

Behov for bredere faglig plattform for leger

Fastlegen må kunne håndtere og behandle plager langt utover det som kan forklares naturvitenskapelig. Derfor er medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) et villedende begrep. Men det er behov for en felles faglig plattform også for plager som vi ikke kan forklare i harde maskinfeil.

Mye mer enn naturvitenskap

I en artikkel i *Utposten* nr. 2 2014 tar Ebba Wergeland et oppgjør med flere myter om sykefraværet. Sykmelding er en behandlingsform, skriver hun, som må doseres riktig for å virke etter hensikten. Og det sier seg selv at når personer med varierende former for funksjonssvikt trekkes inn i arbeidslivet, må sykefraværet øke. Men hvordan skal fastlegen dosere sykmelding når sykdommen består av selvrappørterte plager som legen ikke kan måle og ikke forstår årsaken til?

Selv om dagens akademiske medisin er sterkt forankret i naturvitenskapen, er den praktiserende legen historisk sett en syntese av en rekke terapeutiske tradisjoner, der det vi i dag forstår med vitenskap ikke har hatt noen plass. Dette preger i høy grad dagens fastlegerolle, som er et samspill mellom hvordan legen oppfatter seg selv og sin faglige basis og hva samfunnet ønsker og forventer av legen. Disse forståelsene er ikke nødvendigvis sammenfallende. Historisk sett bunner legenes higen etter naturvitenskapelig tilhørighet først og fremst i behovet for å opprettholde legitimitet, status og makt.

Fastlegen befatter seg med og behandler i stor utstrekning tilstander hvor biomedisinsk kunnskap er til liten hjelp. Historien inneholder en rekke eksempler på at legenes forklaringsmodeller har ført til skadelig behandling. Økt fokus på problemstillingen har forhåpentligvis ført til at dette i dag er mindre vanlig, men i mer indirekte forstand er svaret ikke fullt så klart, og effektløs behandling er utvilsomt fremdeles utbredt.

Selv om interessen for alternativ medisin angivelig øker, representerer fastlegen samfunnets uten sammenligning viktigste tilbud til personer med nær sagt enhver plage. Allmennlegen er en dypt historisk forankret og viktig trygghetsskapende institusjon i samfunnet, har en sentral rolle i en rekke formelle samfunnsoppgaver, og yter uvurderlige bidrag i en mengde enkeltsituasjoner. Ingen kjenner utviklingen på lang sikt, men å foreta store endringer i ordningen over natten, ville innebære stor risiko for å kaste barnet ut med badevannet.

Jeg er av dem som tror at sykmelding

kan være en effektiv komponent i behandlingen av en rekke av dagens prevalente og såkalt medisinsk uforklarte plager. Men i så fall tror jeg det trengs en helt annen forståelse for hva fastlegerollen i samfunnet bygger på og bør eller skal omfatte. Dette gjelder ikke bare fastlegene selv, men hele den samfunnsstrukturen de er en del av når de sykmelder, først og fremst NAV, arbeidsgivere og politikere, som legger til grunn at sykefraværet har eksplodert og må håndteres med restriksjoner myntet på de sykmeldte.

MUPS er et dårlig begrep

Bortsett fra å være noe så sjeldent som et innarbeidet norskspråklig akronym, har jeg begrenset sans for begrepet fordi det bygger opp under vår kulturs dyptfestede forestilling om at lidelse som ikke kan forklares i en «hard maskinfeil», ikke er virkelig og egentlig ikke fins. Alt som ikke kan forklares med mikroorganismer, gener og fysisk eller kjemisk påvirkning, som i sin tur har ført til somatiske endringer i vid forstand, som igjen kan repareres med piller eller kniver, er ikke legitime årsaker til å lide og være borte fra jobben.

