

Prosjekt Allmennmedisin 2020 er en bred utredning av faget allmennmedisin og av allmennlegetjenesten i et tidsperspektiv frem til 2020, iverksatt av Legeforeningen i 2008 etter initiativ fra Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen. Målet er å lage et helsepolitisk veiviserdokument som Legeforeningens organisasjonsledd kan slutte seg til. Utposten formidler sentrale temaområder i utredningen, som skal sluttbehandles på Legeforeningens landsstyremøte våren 2009.

Allmennmedisin 2020 – Faget allmennmedisin

AV EDVIN SCHEI

Arbeidsgruppe 1 besto av Edvin Schei (leder), Irene Hetlevik, Elisabeth Swensen, Ottar Grimstad og Steinar Huns-kår. Det var lett å bli enige om hva som prinsipielt kjennetegner allmennmedisin som fag og hva som er fagets rolle i et moderne helsevesen. Å beskrive norsk allmennmedisin anno 2008 slik det faktisk fungerer i praksis er mer krevende, fordi så mange perspektiver er relevante. Noen få av dokumentets hovedpunkter gjengis i det følgende.



Edvin Schei

Født 1957. Fastlege og professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. Forfatter av flere bøker, sist «Hva er medisin», Universitetsforlaget 2007. Grunnlegger av Filosofisk poliklinikk, forum for debatt og refleksjon om medisin, vitenskap og samfunn.

Allmennmedisinen er sårbar

Kulturell omveltning, ny teknologi og stadig mer forskningsbasert kunnskap gir opphav til en rekke ukoordinerte forventninger, krav og pålegg om oppgaver som skal løses i primærhelsetjenesten. Når samfunn, teknologi, organisering og plikter endres, vil leger, pasienter, myndigheter og andre aktører tilpasse seg gjeldende kår. Dette gjør allmennmedisinen sårbar. Stabil kvalitet i norsk allmennmedisin kan ikke tas for gitt. Allmennmedisinen vil trenge stadig vedlikehold, utvikling og politisk oppmerksomhet med kloke justeringer av de organisatoriske rammene, for å kunne opprettholde høy kvalitet. Med høy kvalitet mener vi at befolkningen kan stole på god tilgjengelighet til en oppdatert, pålitelig og engasjert fagperson som evner å forstå og håndtere det brede spekteret av menneskelige problemer det søkes hjelp for. Blant de viktigste forutsetningene for en optimal primærlegetjeneste er:

1. At allmennmedisinere har et adekvat kunnskapsgrunnlag for å kunne forstå pasientenes mangfoldige helseproblemer og yte reell hjelp deretter.
2. At antall fastlegehemler gir tilstrekkelig kapasitet i primærhelsetjenesten slik at ikke viktige oppgaver blir liggende uløst.
3. At gode opplærings- og rekrutteringstiltak gjør det lett og attraktivt å velge allmennmedisin som yrkesvei.

4. En overordnet organiseringsform som gjør det mulig for allmennmedisinen å fremstå med én stemme, som en koordinert primærmedisinsk virksomhet som kan forhandle utad, tydeliggjøre sin kapasitet, og utøve effektiv selvdisiplin.
5. Et lovverk som hindrer uthuling av tillits- og ansvarsforhold mellom pasient og fastlege. Taushetsplikten må beskyttes og pasientene må sikres koordinering av helse-tjenester gjennom sine fastleger.
6. Høy kvalitet og gjensidig respekt i dialog og samspill mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
7. Legevaktordninger som sikrer god tilgang til primærmedisinsk kompetanse døgnet rundt.
8. God utdanning og veiledning på alle nivåer (grunn-, videre-, etter-), med krav og testing som gjør at allmennpraktikere utvikler og opprettholder bredde og dybde i sin kompetanse gjennom yrkeslivet.
9. Vedvarende høy investering i allmennmedisinsk forskning på fagets egne premisser, samt systematisk utprøving og kvalitetssikring av nye praksisformer og arbeidsmåter i allmennpraksis.
10. Fleksibel bruk av økonomiske og andre insentiver for å dreie legenes innsats mot praksisformer, tidsbruk og prosedyrer som er vist å være mest gunstig for pasientene.

