

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige,

uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktor-skolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag.

Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

AV IVAR SKEIE

Utposten vil i en serie artikler i de kommende nummer kaste lys på en del temaer som ofte oppfattes som «vanskelige» i allmennmedisinen. Dette kan være temaer som kan virke uklare, diffuse og som vi har lært lite om på doktor-skolen – kanskje noe mer gjennom spesialistutdanningen allmennmedisin – men som vi i vår praktiske arbeidshverdag opplever som vanskelige, ja til og med som ubehagelige. Dette kan være grå – om ikke hvite – flekker på det allmennmedisinske kartet, ting som i utgangspunktet kan virke skjulte, men som det er viktig å grave fram, definere og sette ord på. Dette er ofte fenomener som det er blitt lagt lite vekt på i den klassiske medisinske vitenskapen, men som etter hvert blir gjenstand for (allmenn)medisinsk forskning.

Serien er ikke ferdig planlagt, men redaksjonen har en del ideer og en del prosjekter på beddingen. En del artikler vil vi aktivt bestille, men vi vil også gjerne ha en samhandling med leserne om temaer, og vil oppfordre leserne til å sende inn reaksjoner og synspunkter, og å komme med egne artikler om det som oppfattes som de grå feltene på kartet.

Vi kaller serien «allmennmedisinske utfordringer» og tar utgangspunkt i det allmennmedisinske, og da gjerne til forskjell fra det «spesialistmedisinske». Men hva er forskjellen mellom disse to delene av den medisinske verden?

Kvalitativ forskjell

Mye er sagt og skrevet om hva som er særegent ved allmennmedisinen i forhold til sykehusmedisinen. Allmennpraktikeren er «generalist», skal vite noe (egentlig en god del!) om det meste, mens «spesialisten» skal ha (full?) dybdeoversikt på sitt avgrensede spesialfelt. For lenge siden (før allmennmedisinens gullalder fra 1970-tallet) ble allmennpraktikeren kanskje nettopp sett på som en som kunne litt om det meste, som en slags annenrangs lege i forhold til spesialisten, og holdningen var at den egentlige medisinen var knyttet til sykehusene.

Dette har forandret seg. Selv om utviklingen de siste 30–40 åra har gjort sykehusmedisinen langt mer teknologisk, diagnostisk og behandlingsmessig avansert, og på den måten

utvidet forskjellen mellom allmennpraktikeren og spesialisten, har samtidig forståelsen for at allmennmedisin er kvalitativt forskjellig fra spesialistmedisin vokst fram. Allmennmedisinsk infeksjonsmedisin eller psykiatri er ikke en blek avspeiling av den spesialiserte infeksjonsmedisin eller psykiatri, den er noe kvalitativt annet. Den infeksjonsmessige eller psykiatriske verden allmennpraktikeren lever i og kjenner, er ikke den samme som spesialistene kjenner, og omvendt. Å planlegge for og å drive akuttmedisin i distrikt er noe annet enn sykehusbasert intensivmedisin. Den primære og den spesialiserte medisinen overlapper hverandre selvsagt i stor grad, men de er like fullt forskjellige. Og poenget i denne sammenhengen er at denne forskjellen er kvalitativ mer enn kvantitativ, det er altså ikke slik at allmennmedisinen er «litt av alt» som spesialitetene i sykehusmedisinen er, den er noe «annet», noe «kvalitativt forskjellig» fra spesialistmedisinen. Det er selvsagt ikke slik at den ene er «bedre enn» eller «overordnet» den andre, de er bare forskjellige i den forstand at de forholder seg til ulike sider av den virkelige verden. Og den spesialistbaserte forskningen gir heller ikke et godt nok bilde av det allmennmedisinske landskapet, kartet over dette landskapet må tegnes gjennom oppsummering og foredling av de allmennmedisinske erfaringene, det vil si gjennom særegen allmennmedisinsk forskning. Gjennom forståelsen av dette er de primærmedisinske spesialitetene vokst fram gjennom de siste tretti år, og samfunns- og allmennmedisin er blitt akademiske fag. De primærmedisinske fagene må læres, og har etter hvert fått en sentral plass i medisinstudiet. Det bør også være et mål at mye av videre- og etterutdanningen av allmennleger skal dreie seg om den allmennmedisinske verden.

Hva er særegent ved allmennmedisinen?