Pasienten og legen har felles interesse i harde maskinfeilforklaringer. Legen beholder sin makt i kraft av å beholde ekspertrollen, mens pasienten får en forklaring som er bedre egnet til å få både sympati og trygdeytelser. Plager som følge av en uforholdt påkjørsel bakfra, tenner som er fulle av amalgam eller et flåttbitt, setter i gang helt andre prosesser enn plager som skyldes mestringsproblemer overfor livets belastninger.

Forestillingen om at lidelse som ikke kan forklares med naturvitenskap, ikke er ekte, er mange hundre år gammel. Selv om vi i flere tiår har forsøkt å riste denne holdningen av oss, har vi langt å gå før vi har fått det til. I boka *Hystories – Hysterical epidemics and modern culture* fra 1997, skriver den amerikanske litteraturviteren Elaine Showalter: «Den ustoppelige letingen etter en virkelig årsak synes å være forårsaket av at svært mange, både leger og pasienter ser på alt som ikke har en håndfast ekstern årsak som moralsk svakhet» (min oversettelse). En rekke forskere og samfunns-

analytikere fra forskjellige fagmiljøer, inkludert medisinen, har gitt uttrykk for det samme.

I forsøket på å legitimere den plagedes plager blir spørsmålet om årsak og hva tilstanden vitenskapelig sett egentlig er, viktigere enn plagene og behandlingen. Hvis legen gir en forklaring som ligger utenfor pasientens forståelse, kan reaksjonen bli indignasjon. Og hvis de indignerte samler seg i interessegrupper og får enkeltleger og kjendiser til å støtte sine foretrukne forklaringsmodeller, blir det svært vanskelig å trenge gjennom med alternativer, uansett hvor godt faglig begrunnet de måtte være.

I motsetning til hva man i dag kan få inntrykk av, er det den blinde tilslutningen til maskinfeilmodellen som gjennom historien har representert det ikke-vitenskapelige. Det er motkreftene som har representert vitenskapen, ved å mane til forsiktighet med å uttale seg om ting man ikke forstår. Men mot tunge samfunnskrefter har slike stemmer gjerne liten gjennomslagskraft, særlig når det kan være noe å tjene på å la være å lytte til dem.

Selve livet er en årsak til sykdom

Alle fastleger vet at såkalt MUPS ofte er knyttet til livets belastninger. Alle vet også at når ingen maskinfeil kan påvises, er effekten av piller og fysioterapi (for ikke å snakke om kniver) høyst usikker. I mitt arbeid ser jeg likevel nesten daglig eksempler på at fastleger rekvirerer slik behandling lenge etter at de burde begynt å tenke i helt andre baner, samtidig som de fortsetter en håpløs søken etter prolaps, hormonforstyrrelser, antistoffer og vitaminmangel. Alt for ofte opplever jeg at fastlegen er uvitende om, eller muligens velger å overse, gamle sosialrapporter og skoledokumenter som gir opplysninger om omsorgssvikt, mobbing, overgrep og andre grove krenkelser.

Det vesentlige poenget er at slik uvitenhet eller muligens unnfalighet kan frata pasienten mulighet for vellykket behandling. Selv om behandlingseffekt i slike tilfeller uansett er usikker, tilsier det vi så langt vet, at kognitiv tilnærming er det beste grunnlaget for å komme noen vei. For mange fastleger innebærer imidlertid det å gå utenfor sine trygge fagammer. I tillegg innebærer det å måtte konfrontere pasienten med en forklaringsmodell uten maskinfeil, som legen kanskje frykter at pasienten vil ha vanskelig for å akseptere. For mange vil det da være tryggest å tie.

I tillegg til at vår kultur ikke klarer å fri seg fra forestillingen om at livet ikke er en legitim årsak til funksjonsnedsettelse, bidrar NAV til etterspørselen etter harde forklaringer. Som regel går NAV-prosessen atskillig mer knirkefritt når det foreligger en biologisk forklaringsmodell heller enn en psykososial.

