

Praksisvariasjon og kontekst i allmennmedisin

■ ANNE HELEN HANSEN • Nasjonalt senter for Samhandling og Telemedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge /Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet

Samme sykdom blir ikke behandlet likt i allmennpraksis. Allmennpraksis er farget av den konteksten som hver unik person bringer inn på legekontoret.

Det er stor praksisvariasjon og varierende bruk av kliniske retningslinjer blant fastlegene. Men til tross for at over 80 prosent av den voksne befolkningen konsulterer fastlegen årlig (1), har vi lite systematisert kunnskap om hva som foregår på legekontorene. Det er både fellestrekk og forskjeller i fastlegenes praksis, men hva er hva – og hvordan kan forskjellene forstås?

Medisinsk praksis – evidens og kunst

Ideen om evidensbasert praksis er sentral i dagens medisin. Fra begrepet første gang dukket opp i 1991 har det blitt redefinert og forsøkt tilpasset ulike kliniske sammenhenger, også allmennpraksis. I begynnelsen var begrepet beskrevet i polemikk mot usystematiske kliniske observasjoner, intuisjon og kliniske autoriteter («slik gjør vi det her»), og man la sterk vekt på betydningen av kunnskap fra randomiserte kontrollerte studier (2). I dag tar kunnskapsbasert medisin opp i seg også andre typer forsknings- og erfaringsbasert kunnskap og pasienters ønsker og behov (3).

Medisin kan defineres som «vitenskapen og kunsten å fremme helse, forebygging, lindring og helbredelse av sykdom» (4). Definisjonen nevner både vitenskap og kunst. Typisk for all kunst, er at den bringer livserfaringer inn i prosess og produkt. Professor i medisin Kathryn Montgomery fremholder i boken «How Doctors think» at medisin ikke er en vitenskap, men en vitenskapsbenyttende praksis og at legens beste kliniske instrument er legen selv (5).

Allmennpraksis er ikke sykehuspraksis

Som bakteppe for diskusjonen om praksisvariasjon, nevnes her fire fellestrekk ved allmennpraksis som står i en viss kontrast til praksis i spesialisthelsetjenesten. For det første innebærer allmennpraksis en åpen tilnærming til hele bredden av diagnoser, plager og tilstander som inngår i konsultasjonen. Multimorbiditet, ikke-spesifikke og komplekse problemer er vanlig, og det kan være vanskelig å skille mellom medisinske og ikke medisinske problemer (6). Å hjelpe personer med livsproblemer og lidelser som ikke har biomedisinske løsninger, representerer en særskilt utfordring til åpenhet, omsorg og kreativitet.

For det andre er lege-pasient forholdet personrelatert, langvarig og kontinuerlig (7, 8). I spesialisthelsetjenesten er det pasientene som kommer og går mens diagnosen består. Hos fastlegen er det diagnosen som kommer og går, mens pasientene består. I følge avdøde professor Ian McWhinney (kjent som grunnleggeren av akademisk allmennmedisin) er legens kjennskap og relasjon til personer/pasienter og den sammenheng de lever i av like stor betydning for allmennmedisinsk fagutøvelse som det kliniske innholdet (9).

For det tredje må kliniske beslutninger, i større grad enn i spesialisthelsetjenesten, tas under usikkerhet. Usikkerheten kan være kalkulert risiko, prinsipiell usikkerhet, og/eller uvitenhet (10). Kalkulert risiko foreligger når tallfestede sannsynligheter for pasientgruppers risiko er kjent. Det er denne typen usikkerhet som har hovedfokus i kliniske retningslinjer. Prinsipiell usikkerhet foreligger når vi ikke vet om den aktuelle pasienten passer inn i den kalkulerte risikoen. Uvitenhet innebærer manglende oversikt over konsekvenser av den kliniske beslutningen, man vet ikke hva man ikke vet. Kalkulert risiko må ikke

være det eneste grunnlaget for kliniske beslutninger (10).

For det fjerde er det relativt lite forskning i allmennpraksis. Forskningen på allmennpraksis som helsetjeneste handler ofte om den delen av virksomheten som utløser ytelse i spesialisthelsetjenesten eller har økonomiske konsekvenser for legemiddelindustri eller samfunnet forøvrig. Den handler sjeldnere om kjernevirksomheten – selve møtet mellom pasienten og legen. Betydelig større summer går til forskning i spesialisthelsetjenesten, og universitetene samarbeider med sykehusene, som er organisatorisk egnet for det (11). Etter etableringen av fire forskningsenheter for allmennmedisin i 2006, er det likevel mer forskning i allmennpraksis enn tidligere. Dette har vært og er viktig, fordi forståelse og fortolkning alltid skjer fra en bestemt posisjon.

