

# Noen kommer – noen går. Hvorfor slutter allmennleger

## ■ RUNE ARILD LARSEN

Overlege, spesialist i Anestesi og Intensivmedisin  
Avdeling for Akuttmedisin, Helse Førde

## ■ GUNNAR TSCHUDI BONDEVIK

Spesialist i allmennmedisin, fastlege i Bømlo kommune,  
professor ved Institutt for global helse og samfunns-  
medisin, Universitetet i Bergen og forsker ved Nasjonalt  
kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse,  
Bergen



**I denne studien har vi forsøkt å identifisere faktorer som er assosiert med en øket risiko for at allmennleger i Sogn og Fjordane sluttet i stillingen. Vi har gjennomført to spørreundersøkelser blant allmennleger som arbeidet i fylket pr. 1. mars 2004 og 1. mars 2010, eller hadde sluttet i periodene 1999–2004 og 2005–2010.**

Hvis man ønsker å øke antall allmennleger i et område må tilgangen være større enn avgangen. Rekruttering har tradisjonelt vært hovedfokus. Internasjonalt har det vært gjort mange studier (1–5), og blitt utarbeidet flere rapporter (6, 7) i forhold til utfordringen med å skaffe helsepersonell til rurale områder. Disse studiene og rapportene viser en del gjennomgående trekk, og det er sammenlignbare funn både i rike og fattige land. Arbeidsmiljø (1, 6), arbeidsforhold inkludert vaktbelastning (1, 2, 4, 5),

økonomiske incentiver (1) og personlige karriereplaner (1, 2) er blant faktorene som påvirker rekruttering.

Et stort EU prosjekt kalt «Recruit and Retain» (6) med deltagelse fra Island, Sverige, Skottland, Irland, Grønland, Canada og Norge, undersøkte ulike grupper helsearbeidere, i alt 8500 personer, og hva slags vilkår som kunne få dem til å velge arbeid i rurale områder. WHO kom med en rapport i 2010 (7) hvor man så på tiltak for å bedre tilgjengeligheten av helsepersonell i rurale områder, spesielt med fokus på utviklingslandene.

Ut fra funnene i disse studiene og prosjektene har man gjort endringer i legeutdanningen med økt vektlegging på allmennmedisin og rural medisin (1), obligatoriske utplasseringer (2, 3), egne opptakskvoter eller tilleggspoeng for rural bakgrunn (1) samt opprettet nye utdannings tilbud beliggende i rurale områder. Likeledes har man opprettet ulike systemer for veiledning og mentorvirksomhet, både fysisk og virtuelt (6, 7).

Det er få studier som har undersøkt hvorfor helsearbeidere har sluttet i stillinger i

rurale områder. En undersøkelse fra Australia i 2000 (8) trakk frem arbeidsmiljøproblemer og organisatoriske forhold omkring privatpasienter og sykehuspasienter. En undersøkelse fra Canada i 2012 har større relevans for vår studie siden de spesielt undersøkte faktorer som hadde fått legene til å bytte arbeidssted (9). De intervjuet 48 leger i ulike alderskohorter. Manglende tilfredshet med arbeidsforholdene var hovedgrunnen til at leger hadde byttet arbeidssted. Høy arbeidsbelastning og dårlige kollegiale forhold ble også fremhevet.

I Norge har man undersøkt sannsynligheten for at en lege begynner å arbeide i allmennpraksis ut fra studiested (10). Man fant at undervisningsmengden og vektleggingen av allmennmedisin i studiet var assosiert med karrierevalg innen allmennmedisin.

Det har vært mye fokus på et stadig større sprik mellom behovet for allmennleger og antall stillinger (10–12).

En arbeidsgruppe nedsatt av Fylkesmannen i Sogn og Fjordane i 2004 skulle se på ulike tiltak som kunne sikre bedre rekruttering og stabilitet blant allmennlegene.



# Leger i Sogn og Fjordane?



FOTO: COLOURBOX

Som ledd i dette ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant alle allmennleger i fylket, samme undersøkelse ble gjen tatt i 2010.

Denne artikkelen bygger på innsamlet materiale fra disse to spørreundersøkelsene. Vi har særlig undersøkt om det er mulig å identifisere faktorer som innebærer en øket risiko for at allmennleger i Sogn og Fjordane slutter.

