
Hva er god allmennpraksis?

VI INTERVJUER

PER STENSLAND

Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen

Ideer om kvalitetsutvikling er sterkt etterspurt i en tid da allmennmedisinen er under kraftig press. Det forventes at legene skal navigere i en økende kunnskapsmasse og at de skal fungere i nye roller som kontorister og byråkrater.



- Alle arbeider best i en tillitsfull atmosfære. Klagesaksvurderinger må ikke få et omfang som påvirker tillitsforholdet mellom helsemyndigheter og leger, sier Peter D. Toon. Foto P. Stensland

Og over dem svever tilsynsmyndigheten som med sin opptatthet av prosedyrer, revisjon og fagutøveres feil har satt mye av arbeidet med kvalitetsutvikling i vanry.

I begynnelsen av 1990-årene ble det innført en ny arbeidskontrakt mellom engelske myndigheter og allmennleger som blåste liv i debatten om hva faget bør omfatte og hva som er god allmennmedisin. Allmennlegen og psykologen Peter

D. Toon har i flere skrifter bidratt med ideer om kvalitetsutvikling for Royal College of General Practitioners (1, 2).

Toon syntes at begrepet kvalitet ikke var diskutert skikkelig. – Vi diskuterte noe vi ikke visste hva var. Jeg startet da med å spørre: Hva betyr det å spørre hva som er bra? Er det spørsmål om å definere hva som bør gjøres? Ofte blir kvalitet definert som det de fleste til enhver tid gjør, man teller hva som er vanligst. Det er ikke nødvendigvis ensbetydende med kvalitet, mener han.

Kvalitet definert etter endepunkter er heller ikke ukomplisert etter Toons syn. Han nevner som eksempel at det ble foreslått å bruke takstsystemet til å premiere leger som tok cervixcytologi av en viss prosentdel av sin praksispopulasjon.

– Medisinsk kvalitet kan tas for gitt når målene er nådd, for eksempel at et handlingsprogram er etterlevd. Men handlingsprogrammer er beskrivelser av nyttige veivalg, de løser ikke evalueringsproblemer. Denne tilnærmingen kan gi et kvalitetsbegrep som er mer av det samme, mer av det vi kjenner, mener Toon.

Skille fakta og verdier

Han fremhever at det er viktig å skille klart mellom empiriske og evaluerende elementer i premissene for kvalitetsdebatten.

– Når vi vurderer om vi skal legge inn en eldre person i sykehus, bygger vi beslutningen på en rekke medisinske premisser, men like mange medisinske og personlige verdiavveininger. I dagligspråket tillater vi at fakta- og verdiutsagn blandes sammen. Når vi skal snakke om kvalitet og mål for vår virksomhet, må vi skille dem, ifølge han.

Peter D. Toon valgte å prøve å analysere visjonene og forutsetningene til de som har utformet allmennmedisinsk praksis og trekke ut målsetting og verdigrunnlag som ligger innebygd i skriftene deres.

– Ulike typer praksis reflekterer ulike målsettinger, sier Toon. – Ett mål for pasientbehandling kan være å bidra til at pasienten skal få et langt liv og oppleve fravær av sykdom. Dette vurderer jeg som et hedonistisk mål. Det representerer en streben etter behag og unngåelse av smerte. Dette målet kan eksemplifiseres i en biomedisinsk arbeidsmodell. Som en forlengelse av den biomedisinske modellen ligger den forebyggende modellen, der målet er uendret, men ambisjonen utvidet til å omfatte sykdom som ennå ikke har oppstått, sier Toon.

Et annet mål kan være å hjelpe pasienten til å forstå og tilpasse livet til sykdommer og plager som de lever med.

– Dette kan sees som et teleologisk mål. Det representerer en søken etter et liv bestemt av formål og mening. Dette er et mål som ikke minst er aktuelt i arbeid med kronisk syke og som likner mye på det langsiktige arbeidet i en allmennpraksis preget av kontinuitet, sier han.

Et tredje mål kan være å la helsetilbudene fritt konkurrere og pasientene operere på markedet. Som arbeidsmodell nevner Peter D. Toon konsumentmodellen: Legekonsulenten som gir råd til den frittstående kjøper av helsetjenester.

– Hvordan kan du bruke disse modellene?

– Jeg mener at kvalitet i allmennmedisin best lar seg forstå ved å analysere arbeidsmodeller. I *What is good general practice* (1) prøvde jeg å sette opp et kognitivt kart som tydeliggjør sammenhengen mellom de mulige modellene med de underliggende verdiforutsetningene. Ulike arbeidsmodeller vil operere med ulike sykdomsbegreper og ulike syn på hva vi legger i et godt lege-pasient-forhold, hevder Toon.

