

Tanker om allmennmedisinens fremtid

■ MARIT HERMANSEN fastlege i Grue, påtroppende leder i Norsk forening for allmennmedisin

■ GISLE ROKSUND fastlege i Skien, avtroppende leder i Norsk forening for allmennmedisin

Vi er utfordret til å si noe om fremtidens allmennmedisin i anledning fastlegeordningens 10-årsjubileum. Det er viktig å se fremover, samtidig som vi erkjenner at vi står på fortidens solide grunn – bygd gjennom mange år med fagutvikling. Når vi snakker om hvordan fastlegeordningen kan forbedres og fastlegerollen styrkes, må vi alltid ha faget allmennmedisin «i bunn». Hvis ikke vi har med oss faget, er det fort gjort å ende opp i en bestiller-utfører-rolle hvor vi faglig og moralsk vil komme til kort.

Hvordan står det til med *faget* allmennmedisin? Hvilke utfordringer står vi overfor? I boken *Helse på norsk* beskriver Per Fugelli det han kaller for helsens grunnstoffer (1). De viktigste betingelsene for helse, sier Fugelli, er *tilhørighet, verdighet og handlingsrom i egne liv*. Vi vil forsøke å se på allmennmedisinen i lys av disse tre elementene.

Tilhørighet

Vi tilhører et ungt akademisk fag. Norges første professor i allmennmedisin var Christian F. Borchgrevink i Oslo i 1969 (2). Etter hvert ble det opprettet allmennmedisinske institutter ved alle universitetene, men først i 2007 så de fire forskningsenhetene dagens lys. Den vitenskapelige produksjonen er fordoblet på kort tid. Akademia er i vekst, selv om statlige myndigheter ikke har finansiert den veksten de selv har lovet.

Norsk allmennmedisin er en del av et stort internasjonalt faglig fellesskap. Vi har en bred internasjonal kontaktflate, spesielt på nordisk og europeisk nivå gjennom *Nordic federation of general practice* (NFGP) og Wonca. NFGP har ansvar for *Scandinavian Journal of Primary*



Care og de nordiske kongressene i allmennmedisin. Wonca har ansvar for de europeiske kongressene i allmennmedisin. Mange ser til den nordiske velferdsmodellen og til vår modell for primærhelsetjeneste, herunder fastlegeordningen. I andre land er det vanligere med en mer fragmentert primærhelsetjeneste enn det vi har, blant annet med direkte tilgang til ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Vi har god internasjonal dokumentasjon for at vår ordning samlet sett gir den beste og billigste helsetjeneste for befolkningen (3).

Innad i korpset er vi en samlet familie, dog med et stort erfarings- og meningsspenn! Norsk forening for allmennmedisin (NFA) ble dannet i 2007 som vår faglige forening etter NSAM. Samtidig la Aplf (Alment praktiserende lægers forening) ned sitt fagutvalg og skiftet navn til Allmennlegeforeningen (AF). Samarbeidet mellom de to organisasjonene er godt og spennende.

Allmennlegene har viktige møteplasser i Primærmedisinsk uke, Våruka, Nidaroskon-

gressen og en lang rekke kurs. I 2010 godkjente spesialitetskomiteen i allmennmedisin 644 tellende kurs i videre- og etterutdanningen. Bak dette ligger et imponerende dugnadsarbeid og engasjement hos kolleger over hele landet. Vi har en faglig arv og et erfaringsgrunnlag som gir oss et felles tankegods vi må ta vare på og foredle. Det er bare vi allmennleger som kan gjøre dette.

Vi hører til førstelinjen og kommunehelsetjenesten, men har ikke vært flinke nok til å utvikle samarbeidet med de øvrige kommunale helsetjenestene. Her bør vi bli bedre! Vi må videreutvikle de kommunale samarbeidsarenaene. Der er vi ønsket. Allmennlegeutvalgene (ALU) og lokale samarbeidsutvalg (LSU) er gode arenaer for diskusjoner om ulike aspekter av allmennlegetjenesten og samarbeidet lokalt. I små kommuner er det lett å ha oversikt, og det er ofte uformelle, men tydelige samarbeidsordninger. I større kommuner ser vi at nettopp LSU og ALU er viktige fora som bør videreutvikles med

ALU og LSU er regulert i rammeavtalen ASA 4310

ALLMENNLEGEUTVALG

Allmennlegeutvalget skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen. ALU representerer allmennlegene overfor kommunen. Utvalget har fullmakt til

- å velge representanter for legene til samarbeidsutvalget
- å fremme saker overfor samarbeidsutvalget
- å bistå legenes representanter i samarbeidsutvalget med rådgivning

SAMARBEIDSUTVALG

Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar. Utvalget skal ha like mange representanter fra allmennlegene som fra kommunen.

allmennmedisin som det faglige grunnlaget, for å sikre godt samarbeid til gagn for pasientene.

