

Utpostens
dobbeltime

Vi skal høflig prøve å melde oss inn i samfunnet (... eller det gode liv på Toten...)

Erling Egenæs

INTERVJUET AV
IVAR SKEIE OG KARIN FRYDENBERG

To middelaldrende Utposten-redaktører fra Gjøvik har besøkt en middelaldrende kollega på Toten. Redaktørene – og vår kollega – syns ikke det er så lenge siden vi var unge noviser i faget, og kikket med stor respekt opp på veteranene som hadde uendelig erfaring og klokskap. Men plutselig har det skjedd et rolleskifte, når vi nå skal besøke vår jevnaldrende, er det nettopp for å snakke med en veteran, en som har stått i den allmennmedisinske hverdag i 25 år, en som representerer kontinuitet – og ikke så rent lite klokskap. En som gjennom titusener av pasientkontakter, tusener av sykebesøk og hundrevis av vakter og møter med kommunale myndigheter har lært sin befolkning og sitt lokalsamfunn å kjenne. Og som gjennom et skrått blikk på verden, har utviklet evne til empatisk nysgjerrighet og stille undring, noe den observante Utposten-leser kan ha fått med seg i et par «Historier fra virkeligheten» i fjor høst.

Erling Egenæs er født i 1951. Utdannet i Århus i 1978, turnus i Namsos, militærtjeneste med Sea King på Ørlandet og to og et halvt år på røntgenavdelingen på Gjøvik Sykehus før han havnet på Østre Toten der han nå har vært allmennlege i 24 år. Etter hans utsagn noe som er svært så utrendy; man sees på som en som mangler enhver dynamisk kraft hvis man ikke skifter jobb minst hvert femte år, – og helst bør skiftene følge en karrierestige.

– Men selv opplever jeg det ikke slik. Det har vært en lang historie med et stadig varierende bakteppe. Det fins ingen «vanlige folk», bare folk. Nye ting skjer stadig. Man har langvarige forhold til pasientene, men sykehistoriene utvikler og fornyer seg, arbeidet blir derfor aldri ensformig. Denne

varigheten og kontinuiteten er en stor styrke ved allmennmedisinen. Lokalkunnskapen som et legekontor med stabil bemanning utvikler, er en stor kapital og et unikt utgangspunkt – det gjelder for legene, men i minst like stor grad medarbeiderne. Og hvis man jobber ansvarsfullt og



med befolkningens beste som mål, får man også et robust fundament å stå på, pasientene og befolkningen tåler da også at vi kan gjøre feilvurderinger og tabber uten at det ødelegger den grunnleggende tilliten. Gjør man grundig jobb, er befolkningens forståelse og raushet stor.

Egenæs har levd og jobbet i den samme bygda med kone og barn i 24 år. Mange leger syns det er vanskelig å bo der man jobber. Det syns ikke han. Det virker som han har kommet til den beste kommunen i verden, der det er best å være doktor.

– Pasientene respekterer vår rett til privatliv, det er svært sjelden at de f. eks. ringer hjem hvis det ikke er gitt åpning for det på forhånd. Og vi har hatt en god legevaktordning. Vi skal ikke prøve å skjerme oss fra samfunnet. Det gjelder også allmennlegene i kommunen som kollektiv, vi skal ikke trekke oss tilbake og gå i skyttergraver. Mitt credo er tvert om: Vi skal høflig prøve å melde oss inn i samfunnet.

– *Melde oss inn i samfunnet? Hva betyr det?*

– Det betyr flere ting. Vi må blant annet se på oss selv som en del av teamet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Se på sykehjemmene, fra 1970-tallet er det bygd opp en svært god omsorgstjeneste i Norge, men legene har i stor grad stilt seg på sidelinja. Det er sykepleierne som er den sentrale profesjonen, legene kommer «innom på tilsyn». Vi bør i mye større grad se på oss selv som en del av det tverr-

faglige teamet, ikke som Solkongen som i ny og ne stikker innom. Vi må inn med vår kompetanse, vi må være premissleverandører – ikke i konkurranse med sykepleiere og andre grupper – men som en likeverdig del av et helhetlig team med ulike typer kompetanse som leverer god omsorg til befolkningen. Og det er viktig at det er allmenn-

“Målet for god omsorgstjeneste er at avdelingen blir nevnt i dødsannonser”

leger med engasjement som må inn i sykehjemmene, ikke spesialister. I vår kommune har vi ett stort sykehjem med fire avdelinger, en allmennlege er knyttet til hver avdeling. Legen er på sykehjemmet en dag i uka og det er åpning for at avdelingen kan ringe sin lege på kontoret, og også hjemme hvis vedkommende er tilgjengelig. Slik løses problemer nært og effektivt og til beste for pasienter og personale. Det skaper trygghet, i stedet for at fremmede storlegevaktleger trekkes inn. Målet for en god omsorgstjeneste er at avdelingen blir nevnt i dødsannonser, det mener jeg i dypt alvor.