Allmennmedisin forutsetter en personlig og kontinuerlig relasjon til «pasienter» som gjennom livsløpet veksler mellom faser og helsetilstander. Biologi og sykdomslære er nødvendig, men ikke tilstrekkelig, for å utøve faget på et høyt profesjonelt nivå. Menneskekunnskap, selvforståelse og innsikt i sammenhengene mellom miljø, livshendelser og helse er viktig for å bli en god allmennpraktiker. Men denne type kunnskap er i liten grad tematisert i grunnutdanning og forskning ved universitetene. Derfor er den også i stor grad en «taus» kunnskap som bare delvis tematiseres i allmennmedisinske fora.

Den kunnskapen allmennmedisinen er satt til å handle ut fra er skapt på sykehus og i forskningsmiljøer langt fra fastlegens virkelighet. Forskingen svarer ofte godt på spørsmål vi ikke stiller, mens den tier om mye av det vi mest trenger å vite. Tverrsnittskunnskap om statistiske sammenhenger i utvalgte grupper er ofte problematisk å anvende på individnivå. Summen av mange små sannheter synes ofte å bli en stor usikkerhet om hva kunnskapen skal innebære på det praktiske planet, illustrert for eksempel av studier som viser at gjennomføring av alle pålagte individuelle forebyggings tiltak i USA vil kreve 7,5 timer av hver enkelt allmennpraktikers hverdag, året rundt.

Som allmennmedisinere må vi derfor ri to hester: Vi må anvende den eksisterende kunnskap og tilpasse oss den rådende virkelighetsforståelse, med sitt organ- og diagnosefokus, på en smidig måte. Samtidig må vi arbeide for å utvikle en bedre faglig beskrivelse av virkeligheten, med tydeliggjøring av erfaringer og kunnskap som er sentrale i allmennmedisinsk kompetanse. Klok anvendelse av forskningsbasert kunnskap krever et høyt kunnskapsnivå og stor selvstendighet i allmennmedisinen. Slik kompetanse finnes allerede i deler av norsk allmennmedisin, og må styrkes og utvides. På lengre sikt bør allmennmedisinsk forskning og

fagutvikling bidra til å utvide medisinenes teorigrunnlag slik at det blir mer i samsvar med kompleksiteten i menneskers biologiske og eksistensielle virkelighet.

Allmennmedisinen – helsevesenets KNUTEPUNKT

Idealet for en velfungerende allmennmedisin er at det skal være et sted med høy medisinsk kompetanse hvor det kjennes naturlig og trygt å henvende seg, for enhver person, med de fleste helseproblemer. Hos allmennlegen skal pasienten også være trygg på at det finnes en oversikt over tidligere medisinske problemer, utredninger og behandlinger fra både første- og andrelinjetjenesten. Fastlegen bør være en stabil fagperson som over tid blir kjent med pasientene på en personlig måte og kan se sammenhengene mellom sykdom, helse og folks levde liv.

Når primærmedisinen har god tilgjengelighet, oppleves kompetent og ivarettende, anerkjenner betydningen av folks livssammenhenger og samtidig besitter en koordinerende oversikt (både over pasientenes liv og helse og de ressurser helsetjenesten rår over), blir den et medisinsk knutepunkt for det enkelte samfunnsmedlem. Et slikt knutepunkt er den eneste måten å sikre at pasientenes ulike medisinske «fortellinger» fra alle livets faser ivaretas gjennom objektiv dokumentasjon og levende relasjoner, og kan hentes frem ved behov. Det mye brukte ordet «portvaktfunksjon» gir feilaktige assosiasjoner, både ved å antyde at allmennmedisinen er et «filter» som skal hindre folk i å få del i kostbare goder, og ved implisitt å bekrefte at de medisinske godene finnes i landet «innenfor», og at allmennmedisin er en barriere, ikke i seg selv det optimale stedet for de fleste typer helsehjelp. Vi foreslår at metaforen «portvakt» kastes på historiens skraphaug. Allmennmedisinen er et knutepunkt.