Faglig verdighet

Som fastleger har vi fått mye god omtale i *St. meld. nr. 47 (2008-09): Samhandlingsreformen* og i den statlige forvaltningen. Fastlegen omtales som *navet* i helsetjenesten. Vi skal være den medisinske koordinator og det er stor interesse for hva vi gjør og hvordan vi arbeider. Men hvor dypt stikker interessen og forståelsen for det vi egentlig driver med? Det kan synes som om det er en selektiv interesse, det vil si en interesse for at vi skal gjøre det som til enhver tid er politisk opportunt og prioritere de oppgaver som politikere og byråkratene til enhver tid bestemmer. Vi har et stort og viktig samfunnsoppdrag som fastleger, og vi skal lytte når politikere og byråkrater snakker. Problemet oppstår når myndighetene og spesialisthelsetjenesten ønsker å styre innholdet i faget.

Mange statlige utredninger kan gi inntrykk av at vi ønskes som forebyggings-, administrasjons-, og omsorgsleger; og ikke først og fremst som diagnostiserende og behandelende leger. Når retningslinjer skal utarbeides for hvordan fastlegene bør arbeide, opplever vi fortsatt en «1 mot 16»-sammensetning i arbeidsgrupper – i vår disfavør. Fortsatt får vi skriv fra sykehusoverleger om hvorledes vi som fastleger bør behandle ulike sykdommer i førstelinjen. Praksiskonsulentene (PKO) skal være våre talerør inn til spesialisthelsetjenesten, for å sikre en god samforståelse. Denne ordningen – midt i kjernen av samhandlingen – må breddes og videreutvikles.

Imidlertid opplever vi at pasientene er på vår side. Folk er mer fornøyd med oss som gruppe enn med Vinmonopolet (4). Allmennleger får spørsmål fra pasientene om medisiner og annen behandling som sykehusspesialister har forordnet. Dette er et tillitsvotum.

Folket er vår viktigste allierte og vi er folks nærmeste helsehjelp. Hvert år har vi millioner av konfidensielle pasientsamtaler. Vi har i snitt har over sju års varighet i lege-pasientforholdet (5). Det er ikke uvanlig å oppleve at fastlegen er den eneste som representerer kontinuiteten i tverrfaglige møter rundt våre pasienter. Representanter for andre yrkesgrupper og deltjenester byttes langt oftere.

Mens sykehusene er kommet svært langt i en industrialiseringsprosess med logistikk og kostnadseffektivitet i høysetet, fremstår vi mer som *kunsthåndverkere*. Vi bedriver «personal doctoring» – en personorientert medisin, i motsetning til spesialisthelsetjenesten som for en stor del er organisert etter diagnoser, organer og behandlingsformer. Dette er noe av det genuine ved allmennmedisinen, og dette representerer fagets «gull». Vi forholder oss til den enkelte personen – til vedkommendes liv, erfaringer, kontekst og ofte multimorbiditet. Vi skreddersyr utrednings- og behandlingsopplegg, tilpasser prosedyrer og retningslinjer til den enkeltes behov, og vi følger personen over tid og gjennom ulike livsfaser. Det personlige møtet med pasienten er vårt fremste arbeidsredskap. La oss videreutvikle denne rollen som kunsthåndverkere! Det er dette folk ønsker og trenger.

Handlingsrom i egne liv

Det er her vi møter de største utfordringene. Vi kjenner alle på tidsklemma, at det stadig blir mer å gjøre med den enkelte pasient – med papirer, henvisninger, samarbeid og sammensatte vurderinger. Tidlig i prosessen rundt samhandlingsreformen var det bred enighet om å styrke fastlegeordningen. Helseledningsdirektoratet beregnet et behov for 2000 nye allmennleger for at allmennlegene kunne svare på forventningene om innsats. Etter hvert er K-en blitt borte; det er ikke lenger fokus på bemanningsmessig styrking av fast-

legeordningen. Regjeringen har ikke lagt frem noe konkret forslag til hvordan vi skal få en nødvendig økning av tallet på fastleger. Det er foruroligende. Vi trenger en opptrappingsplan for fastlegeordningen!

