

Den allmennmedisinske KARAFFEL

– det faglige innholdet i fastlegeordningen



● AV PETTER ØGAR

Utposten ønsker en diskusjon om det faglige innholdet i fastlegeordningen og har spurt en person som gikk ut av det virkelige liv for flere år siden, og hvis allmennmedisinske spesialistkompetanse for lengst har gått ut på dato. Jeg er usikker på om det er smigrende eller foruroligende.

Nå ønskes det riktignok bare svar på noen enkle spørsmål om hvordan fastlegeordningen kan brukes i folkehelsas tjeneste. Hvilke pasienter bør prioriteres? Hvilke behandlingsmetoder og arbeidsformer bør velges? Det starter med forsiktige spørsmål om aktiv oppsporing av diabetikere og sekundærforebygging, men avanserer raskt. Vil du prioritere arbeid i attføringsutvalg, eller vil du heller starte astmaskole? Vil du aktivt evaluere kommunehelsetjenestens og andrelinjetjenestens tjenester og øve påvirkning for å bedre påviste svakheter? Hvordan bør arbeidet monitoreres med hensyn til kvalitet og effekt, og hvilket påvirkningspotensial på folkehelse finnes ved optimalt allmennmedisinsk arbeid?

Tankespillet kulisser er Tinn kommune som ikke bare har en kommunelege I. Han eller hun har også samfunnsmedisinske ambisjoner. Og

ikke nok med det, det finnes et helt fastlegekollegium som lider av den samme sjeldne tilstanden og i tillegg har en bevisst holdning til helsetjenesten. Jeg trodde knapt det fantes slike steder igjen i kongeriket.

Det handler om allmennmedisinens innhold og verdigrunnlag

Spørsmålene som stilles handler ikke primært om fastlegeordningen. De handler om allmennmedisinens faglige innhold og ambisjon. Hvilke rolleforventninger bør vi ha til allmennpraktikerne? Hva bør være allmennmedisinens ideologi og verdigrunnlag? Hva er anerkjente behandlingsformer og arbeidsmåter? Og hvem er det som legitimt kan bidra med svar på disse spørsmålene?

Allmennpraktikerne er selvfølgelig de nærmeste til å gi svar, men de kan ikke gjøre det uten å ta hensyn til de krav, forventninger og rammevilkår omgivelsene og samfunnet stiller. Allmennlegene utgjør heller ingen homogen gruppe. Tvert imot har de ulike syn, og synspunktene endrer seg over tid. Helsetjenesten og dens utøvere er en del av samfunnet og gjenspeiler samfunnets rådende kultur og verditrender. Markedstenkning, privatisering og individfokusering er dominerende trender som også eter seg inn i helsetjenesten og hos dens utøvere. For 10-15 år siden var det vanskelig å finne en allmennpraktiker som ikke så på en fastlegeordning som en riktig reform. I dag er det bare et knapt flertall blant legene som etter harde forhandlinger på overtid sier ja. Og det til tross for at ordningen, dersom en

Petter Øgar

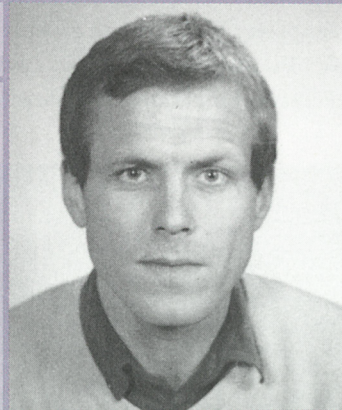
cand.med 1978.

Ass. lege medisinsk avdeling Kongsberg sykehus 1980–83.
Kommunelege I og helsesjef i Hornindal 1983–95.

Fylkeslege i Sogn og Fjordane fra 1995 bare avbrutt
av et vikariat som konstituert helsedirektør i 2000.

Var tidligere spesialist og veileder i allmennmedisin, er spesialist i samfunnsmedisin.

Medlem av Utpostens redaksjon fra 1993 til 1998



skal tro det en hører, er et økonomisk gullegg for flertallet av deltakerne.

