

Utpostens
dobbeltime

Anton Giæver
INTERVJUET AV ANNE GRETHE OLSEN

Fastlegen

er legevaktens bærebjelke

«Det er viktig for pasientene og medarbeiderne våre at de erfarne allmennlegene også har legevakter. Det er jo den samme jobben vi gjør på dagtid. Legevakt bør inngå som en naturlig del i ansvaret man har for en pasientpopulasjon.»

Mange norske fastleger deltar ikke i legevaktarbeidet i kommunen de jobber i. Anton Giæver, overlege på legevakta i Tromsø, skjønner ikke hvorfor. For vel fem år siden gjennomførte legevakta sammen med de tilknyttede i kommunen, en omorganisering av legevaktordningen i Tromsø. Alle allmennlegene som tidligere hadde fått innvilget fritak på uklare «indikasjoner» og med oversett tidsbegrensning, måtte søke på nytt. Resultatet var at mange erfarne allmennleger kom tilbake i legevaktordningen. For å få dette til hadde de en årelang diskusjon og prosess, der også vaktturnusene ble lagt om. Den ble endret til kortere vakter og færre vakter, siden flere deltok i ordningen. Vaktbelastningen ble derfor lettere for legene.

– I Tromsø så man at flere og flere allmennleger sluttet å ha legevakt, og at mange av legevaktene derfor ble tatt av universitetsansatte leger og sykehusleger. Dette var ingen optimal løsning, og reglene for fritak ble derfor grundig diskutert i allmennlegeforumet i kommunen. Dette skapte uro i primærlegekorpset i starten, men ny ordning ble etablert, og det gikk veldig bra etter hvert.

En undersøkelse fra 2008 viste at 53 prosent av fastlegene deltok i legevakt (1). Fastle-

gene var eldre enn andre vaktleger (44 år versus 34 år), og det var en lavere andel kvinner (33 prosent versus 44 prosent). Vakt deltakelsen avtok med fastlegenes alder, med økende listelengde og med økende sentralitet¹.

Legevaktsentralene må ha en plass i studentundervisningen

Legevaktoverlegen mener også at legevaktene i universitetsbyene, kan ha en større plass i studentundervisningen. – Medisinstudentene som følger med allmennleger på legevakt, kan lære mye og bli tryggere når de kommer ut i praksis og skal takle akutt sykdom hos pasientene helt alene. Dessuten vil de få god trening i å behandle helt vanlige tilstander, som jo også det er flest av på legevakta. Det er også en bedre arena for å lære akuttmedisin enn på allmennlegekontorene i byene.

UTPOSTEN: Er det ikke vanlig at allmennlegekontorene har medisinstudenter i praksis?

– Selv om Tromsø er en universitetsby og har mange medisinstudenter, så er det mange allmennleger som aldri veileder studenter på kontoret sitt. Det er muligens fordi man ser på det som tidkrevende, men da må man ikke glemme at det også er givende og lærerikt for allmennlegen selv. Legeyrket er et erfaringsyrke, og vi har alle

lært faget av våre eldre kolleger. Derfor er allmennmedisin ikke bare en livslang «learning» men også «teaching». Jeg mener også at allmennleger i større grad bør bruke hverandre som faglige diskusjonspartnere. Der har vi noe å lære av sykehuslegene, som nok har et bedre faglig samarbeid enn vi har på allmennlegekontorene. Faglige diskusjoner rundt enkeltpasienter er ofte spennende og kan kanskje også redusere antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Populært akuttmedisinkurs

UTPOSTEN: Akuttmedisinkursene som du som praksiskonsulent er med på å arrangere, er populære. Hvorfor tror du kursdeltagerne gir så gode tilbakemeldinger?

– Jeg synes det er påfallende at mange kurs for allmennleger stort sett har foredragsholdere fra sykehusene. Vi bør være flinkere til å påta oss forpliktelser med kursorganisering selv. Dessuten er det ofte snålt å sitte på kurs

Jeg tror alle allmennleger har mye på hjertet, meg inkludert.



1. Hvilke fastleger deltar i legevakt, Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E, Tidsskr Nor Legerforen 2012; 132: 2277–80



Det er et problem at allmennlegene får stadig mer skjermtid og mindre tid til pasientene.

med kanskje 50 erfarne kolleger som er brakt til total taushet, mens en foredragsholder forteller hvordan vi skal bedrive vårt fag. Jeg håper at vi i framtida i større grad kan lage opplæringsarenaer lokalt, der kollegabasert læring er viktigere enn kateterforedrag. Akuttkurset vi organiserte var et samarbeid mellom spesialister på UNN, (Universitetssykehuset i Nord-Norge) medisinstudenter og allmennleger. Dessuten la vi stor vekt på trening i grupper uten alt for mye «fancy» utstyr. Det sosiale aspektet er også viktig når leger møtes, og man må føle seg velkommen!