## Materiale og metode

En anonym, postal spørreundersøkelse ble gjennomført i to runder. Begge ganger ble det sendt ut et spørreskjema til alle som sto oppført som fastleger i Sogn og Fjordane på to bestemte datoer, 1. mars 2004 og 1. mars 2010. I tillegg ble det sendt ut skjema til alle allmennleger som hadde sluttet i løpet av de fem forutgående årene, dvs. periodene 1999–2004 og 2005–2010. Etter fire uker ble det purret én gang. Leger som hadde skiftet til en annen allmennlegestilling i fylket ble regnet som ikke sluttet. De som hadde sluttet, hadde enten forlatt fylket eller gått over i annet arbeid, først og fremst

spesialisthelsetjenesten. Blant legene som ikke hadde sluttet, og hadde vært ansatt seks år eller mer, var det et potensiale for at inntil 45 kunne ha vært med på begge spørreundersøkelsene, både i 2004 og 2010. Siden dette var en anonym undersøkelse, har vi ikke mulighet for å vite hvor mange leger dette faktisk gjaldt.

I 2004 ble det sendt ut 121 spørreskjema til allmennleger (n=91) og tidligere allmennleger (n=30) i Sogn og Fjordane. Det kom 85 svar etter én purring (70 prosent). I 2010 ble det sendt ut 130 spørreskjema til allmennleger (n=110) og tidligere allmennleger (n=20). Det kom 93 svar etter én purring (71 prosent).

Deltagerne ble spurt om en rekke demografiske data og spørsmål om faglige forhold, slik som praksisorganisering, vakt-hyppighet, arbeidsmiljø, turnuserfaring, og en vurdering av mulighetene for faglig utvikling. Det ble i tillegg spurt om betydningen av egen og eventuell partners familiære tilhørighet til fylket, samt arbeidsmuligheter for partner. De som hadde sluttet ble bedt om å vurdere forholdene slik de var i den aktuelle stillingen.

Spørsmålene fra 2004 og 2010 var identiske.

Leger som enten hadde et vikariat, hadde sluttet innen seks måneder eller var blitt pensjonert, ble ikke inkludert i studien. I denne artikkelen bruker en betegnelsen «ansatt» om tilknytningsformen til allmennlegene, selv om de fleste arbeider som selvstendig næringsdrivende.

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)

Data er analysert i SPSS v. 21. Variabler beskrives deskriptivt, statistiske analyser inkluderte logistisk regresjon. Signifikansnivå ble satt til  $p < 0,05$ .

## Resultater

Det var totalt 178 respondenter, hvorav 28 (16 prosent) hadde sluttet. En respondent hadde ikke fylt ut demografiske data. Blant kvinnelige allmennleger var det 15 prosent som sluttet, mens det blant mannlige var 16 prosent. Det var ingen signifikant forskjell relatert til nasjonalitet når det gjaldt risiko for å slutte. De fleste som sluttet var i aldersgruppen 40 år eller yngre, men alders-

forskjellene var ikke signifikante (TABELL 1).

Det var 168 av totalt 178 allmennleger som angav type tilknytningsform, hvorav 24 var ansatt på fast lønn, 12 (14 prosent) i 2004 og 12 (13 prosent) i 2010. De resterende 144 var selvstendig næringsdrivende. Ingen på fast lønn sluttet i noen av periodene.

Hverken utsagnet «Min familiære tilknytning til fylket var avgjørende i valget av arbeidssted», eller utsagnet «Min partners familiære tilknytning til fylket var avgjørende for valg av arbeidssted» viste signifikant forskjell mellom leger som hadde sluttet og leger som fortsatt var ansatt.

Blant de som var uenig i at det var godt arbeidsmarked for partner var det i univariat logistisk regresjonsanalyse signifikant flere som sluttet (OR 3,8 CI 1,04–13,86 p=0,04). Legens familiesituasjon viste ingen signifikant forskjell i forhold til det å slutte, heller ikke turnuserfaring fra fylket (TABELL 2).

Forhold relatert til arbeidssituasjonen viste flere signifikante forskjeller (TABELL 3).

Totalt i 2004 hadde 48 av 85 (57 prosent) mer enn én vakt i uken (° 6-delt), mens det i 2010 var 33 av 93 (35 prosent) som hadde så hyppig vakt. Blant allmennlegene som hadde mer enn én vakt i uken var det signifikant flere som hadde sluttet (24 prosent) enn blant de som hadde færre vakter (8 prosent). I univariat logistisk regresjonsanalyse var OR 3,07 (CI 1,29–7,38 p= 0,01). Leger som var uenige i at det var gode faglige muligheter hadde signifikant økt risiko for å slutte (OR 3,35 CI 1,18–9,46 p=0,02). I multipel logistisk regresjon, justert for de andre variablene i tabellene, var resultatene angående arbeidsforhold for partner, vakthypighet og faglige muligheter ikke lengre signifikante.