Allmennmedisinens fortrinn og særtrekk

Det er visse rammebetingelser, kompetanser og organisatoriske særtrekk som innebærer at allmennmedisinen er alene om å kunne yte bestemte helsetjenester av høy kvalitet. De viktigste er *breddekompetanse, nærhet, tilgjengelighet og kontinuitet*.

1. KOMMUNIKASJON OG PASIENTSENTRERT MEDISIN

Det kan ikke understrekes for sterkt at allmennlegen har en avgjørende funksjon som den første «oversetter» av pasientens historie, symptomer og tegn til det medisinske språket. Er fastlegens forståelse og oversettelse feil eller mangelfull, vil det ofte være vanskelig å få skikkelig mening i hva som er problemet og hva som bør gjøres, og misforståelser kan forfølge pasienten på en tornefull vei gjennom helse-systemene. En god forståelse av det medisinske problemet – og hva som for pasienten er problematisk med problemet – forutsetter ofte at legen har fått vite noe om pasientens livs-



situasjon, tanker og reaksjoner, i tillegg til de kroppslige plagene og tegnene. Erfarne allmennpraktikere har derfor de siste 40 årene utviklet avanserte metoder for å strukturere samtaler med pasientene slik at man på best mulig måte forstår hva pasienten kommer for, hva som har skjedd, hvordan det fortolkes av pasient og pårørende, og hvordan man kan vinne pasientens tillit slik at alle opplysninger kan komme frem, og nødvendig behandling eller tilpassing kan gjennomføres. Utvikling av det som kalles Pasientsentrert medisin (PSM) har særlig funnet sted i de angelsaksiske land, men Norge ligger langt fremme i forskning og undervisning i PSM. Kommunikasjonsteoriene i PSM er relevante også for sykehusmedisin, og det er i stor grad de allmennmedisinske fagmiljøene som i dag driver kommunikasjonstrening for medisinstudenter i Norge.

2. BREDDEKOMPETANSE

Foruten sin kjennskap til pasientene som personer, har allmennlegen kunnskap om tankegang, diagnoser, forekomst, utredning og grunnleggende behandlingsstrategier innenfor alle de vanlige medisinske fagfeltene. Dette gir et godt grunnlag for differensialdiagnostikk, altså evnen til å tenke seg ulike årsaker til et symptom og effektivt iverksette nødvendige undersøkelser for å skille mellom dem. I en aldrende befolkning lider stadig flere av mange sykdommer samtidig, og bruker medikamenter fra flere ulike spesialitetsområder. Breddekompetanse er avgjørende for å vurdere betydningen av ulike faktorer hos slike pasienter. For samfunnet innebærer breddekompetansen fordeler ved at pasienter med symptomer og sykdom i flere organsystemer unngår kostbare parallelle utredningsløp i ulike spesialiteter i andrelinjetjenesten.

Kombinasjonen av «somatisk» og «psykiatrisk» kompetanse (anførselstegn brukes for å minne om at språkets skille mellom soma og psyke er fiktivt), sammen med kjennskap til personer, familier og lokalmiljø, gir et unikt utgangspunkt for å kunne tenke både biologiske og eksistensielle årsaker til opplevde plager. Fenomener som angst og depresjon kan f.eks. henge sammen med lavt stoffskifte, blodmangel eller kreft, og det kan allmennlegen utrede. Men de samme symptomene kan også – og samtidig – ha røtter i menneskets livssituasjon – nære relasjoner eller mangel på slike.

