



New Zealand

En almenmedicinsk arbejdsdag 18.000 km fra andedammen

PART II

Dette er anden del af en føljeton, hvor vi følger en nyuddannet speciallæge i almen medicin på eventyr i New Zealand, hvor hun har slået sig ned med sin mand og deres 10-årige datter for at arbejde i to år. I første del (Practicus 242) hørte vi om ankomst, skole, bolig, de lokale og lidt om det organisatoriske i hendes praksis. I denne anden del er fokus på hverdagen i det almenmedicinske maskinrum i en New Zealandsk almen praksis på Waiheke Island.

8.30: Morgenmøde i akutrummet. Hvordan ser dagen ud? Er vi alle klar til vores respektive opgaver?

8.45: Jeg er "duty doctor" sammen med en "duty nurse" frem til kl. 13, hvorefter en anden læge og sygeplejerske tager over til kl. 17. Det vil sige, man tager alt det akutte, der kommer, samt diverse "walk in's". Vi har ikke et hospital eller en skadestue på øen, så alle, der kommer til skade eller har akut brug for hjælp, kommer direkte til klinikken.

En mand med brystmerter er min

første patient. Vi kender ham, da han er en af klinikkens patienter og kommer relativt ofte med brystmerter. Han har en CVD-risikofaktor på over 30 pct., men han lider også af svær angst. Ulven kommer, men hvornår? Sygeplejersken ser ham først. Han har normale værdier og uændret EKG, så hun kalder mig ind.

Lægepraksis i New Zealand er privatejet, og de fleste udgifter skal hentes ind fra patienterne. De klinikker, der ligger "rural" i New Zealand, kan søge om refusion af bestemte ydelser med den hensigt at holde patienter

væk fra hospitalerne. Det kan f.eks. være brystmerter, DVT-udredning og -behandling, i.v. antibiotika og behandling og observation af astmaanfald. I dette tilfælde har vi en TnT Point Of Care Test, vi kan lave, og den hjælper os til beslutte, om patienten har et reelt iskæmisk hjerteproblem, eller om det i dette tilfælde er angsten. Prøven var negativ, og patienten får en opfølgende konsultation hos mig et par dage efter.

Den næste patient fortæller, han har en "chest infection" og "phlegmy cough". Det er ofte ensbetydende med, at de vil have antibiotika. New Zealand ligger ret dårligt i statistikken – lige under Italien – med hensyn til forbrug af antibiotika. 97 pct. af alle børn i New Zealand har fået antibiotika mindst én gang i deres liv, inden de fylder seks år. Bortset fra manglende patientoplysning og lægers dårlige verner er problemet her, at man i New Zealand ikke har accepteret CRP som målemetode, og det kan derfor i nogle tilfælde være svært at adskille en øvre fra en nedre luftvejslidelse eller en viral fra en bakteriel tonsillit bare på kli-

nikken. Reumatisk feber er meget udbredt hernede, og alle halsbetændelser skal behandles med ampicillin i 10 dage, bare på mistanke. Og hvorfor ikke penicillin? De er bange for dårlig compliance på grund af smagen. Desuden koster det omkring 200 kr. for en 15-minutters lægekonsultation, så man kan ikke så nemt bede dem om at komme tilbage senere, hvis det er blevet værre. Overbehandling trives fremragende her, og patienterne bliver skuffede, hvis de kun betaler for gode råd og ikke får noget medicin for pengene.

Den næste er et barn med forkølelse, hoste og vejrtrækningsproblemer. Barnet har astma, men det er ellers gået så godt i et halvt år med en blå inhalator. Rigtig mange mennesker, jeg møder i praksis, vil ikke "sygelliggøres" og være afhængig af daglig medicin. Det er til at forstå, men sygdommen er der, om man vil det eller ej, og mange kommer derfor først, når det for sent. Jeg har allerede givet en håndfuld børn flydende prednisolonkure pga. ubehandlet astma, der blusser op under virusinfektioner. Vi brandslukker oftere, end vi forebygger, og patienterne kommer sjældent til de opfølgende forebyggende konsultationer, som man foreslår dem.

Endnu et snottet barn, men denne gang med en kigende hoste og en gravid mor. Waiheke er en lidt speciel ø, og mange fravælger at vaccinere deres børn. Da kighosteepidemien var på sit højeste i 2015, stammede halvdelen af alle kighostetilfælde i Auckland med sine en million indbyggere fra Waiheke. I 2017 startede endnu en epidemi, og den har ikke lagt sig endnu. Barnet er ikke vaccineret, men også den gravide mor og det ufødte barn er i fare. Ikke alle kighostetilfælde har en kigen – tværtimod. Sygdommen præsenterer sig med 1-2 ugers katarrales og ligner enhver anden forkølelse. Vi kan pøde og få en PCR på prøven, men svaret kommer først en uge senere. Det vil sige, de skal isoleres i en uge, indtil vi har svaret, eller de kan behandles med det samme, hvormed isolationstiden reduceres til to dage. Har man børn, der går i skole på øen, kender man én eller to, der har været i behandling for kighoste, og man kan ikke undgå at have været i tæt kontakt med et tilfælde af kighoste. Azithromycin er dermed et af de oftest udskrevne antibiotika, når epidemien står på, og forkølelserne kommer væltende ind i efterårs- og vinterperioderne.