Styrking eller styring?

Styrking er således blitt til styring (6). Det er en klar trend at statlige myndigheter, byråkratiske aktører, tilsynsmyndigheter, HELFO og etter hvert også kommunene ønsker økt kontroll på hva vi gjør, samt målinger på kvalitet. Dette er en internasjonal tendens. Vi ser det i alle vestlige land. Lengst ser det ut til å ha kommet i Storbritannia. President Iona Heath i *Royal College of General Practitioners* har ved flere anledninger advart mot en utvikling som kan ødelegge allmennmedisinen (personlig meddelelse). De engelske allmennlegene måles på over 70 ulike kliniske endepunkter, og legenes inntekter er avhengig av i hvilken grad kvalitetsmålene nås. Ved hver konsultasjon må engelske allmennleger sjekke røykevaner, blodtrykk, kolesterol o.a. uavhengig av hva pasienten kommer for. Flere har sett det på nær hold; at konsultasjonene avsluttes med: «*Hvordan er det så med røykingen, trimmingen, drikkingen osv.?*» Tenk dere en situasjon der fortvilte foreldre kommer og ber om hjelp fordi et barn er utsatt for overgrep eller har begynt et rusmisbruk, så skulle vi svare med å sjekke blodtrykk og kolesterol!

På nettsidene til National Health Service (NHS) presenteres ulike kvalitetsdata for den enkelte navngitte lege. Pasientene blogger også sine egne erfaringer med den enkelte allmennlege med fullt navn og rett frem – selvfølgelig søkbart og til allmenn lesning og forlystelse.

Det er også noe godt i dette. Pasientene har etter vår oppfatning krav på å vite noe om kvaliteten på den enkelte leges praksis for å kunne ta informerte valg om fastlege. Vi skal anerkjenne at folk har behov mer opplysninger om oss. Dette er en av grunnene til av nettstedet fastlegen.no i 2010 ble opprettet av AF og NFA: et ønske om å ta sjeen i egen hånd og selv gi informasjon til publikum.

Fastlegen.no – din nærmeste helsehjelp

Nettsiden ble opprettet i 2010 og driftes i regi av AF og NFA. Målgruppen er pasienter og brukere av fastlegeordningen. Nettsiden eksponerer fastlegen som en veiviser i helsevesenet og gir informasjon om hva fastlegene kan tilby pasienter i ulike livsfaser og situasjoner. Nettsiden tilbyr et fastlegesøk basert på data fra Dnlfs medlemsregister. Hittil i 2011 er det i snitt 450 besøkende per dag, en fordobling fra det første driftsåret.

Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK)

Etablering av SAK er et felles prosjekt for hele Legeforeningen. Vi er nå midt i andre året av et forprosjekt på tre år, finansiert gjennom Legeforeningens kvalitetssikringsfond.

SAK er planlagt oppdelt i ulike avdelinger/funksjonsområder:

- en avdeling med utdanning av kvalitetsveiledere
- en avdeling for utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ)
- en avdeling for PKO, faglig verktøykasse
- en avdeling for kvalitetsverktøy for å «holde orden i eget hus» (TrinnVis); med fokus på mikroteamet på legekontoret (f.eks. Maturity Matrix og datauttrekksverktøy som Rave 3)
- en eventuell avdeling for ledelsesutvikling

Ta plass i førerretet!

Utfordringen er at fokuset på målbare indikatorer kan ta oppmerksomheten bort fra lege-pasient-samtalen; det fortrolige og unike og det som opptar den enkelte pasient. Det åpner for en utvikling innen allmennmedisin hvor målbare og aggregerte data får prioritet fremfor oppmerksomhet om det som betyr mest for den enkelte person akkurat her og nå. I dette arbeidet med kvalitet, er det ekstra viktig å «skille mellom snørr og bart». Vi må kontinuerlig jobbe for økt kvalitet i det allmennmedisinske faget og fagutøvelsen. Samtidig må vi skape *transparens*, slik at folket – vår viktigste allierte – kan få innsyn i hvordan legene jobber så de kan ta sine valg på grunnlag av det.

