

# ● Midt i en visionsdebat: kerneopgaver og kernekompetencer i praksis

Af Frede Olesen



## Biografi

Frede Olesen er speciallæge i almen medicin og professor ved Forskningsenheden for Almen Praksis.

## Forfatters adresse

Forskningsenheden  
for Almen Praksis  
Aarhus Universitet  
Bartholins Allé 2  
8000 Aarhus C  
fo@feap.dk

Bølgerne går højt i debatten om vores fags kernefunktioner - der er bud efter dr. Hansens efterfølgere. Hvordan skal vi agere i et stadigt mere komplekst sundhedsvæsen? Kan vi holde fast i idealerne om den skræddersyede tilgang, samtidig med at vi udvikler rollen som medicinsk ekspert? Der er ingen enkle, entydige svar, men her kommer to kolleger med hver sit bud på, hvad der gør almen praksis så unik, hvilke opgaver vi skal løse, hvilke farer der lurar, og hvordan vi kommer videre i fællesskab.

 MÅNEDSSKRIFT  
for almen praksis

Formålet med denne artikel er at diskutere de kerneopgaver og kernekompetencer, som dækkes af den praktiserende læge, og at overveje, om der er funktioner, der kan undværes eller henlægges til andre dele af sundhedsvæsenet set ud fra et læge-, patient- og samfundsperspektiv. Artiklen afsluttes med overvejelser om samarbejdet mellem de to kontraktparter i form af demokratisk valgte politiske myndigheder og almen praksis.

Moderne medicin har to hovedretninger, som skal forenes i almen praksis. Vi skal på den ene side diagnosticere og behandle en række veldefinerede lidelser, hvor den væsentligste trussel er rettet mod menneskets fysiske og psykiske førlighed og sundhed, og vi skal på den anden side i dialog møde mennesket med symptomer og bekymringer. På samme tid skal vi i forhandling, dialog og rådgivning afklare, om problemer tilhører dagligdagen, det sociale system eller det mere klassiske sundhedsvæsen, hvortil praksis hører. Denne dobbeltfunktion mellem "den medicinsk-tekniske ekspert" og "menneskelægen" som den klassiske doktor Hansen i tv-serien Matador er et grundvilkår for

almen praksis. Kun hvis begge funktioner beherskes, er specialet i balance.

Eksempler på store krav til den medicinske, teknologiske ekspert er behandling af patienter med diabetes, cancer, hjerte-kar-sygdomme og mange andre klassiske sygdomme. Vi har med efterkrigstidens højteknologiske metoder og med standardiserede forskningsmetoder stedse bedre og bedre været i stand til at vise, hvilke behandlingsmetoder der leder til længst levetid og længst symptomfri funktion. Men midt i glæden over alt det, vi har opnået med moderne, evidensbaseret, højteknologisk medicin, har vi måske glemt bredden af de funktioner, som dækkes i en moderne praksis. Derfor diskuteres de enkelte funktioner i det følgende (Figur 1), og stedvist berøres de kernekompetencer, som specialet almen medicin har for at kunne dække funktionen (Figur 2 og 3).

## Klassisk sygdom

Vi skal diagnosticere og behandle klassisk fysisk og psykisk sygdom efter nutidig standard (Figur 1). Befolkningen, dens politiske repræsentanter og diverse administratorer og administrative organer har en forventning om, at vi løfter denne opgave – og det hele udtrykkes i en berettiget ambition om, at vi skal have den bedste rehabilitering efter sygdom, den højeste overlevelse og den længste middellevetid.

Figur 1 /

### Den praktiserende læges kerneopgaver

- **Diagnosticere og behandle klassisk sygdom - absolutte indikationer – fx kræft**
  - Asymmetri: mød eksperten
- **Indsatsen mod kroniske sygdomme og lidelser**
- **Rådgiver og fortolker af oplevelser og symptomer - fx ondt i maven**
- **Håndtere ubehag og lidelse – de relative indikationer – fx overgangsalder og slidgigt**
  - Mødet mellem eksperter – den forhandlede indikation
- **Forsikringstanken – dialog og undersøgelse af (den oplevede) risiko**
  - Undersøgelse for risikofaktorer, fx forhøjet kolesterol eller blodtryk
  - Screening, fx for livmoderhalskræft - folkeundersøgelser
- **Myndighedsperson – fx sygemeldinger – patientens læge/samfundets læge**
- **Forebyggelse – børn, gravide, antikonception osv.**

For at understøtte, at vi opnår de bedste resultater, har man syntetiseret den foreliggende viden i diverse kliniske retningslinjer, og kvalitet måles, justeres og udvikles via en række indikatorer og databaser.