En mand kommer ind med hævet øm læg. Han har en uge forinden fået opereret et inguinalhernie. Igen kan det være svært at udelukke DVT. Han kan ikke bare tage færgen over til sygehuset, som desuden koster 200 kr. t/r, hvis man ikke har klippekort, eller bilfærgen, som koster 1.000 kr. t/r. Han har en Wells-score på to, og jeg får sygeplejersken til at tage en D-dimer, som vi får svar på 10 minutter senere. Hvis den er under 500 ug/L, kan han klare sig for en



DVT, men hans er nu på 2.300 ug/L, hvilket automatisk igangsætter en gratis ultralydsskanning i en privat klinik samme dag. Han undgår altså ikke at skulle over på fastlandet. Faxen med radiologens beskrivelse kommer ind, før patienten er kommet tilbage, negativ, og jeg kan ringe til patienten og give ham en temporær plan og en opfølgning et par dage efter.

En turist halter ind med hudafskrabbinger over det meste af kroppen og holder på sin ene arm. Endnu en uerfaren cyklist på en alt for hurtig lejet E-cykel kørende med over 30 km/t på dårlige veje. Han får lattergas, mens sygeplejersken renser hans sår. Han har højst sandsynligt brækket klaviklen, men vi har ikke mulighed for røntgen om tirsdagen. Han kan enten tage ind til Auckland til røntgen eller vente til næste dag med en slynge og smertestillende. Han venter til næste dag, hvorefter jeg skal vurdere røntgenbilledet og lægge en plan for videre behandling. Vi har en radiograf på øen, og alle billederne sendes ind til radiologisk vurdering på sygehuset, men der kan gå dage, før vi får rapporten. Er jeg alene på vagt og får en formodet fraktur, forventes det af mig, at jeg skal kunne lægge en midlertidig gips til næste dag, hvor røntgen har åbent, eller på anden måde at aflaste og beskytte bruddet, så de kan tage ind på sygehuset. I dagtiden hjælper sygeplejerskerne rigtig meget med skader-

ne, og det er ofte en stor glæde at samarbejde med dem.

Min ubetalte frokost på en time bliver ofte spist af papirarbejde. Det er svært at planlægge og forudse en dag som "duty doctor", og jeg kommer altid bagud. Den sidste halvdel af dagen består af planlagte patienter. En god fordeling, synes jeg.

Min første planlagte patient er en dame med uregelmæssige blødninger og almen utilpashed. Efter en længere anamnese og gynækologisk undersøgelse, beslutter jeg mig for at tage en u-hcg, bare for en sikkerheds skyld. Den er positiv til stor overraskelse for patienten. Hun har allerede et handicappet barn og er presset på familiefronten. Jeg er allerede bagud og skal beslutte mig for, om jeg skal bede hende om at komme tilbage dagen efter, så hun kan gennemtænke situationen, og jeg kan afsætte ordentlig tid, eller om jeg skal haste papirarbejdet igen, så hun slipper for at betale 200 kr. igen i morgen.

Den sidste patient, jeg får ind den dag, er en midaldrende mand med miktionsproblemer. Han faldt ned fra en stige for tre måneder siden og pådrog sig en flænge på penis. Det er i hvert fald hans historie. Kommer man ud for en skade i New Zealand, har man mulighed for delvis refusion af sine sundhedsudgifter, og man kan bypasse det offentlige system og blive set af en privatpraktiserende speciallæge inden for

få dage. Dette er en ordning, man betaler til via skatten, og den glæder alle kiwier. Formålet er blandt andet at få folk ud på arbejdsmarkedet igen hurtigst muligt, og det offentlige system kan være meget trægt og langsomt. Det er en ret fin ordning, men den kan nemt blive misbrugt. Samtidig med, at det kræver en masse papirarbejde med udfyldelse og dokumentation af selve skaden og patientens arbejdsforhold, kan man som læge ikke altid sikre sig, at man får den sande historie. Nogle gange hænger anamnesen ikke sammen med skaden, og man bliver i tvivl, om man har overset noget, eller om patienten bare vil snyde systemet for at spare tid og penge. Jeg blev lidt i tvivl i denne situation, men man må tage patienten på ordet. Hans 2-3 cm lange sår på forhuden var helet lidt for godt op, hvilket medførte phimosis og balanitis. På med noget steroid og henvisning til privat praktiserende urolog, der anbefalede en omskæring. Skaden blev på bureaukratisk vis afvist, og han måtte henvises til sygehuset med henblik på omskæring, da han ikke havde råd til at betale for det i privat regi.

Det er fredag, og vi afslutter ugen med vin og chips i receptionen, når den sidste patient er gået. Vi får også en løs snak med hinanden. Jeg har heldigvis ikke lægevagten den dag, og jeg er på cykel hjem. //



Overbehandling trives fremragende her, og patienterne bliver skuffede, hvis de kun betaler for gode råd og ikke får noget medicin for pengene.