråkrati, der kontroll med utøverne føres henholdsvis av markedet og hierarkiet. Til grunn for dette ligger hans overbevisning om at arbeidet som en profesjon befatter seg med er esoterisk, ikke kan standardiseres og krever utøvelse av skjønn. I dette ligger at

markedet og byråkratiet som styreform, med sine krav om standardisering og rasjonalisering, teoretisk sett ikke er forenelig med det profesjonelle arbeidets art.<sup>12</sup>

Utøvere fører ikke kontroll bare med det kliniske arbeidet, men også med kunnskapsgrunnlaget for sin profesjon, samt med utdanningen og autorisasjonen av nye utøvere. Profesjonelle er dessuten ifølge denne idealtypen til Freidson først og fremst idealister, deres hovedmotivasjon er ikke økonomisk gevinst men ønsket om å utføre et godt stykke arbeid.<sup>12</sup>

Paradigmet Freidson legger til grunn for sin definisjon av en profesjon er unikt, men de samme kjennetegn ved en profesjon finner en også hos andre sosiologer.<sup>13</sup> Begrepet profesjonell autonomi kan kategoriseres på ulike vis. Et skille trekkes mellom individuell autonomi hos den enkelte utøver, og kollektiv autonomi hos profesjonen som helhet. Et annet skille trekkes mellom autonomi på det moralske, faglige, og det politiske plan.<sup>9</sup> Disse inndelingene av autonomi vil jeg gå nærmere inn på når jeg drøfter fordeler og ulemper ved en svekket kliniker.

Retten til selvregulering er profesjonen sikret gjennom en samfunnskontrakt som er basert på en tillitt om at makten de har fått vil brukes til fordel for pasienten. Denne retten er altså betinget og ikke absolutt. Den endelige suverenitet, så fremt den ikke er begrenset gjennom overnasjonale avtaler, ligger hos staten, og det er staten som gjennom lovgivning sikrer profesjonens rett til autonomi.<sup>14</sup>

## **6. TRUSLER MOT LEGERS AUTONOMI**

I denne delen vil jeg besvare del én av problemstillingen. Denne lyder slik: "Hvilke forhold i dagens samfunn utfordrer legers autonomi?" I litteraturen skiller noen forfattere mellom bakenforliggende årsaker og direkte årsaker til at legers autonomi er truet<sup>15, 16</sup> mens andre forfattere ser på de bakenforliggende årsakene som trusler i seg selv.<sup>17</sup> I besvarelsen av dette spørsmålet vil jeg operere med førstnevnte inndeling.

Som nevnt i forrige kapittel er legers autonomi basert på et tillitsforhold. I en demokratisk stat sikres profesjonens rett til selvregulering av staten så lenge befolkningen har tillitt til at legene bruker sin posisjon til å ivareta pasientenes interesser, og gjør dette godt nok i henhold til de forventninger som til enhver til gjelder. Freidson beskriver de mulige konsekvensene av at en profesjon kommer i utakt med samfunnets verdier og forventninger:



*"..once a profession is established in its position of autonomy, it is likely to have a dynamic of its own, developing new ideas or activities which may only vaguely reflect and which may even contradict those of the dominant elite (...) If a professions's work comes to have little relationship to the knowledge and values of its society, it may have difficulty surviving. The profession's privileged position is given by, not seized from, society, and it may be allowed to lapse or may even be taken away. It is essential for survival that the dominant elite is persuaded of the positive value, or at least the harmlessness, of the professions's work, so that it continues to protect it from encroachment." <sup>18</sup>*

I henhold til årsakssammenhengen jeg vil operere med, er de forhold som svekker denne tillitten de bakenforliggende årsakene. De strategier som oppstår for å ivareta oppgaver der profesjonen ifølge kritikere har sviktet, er de forhold som truer legers autonomi.

## **6.1 AUTONOMI OG TILLITT**

Legeprofesjonen har kommet under kritikk for en rekke forhold. Blant annet fordi de ikke tar nok hensyn til samfunnets ressurser, ikke holder seg godt nok oppdatert på sitt fag, begår for mange feil, <sup>15</sup> ikke er i stand til å regulere sitt virke god nok, og at den moderne medisinen fremmedgjør pasienten.<sup>b</sup> I tillegg påvirker følgende paradoks tillitten: Autonomi er en sentral karakteristikk ved en profesjon, men gjør det samtidig umulig å sjekke hvorvidt de ivaretar sine oppgaver. <sup>17</sup>

Dette er de forhold som har svekket tillitten. Samfunnskontrakten som legers autonome posisjon hviler på, har derfor havnet på forhandlingsbordet. Sentralt i forhandlingene er følgende spørsmål: Er profesjonell autonomi det rette verktøy for å sikre befolkningen gode helsetjenester? På den ene siden av bordet er en stadig mer utdannet, rettighetsbevisst og kritisk befolkning, som ønsker mer kontroll med og

---

<sup>b</sup> Kritikken går på at pasientens narrativ oversettes til abstraksjoner som brukes som valuta i et vitenskapelig mål-middel-spill, der det er lite rom for pasientens egne mål og verdier. Habermas oppsummerer dette slik: *"the lifeworld of the patients is colonized by the formal knowledge of the professional."*

innsyn i legers virke. På den andre er legeprofesjonen, som oppfatter autonomi og en sterk kliniker som en forutsetning for god medisinsk behandling.<sup>19</sup>

Fordi tillitten til at legene er i stand til å ivareta sine oppgaver er svekket, blir disse oppgavene eksterialisert til andre. Dette utgjør en trussel mot legers autonomi, fordi deres virke da blir regulert av andre enn dem selv. Noen snakker om en deprofesjonalisering og proletarisering av legeyrket.<sup>20</sup> Denne trusselen mot de profesjonelle verdier finnes i alle land, uavhengig av hvordan helsevesenet er organisert.<sup>19</sup>

Artiklene som ble selektert under litteratursøket peker på tre sentrale forhold som svekker legers autonomi, nemlig organisatoriske endringer, evidensbasert medisin og styrkede pasientrettigheter. Samlet søker disse å bøte på legers svikt på henholdsvis det økonomiske, faglige og moralske plan.