(Intervjuer kan bekrefte at hun følte seg velkommen på akuttkurset i Tromsø i 2012. Intervjuobjektet stilte med kaffe og fersk hjembakst til kursdeltakerne tidlig på morgenkysten; en særdeles hyggelig opplevelse og en flott start på kurset!)

Anton Gæver er 54 år, født og oppvokst i Lyngen i Troms, skilt, ingen barn, men har likevel en stor familie. Han har studert i Tromsø og er fastlege på Skansen legekontor i Tromsø. Han brenner for legevakta, for overgrepsmottaket og for pasientene. Han er praksiskonsulent på UNN og skulle ønske at han hadde enda større innflytelse på samhandlingen mellom UNN og primærlegene enn det han føler at han har.

Psykiatri og sykkelstier

UTPOSTEN: Hvor mener du skoen trykker mest i samhandlingen mellom helseforetaket og kommunen?

– For tiden i psykiatrien. Det er noe som ikke stemmer når pasientene blir avvist med bakgrunn i henvisningen fra fastlegen. Jeg sy-

nes det er rart at helseforetakene kan avvise pasientene, spesielt psykiatriske pasienter, med begrunnelse i at de ikke er i behov av psykisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten uten å ha undersøkt pasienten. Har de lov til det? Pasienten har jo rett til en vurdering. Kan man da avvise bare med bakgrunn i det som står i henvisningen? Er det en vurdering? Jeg fikk nettopp en et brev fra BUP om at en av mine pasienter ikke kunne få time der, fordi de mente at pasienten ikke hadde behov for det. Brevet ble sendt med kopi til pasienten. Hvordan reagerer pasienter på å få brev i posten om at problemene deres ikke er alvorlige nok til at de kan få behandling, når man i diskusjon med fastlegen har kommet til det motsatte. Jeg synes det er ille at pasienter avvises på denne måten, uten at man har diskutert alternative tiltak for å hjelpe en syk pasient. Er dette lov? Er det god samhandling?

Utposten intervjuet avtroppende helseminister Jonas Gahr Støre i forrige nummer av Utposten, vi snakket både om samhandlingsreformen og om hva som må til for å styrke allmennlegetjenesten.

UTPOSTEN: Hva mener du den påtroppende helseministeren bør ta tak i for at samhandlingsreformen skal bli vellykket?

– Samhandlingsreformen legger jo vekt på at sykdom skal forebygges, så da vil jeg slå et slag for sykkelstier. Sykling holder folk i god fysisk form og sparer miljøet, under forutsetning av at man kan sykle trygt og komme vel fram; i Nord-Norge betyr det på en brøytet sykkelsti! Han kan jo starte med Tromsø. Her er det stadige konflikter mellom bilister og sy-

klistere og mange ulykker og nestenulykker, som ender opp på legevakta. Jeg tror flere ville ha syklet til jobben hvis det hadde vært trygt og enkelt å komme seg fram, inkludert meg selv!

Overgrepsmottak – en allmennlegejobb

UTPOSTEN: Er det noe mer du ville sagt til den påtroppende statsråden?

– Jeg tror alle allmennlegene har mye på hjertet, meg inkludert. Jeg lurer på hvorfor man har valgt å pålegge helseforetakene å opprette overgrepsmottak, når det finnes mange velfungerende kommunale overgrepsmottak? Mange kommuner og fagpersoner har lagt ned et betydelig arbeid i å opprette mottak, og det virker besynderlig at dette nå skal tilbake til sykehusene. Overgrepsmottakene skal nå ligge under helseforetakene, antagelig fordi det er lettere for departementet å pålegge foretakene å gjøre jobben, og ikke fordi det nødvendigvis er den beste løsningen for pasientene. Her på legevakta i Tromsø har vi et overgrepsmottak som fungerer godt, og vi vet at det ikke bare er jenter som utsettes for overgrep. Deres helseforetakene legger overgrepsmottakene til de gynekologiske avdelingene, så vil det være grupper som blir uten et tilbud. Dessuten kan vold i nære relasjoner være så mangt og ramme både kvinner og menn. Jeg tror allmennlegene er de beste til å håndtere dette, men det må være dedikerte allmennleger, som skolerer seg i dette. De må ha fokus både på god anamnese, riktige undersøkelsesteknikker og god sporsikring. Undersøkelse og anamnese kan være avgjørende i en eventuell rettsak og må derfor gjøres på korrekt måte.

