
Allmennmedisin i krise

REDAKSJONELT

ANNA STAVDAL

Anna Stavdal (f. 1959) er spesialist i allmennmedisin og deltidsamanuensis ved Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo. Hun er leder i Norsk selskap for allmennmedisin.

Norsk Selskap for allmennmedisin

Postboks 1130 Blindern

0318 Oslo

Norsk allmennmedisin er under debatt. Det er primært to trekk i tiden – rekrutteringssvikt og innføring av fastlegeordningen.

I allmennmedisinsk akademi drøftes en ny definisjon av faget (1), og i fagforeningskretser er hovedtemaet rammer og forhandlinger. Andre peker på behovet for å avgrense de allmennmedisinske oppgaver (2), og noen belyser det problematiske i at stadig mer av vår tid går med til behandling av friske individer med risiko for fremtidig sykdom (3). Den gamle dugnadsånd i fagutviklingsarbeidet etterlyses (4), og sosialministeren tror at fastlegeordningen er svaret på legebemanningskrisen i norske sykehjem (NRK Radio 16.2. 2000).

Debatten kan virke kaotisk. Er vi rådløse eller offensive? Spesialiteten i allmennmedisin er relativt ung – et kvart hundre år. I dens barndom var det fagideologiske grunnlaget felles tankegods for brede lag av allmennpraktikerkorpsen, man erkjente behovet for vedvarende fagutvikling. Spesialiteten skapte seg høye idealer. Et av dem er selve varemerket for virksomheten: KOPF – kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende. Samfunnsutviklingen har ført til at dette idealet er modent for revisjon. Hvilke utviklingstrekk er spesielt viktige ved utformingen av allmennpraktikerens nye rolle? Kravene til allmennpraktikeren har økt, uten at rammene for virksomheten er synderlig endret. Dette er en funksjon av flere parallelle prosesser:

– Vi har både mer kunnskap og høyere konsum i befolkningen og med dette høyere forventninger om service, informasjon og sikring av rettigheter i forhold til helsetjenester.

- Antall grenspesialiteter og volumet av ny kunnskap innenfor hver av dem øker, og leverer i stor grad premissene for pasientens forventninger.
- Allmennpraktikeren skal kunne gi god veiledning i et voksende sortiment av tilbud og samtidig være portvakt og sikre rettferdig fordeling av knappe goder.
- Sterk allianse mellom forskningsmiljøer innen spesialisthelsetjenesten og den farmasøytiske industri gjør markedsføringen av frykt for sykdom koblet til medikamentell frelse svært potent. Resultatet er økende grad av medikamentell risikointervensjon.

Introduksjonen av begrepet kunnskapsbasert medisin (evidence based medicine) har synliggjort et dilemma som allmennmedisinen alltid har levd i. Vi er en disiplin med røtter i naturvitenskapelig medisinsk tenkning, men driver en virksomhet som også står den humanistiske fagtradisjon nær. Vårt viktigste diagnostiske hjelpemiddel er samtalen med pasienten, der symptomer og tegn skal tolkes og settes inn i en sammenheng. I valg av strategi for å hjelpe den som lider må vi beherske den naturvitenskapelige tradisjonen med kunnskapsbasert medisin som verktøy så vel som den humanistiske, der modellen er en annen.

Med utviklingen øker kvalitetssikringskravene og antall klagesaker. Den ensomme arbeidssituasjon gjør allmennlegen sårbar. Det er ofte uklart hvilke kriterier som ligger til grunn for reaksjoner mot legen i den enkelte sak. Dette bunner dels i manglende samforståelse og forskjellig språk i tilsynsfag og allmennmedisin, og resultatet kan bli både forvirrende og uforutsigbart. Det enkleste for tilsynsmyndigheten er å bruke nettopp kunnskapsbasert medisin som referanse for vurdering av klager, men i saker som gjelder allmennleger, blir denne referanseramme ofte for snever. Tilsynet styrker i så måte forventningene om at det er målbare rette og gale svar på alle medisinske spørsmål. Dette øker presset på allmennlegen.