## **6.2 ORGANISATORISKE ENDRINGER**

Leger er forvaltere av store økonomiske ressurser. Hver klinisk avgjørelse de fatter har økonomiske konsekvenser. Kritikere mener de ikke ivaretar dette ansvaret godt nok. Kritikken rettes mot to forhold. Leger tar ikke nok hensyn til de totale helseutgiftene i møtet med den enkelte pasient, og de setter dessuten profesjonens økonomiske interesser over felleskapets. I sum gjør denne svikten på det økonomiske plan at de gjennom selvregulering ikke er i stand til å sikre befolkningen et godt nok tjenestetilbud.<sup>6</sup> Denne kritikken har eskalert i takt med helsevesenets kostnader, der ressursene ikke lengre strekker til alt og behandling av en pasientgruppe kan gå på bekostning av en annen. Horner oppsummerer dette slik:

*These moral dilemmas have become acute against a background in which the cost of health care has risen at exponential rates in the last twenty five years. The cost of some individual treatments is so high that their use must be justified, both in terms of their effectiveness, and the ability of the health care system to meet them. No country in the world can now afford to provide resources for treatment of all the patients who might benefit.*<sup>7</sup>

Kostnadene i helsevesenet vil dessuten fortsette å stige<sup>c</sup>. Så langt har ikke-demografiske faktorer drevet denne veksten. Dette inkluderer nyvinninger innen terapi og diagnostikk, i tillegg til prisendringer på helsetjenester. I framtiden vil også demografiske faktorer gjøre seg gjeldende<sup>d</sup>.<sup>21, 22</sup> Dette gjør at behovet for overordnet prioritering er stort, både med hensyn til bærekraft og rettferdig fordeling av knappe ressurser.<sup>5</sup>

Disse utfordringene har gitt kritikere et rasjonale for eksternalisering av det økonomiske ansvaret, som tidligere var forbeholdt den autonome klinikerne. Ideologiske strømninger innenfor offentlig sektor har på sin side gitt dem et verktøy for å oppnå dette. Kritikken om ineffektiv ressursforvaltning rettes nemlig ikke bare mot leger, men forvaltere av makt og midler generelt. Et ønske om mer ansvarlighet og bedre ressursbruk i offentlig- sektor har bidratt til framveksten av New Public Management (NPM)-doktrinen.

NPM gjorde seg gjeldene under Thatchers høyrekonservative regjering på 1980-tallet i Storbritannia, og har siden blitt introdusert som styringsprinsipp i offentlig sektor i flere land, også Norge. Doktrinen henter mange av sine prinsipper fra bedriftsøkonomisk tenkning. Kjernen er forvaltning med klar ansvarsfordeling, organisatorisk fragmentering, mål- og resultatorientert styring, konkurranseutsettelse av virksomhet, administrasjonsprinsipper fra privat sektor, og større fokus på arbeidsdisiplin.<sup>23</sup> I norsk helsesektor er innføringen av innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg og sykehusreformen eksempler på dette.<sup>24</sup>

I dette klimaet med økt kontroll og ansvarliggjøring mener tilhengere av den autonome lege at rommet for skjønn blir mindre. Legens avgjørelser må nå ikke bare være medisinsk begrunnet, men også økonomisk. Profesjonell autonomi, slik det ble definert i forrige kapittel, innebærer at profesjonen fører kontroll med seg selv.

---

<sup>c</sup> Et gjennomsnittlig OECD-land vil se en vekst i helseutgifter fra 7% til minst 10% av bruttonasjonalprodukt (BNP) fram mot 2050. Dette i henhold til et konservativt anslag, der en iverksetter tiltak som tar sikte på å dempe kostnadene.

<sup>d</sup> Norge vil få en dobling i antall innbyggere over 67 år, og tredobling i innbyggere over 80 år, i perioden 2000-2050. Dette i henhold til mellomalternativet, der moderat nettoinnvandring, fødsels- og dødsrate er lagt til grunn. I takt med dette vil forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen (16-66 år) og den eldre befolkningen (67 år og eldre) reduseres betydelig, og andelen potensielle omsorgsgivere i familiekretsen per omsorgstrengende individ (familiekoeffesienten) vil synke.

Innføring av ytelsesindikatorer, som er selve kjernen i NPM, og retningslinjer, gjør at denne kontrollen eksternaliseres til myndigheter og/eller kommersielle aktører, avhengig av hvordan helsesektoren er organisert.<sup>25</sup> At slike indikatorer er reduksjonistiske, objektiviserer og standardiserer diagnoser og behandling, og på dette vis levner mindre rom for individuelle vurderinger, vil jeg ta for meg i neste avsnitt om evidensbasert medisin (EBM).

### 6.3 EVIDENSBASERT MEDISIN

Leger er også forvaltere av store mengder kunnskap, og dette kunnskapsgrunnlaget er under stadig utvikling.<sup>e</sup> <sup>26</sup> Kritikere mener de ikke ivaretar det faglige ansvaret godt nok. Legene holder ikke tritt med ny forskning og begår for mange feil.<sup>15</sup> Det er også store variasjoner i deres kliniske vurderinger.<sup>f</sup> <sup>9</sup> I sum går kritikken på at de gjennom selvregulering ikke er i stand til å ta forvalte den samlede medisinske kunnskapen godt nok.

Den store utviklingen på det medisinske felt har ført til framveksten av evidensbasert medisin (EBM), som har produsert et stort antall veiledere og retningslinjer.<sup>g</sup> <sup>8</sup> EBM er kort oppsummert klinisk praksis basert på beste tilgjengelige forskningsresultater, også kalt "best practice". Disse gjøres tilgjengelig gjennom en systematisk og etterrettelig syntese av tilgjengelige studier, blant annet med klare, hierarkiske kriterier for hvilke typer studier som skal vektes mest. Cochrane Collaboration er et organ som befatter seg med dette.<sup>27</sup> Dette materialet går deretter gjennom myndighetene, som utformer veiledere og retningslinjer og beslutter hvor

---

<sup>e</sup> I 1990 fant grunnleggeren av evidensbasert medisin (EBM) David Sackett at en indremedisiner må lese 17 artikler daglig for å holde seg ajour på faget. I 2010 fant en studie at selv innen en snever spesialitet som kardiologisk billeddiagnostikk, vil en kandidat måtte lese 200 artikler ukentlig i år for å komme ajour. Men i løpet av denne tiden vil det publiseres 82.000 nye artikler.

