

# 'Vi må være litt Fastlegers holdning til fore

■ STIG BRUSET • SIGURD HØYE • OLE RIKARD HAAVET

Stig Brusset har arbeidet som allmennlege siden 1987 og er nå fastlege i Lier. Han er tilknyttet Institutt for Helse og samfunn, Avdeling for allmennmedisin, UiO som universitetslektor, praksislærer og foreleser siden 2002.

**Samhandlingsreformen forutsetter at fastlegen skal være mer aktiv i forebygging av sykdom, men beskriver lite om hvordan denne oppgaven skal løses. I denne studien har vi undersøkt fastlegers praksis med hensyn til forebyggende helsearbeid og samhandling med Frisklivssentraler.**

## Bakgrunn

Samhandlingsreformen er den viktigste helse reformen siden Fastlegeordningen. Det er lagt føringer for at fastleger skal være mer aktive i forebygging av livsstilsrelaterte sykdommer og samhandle med andre aktører som fysioterapeuter og Frisklivssentraler. Man ønsker å dreie fokus vekk fra reparasjon til forebygging for dermed å oppnå en mer bærekraftig utvikling i helsevesenet.

Målet for forebyggende helsearbeid er nøyte definert i nasjonale retningslinjer, f.eks. å holde seg innenfor visse grenser for blodtrykk og blodsukker. Men veien dit er ikke beskrevet konkret. Moderne formidling åpner for flere strategier, som motive-rende samtale, og kognitiv adferds-terapeutisk tilnærming, som er evidensbasert.

Kunnskapen og holdninger om hva som virker best for å få pasientene til å ta mer ansvar for helse og livsstil er forskjellig fra lege til lege. Nasjonale retningslinjer gir ikke detaljerte og kunnskapsbaserte føringer på dette området. I følge en norsk undersøkelse er norske allmennlegers kommunikasjon rundt pasientenes ressurser og mestringsstrategier ikke optimal (1).

Andre norske undersøkelser har vist at legers kommunikasjon med pasientene varierer og dette inkluderer bruk av positiv og negativ kommunikasjon (2, 3). Vårt mål var å utforske dette nærmere, særlig hvordan legenes bruk av Frisklivssentraler påvirker deres praksis.

Vi forventet at fastlegene hadde et bevisst forhold til Samhandlingsreformen når det gjelder forebygging. Samtidig forventet vi at fastlegene hadde klare ønsker om hvordan kommunikasjonen med Frisklivssentralene skulle være. Førsteforfatter er selv fastlege og henviser til Frisklivssentralen i egen kommune.

## Materiale og metode

For å belyse disse spørsmålene ble det brukt kvalitativ forskningsmetodikk (4) i form av semistrukturerte intervjuer. Utvalget bestod av en gruppe fastleger fra kommunene Øvre og Nedre Eiker. Disse legene har hatt tilgang til å henvise pasienter til «Aktiv Eiker», som er en Frisklivssentral etablert i samarbeid med begge kommunene. Alle fastlegene i kommunen ble kontaktet pr. brev og forespurt om de ville delta i studien som intervjuobjekter. Dette ga som resultat at en lege responderte. Vi

kontaktet deretter pr. telefon et utvalg av legene som ikke hadde respondert. Utvalget var styrt av et mål om å oppnå spredning når det gjaldt kjønn, erfaring og etnisk bakgrunn. Vi endte opp med sju informanter.

Til sammen sju spørsmål ble sendt legene før intervjuet (RAMME 1). Intervjuene ble foretatt på legens kontor eller pauserom. Teknisk hjelpemiddel var iPad med programvaren «Voice Recorder» og intervjuet ble lagret som lydfil. Intervjuene ble transkribert ord for ord. Teksten ble gjennomlest av to av forfatterne, som ble enige om hovedtemaer. Deretter ble teksten kodet og kondensert av hovedforfatter.

## Resultat

### Legens rolle i forebyggende arbeid

Legene fortalte at forebyggende arbeid i form av rådgiving og motivasjon var noe de så på som viktig, og som en naturlig del av jobben. Forebygging ble opplevd som mer og mer viktig etter hvert som man fikk mer erfaring og fartstid i allmennpraksis. De som snakket om Samhandlingsreformen mente at den ikke hadde medført noe særlig nytt – forebygging ville legene fortsette med omtrent som før.

