



Docxit?

ESSAY

EIVIND LILLEÅS

E-post: eivind.lilleas@gmail.com

Eivind Lilleås er lege i spesialisering i rus- og avhengighetsmedisin ved Molde behandlingssenter, Helse Møre og Romsdal.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hvordan er ståa for leger i spesialisering i offentlige norske sykehus? Det kommer vel an på hvem du spør: Spekter, Akademikerne, helseforetakene eller deres konsultentselskaper. Spør du legen selv, kan du få et svar à la boken *This is Going to Hurt* fra 2017. Her skriver legen Adam Kay om forholdene for yngre leger i britenes offentlige helsevesen, National Health Service.



Illustrasjon: Øivind Hovland / NTB Scanpix

For Ola og Kari Nordmann kan det som fremkommer i boken *This is Going to Hurt* av Adam Kay virke som Det ville sykehusvesten. For en lege i spesialisering kan det kanskje fremstå som en ganske presis beskrivelse av egen jobbhverdag.

I 2015 prøvde daværende helseminister i Storbritannia, Jeremy Hunt, å tre en ny arbeidsavtale ned over hodene på landets yngre leger. I korte trekk var dette en klassisk politisk oversteigsfinte formidlet til opinionen som en økning i grunnlønn, men som i realiteten var en devaluering av ubekvem arbeidstid på kveld, natt, helg og høytid – slik at avtalen egentlig ga økt arbeidstid og 40 % relativ reduksjon i lønn (1). Når Hunt samtidig propaganderte høyt om grådighet blant legene som ikke ville godta avtalen, oppfylte etter hvert forholdet mellom arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner et økende antall SIRS-kriterier og kulminerte i en septisk generalstreik 12. januar 2016.

Adam Kay var nesten ferdig spesialist i gynekologi da han i 2010 la stetoskopet på hylla. Da hadde han i seks år jobbet opp mot 100 timer per uke, med skyhøy vaktbelastning og en rekke urealistiske og urimelige krav og forventninger. Nok var nok!

Da Kay fem år senere bivånet Jeremy Hunts undergraving av yngre leger med beskyldninger om grådighet, kunne han ikke annet enn å ta til motmæle. Han fant frem sine egne dagboknotater fra tiden som piska skinn i National Health Service (NHS), og resultatet ble en potent bestselger med 1,5 millioner solgte eksemplarer og 52 uker som nr. 1 på bestselgerlistene i Storbritannia i 2018 (2, 3).

Det ble synlig for folk både i bolighus, underhus og overhus at det ikke var legene som var problemet

Kay skriver at britene er stolte av sitt NHS. Siden opprettelsen i 1948 har britiske innbyggere fått gratis helsehjelp uavhengig av sosial status, yrke og tykkelse på lommebok eller høyde på bitcoin-stack (4). Etter intens og misvisende politisk agering i 2015 begynte folk i øyrikt etter hvert å tro på Jeremy Hunts hentydninger om grådige leger som ikke ville strekke seg litt for NHS. – Uhørt, sa det britiske folk, – slike leger vil vi ikke ha.

Men boken til Kay ble en vekker for hele Storbritannia. Det ble synlig for folk både i bolighus, underhus og overhus at det ikke var legene som var problemet på sykehus – snarere tvert imot: Det var arbeidsomme og (naivt?) pliktoppfyllende leger med opp mot 100 timers arbeidsuker som hindret at NHS ikke raknet fullstendig. Siden boken kom ut, har Kay stort sett vært på turné for fulle hus for å fortelle det britiske folk akkurat det (2).

I Norge har vi også et offentlig helsevesen som sikrer alle innbyggere gratis helsetjenester. Ikke alt er perfekt, hverken hjelpen som gis eller organiseringen av systemet. Det er rom for forbedringer. Men selve modellen synes for meg å være fornuftig, både på individnivå og på samfunnsnivå, som en forskjellsutjevner og stabilisator som sikrer lik hjelp til alle. Og selv om konseptet betyr at folk med andre holdninger, livsførsel og moralsk kompass enn meg selv får hjelp på min (skatte)regning, mener jeg vi som samfunn er tjent med å ta vare på helsesystemet.