Opgaverne i denne funktion kan kun løses i nært samarbejde mellem alle dele af det diagnosticerende og behandlende sundhedsvæsen. Praksis og det øvrige sundhedsvæsen skal have et forpligtigende,

gensidigt samarbejde for at løfte opgaven, og vi ser da også i sygehusvæsenet – selv om der er lang vej til 100 pct. tilfredsstillende samarbejde – en stigende forståelse for at understøtte almen praksis i denne funktion. Det udmønter sig fx i bedre adgang til diagnostik, i shared care-programmer og i samarbejde om udlægning af dele af hjerte- og diabetesindsatsen og måske også i fremtiden dele af kræftkontrolundersøgelser.

Samfundet har da også hentet solide succeser hjem med denne tilgang, og almen praksis har ydet et fornemt bidrag hertil. I dag er Danmark på fx diabetes- og hjerte-kar-området blandt Europas allerbedste, medens cancerområdet fortsat ikke er på et niveau, der er tilfredsstillende i international sammenhæng.

Der er således alt i alt god grund til, at det samlede sundhedsvæsen har forventninger til almen praksis' deltagelse og væsentlige indsats på dette område. Almen praksis betyder noget, og ingen kan fralægge sig ansvaret for, at indsatsen skal være i top. Området i den første pind i Figur 1 er en almenmedicinsk kernefunktion i et sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen.

### **Kroniske tilstande**

Kroniske lidelser og tilstande defineres ved, at patientens livslængde og/eller livskvalitet afhænger af et vedvarende samarbejde mellem patienten og sundhedsvæsenet. Kroniske lidelser, tilstande og sygdomme er ofte den allerstørste trussel mod god førlighed og sund aldring uden svækkelse, handicap og invaliditet, så naturligvis skal en indsats, der hjælper mennesker med kroniske lidelser og tilstande, være i orden både ud fra et patientoplevet perspektiv og ud fra et samfundsperspektiv. Indsatsen har foruden stor individuel betydning også stor samfundsmæssig betydning, for kan man holde den aldrende befolkning sund lidt længere – såkaldt "sund aldring" – bliver kravene til omsorg og pleje mindre, og snakken om den såkaldte ældrebyrde kan dæmpes eller fjernes, og det kan igen medvirke til at gøre den samfundsøkonomiske velfærdsudfordring som følge af aldersudviklingen håndterbar.

At deltage i den indsats er derfor et imperativt krav til en moderne primærsektor, der fungerer, hvor mennesker lever deres daglige liv. Er der andre, der bedre kan løfte opgaven end almen praksis? Næppe – og det skyldes især, at mange patienter har multisygdomme, og at det endelige valg af behandlingsindsats kræver dialog med patienten og ofte meget pragmatiske valg i afvejningen af forskellige hensyn og konkurrerende rationaler, fx valg mellem livslængde og oplevet livskvalitet (Figur 2). Det valg gøres naturligvis bedst i dialog med en læge, der kender patientens samlede situation og kontekst. Almen praksis skal løfte opgaven. Men i betragtning af opgavens betydning er det også naturligt, at samfundet, som både betaler gildet, og som også får ulempen, hvis mangel på indsats fører til et for tidligt og stort pleje- og om-

sorgsbehov, kræver en vis dokumentation for indsatsens kvalitet, når de forhandler kontrakt med praksis. Tiden er forbi, hvor man bare uden dokumentation kan sige, at alt er OK, når diverse kvalitetsdatabaser viser enorme forskelle i endeligt behandlingsresultat inklusive dybt overraskende og beskæmmende sociale forskelle. At dokumentere indsatsen og dens kvalitet bør i øvrigt ikke være et problem for specialet, for fagets egen ambition er naturligvis også at opnå den højeste mulige kvalitet. Faget almen medicin har intet at skjule og har aldrig haft det, hvis blot patientens berettigede krav om fortrolighed respekteres og overholdes. Brugen af kvalitetsmål er således både i lægens, samfundets og patientens interesse, men den konkrete udmøntning er et forhandlingsanliggende mellem kontraktparterne.