Legevaktkvalitet handlar også om akuttmedisin

I *Utposten* nr 2-2014 er interkommunale legevakter eit tema for tre artiklar. Redaktør Tom Sundar gjev ein kort oversikt over temaet. Han relaterer auken av interkommunale legevakter til forslaga som vart gjevne i Nasjonal legevakthandlingsplan frå 2009, og han oppsummerer spenningsfeltet mellom mogelege kvalitetsvinstar på sentralisering, betre vaktordningar for legane og på den andre sida aukande distansar mellom pasientar og legevakt.

Aslak Hovda Lien beskriv Senja interkommunale legevakt på Finnsnes, som omfattar seks kommunar, med til saman 20 000 menneske. Lien sitt hovudbodskap er at den interkommunale organiseringa er eit stort framskritt for kvaliteten på legevakta. Dette gjeld medisinsk diagnostisk utstyr (røntgen, CT skal skaffast, avanserte lab-testar), medisinsk behandlingsutstyr (m.a. trombolyse og CPAP), og at legevaktlegane må dokumentera at dei beherskar akuttmedisinske prosedyrer. Av slike blir avansert hjarte-lungeredning nevnt. Tilbodet som pasientane får er konsistent og føreseieleg. Lien meiner dette oppveg ulempa med auka reiseavstand mellom legevaktdistriktet sine ytterkantane og legevaktlokalet. Dette gjeld sjølv om ambulansenesta blir brukt i høgare grad til inntransportering av pasientar til legevakta. Lien refererer kontakttal for legevakta frå 2012, med 15 000 konsultasjonar, 23 000 telefonar og 660 sjukebesøk, og vidare at det var 773 raude responsar i 2013, der lege i vakt rykka ut m.a. ved brystsmerte, trafikkulukker og høgenergitraume. Eg merkar meg at kontaktfrekvensen til legevakta er 1,97 per innbuar per år, noko som er nær fem gonger så høgt som anslått frekvens for landet. Noko i dei gjevne tal som eg har misforstått?

Jørn Kippersund skildrar Volda interkommunale nattlegevakt. Denne også organiserer seks kommunar, med eit innbuartal på 44 000. Kippersund legg vekt på den rela-

tivt nye undersjøiske Eiksundtunnelen, som gjer at reiseavstand frå ytterkantane i kommunen til legevaktlokalet ikkje har auka vesentleg etter sentraliseringa av nattlegevakta. Tal for kontaktfrekvens og kontakttypar vert ikkje gjevne, og ikkje i kva grad lege rykkar ut ved raud respons, men Kippersund skriv at sjukebesøk vert føreteke, spesielt til pasientar på sjukeheimar. Kvalitet på legevakttjenestene i form av utstyr og krav til legekompentanse vert ikkje beskrive. Kippersund sitt hovudbodskap er at stor vekt har blitt lagt på rettvis fordeling av legevakter og gode interkollegiale drøftingar av legevaktdeltakinga, noko som gjer at oppsluttinga om legevaktordninga er høg hos fastlegane i kommunane.

Dette er interessante og viktige innblikk i to legevakter der leiarane på desse to stadene har høgt fokus på det dei ser som dei viktigaste punkt for å få vaktordninga til å fungera godt, og ved desse legevaktene har desse punkta vore kvalitet av tenestene ved den eine av dei, og god fastlegeoppslutning ved den andre. Så er spørsmålet: Kva med Sundar sin bekymring over den aukande avstanden mellom pasientar i ytterkantane og legevakta? Både Lien og Kippersund meiner dette problemet er lite for deira eigne legevaktdistrikt sin del.

Men realiteten i mange område av landet er vel den, me har etter kvart mange beskrivingar av dette, at mange sentraliserte legevakter er så svakt lege-bemanna at legen i svært liten grad har mulighet til å rykka ut ved raude responsar, og at det er heilt urealistisk at legen skal kunna rykka ut til ytterkantane av vakttdistriktet. Akuttmedisinske tilfelle er overlete til ambulansenesta, eventuelt til first-respondergrupper. Det skadelege ved dette, mellom anna overhyppighet av innleggingar pga manglande legekompentanse i situasjonen, er dokumentert.