Men det er ingen selvfølge at det skal forbli slik. Økende uhelse i befolkningen kan gjøre at systemet rakner. Stadig nye diagnosekoder når ICD og DSM med jevne mellomrom revideres, gir økende «kunde grunnlag» og flere arbeidsoppgaver. Underfinansiering kan bidra til gradvis destabilisering. Politiske valg, maktkamper og hestehandler kan få uante konsekvenser. «Outsourcing» av kjernetjenester kan uthule tilbudet til det ugjenkjennelige, og mangel på hjelpepleiere, sykepleiere og leger kan bidra til systemkollaps. Tror jeg. Blant annet.

Jeg har ikke nok kunnskap til å uttale meg om alle de faktorer som påvirker det offentlige helsevesens funksjons- og arbeidsevne. Men jeg har litt kjennskap til forholdene for yngre leger i det ganske sykehusland. En rask rekognosering blant venner og bekjente i LIS-sjiktet tyder på både hundretimersuker, skyhøy vaktbelastning og ganske mange urealistiske krav og forventninger også her til lands. Undersøkelser viser at norske sykehusleger også jobber nær tusen årsverk gratis ut over avtalefestet arbeidstid (5). Så situasjonen er slett ikke ulik den Kay skildrer fra Storbritannia.

Ved første øyekast fremstår kanskje boken som en overarbeidet leges humoristiske beskrivelse av egen hverdag. Men med delikat intelligens, spissfindig språkføring og humor i verdensklasse er Kay innom svært mange viktige momenter ved sykehusdrift – både på det administrative, byråkratiske, menneskelige og umenneskelige plan. Temaene som tas opp, gjelder like mye for det offentlige sykehusstilbudet i Norge.

At disse pasientene gjerne kommer ferdig selvgooglediagnostisert, gjør ikke ting bedre

Kay berører banale driftstekniske utfordringer, som behovet for stadig større operasjonsbord for å imøtekomme det stadig økende ikke-obstetriske bukomfanget på pasientene, et teratogent irriterende system for blodprøvebestilling i den elektroniske

pasientjournalen og økende og ukritisk bruk av vikarer som gir dårlig kontinuitet i behandlingen. Og jeg kjenner selv på en gjennomgripende frustrasjon inn til pluripotent stamcelle i beinmargen når Kay skriver at gynekologiavdelingens egne prosedyrer på nett ikke kan nås fordi de ikke passerer sykehusets pornofilter.

Boken berører også utfordringer som er ganske nye for helsevesenet – at svært mange pasienter som tar opp senger og timelister, ikke har reell sykdom, men kommer inn for en «EU-kontroll», med stadig økende hyppighet. At disse pasientene gjerne kommer ferdig selvgooglediagnostisert, gjør ikke ting bedre. I hvert fall ikke når legene selv, i et stadig mer komplekst sykdoms-, skade- og lytepanorama, har behov for å benytte samme søkemotor for å sette sine diagnoser. Og svært ofte er det diskrepans mellom pasientens og legens diagnose.



Aktuell bok: Adam Kay. *This is going to hurt*. Basingstoke: Pan Macmillan, 2017

Muligens var det noe lettere for Ibn Sina å overbevise sine pasienter når den eneste kunnskapen på markedet var læreboken han selv hadde skrevet, *Canon medicinae* (6) Boken fra rundt år 1000 stod seg i faget til utpå 1700-tallet og regnes som en av de viktigste bøkene i medisinsens historie. Det må ha vært adskillig lettere å få oversikt og bli trygg i faget når revisjonsfristen på retningslinjene var 700 år, godt og vel.

I grunnleggende treningsfysiologi vektlegges ofte behovet for nok hvile, søvn og ernæring for å oppnå gode prestasjoner, altså tidvis pleie av det parasympatiske nervesystemet. I helsevesenet vektlegges derimot motarbeiding av parasympatiske bidrag til organismen i jakten på stadig mer effektiv behandling, og man lærer seg etter hvert å anse både tunge øyelokk og tømningssignaler fra ampulle og blære som unødvendige evolusjonære vådeskudd. Grunnleggende arbeidsmiljøbetingelser i Norge kan i flere tilfeller lovmessig tilsidesettes i helsevesenet. Kay skriver om hvordan både privatliv og jobb påvirkes når timene per uke nærmer seg tresifret og søvnunderskuddet er tilsvarende stort – ikke direkte lystig lesing. For en kollega av Kay førte det sågar til suicidale tendenser.

Kay diagnostiserte seg selv med stockholmsyndromet da han etter en 97-timers arbeidsuke fulgte opp en pasient med å gå visitt i sin egen sårt tiltrengte fritid, uten å få et ekstra pund i pungen. Likeledes ga han seg selv en klokkeklar PTSD-diagnose grunnet sine fysiske og psykiske reaksjoner på vaktcalling-lignende lyder i det sivile liv.

