

Forskning og klinikk

Med min positive erfaring og glede over å være tett tilknyttet et strålende allmennmedisinsk akademisk miljø i Bergen, er det liten tvil om at jeg vil anbefale andre allmennleger å begi seg ut i allmennmedisinsk forskning. Det finnes flere gode inngangsporter til forskning i allmennpraksis i Norge, men jeg vil sterkt anbefale å kontakte et av de fire akademiske allmennmedisinske miljøene tilknyttet universitetene, hvis du har en forskerspire i magen. Norsk forening for allmennmedisin har også egne allmennpraktiker-stipend gjennom Allmennmedisinsk forskningsutvalg. Dette er godt egnet for delfinansiering av mindre forskningsprosjekt, og for dem som har en ph.d. som siktemål, vil Allmennmedisinsk forskningsfond være et aktuelt sted å søke om midler etterhvert. Det er også verdt å nevne at dagens spesialiseringsregler i allmennmedisin muliggjør en kombinasjon av forskning og klinisk praksis uten forsinkelse i spesialiteten. Kombinasjonen 50 prosent forskning og 50 prosent kurativ klinisk praksis har vært fullt ut tellende i min spesialisering, noe som har bidratt positivt til mine ambisjoner om å fullføre doktorgradsarbeidet parallelt med klinisk praksis.

Mersmak

For egen del har ph.d.-arbeidet gitt meg en unik akademisk skoling, som jeg anser som svært nyttig både i klinisk allmennpraksis, men også i min bijobb som universitetslektor ved UiB og som legevaktoverlege ved Kristiansand legevakt. Per dags dato er det uavklart på hvilken måte og i hvilken type stilling jeg vil fortsette med forskning, men doktorgradsarbeidet har gitt mersmak, og jeg har god tro på at ph.d.-avhandlingen bare er starten på min forskerkarriere. Inntil videre er det sannsynlig at jeg vil få nok utfordringer i tiden som kommer med oppstart av ny null-hjemmel ved Vennesla legesenter i januar, 50 prosent stilling som legevaktoverlege ved Kristiansand legevakt, bistilling som universitetslektor ved UiB, og som leder av ALIS (allmennleger i spesialisering)-utvalget i Allmennlegeforeningen.

Tittel avhandling: «Chest pain out-of-hours. Prospective studies on diagnostics and management in out-of-hours emergency primary health care in Norway».

Disputasdato: 12.06.2015. Veiledere har vært Steinar Hunskaar og Erik Zakariassen. Doktorgradsarbeidet utgikk fra Forskningsgruppen for allmennmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

■ BOBBYBURMAN@GMAIL.COM

Avmakt og NAVmakt – en bekymringsmelding

■ HARALD SUNDBY • Fastlege, Kalveskinnet legesenter, Trondheim

Undertegnede er fastlege, og har vært det i ca. 25 år. Vanligvis praktiserer jeg i Trondheim, men de siste fire måneder har jeg vikariert som fastlege i Grorud-dalen. Denne reisen over Dovrefjell har gjort meg bekymret. Jeg befinner meg med ett i en svær avmaktssituasjon som rett og slett går litt på helsa løs.



ILLUSTRASJONSFOTO: BRAGE ANDRESEN/ANDREMANI STOCK PHOTO

Vi snakker om økende stressymptomer. Jeg har forsøkt å analysere situasjonen litt. Jeg har kommet fram til at jeg er blitt en *symp-tombærer*. For dette dreier seg ikke om min helse. Dette er ikke mitt eget stress. Det er strengt tatt knapt min egen avmakt. Det er NAVmakt. Mine pasienters NAVmakt og stress.

Problemene tårner seg opp, og det er lite jeg kan få gjort med det. Jeg er fastlege og møter mange mennesker i min arbeidshverdag der slik avmakt gjør seg gjeldende. Mitt første råd til de avmektige er: Del dette med noen du kjenner og stoler på – hvis du har noen. Jeg kjenner ikke dere lesere, men deler likevel. Jeg velger å stole på at min bekymring blir tatt i beste mening:

Vi fastleger er viktige brikker i det som jeg føler meg ganske sikker på er et av verdens beste velferdssystemer. Når det gjelder velferdsordningene knyttet til helse og helsesvikt er fastlegens vurdering og beskrivelse av helseproblemene, behandlingen og konsekvensene av svikten ofte selve

'inngangsbilletten', det være seg sykmeldinger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Det som skjer i fastlegens behandlingsrom legger føringene for saksbehandlingen i NAV. For pasientene, som er dem hele dette systemet er bygget opp for, sier det seg selv at det er overordentlig viktig at kommunikasjonen mellom deres behandler og saksbehandler fungerer smidig, og at misforståelser og konflikter ikke kommer i veien. Ellers kommer pasientene selv ofte ingen vei.

