

Når legen blir gammel

Et personlig essay

Av Jørgen Jørgensen

NÅR LEGEN BLIR GAMMEL

Et personlig essay

Jørgen Jørgensen

Det hender at vi blir innhentet av sannhetens øyeblikk en eller annen gang. For meg skjedde det under et kurs og samtale med kolleger rundt et bord. Spørsmålet kom til meg : "Hva mener dere eldre kolleger om dette ?" Jeg mistet munn og mæle en stund.

"Eldre kolleger !?" Var jeg virkelig eldre ? Slik hadde jeg aldri tenkt på meg selv. Og det ble utgangspunktet for en selvransakende nyorientering om min plass i tilværelsen. Nå er jeg definitivt eldre, jeg er 64. Allmennpraksis har jeg drevet i 36 år, hvordan blir det å slutte når den dagen kommer ?

Jeg har vært 32 år på samme sted, endel av mine pasienter har holdt ut med meg i like mange år. Nye generasjoner har kommet til, men jeg formodes å være den samme. Av pasientenes henvendelser til meg, skjønner jeg at man regner meg nærmest for en uforanderlig institusjon. I vår tid med stadige og aksellererende forandringer forstår jeg at man forsøker å holde fast ved noe som er uforanderlig. I refleksjoner over mitt eget liv, kommer også tanker om hva jeg har drevet med i alle disse årene. Hva er egentlig allmennpraksis ?



**Jørgen Jørgensen, 64 år
spesialist og veileder
i allmennmedisin
(har veiledet tre grupper).
Har arbeidet ved Lege-
huset i Hokksund i 32 år,
har ECSMG fra 1965,
var allmennpraktiker
i USA fra 1966–68 og i
Qatar fra 1974–77.**

Det hender at vi blir innhentet av sannhetens øyeblikk en eller annen gang. For meg skjedde det under et kurs og samtale med kolleger rundt et bord. Spørsmålet kom til meg: «Hva mener dere eldre kolleger om dette?» Jeg mistet munn og mæle en stund.

«Eldre kolleger!» Var jeg virkelig eldre? Slik hadde jeg aldri tenkt på meg selv. Og det ble utgangspunktet for en selvransakende nyorientering om min plass i tilværelsen. Nå er jeg definitivt eldre, jeg er 64. Allmennpraksis har jeg drevet i 36 år, hvordan blir det å slutte når dagen kommer?

Jeg har vært 32 år på samme sted, endel av mine pasienter har holdt ut med meg i like mange år. Nye generasjoner har kommet til, men jeg formodes å være den samme. Av pasientenes henvendelser til meg, skjønner jeg at man regner meg nærmest for en uforanderlig institusjon. I vår tid med stadig og aksellererende forandring forstår jeg at man forsøker å holde fast ved noe som er uforanderlig. I refleksjoner over mitt eget liv, kommer også tanker om hva jeg har drevet med i alle disse årene. Hva er egentlig allmennpraksis?

Hva er allmennpraksis?

La meg bygge på vår guru Ian McWhinney (1). Han mener det særlig er fire karakteristika som skiller allmennpraksis fra annen legevirksomhet.

somhet. For det første er du forpliktet i et personlig forhold til en pasient over tid. For det andre forholder vi oss til det enkelte menneske og ikke til allmenne abstraksjoner. Vi vet at hvert menneske er unikt og at reaksjonen på sykdom kan være forskjellig avhengig av individets evne til mestring. Vi må kjenne sykdommenes etiologi og patogenese, men må også se den betydning pasientenes opplevelse av sykdommen har, deres angst og bekymring og den mening det som skjer har for dem.

For det tredje må vi oppleve virkeligheten som kompleks og multikasual hvor sosiale, psykiske og somatiske faktorer stadig veves inn i hverandre. Og for det fjerde må vi sette oss opp mot Descartes og det skillet medisinen har hatt i flere hundre år melleom sjel og legeme.