2. desember 2010 skriver Kay sin siste side i dagboken. Da skjer nemlig det som mange leger frykter: Det går veldig galt med en pasient det ikke skulle gått galt med. Og det går galt selv som man har gjort sitt aller beste og egentlig ingen feil. Etter år med stress, mas, vakt og søvnunderskudd – og et åpenbart solid bidrag for britiske pasienter og NHS – er det dette som får begeret til å renne over for Kay.

Jeg kjenner selv på en gjennomgripende frustrasjon inn til pluripotent stamcelle i beinmargen når Kay skriver at gynekologiavdelingens egne prosedyrer på nett ikke kan nås fordi de ikke passerer sykehusets pornofilter

Jeg forstår han godt. Det gjør ikke nødvendigvis politikere, advokater og media, noe vi har eksempler på fra både Norge og Danmark de senere år. Egentlig er hendelser som dette vektige argumenter for å holde seg langt unna et medisinsk fakultet i studietiden, spør du meg. Boken bør være en knallhard realitetsorientering for unge håpefulle og kan med fordel vektes tyngre enn TV-serien *Grey's Anatomy* i valg av studium.

Om de ovennevnte temaene ikke vekker interesse, benytter Kay, som tidligere nevnt, virkemiddelet humor for å overbringe budskapet sitt. I mine øyne er det svært god humor, som gjør boken rett så leseverdig. Den noe bluferdige redaksjonelle linja i Tidsskriftet tillot ikke ytterligere videreformidling på dette området, men sann mine ord: Den som leser, får le!

Kay skriver at NHS er overstrukket og underfinansiert, og jeg drister meg til å si meg enig også på norsk offentlig helsevesens vegne. For legene sin del må man etter hvert spørre seg hvor mange pasienter, henvendelser, vurderinger, beslutninger, callinger og callingavbrudd i allerede pågående henvendelse, vurdering og beslutning han eller hun skal prosessere i hovedkjerntelen i løpet av en dag, en vakt, en uke, et år? Skal man dundre på fram til man blir 67 år (minst) med stadig økende terapeutisk tempo som en slags kvasidigitalisert AI-hybrid?

Det kommer vel igjen an på hvem du spør: Spekter, Akademikerne, helseforetakene eller deres konsultentselskaper. Om man spør legen, og samtidig har mål om å bevare det norske offentlige helsevesenet slik vi kjenner det i dag – hvor alle borgere i alle samfunnslag får hjelp, utredning og behandling – svarer kanskje legen at dette bør man seriøst reflektere litt rundt.

Går det kanskje en grense for arbeidstid, arbeidsoppgaver, våketimer og generell (pato)fysiologisk psykosomatisk rovdrift også for leger? Jeg mener svaret er ja.

På lik linje med Brexit, får vi kanskje en Docxit, både i England og Norge?

LITTERATUR:

1. Wikipedia. 2015 junior doctors contract dispute in England.
https://en.wikipedia.org/wiki/2015_junior_doctors_contract_dispute_in_England Lest 21.1.2020.
2. Beckerman H. Adam Kay: 'I thought I was the only doctor who ever cried in the toilet'. The Guardian 5.10.2019.
<https://www.theguardian.com/books/2019/oct/05/adam-kay-interview-this-is-going-to-hurt-twas-the-nighshift-before-christmas> Lest 21.1.2020.
3. National Book Awards. Shortlisted for Popular Non-fiction & Audible New Writer of the Year.
<https://www.nationalbookawards.co.uk/this-is-going-to-hurt> Lest 21.1.2020.
4. Duncan P, Jowit J. Is the NHS the world's best healthcare system? The Guardian 2.7.2018.
<https://www.theguardian.com/society/2018/jul/02/is-the-nhs-the-worlds-best-healthcare-system> Lest

21.1.2020.

5. Byberg Ø. Leger sier de jobber nær tusen årsverk gratis. Finansavisen 18.5.2016.
<https://finansavisen.no/nyheter/jobb-karriere/2016/05/leger-sier-de-jobber-naer-tusen-aarsverk-gratis>
Lest 21.1.2020.

6. Biologi i 1000 år. Abu Ali al-Husain ibn Abdallah ibn Sina (Avicenna) (980-1037).
<https://folk.uio.no/klaush/avicenna.htm> Lest 21.1.2020.

Publisert: 30. mars 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0702
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no