Næppe nogen patient og næppe nogen politiker ville fortsat støtte almen praksis som den mest centrale sundhedsaktør uden for sygehuse, hvis ikke vi helhjertet påtog os behandling og omsorg for mennesker med kroniske lidelser inklusive en samlet afvejet omsorg for patienter med flere samtidige sygdomme og lidelser. Det er et berettiget krav, at vi ambitiøst går efter at sikre, at Danmark er blandt de bedste lande i verden på området.

Indsatsen er en kerneopgave, som skal løses, og det er afgørende, at de to kontraktparter når konsensus om rammevilkårene for at udøve funktionen optimalt.

### Er de to første kernefunktioner nok?

Af og til hører man en teknokrat sige, at "det vigtige er nu en gang at flyve med en dygtig pilot – så betyder flinkhed ikke alverden", og lægekolleger følger nogle gange op med ord om, at "patienttilfredshed og patienttilfredshedsundersøgelser er sekundære eller overflødige".

Men en sten gnaver i skoen, for er vort imperative krav om diagnostik, behandling og opfølgning af klassisk og ikke sjældent alvorlig sygdom ved at spærre for bevidstheden om nogle af de andre kernefunktioner, der også er skitseret i Figur 1, og som på forskellig måde repræsenterer høj velfærd med hensyn til adgang til et moderne sundhedsvæsen? Det er funktioner, som ikke bare kræver en dygtig pilot, men også en flink pilot, dvs. en læge, som forstår betydningen af det klassiske møde mellem en læge og en patient, hvor konsultationsfærdigheder, empati, kommunikation og læge-patient-relationen er i højsædet – "dr. Hansen-lægen". Kan disse beskrive kernefunktioner, som er helt afgørende for tilfredsstillende behandling af mange tilstande og symptomer, som man møder i almen praksis, men knap så meget i det højteknologiske sundhedsvæsen, passes ned i lige så stramme og ens kasser som behandling af klassisk sygdom? Det kan de næppe, og det påpeges også af mange i det almenmedicinske speciale. Men desværre kan man også af og til få fornemmelsen af, at det påpeges på en måde og med en sådan patos og styrke, at man i "ikke-fagkredse" måske kan få indtryk af, at praksis er ved at fralægge sig store dele af de

to først beskrive vigtige kernefunktioner og dermed den balance, som blev nævnt i artiklens indledning (Figur 1).

Den største udfordring for almen praksis bliver på samme tid at vedkende sig den beskrevne, absolutte kernefunktion i diagnostik, behandling og indsats for mennesker med kroniske tilstande og samtidig på den anden side påpege, vedkende sig og forklare vigtigheden og den velfærdsmæssige betydning af de andre kernefunktioner, som jo værdsættes højt af patienter i den daglige konsultation. De følgende funktioner skal på den ene eller anden måde dækkes i et moderne sundhedsvæsen, og det almenmedicinske fag er specialtrænet til opgaven.

### Symptomtolkning

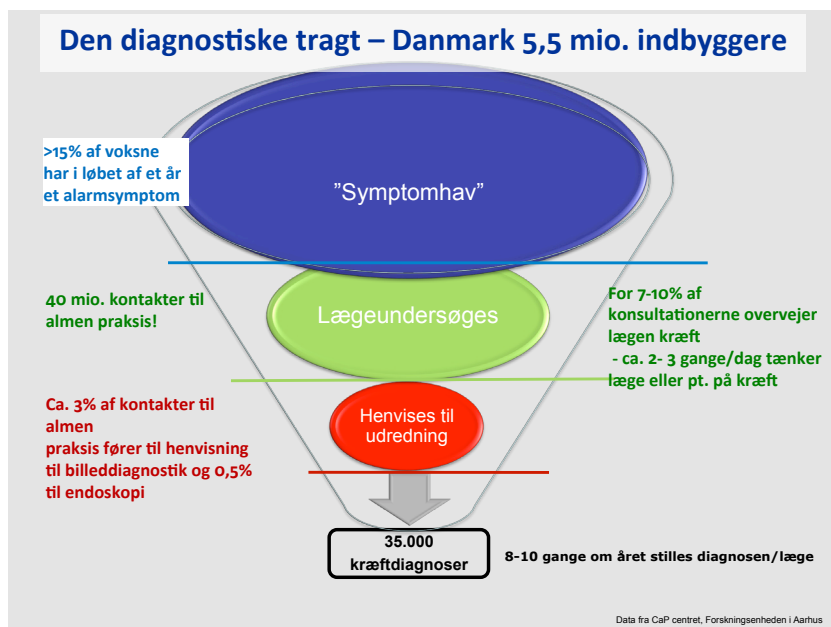
Det er et enormt velfærdsgode, at en borger i dette samfund efter en passende tid med fx mavesmerter kan opsøge sin læge og få topprofessionel hjælp til at tolke sine symptomer. Skyldes mavesmerterne bare hverdagens stress? Er det den dårlige økonomi eller det skrantende ægteskab? Er der for meget mavesyre? Eller kan det være tegn på cancer? Denne tolkning kræver samtale og dialog og en række kernefærdigheder, der vanskeligt kan operationaliseres i en klinisk vejledning, men som man i øvrigt fint kan undervise i og opøve under uddannelsen til specialet almen medicin (Figur 2). Det er en kernevelværdsfunktion, at man forrest i et sundhedsvæsen har en topuddannet professionel, som kan hjælpe i symptomtolkning, og den diagnostiske tragt illustrerer jo også, hvor kompliceret det er at stille den "praksissjældne" diagnose, fx cancer, blandt de mange med symptomer. Omfattende national og international forskning har dokumenteret almen praksis' kvaliteter på dette område (Figur 3).