<sup>f</sup> En nederlandsk studie som så på gruppepraksis innenfor kardiologi og ØNH fant at de mest liberale legene iverksatte diagnostiske og terapeutiske tiltak åtte ganger så ofte som de mest konservative, når de ble stilt overfor samme problemstilling. Studien kontrollerte for pasientenes alder og sosiale klasse.<sup>9</sup>

<sup>g</sup> En artikkel tallfester antallet kliniske retningslinjer i ulike stadier av utarbeidelse til 2.000, mens det tilsvarende tallet for USA er mellom 1.400 og 4.000. Disse utvikles ikke bare for leger men også andre helseprofesjoner. Omfanget er så stort, at det nå blir utviklet retningslinjer for retningslinjer.<sup>8</sup>

bindende hver av disse er. Til slutt ender dette materialet hos klinikerer som skal anvende dette materialet i behandlingsøyemed.

Tilhengere av EBP ser på det som et verktøy som skal supplere det kliniske skjønn, i en virkelighet der den gjennomsnittlige lege ikke har mulighet til å holde seg oppdatert på ny forskning.<sup>28</sup> Det argumenteres også med at organer som Cochrane Collaboration er svært transparente i sine metoder, og at veiledere og retningslinjer fra myndigheter ofte er nettopp det, de er veiledende og retningsgivende og ikke bindende.<sup>29</sup> Det er altså til syvende og sist klinikerer som fatter en avgjørelse, med evidensbasert medisin som et hjelpemiddel.

Kritikere av EBP mener det truer autonomien. Kritikken rettes mot flere forhold. Produksjonen av EBM eksternaliseres i hvert fall delvis til andre enn leger og utfordrer i så måte den kollektive autonomi.<sup>30, 8</sup> Retningslinjer forutsetter at oppgavene er standardiserte og forutsigbare, mens en profesjon skiller seg ut ved at den befatter seg med komplekse og uforutsigbare oppgaver som krever individuell tilnærming og utøvelse av skjønn.<sup>20</sup> EBM kan dessuten brukes som et kontrollverktøy ved at økonomiske insentiver knyttes opp mot det som regnes som "best practice", og at de vektlegges av rettssystemet.<sup>8</sup>

I rapporten "How technocrats are taking over the practice of medicine: A wake-up call to the American people" formulerer Brase<sup>31</sup> trusselen fra EMB slik, og setter den i sammenheng med organisatoriske endringer i helsevesenet:

*"In fact, the EBM guidelines are not guidelines at all. These so-called "best practices" are poised to become coercive mandates imposed by government agencies and third-party payers with political and financial incentives to ration health care—and the power to do it. (...) Fully implemented, EBM will lead to a limited list of approved health care services—"best practices"—as determined by the agendas and values of a small cadre of politically-motivated, personally biased individuals sitting around a table making treatment decisions somewhere far from the patient's bedside."*

## 6.4 PASIENTRETTIGHETER

I tillegg til at legen er forvalter av økonomiske ressurser og faglig kunnskap, er legen i det paternalistiske lege-pasient-forholdet også en forvalter av normer, verdier og holdninger. Teoretiske modeller for beslutningsprosessen i lege-pasient-forholdet er vanligvis plassert langs et spekter. I den ene enden er den tradisjonelle paternalistiske modellen der legen vet best og tar beslutninger uten hensyn til pasientens ønsker og preferanser. I den andre ligger beslutningsmakten hos pasient, mens legen er en tjenesteyter som skal føye seg etter pasientens ønsker. Midt mellom disse er modellen "shared decision-making", der lege og pasient deler både på beslutningsprosessen og behandlingsvalget. Plasseringen av det moderne lege-pasient-forholdet vil være både lands-, praksis- og situasjonsavhengig. Det er imidlertid enighet om at en har gått bort fra det paternalistiske forholdet.<sup>32</sup>

Hovedårsaken til dette er sterke pasientrettigheter som sikrer pasientens rett til selvbestemmelse.<sup>6</sup> Drivkreftene bak etableringen av disse var flere, og gjorde seg gjeldene fra 1960-tallet og utover. En høyt utdannet og rettighetsbevisst befolkning og et godt utviklet deltakerdemokrati var en.<sup>3</sup> Det langvarige formynderiet og maktmisbruket i helsevesenet var en annen. Det økte handlingsrommet til klinikerer var en tredje. Det var langt flere behandlingsmuligheter å velge blant nå enn tidligere.<sup>33</sup> Samlet rettet disse forhold søkelyset mot pasientrettigheter og -autonomi.

I Norge er pasientautonomi forankret i pasientrettighetsloven. Her sikres den gjennom retten til informert samtykke. Dette er et juridisk begrep som innebærer at helsehjelp kun kan gis dersom pasienten samtykker. Det forutsetter at pasienten har fått tilstrekkelig og tilpasset informasjon om sin helsetilstand og behandlingsmuligheter, og at vedkommende vurderes som samtykkekompetent.<sup>34</sup>

Filosofisk er retten til informert samtykke og pasientautonomi generelt tuftet på ideen om en allmenmoral og at alle mennesker har en iboende evne til å ta rasjonelle valg, *"to obstruct the capacity for autonomy is to assault an essential part of a person's humanity"*<sup>3</sup> Jeg skal ikke ta for meg debatten knyttet til definisjonen av pasientautonomi.<sup>h</sup> For denne oppgavens formål er det tilstrekkelig å si at

---

<sup>h</sup> Denne begrunnelsen for pasientautonomi har møtt kritikk og blitt stemplet som kulturspesifikk, fordi den er begrunnet i nordamerikanske verdier som samtykke, åpenhet, forståelse og frivillighet.

fellesnevneren er at pasientens ønsker og preferanser skal ivaretas i lege-pasient-forholdet, og ikke lenger kan tilsidesettes slik som ved paternalisme.

