

Allmennmedisinske kompromisser

— dagliglivets hestehandel hos Dr. Streng Greiesen

AV METTE BREKKE

Kompromisser? I *min* praksis??

Problemer: ja! Dilemmaer: absolutt. Konflikter: rett som det er. Feil og mangler: i rikt monn.

Men *kompromisser*?

Slik jeg oppfatter ordet, betyr kompromiss det at to parter har forskjellig syn på noe, at det foregår en form for forhandling, at begge gir og får, at det blir fattet en beslutning og at begge kan leve med løsningen, selv om den ikke blir slik noen av dem aller helst hadde ønsket. Da jeg slo opp i synonymordboka, var det til og med beskrevet som *hestehandel*.

Jeg hadde i grunnen ikke tenkt på om noe slikt preger min hverdag som fastlege i Oslo sentrum. Jeg hadde vel heller hatt den oppfatning at det er jeg som bestemmer.

Derfor: da Utposten-redaksjonen spurte om jeg kunne skrive noe om dette med allmennmedisinske kompromisser, kunne jeg ikke det. Det måtte forskning til, eller i hvert fall «forskning». Jeg foretok følgende (kanskje ikke helt vitenskapelig sett stuerene, men dog) undersøkelse:

Kliniske kompromisser i allmennpraksis sommeren 2007

BAKGRUNN: Jeg ønsket å finne ut hvorvidt og i hvilken grad jeg inngår kompromisser i min jobb som fastlege. Hypotese: Det er jeg som bestemmer og kompromisser er svært sjeldne.

MATERIALE: Mine konsultasjoner i løpet av 19 påfølgende praksisdager i perioden 12.06.–20.07.2007 ved Kurbadet legesenter, Akersgaten 74 i Oslo. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per dag var 23.

METODE: (Den er ikke validert, men må vel kunne kalles kvalitativ.) På slutten av hver arbeidsdag satte jeg meg ned, kikket igjennom timelista og stilte meg selv spørsmålet: «Har jeg inngått noen kompromisser i dag, og i tilfelle hvilke?»



Mette Brekke

Fastlege ved Kurbadet legesenter i Oslo
Førsteamanuensis ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. Universitetet i Oslo

FEILKILDER: Ofte var jeg trøtt og hadde lavt blodsukker på det tidspunkt forskningsspørsmålet ble stilt, eller jeg hadde det travelt, eller jeg ville ut i sola. Antall registrerte kompromisser må derfor anses som et minimumstall. Særlig fordi de bare omfatter kontorkonsultasjoner og ikke telefoner eller indirekte henvendelser.

På den annen side: Registreringsperioden var midt på sommeren, slik at et uvanlig høyt antall pasienter tilhørte mine tre kolleger, som var på ferie en stor del av tiden. Dette kan i hvert fall tenkes å øke muligheten for uenighet noe. Jeg registrerte ikke kompromisser i forhold til NAV, hjemme-sykepleie, sosialkontor, bydelsadministrasjon etc.

RESULTATER: På fem av de 19 dagene klarte jeg ikke å registrere noe kompromiss – se over under Feilkilder. I løpet av de resterende 14 dagene ble følgende kompromisser inngått – noen av dem flere ganger (se tabell 1 på neste side):

Diskusjon:

Mye eller lite?

For meg var dette i hvert fall mer enn ventet. Jeg trodde det var jeg som bestemte og at kompromisser ville forekomme rent unntaksvis. Denne hypotesen måtte altså forkastes. Om disse 16 kompromissene i løpet av 19 praksisdager objektivt sett er mye eller lite, vet jeg ikke – det falt dessverre utenfor rammen av denne sommerlige undersøkelsen å foreta et litteratursøk. (Og antagelsen her er at det neppe er gjort mye kvantitativ forskning om temaet).

Det er imidlertid påfallende at denne dagligdagse hestehandelen foregikk uten at jeg hadde en bevisst opplevelse av