RAMME 1

- Hva tenker du om forebyggende helse i lys av Samhandlingsreformen?
- Hvilke grupper er det som du snakker primærforebygging med?
- I hvilke tilfeller henviser du til Frisklivssentral eller andre?
- Hvilke grupper vektlegger du å arbeide forebyggende med selv?
- Vektlegger du risikofaktorer og kontroll eller motiverende samtaler?
- Hvordan synes du kommunikasjonen med Frisklivssentral er og bør være?
- Har du en tanke om hvordan dagens ordning kan forbedres?

# strenge'

## byggende helsearbeid

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



En lege fortalte at det er viktig å journalføre og dermed dokumentere at man gir konkrete råd, hvis pasienten på et senere tidspunkt skulle bli syk.

En fastlege som hadde vært lenge i praksis sa:

«Noen av oss har vært der lenge, og vi har tenkt forebyggende også før det ble en reform, og har faktisk praktisert litt, prøvd å praktisere i hvert fall, noen av de tankene som kommer frem der fordi, slik jeg vurde-

rer det, så er leger altfor opptatt av sin egen praksis og i liten grad flinke til å sende ting fra seg.»

En kvinnelig fastlege uttalte om Samhandlingsreformen:

«Jeg tenker på det som et ideal med store mål, ambisiøse mål, men har en følelse av at det er lite konkret å forholde seg til. Det er et stort prosjekt hvor vi fastleger har blitt gitt ansvar for å drive oppsøkende virksomhet i form av å finne risikopasienter, og det ten-

ker jeg er en utfordring IKT-messig, og det har noen etiske og moralske implikasjoner synes jeg, i forhold til autonomi og det å få lov til å bestemme over eget liv.»

### Pasientkategorier

Med forebygging forstod legene i hovedsak primærprofylakse. Blant legene som snakket om alder, var det gruppen 30–50 år som det ble satset mest på. I tillegg ble barn og unge nevnt av noen av de kvinnelige lege-

ne. En lege med lang tid i samme praksis sa at kjennskap til hele familien, med deres livsstil og risikofaktorer, medfører spesiell oppmerksomhet rundt enkelte barn og unge. Det er tre pasientgrupper legene nevnte som de viktigste ved forebygging: De med etablert DM2, de overvektige, og røykerne.

Pasienter som bestiller time for helsekontroll ble fremhevet av flere som en mulighet til å fokusere på livsstil med primærforebyggelse i fokus. Andre nevnte barn og unge som et satsningsområde for å fokusere på vekt og unngå røyking. De samme områder ble fremhevet av flere for primærforebyggelse hos voksne i tillegg til høyt kolesterol.

Når det gjelder sekundærforebyggelse ble oftest diabetes type II, hypertoni, høyt kolesterol og overvekt fremhevet. Legene har muligheter til å måle livsstilsparametre på kontoret, mens for eksempel kondisjon, styrke og vekt synes flere at også andre samarbeidspartnere kunne følge opp.

En kvinnelig fastlege uttalte:

«...hvis foreldrene har vært overvektige eller det er en overvektig familie er det viktig å komme tidlig i gang med forebyggende tiltak så ikke de barna blir tykke som mammaen og pappaen sin. Og at de ikke begynner å røyke fordi mamma og pappa røyker.»

*Det er tre pasientgrupper legene nevnte som de viktigste ved forebygging: De med etablert DM2, de overvektige, og røykerne.* ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



En mannlig fastlege utdypet om sekundærprofylakse:

«...i tillegg så bruker jeg mye tid på sekundærprofylakse for de som har etablert hjertesykdom. Jeg bruker også mye tid på hypertonerne for å få de til å være mere aktive, og særlig de overvektige, hvis jeg ikke får dem ut på et opplegg utenfor kontoret, så bruker jeg hver eneste anledning jeg har til å motivere dem for en mer aktiv livsstil.»

