



# Har legekunsten gode nok rammevilkår i starten av eit nytt århundre?

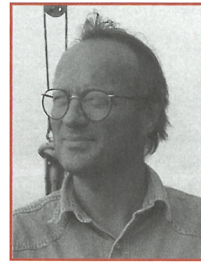
AV EIVIND VESTBØ

Det er ikkje lett å gripa legekunsten. Taust og usynleg kittar den saman intuisjonen i klinisk kompetanse, empatisk oppleving og ei djupare forståing av kva som er til pasienten sitt beste.

Fleire kompetente allmennpraktikarar har gripe til pennen og skrive klokt om legekunst så langt det let seg gjera (1,2,3). Dette er viktig røynslekunnskap som må gjerast eksplisitt og blandast med data frå vitenskap til god allmennmedisinsk teori. Men den gode kunst skal òg praktiserast, og det heile blir nokså meiningslaust dersom vilkåra for dette ikkje er til stades. Det kan difor vera på sin plass med ein del tankar om dei vilkår legekunsten synes å ha i starten av det 21. århundre.

## Eivind Vestbø

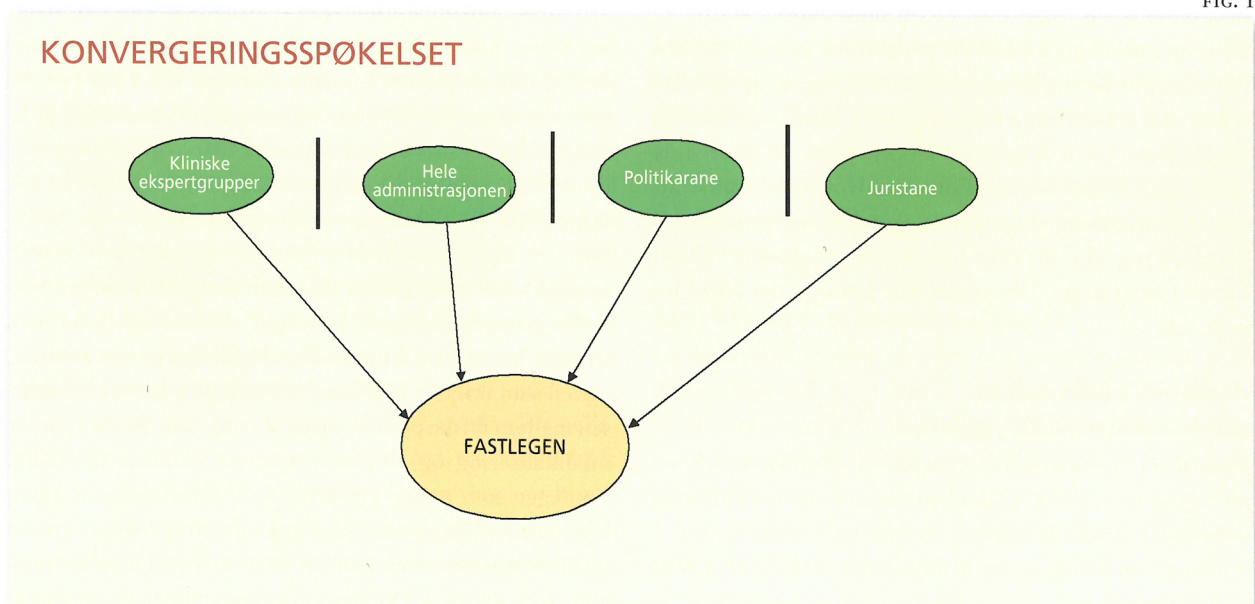
Kommunelege i Finnøy i ein mannsalder. Har vore oppteken av tankar om konkretisering og alminneleggjing av røynslegrunnlaget i allmennpraksis. Dei siste par åra slik som dette ter seg i eit distriktsmedisinsk perspektiv. Deltar i vakt på overtid, og tykkjer framleis at jobben er triveleg.