Pasientautonomi kan true legers autonomi ved at pasientens ønsker og preferanser får en opphøyd moralsk og rettslig status. I et slikt klima kan pasienten under påskudd av autonomi kreve bestemte diagnostiske eller terapeutiske tiltak, som legen mener er nytteløse eller til og med skadelige. Pasienten kan for eksempel også motsette seg behandling basert på personlige eller religiøse overbevisninger.<sup>3</sup> Det faktum at medisinen i dag består av en større andel elektive prosedyrer enn tidligere, forsterker pasientens posisjon ytterligere. I en slik setting er legen degradert til en tjenesteyter.<sup>6,7</sup>

## **7. FORDELER OG ULEMPER**

Jeg har besvart del én av problemstillingen og funnet at legers autonomi blir utfordret av organisatoriske endringer, evidensbasert medisin, og styrkede pasientrettigheter. Avgjørelser både på det økonomiske, det faglige og det moralske plan som tidligere var forbeholdt profesjonen, blir nå eksternalisert til andre aktører. I denne delen av oppgaven vil jeg besvare del to av problemstillingen: "Hvilke fordeler og ulemper følger av en mindre autonom lege?" Litteraturen som er funnet gjennom litteratursøket peker på en rekke forhold. Ulempene inkluderer at legen ikke vil være i stand til å bøte på metodiske feil ved EBM, sette ned foten mot kravstore pasienter, og at svekket autonomi kan påvirke rekrutteringen til yrket. Fordelene inkluderer mindre overdiagnostisering og overbehandling, mer effektiv og rettferdig fordeling av ressurser, samt at legen må abdisere den moralske tronen i lege-pasient-forholdet.

### **7.1 ET ARGUMENT FOR MER AUTONOMI**

#### **7.1.1 EVIDENSBASERT MEDISIN**

EBM har under slagordet "best practice" fått vind i seilene, ikke bare på faglig grunnlag, men også fordi anbefalingene produserer standardiserte indikatorer som kan anvendes i overordnet styring.<sup>8</sup> Men doktrinen har ifølge kritikere en rekke fallgruver. Disse kan unngås dersom det er rom for klinikerens til å utøve skjønn. Kritikken rettes mot flere forhold.

Det første er det grunnleggende paradoks ved EBM, nemlig at det ikke foreligger vitenskapelige bevis for et paradigme som er baserer sin eksistens på vitenskapelige bevis. Det foreligger ingen studier som beviser at praksis basert på EBM er bedre enn praksis som ikke er det. Det andre er at EBM har blitt et styringsinstrument. EBM kan kapres av aktører som søker å spare penger, og i verste fall føre til at pasienter blir nektet en bestemt behandling kun fordi det ikke foreligger EBM-begrunnelse for denne.<sup>35</sup>

Det tredje er fokuset på randomiserte kliniske studier (RCTs), som regnes som gullstandard innenfor bevishierarkiet (overgått kun av meta-analyser av RCTs) innenfor EBM. Dette fører til flere problemer.

Det første ligger i følgende paradoks. Ved at en styrker den interne validiteten av studiene, svekker en den eksterne validiteten. Altså jo mer pasienten og diagnosen standardiseres for å unngå feilkilder, jo vanskeligere blir det å overføre forskningen til klinisk praksis. "...gjennom EB utvikler [man] forskningsdesign strippet for kontekstuelle spørsmål."<sup>36</sup> Dette problemet forsterkes av at EBM har gjort seg gjeldende ikke bare innenfor fagfelt der pasienten i stor grad kan betraktes som et objekt, f.eks. anestesi, men også innenfor fag der sosial og psykisk kontekst spiller stor rolle, f.eks. psykiatri og allmenmedisin.

Det andre ligger i at RCTs favoriserer områder der det er enkelt å anvende denne metoden. Psykiatrien kan tjene som et eksempel. Det er langt enklere å gjennomføre en studie som studerer effekten av et medikament, enn en studie som studerer effekten av samtaleterapi. I dette ligger også at enkelte aktører, for eksempel legemiddelindustrien, bidrar mer til kunnskapsproduksjon og gjør at deres funn får forholdsmessig mye å si i utformingen av retningslinjer og veiledere. Et annet moment RCTs gjerne er motivert av kommersielle interesser, og ikke hva det overordnede behovet innenfor medisin er. Terapeutiske intervensjoner vektlegges over preventive, altså stikk i strid med det som er morgendagens behov og det nåværende fokuset innenfor helsepolitikken.<sup>29, 37</sup>

Noen ser dessuten på EBM og retningslinjer som eksternalisert eller skjult paternalisme, det vil si at både pasienten og legen mister autonomi: "pasientene er ikke kun nektet retten til å utøve sin autonomi, men de er også nektet tilgang til kunnskapen om at de har tapt denne autonomien"<sup>38</sup>



### 7.1.2 PASIENTAUTONOMI

Prinsippet om pasientautonomi er moralsk forankret i allmenmoralen og juridisk i pasientrettighetsloven. Vektleggingen av prinsippet har utfordret den paternalistiske modellen av lege-pasient-forholdet, og noen mener at det, i hvert fall amerikansk kontekst, har blitt hevet over legers moralske og faglige autonomi.<sup>3</sup> Kritikere har imidlertid pekt på en rekke ulemper ved pasientens sterke medbestemmelsesrett.

For det første er det langt fra alle pasienter som ønsker å ta del i beslutningsprosessen. De aller fleste ønsker informasjon og at legen skal ta hensyn til deres ønsker og preferanser, men vil at den endelige beslutningen om diagnostikk og behandling skal tas av legen. En kanadisk studie av polikliniske pasienter med alvorlige lidelser fant at 20 prosent ønsket en fullstendig passiv rolle i beslutningsprosessen om behandling.<sup>39</sup>

For det andre er det å formidle usikkerheter knyttet til kliniske avgjørelser være skadelig i seg selv. Ved å være klar over mulige bivirkninger, vil flere pasienter også oppleve disse. Informasjonen kan også forårsake angst. At pasientene får innsikt i hvor mye usikkerhet som ligger bak en avgjørelse, kan dessuten ødelegge for en potensiell placebo-effekt. For det tredje kan pasientrettigheter forsterke allerede eksisterende forskjeller i samfunnet. En amerikansk studie fant at kvinner, hvite, godtutdannede og friske er de som oftest ønsker en aktiv rolle i lege-pasient-forholdet.<sup>40</sup> Med andre ord vil de med høy sosioøkonomisk status benytte seg mest av retten til medvirkning.