Som alltid når vi forsøker å beskrive virkeligheten blir det noe tørt, prosaisk over det. For arbeidet i praksis er mangfoldig og rikt. Riktignok er vårt daglige arbeide til overmål oppfylt med ritualer og rutiner, men av og til kommer det et drama inn døren. En konsultasjon som er spennende og hvor hverken legen eller pasienten vet på forhånd hva utgangen vil bli. Det er dette som krydrer vår hverdag. Skal vi beskrive vår virkelighet i allmennpraksis, må vi ty til poesien. Som for eksempel denne inndelingen av dyr i kategorier, og den er hentet fra en gammel kinesisk encyklopedi fig 1. (2).

som tilhørte keiseren
balsamerte
tamme
pattegris
sirener
fabuløse
villhunder
inkludert i denne klassifikasjonen
frenetiske
tallrike
tegnet av en fin kamelhårspensel
et cetra
som har nettopp knust vannmuggen
som langt borte fra ser ut som fluer

fig 1

Enkelvis er det vel ikke noe rart med pattegriser eller ville hunder eller med dyr som tilhører keiseren. Det som sjokkerer er den totale sammensetning. Vi kan vanskelig forestille oss et tankesystem som setter sammen en liste akkurat slik dette er gjort. Og nettopp grensesprengende og umulig er allmennmedisinen.

Vi avkreves ikke bare kunnskaper om medisinen grammatikk, men også antropologi og myter. Det kreves en evne

til å oppfatte ambivalens, det tvetydige og komplementære. Du må være åpen for nyanser og skjerpe evnen til å tolke, og slik kan denne forbløffende listen på en poetisk måte gi inntrykk av den kompleksitet og det mangfold vi har i det daglige arbeidet. Og slikt arbeide, som blir en del av din person, blir det ikke lett å slutte med.

Utviklingen i allmennpraksis

Sammen med 3 kolleger startet jeg som allmennpraktiker i sekstiårene. Da måtte det komme et generasjonsskifte fordi forgubbingen var så stor. Sytti- og åttiårene var store tider. Allmennpraksis stod sterkt med god rekruttering og teamspirit i korpset. Vi fikk spesialiteten med program for etterutdannelsen, og entusiastiske veiledere drev de to-årige gruppene for kolleger.

Det virker på meg som entusiasmen har tørket inn de sist 4-5 årene. Arbeidet har gått tyngre, og det er ikke bare fordi jeg selv har blitt eldre. Det er mange årsaker til dette. Økningen i papirarbeidet etter krav fra det offentlige og byråkrater, forvirringen om referansepriser, man forventes å vite om ventetiden ved de forskjellige sykehus, stadig krav fra enkelte pasienter om b-preparater, trusler om uthengning i aviser, klager til fylkeslegen o.s.v. Vi hadde ikke møter om klagesaker i den første veiledergruppen jeg hadde i 1986-87. I den siste gruppen, ferdig i 1998, hadde vi ett møte om klagesaker per semester.

Samtidig med svekket rekruttering til allmennpraksis fikk sykehuslegene et oppsving både i lønn og arbeidsvilkår. Yngre kolleger foretrekker ordnet arbeidstid med avspasering etter vakt. De frastøtes av belastende legevakter kveld og natt samtidig som de forventes å utføre det vanlige arbeidet på dagtid.

Vi startet altså vårt allmennmedisinske arbeid med å oppleve et generasjonsskifte. Nå undrer jeg om vi skal oppleve et generasjonsskifte igjen, eller om vi selv denne gang skal delta i forgubbingen uten å få avløsning?

Hvordan oppleves det å bli eldre?

Alt går langsommere, alt tar mer tid. Du merker godt forskjellen fra klarhet om morgenen til tretthet om ettermiddagen. Konsentrasjonen og evnen til tankearbeide blir dårligere ut på dagen. Du er ikke lenger så god til å ha flere baller i lufta, noe som tidligere var en selvfølge i en travel praksis. Riktignok har man enda ikke nådd president Reagan nivå der det ble sagt om han at han ikke samtidig kunne gå langs en strek og spytte, men det er best å gjøre en ting om gangen.

Konsultasjonen foregår på samme tidløse måte som før, med legen og pasienten alene i fortrolig samtale. Det nye er at data-journalen er kommet inn som et forstyrrende element. Jeg har et ambivalent forhold til data, og skal ikke gå inn på argumenter pro et contra. Men du må være klar i hodet når



du skal spille på tastaturet, det er lett å trå feil. Jeg merker at jeg gjør lettere feil utpå dagen enn om morgenen når hodet er uthvilt.