<i>Pasientens ønske</i>	<i>Mitt ønske</i>	<i>Kompromiss</i>
B-preparat mot angst eller søvnløshet (n = 2)	Unngå vanedannende medisin hos yngre pasient	Skriver ut minstepakning
B-preparat mens fastlegen er på ferie (n = 2)	Unngå å skrive dette ut til folk jeg ikke kjenner	Skriver ut minstepakning
Sykmelding grunnet konflikt med sjefen	Unngå sykmelding til person som ikke er syk	Skriver kort sykmelding
Langvarig og full sykmelding grunnet privat vold og trusler	Mer aktiv mestringsstrategi fra pasientens side	Skriver kortere enn pasienten ber om, men mer enn jeg selv er bekvem med
Legen skal få overvektig sønn til å skjerpe kostholdet og begynne å trene	Unngå å trenge meg på person som ikke selv ber om hjelp	Tar helsesjekk på sønnen og informerer om tilbud
Legen skal la være å nevne røyking og overvekt i konsultasjonene (pasient med KOLS, hjertesvikt og diabetes)	Si at uten røykeslutt og total omlegging av livsstilen er den medisinske behandlingen bortkastet	Ymter forsiktig frampå, og ikke hver gang.
Henvisning til IVF, uten noe mer om og men	Ikke bidra til at alvorlig psykisk syk person får barn	Henviser, men er åpen om mine betenkeligheter overfor pasient og sykehus. Skyver dermed ansvaret over på den som mottar henvisningen og som ikke kjenner pasienten så godt som jeg gjør
Akutthenvvisning til sykehus grunnet egen oppfatning av å ha alvorlig sjelden sykdom, fastlegen på ferie	Be pasienten dra hjem, da dette er ren innbilning	Skriver henvisning og ber om vurdering, men ikke akutt
Full utredning og oppfølging av ikke-akutte tilstander mens fastlegen er på ferie (n = 2)	Be pasienten vente til fastlegen er tilbake	Gjør en foreløpig vurdering, setter opp kontroll hos fastlegen
Full utredning uten timebestilling, siden han er en gammel mann	Be pasienten dra hjem og komme igjen når han har fått bestilt time	Gjør en kort og overflatisk vurdering, setter opp time en annen dag
Full utredning på akuttid fredag ettermiddag for magesmerter som har vart i to år	Be pasienten dra hjem og komme på vanlig time	Gjør en kort og overflatisk vurdering, henviser til videre undersøkelser. Kjefter på sekretæren
Skaffe plass på sykehuset til undersøkelse av kul i brystet denne uken siden pas. skal på ferie til Trøndelag neste uke når hun har fått time	Si tvert nei	Skriver brev som pasienten får med seg, ber henne kontakte sykehuset selv
Frisk, men noe glemsk mann på snart 90, påvist høy SR på «sjekk» hos annen lege. Datter innstilt på full utredning	Si at så gamle mennesker ikke har noe på helsesjekk å gjøre	Gjør halvhjertet utredning, unngår invasive prosedyrer

TABELL I

den. Det betyr antakelig at det å inngå slike fortløpende kliniske kompromisser er en så innarbeidet og naturlig del av praksishverdagen at det går av seg selv. Det er ikke noe jeg opplever som belastende eller frustrerende. Kanskje var pasientene mer frustrert over å ikke få det som hun/han ville? I liten grad, tror jeg. I registreringen holdt jeg meg strengt til definisjonen av kompromiss – nemlig at ingen er helt fornøyd, men begge kan leve med løsningen. Ingen føler seg overkjørt eller ydmyket og det var ikke nødvendig med kjefting og slamring med dører i disse konsultasjonene, verken fra pasientens eller min side (unntak: ett tilfelle av kjefting på sekretær).

Bra eller dårlig?

I den grad de lot seg gruppere, utspant mine hestehandler seg på følgende områder:

- B-preparater
- sykmelding
- få legen til å intervensere overfor tredjeperson (pårørende)
- slippe fram utenom køen – hos fastlegen eller på sykehus

Kun to tilfeller faller utenom: pasienten som ønsket å slippe livsstilsfokus og den psykisk syke pasienten som ønsket IVF.

Er så kompromissene gode, slik at de resulterer i faglig sett fornuftige og forsvarlige tiltak? Et forsøk på objektiv vurdering her gir følgende resultat: Rent medisinskfaglig ville det vært bedre at legen hadde bestemt. Så hvorfor blir det ikke slik?

Alternativer?

La oss tenke oss at jeg i disse 16 tilfellene hadde vært kompromissløs – hva hadde skjedd da? Gråt? Sinne? Utskjelling? Bytting av fastlege? Klaging til fylkeslegen? Ja – i noen tilfeller, antakeligvis. Slikt opplever vi også, men langt fra daglig. Daglige doser av slikt ville raskt tappet en middelaldrende fastlege for krefter.

La oss så tenke oss at jeg tvert imot hadde støttet pasientene fullt ut i alle ønsker, slik at kompromisser ikke hadde blitt nødvendig. Da hadde jeg vel etter kort tid drevet en selvbetjent B-preparat- og sykmeldingskiosk og hatt uforut-

sigbare arbeidsdager, fordi folk kom når det passet dem. Utbrenthet høres ut som en sannsynlig konsekvens.

Dr Streng Greiesen alias Grei Strengesen

Er altså den nærmest daglige og ubevisste hestehandelen en nødvendig metode for å overleve og faktisk trives i praksis år etter år? Ja, sannsynligvis. Og er det slik at vi alle befinner oss et sted på en kontinuerlig skala mellom dr Grei (gjør alt på pasientens premisser) til dr Streng (den kompromissløse som holder seg til regelverket)? Ja, sannsynligvis.

Jeg tror det er vanskelig å leve godt og lenge som fastlege på det ene eller det andre ytterpunktet på skalaen. I løpet av de første arbeidsårene prøver vi oss fram, får oss noen trøkker og riper i lakken, mister noen illusjoner og oppgir noen kjepphester. Vi blir vår egen unike blanding av legene Streng og Grei. Vi tenker sjelden over det, men det fungerer. Og det er jo det kompromisser er til for.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: mette.brekke@medisin.uio.no



FOTO: © REGIN HJERTHOLM