**Figur 2** / Kernekompetencer i det almenmedicinske speciale.

### Kernekompetencer

- Bio-psyko-social referenceramme
- Kulturel forståelse inkl. subkulturer i lokalsamfundet
- Finde få syge blandt mange raske – 'lavprævalensdiagnostik'
- Kvalificeret ekspektance som diagnosehjælp – tiden som hjælp
- Håndtere multimorbiditet – flere samtidige sygdomme
- Pragmatisk – valg mellem konkurrerende rationaler
- Patientcentreret/dialog/patientinvolverende
- Ansvar for den tilmeldte population – ansvar i lokalsamfund

**Figur 3** / Alle har symptomer næsten dagligt. Få søger læge. Nogle undersøges videre, og få har en alvorlig, men i daglig klinisk praksis ret sjælden sygdom, fx cancer. Tallene er udarbejdet på CaP – Center for Forskning i Cancerdiagnostik i Praksis – ved Forskningsenheden i Aarhus og er etårs-estimer.



## Ubehag, lidelser og hverdagssymptomer

Hver dag har for de fleste sine trakasserier med symptomer her og der, fx smerter fra lidt slidgigt, lidt hovedpine eller måske lidt besvær som følge af overgangsalderen. Sådanne symptomer er ikke sygdom, men en medicinsk indsats fra en kompetent læge kan i nogle tilfælde lindre dette ubehag. Den type symptomer skal forstås og forklares i mødet mellem lægen som medicinsk ekspert og patienten som sit livs ekspert. Det giver bedre symptomstyring og evt. færre symptomer. Måske skal disse symptomer behandles medicinsk, og måske skal patienten henvises til diverse indgreb. Valget kræver dialog, empati, et fortroligt læge-patient-forhold, god kommunikation og gerne en god terapeutisk relation mellem læge og patient. Vi ved, at disse egenskaber værdsættes af patienten, og den nyeste forskning viser krystalkart, at tillid og tryghed er væsentlige, symptomreducerende medikamenter i sig selv. Den læge, der bedst magter de beskrevne kompetencer, ordinerer mindst medicin og færrest henvisninger. Hvis ikke der er en læge til stede, som har disse færdigheder, er den medikamentelle (over)behandling med piller og henvisning til diverse nytteløse undersøgelser ofte den dyre vej frem. Funktionen er vigtig – kan nogen benægte, at det er en kernefunktion for praksis i et moderne sundhedsvæsen?