La det med en gang være sagt: Som fastlege har jeg dyp respekt for vår velferdstradisjon, en likeså dyp respekt for NAV og alle som jobber i det systemet. Jeg har opparbeidet mange positive erfaringer der vi samlet har funnet gode løsninger og hjulpet mine pasienter ut av vanskeligheter. Dialogpreget samarbeid har gitt meg mye yrkesglede. Og det finnes også en forventningskrise der ute, om hva velferdsstaten faktisk kan bidra med – og hva NAV kan stille opp med. Gitt slike urealistiske for-

ventninger vil systemet ikke kunne unngå å måtte dele ut skuffelser. Det finnes et lite konstruktivt 'anti-NAV-krigshisseri', som gir negativ skyttergravsdynamikk.

Men det finnes også det jeg kaller 'klinisk NAVmakt', som går på helsa løs. Etisk sett er det betenkelig: et hjelpesystem som gjør vondt verre. Ingen av oss ønsker det. La oss gjøre alt vi kan for å unngå det. Og når vi likevel ser at det skjer: la oss stoppe opp, lytte til hverandre og komme ut av det. Det er fullt mulig – de fleste gangene.

Det er også fullt mulig at jeg med 25 års yrkeserfaring 50 mil nord for Sinsenkryset har utviklet en urealistisk naivitet om dialogens potensial. Mine erfaringer som fastlegevikaer fra Oslo Gryta gir meg uansett denne ulmende kliniske bekymring: Det er mulig at brutaliseringen av velferdssystemene våre ikke er så ille som vi tror. Kanskje det er *verre* enn vi tror?

● **Adoptivbarn, 17 år og snart myndig:** De første tre årene i rumensk barnehjem var så helseskadelige at psykologer og barnelegers konklusjon er klinkende klar: Hun er spesifikt hjerneskadet, med en mental alder mellom 5 og 7 år. Nå er hun et slikt barn i en snart voksen og vakker kvinnekropp. Litt skummel kombinasjon, men godt ivaretatt. Det søkes om uførepensjon, men vilkårene er ikke oppfylt: Hun må først prøves ut i arbeidslivet. Altså – statlig konklusjon om barnearbeid?

● **Kvinne, 43 år med tre barn:** Hun har slitt med kroniske smerter de siste 20 år, og vært like lenge i forskjellige behandlingstiltak og attføringsforsøk som ikke har ført fram. Komplisert helsesituasjon. Dette er ikke en livs- og sykehistorie som gir et menneske mestringsfølelse og godt selvbilde. Grundig arbeidsevnevurdering foretatt av et konsulentfirma på oppdrag fra NAV konkluderer entydig med at det ikke finnes arbeidsevne og at videre attføringsforsøk bare vil gjøre vondt verre. Stønads situasjonen henger i løse luften når jeg møter henne for første gang. Hun befinner seg i den tilstanden jeg bare har ett ord for – og som jeg synes er dekkende: Angsthelvet.

«Hva har jeg gjort feil? Ryker huset? Orker jeg mer av dette livet?» Daglige panikkanfall. Null nattesøvn. På vei nedover.

Dere får tro meg på min vurdering: det var lett å merke at NAVmakten var den sterkeste drivende kraften nedover. Dette gir meg klinisk bekymring. Jeg tar noen telefoner: her må det samarbeides raskt og tverrfaglig. NAVs saksbehandler dukker opp og ser problemene. Jeg hiver meg rundt og

skriver legeerklæring. Men videre stønad avslåes. Rådgivende lege finner ingen sykdomsbasert uførhet. Jeg bekymres enda mer og er i vantro. For meg foreligger en nærmest overtydelig arbeidsuførhet der «nok er nok»-fasen burde vært etablert for minst 5 år siden.

Vanlig allmennmedisinsk sykdomsforståelse forkastes ansiktsløst og byråkratisk. Rådgivende leges ord er dom i slike saker. Her finnes det risiko for fatal helsekollaps. Jeg ber rådgivende lege ringe meg, men saksbehandler sier med beklagelse at det er ikke noe som rådgivende lege gjør: Å ringe fastleger.

Jeg ringer distriktpsikiatrisk senter (DPS), som har forståelse – men trekker litt på skuldrene. Jeg får inntrykk av at dette er svært vanlig kost. Jeg blir bedt om å skrive en henvisning, men den må først og fremst omhandle min bekymring om selvmordsrisiko. Minst mulig om NAVmakten: «Når det gjelder slike NAV-problemer synes vi vanligvis ikke at det hører hjemme her.»

