

# Fastlege på sin

**Aage Bjertnæs** ■ INTERVJUET AV KRISTINE ASMERVIK

**Lenge før fastlegeordningen ble en realitet lanserte Aage Bjertnæs den modige ideen om et listesystem for pasienter i allmennpraksis. Det var best om pasienter forholdt seg til faste leger, mente han og kollegene ved Risvollan legesenter i Trondheim. Etter hvert fikk han sine visjoner oppfylt, men hvilke overveielser gjør han i dag – etter 15 år med fastlegeordningen?**

Det var rett etter turnustjenesten i 1974 at Aage Bjertnæs, sammen med fire gode studiekamerater, innledet sin seilas som allmennlege og startet opp Risvollan legesenter. Allmennpraksis skulle gi mersmak og samarbeidet vare helt frem til pensjonsalder, men nå er Bjertnæs den eneste yrkesaktive igjen av den opprinnelige besetningen på fem leger.

– Vi har hatt et generasjonsskifte og fått unge leger inn i praksisen, men for meg er det inspirerende og utfordrende å arbeide sammen med de nye, sier nestoren i faget, når vi møter ham på kontoret til en «dobbeltime» for *Utposten* – og en samtale om utviklingen av fastlegeordningen.

## KOPF-prinsippet

**UTPOSTEN:** Hvor kom egentlig ideen om «legesenter» fra? Hadde dere erfaring med allmennlegekontor fra studietiden i Tyskland?

– I 1970- og 1980-årene begynte allmennleger å slå seg sammen i gruppepraksiser. Da vi kom i gang med Risvollan legesenter, var det fra før to legesentre i Trondheim: et på Byåsen og et på Hallset. Kommunen ønsket at vi skulle etablere oss på Risvollan fordi distriktet på denne siden av Nidelva var uten legetjenester. Kommunen stod for lokalitetene og vi planla og drev legekontoret slik vi mente det burde være, sier Bjertnæs.



# hals

Selv om de fem unge «gründerne» hadde liten erfaring, var de ikke uforberedt. For mens de ennå var turnuskandidater, hadde de rukket å reise rundt og se på legekontorer både i Norge og nabolandene. Med seg hadde de en arkitekt – ingen ringere enn kona til Aage Bjertnæs – som tegnet ut detaljer for hvordan legekontoret skulle tilrettelegges. Og resultatet viste seg å være prima, for legene holdt stand i det samme kontoret i 38 år, inntil de – bare for noen år siden – flyttet inn i større lokaler på samme adresse.

**UTPOSTEN:** Hva fikk deg allerede som turnuslege til å tenke på å bli allmennlege?

– Jeg skulle egentlig bli barnelege og hadde den gang fått en utdanningsblokk innen pediatri ved Universitetet i Lund i Sverige. Men jeg gikk litt lei av sykehussystemets hierarki. Jeg ville søke meg ut til et friere sted, og planene om et legesenter begynte å ta form. Da jeg fikk de andre kollegene med på laget var saken klar. Vi dro til Trondheim med intensjoner om å arbeide sammen i fem år i allmennpraksis. Vi ville prøve livet utenom hospitalet som vi inntil da bare hadde 'smakt på', bortsett fra det halve året i distriktsturnus, minnes 71-åringen.

**UTPOSTEN:** Og nå har du lagt bak deg en ærverdig yrkeskarriere?

– Ja, men jeg kan jo ikke si at jeg har vært fastlege så lenge! Til å begynne med var jeg 'bare' praktiserende allmennlege, men etter hvert ble jeg spesialist i allmennmedisin. Da Trondheim i 1993 ble valgt som prøvekommune for det nasjonale fastlegeprosjektet, hadde vi på Risvolla fungert som 'fastleger' i åtte år. I 1985 fikk vi vårt selvutviklede datasystem Norstar, og allerede den gang stilte vi krav til våre pasienter om at de måtte velge en fast lege ved senteret.

**UTPOSTEN:** Hva er drivkraften din i det å være fastlege og allmennpraktiker?

– Jeg har alltid vært komfortabel med å være «førstelinjelege» – den som møter den syke aller først; ikke bare på legevakt men



også på kontoret. Etter hvert som vi ble fastleger, fikk vi også lov til å ha en kontinuerlig rolle, og nettopp dette ordet ble lansert av Legeforeningen i 1977 i KOPF-prinsippet: *kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende*, understreker Bjertnæs.

