



Den fulle allmenntmedisinske bøtten

REDAKSJONELT

HETLEVIK I

Ressurser til oppfølging må beregnes før screening iverksettes

I dette nummer av Tidsskriftet har Inger Schou og medarbeidere evaluert en metode for overføring til primærlegene av ansvar for kvinner som er operert for brystkreft (1). Antall brystkreftopererte har økt, særlig etter at screening startet i 1996. Poliklinikkene er overbelastet og klarer ikke å drive kontroll i henhold til anbefalinger. Artikkelforfatterne (1) besluttet derfor at pasientene skulle overføres til kontroll hos allmennlege etter seks måneder. Kvinnene ble oppfordret til å etablere kontakt for etterkontroll og skulle overbringe legen et skriv med krav til kontrollene. Kvinnene gjorde dette, primærlegene tok imot kvinnene, men var lite flinke til å returnere rapportskjemaene som spesialistene ønsket for å kvalitetssikre sin virksomhet (1).

Denne artikkelen gir mulighet for å reflektere over hvordan “den allmenntmedisinske bøtten” fylles opp. Naturlige spørsmål er:

- Hvem skal allmennlegen delegere til ved manglende kapasitet?
- Hvem definerer innholdet i allmenntmedisinen?
- Hvordan skjer dette?
- Hva er viktigst?
- Blir det viktigste prioritert?
- Vurderes kapasiteten når nye oppgaver delegeres til allmennlegen?

En allmennlege kan ikke klare hva det skal være av pålagte oppgaver i sin populasjon. Allmenntlegetjenesten fungerer hvis de fleste er friske, noen trenger legekontakt en sjelden gang og et fåtall trenger hyppig legekontakt. Norske allmennleger klarer 15 millioner konsultasjoner per år (2). En konsultasjon kan romme noen problemstillinger, men blir problemene mange, eller omfattende, må konsultasjonstiden økes. Da reduseres antall konsultasjoner.

Når nye oppgaver pålegges en allmenntlegetjeneste som fra før har fulle dager, må man regne med at noen eksisterende oppgaver blir nedprioritert. Dette kan skje ved at pasienten ikke får time i tide eller at legen ikke rekker å gjøre alt som anbefales. Allmennlegens begrensninger vil bli tydeliggjort i et fastlegesystem der alle henvendelser rettes mot en spesifikk lege. Krav om mindre pasientliste er da nærliggende. Det medfører behov for flere

leger, noe som ikke kan løses på kort varsel. Organspesialister kan mene at medisinske anbefalinger kan gis uavhengig av eksisterende rammebetingelser (3), men antall allmennleger er en viktig rammebetingelse og avgjør i stor grad helsetjenestens begrensninger (4).

Allmennlegen kan ikke delegere videre nedover i systemet. Hun kan involvere medhjelpere ved legekantoret, men er likevel medisinsk ansvarlig.

Allmennlegen har liten mulighet til å definere og avgrense sine arbeidsoppgaver. Når allmennlegens hverdag skal beskrives er fire typer oppgaver tydelige. De omfatter personer

- med subjektiv lidelse som selv oppsøker allmennlegen
- med behov for administrative tiltak definert av andre (attester og erklæringer)
- som er subjektivt friske, men der helsevesenet leter etter markører for fremtidig sykdom
- med sykdom som primært er behandlet av spesialister, og som deretter overføres til allmennlegen for oppfølging.

Kvinner som er operert for brystkreft tilhører én av de to siste gruppene. De kan selv ha oppdaget kul i brystet eller ha vært til mammografiscreening. Ingen er uenige i at kvinner med brystkreft har behov for oppfølging fra helsevesenet. Det er likevel grunn til å dvele ved de problemer som oppstår når man anvender screening for å oppdage tidlige stadier av kreft eller annen helserisiko.

Reventlow og medarbeidere (5) beskriver resultatene fra Wright & Mueller (6) i sin publikasjon om mammografiscreening slik: Sju år etter at 10000 kvinner (50-70 år) er blitt tilbudt screening, har 1500 fått påvist et funn som nødvendiggjør nye undersøkelser, 137 fikk påvist brystkreft, 11 døde av brystkreft i screeninggruppen, mens 15 døde i kontrollgruppen, en risikoreduksjon på 30% (5).

