

Livet i engelsk allmennpraksis

Inntrykka er mange etter over eit halvt år som allmennpraktikar i England. I skrivande stund herjar munn- og klovsjuka landet. Hundrevis av gardar er råka, ufatteleg mange dyr er slakta og brende eller lagde i massegraver. Epidemien er ikkje under kontroll. Den nye varianten av Creutzfeldt-Jakobs sjukdom pregar framleis nyheitsbiletet og i delar av landet er folk opptekne med å turka vatnet ut av stova etter langvarig storflaum i vinter. Slike hendingar vitnar om økologisk ubalanse, og har sjølvsagt innverknad på folk si helse og trivnad. På Mill Lane Surgery, legekantoret mitt i Margate, Kent, merkar eg i kvardagen lite til slike tilhøve. Pasientane er opptekne av dei små og store plagene sine. Dei er glade for, etter ein periode med mange vikarar, å ha fått ein lege som er stabil over ein lengre periode. Det er heilt tydeleg viktig for folk å ha ein personleg lege dei relativt raskt kan få time hos. Eg er vorten styrka i trua på at fastlegeordninga er rett veg å gå.

Då tanken om å flytte frå ein trygg og fredelig kommunelegejobb i Aurland i Sogn til England melde seg, fekk eg råd om å starte prosessen tidleg. Sjølv om Noreg gjennom EØS-medlemskapen er ein del av den frie vesteuropeiske arbeidsmarknaden, kan det ta tid å få dei naudsynte godkjenningane. Å flytte til Storbritannia krev berre gyldig pass, men å jobbe som lege krev at ein vert registrert i det engelske legeregisteret. General Medical Council (GMC) er godkjenninginstansen, og etter å ha fylt ut søknadskjema med naudsynte vedlegg, var det uproblematisk å kome på GMC si hovudliste, «Principal List» (1).

Så langt gjekk det greitt, men nokre veker etter at eg hadde teke til som fastlønna allmennpraktikar i Thanet, fekk eg smerteleg merke at det i røynda nok ikkje var så enkelt likevel. Eg hadde på førehand ikkje stilt alle dei rette spørsmåla og var òg utilstrekkeleg informert frå GMC og arbeidsgjeveren min, East Kent Community NHS Trust. For å arbeide sjølvstendig som allmennlege i England, må ein gjennomgå ei treårig vidareutdanning, «Vocational Training», etter avslutta grunnutdanning. Då den lokale helsemyndigheita, East Kent Health Author-

ity, oppdaga at eg var i arbeid utan å ha gjennomgått slik opplæring her i landet, vart eg på timen teken ut av jobben. Det tok to veker å overtyde dei om at 16 års røynsle i allmennpraksis og norsk allmennpraktikarspesialitet, var tilstrekkeleg til å oppnå fritak; «Exemption from UK Vocational Training». Men eg slit i skrivande stund framleis med å få løyve til å drive helsestasjonsarbeid, småkirurgi og svangerskaps- og etterkontroll etter fødselar. På desse fagområda vert det av historiske og økonomiske grunnar stilt krav om særskilt trening.

Ein hard start

Eg trudde naivt at det ville verte høvesvis liten skilnad på å jobbe som allmennpraktikar i Noreg og i England. Litt språkproblem rekna eg med, men elles var eg trygg på at dette kunne eg. Heilt avslappa var eg nok likevel ikkje. Fyrste morgonen eg skulle på jobb, vart eg under knytning av slippet, råka av akutt kink i ryggen. Ei ny og kanskje verdfull oppleving, men definitivt på feil tidspunkt. Muskelspenningane og ryggsmertene vart ikkje betre etter at eg hadde fått utlevert leigebilen med ratt på feil side og vart overleten til meg sjølv i venstretrafikken. Fyrste veka på jobb i Storbritannia vart smertefull.