For det fjerde kan pasienter komme til å kreve unødvendige og potensielt skadelige diagnostiske og terapeutiske prosedyrer. Den teknologiske utviklingen forsterker dette. Teknologien har gitt et grenseløst tilbud som gjør at en satt på spissen kan si at pasienter er syke inntil det motsatte er bevist.<sup>17</sup> En litteraturstudie av hvilken rolle pasientautonomi spiller innenfor det økte forbruket av radiologiske tjenester, konkluderer med at økt medbestemmelsesrett kan være en medvirkende årsak til utviklingen. I en bredere kontekst er dette problematisk på flere måter. Først og fremst fra et samfunnsøkonomisk og et folkehelseperspektiv. Men også fordi det skaper et autonomiparadoks. Samtidig som at radiologiske tjenester er kostnadsintensive, har de

relativt lav risiko. Pasienter som ønsker å utøve autonomi på dette området, får derfor større gjennomslagskraft enn andre pasientgrupper. Dermed vil sterk utøvelse av autonomi innen radiologi kunne svekke muligheten til autonomiutøvelse blant andre pasientgrupper. <sup>41</sup>

Til slutt er det en rekke utfordringer knyttet til det å oppfylle vilkårene for informert samtykke. Det er ressurskrevende å informere pasienter om alle behandlingsalternativer. Ekstern informasjon er på sin side ofte ikke nøytral og ikke tilpasset den enkelte pasient. Frivilligheten kan trues av press fra familiemedlemmer og markedsføring. Samtykkekompetanse er ikke alltid lett å vurdere. <sup>41</sup> En norsk artikkel viser utfordringene knyttet til dette i et fragmentert helsevesen der behandleren ikke kjenner pasienten godt nok. <sup>42</sup>

Pasientautonomi kan også misbrukes, og anvendes til å beskytte behandleren og ikke pasienten. For eksempel ved at informasjonen fra legen er ufullstendig og ikke tilpasset den enkelte pasient. Motivasjonen kan være å overføre det moralske og juridiske ansvaret til pasienten og på denne måten unngå klager. Dette blir egentlig paternalisme forkledd som pasientautonomi. <sup>41</sup>

### **7.1.3 REKRUTTERING**

Svekket autonomi kan også påvirke yrkets status. Den totale kompensasjonspakken for leger består både av materielle og immaterielle verdier, der sterk profesjonell autonomi er en slik immateriell verdi. Positive karakteristikk som initiativ, innovasjon og erfaringsbasert skjønn fortrenses av negative som protokollorientert virksomhet og standardisering. <sup>43</sup>

En tverrkulturell studie der over 10.000 leger fra USA (6,628), Canada (3,213) og Norge (657) deltok, påviste at legens jobbtilfredshet øker med legens oppfatning av behandlingskvaliteten ("quality of patient care") og graden av den kliniske friheten (her forklart som "adequate time with patients" og "freedom to make clinical decisions"). <sup>44</sup> En annen studie basert på en undersøkelse av 8.000 amerikanske klinikere forbinder innskrenket autonomi med lav jobbtilfredshet. <sup>45</sup>

## 7.2 ET ARGUMENT FOR MINDRE AUTONOMI

### 7.2.1 OVERDIAGNOSTISERING OG OVERBEHANDLING

En av farene ved sterk autonomi er at det åpner for variasjon innenfor behandling,<sup>9</sup> og dermed teoretisk også kan gi både over- og underbehandling. Sterk autonomi gir rom til å utøve klinisk skjønn, og av dette følger at enkelte leger vil behandle der andre anvender aktiv ekspektans eller avstår fra å behandle. Her er kanskje primærlegen den viktigste brikken i spillet, da en av hans oppgaver er å fungere som portvakt til spesialisthelsetjenesten. En omfattende review-artikkel som undersøkte variasjonen i henvisninger fra primærleger og søkte å forklare denne, påviste store variasjoner i henvisningspraksis og fant at pasientkarakteristikker forklarte under 40 prosent av variasjonen, mens praksis- og legekarakteristikker bare under 10 prosent.<sup>i</sup> Over halvparten av variasjonen var altså uforklart.<sup>46</sup>

Overdiagnostisering og overbehandling har flere negative aspekter. Debatten rundt PSA-screening belyser flere sider av dette problemet. En studie fant sammenheng mellom PSA-screening og diagnostisering og behandling av prostatakreft, men bare moderat redusert dødelighet. Dette tyder på overdiagnostisering og behandling, og forfatter advarer mot flere farer ved dette. Det kan være helseskadelig både fysisk og psykisk, i tillegg til at det legger beslag på knappe ressurser som kan anvendes på andre områder. Ett av rådene for å hindre overdiagnostisering og overbehandling er å følge nasjonale retningslinjer.<sup>47</sup>

En rapport om overdiagnostisering og overbehandling Helsedirektoratet utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet peker på flere drivkrefter bak dette. Kunnskapsmangel hos helsepersonell er en av dem: *"forståelse av relativ og absolutt risiko, betenkeligheter med villscreening, mangelfull kunnskap og egen praksisprofil (...) manglende kunnskap om prognose ved å ikke behandle."*<sup>48</sup>

---

<sup>i</sup> Selv om den resterende variasjonen er uforklart, byr forfattere på noen forklaringer. Psykologiske variabler som legens evne til å tåle usikkerhet og villigheten til å ta sjanser kan forklare en del. En annen er tilgjengeligheten av lokalt spesialisthelsetjenestetilbud.

Noen studier peker på at pasienter under modellen "shared decision-making", som involverer pasienter både i beslutningsprosessen og selve behandlingsvalget, velger mindre invasive og ressurskrevende behandlingsmetoder. Dette gjelder spesielt preferansespesifikke tilstander, der legitime alternativer foreligger. Ved å gå bort fra den paternalistiske modellen, kan en spare penger og unngå iatrogene komplikasjoner, for å nevne noen fordeler.<sup>49, 50</sup>

### 7.2.2 RESSURSFORDELING

Som nevnt er leger forvaltere av store økonomiske ressurser. Når behovet i helsesektoren overstiger de tilgjengelige midlene, må det gjøres prioriteringer. Kritikere mener legene ikke utfører denne oppgaven godt nok. Dette prioriteringsarbeidet har til en viss grad blitt eksternalisert. Dermed har også legers autonomi blitt svekket. Her vil jeg presentere fordeler ved denne utviklingen.