I stortingsmelding nr. 15 (2012–2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner, «Det handler om å leve», er det foreslått at ansvaret for vold i nære relasjoner skal legges til kommunchelsetjenesten, mens overgrepsmottakene skal legges til Helseforetakene. Regjeringen har foreslått at tjenestene til voksne utsatt for seksuelle overgrep skal forankres i spesialisthelsetjenesten fra senest 2015. Dette mener de vil sikre et mer likeverdig tilbud, god beredskap gjennom hele døgnet og mulighet til å bygge opp kompetanse i undersøkelse og sporsikring. De største mottakene som i dag er lokalisert ved kommunale legevakter vil kunne fortsette gjennom avtaler med helseforetak, dersom helseforetakene ønsker dette

– Jeg ville også ha opplyst helseministeren om at det er et problem at allmennlegene får stadig mer skjermtid og mindre tid til pasientene. Elektroniske resepter, elektroniske sykemeldinger, elektroniske skjemaer til NAV, elektroniske meldinger, dialogmeldinger osv. letter hverdagen for samarbeidspartnerne våre, men de stjeler tid fra både allmennlegen og pasienten. Det er et paradoks at de gode pasientsamtalene blir kortere med innføringen av stadig flere elektroniske løsninger. De burde jo egentlig være tidsbesparende, men er det foreløpig ikke. Driften av alle disse elektroniske løsningene har vært og er en kostbar utfordring for allmennlegekontorene.

Øyeblikkelig hjelp-senger i kommunene – et risikoprojekt?

UTPOSTEN: Har du som legevaktsoverlege merket noe til konsekvensene av samhandlingsreformen?

– Jeg har jo vært med i diskusjonene om øyeblikkelig hjelp-senger i kommunen. Jeg mener øyeblikkelig hjelp-senger på legevakta kan være uheldig hvis man ikke har tilstrekkelig tid og ressurser til å drive dem. Det virker dessuten meningsløst å skaffe til veie lokaliteter og avansert diagnostisk utstyr på legevakta, når sykehuset ligger i samme bygg. Her må man bruke fornuften og lage løsninger som er gode og trygge for pasientene.

Livet som allmennlege er som en sentrifuge

– Livet som allmennlege er som en sentrifuge: den starter når du kommer inn døra på jobben og slås av når du går hjem. Jeg savner mer tid til lengre konsultasjoner, felles konsultasjoner med kolleger eller andre fagpersoner, kvalitetskontroller, undervisning, forskning og tid til toalettbesøk av og til! Dersom vi ikke stopper opp og tenker litt på hvordan arbeidshverdagen skal være og diskuterer dette



Anton Giæver henter energi i Lyngsalpene.

med kollegaer og hjelpepersonell i legepraksisen, så kan sentrifugalkraften brenne oss ut. Arbeidsbetingelsene i allmennpraksis er for tøffe, vi jobber for lange dager og jeg tror mange av oss får for liten tid til indre refleksjon og rekreasjon sammen med familie og venner. Jeg synes at allmennmedisinere skulle kunne arbeide mer tverrfaglig omkring de utfordrende pasientene. Jeg skulle gjerne ha sett at jeg kunne ha fått betaling for å ha sam-

arbeidsmøte med en kollega på kontoret eller på sykehuset omkring en vanskelig pasient, ikke bare når vi er på møte med NAV eller hjemmetjenesten.

...men likevel «Det gode liv»

UTPOSTEN: Du tar ofte vakante legevakter som andre ikke vil ha, du har en travel fastlegepraksis, driver veiledningsgruppe, deltar i



fagforeningsarbeid, du bruker av din tid for at overgrepsutsatte skal ha et sted å henvende seg, du engasjerer deg for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og du «kastes ut av sentrifugen» utpå ettermiddagen eller etter en vakt, men likevel kan du ikke tenke deg en annen jobb. Hvilken kode er det du har knekket, som gjør at du lever et godt liv som allmennlege?

– Jeg har ikke noe godt svar på det. Vi er

heldige som bor i Norge! Jeg har aldri angret på mitt yrkesvalg, hver dag som allmennlege er spennende og utfordrende, vi har et fantastisk givende arbeid der vi møter mange mennesker på et nært mellommenneskelig plan. Det er i seg selv energigivende. Jeg vil gjerne ha god tid, i hvertfall av og til, til mine pasienter og har derfor en av byens korteste pasientlister. Jeg droppet å se på TV for 10 år siden, så jeg får litt ekstra tid til overs her.

Ellers vil jeg anbefale seiling for alle som har anledning til det. Jeg er med i en litteraturgruppe med noen kolleger, som tvinger meg til å være litt kulturell. Av mer riskofylt aktivitet er jeg henfallen til skikjøring i Lyngsalpene hvor jeg er oppvokst. Å av og til kunne avslutte dagen med selvlagd mat med fete sauser og god vin, gjerne med en Wagneropera som bakgrunnsmusikk, det er et godt liv!