Samme sykdom blir ikke behandlet likt

På den andre siden er det dokumentert store forskjeller i fastlegenes praksis. Dette er vist for spesialisthenvisninger, diagnostikk, behandling, deltakelse i tverrfaglige møter, laboratoriebruk, sykemeldingspraksis og legevaktbruk (12). Pasientfaktorer kan forklare noe av variasjonen, for eksempel når det gjelder sykemeldingspraksis og legedeltakelse i tverrfaglige møter (12), men er likevel ikke blant de dominerende forklaringshypotesene i litteraturen, noe som gjenspeiler at det er mindre forskningsfokus på allmennpraksis enn spesialistpraksis. Forklaringsforsøkene følger tre hovedlinjer (13):

1. Usikkerhet og ignorerende holdning til kliniske retningslinjer blant enkeltleger (praksis-stil-hypotesen)
2. Uenigheter og varierende entusiasme blant enkeltleger og i kliniske fagmiljøer
3. Kontekstuelle forhold som tilbudsstyrt etterspørsel og sosiale/organisatoriske rammer omkring klinisk praksis



sin

Det er både fellestrekk og forskjeller i fastlegenes praksis, men hva er hva – og hvordan kan forskjellene forstås?

Legers ulike toleranse for klinisk usikkerhet, varierende kunnskapsnivå og ignorering holdninger til kliniske retningslinjer vektlegges som forklaringer. Faglige interesser, kjønn, alder, erfaringer, kulturell bakgrunn, utdanning, spesialiststatus og økonomi nevnes også (12, 14).

Mange av forklaringene omhandler altså legens personlige egenskaper. Dette svarer med Montgomerys syn på legen selv som det viktigste arbeidsinstrumentet (5), noe som tilsier at dette «instrumentet» bør få økt fokus, både når det gjelder vedlikehold, kalibrering og utvikling. Forståelse av rolle og profesjonsdannelse kommer nå sterkere inn i den medisinske grunnutdanningen. Dette er erkjent i revisjoner av medisinske studieplaner verden rundt, også i Norge. Det er likevel grunn til å advare mot et ensidig fokus på legerolle og person, som kan undervurdere betydningen av kontekst og system. Fastlegen opererer ikke i et vakuum, noe de siste forklaringshypotesene tar høyde for. Det kan være at forhold ved legekantoret, kollegafellesskapet, faget allmennmedisin, helsetjenesten og samfunnet også er medvirkende årsaker til praksisvariasjon (6, 9, 10, 12–17).

Er variasjon et gode eller et onde – eller begge deler?

Til tross for at praksisvariasjonen forsøkes forklart, er det likevel gjennomgående at

det meste av variasjonen ikke kan forklares ut fra de analysemodellene som brukes (15). Litteraturen presenterer heller ingen entydig definisjon av praksisvariasjon, og skiller ikke klart mellom berettiget og uberettiget variasjon (16). En av vår tids ledende forskere på området, John E. Wennberg, definerer uberettiget variasjon som «den variasjonen som ikke kan forklares ut fra variasjon i sykdom, plager eller pasientpreferanser» (17). Definisjonen er negativ, den sier hva uberettiget variasjon ikke er, og lar seg dermed vanskelig operasjonalisere for forskningsformål.

Kunnskapsgrunnlaget om praksisvariasjon kommer fra spesialisthelsetjenesten, og fra andre land og helsetjenestesystemer, og har begrenset gyldighet for norsk allmennpraksis. Det gjenspeiles i diskusjonene, hvor noen hevder at avvik fra en kunnskapsbasert standard uansett er uberettiget (16). Dette står i motsetning til usikkerheten i allmennlegers beslutningsgrunnlag omkring risiko, prinsipiell usikkerhet og uvitenhet i unike møter med ulike mennesker (10). Evidensbasert medisin bevegelsen har møtt kritikk ved å ta opp i seg mer enn den opprinnelige referanserammen. Konsekvensen er at evidensbegrepet er blitt utvannet og upresist (18), men fortsatt med begrenset relevans for allmennlegens konsultasjoner. I en åpen allmennmedisinsk tilnærming er det legens relasjon til og forståelsen av den

hjelpesøkende personen i sin livssammenheng som er kjernestoff og utgangspunkt for trygg og omsorgsfull praksis (9). Det er derfor grunn til å lete etter nye begreper som er mer dekkende for allmennmedisinsk praksis.

