



Innhold:

LEDER:

Det gode liv som allmennlege
hvordan skape det igjen og igjen?

AV LENN-KRISTEN STORKE

1

Det gode liv i allmennpraksis

Stedets særpreg – eller distriktsmedisin i byen?

AV TORGER GILJE LID

3

Kollegaveiledning.

AV JENS RUBAK

7

Det gode liv i allmennpraksis – hva ble det av?

AV ARJAN NIELAND

11

Det gode liv som allmennlege.

AV KARIN ISAKSEN RØ

15

Det gode liv i allmennpraksis – finnes det?

Ettertanker fra 1994.

AV HELGE WORREN

21

Fortellinger om legelivet.

AV KAREN STRAUME

25

ENQUETE: Hva er et godt liv i allmennpraksis?

29

Berre ein hund – eller kunsten

å overleve allmennpraksis.

AV LISBETH HOMLONG

34

Fotografiene. REGIN HJERTHOLM

36



FOTO: © REGIN HJERTHOLM

Det gode liv som allmennlege

– hvordan skape det igjen og igjen?

I tråd med Utpostens tradisjoner er vår siste utgave i 2008 – «julenummeret» – en temautgave, annerledes i utforming og med gjennomgående og kunstneriske illustrasjoner. I år har vi valgt *det gode livet som allmennlege* som tema.

Allmennlegene utgjør den største yrkesgruppen blant legene, likevel er det flere distrikter som sliter med rekrutteringen. Spesielt i grisgrendte strøk er det fortsatt ledige lister og stillinger, med stor grad av vikarstafett og diskontinuitet. For de fleste allmennleger krever dagene lange arbeidsøkter, krav til rask omstilling i fag og pasienttilnærming. Turnusleger i allmennpraksis tilbyes av og til forhold som er best egnet som vaksinasjon mot en videre karriere i primærhelsetjenesten. Likevel er allmennmedisinen den desidert største spesialiteten i Norge. Hva er det med allmennmedisin og primærhelsetjenesten som gjør at så mange trives og blir værende, noen et helt legeliv?

Faktorene er mange og i noen grad ulike fra person til person. For forfatterne av bidragene spenner det fra å ha muligheten til å gå på jakt med stående fuglehund til viktigheten av et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Noen ting synes likevel å gå igjen: gleden over selvstendigheten og autonomien i hverdagen, muligheten til å «gjøre en forskjell» i egenskap av det mennesket og den legen man er samt betydningen av gode fellesskap med andre mennesker, både kolleger og familie og venner.

I perioder kan *det gode* forsvinne fra legelivet. Hvis legen er en stor del av vår personlige identitet og vi ikke orker å være lege lenger, hva blir igjen av livene våre da? På Villa Sana ved Modum Bad er dette en av mange problemstillinger det tilbys veiledning for. En annen av bidragsyterne forteller om hvorfor han valgte bort allmennmedisin, hva som gikk tapt og hva han vant. Tør vi å gå inn til kolleger som vi skjønner strever? Kan vi tenke oss en form for kollegaveiledning slik man har systematisert i Danmark? Det er lett å fordømme den som er på vei utforbakke og som tar åpenbart dumme valg både for seg selv og pasientene. Kan vi møte ham som likemann og gi støttende kollegial veiledning i stedet?

En av de fantastiske tingene med å være lege er at vi har så mange muligheter, også etter mange år i en spesialitet – kanskje skulle flere av oss tørre å tenke friere om andre muligheter hvis *det gode* blir borte over lengre tid?

Bidragene i julenummeret formidler tankevekkende beretninger og interessante og inspirerende historier om legers og pasienters liv. Denne evnen til refleksjon og fortellerglede er svært verdifull, og kan brukes til bearbeiding av egne inntrykk og til egenutvikling – noe som også vil komme pasientene våre til gode.

Med ønske om en god jul og et godt nytt og faglig spennende år som lege!

Ann-Kristin Stokke



FOTO: © REGIN HUERTHOLM

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 legekonsult 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



Torgeir Gilje Lid

Fastlege Eiganes legekonsult 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 legekonsult fram til 1. januar 1997 var kombinert bydelsoverlege og sosialmedisinsk avdeling for Stavanger kommune, med sosiallege, sykepleier, døvekonsult, sosialkonsult og psykiolog. Pasienter ble den gang henvist fra andre aktører, som legevakt, andre allmennleger, sosialkontor, trygdekonsult 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 valgdelaktelse. 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 for 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



FOTO © REGIN KERTHOLM



FOTO. © REGIN HERTHOLM

Kollegavejledning, *en af inspirationskilderne til et godt liv i almen praksis*

AV JENS RUBAK

Jeg har p.t. været praktiserende læge i knap 30 år. Lang tid, ja tidsperspektivet kom klart frem, da min datter sagde: »Jamen far, det er jo over et kvart århundrede«. Men alt er jo relativt, som Storm P. fortæller: To videnskabsmænd mødtes på en vandretur, den ene spurgte »hvordan har din frue det?«, den anden svarede »sammenlignet med hvem?«.

Jeg har aldrig følt tiden lang, men ofte som stillestående, eksempelvis i vanskelige beslutningssituationer, eller i de menneskeligt specielle givende konsultationer. Men kedet mig, nej. En af årsagerne hertil er nok kollegavejledning

Kan kollegavejledning bidrage til et godt og langt liv i almen praksis?

På forespørgslen, om kollegavejledning kan bidrage til et godt og langt liv i almen praksis, tænkte jeg umiddelbart: Hvorfor/hvordan?

Det skyldes formentlig en af mine gamle vejledere fra sygehus tiden, som sagde: Ordiner aldrig en laboratorieprøve eller en undersøgelse, med mindre du kan besvare spørgsmålet: Hvorfor vil du bestille den og hvordan vil du bruge resultatet? – Hvorfor vælger nogen læger almen praksis og hvordan udfylder vi pladsen?

Vi har jo alle hørt svarene: Jeg vil selv bestemme over min dagligdag, »føle« resultatet direkte af min indsats, være med i centrum omkring det evigt udviklende menneske, nysgerrighed til at søge svar på hvorfor, og have adgang til hele tiden blot at spørge løs.

I bund og grund er det de samme kvaliteter, der er i »kollegavejledning«, men ordet virker jo lidt skræmmende. Er det noget, man skal uddanne sig til, er det noget, der kræver speciel faglig viden om handlinger, relationer, kommunikationsprocesser? – Ja, ja jeg kan godt høre en eller anden sige, uddannelse og viden kan man vel ikke få for meget af? Nej, men vi lærte vel alle at cykle uden at vide en masse om »tyngdeloven«, læringen kom jo stille og roligt af sig selv.



Jens Rubak

Praktiserende læge, Region Midtjylland (fra 1981). Medinitiativtager til opbygning af Praksiskonsulentordningen i Danmark. Leder af Praksiskonsulentordningens Koordinationsgruppe for Danmark. Leder af Praksiskonsulentordningen for Region Midtjylland. Medinitiativtager til udformning af første Praksisenhed, placeret i Århus. Underviser for studenter og kommende praktiserende læger. Deltager i diverse nationale arbejdsgrupper vedr. praksissektoren. Fik Mahlerprisen (praktiserende lægers hæderspris) i 2005. Praksislærer ved universitetet i Bergen.

Kollegavejledning spænder fra det at tale med en nær og kendt kollega til en mulighed for en faglig/menneskelig og organisatorisk indsats. – En form for mentor indsats, hvor såvel den yngre som ældre kollega profiterer heraf.

Kollegavejledning som en givende dialog

Vi kender det jo alle. Kurset, hvor man om aftenen kom til at sidde og tale om ting fra det daglige praksis liv, og ved morgenbordet dagen efter kollegaen, der sagde: Tak for en god snak i aften. Kollegavejledning. Dejligt, ikke sandt, lærende, inspirerende, livsforlængende og energigivende. Hvorfor og hvordan? Jo, du var dig selv og stillede dig til rådighed for en kollega. Ja, du tænker: Det er jo det, jeg gør i min praktiserende læge-dagligdag, over for patienterne, menneskerne. Ja, men kollegaer er jo også mennesker. Eller i en større gruppe af kendte gode kollegaer at fortælle om, hvordan man gør med det og det, vise sine resultater for kollegaerne og opleve deres spontane tilbagemeldinger om egne handlinger.

Jeg husker min forsigtighed, når jeg spurgte om gode råd hos de gamle og »kløge« kollegaer, men husker også den forandring der skete hos den ældre/kløge kollega. Usikkerheden tittede frem, og dialogen kom i gang, jamen hvad mener du »som ny« om dette eller hint. Så, måske også den ældre tog hjem med gode ideer og inspiration.

Noget af ideen for mig ved kollegavejledning er at omsætte den dejlige fornemmelse, det er fra at være den, der bliver

spurgte til råds, til at være den der får en trængt/træt kollega i gang med »at være den spørgende«. Så er dialogen/ligeveerdigheden i gang og mulighederne for gensidig påvirkning uanede. Processen vil næsten altid føre igangsætning af noget med sig, ofte selvfølgelig krævende en form for opfølgning. Efter en tid en opringning, eller prik på skulderen ved lejlighed: Hvordan gik det med? Naturligvis med en hårfin balance mellem »kontrol« og fornemmelsen af at »føle sig taget af«. – Genkender du det fra patientsituationerne?

Hen over årene tror jeg faktisk, at det er sådanne oplevelser og tanker, der fik mig til at »dyrke« kollegavejledning i det daglige arbejdsliv. I starten i passende situationer, men efterhånden ofte næsten uden at tænke på det, det blev en del af mit almene praksis-arbejdsliv.

Men, når en eller anden kommer og siger: Kan du ikke tale med »ham«, han har nogle problemer med sig selv, sit arbejde, med henvisninger, med kvalitet af patientbehandling, ja så opleves kollegavejledning pludseligt som noget »helt andet«, større og krævende både fagligt og menneskeligt. Hvad giver mig tro på, at jeg kan hjælpe ham, hvorfor er jeg »bedre« end ham, gør jeg mere skade end gavn, er der noget jeg bør vide om ham, er der nogen faglige procedurer jeg bør bruge, hvad sætter jeg egentlig gang i hos ham. – Ja, hvem tør nu gå i gang med kollegavejledning, vi har imidlertid alle udført kollegavejledning uden at tænke så meget over alle disse hæmnings.

Men stadig: Hvad med kollegaen der ikke kommer, er han et »bad apple«. Jeg har aldrig brudt mig om udtrykket, idet vi hver især har »lidt af et bad apple« i vores daglige praksis-arbejde her og der, når vi ser på den enormt store faglige og organisatoriske viden, vi skal rumme og anvende i næsten hver konsultation.

Hvordan sætter vi ord på »situationen«

På et tidspunkt prøvede jeg metoden, vi anvender over for patienterne, nemlig at spørge lige ud: Jeg synes, du virker træt, og jeg ser dig aldrig til vores arrangementer, kan vi ikke tage en snak om det?

Eller, når jeg som praksiskonsulent fra en afdeling hører om en kollega, der er »sure på« grundet gentagne dårlige henvisninger og mangelfuld ambulant opfølgning, da at vende det over for kollegaen til: Jeg har hørt fra sygehuset, at du finder deres procedure og udskrivningskort mangelfulde, kan vi ikke tage en snak om det, så vil jeg se på, hvad jeg kan gøre?

Det har givet mig en del inspirerende og lærende samtaler med en kollega, der måske havde brug for hjælp og egentlig

gerne ville tage imod, men som ikke kunne tage sig sammen til at bede om det. Ofte har jeg lært meget af samtalerne. Selvfølgelig har jeg også oplevet afvisning, men senere alligevel set kollegaen til møder.

Muligheder for opsøgende dialog

Kan denne simple form for kollegavejledning løftes op til en mulighed for hjælp til de af os, der i situationer er ved at køre fast, eller direkte af andre er udpeget som en kollega, der har brug for vejledning til almen praksis-arbejdet?

Her er der brug for at skaffe sig solid viden om eksemplerne og så få en kontakt med kollegaen. Det optimale må vel være at komme med eksempler til hinanden, inden det kommer så langt. I mit årelange arbejde med Praksiskonsulentorganisationen har jeg samlet mange eksempler, som alle ville kunne anvende i kollegavejledning. Du har dem selv i din dagligdag. Det er der, hvor du gerne ville have handlet anderledes, måske var tæt på en fejl, men også der hvor du undrede dig over, hvorfor blev »denne konsultation så givende for patienten, og inspirerende for dig selv«. Altså tid til refleksion i dagligdagen, husker vi det, tager vi os tid til det, eller endnu bedre, indvier vi en kollega i det?

