

Distriktsmedisinske

AV EIVIND VESTBØ

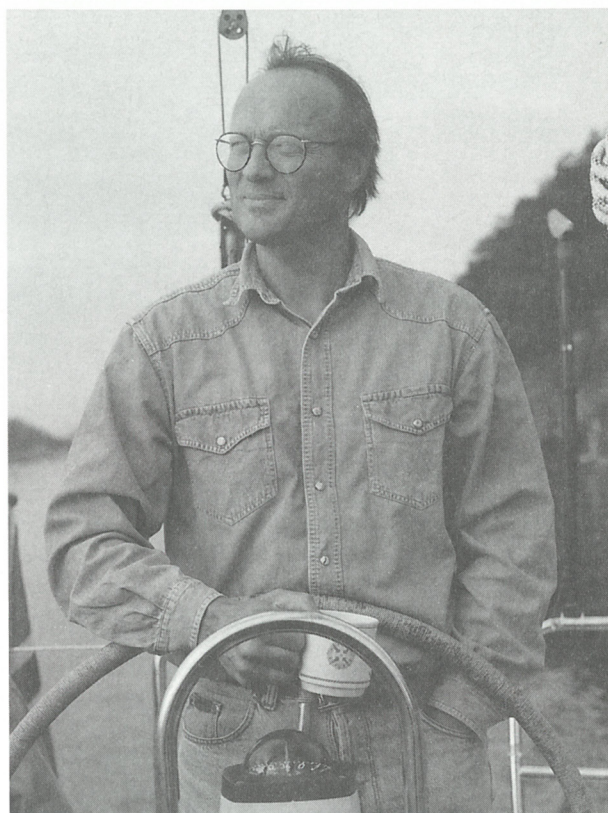
Finnøy er et landskap frå barndommen min. Lite visste eg kva det løynde der eg nøyt mitt ferieliv for ein mannsalder sidan. Men kanskje er det likevel landskapet som har fått meg til å bli der som lege i 28 år sjølv om eg kom dit ved eit ikkje planlagt høve, og raskt skulle få sjå kva som rørte seg bak gardina. Distriktet ligg 13 nautiske mil nord for Stavanger innerst i Boknafjorden med 14 øyar som har busetnad. Halvdelen bur på hovudøya. Der har eg sidan hatt ca. 300 000 konsultasjonar og levt ca. to år til saman i ein legeskyssbåt.

Kvantiteten av kliniske inntrykk har etterkvart gitt imperativa føringar og mønster. Røyndommen har tatt meg på godt og vondt. På godt, fordi det ligg mange år bak. På vondt, fordi eg kan ha laga mine egne sanningar som lever sitt egosentrerte liv i hovudet på ein halvgamal mann. Eg har valt å kalla eit utval av desse røynsleane for distriktsmedisinske forteljingar. Tanken er å knyta små forteljingar til ein del stikkord som eg ser som sentrale i den distriktsmedisinske tradisjonen og det distriktsmedisinske faget

Den distriktsmedisinske tradisjonen

Ramevilkåra

Eg var allereie vikar i nabadistriktet Rennesøy. Vaktordning var ukjent. Dagen før hadde eg vore på den eine kontordagen eg hadde i veka i vikardistriktet. 70 pasientar hadde vore innoom frå 8.00 om morgonen til 19.00 om kvelden. Sjølv var eg høgfebril av «influensaliknande» sjukdom. På mitt fjerde sjukebesøk den kvelden kom eg til ei kvinne på ca. 50 som låg godt under dyna med temp. i overkant av 38 og presenterte sår hals som – ikkje til å halda ut. For første gong såg eg situasjonen min som absurd. Betre skulle det ikkje bli neste dag då eg troppa opp på heimekontoret, framleis i høgfebril tilstand. Ass. fylkeslege ringe – blid som ei lerce. Han måtte diverre konstituera meg i nok eit nabadistrikt for 2 månader. Eg slengte på røyret... men blei likevel konstituert. Tankane gjekk til Karl Evang sin genikontrakt som han baud på for distriktslegane den gongen. Gjer di plikt for du er statleg tilsett og vi har instruksjonsmynde. Men pukka ikkje på dine rettar for hugs du er privatpraktiserande utan regulerte arbeidsvilkår.