Kapasitetsproblemer gjør at Schou og medarbeidere (1) må delegere oppfølgingen av kreftpasientene videre til allmennlegene. Oppfølging av falskt positive funn krever store ressurser som sannsynligvis også vil kreve allmennlegenes deltakelse. Når politiske pådrivere for mammografiscreening mener at alle ressurser skal settes inn for å redde kvinner fra å dø av brystkreft (7), bør to problemstillinger være vurdert. For det første: Vil det at fire kvinner med uidentifisert kreft får utsatt sin død, oppveie at 133 (137 kvinner²¹⁵²¹¹) kvinner med identifisert kreft får påvist brystkreft før de selv oppdager sykdom, uten at dette påvirker deres leveutsikter? (5). I tillegg får 1363 (1500 kvinner²¹³⁷) kvinner med identifisert kreft en risikomerkelapp uten at de egentlig er syke; noe som kan gi helseskade (8). Hvis svaret er ja, bør myndighetene følge opp med å tilføre de legeårsværk som skal til for å gi kvinnene den oppfølging som har vært gitt i studiene der effekten er dokumentert. Hvis dette ikke er mulig, må et eksisterende tilbud defineres bort fra helsevesenet for å gi plass til denne oppgaven. I helsevesenet er det imidlertid ingen tradisjon for å ta bort tilbud som eksisterer. Når det mangler ressurser i sykehus og poliklinikker, delegeres ansvaret til allmennlegene. Der er bøtten konstant full, og av den grunn vil noe renne over kanten når den fylles ytterligere. Det som renner over kanten behøver ikke være det minst viktige (9). Det innebærer en mulighet for at viktige, eksisterende helsetilbud får redusert kvalitet når nye oppgaver delegeres til primærhelsetjenesten. Som en konsekvens kan oppnådd helsegevinst på ett område, tapes ved at kvalitet reduseres på et annet område.

Når pasientene selv får i oppdrag å etablere kontrollopplegget, mister allmennlegetjenesten sin mulighet til å vurdere om tiltaket skal prioriteres. Allmennlegen kan ikke si nei uten at det oppleves som en avvisning av pasienten. Når det skal vurderes om et tiltak skal prioriteres i allmennlegetjenesten, bør dette skje på et mer overordnet plan der tiltaket holdes opp mot andre prioriterte helseoppgaver. Rent konkret burde det da,

forut for at store screeningprogrammer iverksettes, vært gjort en analyse av om poliklinikkene har tilstrekkelig kapasitet til å følge opp sykdom og falskt positive funn. Konsultasjonsbehov kan greit beregnes. Hvis svaret er nei, slik forfatterene opplever det (1), må det vurderes om dette skal følges opp i allmennlegetjenesten. Da må allmennlegen ha tid til mer enn bare psykososial støtte og omsorg. Det kan bety at andre oppgaver må defineres bort fra allmennlegetjenesten eller at legeårsverk tilføres. Om legeårsverk skal tilføres, handler igjen om samfunnets vilje til å betale for den helsegevinsten som kan oppnås ved at tiltaket iverksettes, i dette tilfelle at fire kvinner får forlenget sitt liv ved at 10000 kvinner screenes.

Irene Hetlevik

Irene Hetlevik (f. 1952) er førsteamanuensis i allmennmedisin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim og lege ved Ranheim Legesenter. Hun forsvarte denne uken sin doktorgrad om kliniske retningslinjers rolle i allmennpraksis.

LITTERATUR:

1. Schou I, Kåresen R, Lensby A. Etterkontroll av kvinner operert for cancer mammae. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119:3567-9.
2. Hunskaar S (red), Hafting M, Hetlevik I, Holtedahl KA, Johannessen T, Rutle O. Allmennmedisin. Klinisk arbeid. Oslo:Ad Notam Gyldendal, 1997.
3. Omvik P. Konsensus om hypertensjon? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3979-81.
4. Holmen J, Hetlevik I, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland E. Kliniske retningslinjer for primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1794-9.
5. Reventlow S, Lauritzen T. Risiko og forebygging. Urealistiske forventninger? København: FADL, 1998.
6. Wright CJ, Mueller CB. Screening mammography and public health policy: the need for perspective. Lancet 1995; 346:29-32.
7. Weisser A. Nok om noen liv reddes. Adresseavisen 21.7.1999.
8. Førde R. Har Illich fått rett? Skaper risikofokuseringen i medisinen uhelse? Nord Med 1996; 111: 113-5.
9. Hetlevik I, Holmen J, Midthjell K. Treatment of diabetes mellitus - physicians' adherence to clinical guidelines in Norway. Scand J Prim Health Care 1997; 15: 193-7.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no