Kompetanse på forekomst og behandling av de vanlige sykdommene innenfor hele det medisinske området gir grunnlag for å sortere farlig fra ufarlig, og dermed begrense utredning og terapeutiske intervensjoner til det nødvendige. Utenlandske undersøkelser har vist at spesialister under ellers like omstendigheter foretar flere innleggelser enn allmennpraktikere, sannsynligvis fordi de fra sykehusarbeid er vant med å assosiere vanlige symptomer med alvorlig sykdom.



At legen har breddekompetanse med tilhørende mulighet for nøkterne sannsynlighetsvurderinger gir pasientene fordeler i form av mindre tidsbruk og angstskapende utredninger, raskere tilgang til adekvat behandling, eventuelt «friskmelding» og ikkebehandling. Fastlegen blir en rådgiver i helsejungelen. Over tid kan fastlegen bli i stand til å samle trådene fra pasientens liv og de forskjellige sykdoms- og utredningsforløp til et individuelt bilde av personen – pasienten blir kjent, og beslutninger kan tas på et bedre grunnlag. Et eksempel gis av Eivind Vestbø, mangeårig lege på Finnøy i Rogaland: «Eg var lege for alle – far, mor, son, svigerdatter og svigerdatter sin familie. Etter at sonen blei gift og bygde kårhus på garden, blei det strid mellom far og svigerdatter. Sonen måtte ta parti for kona og gardsovertakinga enda i krammel, fysisk vold mellom far og son, truing med skytevåpen og meldingar til lensmannen frå begge sider. Kvar for seg kom dei på kontoret med søvnplager, hovudpine, ustabil angina og depresjon. Eg hadde valet mellom å medikalisera konflikten med medikament, sjukemelding og spesialistundersøking, eller prøva å få problemet ut av legekantoret og tilbake til livet der det høyrte heime. ... Eg kalla «partane» inn på legekantoret til mekling etter kontortid. Forhandlingane der resulterte i våpenkvile og ei løysing på den formelle sida av gardsovertakinga. Den store forsoninga uteblei, men dei individuelle konsultasjonane tok slutt utan at reseptblokka hadde vore brukt.»

Breddekompetanse forutsetter at allmennlegenes kunnskapsnivå er jevnt godt innen de fleste fagfelt, og det er derfor viktig å formalisere kravene til kunnskap i den allmennmedisinske spesialistutdanningen.

3. TILGJENGELIGHET

Allmennmedisinen bør generelt være et lavterskeltilbud med god kapasitet og kort ventetid. Høy tilgjengelighet innebærer at folk på kort varsel kan bringe nylig oppståtte plager, bekymringer og ubehag til legen. Det oppleves både som en kilde til helsemessig trygghet og som en rettighet, og er sterkt ønsket av befolkningen og av myndighetene. De allmennmedisinske tjenestene bør derfor være utbygd og organisert slik de fleste kan få legetilsyn samme dag, og at det er kort ventetid på legetime for uprioriterte problemstillinger. En god legevaktordning må sikre tilgjengeligheten døgnet rundt og være bemannet med allmennleger når fastlegekontorene er stengt.

God tilgjengelighet og hyppigere bruk av legetjenester innebærer at spørsmål og problemstillinger som tidligere ble ordnet på andre arenaer, eller forble uløst, bringes til fastlegekontoret. En tilgjengelig allmennmedisin håndterer altså ikke bare forebygging og behandling av alvorlig og kronisk sykdom, men et stadig større mangfold av usorterte bekymringer, plager, avmakt og fortvilelse i befolkningen. Dette må ikke betraktes som «bagatellmedisin», men heller at allmennmedisinen er å forstå som et følsomt sanseorgan som til enhver tid har kontakt med samfunnets enkeltmedlemmer, med mulighet både for å yte individuell bistand og å gjøre viktig kunnskap om menneskers livsvilkår politisk synlig.