Begrebet »utilsigtede hændelser, eller næsten-fejl« giver stof til eftertanke hos den enkelte, dersom de opsamles, systematiseres og dermed giver adgang til læring. Det kan også være en god indfaldsvinkel til den samtale, man gerne vil have i gang med en kollega, at man fortæller: Nu skal du høre, hvad jeg var lige ved. Kender du også sådant?

En organisatorisk tankegang omkring kollegavejledning rummer overvejelser over:

- Den praktiserende læges *roller*, bl.a. udredning, behandling, medvirken til sammenhold i patientforløb, aktivering af patienten, samordning af »specialist viden«.
- Den praktiserende læges *redskaber*, bl.a. lyst, viden, erfaring til at arbejde med overblik over patient-situation, evne til at være gate-keeper, eller måske efterhånden gate-advisor, brug af netværk såsom patientens pårørende, specialister og kommunetilbud.

– Så, nogen siger: Kvaliteten i almen praksis skal bedres, mere styring. – Jeg og andre siger: Kunne vi friste med sikring af viden, overblik, adgang til »de rigtige døre«, færdiggørelse af patienten, bedre brug af overenskomst og hermed mulighed for kvalitetsforbedring. Medvirken til en accept af udefra kommende påvirkninger.

Hvad er »trylleordene«? Viden, økonomi og tid. Noget nyt i det, nej, men, kan vi komme ind til den kollega, kan vi få

den kollega, der trænger, med i en dialog? Hvordan finder vi ham egentlig?

Er det ham, der har for stort forbrug af visse ydelser, er det ham der har for mange henvisninger i.f.t. øvrige kollegaer, er det ham der aldrig kommer til møderne, er det ham der hele tiden skifter personale ud, er det ham der fik en depression, er det ham der aldrig er færdig før sent på eftermiddagen. Er vi som praktiserende læger parate til at ville »tage imod«? Ja, jeg synes generelt, at holdningen ændrer sig. Flere og flere søger sammen i grupper og beder »en eller anden« om at kigge med og kommentere handlinger og procedure i disse praksis.

Samlende forum: Praksisenhed

Tanken om opbygning af »et sted«, hvor man som kollega kunne ringe til og høre om lokale faglige og organisatoriske muligheder tog form. Jeg har medvirket til opbygning af »Praksisenhed«. Et sted, hvor alle faglige og organisatoriske »elementer« er repræsenteret. Det er kollegaen, der arbejder med Praksiskonsulentordningen (dermed kendskab til sygehusets-, specialisterne- og kommunernes muligheder), kollegaen der arbejder med udvikling af intern struktur i den enkelte praksis (lægens udvikling fagligt og menneskeligt, personalets sammensætning, viden og kunnen), kollegaen med IT-viden, eller om medicinpræparater, kollegaen der arbejder deltid på Institut for almen medicin, kollegaen der repræsenterer Dansk Selskab for Almene Medicin.

De er der alle, dem der kender noget til de områder/problemer vi støder på i vores daglige praksis liv. De bruges til, at vi alle kan lære: *Vanskelige ting tager lang tid, de umulige tager lidt længere* (Chaim Weizmann). Der arrangeres gå-hjem møder, hvor nynedsatte, eller ældre kollegaer kan mødes til en snak om problemer, udfordringer og gode ideer.

Praksisenheden i Århus er i fast driftsfase på det Regionale budget for sundhedssektoren. Enheden er to år gammel, endnu ikke evalueret, men bliver i stigende grad brugt af praktiserende læger. Tanken blev skabt i samarbejde med administrative personer. De omtalte kollegaer er ansat på deltid, med ansatte sekretærer m.m. er lønnet af Regionerne. Herved opnås et medejerskab, men også en legitimering af, at Regionerne har sin opfattelse af, hvad de praktiserende læger kan tilbyde borgerne, og vi kommer længst ved fælles holdning. Dette fremmes ved daglig snak i kaffepauser m.m.

Ideer og fremadrettede handlinger afklares i et Kvalitetsudviklingsudvalg, der lægger strategi for, hvad der skal fremmes i kommende tidsperiode for almen praksis i Regionerne.

Kollegavejledning har givet mig et »bibliotek« af historier, faglig viden, inspiration til organisatorisk arbejde, dels i egen klinik, men også centralt. Det har givet mig støtte til tryghed i min egen praksis arbejdsdag. Det har givet mig et større perspektiv til, at det at være almen praksislæge, det har givet mig energi til de perioder, hvor jeg syntes »nu kan det være nok«. Det har bidraget til mit gode og lange fortsatte praksis liv.

Så, hvorfor ikke bare gå i gang kære kollega. Tiden? Du vil opdage, at anvendt tid til kollega-snak/kollegavejledning kommer rigeligt igen, din egen daglige perspektiveres og får mere energi.

Du løftes væk fra »kun« at se på forhøjet blodtryk, halsbetændelser, ja selv hele patienten, til at se dit arbejde i en anden sammenhæng. Du vil opleve, at praktiserende læger tager sig af hinanden. – Ring nu og få aftalt en snak med en kollega, om det du har »problem« med.

Er det let? Nej, men husker du fornemmelsen, da du lærte at cykle og pludselig fik »udvidet din verden«.

Evt. spørgsmål og kommentarer kan rettes til: jmr@dadlnet.dk



FOTO: © REGIN HERTHOLM

Det gode liv i allmennpraksis – hva ble det av?

AV ARJAN NIELAND

Innledning – utfordringen

Fra mitt psykiaterkontor ser jeg ut over Hamar mens jeg funderer på utfordringen fra Utpostens redaksjon om å skrive noe som berører «Det gode liv i allmennpraksis». Forutsetningen for å være meningsberettiget skulle være tilstede etter nesten 20 år i allmennpraksis og spesialist i allmennmedisin i mange år forut for konvertering til psykiatrien.

Selv om det har gått noen år, husker jeg fortsatt godt hvordan oppbruddet fra allmennpraksis medførte en følelse av lettelse, innblandet litt tvil og sorg. Tvil rundt et vanskelig valg, som ville føre til en avslutning av et viktig kapittel i livet mitt. Sorg knyttet til det som måtte ofres for å starte noe nytt: et godt forhold til mine pasienter, bygget opp over mange år, en bra fungerende praksis med hyggelige kolleger og Norges flotteste allmennpraksislokaler. Men det var helt klart også lettelse.

Selv om private forhold bidro på sin måte til et endelig valg, var det samtidig en opplevelse av at den positive følelsen knyttet til allmennlegejobben hadde bleknet. En slitenhet hadde kommet nesten umerkbart, langsomt, snikende over år. Hva ble det av gleden og motivasjonen som jeg følte som ung lege i allmennpraksis? Var jeg «utbrent»? Det er visst vanlig blant oss leger...

Den gode følelsen har kommet tilbake i min nye spesialitet. Men jeg lurer på hva ble det av «det gode liv i allmennpraksis» som uten tvil var der i mange år. Kan refleksjon rundt mine erfaringer gi meg et svar? Vil det samtidig kunne hjelpe kolleger som ønsker å ta vare på sitt gode liv i allmennpraksis?

Valg, motivasjon og erfaringer er noen av faktorene som påvirker vår opplevelse av hverdagen, også i jobben. Hvordan var det med mitt valg, min motivasjon og mine erfaringer? Det er rart: minnene bare strømmer på, så snart dette blir berørt. Ting jeg ikke har fundert på i mange år dukker opp i form av bilder, som på et eller annet vis sier



Arjan Nieland

Født i 1958. Kommer fra Nederland. Studert medisin i Groningen, Nederland. Kom etter nederlandsk autorisasjon til Norge i 1984. Noen vikariater på sykehus i 1984 og 1985, fra 1985 jobbet i allmennpraksis, spesialist i allmennmedisin fra 1991. Spesialist i psykiatri fra 2007. Er nå overlege ved DPS Hamar.

noe om mitt liv som lege. Kan de også si noe om «det gode liv i allmennpraksis»? Jeg tror at sammenhengen mellom opplevelsen av «det gode liv» og erfaringer, motivasjonsfaktorer og valg i mitt tilfelle kan kaste lys over noe.

Drømmen om uavhengighet

Jeg ser meg selv i 1984 på min første jobb som ung assistentlege på et av landets største sykehus. Bortkommen bak en rad av spisse albuer, med en følelse av ikke å bli tatt alvorlig. Det virket som om det viktigste for en ung lege ikke var jobben han gjorde, men det å bli regnet med av professorene og overlegene. Jeg vil ikke påstå at denne fornemmelsen nødvendigvis var helt riktig, men den ga meg følelsen av å ha kommet på feil sted. Lojalitet overfor pasientene med deres behov har jeg både da og senere følt på som en viktig drivkraft i mitt arbeid. Medisinfaget i seg selv har på en måte kommet i andre rekke. Denne sykehuserfaringen styrket min dragnings mot allmennpraksis, hvor jeg hadde en forestilling om mer «pasientfokus».

Bildet endrer seg: tidlig vår på Vestlandet et halvt år senere. Jeg kjører visitt i strålende sol langs fjorden i min første allmennpraksisjobb. For meg er opplevelsen av «det gode liv» her koblet til en jobbsituasjon, hvor jeg selv var ansvarlig for å gjøre det jeg mente var riktig i forhold til mine pasienter. Også til den gode følelsen av å stå i en meningsfull sammenheng, av å bli respektert av pasientene, av å ha en stor grad av frihet i det å fylle min hverdag, av å jobbe med faget på egne premisser. Dette utgjorde den riktige blandingen for meg. Muligheten for å gjøre selvstendige faglige valg, passet dessuten mitt selvilde som «einstøing», men kunne også gi følelsen av å være litt «outsider» blant

kolleger. Min opplevelse av for snevre faglig-vitenskapelige rammer rundt vårt daglige arbeid kan kobles til dette.

Det kan i ettertid virke naturlig at denne «drømmen om uavhengighet» kan ha satt sitt preg på mitt allmennpraktikerliv. Den kan ha medført en slitasje: ambisjoner om å tekkes pasientenes behov, følelsen av å være en «outsider», men også en økende tvil i forhold til tilstrekkeligheten i faget vårt.

Hva om jeg hadde lært å tøyte ambisjonene mine? Det hadde utvilsomt gjort jobben lettere. Jeg måtte lære ikke å ta ansvar for «alt». Denne lærdommen kom kanskje noe sent. Hva om det hadde vært større faglig rom innen medisin-faget? Hadde det kunnet gi meg mer pusterom, og styrket den positive opplevelsen av allmennpraktikerlivet?

Medisinsk vitenskap og forskning har ensidig fokus på den naturvitenskapelige side ved faget. De menneskelige, «helhetlige» sidene ved faget, har mye dårligere kår, mens jeg alltid har vært fascinert av disse aspektene ved utøvelsen av legeyrket. «Klinisk blikk», «legekunst», «intuitiv tilnærming» har blitt nesten glemte antikvariske begrep. For meg ble dermed en del av inspirasjonen svekket. Dette har for min del trolig virket negativt inn på opplevelsen av «det gode liv».

I stedet for å ha fått større faglige rom, har de siste par tiår vilkårene rundt utøvelsen av faget i økende grad blitt innsnevret, diktert av bl.a. politikere, økonomer, byråkrater og jurister. Blant legekolleger har jeg i økende grad opplevd bekymring for å gjøre feil, behov for å sikre seg juridisk. I tillegg mener jeg også å ha merket en økende grad av ensidighet i tilnærmingen til pasientene i tråd med den vitenskapelige fokuseringen. Også pasientene har endret seg i tråd med dette. De har i økende grad kommet med krav, gjort sine rettigheter gjeldende, istedenfor å konsultere sin doktor, som et menneske de har tillit til. Det er lett å se at min drøm om selvstendighet ikke lett lar seg forene med de beskrevne endringer.

Hva med legerollen?