## Når konvergeringsspøkelset møter tidsrama

Vi får minna kvarandre om det banale. Vi har ei tidsramme. Six minutes for the patient sa Balint for mange år sidan (4). Heldigvis er det ikkje så snautt med tid i dagens norske allmennmedidinske klinikk. Men krav til legane si fritid, styresmaktene sin budsjettbalanse, nødvendig administrasjon og førebyggjande arbeid set klare grenser på få gonger six minutes. Og så veit vi alle at vi et utsett for eit konvergeringsspøkelse. Der ute, der borte, der oppe – langt frå våre kontor sit dei i vifteform: Spesialistane, byråkratane, institusjonane, juristane, politikarane, og pasientforeningane som gir meir eller mindre normgjevande direktiv til kva vi som allmennpraktikarar skal putta inn i denne tidsrama (fig 1). Ein ting veit dei og to ting veit dei ikkje.

FIG. 1





Dei er overtydde at innspela deira er avgjerande for rett handling i allmennpraksis og må implementerast. Men dei kjenner ikkje tankane til eit titals andre som meiner det same. Pilene med dei gode intensjonar går konverterande mot allmenpraktikaren, men mellom seg har desse velmeinande, tette skott. Dei veit heller ikkje at til og med eit skrap minimum av innspela deira vil krevja rask allmennpraktikarkloning med ein faktor på minst ti. Og så sit vi der med pasienten og alle innspela. Kven skal vi stetta, og greier vi tapspresset frå salderingspostane. Kva med legekunsten? Sit det nokon der ute i vifteforma som stiller krav til denne? Felles for alle dei nye krava som dukkar opp er at dei ligg i periferien av den basale klinikken og truar denne. Vi må så godt det lar seg gjera verna om allment aksepterte faglege normer i diagnose og behandling, den gode kliniske samtalen og den pasientsentrerte og kloke kliniske handlinga. Og verna i denne samanheng, vil seia å rydda tid. Lat oss sjå nærare på dei tidsslukande truslane.

### Attesteksplosjonen

Ei kort ettertenking gir klare tal for min eigen situasjon i dag; utanom reseptar og sjukemeldingar skriv eg over 1000 attestar i året. Mange av dei er meiningslause, mange er medikalisierende og dei fleste er rimeleg godt betalte. Attestinntektene mine er nå større enn inntektene frå vakt. Er vi kjøpt og betalt gjennom honorar for ikkje å protestera mot denne utviklinga? Vi kjenner alle situasjonane. Gymlæraren som i staden for å setja seg inn i eleven sin situasjon avsluttar ein kort samtale med krav om legeattest. Forsikringslegane som forsyner meg med opptil fleire brev dagleg der helsebogatellar i eigenerklæringa utløyser krav om legeattest. Politikarar og trygd som nå trur at meir omfattande skjematokumentasjon på nytt sjukemeldings-skjema skal få ned sjukefråværet. Trygdekontoret som sender pasient og lege inn i ein omfattande attest- og tilvisingsrunddans for å halda pengestøtta gåande i rehabilitering og attføring av personar som truleg ikkje vil koma tilbake til yrkeslivet, men som heller ikkje vil få uføretrygd. Dette i rein velvilje for å ikkje gjera dei til arbeidslause eller sosialklientar. Forsvarsadvokatane som i aukande grad har oppdaga at fastlegen kan hjelpa klientane deira. Det er vel vi litt eldre legane som må seia ifrå. Vi som har sett utviklinga. Dei yngre trur kanskje det alltid har vore slik.

### Aukande pasientrettar, minkande pasienttryggleik ?

Rundskriv 15-12/2004 Lov om pasientrettigheter er kome på bordet vårt. Frå 1. sept. er pasientane sitt rettsgrunnlag ytterlegare utvida og innebær nå fylgjande rettार:

- Rett til vurdering innan 30 dagar etter prinsippet om fritt sjukehusval.

- Rett til utredning med fritt sjukehusval.
- Rett til behandling med fritt sjukehusval.
- Rett til klage på sjukehuset si vurdering.
- Rett til ny vurdering.
- Rett til omgjering ved forverring av den medisinske tilstanden i ventetid.