Eivind Vestbø

Engasjementet

Thorvald fortalde meg under eit sjukebesøk at han hadde ei dotter som døydde på ein trasig måte då ho var 16. Ho blei tiltakande slapp og sengeliggande etter fleire dagar. Distriktslegen kom og meinte det kunne dreia seg om eit magevonde. Men lova å koma tilbake dersom ho ikkje kom seg. Neste kveld blei ho brått verre, og distriktslegen kom på ny. Ho var då medvitslaus og låg med tung pust. Så døydde ho medan han var der, og Thorvald kunne fortelja at det då gjekk opp for legen at ho hadde diabetes. Og så fortalde han det han ikkje hadde sagt til nokon før. Legen brast i gråt og omfamna den døde. Det var blitt natt og legen blei liggande i senga med liket til det lysna av dag medan faren sat ved sida av utan å seia eit ord. Legen hadde gjort det han kunne, sa Thorvald.

forteljingar

Slitet

Ein eldre skysskaffar fortalde ein dag at i hans tid då distriktet var større og båtane gjekk seinare, var det vanleg at legen i travle tider gjekk om bord etter kontortid. Han småsov mellom «strandhogga» på ein runde som varte til det grydde av dag og han kunne då gå rett på kontoret tidsnok til neste kontordag.

Ein annan av mine føregjengarar døydde av tuberkulose. Den siste tida var han sengeliggande. Då hadde han konsultasjonar frå senga. Kona ordna køen, og gongen utanfor soverommet fungerte som venterom.

Det året eg sjølv måtte vikariera i to nabodistrikt var eg febersjuk 11 gonger med nedsett immunforsvar, men utan sjukemelding. Vakta var kontinuerlig og fridagar eksisterte ikkje heile det året. Det var to faktorar som haldt deg

gåande. Pasientane, fylkeslegen og helsedirektøren sa eg var ein helt og rolla måtte innfriast. Dessutan førde stresset med seg eit servilitetsparadoks. Som personlegdomsopp-løyst maskin blei du grenselaus.

Distriktslegekulturen

I starten av Finnøy-opphaldet mitt tala eg mykje med Otto på 90 år. Han hadde vore rorskar for dr. Wille (distriktslege i Finnøy frå 1873–1904), som han meinte var så tjukk at han til slutt sprakk. Han kunne og fortelja at Wille ein gong kom til Nedstrand og skulle køyrast i hestekjerre av ein lokal bonde som var litt sein av seg. Wille blei irritert og bad han få farten opp. «Er lurte berre på om eg skulle ta dokteren i eitt eller to lass», svarte bonden. Otto fortalte vidare at dei brukte båtar på 21 fot. Dr. Wille sat sjølv til rors i vind opp mot kulings styrke. I kraftigare vind drog han ei presenning over seg, og la seg på dørken framme i båten. Då

FOTO: TORGEIR GILJE LID



måtte to mann ausa alt dei makte slik at ikkje vatnet som fossa inn skulle nå opp til undersida av dokteren som då blei rasande. Dersom været blei for galt, landa dei i næraste vik, drog båten opp, kvelde han over seg, nørte eld og kunne bli der natta over. Etter slike turar fekk mannskapet bli med distriktslegen heim, og då vanka det ein god slurk brennevin til alle.

Det distriktsmedisinske faget

Sosiologien

Det var ein gong ein distriktlege som blei oppringt frå den mest avsides bygda i distriktet. Han var både venleg, grunndig, flink og engasjert. «Dokteren må koma med ein gong. Her er ein mann som har falle ned i ein silo fleire meter». «Er han bevisstløs», spurde dokteren. «Nei, men du må koma fort». «Kan han bevege armer og ben?» «Ja, men høyrer du ikkje kva eg seier. Det har hendt ei stygg ulykke inne hos oss». Samtalen haldt fram. Legen går systematisk gjennom sjukehistoria medan innringar gjentek bønna om vitjing. Til slutt blei det klart for distriktslegen at pasienten ikkje har kome alvorleg til skade og han forklarar venleg at vitjing ikkje trengs. Dei tilga han aldri inne i bygda. Eit par år seinare reiste legen derifrå.