Noen bilder av tidligere læremestere og sjefer dukker opp. I min læretid tilhørte de mest markante rollemodellene for legene en legetype som allerede da var utgått på dato: den gamle legen som både var lege overfor sine pasienter, overfor sine naboer og sin familie. Autoritær, fryktet, respektert, men også elsket. Hundre prosent av tiden og i alle sammenhenger var han (ofte en mann) lege. Doktorfamilien støttet opp under rollen, og aksepterte blandingen av legerollen og familierollen som uunngåelig. Travelheten var et adelsmerke.

Min legegengenerasjon måtte tilkjempe seg en ny legerolle, både på jobb og som privatperson. Denne rollen skulle være mer oppdatert i forhold til samfunnets krav om å være et alminnelig menneske, uten særstilling eller særrettigheter. Samtidig måtte den være tilpasset alle nye sosiale krav: legen måtte innfinne seg som forelder, ektemann, og i sosiale sammenheng. Det kom også en klar endring i forhold til familielivet, hvor både «doktorfamilien» og «doktorfruen» var blitt utdatert. Doktoren ble dessuten like mye kvinne som mann.

Hvordan kom legene gjennom denne rolleendringen? Jeg vil postulere at vi enda ikke har klart å komme helt gjennom denne endringen. Kravene fra pasienter og myndigheter om en ufeilbarlig lege har økt, samtidig som legen måtte bli et alminnelig menneske. I tillegg kom krav om å innfri alle forventninger til faglig dyktighet, til sosial kompetanse, og til å fylle alle tiltenkte profesjonelle og private roller. Legenes travelhet har blitt en belastende del av legens identitet. Noe som på bakgrunn av alle krav neppe kan være en overraskelse.

Det er mange kolleger som sliter i privatlivet, hvor ufullkommenhet i den «nye» sosiale rollen fort blir avslørt. Også i jobben fortøner alle kravene seg uoverkommelig. En kan lure på om litt mer forståelse for dette er en av grunnene for at leger ofte velger seg en legepartner? Legeforeningen har satt i gang prosjekter som «lege for lege», «Villa Sana» osv. i et forsøk på å snu dystre statistikker i forhold til utbrenthet, depresjoner, rusing, suicid, samlivsbrudd. Her har jeg i likhet med mange kolleger også mistet noe av «det gode liv» på veien.

Krav fra pasientene og krav i forhold til praksisføring har fått juridisk forankring og henger mye mer over oss som trussel enn før. «Feilvurdering» har i økende grad blitt til spøkelse som lurer i bakgrunnen ved alt vi gjør. Pasientjournalen har umerkelig endret status fra legenes arbeidsredskap til juridisk dokument for å dokumentere at ikke noe er glemt og ikke noe har blitt gjort feil. Manglende dokumentasjon er bevis for det motsatte. Der hvor det før var et tillitsforhold, med plass til gjensidig respekt og tillit, har det oppstått et forretningsmessig forhold, hvor krav og plikt veies opp mot hverandre. «Respekt» og «tillit» har blitt plassert blant klisjeer, til bruk i offentlige rundskriv og festtaler. Min psykiatriske kunnskap tilsier at jeg må være en blant mange leger som opplever det å få respekt og tillit som motiverende faktor. For meg har denne endringen svekket opplevelsen av «det gode liv».

Motivasjonen for å velge legeyrket

Hva er motivasjonen for å bli lege? Hva var min motivasjon for å velge medisinstudiet allerede som 17-åring? Vet en 17-åring hva et slikt valg innebærer? Skoleflink må man jo

være for å få studieplass, men det er verken motiverende i seg selv eller kriterium for å kunne fungere som lege. Det er noen faktorer som kan løftes fram, koblet til mine erfaringer.

Det å velge, betyr også å velge bort. I mitt tilfelle talentet som ville kunne ført til en brukbar musikerkarriere. Jeg følte meg imidlertid nokså sikker i forhold til dette valget. Det er imidlertid umulig å huske hva denne sikkerheten besto i. Gjenlyden av min fars røst finnes imidlertid fortsatt et sted: «Du vil alltid kunne være lege og ha musikk som hobby. Det er vanskelig å ha det omvendt.» Henger dette igjen som rest etter et tafatt ungdomsforsvar mot fars ønsker for meg? Til tross for jevnt over god trivsel i legeyrket har tiltrekningen til musikken alltid fulgt meg. Noe som har resultert i mye musikk gjennom årene. Men det å velge musikken bort som yrkesvei har fra tid til annen gitt et vagt ubehag. Dette var riktig nok sterkest når trivselen på jobben var minst, men allikevel...

Og hva med fars motivasjon for å råde meg slik han gjorde? Som eldre mennesker oftere gjør, kom også min far i sine siste år med minner fra både barndom og ungdomsårene. Han betrodde meg en dag at han var stolt av at jeg hadde blitt lege, for det var noe han selv hadde ønsket da han var ferdig på gymnasen. Men han fikk ikke lov til å søke et universitetsstudium, det fikk holde med lærerskolen! Dette satte mitt valg i et litt underlig perspektiv.

Spørsmålet om faktorer som min fars tapte muligheter faktisk gir utslag på så viktige valg, virker berettiget men også skremmende ut fra et «selvrealiseringsperspektiv». Kan

noe av mitt gryende ubehag i forhold til legeyrket henge sammen med slike forhold koblet til min opprinnelige motivasjon til å velge medisinstudiet? Det kan i tilfelle også ha bidratt til å svekke mitt «gode liv i allmennpraksis». Min trivsel i nåværende stilling kan da delvis henge sammen med at den gir noe mer rom for musikkaktiviteter.

Ettertanke

Jeg vil ikke påstå at denne betraktningen gir meg svar på alt. Gjennom de presenterte tankerekken og assosiasjonene kom allikevel et forklarende lys på mitt forhold til «det gode liv i allmennpraksis». Noe av dette vil trolig være gjenkjennelig for allmennpraktiker-kolleger. Mine erfaringer vil på denne måten kunne bidra til å sette deres opplevelser i perspektiv.

Læring ut fra erfaring kommer per definisjon for sent til å endre sitt eget grunnlag, men kan påvirke fremtidige valg. For meg gjelder derfor at jeg neste gang skal være mer obs på hva som motiverer meg, på det beste valg jeg kan gjøre. Jeg vil skape mer rom for opplevelser ved siden av jobben, bruke mer tid til familien, til sosiale forhold, og i mitt tilfelle til musikk.

En siste assosiasjon dykker opp: Hadde det vært hjelp i å inkludere obligatorisk fordypning i estetiske fag i medisinstudiet? Ville det styrket opplevelsen av mangfoldigheten ved mennesket og livet? Kunne det ha bidratt til en økt forståelse for de forsømte ikke-naturvitenskapelige sider ved faget vårt? En mest mulig mangfoldig opplevelse av livet og av jobben vil i seg selv kunne styrke «Det gode liv i allmennpraksis».

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: arjan.nieland@sykehuset-innlandet.no



FOTO: © REGIN HERTHOLM

Det gode liv som allmennlege

AV KARIN ISAKSEN RØ

«Det første du må lære er å være der du er, og ikke være der hvor du i grunnen ikke er.»

(Bjørnen Baloo i Disneyversjonen av Jungelboken, basert på Ruyard Kiplings bok.)

Det gode liv er viktig. For leger har mangel på det gode liv konsekvenser ikke bare for seg selv og sine nærmeste, men også for pasienter og medarbeidere. Gjennom mitt arbeid på Ressurssenter for helsepersonell, Villa Sana, har jeg fått møte og samtale med mange leger om måter å finne tilbake til det gode livet. Mitt perspektiv på det gode liv i allmennpraksis blir her å diskutere grunner til mangel på godt nok liv, slik mange leger opplever det i perioder, og hvordan man igjen kan komme i den situasjonen at man ser og har overskudd til å velge «det gode liv».

En erfaring fra samtaler med leger er at vi ofte utsetter å være «der vi er» og lever i fremtiden. «Når bare turnus er over, når jeg får en fast stilling, når jeg endelig er ferdig spesialist, når jeg har kommet over denne krevende perioden... så skal det gode liv komme. I mellomtiden gjelder det å holde ut og å stå på!» Noen ganger kommer vi over kneiken. I andre perioder av livet kan den ene strevsomme perioden avløses av den neste og bli til en mer permanent tilstand. Kanskje man nesten ikke husker at livet kunne (skulle?) være annerledes, og drømmen om det gode liv forsvinner i en grå hverdag.

Det er når «summen av alt» blir for stor over tid at vi merker belastningen. Når utfordringene på arbeidsplassen blir store, samtidig som man får vansker i samlivet, har barn eller foreldre som trenger ekstra omsorg, møter egen sykdom eller sykdom/dødsfall i den nærmeste kretsen, blir vi påvirket. Forandringene kommer ofte gradvis, nesten uten at vi legger merke til det. Overtiden øker på jobben. Den dårlige samvittigheten i forhold til å ikke strekke til oppleves både på jobb og i andre deler av livet. Tålmodigheten kan bli mindre, med irritasjon mot medarbeidere, partner eller barn. Overskudd til å ringe eller treffe venner forsvinner. Det som pleide å være morsomt – som å gå en



Karin Isaksen Rø

Spesialist i arbeidsmedisin. Har siden 2002 jobbet ved Ressurssenter for helsepersonell - Villa Sana ved Modum Bad. Har der møtt leger, enkeltvis eller med partnere, ved rådgivnings-samtaler og ukeskurs. Nå forsker, gjør en oppfølgingsstudie av helsepersonell som har oppsøkt Villa Sana. Tidligere stillinger i allmennpraksis, arbeidsmedisin og psykiatri har gitt nyttige erfaringer for arbeidet på Villa Sana.

tur eller høre på musikk – gir ikke glede lenger. Noen sover dårlig. Etter hvert kan dette gå over i kroppslige smerter, depresjon og utbrenthet.

Utfordringene møtes ofte gjennom «å stå på mer», og det å ta seg tid til å stoppe opp kan føles fjernt og lite realistisk. Men det er når man stopper opp at man kan spørre seg: «Hva er det jeg verdsetter i hverdagen – på jobb og utenom jobb? Hva er mine behov for å kunne være en god lege og person over tid? Hva gir meg overskudd? Hvordan kan jeg ivareta den nødvendige balansen mellom å være ansvarlig for andres behov, være bevisst og tydelig på egne behov og å skape rom for hvile og påfyll?»

Å stoppe opp er ikke bare praktisk vanskelig, men kan være følelsesmessig ubehagelig og noen ganger skamfullt. Legers høye forventninger til egen fungering og mestring gjør det vanskelig å erkjenne en livssituasjon som går i underskudd. Det er uvant å ta hensyn til egne behov.

«Det jeg blir bevisst kan jeg ofte gjøre noe med, det som forblir ubevisst gjør ofte noe med meg.»

(Gordon Johnsen, psykiater, Modum Bad)

Bevisstgjøring og aksept av egen situasjon, både på jobb og i livet for øvrig, er en nødvendig forutsetning for å muliggjøre endring. Noen av karaktertrekkene som gjør oss til gode leger kan også – når de blir satt på strekk – bidra til vår sårbarhet. Evnen til å ta ansvar og å fullføre arbeidsplikt gir pasienten trygghet, men kan også gjøre at vi blir slitne. En selvkritisk holdning er vist å være assosiert med empatisk

evne, men kan også være en risikofaktor for utvikling av depresjon. Mange leger har stor del av sin verdi knyttet til å mestre arbeidsoppgavene og en diskusjon om mulig sykkelmelding kan oppleves som en trussel om tap av identitet og verdi. Alvorlig slitenhet hindrer oss i å se muligheter for endring. Situasjonen oppleves helt låst, og man ser ikke løsninger.

Christina Maslach, som har definert og utforsket begrepet utbrenthet, peker på seks faktorer på arbeidsplassen som har betydning for «det gode liv» der (1). Hun understreker at disse faktorene må vurderes i et dynamisk forhold mellom individ og jobbsituasjon. Siden livets ulike deler påvirker individet, er livshendelser utenom jobb viktige å ta i betraktning når arbeidssituasjonen vurderes. Når dynamikken mellom individ og jobb fungerer skaper det engasjement og glede i jobben. Når den ikke fungerer øker risikoen for slitenhet/utbrenthet. Det kan bli en spennende, utfordrende, og viktig samtale når vi setter oss ned i arbeidslaget og diskuterer forholdet til følgende faktorer sammen.