Det synt seg snart at å flytta frå Aurland til Margate innebar utfordringar langt ut over slips og venstrekøyring. Arbeidsdagen er lengre enn i Noreg, frå kl 08.30 til 18.00. Pasientavtalar vert sett opp i to daglege tretimars bolkar, og det vert sett opp seks pasientar i timen. I tillegg kjem øyeblikkeleg hjelp. Kva som vert rekna som akutte sjukdomstilfelle, vert stort sett definert av pasientane sjølve. Tempoet er følgjeleg høgt og eg opplever dagleg ein kamp mot klokka. Pasientane liknar norske pasientar, dei har ofte meir enn eit problem å diskutere med doktoren. Likevel har dei stort sett full forståing for at ein må utsetta einskilde tema til neste konsultasjon, og dei tek det vanlegvis ikkje tungt å måtte sitje ei tid på venterommet når eg ikkje har greidd å halde tidsskjemaet. Men det er klart at eit så høgt tempo stiller særleg store krav til kommunikasjonen i konsultasjonen. Dersom ikkje legen evnar å skape ein trygg og tillitsfull atmosfære relativt kjapt, kan dei ti minutta vera over før ein har vore i nærleiken av for pasienten sentrale tema. Gjennomsnittleg lengd på allmennpraktikarkonsultasjonar i Storbritannia er 7–10 minutt (2). Eg er overtydd om at det er i underkant av det naudsynte. Eit mogleg re-

sultat er at reseptblokka vert nytta for ofte, eit anna at grundig klinisk undersøking vert erstatta av tilvisingar.



Språk

Språkleg vil det for norske legar med vanlege engelskkunnskapar vere relativt uproblematisk å jobbe i Kent. Men eg har møtt pasientar med dialektar frå andre delar av landet som er vanskelege å forstå. Det er òg klart at sjølv om samtalen flyt ganske fint, kan ein framandspråkleg lege lett gå glipp av detaljar og nyansar. Når lege og pasient har ulik språkleg bakgrunn, vert det enno viktigare at legen i konsultasjonen hugsar å kontrollere at ein har felles forståing av kva som er problemet, og at informasjon og budskap er rett forstått av både partar. Slik vert konsultasjonane lett meir langvarige, men tålmodet er heldigvis stort hos dei fleste av pasientane.

Einskilde problemområde er naturleg nok vanskelegare å snakke om enn andre, og engelske pasientar er blygare enn norske. Utspørringa om eldre fruer sitt avførings- og vasslatingsmønster bør gjerast med takt. Då passar ikkje alltid dei orda og uttrykka vi i si tid lærte i engelsktimane på gymnasen, eller då me las til eksamen i anatomi. Pasientane sin blyge grunnhaldning gir seg òg andre utslag. Det er ofte berre så vidt eg får lurt stetoskopet inn under skjorta på pasientane, dei kler helst ikkje av seg. Underlivsundersøkingar skjer på flat benk, berre gynekologar kan få engelske kvinner til å klatre opp i ein benk med beinhalदारar.

Eit for meg uventa problem frå fyrste dag i jobben var alle forkortingane. I medisinsk terminologi inngår ei mengd bokstavkombinasjonar som er uforstålege for uinnvidde, og dei er ikkje internasjonale. Ein gong eg besøkte ein gamal kreftpasient på ein sjukeheim, fekk eg vite at behandlinga han fekk var TLC. Det tok tid før eg forstod at det ikkje var ein cellegiftkur, men «Tender, Loving Care».

National Health Service

National Health Service (NHS), den britiske helsetenesta, vart innført i 1948 og omfattar både sjukehus-, spesialist og primærhelsetenesta. Eit viktig hovudprinsipp er at tenesta skal vere gratis. I England må du ikkje betale når du går til lege eller vert innlagt i sjukehus. Du betaler ein fast pris for legemiddel på resept, men medisinerane er likevel gratis

for store grupper, til dømes barn og pensjonistar.

