



Sigurd Høye (f. 1972) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet og forsker ved Antibiotikaserteret for primærmedisin, Avdeling for allmenntillegene, Universitetet i Oslo, og allmennlege.

Foto: Einar Nilsen

Vi vet lite om hva som skjer bak allmenntillegens lukkede dører. Av og til bør døren holdes på gløtt

Bak lukkede dører

Alene på kontoret med pasienten, i ferd med å prøve å løse problemene han tar opp, kan jeg noen ganger misunne kolleger på sykehuset. Sett fra den allmenntillegens side synes sykehuslegene nærmest å bade i veiledning, faglige samtaler og kvalitetsforbedringsarbeid. For ble problemene håndtert på den best mulige måten? Ville mer erfarne kolleger ha gjort det annerledes? Har min praksis en slagside – og i tilfelle i hvilken retning? Såfremt jeg ikke selv aktivt ber om råd, vil ingen andre være med på å vurdere dagens rekke av problemer.

Lukkede dører rundt en problemløsende tillegene har sine åpenbare fordeler. Fortrolighet, tillit og personlig kjennskap over tid er kjerneverdier i allmenntillegens. Noe av hensikten med fastlegeordningen er nettopp å fremme disse verdiene. Pasientene forventer å treffe sin lege – alene (1).

Ulempene med denne arbeidsformen er like åpenbare. Hvis hele yrkesutøvelsen skjer bak lukkede dører, kan foreldet kunnskap forbli utfordret og uvaner kan oppstå og opprettholdes. Praksisvariasjon er på mange måter et gode – forskjellige leger løser problemer på forskjellige måter og pasientene finner frem til den legen som passer dem best. Men uttalt praksisvariasjon kan også være et signal om at dørene har vært for tett lukket. Et illustrerende eksempel er den betydelige variasjonen i antibiotikaforskrivning ved luftveisinfeksjoner. Den hyppigst forskrivende femdelen av allmenntillegene forordner antibiotika rundt 2,5 ganger så ofte som femdelen med lavest forskrivning (2).

For å kompensere for tillegens er spesialiteten i allmenntillegens den eneste som må fornyes. For å opprettholde spesialiteten er det krav om å delta i smågruppe med andre allmenntillegere samt være med på en viss mengde kurs. Det er også krav om å gjennomføre to heldags praksisbesøk hos en allmenntillegerkollega i løpet av femårsperioden mellom hver resertifisering. Dette er selvsagt bra, men ikke nok til å fjerne den snev av misunnelse overfor kolleger som – fra utsiden sett – synes å leve hele sitt yrkesliv i ett eneste langt praksisbesøk.

Det nyoppstartede Senter for kvalitet i legekantor, som eies av Legeforening og underforeninger, er i ferd med å prøve ut forbedringsverktøy etter modell fra kollegabasert terapiveiledning, en kvalitetsforbedringsmetode utarbeidet av Avdeling for allmenntillegens ved Universitetet i Oslo. Grunnprinsippet i metoden er nettopp å åpne dørene og sammenlikne sine egne praksisdata – slik som forskrivningspraksis og henvisningspraksis – med kollegens og diskutere årsakene til eventuell variasjon. Metoden gir praksisendring i ønsket retning (3), og legene synes å trives med den (4).

Men dersom alle landets fastlegekontorer skal kunne delta i slikt kvalitetsarbeid, kreves det både interesse og ressurser fra myndighetene.

Vellykket kvalitetsforbedringsarbeid krever forankring hos ledelsen (5). Den hierarkiske strukturen i spesialisthelsetjenesten gjør ansvaret lett å plassere. Mer komplisert er det i primærhelsetjenesten. Fastlegene har et selvstendig ansvar for å «drive sin virksomhet i tråd med krav fastsatt i lov- og forskrift, oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer» (6), mens legenes oppdragsgiver, den enkelte kommune, «skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet» (6). Med 428 forskjellige oppdragsgivere, som i hovedsak ikke har ressurser eller kompetanse til å sørge for dette og som i liten grad går sammen for å finne gode fellesløsninger, er det langt vanskeligere å plassere ansvar.

Ønsket om å jobbe fritt og selvstendig kan nok for mange være utslagsgivende for valg av spesialiteten allmenntillegens. Men tendensen synes å gå mot at fastlegene ønsker seg mer kollegialt samarbeid. Gamle dagers solopraksiser er i ferd med å forsvinne. Ni av ti fastleger jobber nå i gruppepraksis (7). Ved mange legekantorer er det jevnlig fagmøter i arbeidstiden og lav terskel for å be om to ekstra øyne på et vanskelig problem.

Det meste ligger til rette for mindre faglig ensomhet og mer kvalitetsforbedringsarbeid i allmenntillegens praksis. Det er å håpe at også fastlegenes oppdragsgivere innser nødvendigheten av dette.

Litteratur

1. Bjørland E, Brekke M. What do patients bring up in consultations? An observational study in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2015. E-publisert 24.7.
2. Gjelstad S, Straand J, Dalen I et al. Do general practitioners' consultation rates influence their prescribing patterns of antibiotics for acute respiratory tract infections? *J Antimicrob Chemother* 2011; 66: 2425–33.
3. Gjelstad S, Høye S, Straand J et al. Improving antibiotic prescribing in acute respiratory tract infections: cluster randomised trial from Norwegian general practice (prescription peer academic detailing (Rx-PAD) study). *BMJ* 2013; 347: f4403.
4. Frich JC, Høye S, Lindbæk M et al. General practitioners and tutors' experiences with peer group academic detailing: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2010; 11: 12.
5. Kvalitetsforbedring – hva er det og hvordan gjøres det? Oslo: Den norske legeforening, 2013.
6. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2012-08-29-842. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842> (14.9.2015).
7. Legeforeningens fastlegestatistikk 2014. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Yrkesaktive-leger-i-Norge/Legeforeningens-fastlegestatistikk---artikkel/> (14.9.2015).



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no