## Livsforsikringstankegangen

Alt i alt er det et sundhedstegn, at man tænker på sin fremtid, at man gerne vil forebygge diverse katastrofescenarier, og at man sikrer sig økonomisk med diverse forsikringer vel vidende, at ikke alle katastrofer kan afbødes. Det er vel egentlig også et sundhedstegn, at mange også

– på den efter deres skøn bedst mulige måde – vil forhindre fremtidige sygdomme bedst muligt. Patienter spørger os jo ikke til råds om forebyggelse for at genere os – de søger vejledning. Derfor læser de om sundhed og sygdom i diverse medier, og derfor spørger de med fuld berettigelse lægen til råds om kolesterol, BT og ”50.000 km’s eftersyn” m.m. Egentlig rimelige tanker, når man ser verden gennem patientens øjne og via alle de ugeblade, hvor vore lægekolleger lystigt strør om sig med gode råd. Er det i dette uundgåelige scenarie ikke et flot velfærdsgode, at vores sundhedsvæsen har et sted, hvor klinten skilles fra hveden i den myriade af gode råd, som patienten dagligt udsættes for af medier, bekendte og af vores lægekolleger med diverse særstandpunkter? Hvem skal tage dialogen og løfte opgaven, hvis ikke vi vil i almen praksis? Bliver vores opgave i praksis lettere, hvis vi fralægger os opgaven, når patienten så alligevel senere opsøger sin gode gamle læge for at få det konfirmeret, som han eller hun lige har hørt på et eller andet sundhedscenter? Næppe! Og den hede drøm hos visse kolleger om, at patienter ikke i perioder vil være sygdomsangste eller ønske en samtale om diverse undersøgelser, er jo intet andet end netop en urealistisk drøm. Så denne kernefunktion skal dækkes – er det en kernefunktion for praksis? Er der nogen, der kan gøre det bedre?

Praksis deltager i enkelte screeningsundersøgelser, der også er en udløber af forsikringstankegangen, fx screening for livmoderhalskræft, og sådanne mekaniske procedurer kan udmærket placeres hos andre fagpersoner og i andre klinikker, som det sker i andre lande. Men er det ønskeligt set ud fra en almenmedicinsk helhedsbetragtning? Vi kan være meget tæt på at skulle tage dette valg.

### **Attester og myndighedsstøtte**

Sygdom og sygemelding er snart det eneste tilladte vigespor i livets ræs, og på vigesporet kan man få diverse rettigheder. Hvem skal dokumentere sygdom og skavanker, hvis ikke det først og fremmest er den person, der kender patienten bedst? Rettigheden til at køre bil, få forsikringer, springe ud med faldskærm og så meget andet samt rettigheden til diverse sociale ydelser betinger også, at forskellige myndigheder kræver dokumentation. Hele eller dele af den opgave kunne vi måske fint delegere til andre klinikker med deltidsansatte læger – det er ikke nødvendigvis en kernefunktion for praksis, men lur mig, om ikke disse klinikker så ville være bemandede med praktiserende læger, der måtte have overskud til lidt fritidsarbejde. Men OK – funktionen kunne helt eller delvist fjernes fra praksis, men det vil næppe blive værdsat af patienterne. Ønsker vi det?

### **Forebyggelse**

Ingen konsultation er afsluttet, før man har overvejet, hvad patienten lærte i dag, og om den næste konsultation kan forebygges. Forebyggelse er en integreret del af hverdagen i praksis. Men det er en særlig dansk



tradition, at børneundersøgelser og svangrekontroller samt antikonceptionsvejledning er beliggende i praksis. Der er ingen dokumentation for, at den danske model fører til bedre børne- og svangreprofylakse og bedre antikonception. Så væk med det som kernefunktion? Nej, vel! Dels er det en spændende og livsbekræftende del af arbejdet, dels er det et af de områder, hvor den almenmedicinske bio-psyko-soziale og kulturelle kernekompetence især kommer til sin ret (Figur 2). Her skal både vi selv og politikerne tænke og træde varsomt for ikke at udskifte noget ret velfungerende med noget, der formentlig bliver væsentligt dyrere med udgifter til egne klinikker, receptionister, egen selvstændig journalføring og administration etc. Der er ingen sikkerhed for, at det bliver bedre – måske knap nok sikkerhed for, at vi kan holde det nuværende niveau.

### **Kernefunktioner og entreprenørmodellen**

Konklusionen er, at vi faktisk har et rigtig godt system med gode kernefunktioner, og at praksis har de nødvendige kernekompetencer, der er tilpasset den komplicerede opgave. Vi har i mange år løftet opgaven i en kontraktform, som ofte er benævnt entreprenørmodellen – altså en model, hvor en part via en kontrakt køber en samlet ydelsesaftale hos en anden (praksis-entreprenøren). I sådan et forhold skal begge være tilfredse – ellers tegner man normalt kontrakt med en anden entreprenør, eller entreprenøren kan vælge at søge andre opgaver, hvis der er utilfredshed med den, der ønsker kontrakt.