Lokalt vert helsetenestene finansierte av økonomisk-administrative einingar, såkalla «trusts». Dei fleste legane er privatpraktiserande som vert tilført pengar etter avtale med trusten. Legane har ei fast pasientliste og har pasientansvar 24 timar i døgeret. I gjennomsnitt er det litt over 1800 pasientar på ei legeliste (2). Avtaleverket, General Medical Services (GMS), er gammalt. Høvesvis nytt er Personal Medical Services (PMS), ein ny kontrakttype med større fleksibilitet og sterkare lokal forankring. Kontrakten er heller ikkje berre kvantitativ, ein kan òg kontraktfeste kvalitative tilhøve. Til dømes kan ein, dersom det er mykje rusproblem i den aktuelle pasientpopulasjonen eller det geografiske nedslagsfeltet, gjennom kontrakten binde legane til å arbeide særskilt med dette fagfeltet. Innanfor PMS er det høve til å tilsette fastlønna allmennpraktikarar, og jobben eg til sist fekk var ei slik stilling, «Salaried GP». Desse stillingane vert ofte oppretta i område der det er vanskeleg å rekruttere legar, til dømes i urbane område med låg levestandard eller i område med særlege helsemessige utfordringar. Det er eit nasjonalt helsepolitisk mål at fleire og fleire legar skal verte fastlønna (3), men det er skepsis til reforma blant legane. Dei er redde for å sakka akterut lønsmessig, ei utvikling vi som fastlønnslegar ikkje er ukjende med i Noreg.

Ei helseteneste i motvind

Sjølvsagt om National Health Service stadig vert reformert og fornya, slit tenesta i motgang. Det er lange ventelister og misnøye i befolkninga. I tillegg er det ei nådelaus mediefokusering på alt som går gale. Bølgjene etter Chipmansaka, allmennpraktikaren som upåakta gjennom år tok livet av veldig mange pasientar, har enno ikkje lagt seg. Nyleg kom det fram at born som har døydd på eit sjukehus i Liverpool, har fått operert ut alle innvendige organ post mortem, utan foreldra sitt samtykke. Og dette har gått føre seg gjennom år. Ei anna sak som har skapt mediestorm, handlar om uverdige lagring av lik på sjukehus. I tillegg kjem ei rekke oppslag om alvorleg feilbehandling av einskildpasientar. Med norsk bakgrunn, der personvernet står sterkt, er det litt overraskande at legar som er involverte i feilbehandlingssaker, ikkje har krav på nokon form for vern. Namn og bilete kjem i avisa straks saka er kjend. Då hjelper det lite om det på eit mykje seinare tidspunkt vert klart at ein ikkje er å klandre for hendinga.

Statsminister Tony Blair kjem med nye innspel kvar gong nye uheldige tilhøve kjem opp i avisene, men regjeringa er konstant på etterskot. Eit tiltak er at innan 2004 skal alle

få ein lovfesta rett til time hos deira allmennpraktikar (GP) innan 48 timar, uansett kva det gjeld. Det er neppe medisinsk-fagleg fundert, og vil heilt sikkert auke presset ytterlegare på hardt arbeidande allmennpraktikarar. Eit anna framlegg går ut på bygging av eigne sjukehus utan akuttansvar som berre skal utføre rutineoperasjonar, til dømes hofte- og kataraktoperasjonar. Ved sjukehusa skal det opererast dag og natt, kvardag som helg. Det er valår i år, og nokre av framlegga frå arbeidarpårtiregjeringsbêr utan tvil preg av det. Inntrykket er at framlegga kjem utan grundige drøftingar med representantar for profesjonane.

Clinical Governance og PRICCE

Omgrepet Clinical Governance er etter kvart vorte nokre år gammalt, men framleis er det neppe eintydig definert i alle delar av det britiske helsevesenet. Clinical Governance er eit system for kvalitetssikring av helsetenes-



Legekontoret der eg arbeider i Margate. Foto Pål Gulbrandsen

er og har vorte utvikla som følge av at National Health Service har vorte kritisert for manglande kvalitet på tenestene. Alle delar av organisasjonen skal ha eit kvalitetssikringssystem, og alle som jobbar i organisasjonen har eit felles ansvar for kvalitetssikringa. Det er viktig at organisasjonen utarbeider planar for korleis kvaliteten på tenestene skal haldast oppe, og om mogleg kontinuerleg verte enno betre. Organisasjonen skal syte føre regelbunden evaluering, såkalla clinical audit, av verksemda og det skal vera mogleg å dokumentere resultatane. Sentralt i eitkvart program for Clinical Governance står mellom anna at praksis skal vere kunnskapsbasert, profesjonane pliktar å ha eit opplegg for vidare- og etterutdanning, ein skal redusere risikoen for feilbehandling og mistak, det skal vere eit opplegg for korleis klager på verksemda vert tekne hand om, og journalføring skal ha høg standard.