Like eins er lovgrunnlaget klart for at allmennpraktikaren skal medvirka til at pasientane får sine rettार stetta. I merknadane til §2-4 «Rett til valg av sykehus», heiter det t.d: «Da det normalt er primærlegen som henviser pasienten, vil han eller hun være pasientens viktigste rådgiver ved valg av sykehus, og dermed bistå pasienten slik at pasienten treffer fornuftige valg. Primærlegen bør derfor gi god informasjon om hvilke tilbud som finnes, om valgets betydning for pasienten og om den praktiske gjennomføringen av fritt sykehusvalg. Henvisende lege vil ha en rolle som koordinator.»

Rettane er altså omfattande og legeplikta klar. Dersom pasientar flest, i motsetnad til stoda så langt, blir opptekne av rettane sine for å optimalisera sin eigen situasjon på rettsleg grunn, har vi fått ein truande tidskonkurrent til god klinikk. Eit stort paradoks kan oppstå: Aukande pasientrettar kan som tidstjuv gi minkande pasienttryggleik og legekunsten kan ha fått seg ei ny knekk endå før dette.

### Garantimedisinen truar legekunsten

Fleire artiklar i Utposten opp gjennom åra har fokusert på tryggleiksparadokset (5,6,7): Omfattande undersøking ved lita risiko for sjukdom gir ikkje god avklaring, men ei rekke falske positive funn med angst, medikalisering og unødvendig ressursbruk til fylgje. Dei falske positive funna er spesielt diskutabile i høve til framtidig sjukdom slik som ved medikamentell profylakse av risikantar som ville haldd seg friske utan behandling (hypertoni, kolesterol). Det er dårleg allmennpraksis å tena sine pengar ved å beita på dei falske positive. Presset i retning av «garantimedisin» har likevel auka dei siste åra. Orsakene er fleire. Sjukehusspesialistane har problem med si prevalensforvirring. Dei kjenner ikkje alltid det allmennmedisinske landskapet når dei uttaler seg. Signifikanshysteriet rår. Ein spør seg meir om der er effekt enn om effekten sin størrelse og verd for den ein-skilde pasient. Media sel helsestoff med eit nokså forvirra trusselbilete og skil ikkje mellom legefeil på grunn av slurv, og feil som ikkje er til å unngå i den fagleg korrekte balansen mellom falske positive og falske negative. Respekten for medikalisering og alternativ kostnad er ikkje til stades. Fastlegen som møter kunden i forbrukarrolla i ein metta legemarknad er òg med på å auka garantipresset. «Prøve- og tilvisingsdokteren» kan lett bli sett på som meir kompetent enn «pratedoktoren». «Instrumentlegen» er stadig





meir populær. Ultralydapparat og celletellar kan lett bli symboler på seriøs og grundig praksis. Er vi på ein veg der legekunsten og dei goder den gir pasienten blir erstatta av ei desperat jakt på tryggleik og tryggleikssymbol i dei kliniske handlingane? Vil samfunnet betala for ein garanti og eit risikonivå for handlingar i helsetenesta som ligg langt under den risiko vi tek i det moderne liv utanfor helsevesenet?

### Fører kvalitetssikring til kvalitet ?

Og så er vi her då – i kvalitetssikrings-, internkontroll- og dokumentasjonssamfunnet der vi talar om å lukka avvik i staden for å gjera ein betre jobb, og svarer at vi skal gjennomgå våre rutinar i staden for vedkjenna oss våre feil. Der tjukke kvalitetshandbøker etter mønster av oljeindustrien blir sett på som garantien for god praksis. Men diverre let ikkje legekunsten og den basale klinikken seg kvalitetssikra på denne måten. Og vi har fått endå ein tidskonkurrent til det essensielle i god allmenmedisin.

Det er vesentleg at at allmenmedisinarane skil klart mellom kva dei skal kvalitetssikra og dokumentera og kva som berre fagleg klokskap og innsikt kan styra. Dersom ikkje dei skriftlege rutinane skal kvæla oss, og forstyrre det profesjonelle skjønn, må dei reserverast for pasientlogistikken og berre denne. Det er av vesentleg verd at vi har sikre rutinar for handtering av patologiske prøver, informasjonrutinar, reglar for timebestilling, tilgjenge osv. Å la kvalitetshandboka gå lenger inn i klinikken enn dette, er både feil bruk at tid og truande for legekunsten.