Den biomedisinske modellen

– Er det selvsagt at biomedisinsk kvalitet er en grunnforutsetning for god allmennmedisin?

– Det er ikke noen uenighet om effektiviteten av en biomedisinsk modell der den passer best, for eksempel i kirurgi og i infeksjonsforsvar. Men modellen er mindre effektiv ved kronisk sykdom og psykiske problemer. Den kan skape problemer i situasjoner der vi ikke har annet å gi enn trøst. Det blir lite rom for egenomsorg, brukerstyrking og helsefremmende arbeid i modellen, sier Toon.

Han fremhever at det biomedisinske sykdomsbegrepet eksternaliserer sykdom. Det tar den ut av personen.

– Kroppsmaskinen repareres for feil. Eksternaliseringen åpner for at krav til pasientautonomi lett kan tilpasses denne modellen. Pasienten tar stilling til spørsmål om hva legen skal gjøre med kroppen hans: Han forespørres før hver enkelt prøve tas og kan akseptere eller avslå, sier Toon. Etter hans syn tar denne modellen for gitt at det beste tilbys. Mangelen på eksplisitt uttalte verdier gir et vakuum som legen fyller med det han personlig har å by på. Med oppmerksomheten rettet mot individet har modellen lite å tilby når det gjelder fordeling og rettferdighet.

Den forebyggende modellen

I England er det Dr. Julian Tudor Hart som personifiserer den forebyggende modellen gjennom det ambisiøse programmet: *A new kind of doctor* (3). Ambisjonen er utvidet, sykdom skal finnes og behandles før den oppstår. Hart mener at medisinsk forebygging vil sikre folkehelse til de som har minst fra før.

Det politiske budskapet er tydelig. Modellen har problemer med å kommunisere med brukerne, for forventningene deres overgår ikke sjelden innholdet i tilbudene.

Forebyggende medisin er på et vis enda mer rasjonalistisk enn den biomedisinske. Helsebegrepet er det samme mekanistiske: Å sikre at kroppsmaskinen skal kunne jobbe knirkefritt så lenge som mulig. Både i forhold til autonomi og rettferdighet byr modellen på utfordringer. Hvordan sikre at forebygging virkelig rekker dem som trenger det? Hvordan skal legen kunne være pasientsentrert når han i tillegg til å ta seg av pasientens symptomer skal ha en egen omfattende plan for forebyggende arbeid?

Forståelsesmodellen

I engelsk allmennmedisin har psykiater

Michael Balint en helt spesiell posisjon som eksponent for en pasientsentrert tilnærming (4). Balint mener at folk går til lege for å bli sett og kjenne seg forstått, ikke bare for å bli friske. For at leger skulle lære seg å møte pasientenes behov, etablerte han såkalte Balint-grupper bestående av leger. Dette er ikke så mye en forståelsestilnærming som en metode; en reflekterende samtale mellom kolleger. Metoden er ikke bare relevant for en humanistisk tilnærming til medisinen, men for enhver tilnærming. Den gir leger en bedre innsikt i hva de selv ikke ser og bekrefter dem på det de synes de ser.

Gruppene ble etablert i en tid da de fleste engelske allmennpraktikere drev solopraksis. I dag arbeider de fleste i grupper der det er inkorporert en Balint-kultur som ivaretar kollegiale samtaler.

– Før gruppepraksisenes tid var Balint-grupper den eneste arenaen for den type samtaler som vi i dag har over en kopp te før vi begynner dagen. Det er vel verdt å tenke over hvordan vi utnytter de mulighetene vi nå har fått til kollegiale samtaler, sier Toon.

Pasientautonomi

Peter D. Toon har problematisert pasientautonomi i pasientsentrert medisin.

– Pasientsentrert metode legger vekt på å la pasienten sette dagorden for den medisinske samtalen. Den beskriver et rasjonelt møte mellom to eksperter, men det er ikke gitt at mennesket tenker og handler rasjonelt under trussel om sykdom, sier han. Han mener det kan oppstå problemer i forhold til en arbeidsmodell som ser konsultasjonen som et møte mellom to kjølige hjerner: – Menneskelig psyke og menneskelige relasjoner er kanskje mer komplekse og kan trenge en mindre statisk idé om autonomi. Jeg tenker autonomi som en evne man utvikler sammen med noen og ikke som noe du eier, sier Toon.

Han mener at dette innebærer et positivt autonomibegrep, der man vektlegger å planlegge hvordan man kan fremme autonomi, ikke hva man skal unngå for ikke å trække på den.

– Å respektere autonomi er å være refleksiv, gjøre mot andre det du ønsker andre skal gjøre mot deg, sier han.

Respekt for autonomi kan også, kontroversielt nok, omfatte begrenset paternalisme for å fremme autonomi på lang sikt.