I dette arbeidet må legene selv ta plass i førerretet. Det allmennmedisinske miljøet har utarbeidet 19 kvalitetsindikatorer; de fleste system- og prosessindikatorer, men også noen kliniske indikatorer (7). Et viktig mål for utarbeidelsen av indikatorene har vært å lære av egen praksis. Den beste kvalitetsutvikling springer ut fra ønsket om å bli bedre og sørge for at det vi gjør i det daglige, holder god kvalitet.

De allmennmedisinske foreningene har i lengre tid arbeidet for å få etablert et senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK), et allmennmedisinsk kompetansesenter for forbedringskunnskap. SAK er planlagt som en organisasjon som har tillit så vel hos allmennleger som hos myndighetene, med mål å utvikle kvaliteten i norsk allmennmedisin.

Planene for SAK har så langt fått en lunken mottagelse hos myndighetene. Men vi



– Hva vet vi egentlig om det å holde folk friske? spør artikkelforfatterne. De understreker at dårlige levekår og manglende sosial støtte er de faktorer som samlet sett har størst negativ innvirkning på menneskers helse. Dette er blant de største utfordringene for vår velferdsstat, og en stor utfordring hva angår forebyggende arbeid i vårt daglige virke som fastleger. ILLUSTRASJONSFOTO: IDA MYKLEBUST SUNDAR

begynner å få forståelse for at SAK også vil være viktig for myndighetene for å kunne realisere prestisjeprosjekter som nasjonal kjernejournal og nasjonal helseportal. SAK vil også være et viktig grunnlag for at allmennlegene skal kunne avgi nødvendige styringsdata til kommune og stat. Her må det utvikles ett system for datauttrekk som kan brukes både til egen læring i kollegagrupper og til aggregert datafangst til myndighetene. Vi er optimister!

Å bære staur...

En annen stor utfordring er floden av retningslinjer. Spesialhelsetjenesten er bygd opp ut fra organer, diagnoser og behandlingsformer. Retningslinjer og pasientforløpsarbeid er også stort sett designet i dette perspektivet. I allmennpraksis ser vi at det enkelte individ ofte har mange lidelser samtidig, særlig gjelder det eldre mennesker. Å forholde seg til ulike retningslinjer for en og samme person, blir derfor utfordrende.

Statlige tanker om pasientforløp og retningslinjer for behandling av diagnoser passer dårlig for den multisyke pasient. På dette området må vi skjønne det allmennmedisinske perspektivet på personrettet oppmerksomhet og forståelse, og ikke gå i fella med å legge alle retningslinjer for sykdom og pasientforløp oppå hverandre som grunnlag for vårt arbeid. Dette er krevende fagpolitiske øvelser: Hvordan skal vi få oppmerksomheten bort fra det tilsynelatende målbare og sikre – og utvikle kvaliteten for selve pasientmøtet?

Fag og fremtid – hva innebærer samhandlingsreformen?

Skal vi løse fremtidens helseutfordringer må vi lage et system som gjør det lønnsomt for kommunene å holde folk friske, sa tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen under Arbeiderpartiets landsmøte våren 2009. Hvem kan vel være negativ til noe slikt? Han sa faktisk også: Flere fastleger og mer tid til pasientene!

– Hva vet vi egentlig om det å holde folk friske?

Dårlige levekår og manglende sosial støtte er de faktorer som samlet sett har størst negativ innvirkning på menneskers helse gjennom hele livsløpet. Jo høyere man er på den sosiale rangstigen, jo bedre er helsa. Dette er blant de største utfordringene for vår velferdsstat, og en stor utfordring hva angår forebyggende arbeid i vårt daglige virke som fastleger.

– Er fastlegen en forebygger?

Selvfølger er og skal vi være det. Her har allmennlegene en viktig rolle, både som premissleverandører og utøvere. Allmennlegene bør engasjere seg i forebyggende helsearbeid og følge godt med i fagutviklingen på området. Allmennlegene må utvikle varhet for «gyldne øyeblikk» der forutsetningene for vellykket forebyggende rådgivning er spesielt gode. Men fra mange hold, og spesielt i arbeidet med samhandlingsreformen, er det store forventninger til fastlegene om å gjennomføre risikooppfølging og tidlig intervensjon i forhold til mulig fremtidig sykdom. Vi må stille strenge krav til dokumentasjon for – og relevansen av – oppsøkende forebyggende virksomhet, og alltid vurdere potensielle bivirkninger. Omfanget av tiltak rettet mot subjektivt friske mennesker må også tilpasses

Kunnskapsbasert allmennmedisin

Allmennleger har gode forutsetninger for å bidra til målrettet, forebyggende arbeid på individplan. Da må kunnskapsbasert allmennmedisin favne bredt: Fagets kunnskapsbase må på den ene side inneholde generell medisinsk kunnskap. Her inngår blant annet kunnskapsbasert medisin (EBM). På den annen side må man anerkjenne betydningen av individuell personkjenning over tid – knyttet til et menneskes levekår, livsbetingelser og subjektive livsverden.