Blant allmennlegene som var uenig i at arbeidsmiljøet var godt, var det i den multiple logistiske regresjon signifikant flere som hadde sluttet (justert OR 5,5 CI 1,65–18,69 p=0,006). Også blant allmennlegene som var delvis enig var det signifikant forskjell (justert OR 3,43 CI 1,17–9,97 p = 0,02).

Når vi undersøkte gruppen som hadde sluttet (n=28) fant vi en tendens til at allmennlegene som oppgav at familiær tilhørighet hadde vært viktig, var mer positive i vurdering av arbeidsmarked for partner. 14 av 28 sluttet innen tre år, i 2004 var det åtte leger med mer enn seks års ansettelsestid som sluttet. På grunn av det begrensede antallet leger som hadde sluttet valgte vi ikke å gjøre statistiske analyser, men kun vise frekvensfordelingen.

**Diskusjon**

I denne studien identifiserte vi flere faktorer som innebar en signifikant øket risiko for at

TABELL 1. *Antall og andel fastleger som sluttet og odds ratio for å slutte, relatert til kjønn, nasjonalitet og alder, Sogn og Fjordane, 2004 og 2010.*

		SLUTTET N (%)	ODDS RATIO	95% KI	JUSTERT ODDS RATIO N=159	95% KI
KJØNN	Kvinner (n=53)	8 (15)	1			
	Menn (n=124)	20 (16)	1,08	(0,44–2,64)	1,43	(0,56–3,68)
NASJONALITET*	Norsk (n=126)	19 (15)	1		1	
	Skandinavisk (n=23)	3 (13)	0,85	(0,23–3,12)	0,73	(0,17–2,76)
	Europeisk (n=23)	5 (22)	1,56	(0,52–4,72)	1,41	(0,45–4,38)
	Annet (n=5)	1 (20)	1,41	(0,15–13,29)	1,21	(0,42–11,92)
ALDERSGRUPPER	≤40 år (n =70)	15 (21)	1		1	
	41–55 år (n= 67)	9 (13)	0,57	(0,23–1,41)	0,52	(0,20–1,33)
	≥56 år (n=40)	4 (10)	0,41	(0,13–1,33)	0,38	(0,11–1,26)

\* Skandinavisk inkluderer ikke norske, europeisk inkluderer ikke skandinavisk eller norsk. Odds ratio beregnet ved hjelp av logistisk regresjon. Justert odds ratio beregnet med multipel logistisk regresjon, hvor en justerte for de andre variablene i tabellen. Første kategori i hver variabel ble brukt som referansekategori.

TABELL 2. *Antall og andel fastleger som sluttet og odds ratio for å slutte, relatert til arbeidsmarked for partner, familiesituasjon, turnuserfaring og egen familiær tilhørighet, Sogn og Fjordane, 2004 og 2010.*

		SLUTTET N (%)	ODDS-RATIO	95% KI	JUSTERT ODDS RATIO N=159	95% KI
VARIERT OG GODT ARBEIDS-MARKED FOR PARTNER	Enig (n=45)	3 (7)	1			
	Delvis enig (n=49)	9 (18)	3,15	(0,80–12,48)	3,37	(0,81–13,15)
	Uenig (n=75)	16 (21)	3,8	(1,04–13,86)	3,62	(0,97–13,60)
FAMILIESITUASJON	Bor med partner og barn (n=105)	17 (16)	1		1	
	Bor med partner (n=48)	6 (8)	0,74	(0,27–2,01)	0,7	(0,24–2,02)
	Bor alene (n=24)	5 (22)	1,36	(0,45–4,25)	2,45	(0,68–8,82)
VÆRT I FYLKET I TURNUS	Ja (n=104)	15 (14)	1		1	
	Nei (n=73)	13 (18)	1,29	(0,57–2,90)	1,04	(0,44–2,48)
EGEN FAMILIÆR TILHØRIGHET VIKTIG	Helt eller delvis enig (n =67)	9 (13)	1		1	
	Uenig (n=109)	19 (17)	1,36	(0,58–3,21)	1,12	(0,48–3,06)

Odds ratio beregnet ved hjelp av logistisk regresjon. Justert odds ratio beregnet med multipel logistisk regresjon, hvor en justerte for de andre variablene i tabellen. Første kategori i hver variabel ble brukt som referansekategori.

