

Av Peter Prydz

Utposten gir meg nesten alltid leseglede, ikke minst etter at nåværende redaksjon overtok. Så også med nr 7/8-99. Men under lesingen dukket det opp en ekkel følelse: De som skriver eller uttaler seg her, er jo nesten utelukkende allmennleger som har sluttet i allmennpraksis og begynt i psykiatri (1-6). Dette er tenkende og skriveføre mennesker som vårt fag har hatt stor glede av, og de har antakelig også hatt glede av allmennmedisinen, i alle fall en tid.

Psykiatri – og andre strategier for overlevelse

Uten å kjenne disse kollegene spesielt godt lar jeg fantasien løpe: Er dette leger som er opptatt av å kunne reflektere over sin praksis og sitt arbeid – og som ikke har funnet anledning til det slik norsk allmennmedisin er organisert? Eller er det kolleger med betydelige legekunnskaper og ambisjoner om å gjøre det beste for sine pasienter – som føler at arbeidet i allmennpraksis blir grenseløst og vokser dem over hodet, uten at man ser resultater? Eller begge deler? Jeg kan jo spekulere over dette. Men jeg må også holde det sammen med det faktum at de ikke er alene. Sjøl kjenner jeg til en rekke andre kolleger som har valgt samme vei de seinere åra. Og som fellestrekk vil jeg karakterisere (flertallet av) disse kollegene som kloke, samvittighetsfulle og grundige. Er dette egenskaper det ikke er rom for i norsk allmennmedisin lenger? Er det bare vi som ikke passer inn under de nevnte kriterier som blir sittende igjen i faget?

Mulig det. Tidene har forandret seg de siste 10-15 år, og ikke i vår retning. Allmennmedisinen «spises opp» av en rekke krav, både fra pasienter, myndigheter, 2.linjetjeneste og andre samarbeidspartnere. Det er ikke grenser for hvor mye mer alle ønsker vi skal gjøre, det eneste vi ikke får er mer ressurser til faget. Og samtidig går egenandelene opp og tidstakstene ned, slik at det økonomiske signalet fra myndighetene blir at vi skal ha pasientene kortest mulig inne på kontoret, uansett hva helseministeren sier.

Er konsekvensen av dette at de kloke og reflekterende må forsvinne ut av faget, og bare de overfladiske pengepugerne blir værende igjen? (Og hvilken av disse kategoriene hører jeg sjøl til?) Eller er det mulig for oss å tilpasse oss den endrede virkeligheten? Jeg tror faktisk det siste er mulig. Men det er ikke nødvendigvis enkelt. En avgjørende forutsetning er i alle fall at man tar seg tid til kritisk refleksjon over sitt yrkesliv av typen «Hvor står jeg og hvor går jeg?» Dette er ikke nødvendigvis enkelt for en travel allmennpraktiker der den ene dagen er lik den andre. Men det er mulig.

En god begynnelse er å spørre seg: «Hvordan har jeg det nå – og er det slik jeg vil ha det? Har jeg kanskje for mye å gjøre? I så fall – hvem har skyld i det?» Det siste kan kanskje betraktes som et «ledende spørsmål». Men så er spørsmålet: «Hva kan jeg best?» Hvis svaret er at man bl.a. er flink til å gjøre allmennmedisinske konsultasjoner, hadde det bare ikke vært så MYE, har man en vei å gå videre. Mitt forslag til denne veien er å gjøre BÅDE dette OG noe annet. Og da er neste spørsmål: «Har jeg en spesialinteresse i faget?»

Det siste spørsmålet har jeg faktisk stilt meg sjøl en gang. Jeg gjorde det allerede ved oppnådd spesialitet for ni år siden, og er i ettertid ganske stolt av meg sjøl over akkurat dette. Jeg brukte faktisk et par måneder på å komme fram til svaret. For min del var dette «undervisning og veiledning». Etter å ha kommet fram til dette svaret, bestemte jeg meg for å forsøke å dyrke denne interessen ved siden av ordinær allmennpraksis. Mitt første skritt i den retningen var å ta veilederutdanning. Siden har det «ballet på seg» slik at jeg nå jobber 1-2 dager i uka med pasienter, resten av uka med undervisningsrelaterte oppgaver. Det ble nok noe mer av det siste enn jeg opprinnelig hadde tenkt meg, men oppgavene jeg fikk (veilederkoordinator, amanuensis, leder i kurskomité) var så spennende at jeg ikke fant å kunne si nei. Jeg endte i alle fall opp med en situasjon jeg har det meget bra med, og som jeg kan fortsette i på ubestemt tid.

Siden jeg ikke betrakter meg sjøl som særlig unik, våger jeg påstanden at tilsvarende løsninger er tilgjengelig for andre kolleger i faget. Det gjelder bare å finne sitt felt. Vi skal ikke gå lenger enn til det omtalte nummer av Utposten, der finner vi en kollega som har gjort noe slikt. Helge Worren er allmennpraktiker i Nittedal, og i tillegg prosjektmedarbeider i Fastlegeprosjektet. Innholdet i hans artikkel er greit nok, en kort oppsummering av hans opplevelser på Nidaroskongressen. Men det vesentlige i artikkelen er TONEN – dette høres for meg ut som en blid og fornøyd manns tale!

Og min slutning er da at en vesentlig årsak til dette er at han har funnet fram til en situasjon der han driver BÅDE allmennpraksis OG noe annet.

