

NSAM**Norsk selskap for allmennmedisin**

The Norwegian College of General Practitioners

Problembasert KOPF?

Anders Bærheim, styremedlem i NSAM

I en tid der legens rolle diskuteres kan en lure på hva en rolle er for noe. Er det noe du har på, en maske du bruker, eller er det noe du går inn i, en uniform du får utlevert? Er det noe du velger, som en karnevalsmaske, eller er det noe du dyttes inn i, som en militæruniform eller en fangedrakt? Mye av den kollegiale debatten om fastlegeordningen på EYR eller i andre fora synes jeg tyder på at vi har en uro knyttet til den siste muligheten. Men trø varsomt her, ordet skaper virkeligheten. Noen ganger er det ålreit!¹

Roller skapes i samspill. I allmennpraksis kan en tenke seg at samspillet foregår mellom tre aktører: oss selv, både som faglig ekspert og privatperson, pasienten, og de medisinske, paramedisinske og administrative samfunnsstrukturene som omgir oss og som definerer rammeforholdene vi jobber under.

Vi er inne i en tid preget av store forandringer, forandringer som redefinerer faget vårt og rollene våre. Både vi, pasienten og samfunnet rundt oss er i endring, og enten vi vil eller ikke preger dette den rollen vi har og den måten vi utfører faget vårt på. En aktivt nyskapende holdning fra vår side må til om vi skal føle oss som herrer i eget hus, og om vi skal kunne sette vårt merke på endringene i oss og rundt. Forresten, herre i eget hus – vi kommer ikke unna den debatten heller. Hva innebærer det, og hva legger vi mest vekt på? Å styre privat liv, økonomi eller fag? Kan vi seire på alle tre arenaene samtidig, eller må vi prioritere? Denne debatten foregår, den er viktig, men skal ikke forfølges her.

Få forhold illustrerer den pågående endringsprosessen bedre enn hvordan holdningene våre til KOPF-begrepet (Kontinuerlig, Omfattende, Personlig, Forpliktende) har endret seg. Samtidig er det kanskje et av problemene våre at vi fremdeles, trass i en langvarig debatt, har et uavgjort

forhold til KOPF, og ikke minst til hvilke deler av begrepet vi vil beholde eller endre. Meland bar for et par år siden til torgs spenningsfeltet mellom KOPF og begrepet IAPP, intermitterende, avgrenset, profesjonelt og pliktdelegerende.² Det er i dette landskapet jeg ønsker å bevege meg med noen løse tanker. Selv om en av redaktørene i Utposten etterlyser autoritative utspill fra NSAM,³ tror jeg at vi selv nå er mer tjent med en debatt enn fasit. Mitt tema nedenfor er det problembaserte i relasjon til KOPF. Vi har for lengst basert oss på en problembasert journal som idealet i allmennmedisin, og det forundrer meg at KOPF-begrepet, så debattert som det har vært, ikke har vært tydeliggjort i en problembasert sammenheng.

KOPF hviler på fire pilarer. Det **Personlige** vil vi trolig fremdeles se på som en av grunnsteinene i faget vårt. Allmennmedisin utføres først og fremst i det personlige møtet mellom allmennpraktikeren og pasienten. Som personlige utøvere av faget arbeider vi i grenselinjen mellom det faglige og det private. I vårt møte med pasienten har vi den profesjonelle ekspertens rolle, samtidig som mennesket bak ekspertmasken like fullt er tilstede. I det personlige møtet lager vi en profesjonell overbygning; slik oppstår vår individuelle applikasjon av faget. Denne overbygningen varierer betydelig fra lege til lege. Hva ved en slik variabilitet som er av det gode, hva som bør kreves som minste felles basis, og hvor stor variabilitet vi ønsker oss, er også en av de nødvendige debattene vi bør ta før andre tar den. Eksempelvis har representanter for England 35 000 allmennpraktikere vendt tommelen ned for standardisering av allmennpraktikerens rolle.⁴

Vi er vel heller ikke særlig uenige om det **Omfattende**. Allmennmedisin er og må være omfattende i utgangspunktet. Vi arbeider ikke bare med hele pasienten, men også med

pasientens relasjoner til seg selv, familie, venner og samfunn. Det faglige omfatter ikke bare hele det medisinske faget, men også elementer fra blant annet etikk, filosofi, antropologi, sosiologi og jus. Dette er greit. Vi er omfattende, vi ønsker det, og vi kan argumentere godt for det. I alle fall at vi skal kunne bruke det som et redskap når det trengs.