Stress sliter den eldre mere enn den yngre, naturligvis. Men av dette følger at beslutninger tatt under stress blir dårligere. Evnen til hurtige avgjørelser når nye og uventede ting oppstår, blir svekket. Derimot kan du være like god som før ved rutiner og ritualer der du har tid til ettertanke.

Jeg liker å tro at med årene har blitt mere tolerant og overbærende overfor menneskelig svakhet og svikt. I hvert fall har den eldre legen et fond av erfaring og opplevd tid. Fra Aristoteles har vi begrepet PHRONESIS. Om dette og så mangt annet har Per Fugelli skrevet (3). PHRONESIS betyr praktisk visdom og kan kun erhverves ved personlig erfaring i behandling av individer. Allmennmedisin er ikke noen vitenskapelig disiplin, uansett mengden av «evidence based medicine» blir den ikke det. Grovt sett kan man si at god allmennmedisin er en syntese av phronesis og kunnskap basert på vitenskap.

Vår tid oversvømmes av informasjon, aldri har den vært så lett tilgjengelig. Men vi skal være klar over at hvis noe av informasjonen skal hentes ut og bli til kunnskap, kreves en aktiv prosess. Tross et hav av informasjon, har jeg aldri møtt så mye kunnskapsløshet som nå.

For å ta et bilde fra vinens verden. Det finnes mengder av informasjon om alle stadier i produksjonen av vin og mange druetyper, men det å lage den ferdige vin kan sammenlignes med tilegnelsen av kunnskap. Og så når vinen har vært lagret noen måneder og år, utvikler den en bouquet. Det tilsvarende levet liv og erfaring, det grekerne kalte PHRONESIS.

Når jeg er i farten med gamle grekerne, kan jeg ta med et annet begrep, og det gjelder tid. I medisinen er vi vant til å dele opp tiden i anamnese, status presens og prognose. Men grekerne hadde også en tidsfaktor i tillegg til dette, nemlig KAIROS, den rette tid. Med erfaring blir man mere tålmodig, kan vente for å sette inn behandling når den «rette tid» er der. Den svenske professoren Bodil Jønsson, som også har noen år bak seg, har skrevet en liten bok om tid (4). Den gir stoff til mye ettertanke. Man får mere sans for Kumbels gruk

om tid TTT: – ting tar tid. Paradokset når man blir eldre er jo at tiden stadig synes å fly forttere, samtidig som den enkelte ting man gjør, går langsommere.

Stort sett blir man tryggere på seg selv når man blir eldre (uten at man derfor behøver å bli selvtilfreds!). Man vet stort sett med seg selv hva man kan og hva man ikke kan. En professor i Bergen (jeg husker ikke navnet) har fulgt individer fra ungdom til alderdom, og hun finner at intelligensen holder det nivå den hadde i ungdommen. Evnen til å lære og å retinere stoff er til stede, det tar bare litt mere tid. Du mangler kanskje evnen til å se det romlige. Noen kan ikke lese et kart når de reiser sydover uten å snu kartet på hodet. Ungdommen løser ofte problemer ved et flash av innsikt og det blir det lite av når du blir eldre. Dette illustreres godt av sjakkspillere. Unge sjakkspillere kan briljere med taktiske vendinger. Se på Mikail Tal, han gjør ofte uventede og dramatiske trekk som bare intuisjon ligger bak, konsekvensene kan umulig forutberegnes. Eldre spillere blir ofte strateger og posisjonsspillere. Sjakkspillet gir en facinerende innsikt i hvordan tenkning forandres med årene. Gode spillere kan være gode helt oppe i støvets år, men spillestilen forandres.

Gjelder en intelligens-test bare puzzle-løsning og mental hurtighet går naturligvis prestasjonene ned fra 20-årene til seksti-årene. Men denne nedgangen kompenseres på den annen side av økede kunnskaper og erfaring. Jeg må smile når jeg hører meg selv si dette. Da vi var studenter hos professor Schøtt Rivers på kvinneklinikken på Riket, sa han noe sånt som: «Dere unge må huske på at når eldre påberoper seg erfaring, er dette bare et skalkeskjul for uvitenhet!» Så kanskje jeg bare lurer meg selv?