Sundar beskriv sentraliseringa som ein

ønska tendens i forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt frå 2009, levert frå Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin etter oppdrag frå Helsedirektoratet, med Steinar Hunskaar som hovudforfatter. Eg meiner Sundar beskriv forslaget på ein ikkje heilt dekkande måte. Sentraliseringa er ein del av handlingsplanen, rett nok. Ressursmessig opprusting av legevaktene når det gjeld utstyr, personell, kompetanse og tiltaksspekter er like viktige delar. Ikkje minst viktig er handlingsplanen sin framheving av lege-med uttrykking ved raude responsar, og gjenoppbygging av sjukebesøk som eit reelt tilbod til dei som har behov for det.

Mange sentraliserte legevakter har blitt eit vrengebilde av slik det var tenkt, ved at kommunane har gripe tak i det dei kan tena pengar på, og gjort legevaktene ressursfattige og feilorganiserte. Raknes og Hunskaar har, i artikkelen som Tom Sundar refererer, gjevne det konsentratet at legevaktene må produsera mindre volum og meir beredskap.

Kvalitetsmessig og prosedyremessig kompetente legevakter, og vaktordningar som fører til at fastlegane deltek, er viktige delsettar for å kunna beskriva legevakta som forsvarleg. Men kva med legevakttjenesta når pasienten treng det aller mest, i den akuttmedisinske situasjonen? Helse- og omsorgsdepartementet har nedsett eit nytt Akuttutval der del av mandatet er å sjå nærare på den prehospitale akuttmedisinske kjeda, og utvalet er spesielt bede om å framsetta krav til legevakt. Utvalet skal levera innstillinga si hausten 2015, og utvalsleiar er fylkesmann Ann-Kristin Olsen. Eg er eitt av 16 medlemmar i utvalet. Det er for tidleg å seia noko om utvalet sine konklusjonar, men eg meiner at det bør stillast krav til at legevaktlegen tek del i dei akuttmedisinske situasjonane.

Slik eg ser det, vil dette krevja auka ressursar, personellmessig og økonomisk, til legevaktene, og det vil krevja omorganisering av mange legevakter. Aslak Hovda Lien etterlyser høgare og tydelegare krav til legevaktkvalitet frå styresmaktene. Eg sluttar meg til det, og målber altså eit utvida perspektiv på kva slik kvalitet skal vera.

SVERRE RØRTVEIT

Revisjon av spesialistkravene for allmennmedisin

Allmennleger benytter seg kontinuerlig av annan kunnskap og erfaring enn den som er biologisk basert. Jeg tror det trengs en mer omforent forståelse av hva allmennlegerollen egentlig omfatter. Jeg tror at samfunnsvitenskapelige, idéhistoriske og sosiopsykologiske perspektiver bør gjøres til sentrale elementer i den allmennmedisinske spesialistutdannelsen – ikke bare som

interessante skråblikk, men med en intensjon om å internalisere en felles faglig plattform om allmennlegen som sentral samfunnsaktør i et komplekst spill om lidelse og sykroller, om holdninger, forståelsesformer og sosiale aktiviteter knyttet til sykdom, om påståtte og innbilte behandlingseffekter og om rettigheter, status, makt og politikk. Og om hvordan retten og muligheten til å sykmelde kan benyttes i helsefremmende øyemed.

Etter min mening bør dette snarest bli et sentralt tema i den allmennmedisinske fagdebatten. Skal det bli mer enn interessante, interne, intellektuelle øvelser, og kaste noe av seg i storsamfunnet, må det også ut til politikere, NAV og folk flest – altså ut i den offentlige debatten.

GEORG ESPOLIN JOHNSON
Georg Espolin Johnson. Cand. med. 1980. Cand. philol. (idéhistorie) 2002 på hovedoppgaven «Idealer, vilkår og maktkamp – en historie om den moderne legerollen». Arbeider som dammer i Trykderetten.