### Er handlingsprogramma ein trugsmål mot legekunsten?

Vi har etterkvart fått ein kunnskapsskjede med stiganede soliditet og relevans. Denne startar med den eine signifikante vitenskapelege undersøkinga som det spinklaste handlingsgrunnlaget. Det kjem etterkvart fleire som tek føre seg same problemstilling og metaanalyser finn stad. Desse kan gjerast etter prisippet om meister/svennlæring eller bli sertifisert etter bestemte reglar for metaanalyse knytt til teorien om evidensbasert medisin. Vi har på denne måten fått ei kvalitetsmerking eller sertifisering av kunnskap som kan setjast saman med fagleg røynsle, behandlingsgradisjonar og behandlingsskapasitet til eit handlingprogram som er det næraste ein kan koma pasienten med kunnskapen før den kliniske vurderinga og handlinga startar. Og det er i denne legekunsten ligg. Dersom tilsynet, media eller kollegar bruker handlingprogrammet som facit, truar dette både legekunst og pasientsentrert medisin. Det er først når kunnskapgrunnlaget i handlingsprogrammet blandar seg med legen sin eigen intuisjon, vurdering av pasienten sin bakgrunn og eigen vilje at den gode kliniske handlinga kan finna stad



Å verne legekunsten betyr å rydde tid.

(8). Dei legane som ikkje skjønner dette eller ikkje har mot til å handla på bakgrunn av ei slik erkjenning, har gløymt legekunsten eller dei torer ikkje ta den i bruk av redsel for kritikk. Mon tru om det er ein aukande tendens til dette – tena pengar og sikra seg mot kritikk, tilsyn og rettsak?

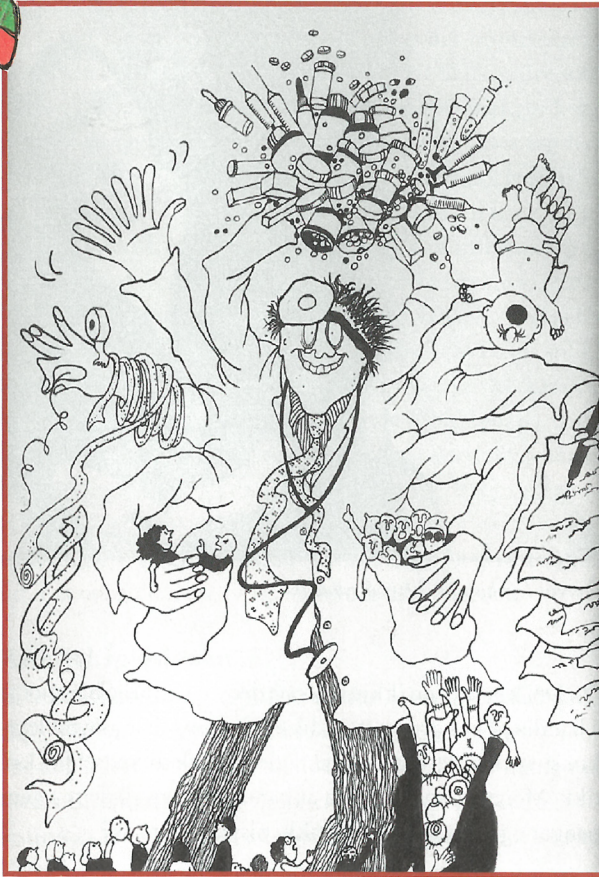
### Kan dei nye helseforetaka trua legekunsten gjennom arbeidsdelinga med fastlegane ?

Som «praktiserande praksiskonsulent» ser eg ein ny trussel i horisonten. Foretaka har ein økonomisk inntenningsideologi. Det er kome til ein prinsipiell fare for at administrasjonsarbeid som t.d. sjukemeldingar, attestar, tilvising til kontrollar etter sjukehusopphald, og auka ansvar for oppfylgging av avansert sjukehusbehandling som cytostaticabehandling, dialyse, heimerespirator og liknande blir lagt til fastlegane, meir for å auka innteninga på sjukehuset enn for å gi pasienten den beste behandling. Og vi vil kanskje møta dette med eit ideal om å vera flinke og å få gratifikasjon av den einskilde spesialist. På ny er legekunsten trua av inn-trenging utanfrå. Med respekt for god pasientflyt og service for pasientane våre bør vi vurdere slike tiltak nøye før vi gir vår tilslutning.