Vi har økende privatisering av legetjenester på alle nivåer i helsetjenesten, også i primærhelsetjenesten. Behovet for styring øker i takt med kostnadene. Å føre kontroll med en profesjon som vår, er vanskelig. Det fordres et minimum av samsvar i fagforståelse mellom objekt og subjekt for å lykkes. Myndighetene har gjort flere forsøk på å bruke fagets eget verktøy til å utføre kontroll. Ett eksempel er innføring av obligatorisk bruk av ICPC (kodeverk for primærhelsetjenesten) på legenes trygderegningskort. Ordningen ble innført uten at kodeverkets faglige intensjoner ble ivaretatt. Nå kommer fastlegeordningen. Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) gikk tidlig inn for fastlegeordningen på et faglig grunnlag. De politiske beveggrunner for å vedta ordningen bunner også i et ønske om styring – et legitimt behov for en bevilgende myndighet. De ulike utgangspunkter for å være positive til ordningen åpner for konflikt når det gjelder selve utformingen. Dette ble synliggjort da Stortinget våren 1999 vedtok kiropraktorers rett til å sykmelde samt henvise til spesialister i annenlinjetjenesten. Forslagsstillerne er varme tilhengere av fastlegeordningen, men innser ikke at de med en slik lov undergraver grunnpremisset i fastlegeordningen, nemlig henvisningsplikten.

Dagens krise er en forventningskrise og en teorikrise. Allmennpraktikeren møtes av et knippe forventninger som dels er innbyrdes uforenlige og dels ikke står mengdemessig i rimelig forhold til hverandre. Alle har en aksje i

allmennlegen, også våre samarbeidspartnere i andre deler av primærhelsetjenesten, og forventningen om legens engasjement er voksende.

Vi må kjenne vår besøkelsestid. Det er nå vi må definere innhold og mandat for faget slik det skal være i fastlegeordningen. Allmennmedisin har etablert seg som et av tre kliniske hovedfag ved tre av fire norske universiteter, noe som reflekterer at primærhelsetjenesten er grunnplanet i vårt offentlige helsevesen. I fastlegeordningen skal dette premiss knesettes i lovs form: Allmennlegen bestiller konsulenttjenester fra annen- og tredjelinjetjenesten, og spesialisthelsetjenestene skal utløses av henvisning fra førstelinjetjenestens leger. Hvordan allmennlegetjenesten skal fungere, bør således være et fellesanliggende for hele legesystemet. Når vi i de allmennmedisinske fagmiljøer skal beskrive hva som skal være fagets innhold og mandat, trenger vi innspill fra alle aktører. Vil vi så lytte? Det bør vi, gitt at debatten i tillegg har følgende grunnleggende premisser:

- Hovedtyngden av diagnostikk og behandling skal foregå i primærhelsetjenesten.
- Det er pasientens opplevde lidelse som skal stå i sentrum for vår virksomhet.
- Målet for debatten er at legene i det offentlige helsevesen skal agere som lemmer på det samme legemet, med gjensidig respekt for hverandres egenart og funksjon.

Det sies at krig er for alvorlig til å overlates generalene alene. På samme måte er arbeidet med allmennmedisins innhold og mandat for alvorlig til å overlates allmennmedisinerne – og i særdeleshet akademikerne blant oss – alene. Den viktigste arena for tenkedugnad og konfrontasjon er blant allmennpraktikerne selv, og konklusjonene må trekkes av dem som skal utøve faget. Men at innspillene er mangeartede og bredt anlagt, kan bare medføre fordeler.

NSAM er spesialforeningen for allmennmedisin, og den naturlige arena for samling av diskusjonen. Vel vitende om at en beskrivelse av faget er et kontinuerlig arbeid, vil vi sette nettopp dette øverst på vår dagsorden i tiden som kommer.

LITTERATUR

1. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice – time for a new definition. *BMJ* 2000; 320: 354 – 7.
2. Brekke M, Steinert S. Fastlegeordningen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3402.
3. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske bøtten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3547 – 8.
4. Hunskaar S, Kolstrup N. Allmennmedisinen ved tusenårsskiftet – nedtur eller ny giv? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 13.

Publisert: 20. mars 2000. *Tidsskr Nor Lægeforen*.