KOPF-prinsippet og fastlegerollen har gitt ham et mer helhetlig ansvar for pasientene, sier han. Før fastlegeordningen ble innført, mottok han pasienter fra hele byen. Kom man ikke inn på et legekontor ett sted, så ringte man til det neste for å få time. I 1970- og 80-årene var det ikke uvanlig at folk i Trondheim hadde fire til fem journaler fordelt på forskjellige legekontorer.

– Som fastleger fikk vi en forpliktelse overfor pasientene – som på sin side stilte krav om å komme inn på sitt legekontor og få den hjelpen de trengte. Og vi ble godt kjent med dem. Opp gjennom årene har jeg forholdt meg til familier med opp til fem generasjoner. Å kjenne noen godt betyr at den dagen de blir syke, så kan du av

og til se direkte med det diagnostiske blikk hva som feiler vedkommende. Det er en yrkesfordel jeg har satt stor pris på, sier han med ettertrykk.

**Hold ut – men gjør noe annet i blant**

**UTPOSTEN:** Det er en unik erfaring å være fastlege over tid. Det kan man ikke lese seg til. Men det er også krevende. Hva gjør at du holder ut?

– Da vil jeg svare som den engelske nestoren John Frey, som satt i sin praksis i Kensington i 46 år. Han sa til meg en gang: «You see, when you grow older and your patients grow older, you will see that your patients become your friends.»

– Saken er at vi over tid blir knyttet til pasientene på en spesiell måte. Vi kommer nært innpå dem – og på den populasjonen vi skal ta vare på. Professor Per Fugelli snakker om «flokken vår, som vi må ta vare på». Som allmennleger har vi alle en

flokk som vi skal stelle pent med. Dette er absolutt den største fordelene med fastlegeordningen. Vi er privilegerte som fastleger, vi har et definert ansvar som påhviler oss, sier Aage Bjertnæs.

Samtidig understreker han viktigheten av å gjøre andre ting. I alle yrker kan man gå trøtt en dag, fremholder han, og forteller at han selv, etter 10 år som allmennlege, fant ut at han trengte en eller annen form for 'påfyll'. Han tok et halvt års permisjon og jobbet ved Institutt for samfunnsmedisin:

– Jeg var opptatt av pasientinformasjon. Jeg laget pasientinstruksjonsfilmer til bruk i undervisningen av allmennpraktikere og jobbet med kurs i videreutdanning på konsultasjonsbasis. I dette arbeidet benyttet jeg skuespillere fra Trøndelag teater og instruktører fra England. Etter hvert så jeg at det å drive veiledning og undervisning av studenter og kolleger var med på å utvikle meg selv som lege, sier han.

Bjertnæs ble også engasjert i forebyggen- de medisin og arbeidsmedisin. Han var bedriftslege på si for inntil noen år tilbake, og fikk innsikt i hva yrke og arbeid har å si for utvikling av sykdom.

– Det er godt å gjøre noe annet, reise ut eller ta en annen jobb for en periode, og så komme tilbake i allmennpraksis. Slike avbrekk bør man legge bedre til rette for i kommunene, mener han.

**UTPOSTEN: Du er nylig blitt 71 år og «still going strong» som fastlege. Hva er planene dine fremover?**

– Jeg tar et år om gangen. Jeg har en avtale med Trondheim kommune om å være fastlege ut neste år. Om jeg fremdeles føler like mye for faget, ser jeg ikke bort fra at jeg jobber enda et år! sier han, og forteller at pasientene hans ofte lurer: «Når skal du slutte da, Bjertnæs?».

### Satt ut av spill

Intervjuobjektet er ikke bare en allsidig allmennpraktiker. Han har skrevet flere bøker, blant annet flere utgaver av *Huslegen* – bøker for selvhjelp. Han har også deltatt i radioprogrammet *Kjerringråd* med Miriam Wiklund.

– Programmet var egentlig et eksperiment som NRK gjorde, så ringte Wiklund og spurte om jeg kunne være med i programmet og sensurere det som var farlig, og ikke farlig, av rådene som ble gitt. Programmet skulle bare gå to ganger, men det ble så populært at vi fortsatte i 17 år, smiler han.