### Den kvalifiserte samtalepartnaren

Livsproblema bankar på allmenlegen si kontordør kvar einaste dag. Eit langt legeliv har lært meg at kvardagen jevnt over er meir tyngande enn sjukdommen. Den aller største lidning og smerte ligg truleg i livskrisane, sviket, tapa og konfliktane. Ein kan sjølvstøtt utøva mykje god legekunst i kvalifisert samtale med pasienten om livssituasjonen, men kva då med tid til den basale klinikken. Mange har problematisert denne bredden i allmenpraktikaren si til-





*Jeg håper neste direktiv dreier seg om legekunst.*

nærming, og med rette. Vi kan ikkje ta oss av alt ubehag eit menneske måtte kjenna på. Men dette er ikkje heilt enkelt fordi: Vi har ikkje godt nok samliv, gode nok naboar, skrifttemålstradisjonar, eller personleg intimitet nok i samfunnet til at folk får dekkja sine basale psykologiske behov. Kven skal dei gå til? Og når dei kjem, skal vi då skriva ut resepten og medikalisera heile livsproblemet eller skal vi prata med dei om livet slik at problemet blir ført tilbake til livet der det høyrer heime. Truleg ligg det ein fin balanse i dette,

om å koma lidinga i møte utan å bli reisande i kvardagsbagaletter, og svara med samtale i staden for reseptblokk utan å bli pasienten sin einaste støtte, prøva å få pasienten til å aktivisera sitt eige nettverk i staden for å overinvolvera oss sjølv. Personleg må eg passa meg for ikkje å bli ein empatisk sjarlatan.

Dette handlar i siste instans om allmennpraktikarane sin ideologi og sjølvtilitt. Det kan sjå ut til at ei rekke aktørar fyrer laust på «arvesølv» vårt utan at dei veit heilt kva dei gjer. Truleg har dei lite peiling på kva dei truar med å knusa. Det er berre allmennpraktikarane sjølv som kan stå imot. Skal vi få dette til, må vi definera, debatera, handla med mot og driva påverknad. NSAM sine sju teser (9) er eit godt utgangspunkt, like eins det akademiske innhaldet i allmennmedisin slik det blir lært ved institutta. Men vi må alle forstå kva som er det sentrale. Vi må bli modellsterke og ideologiske med tanke på det oversynet som skal til for å staka veg med essens, istanden for å praktisera i utbrennande kaos.

#### Litteraturliste

1. Skarsaune K. La reven leve! Om intuisjonens plass i allmennmedisinen. Utposten 1991;20: 289-291.
2. Malterud K. Klinisk kunnskap-legen som deltaker og fortolker. Utposten 1998;27:24-27
3. Nessa J. Medisin og eksistens. Gyldendal Akademisk, Oslo 2003.
4. Balint E. Norell J. Six minutes for the patient: Interaction in general practice consultations. Tavistock publications, London 1983.
5. Meland E. Om falsk positivitet og falske profetar. Utposten 1993;22: 100-4.
6. Hunskaar S. Meland E. Det feilbarlige helsevesen. Utposten 1995; 24:4-6.
7. Hunskaar S Meland E. Myten om det ufeilbarlige helsevesen (2). Utposten 1995; 24: 7-9.
8. Stensland P. Bærheim A. Hva slags handlingsprogrammer ønsker vi fra NSAM. Utposten 1998;27: 14-17.
9. NSAM. Sju teser for allmennmedisin. En oppsummering av NSAM tenkedugnad 2000-2001. Plakat.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ola Nordviste. Kontakt ham på [nord-ola@frisurf.no](mailto:nord-ola@frisurf.no)

**UTPOSTEN**  
- meldinger om og fra  
den gode **primærmedisin**