Hva er så dette særegne med allmennmedisinen? For meg står et begrep her sentralt: Det «uselekterte», eller kanskje bedre: det «innvevde». Allmennmedisinen forholder seg til sykdom og engstelse for sykdom, slik den framtrer hos pasienten i det miljø hun lever i. Sykdommen, både den somatiske og den psykiatriske, er «innvevd» i livet som pasienten lever, og i miljøet pasienten lever i, både det fysisk/materielle og det psykologisk/sosiale. Sykdommen oppleves av pa-

sienten ut fra den erfaringsbakgrunn hun har opparbeidet gjennom livet, og den presenteres for legen på en måte som er farget av og har fått sitt «språk» – verbalt som kroppslig – gjennom denne livserfaringen. Som oftest vil dette ikke være et «problem», det er rimelig greit for pasienten og legen å komme fram til en felles forståelse for hva som er det medisinske problemet, og hva man skal gjøre med det. Men noen ganger vil det være vanskeligere, helseproblemets «egentlige» natur kan være uklart eller skjult. Mange kjenner sitatet fra Søren Kierkegaard der han sier at «for riktig å kunne hjelpe et annet menneske, må man *først* ta utgangspunkt der dette menneske er, og forstå hvordan dette mennesket oppfatter sin situasjon» (fritt gjengitt). Og dette rører ved noe av kjernen i «det allmennmedisinske». Allmennlegen vil etter hvert bygge opp en kjennskap til og forståelse av den enkelte pasient og hennes livshistorie, og hennes nære og utvidede miljø og samfunnsmessige livsbetingelser, kort sagt en forståelse for pasientens «utgangspunkt». Denne forståelsen er ofte mer intuitiv enn eksplisitt, men ikke mindre viktig av denne grunn. En slik utgangsførståelse vil ofte være viktig for allmennlegens tilnærming til pasient og problem, mens den ofte ikke vil ha samme betydning for spesialisten, som ofte forholder seg til et avgrenset problem i et avgrenset tidsrom.

Og dette – i hvilken form og sammenheng helseproblemet presenteres for legen – er et viktig poeng. Den «innvevd allmennmedisinske sykdomspresentasjon» preges særlig av at «problemene» ofte ikke presenteres som et «avklart» medisinsk problem. Når legen definerer et fenomen som et medisinsk problem, er det et resultat av en analyse av sykehistorie, symptomer og funn. I utgangspunktet er symptomer og plager ikke sortert. Fysiske og psykiske plager er sammenvevd, og lettere blir det ikke hvis pasienten har personlighetsmessige «avvik» som gjør kommunikasjon og samhandling med legen vanskelig. Det er i dette uoversiktlige og «uselekterte» terrenget at allmennlegens ryddearbeid begynner, og dette er mye av allmennmedisinens kjerne. Dette betyr selvsagt ikke at alle eller de fleste møter mellom allmennmedisineren og «allmennpasienten» er diffuse, ubehagelig og uklare, tvert om. De fleste problemstillinger avklarer og behandler vi som allmennleger selv sammen med pasienten og dem rundt, en del sender vi videre til spesialisten, men da skal det følge med en ryddig og oversiktlig problemstilling og oversikt over hva vi har tenkt og gjort, vi serverer problemstillingen videre «på et fat». Og de selekterte pasientene vi sender videre, utgjør spesialistmedisinens verden.

Men en del allmennmedisinske møter mellom lege og pasient kan være problematiske, og det er disse vi gjerne sliter med og som kan gjøre arbeidet som allmennlege vanskelig,

og som gjør at en del allmennleger ikke holder ut i yrket og velger seg bort. *Å kaste lys over og kanskje bidra til å gjøre disse møtene mindre problematiske er noe av målsettingen med denne serien.*

Et eksempel

I den allmennmedisinske virkelighet er ulike symptomer ofte vevd inn i hverandre, og skillet mellom «fysisk» og «psykisk» er ofte uklart, og kanskje er det ikke noe skarpt skille? Sykdom fører gjerne til både fysiske og psykiske plager. Psykisk lidelse vil for pasienten ofte manifestere seg som fysiske plager, det er gjerne smerter og angst for fysisk sykdom som plager pasienten med angst og depresjon. En angstlidelse oppfattes av pasienten kanskje like mye som en «fysisk» som en «psykisk» lidelse. I diagnosesystemene er skillet mellom somatisk og psykisk sykdom skarpt, og de psykosomatiske lidelsene «imellom» har sine diagnoser, definisjoner og kriterier. I den allmennmedisinske virkelighet er det ofte ikke så enkelt. Det er kanskje mer et spørsmål om å se sykdommen som fenomen fra ulike vinkler, de «fysiske» og «psykiske» manifestasjoner av sykdommen gjenspeiler ulike, men ikke gjensidig utelukkende, perspektiver å se fenomenet fra.