TABELL 3. *Antall og andel fastleger som sluttet og odds ratio for å slutte, relatert til undersøkelsesår, vakthypighet, vurdering av arbeidsmiljø og faglige muligheter, Sogn og Fjordane, 2004 og 2010.*

		SLUTTET N (%)	ODDS-RATIO	95% KI	JUSTERT ODDS RATIO N=159	95% KI
UNDERSØKELSESÅR	2004	18 (21)	1			
	2010	10 (11)	0,45	(0,20–1,05)	0,78	(0,28–2,16)
VAKTHYPIGHET*	≥ 7 delt (n=97)	9 (8)	1		1	
	≤ 6 delt (n=80)	19 (24)	3,07	(1,29–7,38)	1,94	(0,75–5,05)
ARBEIDSMILJØET ER GODT	Enig (n=126)	11 (7)	1		1	
	Delvis enig (n =32)	10 (31)	4,79	(1,82–12,65)	3,43	(1,17–9,97)
	Uenig (n=17)	7 (41)	17,38	(2,35–23,34)	5,5	(1,65–18,69)
EGEN FAMILIÆR TILHØRIGHET VIKTIG	Enig (n=73)	7 (10)	1		1	
	Delvis enig (n =62)	10 (16)	1,81	(0,65–5,09)	1,26	(0,4–3,94)
	Uenig (n=42)	11 (26)	3,35	(1,18–9,46)	1,43	(0,43–4,75)

\* ≤6 delt betyr mer enn én vakt pr uke, en lege i denne gruppen hadde ikke angitt om han var sluttet, derfor n=177. Odds ratio beregnet ved hjelp av logistisk regresjon. Justert odds ratio beregnet med multipel logistisk regresjon, hvor en justerte for de andre variablene i tabellen. Første kategori i hver variabel ble brukt som referansekategori.





Førde er den mest folkerike kommunen i fylket.

allmennleger i Sogn og Fjordane sluttet. Legene som sluttet hadde hyppigere vakt, og en mer negativ vurdering av arbeidsmiljø, faglige utviklingsmuligheter samt arbeidsmuligheter for partner. Lokal tilhørighet, familieforhold, kjønn eller turnuserfaring fra fylket så ikke ut til å være avgjørende for hvorvidt allmennlegene forble i stillingene.

Både i 2004 og i 2010 oppnådde vi en responsrate på over 70 prosent. Dette er akseptabelt for en postal spørreskjemaundersøkelse. Vi har undersøkt hele allmennlegegruppen, ikke bare et utvalg. Det totale antall respondenter var noe begrenset, likevel fant vi signifikante forskjeller mellom gruppene.

Sogn og Fjordane har hatt relativt mange leger som ikke er norske statsborgere. I Legeforeningens medlemsstatistikk (13) var det pr. 1. mars 2004 registrert 91 allmennleger i fylket, hvorav 30 prosent var utenlandske. Nasjonalt var det da 15 prosent utenlandske allmennleger.

1. mars 2010 var det registrert 114 medlemmer som var allmennleger, hvorav 27 prosent var utenlandske. Nasjonalt var det også da 15 prosent utenlandske allmennleger. Blant respondentene var det 51 av 177 (29 prosent) som ikke var norske. I vår studie var nasjonalitet ikke signifikant assosiert med økt risiko for å slutte. Ut fra våre funn synes de utenlandske legene å være like stabile som de norske.

Det har vært vist at yngre leger vektlegger balanse mellom arbeid og fritid annerledes enn eldre kolleger (9), og er mer opptatte av arbeidsmuligheter for partner. I en undersøkelse fra USA fant Elsbury at kvinnelige leger vektla oppvekstvilkår for barn og arbeidsvilkår for partner høyere enn mannlige leger (15). Vi fant ikke noen tilsvarende kjønnsforskjell i vår studie, men det var signifikant forskjell i synet på arbeidsmulighe-