Nash et al<sup>51</sup> argumenterer for at legens avgjørelser må betraktes i et bredere økonomisk perspektiv. Med henvisning til ukritisk bruk av midler i legepraksis sier forfatterne: *"All physicians recognize their obligation to care for their patients, but many forget their duty to care for the health of society as a whole."* Overbehandling og diagnostisering er ikke bare negativt i et folkehelseperspektiv, men legger også beslag på økonomiske ressurser. Overbehandling av en pasientgruppe, kan føre til underbehandling av en annen fordi midlene ikke strekker til. Her kan en autonom lege være et hinder.

Men prioriteringer må ikke gjøres kun mellom sektorer og pasientgrupper internt i helsevesenet. På et mer overordnet plan må all bruk av ressurser på et samfunnsområde veies opp mot ressursbruk på andre områder, så lenge det er knapphet på ressurser i samfunnet.

Det er slike problemer legene implisitt tar utfordrer, når yrkesgruppen og den individuelle legen gjør krav på sterk autonomi og retten til å forvalte økonomiske ressurser uten innblanding fra andre aktører. På samme måte som at legene ikke besitter en moralsk ekspertise, argumenter Dupais for at legene med sin snevre medisinske kunnskap ikke er egnet til å ta slike avgjørelser som indirekte berører andre samfunnsområder. Det forutsetter en tverrfaglig ekspertise, som en gjerne finner i statsapparatet.<sup>9</sup>

### 7.2.3 ALLMENNMORAL

I tillegg til å ta faglige og økonomiske avgjørelser, fatter leger etiske avgjørelser. Deres rett til å gjøre det uten å ta hensyn til andres ønsker og preferanser, har blitt utfordret av pasientrettigheter på den ene siden, og eksternalisering av økonomiske og faglige avgjørelser til overordnede strukturer på den andre siden. Dette kan være positivt på flere vis.

Pasientautonomi er tuftet på allmennmoralen og ideen om at evnen til å ta rasjonelle valg ligger i menneskets natur, derfor bør pasienten ha medbestemmelsesrett i avgjørelser som angår vedkommendes helse. Det følger av denne logikken at også leger som mennesker har denne evnen.<sup>3</sup> Dupuis retter kritikk mot at denne evnen hos legen vektes mer enn hos pasienten. Ifølge henne kan ikke leger påberope seg moralsk og etisk ekspertise. *"The fact that medicine is full of values and often leads to moral debates is not at all a proof of the moral expertise of physicians, maybe more of the contrary."*<sup>9</sup>

Leger blir ifølge henne trent i det Max Weber kaller formålshandlinger, nemlig hvordan handle for å oppnå et bestemt resultat. Hvorvidt denne handlingen moralsk sett er god, gir medisinen ingen svar på.

## 8. DISKUSJON

Ved besvarelse av problemstillingens del én om hvilke forhold som utfordret legers autonomi, fant jeg at evidensbasert medisin (EBM), organisatoriske endringer og styrket pasientautonomi utgjør trusler mot autonomien. Jeg fant at det utfordrer legers individuelle autonomi på det moralske, faglige og økonomiske plan. Det utfordrer også legers kollektive autonomi. Kollektiv og individuell autonomi kan være to uavhengige størrelser, legene kan for eksempel ha stor profesjonell autonomi i sin eksterne relasjon til samfunnet men samtidig legge sterke føringer på sine medlemmer.<sup>52</sup> Jeg har kun unntaksvis fokusert på denne nyansen fordi en grundig analyse ligger utenfor oppgavens rekkevidde, og er dessuten et forhold som trolig varierer fra land til land.

Ut i fra resultater presentert i denne oppgaven er det ikke mulig å konkludere hvorvidt den kliniske autonomien faktisk er svekket. Litteraturen som er funnet gjennom mitt søk presenterer stort sett utestede hypoteser, jeg fant få kvantitative studier som kunne belyse min problemstilling. Det er imidlertid rimelig å anta at de skisserte forhold kan innskrenke legers rom for skjønnsutøvelse under visse omstendigheter.

Ved besvarelse av problemstillingens del to ønsket jeg å se på hvilke fordeler og ulemper følger av en svekket kliniker, dette på bakgrunn av den offentlige diskursen der den tradisjonelt mektige legen gjerne stilles i dårlig lys. Jeg ønsket å realitetsorientere meg og belyse både positive og negative sider ved at autonomien utfordres. I litteraturen fant jeg flere ulemper og fordeler med svekket autonomi.

Spesielt tre uheldige følger av en svekket kliniker trekkes fram. EBM er beheftet med en rekke metodiske fallgruver, som en fri kliniker kan ta høyde for ved overføring av EBM til klinisk praksis. Et hypotetisk eksempel: En lege som verken rettslig eller finansielt er bundet til å følge retningslinjer kan for eksempel velge samtalerapi over medikamenter ved behandling av mild eller moderat depresjon, selv om medikamenter regnes som "best practice". Legen kan i sin vurdering vektlegge kontekstuelle faktorer som har gått tapt i produksjonen av EBM-funderte retningslinjer og gi en behandling som er bedre tilpasset pasienten, hvis denne skulle avvike fra retningslinjene.

Sterk medbestemmelsesrett for pasienten kan også skape en rekke problemer. Disse kan unngås hvis klinikeren beholder makten i lege-pasient-forholdet. Pasienten slipper å ta avgjørelser vedkommende er ukomfortabel med, får færre bivirkninger, en sterkere potensiell placebo-effekt. Sosiale forskjeller i samfunnet blir ikke forsterket hvis pasientens sosiale ressurser spiller mindre rolle i lege-pasient-forholdet. Det blir også mindre rom for at pasienten får ettergitt sine ønsker om nytteløs eller direkte skadelig behandling. Dette forutsetter en lege har stort handlingsrom overfor pasienten i lege-pasient-forholdet.