Vi talar mykje om lege-pasient tilhøvet og skryt av kombinasjonkurativt og samfunnsmedisinsk ansvar, men gløymmer ofte ein like viktig dimensjon, nemleg lege-bygd tilhøvet. Når distriktslegen i dette høvet svikta utkanten i «dramatikkens stund» haldt det ikkje med korrekt medisinsk tilnærming aleine. Fritt etter Søren Kierkegaard er det ikkje nok å starta der pasienten er, men i tillegg der bygda er. Utan eit reservoar av tillit og velvilje i lokalsamfunnet misser distriktslegen både påverknads-, placebo- og compliancekraft.

Ein av mine avdøde kollegar fekk tilnamnet «slaktaren» fordi han ikkje turnerte sosiologien i bygda. Han gjorde ikkje fleire tabbar enn andre, men dei han gjorde blei tolka i verste meining av bygdafolket.

Diagnostikken

Kari tilhørte ei gåverik slekt. Ho var svært kunnskapsrik og ein interessant samtalepartnar på sjukebesøk. Mellom

annan hadde ho til vane å krydra samtalen med poengterte sitat frå norske klassikarar. Mannen trengte pleie og samarbeidet omsorgstenesta var godt. Men periodevis ringte ho mykje og var meir misnøgd. Ting måtte brått ordnast på. Snart såg eg eit periodisk mønster i dette. Eg hadde elles behandla ei søster som var maniodepressiv, og ein nevø som var «periodedrankar» blei nærast kurert då eg gav han litium. Kari fekk òg litium og «periodane» forsvann. Etter nokre år måtte eg likevel seponera på grunn av nyrefunksjonen. Plagene kom tilbake og ho fekk Haldol i staden. Den kliniske utfordringa blei då å spora starten på ein manisk episode. Så var det at eg la merke til at første teiknet på mani var at ho gjekk over frå å sitera ei rekke klassiske forfattarar til berre å sitera Henrik Wergeland. Resten av livet hennar fekk ho difor Haldol på indikasjonen Wergeland-sitat.

Min avgjerande operasjonelle kunnskap var altså ikkje den statistiske, men den individuelle, både når det galdt diagnose og behandlingsindikasjon. Den er ikkje å finna i noko kunnskapsbase eller handlingsprogram, men ligg i den distriktsmedisinske kvardagen som eit instrument meir kraftfullt enn «sjølve kroppsauga». Når Inga seier at ho har fått influensa på ny, treng eg ikkje sjå etter halsvenestuvning. Då er hjertesvikten forverra.

Den kliniske handlinga

Ola var 78 år. Han var ungkar og budde på eit avsides småbruk på ei lita øy. Det viktigaste livsinnhaldet hans var stell av 20 sauer. Helsen hadde alltid vore god. Nettverket hans var òg godt, men han brukte det lite. Ein dag kom han til legen på grunn av nedsett urinstrålekraft og aukande nycturi. Prostata var cancerhard og eg fann PSA på 150. Han var utan smerter. Det medisinske handlingsgrunnlaget var greitt - tilvising til spesialist i urologi. Men Ola hadde ein del presenile trekk. Kanskje ville han fått ein forvirringstilstand, eller depresjon og ringare livskvalitet dersom han blir sendt til ukjent land i andrelinetenesta? Kanskje ville det enda med sal av sauene og omsorgsbustad på ei anna øy. Og minst like viktig, kva ville Ola sjølv gjort dersom han hadde skjønna situasjonen. Det enda med at Ola sa nei og eg sa nei. Han levde fleire år med sine sauer og prostatacancer før den til slutt tok livet hans.

Den medisinske kunnskapen aleine er altså ikkje nok. I tillegg til spørsmålet om kva som er medisinsk rett for Ola, kjem det to nye spørsmål. Først, kva ville vera best for Ola slik eg kjente situasjonen og livsvilkåra hans. Og til sist, men ikkje minst, hans eigen vilje. Dersom den beste medisinske kunnskapen var å finna i eit handlingsprogram, kan dette ikkje alltid vera styrande for den kliniske handlinga. Dersom ikkje alle involverte partar skjønner dette, kan

FOTO: TORGEIR GILJE LID





FOTO: TORGEIR GILJE LID

handlingsprogramma paradoksalt nok bli farlege for allmennpraksis i ei kvalitetssikringstid.