Arbeidsbelastningen handler både om antall timer på jobb og om hvor intenst vi jobber. En 50 prosent stilling i en fase med mye omsorgskrevende oppgaver hjemme kan føles mer belastende enn en 100 prosent stilling med en del overtid i en annen livsfase. Følelsesmessig belastning, som møter med alvorlig syke pasienter eller med pasienter og pårørende i andre krevende situasjoner, er en annen dimensjon av belastning. Utrygghet i forhold til å ha blitt eller å kunne bli anmeldt eller uthengt i media er belastende. Hvordan oppleves den samlede arbeidsbelastningen i forhold til min livssituasjon for øvrig?

Kontroll. Opplevelse av å ha kontroll over sin tid og over ressurser er viktig i arbeidssituasjonen. En lege opplevde å føle seg frustrert og sliten fordi hun alltid var på etterskudd. Barnehagens åpningstid og første timeavtale på kontoret var dårlig koordinerte. Hun manglet kontroll over egen tid der hun stresset for å komme tidsnok til jobben, og hun begynte ofte arbeidsdagen med dårlig samvittighet for forsinkelsene som forplantet seg videre ut over dagen. Når hun bestemte seg for å forskyve første konsultasjon et kvarter (på tross av motstand fra medarbeidere), opplevde hun å få kontroll over arbeidshverdagen.

Belønning kan handle om lønn, og det kan handle om muligheter til faglig oppdatering. En viktig del av belønningen på arbeid er å kunne være stolt over egen arbeidsinnsats. Ligger forholdene til rette for at jeg kan føle meg tilfreds med måten jeg tar mål av meg å gjøre jobben på? Klarer vi å gi hverandre tilbakemeldinger som er bekræftende, og hvordan møter vi takknemlighet og utakknemlighet fra pasientene?

Samhørighet handler om å gi og å få tilbakemeldinger, kjenne samhørighet med medarbeidere, kunne dele glede og humor. Ofte merker vi ikke hvor viktig dette er når det fungerer godt, men en ulmende konflikt stjeler mye krefter. For å snakke om hvordan vi har det, enten på arbeidsplassen eller i kollegagrupper er viktige arenaer for å forebygge slitenhet. Leger som deltar i gruppesamtaler på Villa Sana gir tilbakemelding om at det kanskje er første gangen de snakker med kollegaer om manglende opplevelse av mestring eller om egne bekymringer. Å høre at andre har lignende erfaringer og følelser er viktig, for det er lett å tro at man er alene med sine opplevelser. I allmennpraksis inngår det i spesialistutdanningen å gå i en veiledningsgruppe, og noen av disse gruppene fortsetter å møtes etterpå. Gruppene kan fungere godt og medlemmene forteller om hvor viktig det er å ha et sted der man virkelig kan snakke om hvordan man har det. Fra andre grupper fortelles det derimot at man helst snakker om det man mestrer og får til, og for lite om andre sider av livet.

Rettferdighet og respekt. Allmennpraktikere blir nå pålagt flere oppgaver som tidligere var spesialisthelsetjenestens arbeidsområder. Det kommer nye skjemaer og flere etterspørsmål om uttalelser og erklæringer med korte frister fra NAV. Når det samtidig vises liten interesse for hva slike tilleggsoppgaver betyr for allmennpraktikerens arbeidssituasjon kan det oppleves som en mangel på respekt. Å bli hørt og respektert er viktig for selvfølelsen og for opplevelsen av at jobben man gjør er verdifull. Å ikke føle seg respektert kan føre til manglende lojalitet mot arbeidsplass eller samarbeidspartnere, og slik lojalitetsmangel kan føre til slitenhet og oppgitthet.

Verdier og visjoner styrer mye av våre handlingsmåter og reaksjoner. I mange tilfeller tar vi for gitt at vi på en arbeidsplass deler grunnleggende verdier, uten å diskutere det med hverandre. Det er viktig, ikke minst i dagens samfunn med flerkulturell bakgrunn både blant personale og pasienter, å lage rom for å drøfte disse dimensjonene. For mange leger er det en grunnleggende verdi å ha mulighet for respektfulle møter med pasienten. En opplevelse av å gå på akkord med en slik verdi er viktig å ta på alvor, da det kan tappe oss for krefter og engasjement. President i Legeforeningen, Torunn Janbu, spurte i en artikkel i Dagens Medisin (2) om vi trenger å innføre en egen takst for samtale med pasienten siden krav om produksjon og økonomi altså kan gå på bekostning av slike grunnleggende verdier.

Leger har en tendens til å ta ansvar for mangel på ressurser og tid på arbeidsplassen. Systemproblemer personliggjøres dermed. Dette kan forhindre nødvendige endringer av strukturer i arbeidshverdagen.

Det er i interaksjonen mellom arbeidssituasjon og individ utfordringene blir tydelige. For å se denne interaksjonen er det nyttig å reflektere sammen med kollegaer. Leger er tilbakeholdne med å søke hjelp for egen del, og det er derfor laget ordninger med lav terskel for kontakt. Støtteleger finnes i alle fylker, og er tilgjengelige for samtaler når man ønsker en samtale med en kollega. Ressursenter for helsepersonell, Villa Sana, har tilbud om slike samtaler med en dags varighet eller kurs over en uke. Ukeskursene består av undervisning, daglige gruppesamtaler, tilbud om en individuell samtale, fysisk aktivitet og et kulturelt tilbud. Man kan, både til samtaler og kurs, komme sammen med sin partner. Kontakt med støtteleger og Villa Sana er ikke definert som behandling (journal skrives dermed ikke), og finansieres av Legeforeningen. Erfaringsmessig har mange leger vært i krevende situasjoner over tid før de tar kontakt

med disse tilbudene, og kan ha symptomer på langvarig slitenhet. Da må endringer på flere plan drøftes, både i forhold til den enkelte legen, og i forhold til interaksjonen mellom lege og arbeidsplass. Som i all annen forebyggende virksomhet vet vi at det er viktig å være primærforebyggende. Det er en utfordring for leger å ta kontakt i en tidlig fase.

«Are you where you are?
Are you not where you are?
Go to where you are, I'll wait for you there.»

Jan Erik Vold.

Referanser

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annual Review of Psychology. 2001; 52:397-422.
2. Dagens Medisin 2006, nummer 15

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: karin.roe@modum-bad.no







FOTO: © REGIN HERTHOLM

Det gode liv i allmennpraksis – finnes det? *Del II 2008*

AV HELGE WORREN

For 14 år siden (1994) skrev jeg en artikkel i Utposten med ovennevnte tittel. Når jeg nå leser den igjen, virker det svært lenge siden, men samtidig er det jeg skrev like aktuelt i dag. Jeg morer meg når jeg spøkefullt sier til meg selv at det var godt skrevet. Ved første ettertanke har jeg kanskje ikke mer å tilføye? Men ved nærmere ettertanke provoserer og stimulerer temaet meg likevel til å ta tastaturet fatt.

Hva sa jeg?

Jeg innledet med å si at det gode liv er høyst subjektivt og personlig, og at det jeg skrev var refleksjoner fra egen og andre kollegers erfaring.

- At det gode liv består av mange deler som utgjør et hele, syntes for meg innlysende.
- At det gode liv i allmennpraksis er å lære seg å leve med det vanskelige og uløselige er noe av kjernen i allmennmedisins kunsthåndverk.
- Det gode liv i allmennpraksis består i å komme nær inn på livet sier mye om hvorfor allmennmedisin ofte kalles hverdagsmedisin og helhetsmedisin.
- Det gode liv i allmennpraksis betinger faglig utvikling og innebærer frihet er en stor utfordring, kanskje ennå større for allmennmedisin enn for mange andre fag.
- Det gode liv i allmennpraksis består i et godt liv utenfor allmennpraksis er for mange hardt arbeidende allmennmedisinere ikke alltid så lett.

Hva er mitt ståsted i dag og hva tenker jeg i dag?

Jeg er ikke lenger utøvende allmennpraktiker, men har aldri sluttet å føle meg som allmennpraktiker. Det har noe med selve arbeidsmåten og tilnærmingen til pasientene som jeg opplever gjør oss allmennpraktikere spesielle og unike. Helhetstenkningen og den gode pragmatisme er ikke minst fremtredende i dette bilde.

Jeg sluttet ikke i allmennpraksis fordi jeg var lei av dette arbeidet, men fordi en annen interesse grep fastere tak i meg, nemlig samfunnsmedisinen og det offentlige helsearbeidet på et mer overordnet nivå. Jeg jobber nå som stedfortredende fylkeslege i Oslo og Akershus, og har ikke



Helge Worren

Allmennlege med noen avbrekk frem til 2000. Samfunnsmedisiner, Redaktør i Utposten 1993–1997. Nå stedfortredende fylkeslege i Oslo og Akershus.

minst arbeidet med tilsynsoppgaver og oppgaver knyttet til folkehelse og psykisk helsearbeid.

Jeg jobbet (deltid) i fastlegeprosjektet i departementet da ordningen ble meislet ut og innført. Ikke minst denne oppgaven er jeg glad for å ha vært med på. Selv om diskusjonens bølger gikk høyt i legekretser, er jeg glad for den suksess ordningen faktisk er blitt. Det skyldes mange faktorer, ikke minst allmennlegene selv. Det gode liv har for mange allmennleger bestått i å gjøre ordningen god, selv om mange var skeptiske i utgangspunktet. Å tenke positivt og konstruktivt tror jeg ligger mange allmennleger nært.

Jeg har kontakt med mange allmennleger gjennom min nåværende jobb, ikke minst fra tilsynsarbeidet. Allmennleger/fastleger får svært få klager. Nærhet til pasientene er nok et nøkkelord her til å forstå dette. Når det likevel klages av og til, er det svært sjelden det dreier seg om faglige bommerter, men dreier seg om temaer som:

- empatisk fremferd overfor pasientene
- informasjon/kommunikasjon til/med pasientene
- alminnelig folkeskikk (håndhilsing, blikkontakt, o.l.)
- samarbeid

for å nevne noen av de hyppigste klagetyper når det først klages. Av klager kan man lære og bli bedre. Er dette også et incitament til det gode liv?

Jeg har noen forslag til hva jeg tror kan gi et ennå bedre liv i allmennpraksis (noe jeg har hørt kolleger si at det gjør):

- en større bevissthet omkring internkontroll (ikke et fremmedord), dvs. tilrettelegging av praksisen slik at lovkrav og fagkrav ivaretas på en best mulig måte

- en mer bevisst og kreativ bruk av medarbeiderne, herunder også en bedre ivaretagelse av ansvaret som arbeidsgiver
- et mer reflektert forhold til det samfunnet vi lever i

Jeg vil også understreke betydningen av **humor**, ikke nødvendigvis bare som gapskrattet, men som den lune, godartede humor som er en nær nabo til vennskap, fellesskap og glede. Det er blitt sagt at *det gode liv er glede, latter og kjærlighet*.

Jeg tror mange er flinke til det jeg har nevnt. Motsatt har jeg erfart at der hvor disse ingredienser ikke er tilstede, blir det ofte vanskelige arbeidsmiljøforhold og en grobunn for klager og misnøye fra pasienter.

Det er en forslitt klisje at penger ikke gir lykke i seg selv. Det bekymrer meg likevel at det for endel kolleger betyr såvidt mye å være kremmere og dyktige utnyttede av takstheftet (takstologer). Uten å moralisere vil jeg tro det er vel verd å reflektere over sitt forhold til kremmervirksomhetens betydning – ihvertfall når det gode liv står på sakskartet.

1994 og 2008 – har det skjedd noe i mellomperioden?

Det har skjedd mye med meg. Ikke bare er det blitt færre hår på mitt hode, men jeg har forhåpentligvis vokst i visdom og kunnskap, vil jeg selv våge og tro. Både det jeg skrev i 1994 og det jeg skriver nå i 2008 kan for min del godt slås sammen. Mer forandret er ikke virkeligheten. Det dreier seg tross alt om verdier med lang levetid, slik jeg ser det.

Det stilles store forventninger til dagens helsetjeneste. Det aller meste som skjer i helsetjenesten, vil jeg våge å si, er positivt. Slik vil jeg også karakterisere allmennlegens/fastlegens virksomhet. Innføringen av fastlegeordningen har ytterligere befestet og formalisert den nøkkelrollen han/hun har i norsk helsetjeneste. Carpe diem – grip dagen, grip mulighetene – allmennlegen har gode tradisjoner i å gjøre nettopp dette – til pasientenes beste og til fremme av det gode liv i allmennpraksis.