Til slutt kan deprofesjonaliseringen gjøre legeyrket mindre attraktivt for potensielle medisinstudenter. Ikke bare grunnet lavere jobbtilfredshet, men også fordi legeyrket kan få et omdømmeproblem. Å være en tekniker som er underlagt statens og

foretakets direktiver tiltrekker ikke like mange ambisiøse og nytenkende sjeler som et yrke der en har stor grad av frihet og der en gjennom kreativitet kan gjøre en forskjell.

Litteraturen trekker fram en rekke positive sider ved at leger har mindre rom for skjønnsutøvelse. For det første har de ikke moralsk ekspertise og er i så måte ikke bedre egnet enn andre til å ta etiske avgjørelser. De har heller ikke samfunnsøkonomisk ekspertise. Vil en midtdeler i Lavangsdalen redde flere liv enn dersom tilsvarende antall midler brukes på ny medisinsk behandling? Hva med et SFO-tilbud som fremmer integrering? Slike avgjørelser er andre enn leger bedre egnet å ta stilling til, derfor er det også positivt at deres økonomiske frihet innskrenkes. Overbehandling og overdiagnostikk er på sin side et reelt problem og skyldes, i hvert fall delvis, kunnskapsmangel. At enkelte avgjørelser blir eksternalisert gjennom retningslinjer kan bidra positivt både med hensyn til befolkningens helse og samfunnsøkonomi.

Summa summarum, blir legers autonomi utfordret av en rekke forhold. Det finnes både fordeler og ulemper ved at leger får mindre rom for skjønnsutøvelse. I hvilken retning bør så utviklingen gå? I denne sammenheng vil jeg vende tilbake til artikkelen: "Looking Forward: The End of Autonomy", og stille samme spørsmål som forfatterne. Er profesjonell autonomi et utdatert ideal? Er det et hinder for utviklingen av morgensdagens helsevesen? Dette sitatet bidrar til å sette ting i perspektiv:

*“The seductive model of the autonomous independent physician craftsman is as ill-suited to meet the demands of modern society as the Pony Express would be to deliver our mail, the telegraph would be to communicate with one another, or the horse and buggy would be to transport us from one city to the next.”<sup>51</sup>*

Dagens helsevesen er mer komplekst, med flere oppgaver, større kunnskapsgrunnlag, og flere involverte aktører enn tidligere. Og disse aspektene vil trolig gjøre seg enda mer gjeldende i framtiden. For at morgensdagens helsevesen skal være trygt, effektivt og tilgjengelig for alle, må alle sentrale aktører bidra. For legenes vedkommende innebærer det å gi opp sin autonomi. Forfatterens oppskrift er søm følger: evidensbasert praksis, fokus på forbedringsarbeid, og gi eksterne aktører innsyn i arbeidet.<sup>51</sup> Altså transparens og eksternalisering av avgjørelser. Dette er konflikt med

idealtypen til Freidson, som ble presentert i kapittel 5.

Det er holdepunkter for deres syn i argumentasjonen som jeg har presentert i denne oppgaven. Den medisinske kunnskapsbasen er større enn noensinne og er i stadig vekst, og den gjennomsnittlige lege vil ha vansker med å holde seg oppdatert. På grunn av teknologisk utvikling og demografiske endringer kombinert med knappe ressurser er det behov for overordnet prioritering i helsevesenet for å sikre rettferdig ressursfordeling. Med andre ord endrer samfunnet og medisinen seg slik at leger alene ikke er best egnet til å regulere sitt arbeid.

I lys av denne argumentasjonen kan de truslene som ble presentert i kapittel 6 tolkes som en uunngåelig del av forbedringsarbeidet mot et bedre helsevesen. Mens de ulempene ved en svak kliniker som ble presentert i kapittel 7 er fallgruver ved denne utviklingen som en bør være bevisst på og forsøke å motvirke, i arbeidet mot et mer effektivt, faglig sterkere, og mer rettferdig helsevesen.



## LITTERATURLISTE

- <sup>1</sup> Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. New York: Dodd, Mead & Company; 1970. p. 5
- <sup>2</sup> Freidson E. Professionalism: The Third Logic. England: Polity; 2001. p. 198-199
- <sup>3</sup> Pellegrino E. Patient and physician autonomy: Conflicting rights and obligations in the physician-patient relationship. Journal of Contemporary Law and Policy. 1994 Spring;10:47-68
- <sup>4</sup> Egge A. Leder. Overlegen. Oktober 2009; 3. Lastet ned 24. mars.  
<http://legeforeningen.no/yf/overlegeforeningen/om-oss/overlegen/overlegen-3---2009/>
- <sup>5</sup> Kälble K. Between professional autonomy and economic orientation - The medical profession in a changing health care system. Psychosocial Medicine 2005; 2: Doc01.
- <sup>6</sup> Jochemsen H, Ten Have H. The Autonomy of the Health Professional: An Introduction. Theoretical Medicine 2000;21(5) 405-408.
- <sup>7</sup> Horner JS. Autonomy in the Medical Profession in the United Kingdom - A Historical Perspective. Theoretical Medicine. 2000;21(5) 409-423.
- <sup>8</sup> Timmermanns S. From Autonomy to Accountability: the role of clinical practice guidelines in professional power. Perspectives in Biology and Medicine 2005 Autumn;48(4):490-501.
- <sup>9</sup> Dupuis HM. Professional autonomy: A stumbling block for good medical practice. An analysis and interpretation. Theoretical Medicine 2000;21(5) 493-502.
- <sup>10</sup> Sagdahl M. Autonomi. I Store norske leksikon (udatert). Hentet fra <http://snl.no/autonomi> 9.5.2014.
- <sup>11</sup> Freidson E. Profession of Medicine. p. 71-72
- <sup>12</sup> Freidson E. Professionalism: The Third Logic. p. 179-181
- <sup>13</sup> Larson MS. The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis. University of California Press. 1977. p. x-xi
- <sup>14</sup> Freidson E. Profession of Medicine. p. 128
- <sup>15</sup> Southon G, Braithwaite J. The End of Professionalism? Social Science & Medicine. 1998 Jan;46(1):23-8.
- <sup>16</sup> Ekeland TJ. Autonomi og evidensbasert praksis. Notat på oppdrag fra Senter for profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo. Lastet ned 26.3.2014. [http://stiftelsen-hvasser.no/documents/Autonomi\\_Evidensbasert\\_Tor\\_Johan\\_Ekeland.pdf](http://stiftelsen-hvasser.no/documents/Autonomi_Evidensbasert_Tor_Johan_Ekeland.pdf). p. 19-20