Hvis man først finner sitt felt, er det ganske bra muligheter for å få lønn for sitt arbeid. Både universitetsinstituttene og mange andre instanser har bruk for den kompetansen en erfaren allmennpraktiker sitter med. Et godt forskningsprosjekt vil alltid finne sin sponsor. Etter hvert vil flere medisinstudenter trenge mer undervisning i allmennmedisin, og flere sykehus vil trenge flere praksiskonsulenter. Primærhelserelatert IT-bransje er også i vekst. Bruk fantasien og meld deres tjenester! Sørg bare for å gå inn i prosjektene på DELTID, slik at deltids allmennpraksis kan opprettholdes. For å klare dette er det to barrierer som må overvinnnes. Den ene er økonomien. Det man måtte ta på seg av andre oppgaver, vil ofte gi mindre inntekt enn ordinær allmennpraksis. Om man har råd til det, blir et regnestykke jeg ikke kan hjelpe til med. Men å brenne seg helt ut i kurativ praksis, er det i alle fall ingen som har råd til! Den andre barrieren er litt mer komplisert. Jeg har støtt på den ved flere anledninger, ikke minst blant kvinnelige kolleger. Den er slik: «Det kunne vært interessant å være med på dette, men det lar seg dessverre ikke gjøre, da jeg har altfor mye å gjøre i min praksis.» Flink og samvittighetsfulle kolleger får lett følelsen av at deres pasienter blir avhengige av dem for å opprettholde livet eller livskvaliteten. Dette er i de fleste tilfelle en feilslutning. Om man hadde fått en takstein i hodet, eller gått over til psykiatrien for den saks skyld, ville pasientene faktisk klart seg overraskende bra! Og om man går over til å jobbe kurativt to dager mindre i uka, vil de muligens klare seg enda bedre! Da kan de fleste beholde sin faste lege for langsgående kontroller, mens de må bruke andre leger noe mer til ø.hjelp. For pasientene er dette et luksus-

problem, i forhold til den betydning det kan ha for legens personlige vedlikehold og inspirasjon.

Denne prosessen har jeg altså vært gjennom sjøl. Det er faktisk enklere enn man tror. Men det krever altså et visst element av refleksjon over liv og arbeidssituasjon. Dette tror jeg er nyttig for voksne mennesker, uansett hva utfallet måtte bli. Jeg tror mange allmennleger vil kunne finne ut at de har levd etter et ideal om å tilfredsstille sine omgivelser mest mulig, noe som kunne være adekvat på 70- og 80-tallet, men som i vår tid er farlig for oss sjøl. Og erkjennelsen av at man sjøl må gripe tak i situasjonen, ellers gjør ingen det, kan til dels være krevende å nå.

Som hjelp på veien anbefaler jeg den gamle mester Fugelli med sin klassiske artikkel om kunsten å si nei (8). Den er nå 12 år gammel, men blir visst aldri uaktuell. Den er obligatorisk lesning i mine veiledningsgrupper.

Og dersom noen synes at jeg med disse ord kom meg langt ut på viddene i forhold til utgangspunktet, skal jeg ikke si meg uenig.

Referanser

- Skjerven T. I motsetningenes verden. Leder. Utposten 1999; 7/8:1
 Øglænd PJ. Lysbehandling ved depresjon. Utposten 1999; 7/8:6-7
 Krüger MB. MADRS – et måleinstrument for depresjon. Utposten 1999; 7/8:12-13
 Skjerven T. Hva trenger du å vite om gruppepsykoterapi? Intervju med Per Anders Øien. Utposten 1999; 7/8:14-16
 Lid TG. Med en fot i hver virkelighet. Intervju med Marit Hafting. Utposten 1999; 7/8:22-24
 Hafting M. Psykiatrisatsing på barn og unge i kommunene? Utposten 1999; 7/8:26
 Worren H. Nidaros – mer enn Rosenborg! Utposten 1999; 7/8:44-46
 Fugelli P. Ja og nei. Utposten 1988; 6:258-9

Nordisk kongres i almen medicin i København

Når vi søndag den 13. august 2000 åpner 11. Nordiske kongres i almen medicin i København sker det i hjertet av byen i den gamle traditionsrike Cirkusbygning. Vi åpner festligt med musikk og underholdning, men også med temaforelesningen: *Patientcentrert almen medicin – en forudsætning for et velfungerende sundhedsvæsen*.

Efter åbningsceremonien er der reception og aftenen slutter i Tivoli. Mandag og tirsdag har et omfattende fagligt program med otte parallelle sektioner med symposier og workshops om formiddagen. Om eftermiddagen afholdes fri foredrag og gennemgang af udvalgte posters fra posterudstillingen. Mandag aften er der modtagelse på Københavns Rådhus, hvor byen er vært ved et lettere trakterment. Tirsdag aften holder vi sommerfest på Restaurant Nimb i Tivoli med dans til 12-mands jazzorkester.

Afslutningsforelesningen afholdes onsdag formiddag, hvor to unge almenmedicinere vil indvie os i deres visioner for fremtidens almen medicin.

Vi har tilstræbt os at arrangere kongressen, så der bliver rig mulighed for at mødes med nordiske kolleger på tomandshånd: ved receptionerne, til kaffen, i workshops, under postergennemgangen, til frokost, i aften lecture baren og til sommerfesten. Der vil desuden være mulighed for kolleger med samme interesser at finde hinanden og mødes.

Vi har engageret en gruppe unge lovende operasangere og musikere fra Det Kongelige Teater til undervejs at fryde os, underholde os, men også engagere os i sangens og musikkens verden. På gensyn til nogle minderige dage i København i sensommeren.

Kirsten Lykke

Præsident for 11. Nordiske kongres i almen medicin