ter for partner blant allmennlegene som hadde sluttet i forhold til de som ble. Stor arbeidsmengde og hyppig vakt er en belastning, særlig for allmennleger med omsorg for barn. På den annen side gir barn mange møtepunkter med lokalsamfunnet, for eksempel i barnehage, skole og fritidsaktiviteter. Det er mulig at det er bakgrunnen for at vi ikke fant signifikante forskjeller relatert til familieforhold. Rural bakgrunn og erfaring har i flere studier blitt trukket frem som viktige faktorer for å fremme rekruttering (1–7). WHO vektlegger også dette (7). Derfor er det overraskende at turnuserfaring fra fylket ikke gav mindre risiko for å slutte. Mange allmennleger sluttet innen tre år etter at de hadde begynt. Det indikerer at det er viktig å se stabilisering og rekruttering i sammenheng. Det kan tenkes at det var misforhold mellom forventninger og lønnader, og den virkeligheten legene faktisk møtte. De fleste studiene og prosjektene fokuserer mest på rekruttering, mens det er få studier som har undersøkt hvorfor allmennleger i rurale strøk slutter.

I studien fra Sogn og Fjordane fant vi at allmennleger som hadde sluttet hadde hyppigere vakt, syntes at de hadde dårligere faglige utviklingsmuligheter og angav at arbeidsmiljøet var dårligere enn de som ikke hadde sluttet. Dette er i overensstemmelse med studier fra Canada og Australia (1) samt vurderingene fra WHO (7). I Sogn og Fjordane har det blitt opprettet noen felles legevakt-distrikter de siste årene. I en rapport fra 2009 skriver Fylkeslegen at rekruttering og stabilisering synes å ha blitt bedret i de kommunene som har inngått et slikt samarbeid (11). Dette styrker funnet av vaktbelastning som en viktig faktor.

I en artikkel her i *Utposten* (16) ble det presentert delresultater fra et EU prosjekt

(6) hvor man hadde undersøkt en gruppe på 34 allmennleger som hadde sluttet i en rural stilling. Selv om tallene var små fant man en tendens til at de som sluttet kunne deles inn i to grupper. En gruppe var misfornøyd med ulike faktorer i den stillingen de hadde, mens den andre gruppen stort sett var fornøyd, men søkte nye utfordringer. I gruppen som var misfornøyd var det særlig karrieremuligheter, dårlige arbeidsforhold, begrenset faglig støtte og dårlige sosiale muligheter som ble vektlagt. I vår studie synes det som om leger som hadde sluttet og som angav at lokal tilhørighet ikke hadde hatt betydning i valg av arbeidsted, svarte mer negativt i forhold til arbeidsmarked for partner og arbeidsmiljø. Det var også en tendens til at leger som angav at tilhørighet ikke hadde vært viktig sluttet etter kortere tid. Det kan tenkes at dette er uttrykk for de samme mekanismene som ble beskrevet i EU-prosjektet. Leger med tilhørighet vet gjerne mer hva man går til og skifter kanskje i større grad jobb for å finne nye utfordringer.

Vår avgrensning om minst seks måneders tjeneste kan ha medført at noen av allmennlegene som sluttet tidligere enn seks måneder ikke ble inkludert. Det kan også være en feilkilde at leger som hadde sluttet, og kanskje hadde negative opplevelser fra fylket, i mindre grad svarte på skjemaet. Det kan tenkes at språkproblemer både har medvirket til at noen har sluttet og at de ikke har svart på spørreskjemaet. Når det gjelder spørsmålene om egen og partners tilknytning til fylket ser vi at de kunne vært formulert annerledes. Respondentene kan godt ha en bakgrunn fra fylket, men mene at dette ikke har hatt stor innvirkning på valg av arbeidsted. Et nøytralt spørsmål om egen eller partners eventuelle bakgrunn fra fylket ville gitt mer objektiv informasjon. Siden undersøkelsen ble gjennomført anonymt vet vi ikke hvor store kommuner respondentene arbeidet i, og dermed ikke om det er en representativ fordeling i forhold til vakt-hyppighet. Vi vet heller ikke hvor mange av legene som hadde deltatt i undersøkelsen begge ganger, både i 2004 og 2010. Til tross for disse begrensningene, mener vi at denne studien bidrar til ny kunnskap som er viktig i arbeidet for å rekruttere og beholde allmennleger i distriktene.

### Konklusjoner

Høy vakthypighet synes å øke risikoen for at allmennleger i Sogn og Fjordane velger å slutte. Blant legene som mente at arbeidsmiljøet var dårlig, var det signifikant flere som sluttet. Leger som var uenige i at

# 'Stilheden som samtale'

de hadde gode faglige muligheter, og at det var et godt og variert arbeidsmarked for partner sluttet også i større grad. Turnuserfaring fra fylket så ikke ut til å være avgjørende for hvorvidt allmennlegene forble i stillingene.