Legetjenesten i kommunene har hatt sine ups and downs siden Kommunchelseloven kom i 1984. I Østre Toten ble legetjenesten da organisert som fastlønnsystem, og det var stor lojalitet og entusiasme for det. Etter hvert ble dette systemet imidlertid for byråkratisk og lite fleksibelt, og på



midten av 90-tallet ble det inngått avtale om privat praksis, der legene leier lokaler, utstyr og hjelpepersonell av kommunen, og denne avtalen er i dag videreført i fastlegesystemet.

– Jeg mener dette systemet har fungert til beste for både legene og kommunen. Jeg har vært tillitsvalgt, og min holdning er at vi så langt det er mulig skal prøve å være venner med kommunen. Da vi inngikk vår avtale med kommunen på 90-tallet, var det en gunstig avtale for oss. Men samtidig forpliktet vi oss til å levere gode legetjenester til befolkningen og å sikre god legerekuttering. Det mener jeg vi har gjort. Nøkkelen til legerekuttering er å ta seg av turnuslegene og oppdra dem godt. Vi har utviklet en egen pedagogikk for turnuslegeoppdragelse – defragmenteringspedagogikken. Den består i å plukke av turnuslegene det de måtte ha av negative fordommer mot allmennmedisin når de kommer – knuse dem i små biter – og så bygge dem opp igjen stein for stein i vårt bilde, med et realistisk syn på faget. Dette fungerer, de siste seks årene har vi rekruttert seks leger fra turnus til allmennpraksis, og tre av dem til Toten.

– Jo-jo, men bare være venner med kommunen? Er ikke det vel idylliserende?

–Vårt forhold til politikere og kommuneadministrasjon bør ikke begrense seg til en kort forhandlingsrunde en gang

i året. Det som skjer i det løpende samarbeidet er mye viktigere, og danner også grunnlaget for de økonomiske uttellingene vi måtte få i forhandlingene. Vi må være aktive premissleverandører for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten, gjennom en løpende og prinsipielt vennlig dialog. Godt diplomati er viktig, vi må prøve å unngå frontkollisjoner. Dette bør være et kollektivt ansvar for legene som gruppe. Organiseringen av den kommunale samfunnsmedisinen med kommuneoverlegefunksjonen har også vært et stort problem i mange kommuner de siste ti åra. Hos oss har vi løst det ved at kommuneoverlegeansvaret er delt opp i mange mindre stillingsbiter, der erfarne og engasjerte allmennleger har kommuneoverlegeansvar for sine deler, med en kommuneoverlege i delstilling som binder det hele sammen. Dette har fungert bra, med flere som tar ansvar og utvikler sine deler av kommunehelsetjenesten.

Psykiatrien er en del av faget Egenæs har hatt særlig interesse for. Hans del av kommuneoverlegeansvaret omfatter den kommunale psykiatrien. Dessuten har han erfaring med psykiatrien som allmennlege; et år som assistentlege ved psykiatrisk sykehus og ikke mindre enn ti år sammenhengende i Kontrollkommisjonen ved Sykehuset Innlandet Reinsvoll, som er det store psykiatriske sykehuset i Oppland. Han kjenner derfor psykiatrien fra flere sider.

– Jeg har fått et godt innblikk i hva tungspsykiatrien er. I ti år har jeg lest alle journaler ved innleggelser i dette psykiatriske sykehuset som dekker 2/3 av fylkets befolkning. Det har vært positive utviklingstrekk. Stigmatiseringen ved psykiatrisk sykdom er ikke så sterk lenger, og en langt større del av innleggelsene er nå frivillige. Men det er problemer med organiseringen. Det er viktig å holde fokus først og fremst på å gi hjelp til dem med de største problemene, de sykeste. De roper ofte ikke høyt. Psykiatriseringen har ikke truffet godt nok. DPS'ene er i for stor grad for de «friske» – med en for sterk DRG-filosofi (økonomisk inntjening), de er blitt en blindtarm i systemet, på siden av hovedaksen mellom kommunehelsetjenesten og de psykiatriske sykehusavdelingene. Det er for lite tilbud til de alvorlig sinnslidende.