Jeg får assosiasjoner til fysikkoppgavene fra skoletiden: «I dette forsøket velger vi å se bort fra luftmotstanden.» Da kommer analysene skjævt ut, når det er motvind med orkan i kastene.

Denne kvinnen trenger behandling. Hun trenger respekt i store doser flere ganger i uken i minst to år. Det hun minst av alt trenger, er respektløs saksbehandling.

På fire måneder møter jeg tre andre pasienter, alle med ansvar for barn – og med tilsvarende alvorlig NAVmakt, som så vidt jeg har overskuet har vært hovedårsaken til betydelig psykiatrisk sykdom. og 2.-linjes behandling. På disse fire månedene møter jeg alt for mange andre som, om de ikke akkurat er blitt syke av det, også opplever samarbeidet med NAV som en trusselfaktor i sine liv. Hver enkelt av dem har sin historie.

● **Leif på 53 år dukket opp på hastetime. Det var magesmerter. Kort fortalt:** Dette viste seg å være en nokså dypt psykisk skadet mann med mange år under oppfølging og behandling. Se for dere Elling. Bak magesmertene lå det to år i isolasjon etter at hans mor døde. De hadde bodd sammen. Nå tok arvepengene snart helt slutt. Vi fikk ok kontakt. «Men du får ikke meg til å gå på NAV, nei. Da bor jeg heller på gata.»

Nytt forsøk på tverrfaglig samarbeid:

«Jeg har innledet samarbeid med en pasient som ser ut til å ha falt ut av alle systemer. Vi må få koplet ham på igjen. Kan vi få til et møte?»

«Vel, dr. Sundby – gjelder det arbeidsavklaring, uføretrygd eller sosialtjenester?»

«Det var akkurat det jeg tenkte vi kunne forsøke å finne ut sammen.»

«Hør her, Sundby. Hvis du ikke kan si hva det gjelder, så har jeg faktisk ikke lov å bruke tid på dette her. Jeg jobber med arbeidsavklaringsstønad.»

Så langt kom vi. Hørte jeg «En dør»?

● **Mona er 23 år, med et lite barn og samboer.** Rygg- og bekkensmerter. Butikkarbeid hun ikke trivdes med og ikke så for seg å greie. En lett barseldepresjon i tillegg?

Hun ble sykmeldt av meg – og ja, det var en sykmelding «i gråsonen». Hvor hardt presser man en sliten småbarnsmor? Jeg er usikker. To måneder gikk. Og de går fort i allmennpraksis. Så kom tilbakemeldingen fra den fortvilte pasienten: Sykmeldingen var avvist. Null kompensasjon. En julehøytid med ubetalte regninger og tapt nattesøvn. Ingen katastrofe, men for meg som fastlege var dette en situasjon jeg ikke tidligere hadde opplevd. Jeg skrev til NAV og ba om en telefonprat. Det fikk vi til etter tre ukers tid, men vedtaket var gjort av en forvaltningens enhet som var utenfor saksbehandlers sfære. Å være sykmelder er ingen enkel jobb, vi fastleger gjør så godt vi kan. Dilemmaet er det vanligste. Mye er et sted i gråsonen. Å risikere å sette pressede småbarnsforeldre i økonomisk limbo er ikke noe jeg kan fortsette med. Uten dialog i tillit – om de man er i tvil om – kan jeg som fastlege ikke delta i dette samarbeidet.

Da har jeg gitt til kjenne noe om NAVmakten jeg har observert som vikar i Gro Ruddalen, sett fra fastlegekontoret. Jeg sitter med en følelse av at noen vil tenke: «Men dette har vi da hørt før».

Det er riktig. Intet av dette er nytt under solen. Kanskje nettopp derfor må det beskrives igjen. Og igjen. I min erfaring ligger dessuten en opplevelse av NAVmakt i en noe mer alvorlig form. Den nærmest totale NAVmakt, der jeg som fastlege og behandler står helt uten muligheter til å fungere som et smidiggjørende bindeledd mellom pasientene og saksbehandlerne. Hvordan situasjonen ser ut sett fra den andre siden vet jeg ikke noe om. Dialogen og tilliten mangler. Hvor ble den av?

Jeg reiser snart tilbake til mitt fastlegevirke i Trondheim – og forlater denne NAVmaktssonen. Det blir en lettelse. I vår by går det den motsatte veien. Det går lettere. Dialog er hverdagen. Folk får som oftest hjelp, men grenser settes også – i tillitsfullt og gjensidig respektfullt samarbeid.

Så får det bli andre enn meg som tar dette herfra. Det var godt å få satt ord på det!

■ HAR-SUZ@ONLINE.NO