

Utpostens
dobbeltime

Bente Prytz Mjølstad
og Ole Christian Mjølstad

INTERVJUET AV IVAR SKEIE



Hvordan er det å være ung allmennpraktiker i fastlegesystemet? Stemningsleiet i norsk allmennmedisin har gått opp og ned de siste 30 år. Etter en periode med entusiastisk reetablering og utvikling av faget på 70- og 80-tallet, kom de «sju magre år» med kollektiv depresjon på 90-tallet. Det var skrinnet rekruttering, gjennomsnittsalderen økte hvert år med minst ett år. Det var usikkerhet foran innføringa av fastlegeordninga som trakk ut og trakk ut. Mange midlaldrende allmennleger var mer slitne enn de hadde godt av. Det ble tynnere i rekkene av veteraner i distriktene, og som en sliter som sa opp etter mange år i en kommune uttrykte det da han takket for seg i et møte med kollegene i nabokommunene, «sistemann slukker lyset». Men ting er i ferd med å endre seg. De siste par åra har rekrutteringa tatt seg opp, mange går i veiledningsgrupper, men mange er også usikre på om allmennmedisinen er det rette valg.

I min kommune, Gjøvik, har vi de siste tre åra fått sju-åtte nye unge leger, men spørsmålet er om vi klarer å beholde dem, om de velger allmennmedisin som varig arbeidsfelt. Jeg har hatt en samtale med to unge allmennleger i Gjøvik. De er gift, driver praksis sammen, har en datter på fire år, deltar i legevakt – kort sagt, et hektisk allmennlegeliv. Hva tenker de om sin arbeidssituasjon, hva tenker de om framtida i norsk allmennmedisin og ser de seg selv som allmennleger om fem eller ti år? Og hva skal til for å beholde dem og mange andre av de unge i faget?

Ole Christian Mjølstad (OCM) er 31 år, opprinnelig fra Realdalen i Gjøvik, studerte i Bergen og var ferdig i 1998. Bente Prytz Mjølstad (BPM) er også 31, oppvokst i Høyanger. De studerte på samme kull. Sykehusturnus i Hammerfest, og distriktturnus i Vadsø. For OCM bar det rett fra turnus over i kommunelege I stilling, mens BPM hadde barselperm og tok distriktturnus over ett år. Sommeren 2000 dro de fra Finnmark, OCM til militærtjeneste ved Sessvollmoen og BPM til halv allmennlegestilling i Eidsvoll. Fra sommeren 2001 startet de begge i fastlegepraksis i Biri i Gjøvik kommune, ei bygd på vestsida av Mjøsa midt mellom Gjøvik og Lillehammer med snaue 3500 innbyggere.

Hvordan var det å komme i distriktturnus til Vadsø, og være nesten aleine?

OCM: Det ble masse arbeid og mye ansvar fra første dag. Kommunelege I reiste i løpet av turnustida for å ta sykehustjeneste, og ellers var det korttidsvikarer. Etter en del påtrykk fra kommunen, valgte jeg å ta kommunelege I stil-



Bente med Solveig på legekontoret, Vadsø Helsecenter våren 2000.

lingen i et halvt år etter turnus. Det ble lite veiledning i turnus, mest bare vikarleger. Så det ble mest å stole på seg sjøl. Men det er klart man lærer av det, også!

BPM: I det året vi var i Vadsø, jobbet Ole Christian i 12 måneder, jeg i seks, og ellers var det stort sett en vikarlege, som stafettordning. Vadsø har 6000 innbyggere. Det ble lange dager, og det ble å ta det viktigste, ting gikk fort. Vi hadde svenske vikarer, faglig dyktige, men det ble «kjapp» medisin, for vikarene satset på å tjene maksimalt.

Var det medisinske arbeidet forsvarlig under disse betingelsene?

ocm: Ja, det vil jeg si. De store tingene, alvorlig sykdom og akuttmedisinen ble taklet tilfredsstillende. Men i en del sammenhenger ble det nok enkle og raske løsninger. Men det medisinske apparatet utover legene var bra, vi hadde en meget oppegående ambulansetjeneste, vi kunne bruke ambulansfly til lokalsykehuset i Kirkenes. Og vi hadde sykestua, en egen avdeling tilknyttet sykehjemmet med åtte akuttplasser. Rett nok ble mange av plassene tatt opp av sykehjemspasienter, men det var mulighet for hjertemonitorering, og vi ga for eksempel streptokinasebehandling på sykestua, og sendte EKG for vurdering til Kirkenes. Stort sett fungerte helsevesenet godt, bortsett fra legemangelen. Og dette er viktig å understreke, i den grad det var ei ressurskrise i det medisinske apparatet i Finnmark, så var det ei legekrise, ellers er helsevesenet godt utbygd og bemannet.