Men så enkelt er det ikke i sygesikringsmodellen. Køber kan vanskeligt købe en tilsvarende opgave (tænk bare på 1813), og entreprenøren kan vanskeligt søge andre kontrakter. Parterne skal på en eller anden måde søge et samarbejde, hvor der er enighed om opgaven, og hvor begge kan føle sig tilfredse. Uenigheder skal løses med dialog eller konflikt, men en konflikt er tvunget til igen at lede til samarbejde – den totale skilsmisse som følge af uenighed, som man ser i normale entreprenørkontrakter, er umulig.

Problemet, som med rette diskuteres i regioner og i faget almen medicin i disse år er, om rammevilkårene og forventningsafstemningen er i orden mellem dem, der på patienters vegne køber vores ydelse (regioner og stat), og os som leveringsentreprenører. Hvis ikke en sådan afstemning er i orden, kan kontrakten let falde fra hinanden. Det må så ske, eller det må afværges via forhandling og dialog. Er rammevilkårene i form af ydelsessystem, betaling, kapacitet og samarbejde afstemt efter opgaven? Har vi behov for, at parterne låses inde i et almenmedicinsk Sixtinsk Kapel, indtil der er enighed om vejen frem?

Mens vi venter på, hvor udviklingen bærer os hen, kan frygten være, at vi mister balancen.

Er politikerne så forblændet af de første to kernefunktioner, at de glemmer værdien af de andre funktioner, eller er de så forblændet af at sætte alt på formel, at de får ødelagt nogle af de andre vigtige kerne-



funktioner i vort sundhedsvæsen? Handler de i så fald i almenhedens og samfundets interesse?

Og er vi i vores sektor blevet så vrede på vores samarbejdspartner og det politisk-administrative ønske om indsigt i vores dagligdag og deres ønske om dokumentation af kvaliteten af den ydelse, de har tegnet kontrakt med os om, at vi kører dem trætte - så trætte, at vores samarbejdspartnere i panik laver noget nyt ud fra den gamle politisk-administrativt velafprøvede fiaskodevise om, at "når man flytter et problem, så forsvinder det nok"? På det efterfølgende, politisk dybe vand kan man så skabe en ny 1813-skandale eller noget andet, som måske fungerer.

Hvad vil vi selv tilbyde som den ene af de to parter, der skal til for at få en velafstemt kontrakt til at fungere? Er vi en samlet enhed, som man kan tegne en forpligtigende entreprenørkontrakt med? Kan vi samlet afgrænse de kerneopgaver, vi vil tilbyde at dække? Eller er vi som sektor ved at dele os i to eller måske flere grupper, så vi bliver uinteressante samarbejdspartnere på grund af en for heterogen funktion? Er vi fx ved at få en gruppe, som har forståelse for samfundets krav til vores indsats, og som inviterer til en udvikling af samarbejdet med regionerne og det øvrige sundhedsvæsen? Står der over for denne gruppe en anden gruppe, som ikke mener, at regionernes kontrakt med os er bæredygtig? Vil sidstnævnte forkaste kontrakten og samarbejdet med den risiko, der knytter sig til, at ingen ved, om vi senere igen får en ny kontrakt, som værner om alle funktioner og den klassiske almen praksis, som vi kender? Vil ønskerne fra gruppen, der med rette er fortalere for de bløde, almenmedicinske kernefunktioner og kompetencer, skabe så store spændinger i forhold til dem, der ønsker, at alle kernefunktioner dækkes, at vi taber samarbejdet? Da taber vi måske den stille evolution, der historisk har haft et stort potentiale, og som har sikret os et godt sundhedsvæsen, men som notorisk er inde i en træg periode.

Er uenighed om rammevilkårene for den manglende forventningsafstemning blevet så alvorlig, at "et skud i Sarajevo" kan starte noget uoverskueligt og noget, der kaster skygger i årtier? For godt 100 år siden startede vi systemet med folkestyrede sygeforsikringer, og for 100 år siden startede vi 1. verdenskrig. Det ene blev en succes – det andet en katastrofe.

Der er stof til eftertanke, stof til en visionsdebat, men forhåbentlig ikke stof til ukontrollerbare dramaer, hvor alle kan blive tabere.

*Økonomiske interessekonflikter: ingen angivet*