Allmennmedisin er kontekstuell medisin

Med sine særtrekk er allmennmedisin en fremtredende eksponent for medisinsk praksis hvor konteksten spiller en vesentlig rolle for omsorgsfulle og kvalitativt gode beslutninger. Konteksten er både

- Publiserte resultater av klinisk forskning
- Erfaringsbasert medisinsk kunnskap
- Pasientens (syke)historie
- Pasientens og eventuelt pårørendes verdier og holdninger
- Samfunnets normer, lover og forskrifter

Kontekstuell medisin praktiseres når beslutninger om hjelpebehov tas med basis i alle disse fem hovedområdene. Den relative vektleggingen av områdene vil variere med situasjonen, med hvordan den oppfattes av ulike leger og ulike pasienter, den vil variere over tid, og den vil variere med geografisk og lokal kultur. Ut fra ulik grad av personlig kjennskap til person, familieforhold og nærmiljø vil vektleggingen av momentene være ulik i allmennmedisin og sykehusmedisin. Heller ikke hver for seg er dis-

se fem områdene statiske størrelser, men dynamiske og foranderlige, og de påvirker hverandre gjensidig.

I den allmennmedisinske konsultasjonen skal mennesker i legerollen og pasientrollen sammen løse til dels komplekse menneskelige problemer, og med menneskene selv som de viktigste arbeidsinstrumentene. Med en så dominerende menneskelig faktor trenger man ikke være noen stor profet for å postulere at praksisvariasjon vil bestå.

Har vi da ikke bruk for kliniske retningslinjer? Selvsagt har vi det, men retningslinjer for allmennpraksis må være tilpasset en allmennmedisinsk kontekst. De bør utarbeides i allmennpraksis, i samarbeid mellom allmennleger, forskere, pasienter og pårørende (19), og implementeres med aktive metoder (14). Retningslinjene må ta høyde for at den menneskelige faktor er en nødvendig og positiv kraft i utøvelsen av allmennmedisin, som ikke må kastes over bord i bestrebelsene på å oppnå en strømlinjeformet praksis. Allmennmedisin er og må være kontekstuell medisin.

REFERANSER

- Hansen AH, Halvorsen PA, Førde OH. The ecology of medical care in Norway: wide use of general practitioners may not necessarily keep patients out of hospitals. *J Public Health Res* 2012; volume 1:e28.
- Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268 (17): 2420-2425.
- Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen og Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten. Kunnskapsbasert praksis. <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>.
- Merriam-Webster. www.merriam-webster.com/dictionary/medicine.
- Montgomery K. How doctors think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine. Oxford: Oxford University Press 2006.
- Nessa J, Schei E, Stensland P. Korleis møter allmennlegane pasientanes livsproblem? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009; 129: 1323-5 doi:10.4045/tidsskr.08.0233.
- Hansen AH, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Førde OH. Continuity of GP care is related to reduced specialist health care use: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2013; DOI: 10.3399/bjgp13X669202.
- Hetlevik Ø, Gjesdal S. Personal continuity of care in Norwegian general practice: A national cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care* 2012; 30: 214-21.
- McWhinney IR. Being a general practitioner: what it means. *Eur J Gen Pract* 2000; 6: 135-9.
- Rørtveit G, Strand R. Risiko, usikkerhet og uvi-tenhet i medisinen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1382-6.
- Hunskår S, Røttingen JA. Utfordringer for fagutvikling og forskning i allmennmedisin. *Kronikk. Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2637-9.
- Liste over aktuelle referanser kan fås ved henvendelse til forfatteren
- Love T. Variation in medical practice: literature review and discussion. Sapere research group 2013.
- Treweek S, Flottorp S, Fretheim A. Retningslinjer for allmennpraksis – blir de lest og blir de brukt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 300-3.
- O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Fam Pract* 2000; 17(6): 462-71.
- Mercuri M, Gafni A. Medical practice variations: what the literature tells us (or does not) about what are warranted and unwarranted variations. *J Eval Clin Pract* 2011; 17: 671-7.
- Wennberg JE. *Tracking Medicine*. Oxford University Press. New York 2010. ISBN 978-0-19-973178-7.
- Tonelli, MR. A late and shifting foundation: a commentary on Djulbegovic, B., Guyatt G. H & Ashcroft, R.E. (2009) *Cancer Control*, 16, 158-168. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2009; 15: 907-909.
- Røsvik AH, Movik E, Nylenna M. Deltar pasientene i utvikling av kliniske retningslinjer i Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2010; 130: 2236-8.