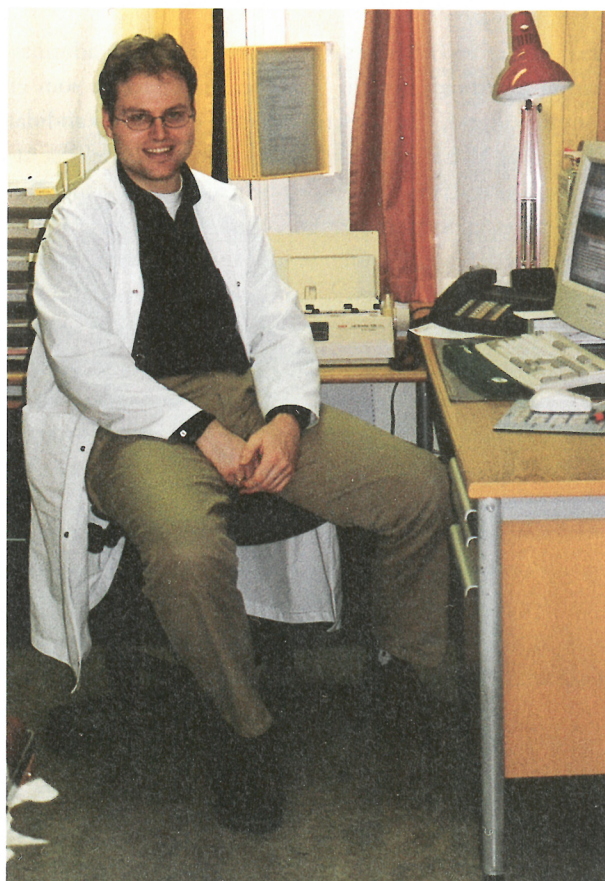
En vikarlege og deg, og Bente noe av tida som turnuslege, det måtte bli rimelig stritt?

ocm: Klart det var stritt. Jeg jobbet nok 70–80 timer i uka dette året! To-delt vakt, fire vakter på vikaren og tre på meg. På vaktdagene var jeg sjelden hjemme før ti om kvelden. Men det var som oftest rolig om natta, og det var lite kjøring. Sykepleier på legevaktsentralen silte henvendelsene. Men det var samtidig veldig spennende og utfordrende. Og tilrettelegginga rundt legejobben var veldig bra. I Vadsø med 6000 innbyggere er det seks legehjemler, som da var ubesatte mens vi var der. På legesenteret var det åtte medarbeiderstillinger pluss jordmor. Det var tre kontorstillinger, to bioingeniører og tre sykepleiere. Medarbeiderne la optimalt til rette for oss, slik at vi kunne konsentrere oss om det reint «legemessige», det var bra.

Men var dette en arbeidssituasjon dere kunne ha levd med permanent?

BPM: Nei, det er helt uforenlig med familieliv og å ha barn. Men for en kort periode var det spennende. Og det var artig! Ja, mye artigere enn å være fastlege i en standardpraksis. Vi måtte ta stilling til mange problemer og behandle pasienter som lett blir henvist i områder med større spesialisttetthet. Og det førte til at vi fikk smaken på allmennpraksis. Men det er også viktig å understreke at denne situasjonen ikke nødvendigvis er representativ for helsevesenet i Finnmark, legedekningen er f. eks. nå blitt bedre i Vadsø. Mange steder har man klart å bygge opp sterke, stabile lokale legemiljøer, som f. eks. i Alta og Kirkenes.

Ole Christian på legekontoret Vadsø Helsecenter 2000.



Ja, hvorfor valgte dere allmennpraksis i Biri?

OCM: Ja, det var nok dels tilfeldigheter. I studietida så jeg meg selv som kommende indremedisiner. Men året i Vadsø ga smaken på allmennmedisin for oss begge. Så ble det ledig en dobbelpraksis i Gjøvik, og det var også private grunner til å reise tilbake til Gjøvik. Og dette skjedde samtidig med at fastlegeordninga ble satt i gang. Mange på vårt kull valgte allmennpraksis.

Vel og bra! Men hvordan er ståa etter to år som fastleger i felles praksis? Er det forskjell på å være lege i Finnmark og på det sentrale Østland?

BPM: Ja, men det har sikkert også sammenheng med at det er forskjell på å være et sted en kort tid og å være i en fastlegepraksis. Men folk var mer positive og veldig takknemmelige i Vadsø. De var glade bare for at det var lege til stede!