Men det Omfattende må ikke bli et imperativ for pasienten. Det bør ligge til kundens opplagte rettigheter at hun i møte med legen kan definere hvilken grad av helhetsspektiv en konsultasjon bør inneholde. Som en nabo sa det det: «Det kan da ikke være nødvendig å sprike med sjelen hver gang jeg sjekker spiralen». Det Omfattende bør være problembasert. Det bør være et av arbeidsredskapene våre, kanskje et av de aller beste, som vi bruker der det egner seg. Stjerneskruer krever stjerneskrutjern.

Mange av oss forbinder stadig mer ubehag med det **Forpliktende**. Vi forplikter oss i arbeidsutøvelsen vis a vis pasienten, og forpliktelsene presses på oss utenfra, fra RTV, kommunen, forsikringsselskap og lovgivere. Om det er det Forpliktende som får oss til å føle vår rolle som var vi ikledd en påtvunget uniform, burde vi kanskje ta den av. Just do it.⁵ Mange har gjort akkurat det, men en øket privatisering utarmer det offentlige helsevesenet og dermed også faget.

Det Forpliktende kunne problemorienteres vis a vis pasienten. Vi forplikter oss til noe her og nå. Men fastlegeordningen er en rettighetsordning for pasienten, og forpliktelsene våre utvides. Ubegrepet ved det Forpliktende har et tydelig mengdeaspekt. Løsninger innen fastlegerammene har allerede pekt seg ut. Mengdeaspektet minskes om vi har flere å dele forpliktelsene med (listefellesskap på kontoret), og om vi har færre som forplikter oss (mindre lister).

I vår markedsliberale postmoderne virkelighet faller det **Kontinuerlige** på stengrunn i nær sagt alle sammenhenger. Samtidig er det paradoksalt nok først i de siste årene våre norske myndigheter har vendt seg mot en fastlegeordning. Men er det nå sikkert at folk flest ønsker seg en fast lege for

resten av livet? Eller der det kanskje heller rettigheter det dreier seg om? Fastlegeordningen gir folk en rettsbasert tilgang til egen lege. Dette vil kunne være på kollisjonskurs med retten til autonomi ved selv å kunne bestemme over sin helse og sin bruk av helsevesenet.

Olesen og medarbeidere presiserer dette i sitt ferske forslag til en ny definisjon av allmennpraksis: «The general practitioner engage with autonomous individuals ...».⁶ Et autonomt handlende individ kan tenkes å velge mange andre muligheter for helsetjeneste enn det å forholde seg til samme primærlege livet ut. Fastlegeordningen på sin side innebærer fare for at ideen «Du skal ikke ha andre leger enn meg» skal få bedrete vekstvilkår.

Kanskje er det viktigst for mange å ha samme lege gjennom visse perioder, et visst sykdomsforløp, med andre ord å ha en *problembasert kontinuitet* til sin allmennpraktiker. En kontinuitet som kan omfatte 10 minutter ved en sårskade, 2 måneder ved nyrestein, eller livet ut ved lungecancer. Problembasert kontinuitet kan være en strategi, i full respekt for pasient og lege. For mange er dette allerede en realitet.

Kontinuiteten i lege-pasient forholdet kan fostre nærhet, innsikt og oversikt, men også invasivitet. Kontinuitet er et av våre aller fornemste og mest potente arbeidsredskaper, potent også når den går seg til i et uhensiktsmessig spor. Bør vi tenke problembasert kontinuitet som en obligatorisk strategi, i full respekt for pasient og lege?

Litteratur

1. Nylehn P. Noen ganger er det ålreit. Utposten 2000; 29: 6-9.
2. Meland E. Menneskesyn mellom KOPF og pasientautonomi. Tidsskr Nor Legeforen 1997; 117: 3393-4.
3. Strøno G. NSAM: Jalan, jalan. Utposten 2000; 29: 3.
4. Beecham L. GPs want self regulation to continue. BMJ 2000; 320: 1692.
5. Nike. Veggplakat, Bergen 1997.
6. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice – time for a new definition. BMJ 2000; 320: 354-7.