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



FOTO: © REGIN HERTHOLM



FOTO: © REGIN HUERTHOLM

Fortellinger om legelivet

AV KARIN STRAUME

Jeg kan se tilbake på et innholdsrikt og godt legeliv: 26 år som allmennlege, 14 år som veileder og i fagutvikling, 12 år i samfunnsmedisin og etter hvert ledelse. Det betyr ikke at jeg er 80 år. I lange perioder har jeg vært heldig å få holde på med flere av disse tingene parallelt.

Hvis jeg skal finne noen fellesnevner eller rød tråd gjennom mitt yrkesliv, må det være dette: Det har handlet om å være *tett på livet* på mange forskjellige måter og bruke **fortellingen** som metode.

Allmennlegen – tett på livet

Den romantiske klisjeen om legen har vel ofte vært den tøffe kirurgen eller anestesilegen som står «med livet i hendene». Som allmennlege følte jeg det urettferdig at blålys-spesialitetene fikk eneretten på dette, for mine hender var jo også fulle av liv: Ikke i den forstand at mitt arbeid så ofte avgjorde mellom liv og død, men mine hender var fulle av *levende og levd* liv. Allmennlegen har kontakt med mennesker i alle livsfaser og følger både individer og familier gjennom store deler av deres liv. Jeg hadde legepraksis i det samme nærmiljøet der jeg selv bodde, og hadde opptil fire generasjoner fra samme familie som pasienter. Historiene om individenes og familienes liv ble så tydelige da, og kjennskapen til deres hverdagsliv ble en viktig del av beslutningsgrunnlaget i det kliniske arbeidet.

Jeg følte at jeg sto midt i det yrende livet; omsluttet av alt fra små barn på spranget ut i livet, til gamle mennesker med dyrekjøpt livserfaring. Jeg var omgitt av liv på alle kanter. Min aller største gledetund som allmennlege opplevde jeg en dag like etter at jeg var kommet tilbake fra et års sykehustjeneste. En ung kvinne sto på timelisten. Jeg hadde fulgt henne gjennom en litt turbulent ungdomstid, men sett at hun fant seg til rette i voksentilværelsen. Jeg hadde fulgt henne gjennom et komplisert svangerskap, der hun til slutt fikk et friskt barn, som jeg fikk følge videre både på helsestasjonen og i praksisen. Nå kom hun for å ta ut spiralen jeg hadde satt inn to år tidligere. «Vi vil gjerne ha et barn til, men vi ville vente med å ta ut spiralen til du var tilbake.



Karin Straume

Cand.med. fra Oslo 1977, allmennlege i Oslo 1980-97, seniorrådgiver hos Fylkeslegen/Fylkesmannen i Finnmark 1997-2006 med hovedoppgave innen turnusveiledning og bistillinger som allmennlege og på UiTø. Fylkeslege i Finnmark fra 2006. Veileder i allmennmedisin fra 1994 og leder av Apf's fagutvalg 1995-98.

For vi vil så gjerne at du skal være med det nye barnet også – helt fra begynnelsen».

Men livet som allmennlege er selvfølgelig ikke bare en dans på roser. Jeg var veldig sliten og tappet mange ganger. Spesielt noen onsdager, da jeg hadde fast kveldspraksis. De siste to til tre avtalene disse kveldene var dobbelttimer satt av til pasienter som jeg trengte ro og god tid med. Ofte dreide det seg om livskriser og psykiske problemer. Jeg kjente hvor smittende pasientenes depresjon og livstretthet kunne være. Men neste formiddag – på torsdager – var jeg helsestasjonslege. Der møtte jeg en gjeng småbarn med ustoppelig livsappetitt. Den var minst like smittende, og hjalp meg tilbake i balanse igjen.

Det er én av de tingene som er så flott ved allmennmedisin: Hverdagen blir så variert. Hjerterinfarkt og fotsopp kommer om hverandre. Det innebærer mange «temposkifter» i løpet av arbeidsdagen og krever evne til raske omstillinger. Men for meg ville det vært mer slitsomt å løpe i samme tempo hele dagen.

Gjennom sykebesøk hadde jeg som allmennlege en unik mulighet til å møte folk i deres eget liv – på deres hjemmebane. Det gav mye gratis informasjon til det kliniske arbeidet. Jeg tror det ville vært vanskelig for meg å finne meg til rette i en «moderne» allmennpraksis der alle pasientene skal komme til legesenteret, og sykebesøk bare er noe du gjør hvert jubelår.

Allmennpraksis handler også om liv og død. Det å følge pasienter gjennom mange år medfører at du må følge noen

av dem frem mot døden. Det var ikke så mange pasienter som ønsket å dø hjemme den gangen, og det var kanskje greit, for terminalpleie i allmennpraksis var krevende. Men med god støtte fra Franscushjelp og hjemmesykepleie, var dette noe av det mest meningsfylte jeg har gjort som lege.

Det som allikevel sitter aller sterkest i minnet fra min allmennlegetid, er alle de fortellingene om *det levde livet* som mine pasienter fortalte. For meg ble det en kilde til glede og nye krefter å få møte alle disse flotte menneskene som kom i min vei. Å være lege var ikke bare å yte og gi hele tiden; det var så mye å få også, hvis jeg bare evnet å ta imot. Hver eneste dag var det mange gleder å høste. Å finne et godt liv som allmennlege handlet for meg om å finne balansen mellom å gi og å ta imot.

For noen år siden kom jeg over en bok som het «Livets fortellinger» (1) og tenkte; «Ja, allmennpraksis er å følge livets fortellinger fra orkesterplass!»

Veiledning – lære for livet

Fortellingen som metode ble bindeledet over til den neste fasen i mitt legeliv. Jeg begynte som veileder i allmennmedisin, og tok med meg veiledererfaringen over i arbeidet med å rekruttere turnusleger til å bli igjen i Finnmark etter endt turnus. Gruppeveiledningen for turnuslegene la vekt på at de skulle få dele sine erfaringer med hverandre og derigjennom finne fram til mestring og trivsel i legerollen. Metoden vi brukte var kasuistikken – den medisinske varianten av *fortellingen*. Ikke fortellinger om sjeldne tilstander og medisinske bragder, men hverdagsfortellingene om pasienter eller situasjoner som var vanskelig å takle, eller som vi hadde lært mye av.

I følge Marianne Horsdal og «Livets fortellinger» bruker vi helt fra barndommen av fortellingen til å oppdage sammenhenger og skape mening i det som skjer rundt oss. Når vi deler fortellingen med hverandre, kan vi sammen utforske sammenhenger, tolkninger og alternative måter å løse situasjonen på. I turnusveiledningen fikk jeg igjen komme tett på livet, gjennom å være tilskuer til de unge kollegenes arbeid med å finne fram til sine løsningsmåter og sin faglige identitet – på spranget ut i sitt legeliv.

Noe av hensikten med fortellingene var også å skaffe den enkelte turnuslege et bredere erfaringsgrunnlag. Mange av kommunene i Finnmark er små, og det kan være begrenset hvor mange forskjellige pasienter og tilstander du rekker å få erfaring med i løpet av et halvt år. Men gjennom kasuistikkene kunne de lære av *hverandres* erfaringer og dermed få et bredere erfaringsgrunnlag. Og jeg var den heldigste av

alle: Det er ikke rart jeg føler at jeg har hatt et rikt legeliv, når jeg bærer med meg fortellingene til mer enn 300 turnusleger.

Samfunnsmedisin – livsvilkår og helse

Samfunnsmedisinen er kanskje det av mine fagområder der fortellingen har de trangeste kårerne. Det meste handler om tall og statistikker og evidensbaserte beslutninger. Men også her er det fortellingen som slår: Det er når de helseskadelige forurensningene får et ansikt i media, at politikerne bevilger.

For meg har samfunnsmedisinen blitt en måte å aggregere alle de kliniske fortellingene opp på et makronivå, der de kan gjøre nytte for seg i et forebyggingsperspektiv. Etter mange år i allmennmedisin følte jeg behov for å sette erfaringene sammen og betrakte dem fra en annen synsvinkel. Fortellingene fra hundrevis av enkeltpasienter måtte kunne brukes til noe mer enn å forstå den enkelte.

Den observante leser vil merke at jeg nå beveger meg i retning av kombilegen: Den gamle distriktslegen som kurerer sin befolkning med den ene hånden og håndhevet de offentlige legeforretninger med den andre. Fra sitt eget hverdagsliv og fra konsultasjonenes lukkede rom hadde han (for det var nesten alltid en hann) førstehåndskjennskap til sine sambygdingers livsvilkår og hvordan de virket på helsen. Og som helserådsordfører hadde han også myndighet til å treffe en del tiltak for å bedre vilkårene, eller å løfte problemene fram for sentrale myndigheter som hadde større makt.

Jeg er klar over at det toget har gått, og jeg er en uforbederlig gammel romantiker som ikke vil gi slipp på det. Det undrer meg likevel at ikke flere allmennleger «tenner» på disse sammenhengene – nå når vi har fått en ny mulighet til å jobbe med populasjoner, også i de store byene: Gjennom fastlegeordningen har alle allmennlegene fått en nevner i brøken sin, som gjør det mulig å se trender og sammenhenger på en ny måte. For meg har denne forståelsen beriket legelivet – også det kurative.

Fortellingen om mitt eget liv

Jeg skal ikke bli veldig privat når jeg forteller om mitt eget liv. Det er mye i mitt liv jeg ikke er stolt av. Men yrkeslivet og privatlivet henger sammen, og man må finne sin balanse mellom dem hvis livet som lege skal bli godt. For legegnerasjonen før meg, og til dels min egen generasjon, var det legegjerningen som dominerte livet. Privatlivet var bare en nødvendig «base camp» for yrkeslivet. Det ble en alvorlig vekker for meg at ingen av mine tre barn ville bli lege, fordi de ikke ville jobbe så mye som jeg hadde gjort. Men da var det for sent å rette opp inntrykket.

Jeg tror på den annen side heller ikke at det er riktig hvis legejobben bare blir en måte å finansiere fritiden på, slik jeg har hørt noen yngre kolleger si. Det å leve så tett innpå andres liv som vi gjør, må få lov å prege oss. Men det må ikke bli hele livsinnholdet vårt.

Det kollegiale fellesskapet har vært viktig i mitt legeliv. Jeg har hatt så mange utrolig flotte kolleger. Med dem har jeg kunnet snakke om det som var vanskelig i den kliniske hverdagen og få råd og hjelp til å komme videre. En periode ble jeg imidlertid så opptatt av faglig arbeid på fritiden, at det ble lite tid igjen til annet sosialt liv. Kollegene ble mitt viktigste sosiale nettverk, og det gikk til og med ut over tiden til familien. Det var ikke godt for noen. I en liten kommune i Finnmark har de hatt stabil dekning med dyktige leger i mange år. De jobber veldig godt sammen, men er nøye med å opprettholde sosiale nettverk på hver sin kant og ikke være for mye sammen på fritiden.

For meg er det ikke tilstrekkelig bare å finne en balanse mellom privatlivet og yrkeslivet. De to delene av mitt liv kan ikke være to adskilte, parallelle løp. De må også henge sammen på en måte som gir mening.

Meningen med (lege)livet

De livsfortellingene jeg bærer med meg fra mitt legeliv har satt sine spor i meg som person, og mine egne livserfaringer preger min måte å møte pasientene på. Lykkelig er den som finner en eksistensiell plattform der disse to sidene av livet kan møtes og gi den samme mening. Da er det duket for det gode liv som lege.

