

Stedets særpreg – eller distriktsmedisin i byen?

AV TORGEIR GILJE LID

Innledning

Hva er distriktsmedisin? I følge Anette Fosse er distriktsmedisin «allmennmedisin med noko attåt» (1). Stensland, Vestbø og Swensen peker på fire perspektiver; kunnskaper og ferdigheter ut ifra lokale behov, samfunnsmedisin for lokalsamfunnet, forhold til stedet og befolkningen og til sist det å leve som deltaker og observatør (2). Selv har jeg lenge følt meg som en skapdistriktsmedisin, og sett på distriktsmedisin som en slags utkrystallisert og mer rendyrket form for allmennmedisin. Min bypraksis står stødig på de tre første av Stensland, Vestbø og Swensens fire perspektiver, jeg er sjeldnere deltaker og observatør (selv om jeg en sen kveldstid på en av bydelens brune puber sto sammen med tre av mine pasienter rundt bardisken og ble servert av en fjerde). Distriktsmedisin blir en slags mal, eller et forbilde, som jeg kan måle min allmennmedisinske hverdag opp mot.

Mine tanker om egen praksis i forhold til et distriktsmedisinsk forbilde ble utfordret i fjor da jeg ble bedt av Per Stensland om å si noe om «stedets betydning for min praksis» på et praksislærerkurs for Universitetet i Bergen. Det var både overraskende og utfordrende. Men hva former egen praksis, utenom en blanding av bevisste valg og ubevisste særegenheter?

Tørre tall og litt til

Vi er fire leger i kontorfellesskap, med fem medarbeidere med 3,6 stillingshjemler. Jeg har pt. 1150 pasienter på listen (forsøker å redusere til ca 1000) og 40 prosent stilling i et ambulant team som jobber med langtidsoppfølging av psykisk syke med alvorlige tilleggsproblemer, som rus og kriminalitet. Fra 1997 til 2008 var jeg deltids bydelsoverlege, med ansvar for egen bydel og for psykiatri og rusfeltet i tillegg. Eiganes legekontor er det fastlegekontoret i Stavanger som har flest LAR-pasienter med utdeling og urinprøver på kontoret.

Historikk

At jeg har kontor i byens styggeste bygning (3) betyr kanskje mindre for pasientene mine enn for meg. Større



Torger Gilje Lid

Fastlege Eiganes legekontor og lege i OBS – Oppsøkende Behandlingsteam Stavanger, veileder i allmennmedisin, tidligere overlege i Stavanger kommune. Redaktør i Utposten jan 1998 – des 2002.

betydning har det nok at Eiganes legekontor fram til 1. januar 1997 var kombinert bydelsoverlegekontor og sosialmedisinsk avdeling for Stavanger kommune, med sosiallege, sykepleier, døvekonsulent, sosialkonsulent og psykiolog. Pasienter ble den gang henvist fra andre aktører, som legevakt, andre allmennleger, sosialkontor, trygdekontor og sykehus. Mange av pasientene fortsatte etterpå som vanlige pasienter ved kontoret. Jeg begynte ved kontoret mens det fortsatt var sosialmedisinsk avdeling, og mange av pasientene fra den gang står på min liste. Disse pasientene bor ofte sentrumsnært, men tilknytningen til kontoret er mer definert av en felles historie, enn av geografi.

Geografi

Kontoret ligger midt i byen, få minutters gange fra jernbanestasjon og byterminal, og med mange arbeidsplasser i nærheten. Jeg har derfor pasienter fra alle omliggende kommuner; Rennesøy, Finnøy, Strand, Sola, Randaberg, Sandnes, Klepp, Time og Gjesdal. Noen har valgt det på grunn av jobb i Stavanger, andre har bodd i Stavanger, men har flyttet ut av byen. Felles for disse pasientene er at stedet **ikke** betyr noe, utover det rent praktiske. For kontoret derimot, former også dette aspektet ved stedet praksisen vår.

De sentrale deler av bydelen (tidligere Eiganes bydel) har i likhet med andre sentrumsnære områder en høy andel ikke-vestlige innvandrere, høy andel langtidsledige og personer på sosialhjelp. Området skårer også høyt på kriminalitet og andel barn i barnevernstiltak, men lavt på valgdeltakelse. Det er også en stor andel små boliger, på ett til to rom. Ferske data om demografi og levekår i Stavanger kan den interesserte leser finne i «Levekår i Stavanger» (4).