Tankelivet preges mere av assosiasjoner fordi du har lest og erfart så mye. Man får mere av det som De Bono (5) kaller lateral tenkning, vi assosierer og tenker i metaforer og bilder. Ved å tenke i metaforer anskueliggjør vi noe ved å sammenligne det med noe annet og kjent. Dette er vi oppøvet i helt fra vi begynte på doktor-skolen. Tenk på historiske snitt eller utslett sammenlignet med landkartdetaljer, korn- og nøtt størrelser. (6) Og derfor er det viktig at vi leser poesi, ingen litteraturform har dyrket metaforen som den.

Men for ikke å komme på viddene må jeg for å summere få påstå at eldre leger kan fungere like godt som de gjorde før, bare de får bedre tid og unngår stress og akutt-medisin.

Fastlegeordningen og eldre leger

Det har forundret meg at det i diskusjonen om fastlegeordning har vært så lite snakk om den plass eldre leger over 60 vil få i en eventuell ordning. Kun i vedtaket APLFs gene-

ralforsamling høsten 1999 er det satt krav til hva Dnlf må forlange for eldre leger:

- Overenskomsten må sikre fastlege over 55 år fritak for plikt til å delta i legevakt utenom kontortid.
- Leger over 60 år og delvis uføretrygdete leger må sikres rett til å redusere listelengden til 500.

Når vi ser at rekrutteringen til allmennpraksis går ned og mangelen på leger øker, må vi stimulere eldre leger til å utsette avgangen fra aktiv praksis. Forholdene må legges til rette, og da må man kunne ha færre pasienter enn yngre kolleger. Man må f.eks. kunne arbeide 2 dager per uke, og som et stimuleringsiltak kompenseres økonomisk til en viss grad for inntektstapet. Samfunnet har jo generelt godtatt dette prinsippet i og med at arbeidstagere over 60 år får en ekstra ferieuke.

Likedan må man utnytte eldre kolleger ved å bruke dem i studentundervisningen. Men da må arbeidet honoreres i en annen grad enn den godtgjøring slik undervisning har nå. Laugsvesenet fra eldre tider må være et eksempel for oss i dag. Jeg tror eldre leger føler et visst ansvar for de som skal ta over vår profesjon og er positive til dette.

Ettertanker

Utviklingen går mot økende spesialisering og dermed kikkertsyn. Og da trenger vi generalister som kan holde balansen og overblikke helheten i faget. Jeg kan ikke la være å sitere odelstingspresident C. J. Hambro som var en meget vis mann: «En ekspert er en person som med sine spesialkunnskaper unngår feil i detaljer på sin triumferende flukt mot de store villfarelser.» Allmennlegen som kjenner sitt lokalmiljø og har sett generasjonene veksle har sannet visdommen i Hippokrates' ord: Det er viktigere å vite hvem som har en sykdom, enn hvilken sykdom personen har. Riktignok er dette satt på spissen, men en dyp sannhet likevel.

Allmennpraksis har vært en facinerende arbeidsplass. Variasjonen er uendelig, og du vet aldri hva som vil hende ved neste korsvei. Du blir lei, men etter noen dager fri savner du allerede kontoret.

Det som binder meg først og fremst er det personlige forhold til pasientene. Jeg kjenner dem gjennom mange år og vet at de setter sin lit til meg. Det heter så fint på engelsk at det må være noe avmålt i lege/pasient-forholdet, «detached emotion» kaller de det. Men når man blir involvert i skjebner, er det ikke så enkelt.

Forholdet til enkelt-mennesket er egentlig essensen av allmennpraksis. Derfor oppleves det så uheldig at flere og flere byråkratiske forordninger kommer inn. Hvis bankene finner på at de skal lage en gjeldsforsikring, forventes vi

prompte å skrive legeerklæringer for dette. Bilførere over 70 år er vi angivelig for slappe med, det foreslås flere kontroller, flere attester. Fra 1994 har vi hatt referansepriser på medikamenter, en ordning som alle nå er enig om var feilslått, men som vi var forventet å holde rede på.

Vi skal være orientert om ventelistene ved sykehusene for forskjellige tilstander. «Garantien» for ventetider til operasjoner holder nesten aldri. Fra sykehusene får pasientene beskjed om å si fra til legen sin hvis tilstanden blir verre, så kan han purre. Og vi purrer, gang etter gang. Fra 1986 har vi skrevet sykemelding-2. Jeg tror ikke noen på trygdekontoen leser disse, de bare registrerer om de er kommet eller ikke. Jeg har av og til lagt inn spørsmål i disse, men får aldri tilbakemelding.

