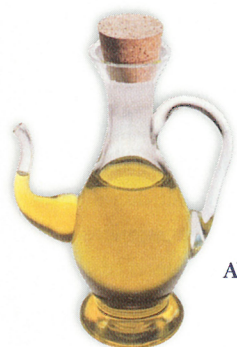


# Allmennpraksis på *portugisisk* vis



AV JANNIKE REYMERT

Praksisbesøk i nabopraksisen kan sikkert avsløre mange ulikheter i allmennmedisinsk virksomhet, men i jakten på de store forskjellene valgte medarbeider Tove Rutle og jeg Portugal som reisemål da vi skulle prøve ut ideen med praksisbesøk. Portugal er EUs andre fattigste land, det er bare 26 år siden de ristet av seg diktaturstyret og med den katolske kirke som en sterk aktør i samfunnslivet trodde vi det måtte være mye spennende å observere på portugisiske allmennlegekontorer.

Norge har en spesiell plass i portugisisk allmennmedisinsk historie. Etter revolusjonen 25.4.74 bad den portugisiske regjering bl a om bistand innen helsesektoren. ( Dette var for øvrig en så fredelig revolusjon at folket fylte soldatenes geværløp med nelliker som takk for en ublodig, men nødvendig slutt på diktaturet, derav det merkelige begrepet nellikerevolusjonen!). På oppdrag fra NORAD hadde de norske legene Christian Borchrevink og Peter F. Hjort muligheten til å påvirke bistandstypen. Betydelige beløp ble stilt til disposisjon. Portugiserne ønsket et universitetssykehus i Coimbra, mens den norske delegasjonen prioriterte å styrke primærhelsetjenesten i et underprivilegert område, Villa Real-distriktet nord-øst i landet. Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo, med Herman Anker som hovedansvarlig, fikk så oppdraget med oppfølging og videre rådgiving. På denne måten fikk portugiserne et kraftig løft i en tid da allmennmedisinen hadde vind i seilene i store deler av Europa. Portugal som nasjon klarte på overraskende få år å heve seg opp fra fattigdom og stagnasjon til å bli en moderne stat med sterk økonomisk vekst, noe som helt klart bidrog til gode kår for allmennmedisinens framvekst.

Vi skal ikke påstå at det vi fant av allmennmedisinsk praksis på vårt besøk er et direkte resultat av norsk innsats, men likheten med norske forhold var påfallende og langt mer iøyenfallende enn forskjellene i de tre legepraksisene vi fikk besøke. Det var den portugisiske legeforeningen som på forhånd hadde laget avtaler med disse legekontorene for oss.



Dr. Marina Silvestere på sitt legekontor nord for Lisboa.

Dr Marina Silvestere jobber på et lite, noe forfallent legekontor et par mil nord for Lisboa i et svært så landlig distrikt. Akkurat som i Norge har de et fastlistesystem med 1500 mennesker på lista som norm. Lønna er god, men uavhengig av listestørrelsen. Legene har ikke mulighet til selv å bestemme listestørrelsen, antall mennesker som bor i distriktet delt på antall leger avgjør listestørrelsen. Når kolleger slutter må de gjenværende ta over dennes liste uten noen økonomisk kompensasjon. Arbeidstida er satt til 42 timer pr uke. Allmennleger er ansatt av staten og strever endel med et byråkratisk helsevesen der beslutningstagerne er





*Dr. Carlos Mendez Leal fortalte åpenhertig om de utfordringer og erfaringer han som lege har hatt siden revolusjonen i 1974.*

svært lite villige til å ha dialog med legene som jobber på grasrotnivå. Marina og de andre legene vi snakket med ble tydelig misunnelige på vårt system der legene selv organiserer sine egne praksiser og har den økonomiske styringa.

Marina trivdes i jobben, hun følte glede over å drive faglig selvstendig praksis og vårt inntrykk var at hennes konsultasjoner til forveksling var like norske allmennlegers måte å drive konsultasjoner på.

Datamaskinene glimret med sitt fravær på Marinas kontor, men staten var såvidt i gang med å innføre og finansiere datajournaler på alle legekontorer. I ekspedisjonen derimot var alt registrert på data for at kontoret kunne føre statistikk på alt som foregikk. Antall konsultasjoner (dog ikke diagnoser), hjemmebesøk mm ble nøye registrert, og tall herfra ble sendt til sentrale myndigheter som nøye kontrol-

lerte at legene jobbet for lønna si! Alle legene vi traff ble svært forbauset over at vi ikke førte statistikk på kontorene våre, at hele vår innsats på dette området er frivillige inn-sendinger til SIFF om smittsomme sykdommer ble møtt stor undring.