Disse faktorene merkes best på kontoret i form av mange pasienter med rusproblemer, mange på sosialhjelp og mange ikke-vestlige innvandrere. Rekapitulert fra hukommelsen har jeg pasienter fra Kina, Vietnam, Filippinene, Indonesia, Sri Lanka, India, Pakistan, Tyrkia, Palestina, Iran, Irak, Jemen, Marokko, Etiopia, Eritrea, Somalia, Chile, Nicaragua, i tillegg til USA og Canada og svært mange europeiske land. Mange er godt integrert i Stavanger, med jobb og familie, men mange er også relativt nyankomne, og vi bruker ofte tolk.

Det medisinske landskapet

I kvartalet vårt er det til sammen 13 allmennleger, en øre-nese-halslege og en øyelege med avtale, en øyelege uten avtale og et apotek. Det er lett å bytte lege, selv om tross alt forbausende få gjør det.

I Stavanger er det ca 80 fastleger, mange avtalespesialister, enkelte uten avtale, og et stort universitetssykehus. I tillegg har vi et privat røntgeninstitutt. Det er kommunal legevakt, og en privat legevakt som også har endel spesialister. Det er også et privat sykehus. Det er derfor mange andre aktører som står klare til å ta over hvis pasienten ikke er fornøyd. I de aller fleste tilfellene går det likevel an å praktisere slik en selv føler er riktig og få forståelse for det hos pasienten, men det er spesielt to typer situasjoner hvor det er et problem.

Den ene situasjonen er når pasienten ikke får henvisning til røntgen eller MR som ønsket (eller foreslått av fysioterapeuten de går til) og pasienten deretter ordner det på annen måte, for eksempel via venner og bekjente eller naboen som er lege. Den andre situasjonen er når jeg velger en vente og se-strategi før henvisning eller andre tiltak, gjerne med kontroll-avtale etter få uker, men hvor pasienten får for eksempel henvisning til sykehus fra annen lege i mellomtiden. Det er frustrerende å ta ansvar for en strategi og så bli satt på sidelinjen. Jeg snakker ikke her om pasienter som faktisk blir dårligere og hvor strategien må endres av den grunn.

Disse situasjonene kan forklares med det som jeg for mange år siden kalte Statoil-syndromet (5). Det er mange døgn-åpne Statoil-stasjoner i Stavanger-området, og de markeds-

førte seg for noen år siden med slagordet «Det du trenger, når du trenger det!» Mange er vant med å skaffe seg det de vil av varer og tjenester når de vil, og de betaler gjerne ekstra for det.

Bydokter

Bijobben som bydelsoverlege ga meg et godt innblikk i alle de ulike faktorer og fenomener utenfor kontoret som påvirket pasientene og dermed praksisen. Nærheten til pasientene og familiene var også svært nyttig for det samfunns-medisinske arbeidet, og ga meg både nødvendig kunnskap og troverdighet.

I praksisen har jeg flere familier med tre generasjoner, mange av pasientene kjenner hverandre som arbeidskolleger, eller venner og kjente, eller de kamperer sammen i de litt mer slitne delene av bydelen. Jeg har kjent mange av dem i over ti år, og fulgt dem gjennom ulike livshendelser og sykdommer. Barn blir født og vokser opp, ungdommer blir voksne og får selv barn. Med god ø-hjelp-kapasitet og rimelig korte ventetider klarer jeg å ta tak i det meste selv, på tross av Statoil-syndromet. Det er lett å følge med sykdomsutviklingen fra dag til dag og uke til uke når det er nødvendig. Stavanger er også en liten by avstandsmessig, og de fleste som trenger sykebesøk innimellom kan nås på sykkel.

Det er mye spennende storbymedisin, og det går an å gjøre en forskjell hvis en vil. Det er oftest også en takknemlig jobb, som blir etterspurt. Blant våre samarbeidspartnere er det fortsatt en del myter om at 'leger deltar aldri i ansvarsgrupper', 'leger går aldri i sykebesøk', 'leger er ikke interessert i rusmedisin', men likevel kjenner alle eksempler på leger som gjør alt dette.

Skikkelig allmennmedisin er skikkelig spennende, uansett lokalisering!

Referanser

1. Utposten 2004 nr.2
2. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:3517
3. 8.mars 2007 meldte Stavanger Aftenblad i fete typer: Lesarane har talt: St. Olav er styggast i byen
4. 'Levekår i Stavanger' fra 2004, 2006 og 2008, <http://statistikk.stavanger.kommune.no/Generelle/211.htm>
5. Utposten 1999, nr. 3

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: giljelid@online.no



FOTO: © REGIN HJERTHOLM



FOTO: © REGIN HJERTHOLM