Fastlegeordningen representerer bare et organisatorisk og finansielt rammeverk som legger grunnlaget for en sterkere lege-pasientbinding og innebærer større mulighet for mer populasjonsbasert virksomhet, dersom legene ønsker det. Men ordningen i seg selv forandrer verken legenes, pasientenes eller samfunnets syn på hva som er god allmennmedisin. Riktignok mangler det ikke på vakre ord i utredningene om reformen både med hensyn til listeansvar og styrking av det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene, men virkeligheten ble en annen. Vi endte opp med en fastlegeordning som på vesentlige områder ikke kan sies å ha en folkehelsebefordrende innretning. Stykkprisbetaling utgjør 70% av legenes inntekter og stimulerer til høy produksjon, men ikke nødvendigvis en produksjon med et innhold i samsvar med samfunnets erklærte prioriteringer. Vi har trolig ennå til gode å se et takstsystem som gjør kronisk syke med behov for langvarige og sammensatte tiltak «økonomisk konkurransedyktige» i forhold til kjappe kontroller av lite syke mennesker og behandling av kurante sykdommer og tilstander. Analogien til innsatsstyrt finansiering og DRG-systemet på sykehusene er nærliggende. Vi ser videre at offentlig allmennmedisinsk arbeid på helsestasjonen, i skolehelsetjenesten og på sykehjem i mange kommuner blir lavt prioritert. Samfunnsmedisinsk arbeid er gjennomgående svært lavt prioritert og/eller det er ingen leger som vil ha det.

I denne situasjonen kan vi gjerne tegne kart og lage oppskrifter på hvordan allmennmedisinen og fastlegeordningen kan bli en velsignelse for folkehelsen, og det skal vi gjøre. Men uten en fagideologisk renessanse er jeg redd dette fort kan bli trøsteprodukter for den restideologiske kjerne.

Et realistisk ambisjonsnivå og skisse til svar

Jeg kunne selvsagt ønsket meg en samfunnsmedisinsk inspirert allmennmedisin, men i dagens verdiklima tror jeg det er urealistisk å spenne buen for stramt. Vi er ikke tjent med å legge lista så høyt at bare noen få av de siste dagers hellige

prøver å nå opp til den mens alle de andre står hoderystende eller uinteressert og bivåner.

Jeg ga mine svar på mange av de spørsmålene som stilles i et innlegg i Utposten allerede i 1991: *Allmennpraksis – åpen (helse)butikk eller styrt virksomhet?* (1). Skal allmennpraksis være en åpen (helse)butikk der helhetsambisjonen slutter med å ivareta de enkelte pasientene på en helhetlig måte etter hvert som de dukker opp på kontoret, eller skal den være en styrt virksomhet der helhetsperspektivet er et populasjonsperspektiv med de konsekvenser det får for arbeidsformer og ressursfordeling. Jeg mener det siste. Den passive, etterspørselstyrte praksis må erstattes av en praksis styrt på en slik måte at den søker å oppfylle det første Lønning-utvalgets likhetsbegrep (2): Alle bør gjennom helsevesenet få den samme mulighet til å bli så friske som de etter sine forutsetninger kan bli.

De sosiale forskjellene i Norge øker slik det blant annet dokumenteres i *Utjamningsmeldinga* (St.meld.nr.50 (1998-99)). Økende sosiale forskjeller fører til økende ulikheter i helserisiko, uhelse og sykdom. I en slik verden betyr rettferdig fordeling i økende grad ulik fordeling og mer selektiv ressursbruk. En slik dreining får liten drahjelp i et individbasert rettighetssamfunn der behovet ofte er omvendt proporsjonalt med evnen til å kreve sin rett. Lettere blir det heller ikke ved at de som trenger det mest ofte er vanskeligst tilgjengelig og ofte lite synlig takknemlige for våre tjenester. Det narraktige i troen på å være bare pasientens advokat og ikke en forvalter av et samfunnsgode avsløres når advokatambisjonen for den ene kolliderer med advokatgjerningen for de andre pasientene på ens egen liste.

En populasjonstilnærming forutsetter en bevisst oppfatning av hvordan ulike behov skal prioriteres kombinert med ulike praktiske tiltak for å senke tersklene for underbrukerne av helsetjenester. Reduserte terskler må ikke forveksles med pågående, oppsøkende virksomhet. Misjonering hører fortsatt hjemme på misjonsmarken og ikke i helsetjenesten.