– Hvordan er dette i kommunen?

– Vi har noe av det samme problemet her. Den sterke satsningen de siste år, bl.a. med psykiatriske sykepleiere, har ført med seg mye godt. Men mange «ikke veldig syke» søker hjelp, og det er derfor viktig at denne ressursen ikke spises opp av «lettere» problematikk. Hvis svært mye av tida går til samtalebehandling med pasienter med lettere lidelser, kan det fort bli for lite igjen til de alvorlig syke. Men når opplegget for de alvorlig sinnslidende legges til

rette i kommunen, ser vi ofte at de blomstrer opp når de tilbakesendes. Og det er viktig å være klar over at de psykisk syke ligner alle andre, grunnsteinene i tilværelsen er jobb, familie og fritid.

«Det er viktigst at vi engasjerer oss der vi virkelig kan bety noe og melder oss inn som aktive deltagere, heller enn å kjempe for eget revir»

– I kontrollkommisjonen har du en ganske annen rolle enn som kliniker. Legens kliniske praksis er som oftest pragmatisk, man har en pasient med et problem, problemet analyseres og tiltak/behandling foreslås og iverksettes. Jus og rettighetstenkning er ikke fremst i legens hode. I kontrollkommisjonen er det motsatt. Hvilke refleksjoner gjør du deg om disse rollene?

– Jeg har fått en annen og dypere forståelse av jusens rolle som regulator i et rettssamfunn. Mange leger ser på jusen med angst og beven, og er redd for at Helsetilsynet eller andre skal komme og «ta oss». Min erfaring – ikke minst gjennom kontrollkommisjonsarbeidet – er at det ligger veldig mye klokskap og visdom i lovgivning og rettsanvendelse – for å si det litt høytidelig. De «over oss» i systemet – tilsynsmyndigheter og andre – ser primært på lovgivers intensjon og lovens hensikt og idé. Hvis man som lege handler i beste mening for å hjelpe pasienten og prøver å følge loven, er man – stort sett – på trygg grunn.

De akutt og alvorlig syke står Egenæs nærmest. Han mener legene bør være tilgjengelige for dem som trenger det mest.

– Vi må ta imot de dårlige der og da. Ikke alle roper like høyt. Her er lokalkunnskapen til legen og medarbeiderne viktig. Det er helt nødvendig for allmennlegene å kunne være fleksible og kunne omprioritere raskt.

– Du har ikke vært noen entusiast for de nye storlegevaktordningene?

– Nei, jeg var vel heller med på å forsinke utviklingen fram mot storlegevakt i Gjøvik–Toten området. Men den nye legevaktordningen er blitt veldig godt mottatt, både blant legene og publikum. Det er klart at storlegevakt med færre vakter gir mindre personlig belastning, og de er nok kommet for å bli. «Gammeldags vaktbelastning» kolliderer med moderne menneskers forventning til livet. Men det er viktig at det er allmennleger fra distriktet som tar vaktene, og at det er to leger på vakt slik at den ene kan kjøre på sykebesøk, bl.a. til sykehjem. Organisert slik kan de nye storlegevaktene fungere like godt som den lokale og tette ordningen vi hadde i kommunen tidligere.

– Hva med allmennlegenes rolle som akuttmedisinere?

– Det blir ganske lite virkelig akutt medisin i hverdagen, og kompetansen på det akutt tekniske blir kanskje noe deretter. Derfor må vi la andre komme til også her. At ambulanse og sykehus samhandler direkte behøver ikke være noe problem, men allmennlegenes kliniske kompetanse og erfaring er viktig i akutte situasjoner. Derfor har vi en viktig plass i det lokale akuttmedisinske apparatet. Den er vi i ferd med å tape, men vår nærhet, lokalkunnskap og mulighet for å være raskt på pletten er viktig. Når det gjelder akuttmedisin er jeg også veldig klar over at vi som er allmennleger i en kommune som er 10–30 minutters utrykningstid fra sykehuset er helt annerledes stilt enn når det er timers avstand. Vi må bidra med vårt der vi har vår styrke. Det gjelder både i legevakt- og akuttsammenheng, og generelt i det samfunnet vi er en del av. Det er viktigst at vi engasjerer oss der vi virkelig kan bety noe og melder oss inn som aktive deltagere, heller enn å kjempe for eget revir... Eller høflig å prøve å melde oss inn i samfunnet.