Tett opptil en av Lisboas mest trafikkerte hovedveier traff vi dr. Carlos Mendez Leal. Han hadde fylt 65, virket fullstendig utkjørt og betrodde oss at han knapt orket denne jobben stort lenger etter sine to coronar bypass operasjoner. Blek og svettende satt han i over en time og pratet med oss, vi holdt pusten for at han ikke skulle få behov for akutt medisinsk hjelp mens vi var der. Kontoret hans fløt over av reklameartikler, Zomig papirholder, en kalender reklamerte for Seroxate og en prøvepakning Oversterin tabletter lå oppe i en hylle sammen med mange andre prøvepakninger. Dr Carlos Mendez Leal husket meget godt NORADs innsats og det norske bidraget tidlig på 80-tallet. Legesenteret som han hadde hatt hovedansvaret med å bygge opp,

var bygd som en direkte inspirasjon herfra. Riktignok har nok intet norsk legesenter hatt en størrelse som dette: 60–70 leger jobbet i gedigen en tre-etasjes praksis med over 72 000 pasienter på fellesliste! Alle som bodde i denne bydelen hadde rett på listeplass ved kontoret, og siden dette var en fattig bydel med mange (ofte uregistrerte) innvandrere var det tungt å drive allmennpraksis på denne formidable lista. Bygget som sikkert var nytt og moderne tidlig på 80-tallet, virket direkte fattigslig med enkle stålørstoler stilt opp i rekker utenfor

hvert legekontor. Brunfargen som også var moderne her til lands for 25 år siden, gav hele senteret et dystert preg. Legesenteret hadde egne lokaler for diabeteskontroller, barnekontroller og fotklinikk samt undervisningsrom for medisinstudenter. Leger i full stilling jobbet ca 50 timer pr uke, med over 30 konsultasjoner pr dag.

Dr Leal var en revolusjonenes sønn som fortalte at han i sin tid hadde hatt stor tro på oppbyggingen av Portugal etter revolusjonen. Han hadde vært sentral i arbeidet med oppbyggingen av allmennmedisinsk virksomhet og på tross av nellikene var situasjonen så spent de første årene at han hadde pistol i jakkelomma på møtene med myndighetene! Det var leit å høre hans desillusjonerte holdning til legeyrket idag. Fra å ha drevet foregangsvirksomhet med høy standard følte han nå at han var en slave staten utnyttet til siste trevl uten at han hadde noen mulighet til å videreutvikle seg selv eller faget. Legemangel og streng regulering av legemarkedet gjorde at legene ble pålagt langt større arbeidsbyrde enn det som var forsvarlig for å drive en god allmennpraksis. Det er beregnet at Portugal i 2015 vil mangle





3500 leger og allerede nå var bruken av spanske vikarer helt nødvendig for å dekke legebehovet. (Det er pussig at nabolandene alltid har vikarer å sende, de spanske legene hadde dessuten ofte ikke-europeisk bakgrunn, akkurat som våre svenske vikarer.)

12 mil øst for Lisboa, på grensa til Spania ligger den idylliske middelalderlandsbyen Marvão 800 m.o.h. i et tynt befolket distrikt. Med et innbyggertall på 350 var det svært overraskende å finne et legesenter med tre ansatte leger her. I hele distriktet bodde det dog 9000 mennesker, og siden byen i tidligere tider hadde vært et sentrum for distriktet hadde legekantoret tilhold her «av gammel vane». Legene betjente både hovedkontoret og ikke mindre enn 6 utekontorer, så her drev man distriktsmedisin i ordets rette forstand. Distriktene i Portugal var svært preget av fraflytting, 18% av listepasientene er over 65 år og mange av dem er analfabeter. Arbeidsledigheten er høy og ungdommen flyttet til Lisboa og andre storbyer. Ingen av legene som jobbet her trodde på annet enn nedbygging av distriktene og at de selv jobbet i en større by i nær fremtid.

Noe av det vi var spente på, var den katolske kirkes innflytelse på legenes familierådgiving. Legene ble forbløffet over at vi spurte om dette, selvfølgelig hadde den katolske kirke innsett at moderne kvinner ikke ville ha store barnekull! Vår tenkte konflikt mellom kirken og legene viste seg altså å være en teoretisk overlegning uten rot i virkeligheten. Vi burde jo ha innsett det på forhånd, portugisiske kvinner

får rundt regnet to barn hver, akkurat som andre europeiske kvinner. Det er utrolig hvordan tingene ordner seg på tross av ulike maktforhold og regler i et samfunn! Bruken av spiral var noe mindre utbredt enn i Norge uten at vi fikk noen forklaring på det, det virket mest som p-pillen ble foretrukket fordi den var enklest å forholde seg til. Kvinnen hadde også mulighet for å få utført abort, om enn på en noe tilsørt måte: Spanske klinikker annonserte stadig i avisene med tilbud om «gynekologiske undersøkelser» til ca 800 Euro (litt under 6000 kroner). Alle visste at disse klinikkene i virkeligheten utførte provosert abort, jfr den høye prisen. Legene hadde inntrykk av at kvinnene stort sett klarte å ordne seg økonomisk og praktisk til å få utført sine abort-inngrep på disse klinikkene, og at man på den måten hadde så godt som fri, men langt fra gratis abort i Portugal.

En artig, men ikke helt gjennomført praksis var bruken av helse-ID-kort. Hver portugiser hadde et slikt kort med personlige opplysninger og en magnetstripe som ble lest av helsesenterets avlesingsmaskiner. Der fikk man fram opplysninger om diagnoser, tidligere sykehusopphold, nåværende medikasjon mm. Planen var at man med dette kortet kunne hente opp nyttige opplysninger om hver enkelt innbygger ved ethvert legekantor og sykehus i hele landet. Ideen imponerte oss, men vi fikk inntrykk av at systemet ikke var så gjennomført enda at man hadde fått den helt store nytten av det. Og det gjenstår å se om det er mulig å oppdatere informasjonen så godt at systemet er brukbart i virkeligheten.

*Glimt fra middelalderbyen Marvão 12 mil øst for Lisboa.*