La oss ta personlighetsforstyrrelse som eksempel. Dette er et psykiatrisk begrep som kanskje ikke brukes så mye i allmennmedisinen. Men til gjengjeld møter vi *pasientene* med en «*avvikende*» personlighet. Hos noen av dem er gjerne somatiske fenomener og sykdom, egen og omgivelsenes angst, somatoforme symptomer og kommunikasjonsmessige vansker mellom pasient og lege vevd sammen i et kaotisk hele. For allmennlegen kan slike pasienter virke overveldende, det er vanskelig å skille ting fra hverandre, det er vanskelig å holde tråden som lett forsvinner i stadig nye innspill fra pasienten. Legen føler seg ofte overkjørt og kanskje manipulert og sitter gjerne igjen med en vag ubehagsfølelse som det er vanskelig å sette ord på når pasienten (endelig) er gått. For legen er dette vanskelig, og det hun nettopp har erfart er en «overføring» av pasientens kaos til seg selv. Den ubehagelige kaotiske følelsen av å ikke ha kontroll er en «gjenspeiling» av hvordan den personlighetsforstyrrede pasienten opplever verden. Hvis man lærer seg å lese denne overføringen, kan man utvikle den til å bli et presist instrument som kan si mye om hvordan pasienten har det og opplever verden. Da kan man vende en vond ting (følelse av avmakt og kaos) til en god ting (lære å lese spillet mellom pasient og lege), og det kan gi et helt nytt grunnlag for å komme videre med «den vanskelige pasienten».

Hvor er de grå feltene på kartet?

Å forholde seg til pasienten med en alvorlig personlighetsforstyrrelse i dennes uselekterte kaos som allmennlege er

noe ganske annet enn å få pasienten og problemstillingen presentert som psykiatrisk problem i annenlinja, og det er et uttrykk for at spesialistens og allmennlegens verden ikke er den samme.

Slik er det på mange felter. Er samtalerapi det samme i allmennpraksis og i psykiatrien? Fins det er særegen «allmennmedisinsk samtale»? Hvordan forholder allmennlegen og spesialisten seg til usikkerhet og «kalkulert risiko»? Hvordan møter vi de «diffuse» lidelsene, som kanskje har autonom dysfunksjon og «utmattelse» som fellesnevner? Hvordan møter vi «hverdagsmisbruket» blant våre pasienter, er «fast» forskrivning av benzodiazepiner «alltid» feil?

Hva er «vanskelige» pasienter og hva er «vanskelige» relasjoner? Hvordan er forholdet mellom den evidensbaserte medisin og «den allmennmedisinske intuisjon»? Hvor går grensene mellom moral og moralisme i medisinen? Og mellom rasjonalitet, magi og mystikk? Slike og flere problemstillinger vil vi drøfte i denne serien, og vi ønsker som sagt innspill fra leserne!

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no

LEDIGE STIPEND

Allmennpraktikerstipend 2. halvår 2005

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdannelse av leger, utlyser Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin i Oslo og Institutt for samfunnsmedisin i Trondheim, Bergen og Tromsø 19 stipendmåneder for 2. halvår 2005. Det kan søkes om stipend for en til seks måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke.

Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Når det gjelder lønnstrinn, henvises det til statuttene på www.legeforeningen.no/nsam. Hvis kvoten ikke fylles av søkere som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktning. Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Stipendiater vil bli invitert til å fremlegge sitt prosjekt på forskningsdagen på Primærmedisinsk uke/Nidaroskongressen. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tilde-

ling av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter. Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkere som kan lastes ned fra flg web-adresse: <http://www.legeforeningen.no/nsam> eller fås ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Medisinsk Teknisk Forskningscenter, 7489 Trondheim, tlf 7359 7562, fax 7359 7577. E-mail: Brit.Pettersen@nidarosfondet.no

I tillegg er det mulig å søke om tildeling av inntil 3 månedersverk fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Prosjekt som det søkes om støtte til fra disse midlene må ligge innenfor det legevaktmedisinske feltet. Det må også her være etablert et veilederforhold med kandidaten, og prosjektet skal formelt utgå fra Legevaktssenteret, men kan ha andre adresser. For nærmere info om disse midlene, ta kontakt med professor Steinar Hunskaar ved Universitetet i Bergen. Samme søknadsskjema som nevnt ovenfor bes benyttet.

Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse **innen 15.mars 2005**. Søknader som er poststemplet etter søknadsfristen blir ikke tatt i betraktning.