## REFERANSER

1. Viscomi M, Larkins S, Gupta TS. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Can J Rural Med Off J Soc Rural Physicians Can J Can Médecine Rurale J Off Société Médecine Rurale Can.* 2013; 18 (1): 13–23.
2. Bunker J, Shadbolt N. Choosing general practice as a career - the influences of education and training. *Aust Fam Physician.* 2009 May; 38 (5): 341–4.
3. Henry JA, Edwards BJ, Crotty B. Why do medical graduates choose rural careers? *Rural Remote Health.* 2009 Mar; 9 (1): 1083.
4. Deutsch T, Hönigschmid P, Frese T, Sandholzer H. Early community-based family practice elective positively influences medical students' career considerations – a pre-post-comparison. *BMC Fam Pract.* 2013; 14: 24.
5. Stenger J, Cashman SB, Savageau JA. The primary care physician workforce in Massachusetts: implications for the workforce in rural, small town America. *J Rural Health Off J Am Rural Health Assoc Natl Rural Health Care Assoc.* 2008; 24 (4): 375–83.
6. Recruit & Retain [Internet]. [cited 2015 Jan 19]. Available from: <http://www.recruitandretain.eu/>
7. Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention: Global Policy Recommendations [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138618/>
8. MacIsaac P, Snowdon T, Thompson R, Crossland L, Veitch C. General practitioners leaving rural practice in Western Victoria. *Aust J Rural Health.* 2000 Apr; 8 (2): 68–72.
9. Mathews M, Seguin M, Chowdhury N, Card RT. Generational differences in factors influencing physicians to choose a work location. *Rural Remote Health.* 2012; 12: 1864.
10. Wesnes SL, Aasland O, Baerheim A. Career choice and place of graduation among physicians in Norway. *Scand J Prim Health Care.* 2012 Mar; 30 (1): 35–40.
11. Hunskaar S. ... er hjelpa naermost! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. 2009 [cited 2015 Jan 19]; Available from: <https://bora.uib.no/handle/1956/6251>
12. Eg ønsker meg 1000 nye fastlegar til jul – Tidsskrift for Den norske legeforening [Internet]. [cited 2015 Jan 19]. Available from: <http://tidsskriftet.no/article/1313377>
13. [https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/helsesosialmelding/sogn\\_og\\_fjordane\\_helse\\_sosialmelding2009.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/helsesosialmelding/sogn_og_fjordane_helse_sosialmelding2009.pdf)
14. Legestatistikk - Legeforeningen.no [Internet]. [cited 2015 Jan 19]. Available from: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/>
15. Ellsbury KE, Baldwin L-M, Johnson KE, Runyan SJ, Hart LG. Gender-related factors in the recruitment of physicians to the rural Northwest. *J Am Board Fam Pract Am Board Fam Pract.* 2002 Oct; 15 (5): 391–400.
16. [http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/2014Utposten/UP3\\_14/28\\_31\\_rekrutterepresent20ogprosent20beholde\\_Utposten\\_3\\_3014.pdf](http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/2014Utposten/UP3_14/28_31_rekrutterepresent20ogprosent20beholde_Utposten_3_3014.pdf).

■ RUNE.LARSEN@HELSE-FORDE.NO  
 ■ GUNNAR.BONDEVIK@UIB.NO

«Det er på tide at du får en utfordring», sier praksisveilederen min. Han har innkalt en av pasientene sine hit til kontoret for en samtale. Han ønsker å kartlegge hjemmesituasjonen og helsen hans. Utfordring tenker jeg, hva er det som venter meg nå? Innkalt? Har han lyst til å komme, og kommer han til å dukke opp?

Siste timen før lunsj er satt av til Kjell. Jeg leser litt i journalen fra tidligere konsultasjoner, brev og epikriser. Kjell er alkoholiker, røyker, har diabetes, leggsår, dårlig ernæringsstilstand og angst. Han har en rekke ganger skrevet seg selv ut fra sykehuset og hjemmesykepleien er bekymret for hjemmesituasjonen. Hva skal vi snakke om? Hvordan skal jeg gå frem? Jeg er student, jeg kjenner ham overhodet ikke. Kommer han til å avsløre meg? Hva om han nekter å snakke med meg?