OCM: Men folk er ikke friskere her enn i Finnmark, selv om legedekningen er mye bedre. Og legene i Gjøvik jobber jo også veldig mye. Friskhet eller sykkelighet i befolkningen har lite med legetetthet å gjøre, når først de grunnleggende funksjonene er dekket, og det var de også i Vadsø. Men der det er leger, blir det alltid pasienter og timelistene fylles opp. Legene skaper behov hos pasientene.

Har jobben som fastlege svart til forventningene?

BPM: Både ja og nei. Det var tungt i starten, vi overtok et legesenter som delvis hadde ligget nede, og det var mye å ordne før vi kunne komme ordentlig i gang. Men det er mye som er spennende og veldig givende, men samtidig er det slitsomt.

OCM: Det er en del frustrasjoner. Det er så mye administrasjon å forholde seg til. Vi driver et legesenter som er kommunalt eid, det er Bente og meg og turnuskandidat på legesida. Vi har såkalt nullavtale, kommunen dekker utgiftene ved drifta av senteret og beholder basistilsuddet, vi beholder egenandeler og trygderefusjonen. Vi har til sammen ca. 2500 pasienter. Økonomisk er dette gunstig for oss. Men kommunen vil at vi skal overta hele driftsansvaret med arbeidsgiveransvar og det hele. Vi syns det er problematisk, og det er ikke fordi vi er redde for å få en økonomisk dårligere avtale. Vi kan tvert imot tenke oss å betale kommunen for at de skal ta seg av den administrative drifta.

Men er det ikke en intensjon i fastlegesystemet – som både staten og Legeforeningen står bak – at allmennpraksis skal organiseres som rein selvstendig næringsvirksomhet?

OCM: Jo, og jeg ser det som problematisk, ikke minst for de unge legene. I tillegg til å være allmennlege for ei liste, kom-

mer det en masse tilleggsoppgaver, man må drive og evt. etablere eget firma. Legene må bruke masse tid på andre ting enn det å utøve legeyrket. Er det fornuftig? Slik skiller allmennmedisin i fastlegesystemet seg radikalt fra å begynne som assistentlege på sykehus, da er du doktor, og så får du lønna di. I allmennpraksis er det arbeidsgiveransvar, administrasjon og regnskap osv., dette blir et tankekors når unge leger skal velge fagfelt.

Hvordan kunne du tenke deg et system som kunne gi unge leger en «mjukere» start i allmennpraksis?

OCM: Vi «restartet» et legesenter fra scratch, og det er en tung prosess. Derfor er det sikkert lettere å starte på et etablert senter med erfarne kolleger. Jeg tror et system bygd på mester-svenn-prinsippet vil være den beste måten å gå inn i allmennmedisinen på. Det trengs mer en-til-en veiledning, i tillegg til den veiledningen man får gjennom veiledningsgruppa i spesialistutdanninga. Et system som ligner mer på assistentlegesystemet i sykehus ville være å foretrekke. Om dette skulle være på fastlønn, fritatt for økonomisk og administrativt ansvar, eller om det skulle integreres i en gruppepraksis, er jeg ikke sikker på. Men poenget er at veien inn i allmennpraksis må gjøres lettere.

En ting er at mye tid og oppmerksomhet går med til ikke-medisinske oppgaver i fastlegepraksis. Men det koster jo også penger å skaffe seg en liste, i alle fall sentralt. Hvordan virker dette inn på rekrutteringa?

BPM: Dette er jo med på å gjøre «startpakka» veldig tung. Vi har kjenninger som må betale en million for attraktive lister i sentrale områder. Dette kommer på toppen av studielån, boliglån og andre etableringsutgifter. Dette gjør at det er en «tyngre prosess» å gå inn i allmennmedisin enn i andre spesialiteter, og dette gjør nok mange unge leger betenkte.

OCM: Det ser ut som om kommunene vil kvitte seg med drifta av allmennlegetjenesten ved å legge alt driftsansvaret over på legene. Men jeg vil understreke at det er svært viktig at kommunene legger til rette for etablering i allmennpraksis for unge leger. Vår utdanning har ikke lagt vekt på økonomi og drift av eget firma, og det er også sparsomt hva man får av dette i distriktsturnus og i spesialistutdanninga. Dette dreier seg ikke primært om penger, stort sett går ikke unge leger inn i allmennmedisin pga pengene, men fordi de er interessert i faget. Og da er det viktig at det er faget som blir det sentrale, og ikke alt rundt.

Dere sier at det altså ikke er pengene som trekker unge leger til allmennpraksis. Men dere tjener da bra i fastlegesystemet?