Påverknadskrafta

Kari hadde var febril og blei ikkje god att. Ho hadde kvalmeturar, kjente seg slapp og hadde varierende abdominalsmerter. Eg var usikker på henne og vitja henne difor to gonger før eg la henne inn. Ved kvar vitjing la eg fram vurderingane mine så godt eg kunne og ektemannen var samd. Det synt seg at Kari hadde gallesteinsileus og blei operert. To dagar etter operasjonen døde ho diverre av lungeemboli. Etter dette ringte mannen meg opp og starta med ei setning eg aldri kjem til å gløyma. «Du tok livet av kona mi Vestbø, men eg tilgir deg fordi du er så greie kar». Og tilliten til meg haldt utruleg nok resten av livet hans. Det er mi plikt som distriktsmedisinær og ikkje misbruka denne tilliten som ein empatisk sjarlatan, men bruka den til compliance, trøyst og velvilje.

Improviseringa

Rakel låg til sengs, nekta å ta til seg anna enn vatn og ville ikkje tala med andre enn ei niese som budde tett ved. Til slutt gjekk ho med på ei legevitjing, men avviste at dette hadde noko for seg. Ho tok i mot meg med avmålt blikk og gjorde med ein gong klart at ho var frisk. Problemet var at Gud hadde vendt seg frå henne. Ho var fortapt og det gjekk nå mot døden og helvete. To emissærer og ein prest hadde ikkje greidd å trøysta. Gode råd var dyre, og mitt var

improvisert. «Kan du vera med på fylgjande opplegg. Eg og niesa di vil gjerne at du tek desse medisinane i tre veker. Dersom du er fortapt så spelar det vel ikkje noko rolle frå eller til, bortsett frå at du får rett. Og dersom dei skulle virka, så ville jo det vera fint, sjølv om du alt er overtydd.» Rakel var samd. Sjølv i sin djupe depresjon skein det litt av ein sta personlegdom gjennom. Ho skulle sanneleg visa at ho hadde rett. Tre veker seinare var eg tilbake. Ho går å steller i huset og spør om eg vil ha kaffi. Eg spør korleis det går og ho seier: «Jo takk, ikkje så verst». «Hugsar du», spør eg. «Ja, eg var visst ikkje heilt bra sist du var her», sa ho. Og så snakka vi aldri meir om dette bortsett frå korleis ho skulle ta den antidepressive medisinen vidare. Veddemålsvarianten hadde nok ikkje blitt lansert utan kjennskap til kultur og individ. Kommunikasjonen var tilpassa og improvisert, men sikra akkurat henne eit godt klinisk resultat.

Grensene

Eg var lege for alle – far, mor, son, svigerdotter og svigerdotter sin familie. Etter at sonen blei gift og bygde kårhus på garden, blei det strid mellom far og svigerdotter som ikkje ville la seg dominera. Sonen måtte ta parti for kona og gardsovertakinga enda i krangel, fysisk vold mellom far og son, truing med skytevåpen og meldingar til lensmannen frå begge sider. Kvar for seg kom dei på kontoret med søvnplager, hovudpine, ustabil angina og depresjon. Eg hadde valet mellom å medikalisera konflikten med medikament, sjukemelding og spesialistundersøking, eller

prøva å få problemet ut av legekantoret og tilbake til livet der det hørte heime. For å greia dette måtte eg sprenga grensene for vanleg legeverksemd. Eg kalla «partane» inn på legekantoret til meklung etter kontortid. Forhandlingane der resulterte i våpenkvile og ei løysing på den formelle sida av gardsovertakinga. Den store forsoninga uteblei, men dei individuelle konsultasjonane tok slutt utan at reseptblokka hadde vore brukt ein einaste gong.