### Terskler og motstand mot livsstilsendring

Tilnærmingen til endring og livsstilsfaktorer var for mange fastleger pragmatisk, og legenes kommunikasjon tok utgangspunkt i hvor pasienten var med hensyn til motivasjon for endring.

Enkelte leger understreket at man måtte kunne se alle skritt i riktig retning som positivt. En lege fortalte at det for enkelte kunne være en lavere terskel å redusere røykingen da det kan være skremmende for enkelte å tenke at de skal slutte helt.

I undersøkelsen kom det frem noen synspunkter på konsultasjoner med innvandrere og pasienter med en annen etnisk bakgrunn. Kjennskap til pasientenes språk og levevaner var viktig. Det var leger som selv hadde en annen etnisk bakgrunn, som var mest bevisst på dette.

Et argument var at man kunne ha nytte av å komme i gruppe med personer med samme språk og kulturelle bakgrunn og at en Frisklivssentral kunne være et viktig møtepunkt.

En fastlege med utenlandsk bakgrunn sa:

«Jeg synes at de som er fra utlandet som har lite kontakt med samfunnet, de bør henvises, mest for å få litt mer opplæring og for å lære av andre som de vil treffe på en Frisklivssentral.»

### Virkemidler for å motivere – gulrot eller pisk

Legene brukte flere ulike typer tilnærminger for å motivere, fra humor og positiv motivering, til mer pedagogiske grep som grafer og kurver, men også strenghet og informasjon om negative konsekvenser for helsa. Det vanligste var at legene brukte en individuell tilnærming til pasientene og virkemidlene varierte med person og situasjon. Følgende virkemidler ble tatt i bruk: God tid ble av flere sett på som viktig, kontroller ble brukt for å følge opp råd, enkelhet og tydelighet ble også fremhevet. En vanlig papirlapp med personlige råd kunne være like viktig som kompliserte skjemaer. Andre syntes det var nyttig å bruke kartleggingsverktøy, risikokalkulatorer og grafer for å vise pasientene risikoberegninger. Flere fastleger nevnte også såkalte «gylne øyeblikk» som mulige situasjoner der pasientene var mottakelige for livsstilsendringer. Eksempler på dette kan være å ha blitt bestemor, ved nyoppdaget alvorlig risiko eller sykdom og sykdom i nærmeste familie.

En lege uttalte:

«Først og fremst og det jeg prøver å ikke miste, er de gylne øyeblikkene. Det er når pasientene helt tydelig selv har opplevd å bli litt skremt av en konsekvens av dårlig livsstilsvalg. Da synes jeg ikke at jeg gjør jobben min hvis jeg ikke snakker livsstilsendringer.»

Noen ganger ble medisinske undersøkelser og prosedyrer brukt som hjelpemidler i kommunikasjonen med pasientene, selv om legen ikke forventet at undersøkelsen skulle vise patologi, som for eksempel å ta MR av ryggen for å utelukke alvorlig sykdom.

Kommunikasjon rundt medikamenter var utfordrende. Flere leger brukte muligheten til å redusere eller unngå bruk av medisiner som motiverende virkemidler. En kvinnelig lege uttalte:

«Så er da motivasjonen å forklare dem at etterhvert nå hvis du klarer å gå ned litt i vekt, følge med på sukkeret, så kan vi etterhvert ta bort noen medisiner.»

En erfaren fastlege var opptatt av å bruke humor:

«I min praksis er det slik at humor er en meget viktig del av konsultasjonene mine, fordi jeg tror at ved å snu fokus mot det som er lysere, er det mulig å få gjort noe med morgendagen.»

Å være fastlege gir ofte mulighet til å arbeide langsiktig:

«Sånn at man høster mye senere enn man tror man skal, men det hjalp å så ideer. Da setter jeg alle kluter til for å fortelle hvor alvorlig det er, hvor stor helsegevinst det er, men dette gjør jeg for de som har svart ja på spørsmålet om de har lyst til å slutte.»

En annen kvinnelig fastlege var opptatt av å være tydelig:

«Så jeg tenker at vi må ikke bare være snille og bruke lang tid. Vi må også være litt strenge og fortelle konsekvenser av ting. Det er kjempeviktig.»