Referanse

I. Marianne Horsdal: Livets fortellinger

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Karin.Straume@fmfi.no

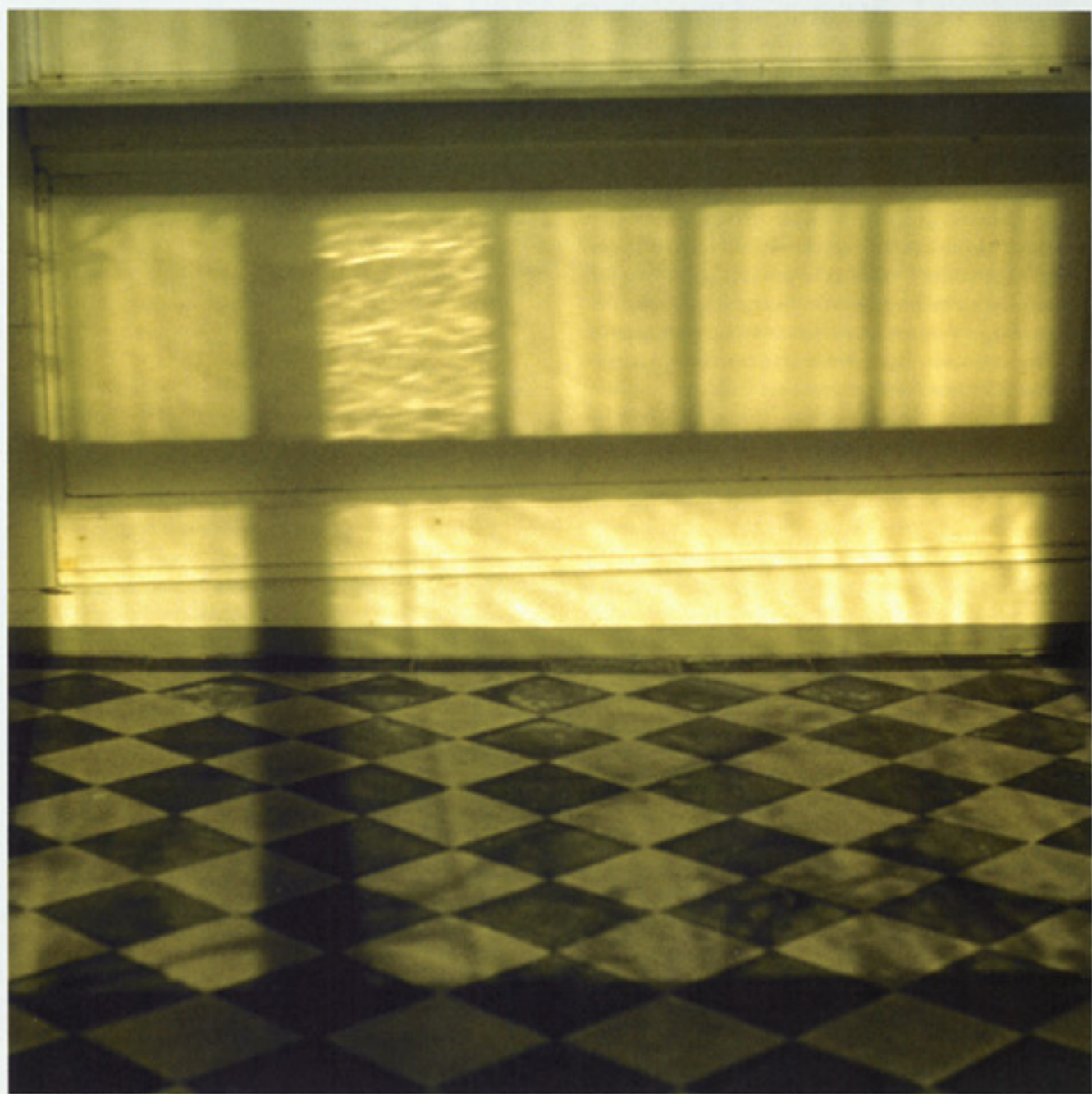


FOTO: © REGIN HERTHOLM

Hva er et godt liv i allmennpraksis?

Det gode liv i allmennpraksis – hva innebærer det og hva inneholder det?

Spørsmålet danner et bakteppe for mange av artiklene i dette nummeret av Utposten, artikler som formidler ulike perspektiver på hva et meningsfylt legeliv består i.

En av forfatterne skriver: «For leger har mangel på det gode liv konsekvenser

ikke bare for seg selv og sine nærmeste, men også for pasienter og medarbeidere.»

Det finnes neppe noen oppskrift på det gode liv, men noen ingredienser må være på plass for å sikre trivsel og tilfredshet. Utposten har gitt tre yngre kolleger tre spørsmål:

1. Hva innebærer «et godt liv i allmennpraksis» for deg?
2. Hva er viktig for trivsel i legearbeidet?
3. Hvilke endringer ønsker du for å få et bedre legeliv?



Kirsten Toft (33)

Kommuneoverlege i Leirfjord kommune,
leder av Nordland legeforening.
Gift med Berge, mor til Thea (7) og Mina (2).

1. «Et godt liv i allmennpraksis» springer ut fra et godt arbeidsmiljø, hvor alle faggruppene i helsetjenesten jobber sammen med respekt for hverandre for å sette pasientene i sentrum og tilby de best mulige tjenestene kvalitetsmessig i kommunen. Ved å fokusere på kvalitet i alle ledd, blir arbeidet meningsfylt og spennende. I allmennpraksis har man mulighet til å bli godt kjent med pasientene, gjerne flere generasjoner av samme familie. Dette gir en unik mulighet til å se helheten i pasientenes problemstillinger, forstå kompleksiteten i hverdagsproblematikk i tillegg til å støtte og trøste gjennom livets store og små kriser. Ved å ta seg tid og lytte, blir man vist stor tillit og kan få del i de utroligste livshistorier. Vissheten om at man gjør noe som er viktig for andre, er en stor tilfredsstillelse som jeg kjenner på hver dag. Det gode liv innebærer for meg ikke å ha for stort fokus på takster og personlig inntjening, men heller ha mer frihet i arbeidsdagen. Derfor har jeg valgt å forhandle fram en god 100 prosent kommunal ansettelse, som passer godt for meg som travel småbarnsmor.

2. Jeg tror «hemmeligheten» for trivsel i allmennpraksis er evnen til å ha is i magen, tørre å følge magefølelsen (som vi liker å kalle vårt «kliniske blikk») og klare å gå fra jobb med høye stabler med papirbunker liggende urørt igjen på pulten. Da jeg begynte i allmennpraksis, skjønte jeg fort at her var det et utømmelig arbeidshav å ta av. Som de fleste av oss leger har jeg alltid vært «flink pike», overholdt frister og vært punktlig og presis. Dersom jeg skulle fortsette med denne linjen, ville jeg ikke ha tid til annet enn å sitte på kontoret. Det er ikke det jeg ønsker av mitt liv, det er til syvende og sist mine barn som da betaler prisen for mitt «pliktoppfyllerbehov».

Jeg bestemte meg derfor for alltid å gjøre så godt jeg kan, sette pasienten og medisinsk kvalitet i fokus og aldri la latenskapen eller slitenheten ta avgjørelser for meg. Jeg vil være tilstede i øyeblikket, holde meg oppdatert faglig og politisk, og la oppgaver som kan vente, vente. Jeg må innrømme at enkelte ting venter ennå. Når jeg har fri, har jeg fri. Det handler egentlig om å tørre å prioritere, og stå ved prioriteringene, selv om man av og til får kritikk for beslutningene. Men kanskje viktigst for meg er muligheten til å være engasjert lokalt og nasjonalt i helsepolitiske temaer som angår oss alle. Engasjement avler engasjement, og dette er for meg en viktig trivselsfaktor. Det må også nevnes at bak denne fornøyde allmennpraktikeren står det et par fantastiske svigerforeldre, som alltid stiller opp som reservehjem for

barna, når mor og far er lykkelig fraværende og engasjert, hver på sitt felt. Godt fungerende nettverk er uunnværlig.

3. Det er ikke tvil om at det er områder innen allmennmedisinen som ikke fungerer optimalt. Legevaksordningen er organisert fryktelig gammeldags. I vår kommune er det legen, legekofferten og bilen i 24 timer. Slik det har vært de siste 30 år. Jeg håper de neste årene vil endre på legevaksstrukturen, og jeg tror interkommunalt legevaksamarbeid er veien å gå. Jeg finner også mye av NAV-samarbeidet svært frustrerende. Papir, papir og papir, og i tillegg hyppige, lange møter. Ukene fylles fort opp, og for meg er nytteverdien mildest talt tvilsom. For ikke å snakke om alle de meningsløse uttalelsene forsikringsselskapene vil ha i for-

sikringssaker – vedrørende hodepine i 1994, fotvorten etter besøket i svømmehallen, eller sykmeldingen du fikk da du hadde influensa i fjor. Mye av dette synes bortimot bortkastet, og jeg ser heller ikke for meg at forsikringsselskapene får mye informasjon som de kan lese noe ut av.

Videre er det et stort forbedringspotensial i samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten, kanskje særlig innen psykiatriske fagområder. Det er også viktig at dagens IKT-løsninger kvalitetsforbedres og implementeres i alle ledd, så raskt som mulig. Og vi trenger flere kollegaer i allmennpraksis. Vakante hjemler er allerede problematisk her i nord, og verre kan det bli om ikke tendensen til rekrutteringssvikt til allmennpraksis snur.



Øystein Furnes (37)

Opprinnelig fra Bygstad i Sunnfjord.
Studerte i Bergen 1992–98.
Fastlege i Alta kommune, Finnmark.
Ferdig spesialist i allmennmedisin august 2009.
Legevaktansvarlig ved Alta Kommunale Legevakt.
Gift med Bjørg, far til Berge (5) og Torgeir (7).

1. Etter å ha oppnådd laveste nummer i den nasjonale turnustrekningen, endte jeg opp ved Hammerfest Sykehus i turnus på nyåret 1999, med Porsanger som distrikt. Fra å ha klare planer om rask retrett sørover til utdanningsstilling i kirurgi ved Haukeland Sykehus, endret planene seg gradvis. Jeg ble fengst av dyktige overleger på den medisinske avdelingen under turnus, og begynte som assistentlege der etter endt distriktturnus. En fantastisk flott tid, jeg fikk stor erfaring innen generell og akutt indremedisin i løpet av de fem årene. Det siste året ble jeg imidlertid stadig mer tvilende til om jeg ville gå videre med subspesialisering og flytting. Finnmark appellerte svært til meg med sine unike friluftsmuligheter, og faglig sett hadde jeg lyst på mer varierte utfordringer. Viktigst av alt var kanskje en økende bevissthet om at jeg måtte velge en fremtid som tok hensyn til mye mer enn bare de rent faglige interessene.

Jeg kom etter hvert frem til at den beste løsningen var å bli i Finnmark, og hoppe over til allmennmedisinen. Avgjørelsene måtte modnes; å skulle hoppe av fra et fag som jeg mestret godt og var svært glad i, var ikke enkelt. Men – jeg fikk slått i alle fall to fluer i ett smekk: en mer variert og fleksibel arbeidshverdag, og jeg fikk fortsette å bo i dette flotte fylket. Jeg gav meg selv to år på å finne ut av om det var dette jeg ville. Nå trives jeg bare bedre og bedre med å være her. Jeg opplever en mye større balanse mellom fritid og arbeid, noe jeg tror er helt essensielt for god trivsel over tid, uansett hvilken retning man velger. Kontrasten mot

Sykehusmedisinen er åpenbar. Her er pasientene de samme, mens sykdomspanoramaet hele tiden endrer seg. På sykehuset er det stikk motsatt. Denne faglige variasjonen, og den store utfordringen det er å skille sykdom fra hele spekteret av plager, finner jeg svært tilfredsstillende. Tilbakemeldingene fra pasientene er også svært direkte innen allmennmedisin, hvor vi etter hvert blir ganske så godt kjent med hverandre. Det er interessant å se hvor mye god og bred bakgrunnskunnskap om pasienten har å si for å forstå symptomer og plager. Dette er en posisjon vi som allmennleger i prinsippet har monopol på.

2. På det faglige plan kan jeg stikkordsmessig nevne følgende momenter for trivsel i legeyrket: God faglig kunnskap, interesse for faget og for mennesker, samarbeids glede, effektive arbeidsrutiner og god organisering av time-listen og arbeidsuken. Dette tror jeg må ligge i bunnen, og mye av dette utvikler seg over tid. Veiledningsgruppa kan her være til god hjelp for ferske kolleger. Videre er variasjon viktig; en kollega og jeg har sammen ansvaret for utplasserte femteårsstudenter fra Universitetet i Tromsø seks måneder i året. Tidligere har jeg brukt tid på å arrangere kurs for Finnmark Legeforening, sist i form av Grunnkurs A høsten 2007. Videre har en kollega og jeg det siste halvannet året drevet regelmessig samtrening i traumehåndtering (BEST-modellen) med kolleger, sykepleiere og ambulansepersonell i kommunen. Tenker vi bare fortjeneste på det vi gjør, risikerer vi å bli mange erfaringer fattigere og på sikt brenne oss på yrket. Økonomien er likevel god. Jeg må også få nevne hvor heldig jeg er som er del av et godt og trivelig kollegium i Alta!