East Kent Health Authority har, som ein del av arbeidet med Clinical Governance, laga eit sett av kliniske standardar; Primary Care Clinical Effectiveness (PRICCE). Til no er det utarbeidd behandlingsmål for 13 sjukdomar eller sjukdomsgrupper og fleire

vil kome til. Ein stor del av legekantora i East Kent tek del i prosjektet som omfattar meir enn 80% av befolkninga i området. Legepraksisane som tek del pliktar å oppnå måla steg for steg over ein periode på tre år. Dersom dei lukkast, gir det økonomisk vinst. Prosjektet stiller krav om at pasientjournalane må vere på data, og praksisane skal ha fullstendige pasientregister for dei aktuelle sjukdomane. Døme på kliniske standardar er at innan fyrste prosjektår skal 85% av blodtrykkspatientane ha blodtrykk < 160/90, etter andre prosjektår skal i tillegg 60% ha blodtrykk < 150/90. For pasientar med angina er det eit mål at alle skal ta acetylsalisylsyre dersom det ikkje er kontraindisert. 40% av diabetikarane under 65 år skal ha Hb A_{1c} < 7,4%, mens 60% av dei over 65 år skal ha Hb A_{1c} < 8,4%.

Behandlingsmåla er omfattande for ein skilde av sjukdomane, enklare for andre. Både Practice Manager, Practice Nurse og dei einskilde legane er involverte i registrering av data, og i å gjennomføre evalueringa slik at ein kan dokumentere resultatane.

Stillinga mi er tillagt eit avgrensa leiaransvar for kvalitetssikringsarbeidet på dei to legekantora i Margate som vert drivne av East Kent Community NHS Trust. I praksis har eg jobba med å få pasientjournalane over på data, og å få etablert tilfredsstillande sjukdomsregister for at praksisane skal verte aksepterte i PRICCE-prosjektet. Slikt arbeid er tid- og arbeidskrevjande og ein må spørja seg om det tek for mykje tid i høve til kva ein får att i helsemessig

vinst. Sjølvsagt har eg tru på systemet når det gjeld dei store sjukdomsgruppene som hjarte- og karsjukdomar, diabetes og astma. Ei meir kollektiv tilnærming som tek utgangspunkt i kunnskapsbaserte standardar, vil truleg gje ein større del av pasientane tilfredsstillande behandling. Men vi må ikkje gløyme at fleirtalet av konsultasjonane hos allmennpraktikarar handlar om problem og lidningar som ikkje er lette å talfeste, og der andre arbeidsmetodar er meir eignelege.

Aurland og Margate

Det er store skilnader mellom Margate i Thanet og Aurland i Sogn og Fjordane. Området Thanet er eit såkalla «deprived area», prega av offentleg og personleg fattigdom. Kystbyane var tidlegare attraktive feriestader. I dag flassar malinga av på dei mange hotellfasadane, og gjestane er stort sett asylsøklarar som kjem seg over kanalen frå Frankrike trass i intensiverte grensekontrollar. Det er få engelskmenn som vel å leggje ferien hit. Sjøen er heitare, veret betre og strendene finare på Kanariøyane. Mange av dei fastbuande er låglønne eller utan inntekt, og mange bustader er i særskild dårleg tilstand.

Det er ikkje sjølvsagt å ha innlagt varmt og kaldt vatn, og det finst hus utan moglegheit for oppvarming om vinteren. Offentlege tenester, som til dømes renovasjon, fungerer dårleg, i delar av byen flyt søppel i gatene. Kontrasten til ein rik kraftkommune på Vestlandet er slående. Enno meir slående er det at i andre delar av Kent, nokre få miles vekk, er rikdommen stor. Husprisane er skyhøge og mange born går på dyre privatskular. Klasseskilja er ikkje vekke i England.

Fattigdomen pregar naturleg nok òg kvardagen på legekantoret. Ein stor del av pasientane har økonomiske vanskar. Eg har vore i sjukebesøk hos småbarnsfamiliar som bur i, etter mitt syn, kondemnabile husvere. Ungane frys, det er muggent og skittent og nesten ikkje møbel i stova.