### Kommunikasjonen med samarbeidspartnere

Kommunikasjon med samarbeidspartnere ble vurdert som både nødvendig og viktig. Det kom frem noen kritiske synspunkter på kommunikasjonen mellom eksterne samarbeidspartnere. For det første ble Frisklivssentralene beskyldt for å være for optimistiske.

En mannlig fastlege bemerket forskjeller på rapporten fra Frisklivssentralen og det han erfarte i egen praksis:

«Når det gjelder hver enkelt pasient, så får vi jo ikke veldig mye informasjon tilbake. Og jeg synes nok veldig ofte den informasjonen vi får tilbake er litt for positiv i forhold til den effekten det har hatt på pasienten. Liksom, jeg kan ikke se at det er veldig stor forskjell på pasienten, mens det står mye om motivasjon og iver og sånt som ikke helt passer med hva jeg ser.»

På den annen side syntes enkelte leger at en positiv tilbakemelding eller rapport kan være nyttig i forhold til pasienten og for eksempel arbeidsgiver.

For det andre kom det også frem utsagn som kan tyde på at fastleger mislikte at eksterne aktører, som for eksempel innen vektreduksjon, kommer med bestilling til fastlegen om å ta visse blodprøver.

For det tredje ga deltakerne uttrykk for en nokså pragmatisk holdning når det gjaldt kommunikasjon og var åpne for både skriftlige henvendelser og henvendelser pr. telefon. Flere etterlyste tilbakemelding om hvem som møter opp etter å ha blitt henvist.

For det fjerde syntes det å være viktig for fastlegene at Frisklivssentralen er geografisk nærme.



*Gulrot eller pisk? Legene brukte flere ulike typer tilnærminger for å motivere, fra humor og positiv motivering, til mer pedagogiske grep som grafer og kurver, men også strenghet og informasjon om negative konsekvenser for helse. Det vanligste var at legene brukte en individuell tilnærming til pasientene og virkemidlene varierte med person og situasjon. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX*

En lege med kontor langt fra Frisklivssentralen uttalte om beliggenhet:

«Det er en stor utfordring å få motivert folk, og den Frisklivssentralen som er her i kommunen, den ligger helt i utkanten og folk synes det er veldig langt å reise dit.»

Andre kritiske momenter, som ble nevnt av flere, var at Frisklivssentralen kun har dagtilbud. En mannlig fastlege mente det var uheldig at ikke Frisklivssentralen er åpent på kveld:

«Det har vært et savn at Frisklivssentralen tilbud hos oss kun har vært åpen på dagtid. Jeg ville at svært mange av de som har sykdommer og jeg ønsker å forebygge på og

som er i jobb, kunne fått tilbud om det, men på dagtid så er de på jobb, og jeg ønsker meg at de kunne få et tilsvarende tilbud på ettermiddag/kveld.»

Hovedinntrykket var at de intervjuede fastlegene syntes at geografisk nærhet, kort ventetid og lav terskel for inntak var positive elementer i forbindelse med samhandling. En fordel som ble fremhevet som viktig i forhold til å få rask time, var at man på den måten kunne redusere angst og bekymring hos pasientene. Flere av de intervjuede legene ønsket seg spesifikt muligheten til å henvise til en ernæringsfysiolog og dermed få avlastning med hen-

syn til alle spørsmål om mat og ernæring. En lege sa også at det kunne vært ønskelig med en slags godkjenningsordning for treningssentre slik at man kunne føle seg trygg på at pasientene fikk en faglig forsvarlig oppfølging når de ble anbefalt trening.

Noen fremhevet at man kunne tenke seg å ha spesialister tilknyttet det enkelte lege-senter slik at man nærmest kunne geleide pasientene til spesialisten. Konkret ble det nevnt at tilgang på psykologspesialist, ernæringsfysiolog, fysikalsk medisinsk poliklinikk (Kysthospitalet) og private fysioterapeuter med kjent kompetanse var viktig.