**UTPOSTEN: Det ble også en bok av dette radio-programmet?**

– Ja, forlaget ville at doktoren i programmet skulle skrive bok. Jeg tenkte det måtte bli en bok som folk kunne ha bruk for, så jeg kjørte ut statistikk over konsultasjonene

ne jeg hadde hatt i løpet av de seks årene vi hadde hatt datajournaler. Dette var i 1991. Så skrev jeg om de 100 hyppigste årsaker til at pasienter oppsøkte lege. Det ble til en bok som het *Knipetak*, tiltenkt som rettesnor for pasientene når de skulle søke råd.

Bjertnæs ble selv rammet av sykdom da han fikk et slag for noen år siden, det skjedde da han var ute på en luftetur med hunden en tidlig mars-morgen:

– Under turen ble jeg så rar i den venstre hånda. Jeg gikk hjem og satt på kaffen, leste avisen og så dro jeg på kontoret. Jeg trodde hånda var nummen på grunn av overanstrengelse; jeg skrev jo mye på den tiden og var petit-journalist for *Adressa*. Det gikk med mange kvelder til skrivearbeid. Men det viste seg å være en fullstendig villfarelse, for etter hvert kom parestesier og jeg kjente det også i ansiktet. Jeg jobbet ut dagen, så ringte jeg nevrologen som ba meg komme rett til sykehuset. Der ble det tatt MR av hjernen som viste en hjernetrombose i thalamus. Jeg hadde en samtale med en fornuftig nevrolog, det resulterte i at jeg tok pause fra jobben. Siden ble det ganske mye følelser: Hørte jeg fin musikk, så reagerte jeg. Sa noen noe pent eller stygt, så reagerte jeg. Jeg kunne jo ikke sitte her i jobben som fastlege og være så overfølsom! Da måtte jeg ta mine første tre måneder borte fra jobb... Det var slitsomt å være syk-



*Aage Bjertnæs har bestandig vært opptatt av medisinsk formidling. Han har gjort suksess som forfatter av en rekke bøker med helseråd til folk flest.*



*Aage Bjertnæs er opptatt av å bedre tilgjengeligheten til fastlegene. Han har vært primus motor i arbeidet med å ta i bruk «Time samme dag»-systemet i Norge. Ordningen går ut på å øke åpne felt i timeboken gradvis mot 65 prosent ledige timer to dager i uken, og 50 prosent de øvrige dagene.*

meldt, så jeg har full medlidenhet med alle som er i den situasjonen. Det er fælt, sier Bjertnæs og ler godt.

Etter de tre månedene ba han pent om å få jobbe litt igjen. Først gjenopptok han arbeidet som bedriftslege, og etter seks måneder var han tilbake i allmennpraksis.

– Å bli syk har vært litt av en erfaring. Nå vet jeg hvordan det er å bli rammet av en hjernetrombose, men også at det kan gå veldig bra å leve med den. Jeg har kun to visne fingre og alt annet fungerer jo helt fint. Kun detaljbevegelser henger igjen, sier han.

### Nesten kastet ut

**UTPOSTEN:** Du har bidratt til å utvikle norsk allmennmedisin som spesialitet, og ikke minst er du en av initiativtakerne til fastlegeordningen. Hva var din rolle i prosessen og hvordan tenkte du?

– Ideen rundt en fastlegeordning dukket

opp da jeg i 1980 skrev en lederartikkel i *Utposten*. Jeg var redaktør og kom med følgende påstand:

«Fastlønn eller stykkpris gjør ikke fremtidens primærleger bedre skikket til å ta vare på pasientene i dette landet. Et lukket listesystem, som det engelske eller danske, ville skape et oversiktlig og fruktbart system for både pasientene og legene. Tre fjerdedeler av våre pasienter bor i større byer og tettsteder, resten blir behandlet av distriktsleger som allerede er i distriktets begrensning og der fungerer de jo som listeleger.»

– Utsagnet falt 'libertinere' tungt for brystet og Legeforeningen var ikke begeistret. Noen mente dette var kryptokommunistisk. Mantraet den gang var at man skulle utøve legegjerningen fritt og uten begrensninger, og pasientene skulle når som helst kunne bytte lege eller kunne henvende seg til det legekontor de fikk komme inn til, minnes Aage Bjertnæs.