4. KONTINUITET

Kontinuitet innebærer at pasientene blir kjent med sin lege, og dermed blir tryggere til å spørre, røpe usikkerhet og bekymring, ta opp følsomme og skambelagte temaer osv. Dette øker sannsynligheten for at sykdomsskapte endringer i kroppen blir rapportert til legen på et tidlig stadium, hvilket igjen muliggjør tidlige intervensjoner og forebygging. Bivirkninger, engstelse og bekymring knyttet til behandling vil også lettere komme legen for øre slik at justeringer kan gjøres. Oppfølging av pasienter med kronisk sykdom, ofte flere tilstander samtidig, lettes betydelig av kontinuitet i lege-pasientforholdet.

En av de viktigste allmennmedisinske diagnostiske teknikene, som samtidig gir trygghet for pasienten og dermed har terapeutisk betydning, er å ta tiden til hjelp i utredning og avklaring av tilstander og symptomer. Forståelsen av hva som er galt og hva som bør gjøres er nært knyttet til at legen kjenner pasientene over tid, og vet noe om hvordan de tidligere har presentert sine problemer og hva slags sosiale sammenhenger de står i.

5. NÆRHET, SAMMENHENG OG GYLDIG KUNNSKAP

Kjennskap til lokale forhold, arbeidsplasser, familie, skole og historie er en betydelig ressurs for å forstå og yte hjelp i et

lokalsamfunn. Lokalavisen kan være viktigere lesestoff enn Legetidsskriftet. Geografisk nærhet til pasientene øker evnen til å se hva som kan være sykdomsskapende belastninger, og gir samtidig innblikk i ressurser og muligheter i pasientens miljø.

Personlig nærhet mellom legen og pasienten innebærer at pasienten blir sett av legen ikke bare som syk, men som person, med følgende dimensjoner: en kropp, en levd fortid, en familie, samfunn og kultur, et politisk liv, roller og kompetanser, kontakter og relasjoner, underbevissthet, et hemmelig følelsesliv, en fornemmet fremtid, og en opplevelse av transcendent sammenheng, religiøs eller ikke. At legen ser pasienten som en helhet med en levd historie innskrevet i kroppen, ikke som en kropp atskilt fra personen, er nødvendig for yte god og helhetlig medisinsk hjelp. Det tradisjonelle skillet mellom kropp og sinn er ofte meningsløst, eller direkte villedende, i medisinen.

Et av problemene med en mekanisk-biologisk forståelse av mennesket er at det blir vanskelig å erkjenne sammenhenger mellom livshendelser og sykdom (f. eks. infeksjoner utløst av omsorgsansvar og hjerte-karsykdom knyttet til sosial rang). Det blir tilsvarende vanskelig å se hvordan relasjonen mellom helsearbeider og pasient kan ha effekt på sykdoms- og tilfriskningsprosesser uavhengig av farmakologiske og tekniske inngrep. Nyere forskning innen psyko-nevroimmunologi har imidlertid avdekket en rekke mekanismer som viser at skillet mellom kropp og sinn er fiktivt, og at subjektiv fortolkning påvirker, eller mer presist er, fysiologiske prosesser med helsemessige konsekvenser på godt og vondt.

Her er vi ved en dyp utfordring i faget og i kulturen. Den naturvitenskapelige kunnskapen som per i dag er dominerende og som allmennlegen må forholde seg til, forutsetter et skarpt skille mellom psyke og soma, mellom biologi og mening. Et slikt skille er imidlertid vitenskapsteoretisk uholdbart, og praktisk-faglig hemmende, og gjør at kunnskapen også er av begrenset verdi, selv om den består av korrekte fakta. Allmennmedisin er et fag hvor medisinen naturvitenskapelige og humanistiske tradisjoner naturlig forenes, og hvor uholdbare forenklinger kommer til kort. Allmennmedisinen mot 2020 må derfor både arbeide for faglig kvalitet innenfor den eksisterende forståelsesramme og bidra til å utfordre de vitenskapsteoretiske «rammebetingelsene» for medisinen.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Edvin.Schei@isf.uib.no