



Lykkelig ensom

LEGELIVET

FREDERIK EMIL JUUL

E-post: fejuul.medisin@gmail.com

Frederik Emil Juul (f. 1989) er lege og forsker ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus.

Livet som turnuslege i Distrikts-Norge kan være ensomt både på jobb og privat. Det trenger ikke nødvendigvis å være negativt.



Foto: Jon Olav Nesvold

Født og oppvokst på en øy på Oslos vestkant og med gjennomført studietid i samme by var det en overgang å bo på Hamar som sykehuslege. Likevel ble endringen enda større da distriktsturnustjenesten øverst i Gudbrandsdalen sto for tur. Jeg var spent på livet som allmennlege og på mulige møter med ville dyr, men også bekymret for å oppleve ensomhet i det grisgrendte området.

Langt til fjells erfarte jeg tidlig hvordan allmennlegen må stille diagnoser uten umiddelbar støtte fra sykehusets teknologi. Heldigvis var andelen alvorlig syke lavere på allmennlegekontoret enn i sykehuset. I studietiden ved universitetssykehuset ble det ofte demonstrert alvorlige og sjeldne sykdomstilstander med spesialiserte behandlingsformer fra lærebøkenes bakre kapitler.

På allmennlegekontoret fikk jeg møte langt mindre farlige, men like fullt vanligere sykdommer, som vond rygg, selvlimiterende hudsykdommer hos barn og tungpustenhet grunnet engstelse. Likevel var jeg ikke alltid trygg på at dem jeg sendte hjem var fullstendig friske, og da ble det fristende med en ekstra henvisning eller supplerende undersøkelse for å være helt sikker. Det gjaldt særlig helsestasjonskontrollene av barn – influert av litteraturens referanser til fjellet så jeg for meg hvordan sjarmtrollene sprakk ved første soloppgang fordi jeg hadde oversett noe.

Faglig erfarte jeg også allmennlegens vanskelige portvokterfunksjon for sykehushenvisninger samt den varierende nytteverdien av epikrisen som fulgte med pasienten tilbake. Dessverre ble ikke setningen «følges opp av fastlegen» alltid etterfulgt av en plan om *hva* som skulle følges opp og *hvordan*.

Av de mer banale utfordringene som nyinnflyttet til Gudbrandsdalen var den lokale dialekten. De språklige misforståelsene ledet som regel til latter, men noen ganger kunne det ha medisinsk betydning. For eksempel ble jeg lettere oppgitt over en pasient med diabetes mellitus som sa han spiste «to kakuskiver kvar morgo». Kakestykkene jeg så for meg på frokosttallerkenen, viste seg imidlertid å være helt vanlige brødskiver. Et annet eksempel var uheldige gudbrandsdøler som «rulla og slo okla, som straks ble truten» på en av de bratte og humpete stiene som fantes i området. Mitt indre bilde av pasienten rullende nedover fjellsiden forsvant fort da en kollega forklarte at den ulykkesrammede bare beskrev ankelhevelsen som hadde oppstått etter et overtråkk.

Utenom fastlegekontorets åpningstider var det organisert en interkommunal legevakt halvannen times kjøretid fra der jeg bodde. Nedslagsfeltet strakte seg over nærmere ti tusen kvadratkilometer, men med under to personer per kvadratkilometer i gjennomsnitt. Det begrensede antallet ambulanser spredd oppover dalen ble en dyrebar ressurs som ikke kunne sendes på timelange reiser med relativt friske pasienter. Med andre ord var lang avstanden til pasienten oftere et problem enn et tettbefolket venterom.

På legevakten var det kun én lege fysisk til stede, og jeg måtte ta stilling til alle som trengte eller ønsket legevurdering. Som turnuslege ga det en uvurderlig mulighet til læring. Frykten for å stå der ensom og alene ble betydelig redusert av å ha en erfaren fastlege og alle spesialistene ved lokalsykehuset tilgjengelig på telefon. Sykehuslegene var faglig hjelpelige, men hadde ikke alltid like god geografisk kunnskap eller umiddelbar forståelse for at pasienten ikke ville reise fem timer tur-retur bare for å ta et røntgenbilde. Man ble raskt svært bevisst hvilke behandlingsekvenser undersøkelsen ville ha.

De pasientene som først hadde ankommet fastlegekontoret eller legevakten, ventet tålmodig og var (stort sett) takknemlige for den helsehjelpen de fikk. Kanskje det skyldtes den lange reiseveien. Samtidig ble jeg til tider skremt over kompetansen og utstyrstilgjengeligheten enkelte pasienter mente jeg skulle inneha, inkludert gastroskopering og invasive ortopediske prosedyrer.

I tillegg til endringene i arbeidshverdagen og språket ga distriktsturnustjenesten betydelig endringer i privatlivet. Det var flere timers reisevei til nære venner, få turnusleger i området og kun et begrenset utvalg sosiale arenaer, som utesteder og kino. At det var få møtesteder, økte dessuten sannsynligheten for å treffe en av legekontorets pasienter på fritiden.

Turmulighetene var nærmest ubegrenset, men her møtte jeg oftere firbente enn mine tobente artsfrender. Samlet fikk jeg bekreftet bekymringen om at distriktsturnustjenesten ville være en mer ensom tilværelse enn da jeg bodde og jobbet i byen.

Samtidig erfarte jeg hvordan ensomhet kan utnyttes positivt. Den flotte naturen, nærheten til dyrene og stillheten ga en rekke *muligheter* som jeg forsøkte å forkynne til bekjente med bylivet som eneste referanse. Selv om fjellet hadde forført meg før turnustjenesten, erindret jeg ekstasen til en tidligere medstudent da han møtte naturen i Troms som turnuslege der (1). Både han og jeg kunne nyte luksusen i det å gå alene til en nærliggende fjelltopp med en utsikt de fleste storbybeboere bare kan drømme om.

Til tross for de mange positive erfaringene er jeg i skrivende stund tilbake i Oslo etter endt turnustjeneste. Hvis omstendighetene tillater det, håper jeg å kunne flytte tilbake til fjellet for en kortere eller lengre periode. Samtidig ønsker jeg å oppfordre nyutdannede (nå LIS-1) til å søke seg vekk fra oppvekstssted og studiested. Det tror jeg kan utvide horisonten både faglig og privat.

LITTERATUR:

1. Juul FE. En ambivalent student. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 2088. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 5. februar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.1076
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no