Mange av pasientane eg møter har stoff- og alkoholproblem, òg pasientar med angst og depresjon er overrepresenterte. Splitta familiar er regelen og ikkje unntaket.

I tillegg til generelt lågt lønsvnivå og arbeidsløyse, er trygdeordningane langt dårlegare her enn i Noreg. Etterspurnaden etter sjukmeldingar er høvesvis låg, folk har ikkje råd til å verte sjukmelde. På denne bakgrunnen er det heilt naudsynt at helsetenester er gratis. Fleirtalet av mine pasientar hadde ikkje hatt råd til å gå til lege dersom det hadde kosta svarande til kva ein konsultasjon kostar i Noreg.

Tverrfagleg samarbeid

Ein sentral person på engelske legekantor er Practice Manager, som er driftsansvarleg og som gjer største delen av det administrative arbeidet. Vidare er det vanlegvis knytta ein sjukepleiar, Practice Nurse, til kontoret. Sjukepleiaren sine oppgåver er mellom anna blodprøvetaking, å driva klinikkar for visse sjukdomsgrupper, diettrådgjeving, småbarns- og reisevaksinasjon, cervixcytologisk prøvetaking og registrering av nye pasientar i praksisen. Sjukepleiaren avlastar i høg grad legen, og ei slik ordning bør det vere mogleg å tilpasse norske tilhøve. Med klare behandlingsprotokollar, er det kanskje ikkje naudsynt at legen ser diabetikarane, astmatikarane eller blodtrykkspasientane anna enn når det oppstår problem. Sjølv om det vert teke blodprøver, er det ikkje tradisjon i England for å analysere prøver på kontoret. Når ein stor del av pasientane i vinterhalvåret kjem på grunn av hoste med ekspektorat i ulike kulørar, hadde det no og då vore godt å ha CRP å ty til.

Andre viktige samarbeidspartnarar på kontoret er helsesyster, Health Visitor, og jordmora med ansvar for barnekontrollar og svangerskapsomsorga. Allmennlegen sjekkar borna to gonger, når dei er omlag seks veker og åtte månader gamle, og er ikkje rutinemessig involvert i svangerskapsomsorg. I tillegg er det heimesjukepleie som fungerer om lag som i Noreg, og fotterapeutar er i alle høve i denne delen av England sett på som ein viktig del av primærhelsetenesta. Fysio-

terapeutar derimot har inga sentral rolle. Det finst private fysioterapiinstitutt, men National Health Service dekkjer ikkje kostnaden ved behandlinga, og følgjeleg er det for mange eit uaktuelt tilbod. Fysioterapiavdelinga på lokalsjukehuset tek imot polikliniske pasientar, men det ser ut til at det er liten tradisjon for å tilvise pasientar med meir kvardagslege muskel- og skjelettplager. Eg har inntrykk av at hovudoppgåvene er postoperativ opptrening og opptrening av særskilte grupper, til dømes slagpasientar. Fysioterapeutane er òg involverte i smerteklinikken si behandling av pasientar med kroniske, alvorlege smertetilstandar. Eit alternativt tilbod til pasientane er trening på godkjende treningsinstitutt i regionen. Slik trening kan pasientane få på «resept» dersom allmennlegen finn at det er høveleg. Pasientane får ein gratis konsultasjon med ein treningsinstruktør der det vert laga eit individuelt tilpassa treningsprogram. Treninga vert sidan gjennomført på instituttet under rettledning og til gunstig pris.

Psykisk helsevern er godt utbygd, i alle høve den polikliniske delen. Det er litt ventetid for å kome til psykiatar poliklinisk, men det er lett å få time til rådgjeving, «counselling», hos ein psykiatrisk sjukepleiar eller ein annan person som har gjennomgått relevant opplæring. I tillegg reiser psykiatarane utruleg nok i heimebesøk på kort varsel, etter oppmoding frå allmennpraktikarar. Det hadde vorte vanskeleg å organisere i Sogn og Fjordane. På lokalsjukehuset har dei alle naudsynte spesialitetar, ventetida for å få poliklinisk time varierer frå nokre veker hos revmatologen til eit år hos nevrologen. Eit særtekk er at overlegane i tillegg til det dei gjer for National Health Service, har private poliklinikkar i ein eigen fløy på sjukehuset. Tilvisingar frå primærlegen vert gjerne retta personleg til ein spesialist, og dersom eg skriv at pasienten ønskjer timen som privat pasient, er ventetida berre 1–2 veker. Det må pasienten betale om lag 100 pund for. Få av mine pasientar har høve til å nytte denne snarvegen i systemet.