En fastlege som har jobbet lenge i lokalmiljøet uttalte:

«Det jeg er veldig opptatt av er at det skal være kortreist helse. Kortreist mat er greit, men kortreist helse, altså muligheter i lokalsamfunnet. At det ikke sammenslås til så svære enheter langt av gårde i forhold til utredning, men at enkelt eller mye kan gjøres på lavest mulig effektive nivå her i kommunen.»

## Diskusjon

Det er innført store endringer og reformer i vårt helsevesen uten at den enkelte fastlege er blitt spurt. På foreningsnivå har allmennleger fått uttale seg i form av høringer, men den enkelte leges stemme har i mindre grad kommet frem. I denne studien har vi fått høre noen av disse stemmene fra en gruppe fastleger som har hatt tilgang til en Frisklivssentral.

Fastlegene opplevde at primær- og sekundærforebyggelse var en viktig del av deres virksomhet. De samarbeidet gjerne med andre og var pragmatiske med hensyn til hvordan kommunikasjonen skulle være. Fastlegene fremhevet at kjennskap til pasienten over tid, deres familie og kulturelle bakgrunn var viktig for å kunne arbeide forebyggende og henvise til andre aktører. Legene var pragmatiske og brukte sin egen bakgrunn og erfaring, av og til hjulpet av risikokalkulatorer, i sin tilnærming til livsstilsendring.

Noen kvinnelige leger fremhevet at primærforebyggelse startet med barna allerede på helsestasjonen. Andre mente at en generell helsesjekk hos friske var en god anledning til å fokusere på forebyggelse av sykdom. Flere fortalte at det fantes såkalte «gylne øyeblikk», der omstendighetene gjorde at pasientene var mere lydhøre for råd.

Kommunikasjonen med pasientene kunne både være positiv med vekt på mestring og kontroll i eget liv, men også negativ der det var nødvendig å starte medikamen-

ter behandling for å unngå alvorlig sykdom. Forholdet til bruk av legemidler var tvetydig. På den ene siden ble legemidler fremhevet som noe positivt som kunne beskytte mot sykdom, mens de på den annen side ble brukt som en skjult trussel hvis ikke livsstiltakene førte frem. Dette kan være en utfordring den dagen en pasient med diabetes eller hypertoni må begynne på fast medikamentell behandling.

Forholdet til Frisklivssentralen var overveiende positiv, men flere var kritiske til stor geografisk avstand og til at Frisklivssentralen kun var åpne på dagtid. Dette ble sett på som negativt av leger som forsøkte å unngå sykemelding. Rapportene fra Frisklivssentralen blir av flere vurdert som optimistiske i forhold til resultatene legene erfarte når de i etterkant snakket med brukerne. Det kan blant annet skyldes at man ved Frisklivssentralen fokuserer på mestring og egeninnsats, mens konsultasjonene hos leger dreier seg mer om å finne og dokumentere sykdom og funksjonstap.

Sist, men ikke minst, vil vi nevne noen manglende funn i undersøkelsen. Ingen av de intervjuede fastlegene syntes å bruke en strukturert evidensbasert tilnærming. De fortalte ikke om spørreskjemaer, motive-rende intervju eller kognitiv tilnærming.

Legene hadde ut fra sin erfaring og kjennskap til pasienten og situasjonen flere ulike tilnærminger til å få pasientene til å endre livsstil. Både gulrot, pisk og såkalte «gylne øyeblikk» ble brukt i tillegg til humor. Resultatene i undersøkelsene tyder på at kunnskap om effektiv formidling av forebyggende tiltak bør styrkes i grunnutdanning av leger og i legers videre- og etterutdanning.

Studien ble gjennomført ved hjelp av allmennpraktikerstipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg.

## REFERANSER

1. Mjåaland TA, Finset A. Frequency of GP communication addressing the patients's resources and coping strategies in edical interviews: a video-based observational study. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 49
2. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget 2008.
3. Walseth LT, Abildsnes E, Schei E. Patients experiences with lifestyle counselling – A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2011; 29: 99–103.
4. Abildsnes E, Walseth LT, Flottorp SA, Stensland PS. Lifestyle consultation in general practice – the doctor's toolbox: a qualitative focus group study. *Fam Pract* 2011; 28: 220–5.