Tanken begynner å spinne. Jeg ser for meg tidligere møter fra da jeg jobbet i hjemmesykepleien. En liten omsorgsbolig. Man kommer inn døra, lufta kan skjæres med kniv. Lukten gjør at du puster med munnen. Det ligger søppel, gamle aviser og matvarer spredt rundt. Katte piler mellom beina på meg og ut døra. Innerst i stua, i godstolen sitter han. Tomme brusflasker og tørre pølsebrød ligger rundt ham. På det lille bordet når han alt han trenger. Røyk og lighter. Askebegeret er fylt til randen. Konstant manko på fulle ølbokser.

Han dukker opp. Ikke langt fra utgangsdøra på venterommet sitter han sammen med en dame. Det er helt fullt, jeg veit at det er ham. Han ser ned. Hun ser opp. Jeg ser på dem. «Kjell Indrevoll, du kan bli med meg?» Hva tenker han nå? En ung dame som roper ham opp? Hvor blei det av fastlegen som hadde innkalt ham? Han tar fatt på rullatoren sin og kommer tuslende i slitte joggebukser og sandaler. Vi håndhiser, jeg smiler og retter meg opp. Damen er søsteren, hun vil være med inn. Det er greit for Kjell. «De 5 F'ene» raser igjennom hodet mitt. Hvilke forventninger har Kjell til konsultasjonen? Hvilke forutsetninger har vi begge for å få en fruktbar samtale?

Det blir stille. Spørsmålet «Hva kan jeg hjelpe deg med i dag?» passer liksom ikke helt. Han har ikke bestilt timen. Jeg prøver meg på «Jeg har forstått det slik at dr. Hauge ønsker å høre hvordan det går med deg. Hvordan står det til? Og hva synes du

om å komme hit i dag?» Det blir stille. Det lille kontoret blir mindre. Han ser ned og jeg ser på ham. Søsteren sitter bak meg og ser på Kjell. «Du hadde jo ikke akkurat så lyst til å komme i dag Kjell, men vi har inngått en avtale ser du», hun henvender seg til meg. Praten går. Hun forteller om at hun handler daglig og doserer alkoholen utover uka. Kjell ser opp av og til. Han er spedit og liten. Ansiktet er markert og grovt. Det ser ut som hans 58 år lange liv har gitt ham en real omgang med juling. Jeg er ganske sikker på at han er venstrehendt. Pekefingeren og langfingeren er ikke bare gule, men brune.

Tiden går. Jeg utfordrer meg selv til å la det være stille. Det er mest stille. Vi prater av og til. Om at han ikke har vært ute av døra på flere måneder, angsten han fikk av sitte på venterommet, beina som nesten ikke klarer å bære ham fra leiligheten og ut i postkassa. Kjell deler sin historie i korte setninger. Vi kommuniserer mest med blikk. Opp og ned. Et lurt smil dukker opp, jeg tar det i mot og gir et i retur. Han har det bedre nå, han er glad for at søsteren hjelper. «Selv om det er med jernhånd», sier han. Av og til blir det mørkt, søsteren tar ordet. Jeg vil gjerne fortsette den stille samtalen med Kjell.

Jeg undersøker ham. Blodtrykket er fint. Han legger de tynne beina sine opp på krakken. Jeg finner ikke puls, verken ved å føle eller ved bruk av doppler. Vi ser på såret, det ser overaskende fint ut. Vi prater litt om hva som kunne gjort hverdagen bedre. Kjell skulle ønske han orket å gå til sentrum. Han vil mate duene og se folk.

Entusiasmen er ikke akkurat til å ta og føle på når jeg foreslår at han bør henvises til sykehuset for vurdering av blodsirkulasjonen. Det blir igjen stille. Han legger armene i fanget, trekker pusten og ser ned nok en gang. Han ser opp med tårer i øynene. Han ser ut av vinduet. Han tar beina ned fra krakken og legger de opp igjen. Flere ganger. Han begynner å fikle med låsene til rullatoren. Han vil ikke på sykehuset. Han reiser seg, tar meg godt i hånda, smiler og sier «Tusen takk for samtalen, det var det jeg trengte». Takk det samme tenkte jeg.

JULIE STEINSDATTER STENEHJEM  
 Medisinstudent ved Universitetet i Bergen.  
 Utplassert ved Haugesund legesenter  
 i fire uker høsten 2015.