Eit utbytterikt opphald

Det var fleire grunnar til at familien valde å forlata Vestlandet for eit år. Etter mange år i ein liten kommune, hadde vi trong til å luften oss. Det var naudsynt med nye impulsar både privat og arbeidsmessig. Vi ville gjerne oppleve noko heilt anna, gjerne i ein meir urban samanheng og i eit framand land. Heile familien hadde eit ønske om å verte flinkare i engelsk, og dei tre tenåringane var positive til å prøve seg på ein ny skule. To av dei tek til på vidaregåande frå hausten, dette året var siste sjanse til å få med heile familien.

Då me starta planlegginga var det vanskeleg å vite i kva ende me skulle starte. Eg tok til å søke jobbar, på grunn av klima og språk hovudsakeleg i Sør-England, men fekk stort sett ikkje ein gong svar. Ein halvgamal kommunelege frå Noreg var tydelegvis ikkje ak-

tuell som assistentlege på engelske sjukehus. Allmennpraktikarjobbane som var utlyste i *British Medical Journal* verka ikkje eignelege. Det var uaktuelt å gå inn som partnar i ein praksis, og vikariat var gjerne kortvarige og utlyste kort tid før engasjementet starta.

Etter 10–15 mislukka søknader var tida inne til å skifte strategi. Vi fann ut at skuleplass til ungene fekk avgjere kvar vi hamna. Vi ville at dei skulle gå på Steiner-skule og sende førespurnad til mange skular. Svara var jamt over positive, og valet fall på Perry Court Rudolf Steiner School i Chartham utanfor Canterbury. Når vi no visste i kva område vi skulle bu, starta eg ei meir målretta leiting etter jobbar. Eg fekk likevel ikkje napp, og vi vart etter kvart innstilte på at vi skulle ordne oss jobbar etter at vi var på plass i England. Eg hadde permisjon frå kommunen med løn dei fyrste fire månadene, vona var at på den tida ville ting ordne seg. Men ein dag i mai kom den etterlengta telefonen frå Kent, eg var innstilt til ein jobb som Salaried GP. Eg fekk rydda plass på timeplanen til jobbintervju nokre veker seinare, førebudde eit føredrag på ti minutt om Clinical Governance og kom gjennom nål-auguet. Etter at vi var vel etablerte her, ordna det seg òg med jobb for kona. I ettertid er eg glad det ikkje vart naudsynt å reise på jobb-messig «blåtur» til England. Opphaldet har så langt svarta til forventningane. Ungane opplever eit spanande og anleis skuleår, og dei vaksne i familien har fått nye og verdifulle jobbbrønnsler. Vi har alle nytt godt av eit rikt kulturliv i og rundt Canterbury, og vi har fått eit innblikk i korleis det er å leva i eit av våre næraste europeiske naboland. Ikkje minst har vi lært å sette pris på det engelske utelivet. Huset vårt ligg vegg i vegg med ein triveleg lokal pub der lokale utøvarar spelar folkemusikk to kveldar i månaden. Her kan du treffe kjende og naboar i ein uformell samanheng, eller du kan meditere i einsemd over eit glas dovent og lunkent engelsk øl.

Det nærmar seg slutten på utanlandseven-tyret. Det einaste eg angrar på er at vi ikkje gjorde dette litt tidlegare slik at vi kunne ha vorte i to år. Tida går så altfor fort.

Lars Moland
larsm53@yahoo.co.uk
Community Surgery – Mill Lane
Mill Lane House
Mill Lane
Margate
Kent CT9 1LB
England

Litteratur

1. Gulbrandsen P. Norsk lege i engelsk allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3207.
2. General Practitioners Committee. GPC guidance: web.bma.org.uk/gpc.nsf/guidance/vw (23.4.2001).
3. Secretary of State for Health. The NHS plan. London: Stationary Office, 2000.

○