Viktigere for meg over tid har vært andre interessefelt hvor min medisinske bakgrunn er irrelevant. Jeg har utviklet en stor interesse for dressur av og jakt med stående fuglehund, og bor således «midt i smørøyet» med rypene en kort kjøre-

tur unna. Jeg er den glade eier av to flotte, strilhårede vorsteh-tisper, noe som gir meg mye glede og helt andre former for utfordringer enn hva yrket kan gjøre. Interessen tenderer mot en livsstil, og heldigvis er familien helt på linje med meg. Kona mi trener hundene mye, og guttene har begynt å vise stor interesse for friluftsliv generelt, og jakt spesielt. Ingenting lader batteriene som en lang dag på fjellet, med flott fuglearbeid av hundene og deretter nykøkt kaffe på bålet. Videre tilbyr Alta et stabilt og godt klima, med svært gode trenings- og fritidsmuligheter, sommer som vinter. Tilværelsen som allmennlege kan i perioder være slitsom med stor grad av direkte pasientkontakt, og jeg tror det er svært viktig at man bruker nok tid på utenomfaglige interesser for å holde på overskuddet og gleden i yrket vi har valgt. Blir vår identitet for tett knyttet opp til legerollen, gjør vi oss personlig sårbare, eksempelvis de gangene vi gjør faglige feil.

3. Jeg er i stor grad fornøyd med tilværelsen, med rimelig god balanse mellom arbeid og fritid. Har en passe stor liste – i overkant av 1000 pasienter – og god variasjon i arbeids hverdagen, med tre til fire kurative dager i uken. Vaktbe-

lastningen er også grei, med tre vakter i måneden. De største endringene jeg ønsker meg er av mer lokal karakter, og springer ut i fra den helt spesielle situasjonen Alta er i, med 20 000 innbyggere og 145 til dels svært værutsatte kilometer til nærmeste sykehus. Samtidig er det denne hverdagen som gjør livet som allmennlege i Alta spennende og utfordrende. Vi kan ikke bare henvise pasienter uten videre, vi følger opp til dels tunge og kompliserte tilfeller i stor grad selv, og står ofte overfor store akuttmedisinske utfordringer på vakt. Håpet er av vi på sikt kan heve nivået på den akuttmedisinske beredskapen i kommunen – kanskje ved å få et eget vaktkorps av «spesialiserte» allmennleger innen akuttmedisin? Videre skulle jeg ønske at jeg hadde enda mer fritid. Nå har jeg en arbeidsuke på 45–50 timer pluss vakt. Det hadde ikke vært meg imot å komme ned på en 35–40 timers uke – kanskje jeg da kunne fått mer tid til å gjøre en innsats i kommunestyret hvor jeg havnet etter forrige valg. Jeg er svært glad for avgjørelsen jeg tok for snart fire år siden. Allmennmedisin tilbyr store og varierte faglige utfordringer, og er unik som medisinsk spesialitet. Klarer man å balansere den faglige tilværelsen med en givende fritid, kan man kan ha et langt og lykkelig liv i dette yrket.



Åse Valla (38)

Fastlege og kommuneoverlege i Hemnes kommune, Nordland. Under spesialisering i allmennmedisin og snart også samfunnsmedisin. Samboer og mor til to sønner på 7 og 4 år.

1. Jeg skulle *aldri* bli lege, men noen år med planløs samling av studiepoeng og mangel på gode alternativer gjorde at jeg likevel begynte å studere medisin. I studietida var jeg fast bestemt på at jeg i alle fall *aldri* skulle bli allmennpraktiker, da kunne jeg jo aldri bli ordentlig god på noe! Turnustida vekket likevel en viss interesse for allmennmedisin, men jeg skulle *helt sikkert aldri* bli allmennpraktiker på hjemstedet mitt – gamle venner, familie og naboer måtte jo være alt for vanskelig å forholde seg til som pasienter!

Hva har skjedd? Tilfeldighetenes uforutsigbarhet gjør at jeg i dag bor godt i mitt gamle barndomshjem, med samboer og to sønner – og med katt som eneste gjenværende husdyr på småbruket. Jeg er lege, allmennpraktiker, og har både venner, naboer og familiemedlemmer på lista mi. Og jeg ville ikke hatt det stort annerledes!

Hvordan kan det ha seg at jeg nå er så fornøyd med alt det jeg tidligere slett ikke drømte om å gjøre? Hvorfor kan jeg si at jeg trives i jobben og har et «godt liv i allmennpraksis»?

Først og fremst skyldes det en visshet om at jeg er på riktig plass her i verden. Både når det gjelder bosted og jobb. Jeg har kommet hjem, nordlendingen i meg er fornøyd og de gamle røttene er i ferd med å få feste igjen. Jeg opplever at gamle kjenninger ikke har nevneverdige problemer med å skille mellom meg som lege og som privatperson, og jeg har nok færre «butikk-konsultasjoner» enn mine tilflyttede kollegaer som bare er kjent som «legen». Tilknytningen til området og kjennskapet til det lokale folkelynet er også et større fortrinn i jobben enn jeg hadde forventet – selv om jeg i enkelte tilfeller må passe meg for ikke å være forutinntatt!

Jobben som allmennpraktiker er noe helt annet enn det jeg trodde. Det uforutsigbare i hverdagen – noe jeg tidligere anså som skremmende og frustrerende – har vist seg å være det som gjør jobben spennende og utfordrende. Ingen dager er like. Spekteret i hva en må forholde seg til i løpet av en arbeidsdag, kan av og til virke nærmest absurd! Likevel er det ikke de store medisinske bragdene eller livreddende prosedyrene som gjør at jeg aldri kommer til å angre på karrierevalget, men tvert imot de minneverdige samtalen med enkeltpasienter. Det er et privilegium å ha en jobb der en møter medmennesker i livets forskjellige faser, og på «orkesterplass» får servert unike, usensurerte fortellinger om følelser og levde liv.

Allmennpraktikeren er «den siste generalisten» i legestanden. Vi treffer pasienter i mange ulike situasjoner. Det gir

oss mulighet til å se hele mennesket, og ikke bare en pasient med en diagnose. Jeg tror dette etter hvert gir oss en erkjennelse om at det ikke alltid er nødvendig med de omfattende medisinske utredningene, og at en ikke alltid skal strebe etter nasjonale eller internasjonale normer for behandlingsmål. Det enkle er ofte det beste, både for pasienten og legen. En egen aksept av dette har for meg vært en viktig forutsetning for å trives som allmennpraktiker.

2. Godt arbeidsmiljø er en annen viktig trivselsfaktor, og helt nødvendig for opplevelsen av «det gode liv som allmennpraktiker». Kolleger med lav dørterskel og stor takhøyde er helt uvurderlige. Her luftes vanskelige kasus, tunge opplevelser, frustrasjoner og trøtte dager – oftest med god effekt! Vi leger trenger også noen å snakke med og få støtte fra av og til, og på et lite sted der alle kjenner alle, må en vokte seg for ikke å si for mye til sine nærmeste om hva en har opplevd på kontoret i løpet av dagen.

Mulighet for å påvirke egen arbeidssituasjon og gjensidig fleksibilitet blant legene, er andre stikkord av betydning for trivsel. Muligheter for å delta på kurs og møter, eller for å være med på barnas første skoledag om så er, uten at dette må godkjennes på høyere hold, gjør hverdagene betydelig smidigere.

3. Som småbarnsmor er det viktig for meg at jobben lar seg kombinere med familielivet. Den største utfordringen er

vaktarbeidet. Min kommune har fremdeles en tredelt vaktordning, og en slik vaktbelastning er langt fra forenlig med full jobb og familie. «Løsningen» så langt har vært at alle legene i vaktordningen jobber i reduserte stillinger på dagtid. Dette er ikke helt tilfredsstillende, men vi jobber for å få til et vaksamarbeid med nabokommunen. Dersom det går i orden, vil det bety en ny hverdag for oss, med 20-delt vakt i bemannet legevaktsentral. Dessverre blir sannsynligvis økonomien en avgjørende faktor for om dette går i orden, og med slunkne kommunekasser og finanskriser kan det se litt mørkt ut. Her burde det snart komme enda sterkere sentrale føringer og økte statlige midler til stimuleringstiltak.

Et annet område som trenger opprustning, er samfunnsmedisinen. Som «kombilege» har jeg etter hvert tatt en større interesse for denne viktige delen av primærhelsetjenesten (dette var vel kanskje den siste av tingene jeg *absolutt aldri* skulle gjøre). Kombinasjonen allmenn- og samfunnsmedisin gir et stort og spennende perspektiv på helse. Det er trist at det ikke satses mer på å styrke kommuneoverlege-rollen rundt omkring i småkommunene. Min kommune er dessverre ikke noe unntak her. Heldigvis ser det ut til at Legeforeningen etter hvert fokuserer mer på denne oppgaven, og forhåpentligvis kan det bidra til at jeg etter hvert finner «det gode liv» også som samfunnsmedisiner – men fortsatt med allmennpraksis i bunn.



FOTO: © REGIN HERTHOLM

Berre ein hund

– eller kunsten å overleve i allmennpraksis

AV LISBETH HOMLONG

1. «Han Hall var ikkje anna han stakar, han var berre ein hund. Men um han no og berre var ein hund, so var han daa kor som er ein framifraa hund; han var framifraa baade stor og klok, og livde dertil sitt hundeliv so framifraa utbytt av lagnaden millom lukka og ulukka, at livssoga hans, vissa for meg, eig fullt so vel krav paa aa minnst som mangt eit mannliv.»

(frå *Berre ein hund* av Per Sivle).

I haustferien forsvann hunden vår, ho vart skotreidd på rypejakt og stakk, det hadde vi ikkje venta av ein fugle-hund. Ho var borte i fem døgn før ho kom til rette att. Det er ei tre år gammal vorstehertise, hunden altså, ho heiter Tyra. Vi er frykteleg glad i ho. Mannen min hadde så utruleg lyst på jakt, han gjekk tre timar i bratt, ulendt terreng, åleine, for å kome til eit sel, langt inne i ein dal på fjellet i Geiranger. Der har ein panoramautsikt over Geirangerfjorden, verdsarven. Same dag forsvann Tyra, hunden. Mannen min var fortvila, han leitte i timesvis, saumfarte dalen, og omliggjande terreng, pådrog seg gnagsår og rygg-ondt, men ho var sporlaust vekke. Etter eit døgn gjekk han nedatt til bygda, ringde meg og proklamerte at no gav han opp. Tyra er korthåra, ho ligg nok skadd i ei ur og i natt må ho ha frose ihel. Det er trist, men vi må berre sjå framover, leggje det bak oss, hulka han.

Eg sat heime med ein to månadar gammal son og ei jente på to og eit halvt, så ut og leite var uaktuelt for min del. Men veret er jo fint i fjellet, innvende eg, vi må etterlyse ho, konsultere ekspertisen, folk som har greie på dette, ho kan vel leve lengre enn eit døgn? Mannen min stilte seg tvilande, men gjekk med på å ringje ein røynd vorsthermann. Då fekk han høyre anekdotar om vorstherhundar som kom til rette etter både fem, sju og heile ni døgn i fjellet. Desse hundane vender alltid tilbake, berre ein ventar lenge nok, sa vorsthermannen.

Eg orkar ikkje å gå opp att til selet, sukka mannen min, eg er utslitt! Helikopter føreslo far min, kr 6000 per time, og han er sunnmøring. Svigeronen flaug så oppatt i fjellet, medan eg annonserte i lokalavisa, ringte veterinær, politi, folk som søker etter sakna folk i fjellet, fekk gode råd. Mine



Lisbeth Homlong

35 år, fastlege i Bergen sidan 2004, no ved Sletten allmennpraksis. Cand.med. frå UiB 1999. Bachelor i allmenn litteraturvitenskap ved UiB 2004. Er under spesialisering i allmennmedisin. Tidlegare jobba som vikarlege i Øksnes og Ørsta samt som assistentlege ved ortopedisk avdeling på Haukeland sjukehus.

to brør og ein onkel blei sett i sving. Etter fire døgn gav vi opp, hunden var og blei borte. Mannen min kom heim, vi var triste, gret og sørgde, ein blir så glad i ein hund, medan vi førebudde oss på livet vidare utan Tyra, som trass alt berre var ein hund.