Og nå får vi gud-hjelpe-meg nye sykemeldingsforordninger hvor trygdevesenet skal ha en mengde opplysninger hver 14. dag. Data som de ikke har noe bruk for, men som gir oss en masse mer arbeid. Hvem er det som bestemmer slikt, og hvorfor skal vi finne oss i det?

Alt dette forsurer arbeidet og tar tid fra det som egentlig er vår oppgave. Hvis noe kan få meg til å slutte, så er det alt vi må gjøre som føles unødvendig, og som ikke har noe med medisinsk virksomhet å gjøre.

Men jeg er overbevist om at den enkelte pasient trenger den hjelp han kan få av sin lege. Den rent medisinske hjelp er en selvfølge, men pasienten trenger også noe mere.

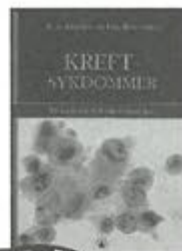
Når de kommer i klemme i den byråkratiske jungel, trenger de en «advokat». Når de har ligget på sykehus og ikke skjønner noe av det som har foregått, trenger de en til å forklare det for seg. Når de blir skremt av media som forteller om alt som kan gi kreft eller alle medikamenter som egentlig er farlige, trenger de en vettug generalist som kan sette det hele på plass. (7)

Dobbelt-rollen som trygdens portvakt og som pasientens hjelper, er egentlig umulig å fylle. Pasientens vel må være vårt viktigste imperativ.

Jørgen Jørgensen

1. McWhinney, Ian: A textbook of family medicine, Oxford Univ. Press 1991.
2. Foucault, Michel: The order of things, Vintage Books, New York 1973.
3. Fugelli, Per: Clinical practice: Between Aristotle and Cochrane. Schweiz Med Wochenschr 128: 184-8. 1998.
4. Jønsson, Bodil: 10 tanker om tid. Pax Forlag, Oslo 2000.
5. De Bono, E.: Lateral thinking, London 1977.
6. Mabeck & Olssen: Metaforer og sygdomsforståelse. Ugeskrift for læger, 158: 7384-7, 1996.
7. Heath, I.: The mystery of general practice. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1995.

Du trenger disse!



Rolf Kåresen og Erik Wist (red.)
KREFTSYKDOMMER

En basisbok for helsepersonell

En hendig oppslagsbok om kreft i fire hoveddeler:

- Basal cellebiologi, arv, prinsippene for stråleterapi og medikamentell behandling og metodikk ved klinisk forskning.
- Diagnostikk og behandling av de enkelte kreftformer.
- Praktisk undersøkelsesmetodikk og enklere prosedyrer som kan utføres i allmennpraksis.
- Oversikt over psykososiale forhold og støtteordninger ved kreftsykdom.

Ledende kreftspesialister fra hele landet har skrevet om emner de er spesielt godt oppdatert på.

ISBN 82-00-45260-3 • kr 395,- • 400 s.

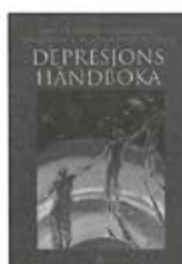


Lars Weisæth og Odd Steffen Dalgard (red.)
PSYKISK HELSE

Risikofaktorer og forebyggende arbeid

Psykiske problemer berører svært mange mennesker i vår tid, ikke minst problemer knyttet til angst, depresjoner og misbruk av rusmidler. Denne boken representerer den første systematiske fremstilling på norsk om det forebyggende og helsefremmende arbeidet som i dag utføres på dette området. Den tar opp og belyser risikofaktorer som stress og ulike former for livsbelastninger hos voksne og eldre, såvel som hos barn og ungdom.

ISBN 82-00-45053-8 • kr 325,- • 407 s.



Marit B. Krüger, Anders Lund, Jon Skarstein, Bjarte Stubhaug (red.)
DEPRESJONSHÅNDBOKA

Formålet med boka er å presentere oppdatert kunnskap om depresjon, depressive lidelser og komorbiditet (tilleggs lidelser), og derved bidra til bedre forståelse og behandling av denne lidelsen. Depresjonshåndbokas bidragsytere er blant landets fremste eksperter på sine områder.

ISBN 82-00-45376-6 • kr 325,-
346 s.



I bokhandelen nå!


GYLDENDAL
AKADEMISK