Kunnskapsformidling, råd og veiledning må tilpasses den enkelte og støtte opp under vedkommendes ressurser og livskraft. Gode relasjoner til familie, venner og kolleger, meningsfylt arbeid og god integrasjon i samfunnet er grunnleggende for den enkeltes helse. Medikamentell behandling av friske mennesker i forebyggende hensikt krever særlig årvåkenhet. Det bør stilles strengere krav til dokumentasjon av langtidseffekter og bivirkninger for medikamenter som skal brukes av friske enn av syke.

og prioriteres ut fra andre forpliktelser og oppgaver.

I pressemeldingen om samhandlingsreformen tidligere i år leser vi:

Fastlegens ansvar for forebygging og oppfølging av risikopasienter vil bli tydeliggjort i en ny fastlegeforskrift som Helse- og omsorgsdepartementet nå arbeider med.

Her er må vi være på vakt! Forebyggende helsearbeid skal i stor grad foregå utenfor helsetilbudet; ved politisk arbeid, myndighetskrav, nasjonale strategier, handlingsplaner og kampanjer. Slike strategier må bygge på erkjennelsen av at grunnlaget for helsemessig ugunstige levevaner ofte er skapt tidlig i et menneskes liv under innflytelse av forhold utenfor individet selv.

Bevar folkehelseperspektivet

Kliniske retningslinjer for sykdomsspesifikk forebygging kan være nyttige hjelpemidler. Likevel baseres retningslinjene generelt på statistiske gjennomsnittsberegninger med begrenset gyldighet for det enkelte individ. Anbefalte grenseverdier for risikointervensjon er ikke medisinske fakta, men bygger på konsensus om forskningsbaserte data og subjektive verdivalg. Risikooppdagelse og risikointervensjon er ikke alltid et gode. Dersom et tiltak ikke oppleves som relevant og realistisk, kan resultatet skape bekymring og avmakt hos individet. Et sterkt og selektivt fokus på målbare risikofaktorer kan avlede oppmerksomheten hos lege og pasient fra grunnleggende forhold med større betydning for vedkommendes liv og helse.

Store deler av befolkningen kan, om alle anbefalte tiltak blir fulgt opp, komme til å endre

status fra friske til «risikanter». Vi vet at god, egenvurdert helse er en viktig prognostisk faktor i seg selv. Utstrakt bruk av sykdomsdiagnoser på risikotilstander og hverdagsplager er uheldig. Storstilte «helsekontroller» av friske mennesker representerer sjelden rasjonell og forsvarlig ressursbruk. Dette står i kontrast til hva enkelte politikere forventer av forebyggende helsearbeid. Vi må være pådrivere for å bevare folkehelseperspektivet innen forebygging, og være en reflektert motkraft til det økte fokuset på individrettet forebyggende arbeid. Dette må selvsagt ikke misforstås dithen at vi ikke skal følge opp våre pasienter med høy risiko for utvikling av sykdom, enn si forverring av etablert sykdom.

Vi må beholde helhetsspektivet og kjempe for det kliniske rom for individuell tilpassing av diagnostikk og behandling. Det vil kreve stor og målrettet innsats av så vel våre medlemmer som våre organisasjonsledd.

REFERANSER

1. Fugelli P, Ingstad B. Helse på norsk. Oslo: Gyldendal, 2009.
2. Sundar T. Læremesteren. Intervju med C. Borgrevink. Utposten 2011; nr. 1: 2–5.
3. <http://bostonreview.net/BR30.6/starfield.php>
4. Innbyggerundersøkelsen. Direktoratet for forvaltning og IKT, 14.1.2010 (www.difi.no/organisering/brukerretting/innbyggerundersokelsen).
5. Inntekts- og kostnadsundersøkelsen 2003.
6. Roksund G. K-en som ble borte. Utposten 2011; nr. 1: 9–10.
7. www.legeforeningen.no/asset/37527/1/37527_1.pdf

marit.hermansen@grue.kommune.no

gisle.roksund@gmail.com

Abonnér på Utposten