BPM: Ja, vi tjener godt, og bedre enn assistentleger på sykehus. Men sannsynligvis jobber vi også mer, og har et mye

større helhetsansvar enn assistentleger på sykehus. Så det skulle bare mangle at vi ikke også skulle tjene mer!

Vi har snakket om rammene for utøvinga av faget. Hvis vi nå konsentrerer oss om selve faget, allmennmedisinen, hva ser dere som det positive og det mer negative i faget?

OCM: Det positive er at faget er veldig spennende, og at det hele tida er nye utfordringer. Man kommer veldig nær innpå folk. Det var dette som tente meg i Vadsø. Og jeg ser det fremdeles slik, men det er også veldig krevende.

BPM: Det jeg liker best i faget er vel det «indremedisinske» og det «konkret medisinske», og det var det jeg likte best på studiet også. Det som er vanskelig, er de «diffuse greiene», «vondtene» og plagene, de kroniske «ufferne». Og det er det mye av i allmennmedisinen. På dager jeg er sliten, får jeg lyst til å si: «Jeg er doktor, hva slags 'doktorting' kan jeg hjelpe deg med?» Legen kan ikke løse alle livets problemer. Men det er en utfordring å få til å hjelpe dem med de «diffuse» plagene også!

OCM: Jeg syns dette går mye på personer. Med de fleste pasientene får jeg en god allianse, men med noen blir kommunikasjonen vanskelig. Det med «de vanskelige pasientene» er vanskelig!

Hvis du fikk makt til å organisere norsk allmennmedisin slik du ville, hvordan ville du bedre situasjonen for unge allmennleger?

OCM: Unge, nyetablerte allmennleger skulle få mer hjelp i starten. Jeg ville legge vekt på å videreutvikle de gode elementene i dagens system, utvide dagens veiledningsordning i spesialistutdanninga med en-til-en veiledning integrert i det daglige arbeidet i tillegg til dagens veiledningsgrupper. Gruppene er viktige, men ikke tilstrekkelige i en helhetlig veiledning. Jeg ville ha et mer «ass-lege-lignende» system enn i dag.

Vi har snakket om «tro og tvil» i forhold til å satse på fastlegepraksis. Hvor i faget er dere om fem år?

Ja, si det! Vi veit ikke. Vi har følelsen av at mange unge allmennleger – som oss – vurderer om de fortsatt skal satse på dette faget, eller om de skal begynne i sykehusspesialiteter.

Det vil jo opplagt være synd for allmennmedisinen om mange unge leger – som dere – skulle forsvinne ut av faget. Hva syns dere er det viktigste som bør skje for at dere skal velge å satse videre som allmennleger?

BPM: For oss konkret vil de viktigste tingene være at vi får 3 faste stillinger ved legesenteret, dette vil gjøre senteret mindre sårbart og gjøre det lettere for oss med ferier og lig-

nende. Små legesentra blir veldig sårbare når legene blir syke eller gravide eller flytter. Men ellers trives vi med å jobbe sammen. Dernest må vaktsystemet legges om til større distrikt med færre nattevakter, slik det har skjedd en rekke steder i landet.

OCM: Og jeg tror dette er saker som er viktige og kanskje avgjørende for mange av de ferske allmennlegene, og for dem som står på startstreken til å velge retning innenfor medisinen. Fra vårt kull har mange startet i allmennpraksis. Noen er kommet inn i gode, etablerte og veldrevne sentra og er fornøyd med det. De aller fleste legger vekt på viktigheten av interkommunale vaktordninger. Og mange er betenkte fordi «totalpakka» ved å etablere seg i egen praksis er så stor og tung. De strukturelle rammene rundt etablering og drift av egen praksis er viktige.

Vår dobbelttime er over. Inntrykket etter denne samtalen, og samtaler med andre, er at de unges «tvil og tro» om allmennfaget må tas på alvor av hele det allmennmedisinske miljøet. Både sentrale myndigheter, kommunene og legenes egne organer må innse at allmennmedisinen må organiseres slik at unge leger kan få et liv de syns de kan leve med. Man kan ikke regne med at pionerentusiasme med arbeidstid langt utover det andre yrkesgrupper godtar, skal være det gjengse. Samtidig må vi ta vare på de sterke sidene ved allmennmedisinen i Norge, den faglige styrken, distriktsmedisinen, de allsidige utfordringene og spenningen. Det er disse grunnverdiene i faget som trekker til seg den nye generasjonen som etter hvert skal overta etter 55 +/- generasjonen.

Bente og Ole Christian mener unge, nyetablerte allmennleger burde få mer hjelp i starten.