- <sup>17</sup> Hoogland J, Jochemsen J. Professional Autonomy and The Normative Structure of Medical Practice. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2000;21(5):457-75.
- <sup>18</sup> Freidson E. *Professionalism: The Third Logic*. p. 26
- <sup>19</sup> Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism: an ideal to be sustained. *The Lancet*. 2000 Jul 8;356(9224):156-9.
- <sup>20</sup> McLaughlin J. EBM and risk: Rhetorical resources in the articulation of professional identity. *Journal of Management in Medicine*. 2001; 15(4-5): 352-63.
- <sup>21</sup> OECD. Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers? *Economic Department Working Papers no. 477*. 2006. 5. Lastet ned 25.03.2014 <http://www.oecd.org/tax/public-finance/36085940.pdf>
- <sup>22</sup> St.meld. nr. 25 (2005-2006). (2006). Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer. Lastet ned 27.03.2014 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-/6/5.html?id=200953>
- <sup>23</sup> Hood C. *A Public Management for All Seasons*. *Public Administration*. 1999 March;69(1):3-19.
- <sup>24</sup> Ekeland TJ. Autonomi og evidensbasert praksis. p. 53-54
- <sup>25</sup> Exworthy M, Wilkinson EK, McColl A, Moore M, Roderick P, Smith H, Gabbay J. The Role of Performance Indicators in Changing the Autonomy of the General Practice Profession in the UK. *Social Science & Medicine* 2003 Apr;56(7):1493-504.
- <sup>26</sup> Smith R. Strategies for coping with information overload. *British Medical Journal* 2010 December; 341:c7126
- <sup>27</sup> Hjørland B. Evidence-based practice: An analysis based in the philosophy of science. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*. 2011 July;62(4):1301-1310
- <sup>28</sup> Ekeland TJ. Autonomi og evidensbasert praksis. p. 32
- <sup>29</sup> Parker M. False dichotomies: EBM, clinical freedom, and the art of medicine. *Med Humanities* 2005 Jun;31(1):23-30.
- <sup>30</sup> Ekeland TJ. Autonomi og evidensbasert praksis. p. 33
- <sup>31</sup> Brase T. 2005. How technocrats are taking over the practice of medicine: A wake-up call to the American people. *Policy Report*. St. Paul, MN: Citizens' Council on

Health Care. <http://www.cchconline.org/pdfreport/index.php> (free registration required). p. 18

<sup>32</sup> Coulter A. Partnerships with Patients: The Pros and Cons of Shared Clinical Decision-Making. *Journal of Health Services Research & Policy* 1997 Apr;2(2):112-21.

<sup>33</sup> Hoffmann B. Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang. *Sykepleien* 2002 90(17): 39-44.

<sup>34</sup> Pasientrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

<sup>35</sup> Cohen AM, Stavri PZ, Hersh WR. A Categorization and Analysis of The Criticisms of Evidence-Based Medicine. *International Journal of Medical Informatics*. 2004 Feb;73(1):35-43.

<sup>36</sup> Ekeland TJ. Autonomi og evidensbasert praksis. p. 58

<sup>37</sup> Ekeland TJ. Autonomi og evidensbasert praksis. p. 38

<sup>38</sup> Ten Have H. Re-evaluating Professional Autonomy in Health Care. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2000;21(5):503-13.

<sup>39</sup> Deber RB; Kraetschmer N; Urowitz S; Sharpe N. Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. *Health Expectations*. 2007 September;10(3):248-58

<sup>40</sup> Levinson W; Kao A; Kuby A; Thisted RA. Not All Patients Want to Participate in decision Making. *Journal of General Internal Medicine* Jun 2005; 20(6): 531–535.

<sup>41</sup> Hoffmann B, Lysdahl KB. Moral principles and medical practice: the role of patient autonomy in the extensive use of radiological services. *Journal of Medical Ethics* 2008 Jun;34(6):446-9.

<sup>42</sup> Larsen BH, Andersson H, Førde R. Pasientautonomi er ingen enkel sak. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2013;133:1955-57

<sup>43</sup> Reed R, Evans D. The Deprofessionalization of Medicine: Causes, Effects and Responses. *The Journal of the American Medical Association*. 1987;258(22): 3279-3282

<sup>44</sup> Tyssen R, Palmer KS, Solberg IB, Voltmer E, Frank E. Physicians' perceptions of quality of care, professional autonomy, and job satisfaction in Canada, Norway, and the United States. *BMC Health Services Research* 2013;13:516

- <sup>45</sup> Stoddard J; Hargraves L. Managed Care, Professional Autonomy, and Income. Effects on Physician Career Satisfaction. *Journal of Internal General Medicine*. 2001 Oct;16(10):675-84.
- <sup>46</sup> O'Donnel CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Family Practice*. 2000 Dec;17(6):462-71
- <sup>47</sup> Breidablikk HJ, Meland E, Aakre KM, Førde OH. PSA-måling og prostatakraft - overdiagnostisering og overbehandling? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2013; 133:1711-6
- <sup>48</sup> Helsedirektoratet. Overdiagnostikk og overbehandling. Publisert på nett 27.08.2013. URL: [http://www.regjeringen.no/pages/38439711/rapport\\_overbehandling.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/38439711/rapport_overbehandling.pdf). Lastet ned 31.03.2014.
- <sup>49</sup> Lee EO, Emanuel JE. Shared Decision Making to Improve Care and Reduce Costs. *New England Journal of Medicine* 2013 January;368:6-8
- <sup>50</sup> Veroff D, Marr A, Wenneberg DE. Enhanced support for shared decision making reduced costs of care for patients with preference-sensitive conditions. *Health Affairs* 2013 February; 32(2):285-93.
- <sup>51</sup> Nash DB, Quigley GD. Looking Forward: The End of Autonomy. *Headache*; 2008 May;48:719-724