Med den nye pasientrettighetsloven er prioritering knyttet til forventet nytte og kostnadseffektivitet av behandlingen.

Den dokumenterte nytten av mange av de behandlings- og arbeidsformer som benyttes i dag er mangelfull eller fraværende. Det samme gjelder en helseøkonomisk vurdering av de samme tiltakene. Det gjenstår et formidabelt dokumentasjons- og operasjonaliseringsarbeid fagmiljøene selv må ta et ansvar for. Men jeg kjenner ingen bedre prinsipielle utgangspunkt, og det finnes allerede mye kunnskap allmennlegene i dag ikke i tilstrekkelig grad har tatt konsekvensene av. Det siste forholdet er det vanskelig å finne holdbare unnskyldninger for. Prioritering handler etter dette egentlig mye om å la praksisen være styrt av faglig redelighet og å være faglig oppdatert.

Det er ikke nok å ønske og tro at vi gjør de riktige tingene. Vi skal helst vite at det er det vi faktisk gjør, og i denne sammenheng er troen ikke å stole på. Evaluering av egen praksis og dokumentasjon av kvalitet vil trolig etterspørres i økende grad både av pasienter, myndigheter og fagmiljøene selv. Utfordringen er å utvikle formålstjenlige metoder og kvalitetsindikatorer og å ha et realistisk ambisjonsnivå for dette arbeidet som trekker majoriteten av allmennleger med seg. Det kan bare skje ved at fagmiljøet selv tar ansvaret og ved at andre, som undertegnede, innser sine begrensninger på dette området.

Fastlegen og folkehelsa

Folkehelsa er i første rekke et resultat av ulike samfunnsforhold. De viktigste så langt vi vet i dag er materielle levekår, inkludert fysiske, kjemiske og biologiske miljøfaktorer og ulike sider ved samfunnets psykososiale kvaliteter som sosiale forskjeller, rådende verdinormer, grad av sosialt felleskap og småbarns kår særlig i første leveår.

Helsetjenestens rolle i folkehelsearbeid er å framskaffe

og gjøre kjent faktagrunnlag knyttet til helse og sykdom, være faglig premissleverandør og rådgiver for ulike beslutningstakere, behandle pasienter, drive sykdomsforebyggende arbeid (primær-, sekundær- og tertiærforebygging) og å påvirke samfunnets helse- og sykdomskultur.

Allmennpraktikerens bidrag er i hovedsak knyttet til de tre siste aktivitetene, og da er vi tilbake til Pendletons klassiske beskrivelse av innholdet i den allmennmedisinske konsultasjon (3). I tillegg til å løse det aktuelle problem skal eventuelle kroniske problemer følges opp. Forebyggende tiltak skal vurderes og eventuelt gjennomføres. Endelig skal legesøkningsatferden påvirkes. Det siste skjer uansett. Legene er de sterkeste premissleverandørene og påvirkerne til utformingen av samfunnets helse-, sykdoms- og behandlingskultur. Spørsmålet er om vi bidrar til nøktern og mest mulig kunnskapsbasert bruk av helsetjenster, eller om vi nører opp under kontroll- og behandlingsetterspørselen og bærer ved til medikaliseringsbålet, som vi selv holder oss varme av? Det er nå så mange behandlere av ulik art at det er til å bli syk av. Mange steder sliter det helsetjenesten ut. Men for ikke så rent få er det også en nødvendighet for å opprettholde den inntekt de mener de bør ha.

Holder allmennpraktikerne seg faglig oppdatert, følger Pendletons konsultasjonsoppskrift, lar virksomheten være styrt av faglig redelighet og evaluerer sine tjenester, bør vi være fornøyd, og allmennmedisinen i fastlegeordningen vil bli en stort gode både for den enkelte pasient og i folkehelsas tjeneste.

Referanser

1. Øgar P. Allmennpraksis – åpen (helse)butikk eller styrt virksomhet. *Utposten* 1991; 20: 62-3.
2. NOU 1987: 23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste.
3. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The Consultation. An Approach to Learning and Teaching*. Oxford University Press 1984.

Petter Øgar
Fylkeslegen i Sogn og Fjordane
6861 Leikanger