– Et selvmordsforsøk kaller for eksempel på fast handling, ikke på informert samtykke. Jeg mener vi må belyse mulighet for kortsiktig nedtoning av autonomi i spesielle situasjoner for å oppnå mer langsiktig gevinst, krav til situasjoner der autonomien settes i parentes, mens omtanken får råde. Min holdning er at et profesjonelt, fast råd kan være på sin plass også når mennesker er mindre kompromittert enn ved kanten av selvmordet, når dette ikke hindrer autonomi på lengre sikt, mener psykologen og allmennlegen.

Ingen elementer utelukkes

– Kvalitet må sees som et multidimensjonalt begrep, der fremragende kvalitet på et felt kan komme til å utelukke kvalitet på andre felter, sier Toon, og presiserer at det ikke finnes noe enhetlig kvalitetsbegrep.

Han bruker arbeidsmodellene som eksempel og lar de tre modellene danne et triangel.

– Hvordan vil du tegne ditt triangel? spør han. – Dersom du bare vektlegger å arbeide forebyggende eller Balint-preget, kan du være så god du vil på ditt område. Du utvikler en deformert tjeneste. Hver praktiker må finne frem til en måte å danne seg sitt polygon der noen av sidene er biomedisin, forebygging og teleologisk tilnærming. Polygonene må få være ulike, men man kan ikke utelukke et av elementene, fremhever han.

Kvalitet og medisinske feil

Ifølge Toon er det et problem at kvalitetsbevegelsen er så autoritær.

– Mange kvalitetsledere vil hevde at de arbeider for en kultur uten syndebukker som gjør feil. Problemet er at de stiller seg slik at de oppfattes stikk motsatt, hevder han.

– Man må ta stilling til spørsmålet: Hvilken tilnærming er best: samarbeid eller revisjon? Det vil bli svært utfordrende å utvikle den kultur som vi trenger i retning av læring, tillit, systemtilnærming og ansvarlighet. Alle parter har fordel av økt åpenhet, mener Toon.

Han mener også at det er nødvendig å utvikle fora der helsearbeidere kan innrømme feil og delta i diskusjoner om forbedringer. Ifølge ham har både advokater og kvalitetsledere bidratt til å redusere den tilliten som skal til for at slike diskusjoner skal finne sted.

I England er det utviklet retningslinjer for å motvirke farlig og skadelig praksis (5). Praksisvurdering kan i ekstreme tilfeller ende med å rubrisere en praktiker som syk, uskikket eller ukyndig. Slike praksisvurderinger,

klagesaksvurderinger, er naturlig nok fryktet. Toon ser det som viktig at bruken av dem ikke får et omfang som påvirker tillitsforholdet mellom helsemyndigheter og helseprofesjoner.

Han mener at man har undervurdert hvilken effekt det har på legen at feilsøking vektlegges i stedet for å utvikle dyder; karakteregenskaper som utvikler moralsk holdning og handling.

– Dette er et alvorlig problem i kvalitetsutvikling. Resultatet er at legene føler at stadig nye plikter lesses på dem. Til sammen blir dette en byrde. Et av trekkene ved plikttilnærmingen er at den som pålegger pliktene står utenfor systemet han betrakter. Denne tilnærmingen er dømt til å feile i kvalitetsarbeid fordi det vil oppleves som at det legges nye byrder på utøveren, sier Peter D. Toon.

– Søkelyset på dyder tar byrden av utøveren. Det er som å spørre hva slags liv man burde leve for å få et godt liv, i stedet for å lage regnskap over produksjonen av gode gjerninger (2, 6).

Faktaramme

Peter D. Toon (f. 1953) er allmennpraktiker og forsker ved Institutt for allmennmedisin ved St. Bartholomew's og The London Hospitals. Han er utdannet psykolog og lege. Han begynte sitt forskningsarbeid innenfor eksperimentell psykologi. Grunnlagsproblemer i forskningen førte til interessen for epistemologi og filosofi.

LITTERATUR

1. Toon PD. What is good general practice. Occasional Paper 65. Exeter: Royal College of General Practice, 1994.
 2. Toon PD. Towards a philosophy of general practice: a study of the virtuous practitioner. Occasional Paper 78. Exeter: Royal College of General Practice, 1999.
 3. Hart JT. A new kind of doctor. London: Merlin Press, 1988.
 4. Balint M. The doctor, his patient and the illness. 2.utg. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986.
 5. Southgate L, Dauphinee D. Maintaining standards in British and Canadian medicine: the developing role of the regulatory body. BMJ 1998; 316 (7132): 697–700.
 6. Aarnes A. Dydenes gjenkomst. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1417.
-

Publisert: 30. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 8. februar 2026.