Utrenninga

Liv blei 42 år. Ho hadde vore til behandling på RH for cervical cancer. Som så ofte før var ho både pasient og personleg kjenning. Ein dag kom ho på kantoret med ischiassmerter. Vi visste begge at det kunne vera kreften. Ho gjekk til kontroll hos gynekolog, men på kantoret den dagen rådde det eksistensielle perspektivet. Skulle ho satsa på ekstra time hos gynekologen ein månad før tida? Ville ho eigentleg vita? Skulle andre få vita? Livet kunne snart vera slutt? Burde ho leva i dette perspektivet i alle høve? Samtalen utvikla seg slik at det blei rett å halda seg til vanleg kontroll-skjema.

Det var spreining. Ein månad før ho døyddetulla eg henne inn i ullteppe og segla henne rundt øya for siste gong. Så blei det mitt lodd å leggja henne i kista, avmagra og lett som ei

fjør. Etterpå gjekk ryktet på bygda om at ho hadde gått til lege med ryggsmarter. Han hadde ikkje stilt rett diagnose, og nå var ho død.

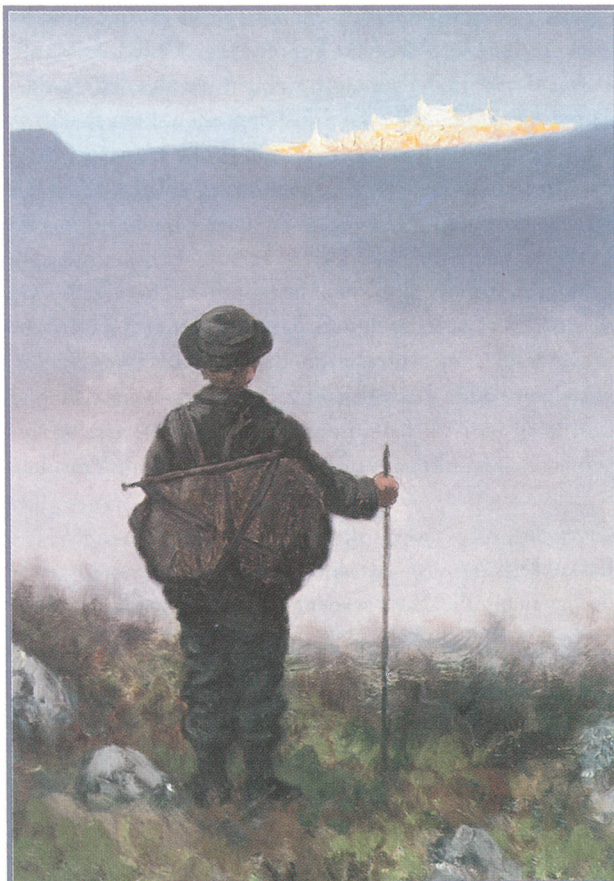
Som distriktsmedisinari blir eg gamal før tida. Ikkje av år og rynker, men av «eksistensiell sorg». Eg møter tapet, forfall og døden så ofte at all den sorg og tap som ligg att i eiga sjel må fram og ordnast på før eg kan nærma meg den lidande. Dersom ikkje, har eg valet mellom avstand, manglande involvering og tildekkande medikalisering av det eksistensielle perspektivet på den eine sida, eller smertefull involvering med utbrenning til fylgje. Eit avklara tilhøve til eiga sorg og tap er den eigenanalysen eg må gjennom for å overleva der ute i distriktet.

Og der ute har eg tenkt å bli – som fastlege, vaktlege, skulelege, sjukeheimslege, helsestasjonslege, idrettslege, bedriftslege, sosionom, meklar, familierapeut, og kommunal rådgjevar.

Distriktslegelivet er i alle høve ikkje kjedelig!

Finnøy den 30. april 2002.

Eivind Vestbø



VELKOMMEN til «Fra soloppgang til solnedgang – fra øst til vest i livet»

**Primærmedisinsk uke 2002,
Soria Moria i Oslo**

Aplf, NSAM og OLL inviterer til primærmedisinsk «happening» i tiden 28. oktober til 1. november 2002

Det vil bli 26 forskjellige kurs, hvorav 13 er emnekurs.

Det blir Forskningsdag og Olav Rutles minneforelesning, i tillegg til et flott sosialt og kulturelt program.

Program er sendt ut, og du kan søke på www.teamcongress.no/pmu2002