Neste morgon ringte ein lokal hjortejeger. Han låg med kikert på ein hammar og såg etter vilt. I siktet fekk han ein avmagra brun fuglehund som trava rundt i terrenget, kledd i ein raud jaktvest. Det var Tyra, ho var i live, uskadd, litt sky, men elles som før. Stor lukke. Mannen min heiv seg i bilen, køyrde i tre timar tilbake til Geiranger for å hente ho, men sjølv sagt var det verdt strevet. Tyra var igjen ein del av familien.

2. Det gode liv som allmennlege skal vere emnet, frå ein unge lege sin ståstad, kvinne, småbarnsmor, hundeeigar og med ein travel legeektemann. Eg har jobba som allmennlege i seks år no, fire år som fastlege. Valet var ikkje sjølvklart, det fall seg slik. No trivst eg godt. Rekrutteringa til faget er ikkje god, spesielt ikkje blant unge kvinner. Berre ti prosent av legar i Noreg ferdig med turnus, startar si yrkeskarriere i allmennpraksis, mot 20–30 prosent i land vi kan samanlikne oss med. Det er visst for usikkert å vere sjølvstendig næringsdrivande, betre å starte i vikariat på sjukehusa rundt omkring, då er du i alle fall sikra inntekt ved svangerskaps-avbrot, sjukefråver og slikt. Eg har fått to born i løpet av dei siste tre åra, det har ordna seg greit, jamvel om vikaren eg tilsette i vår trakk seg ei veke før ho skulle starte, det vart for risikabelt å vere småbarnsmor og næringsdrivande, meinte ho. Jau, det fekk eg kjenne på kroppen, der og då, ei veke før permisjon, med bekkensmerter og kynnerrar, stod eg utan vikar! Er unge kvinnelege legar pyser?

Eg må vedgå at eg kjenner presset i samband med permisjonar og sjukdom, det har vorte ein del arbeidsdagar med feber, hoste, snørr, giardiainfeksjon og diverse, sjuke barn er det stort sett mannen min som tek seg av. Heldigvis er dei stort sett friske, eg trur det hjelper å ha hund! Dette er ulemper, ja, men tenk på fordelane; fridom og fleksibilitet, til å organisere eiga verksemd slik ein ønskjer, eg kan leggje frå meg papira og gå etter den siste pasienten dersom det krevst. Papira kan vente til neste dag. Eg må ikkje vere på jobb til eit morgonmøte, det er ein fordel å vere på kontoret tidleg, ja, men ingen arresterer meg dersom eg er litt sein, eg kan setje meg ned med papirbunken og dagens pasientliste, i fred og ro med kaffi, ei avis, radio. Eg har full kontroll. Hyggelege og flinke sekretærar, gode kolleger, det hjelper sjølvsagt.

For å bote på rekrutteringssvikten, er det foreslått eigne utdanningsstillingar, med fast løn. Eg trur dette er ein god idé. Det vil innebere ordna arbeidstilhøve, økonomisk tryggleik, veiledning og tilrettelagt etterutdanning. Det er naturleg at mange vegrar seg for å ta opp lån for å kjøpe seg inn i ein praksis like etter turnus, mange strevar med å finne ut kva dei eigentleg vil drive med, då er ikkje store investeringsringar det første ein ønskjer seg. Fordelane i sjukehusa er dessutan openberre; fast løn, fastspikra utdanningsløp, lett tilgang til rådgjeving og støtte frå eldre kolleger, gjerne tilbod om barnehageplass, regulert arbeidstid og vakter i trygge omgjevnadar.

Sjølvs om læringskurva har vore bratt har eg likevel funne stor glede i å vere sjølvstendig i byrjinga av yrkeskarrieren – etterkvart. Eg synst det er kjekt å drive ei lita bedrift, ha arbeids-gjevaransvar, styre økonomi, ha kontrollen sjølv og eit personleg forpliktande tilhøve overfor pasientane mine. Det har vore utfordrande, men inspirerande og lærerikt. Derfor må det vere mogleg å gjere det slik også, som ung lege, at utdanningsstillingane ikkje inneberer plikt og tvang.

3. I år er det hundre år sidan dikteren Olav H. Hauge vart fødd. Hauge budde storparten av sitt liv i Ulvik i Hardanger, han var gartnar, dyrka frukt, i tillegg skreiv han og omsette. Han sleit også, psykisk, hadde fleire opphald på Valen psykiatriske sjukehus. Eit sentralt trekk i diktinga hans er spelet mellom det lokale og verda rundt, der han nyttar element frå den røynda han kjenner i Ulvik, samtidig som han trekkjer inn samtida og verdslitteraturen, som i diktet *Kvardag*:

Dei store stormane
har du attum deg.
Då spurde du ikkje kvi du var til,
kvar du kom i frå eller kvar du gjekk,
du berre var i stormen,
var i elden.

Men det gjeng an å leva
i kvardagen òg,
den grå stille dagen,
setja poteter, raka lauv
og bera ris,
det er so mangt å tenkja på her i verdi,
eit manneliv strekk ikkje til.
Etter strævet kan du steikja flesk
Og lesa kinesiske vers. (...)

Dette diktet skildrar allmennmedisinen for meg. Eg har rett nok sakna å jobbe på ei sjukehusavdeling, vere i eit større miljø, action, redde liv, jobbe med alvorleg sjuke dagleg. Eg møtte ein kulling for ei stund sidan, ho spurde kva eg dreiv med. Fastlege, svarte eg. Gud, kor kjedeleg! Utbraut ho. Eg synst det var litt frekt, men i lys av dette kutta eg med vilje dei tre siste verselinjene frå diktet til Hauge; «*Gamle Laertes skar klunger og grov um fihentrei, og let heltane sløst ved Troja.*» Eg trur det er dette eg likar, å møte folk i kvardagen, med sine små og store vanskar, bekymringane, det store spekteret av sjukdomar, plager og livsbelastningar. Forebyggjning ikkje minst. Og når det trengst, kunne rådføre meg og tilvise vidare. Uselektet praksis i første linje, pasientsentrert arbeidsmetode og kontinuitet i behandlinga, dei sentrale elementa i faget. Det er vi som er fotfolket, basis. Eg veit at eg på mange måtar er privilegert, som er i ein bypraksis, eg har legevakt i ordna former på Bergen legevakt, vi er fire samtidig på kveldstid, to på natt, sjukepleiarar organiserer og assisterer. Men eg har prøvd meg i distriktet òg, eg veit kva det inneber av belastning, press og søvnmangel. Det slit nok på for dei som lever med dette til dagleg.

4. Å jobbe som allmennlege gav meg høvet til å ta ei bachelorgrad i litteraturvitskap ved Universitetet i Bergen. Etter endt turnus, eit år som vikarlege i distriktet og eit intermeso som ortoped, var eg frustrert, eg visste ikkje kva eg ville, tenkte at legeyrket ikkje var noko for meg. På det tidspunktet fekk eg høve til å jobbe 50 prosent som vikar på eit legekantor og dermed tid til å studere på si. Litteratur har alltid betydd mykje for meg, frå barnsbein. Eg har lese mykje, tenkt, lært. Eg trur det har betra evna mi til refleksjon, ettertanke og undring. Og ikkje minst å nytte meg av språket som verkty, men også å kjenne til språkløysa, at språket ikkje alltid strekkjer til. Konsultasjonen er jo sjølv rosina i pølsa, materien som vi jobbar utifrå, samtalan med pasientane våre, forteljingane deira. Psykoanalytikar og litteraturforskar Julia Kristeva er oppteken av språket sine to dimensjonar, den symbolske og den semiotiske; først språket som sosial kode og norm, struktur og syntaks, der nest som kroppsleg impuls, noko førspråkleg. Dette viser seg i tekst eller forteljing som rytme, klang og pust, avbrytningar og strukturbrot. All språkbruk, all meningsdanning skjer i samspel mellom desse to dimensjonane, men med ulik vekt.

Når kjensla av å ikkje strekke til, å ikkje kunne hjelpe så godt som eg kunne ønskje, så er dette for meg ei trøyst i bak-hand, og ei hjelp til å forstå pasientane betre.

5. Kva er så poenget med historia om den forsvunne hunden, jau, først at eg aldri meir skal le og riste på hovudet av folk som gjer alt for å redde kjæledyra sine. Dernest at mannen min og eg i etterkant reflekterte over våre roller i forsvinningsnummeret. Min ektemann er anestesilege, det gløynde eg visst å fortelje. Her står det ikkje til liv, tenkte anesthesiologen, han ville leggje inn årene og sjå framover, kort og konsist. Medan eg, allmennlegen, tenkte grundig gjennom situasjonen, vegde fram og tilbake, sat inn fleire verkemiddel, trekte inn folk som kunne hjelpe, konsulterte andrelinjetenesta. At anestesien gir opp for fort er vel neppe sant, men vi syntest dette var artig, at det viste noko sentralt om arbeidsmetodar og tenkjemåte som er med på å prege våre ulike kvardagar.

For tida har eg det ganske fredeleg; langsame morgonar, med avis, kaffi, P2, ein baby som pludrar på golvet, ein skjønn hund som tassar rundt. Elles har vi travle legeliv, vi er småbarnsforeldre, alt skal gjerast på ein gong, har eg ei kjensle av, stifte ein heim, få born, gjere karriere, trene, vedlikhalde eit sosialt liv. Oppe i alt dette

gjeld det å finne meining i ting både innanfor og utanfor medisinen, trur eg. Familien hjelper meg her, og litteraturen. Dess-utan er det noko med den intensiteten det medfører, at alt skjer på ein gong, den gir meg glede og energi.

6. At den kjære hunden vår forsvann, gav meg inspirasjon til å lese Per Sivle si forteljing **Berre ein hund** på nytt. Eg hugsar at den gjorde uutsletteleg inntrykk då den blei lest for meg i barndomen. Sivle er ein vestlandsdiktar som òg sleit psykisk, han skaut seg i 1904 etter å ha strevd med sjukdom og fattigdom heile livet. Han mista mor si og fem søsken før han var fylt fem år. Ein av dei mest kjente tekstane hans er **Den fyrste song**: «*Den fyrste song eg høyra fekk, var mor si song ved vogg.*» Kunsten imiterer livet, seiest det. Forteljinga Berre ein hund sluttar slik:

«Haa haa!» ropa han, «er det du, din rakkar! ja, bia no so skal du faa varme maten din, skal du!» So inn med byrsa; og so small det. Daa dei let upp døri laag han Hall daud paa golvet innanfyre. Eg kasta meg ned yver honom reint som ifraa meg. Eg gret, stridgret, hikkegret so eg plent heldt paa missa anden. Han Salomon stod atved og flirde og log. Men han far kom burt og lyfte meg - slett ikkje hardt - upp etter trøyekragen. «Bed Gud varna deg, og bruk vitet ditt!» sa han mykje mildare enn han var van, liksom halvt baade undren og ottefull; «for du veit daa det, det er berre ein hund!»

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: lisbeth.homlong@hotmail.com



Regin Hjertholm

Utdannet ved universitetet i Bergen, ferdig 1986. Fastlege ved Eidsvåg legeklinikk i Bergen siden 1990. Fotografisk kunstner med første utstilling i 1979. Arbeidet i mange år med IKT i helsevesenet bl.a utvikling av elektronisk pasientjournal, kommunikasjon og sikkerhet.

E-POST: regin.hjertholm@isf.uib.no
WEB: www.reginhjertholm.no

Fotografiene

Som allmennleger ferdes vi rundt omkring til alle døgnets tider og ser mye på veien som ikke direkte er knyttet til legeoppdraget. Noen livlige nabobarn med ansiktsmaling på trappen utenfor huset til den syke, en rar campingvogn i morgentåken på vei til en gammel forvirret mann, spor etter ungdommen på skateplassen jeg løper forbi... Dette er også det gode liv i allmennpraksis, en fargerik palett med mange nonverbale inntrykk.



NYHET!

Alzheimers sykdom:*

Ny tablettstyrke og praktisk dosering



STARTPAKKE

– Enkel titrering fra 5 mg til 20 mg med **én** tablett om dagen!

FOR STARTPAKNING, RING 91 300 800.



H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no

www.ebixa.com

For preparasjonsdata, se side 26 i nr. 7

Ebixa
memantin

*Godkjent for moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.