I tillegg skrev han en artikkel om Etableringsloven som kom i 1980 – og som skulle begrense sykehusenes rett til å suge til seg alle de nyutdannede kandidatene. Man ville begrense etableringen av legestillinger i sentrale strøk av Norge. Det var en katastrofal legemangel i Nord-Norge og også i Trøndelag, forteller han:

– Her satt vi, 30 leger i Trondheim, og skulle serve en populasjon på 140 000. Så vi tiljublet Etableringsloven. Det falt Legeforeningen tungt for brystet og vi ble på en ekstraordinær generalforsamling i Sør-Trøndelag legeforening forsøkt fratatt våre verv som formann og viseformann. Men jeg og min kollega Arne Ivar Østensen, bestemte oss for å bli. Man kan ikke bli tvunget til å gå av som tillitsvalgt med mindre man har gjort noe galt. Og det hadde vi jo ikke! Så vi ble værende som tillitsvalgte trass i at våre meninger var kontroversielle, sier han.



Han synes det er besnærende å tenke på hvordan fastlegesystemet er blitt en av de mest populære ordningene i landet på ulike meningsmålinger – sammen med Vinmonopolet, riktig nok.

– Jeg var opptatt av å få på plass et fastlegesystem. Jeg reiste i en rekke praksisbesøk til England, Danmark og Nederland. Der hadde man fastlegeordninger. Vi var flere som var overbevist om at det var slik vi også ville ha det i Norge. Da fastlegeforsøket kom i 1993, var jeg glad for at Trondheim ble forsøkskommune sammen med Tromsø, Lillehammer og Åsnes.

### Forut for sin tid

**UTPOSTEN:** Når du tenker tilbake til 1980-årene og på visjonen du hadde om et listesystem – ble det slik du forestilte deg?

– Ja på mange måter. Jeg er godt fornøyd med fastlegeordningen, men jeg tror den kunne ha fungert enda bedre hvis vi hadde hatt en dag i uken til møte- og samhandlingsaktivitet og sykebesøk. Mine beste år som fastlege har vært de siste fem: Istedenfor å ha kommunale plikter har jeg kunnet ta planlagte hjemmebesøk og følge opp dårlige pasienter, oftest kreftpasienter, og gå i møter med samarbeidspartnere. Dette er ting vi fastleger har stort behov for!

Bjertnæs har tenkt mye på hva som skal til for å få en virksom full fastlegeordning. Et av hovedkriteriene er at folk skal ha en til-

gjengelig fastlege. Som svar på dette, har han selv grunnlagt konseptet *Time samme dag*.

– Dette har gitt økt tilgjengelighet til legene. Dersom det er to til tre ukers ventetid for ting som bør håndteres raskere, blir det oftest legevakten som må løse problemet. Men legevaktslegen skal ikke gjøre arbeid som fastlegene skal gjøre!

– Så må jeg nevne noe som ikke fungerer godt nok, og det er retten til ny vurdering eller «second opinion». Hvor mange pasienter kommer og skal ha en second opinion? Kanskje to i året! Folk tror at dersom de skal få en vurdering av en annen lege, så må de bytte lege. Det må de jo ikke. Kvaliteten i fastlegeordningen ville vært bedre, mener jeg, om flere benyttet denne muligheten til ny vurdering.

**UTPOSTEN:** Hva tror du er årsaken?

– Jeg ser to grunner til at second opinion blir lite brukt. Den ene er at det er lite kjent blant publikum og den andre er at få av våre kolleger benytter seg av muligheten. Vi leger bør kunne si til pasientene: «Jeg hører du ikke er fornøyd med det vi har kommet frem til, og da vil jeg oppfordre deg til å få en fornyet vurdering av en annen kollega. Det kan du gjøre her eller på et annet legesenter. Du behøver ikke bytte lege for dette. Legen vil da sende meg en kopi av vurderingen.»

– Det tror jeg vil styrke kvaliteten på tjenesten. Og jeg tror ikke at det vil føre til flere legebytter. Heller omvendt: færre vil bytte! Man unngår da å kjøre seg fast i problemstillinger som vanligvis utløser et fastlegebytte, påpeker han.

Sett i samhandlingens lys var legene ved Risvolla legesenter forut for sin tid. I 1993 organiserte og grunnla de et medisinsk senter i etasjen under legekantoret.

– Der har det jobbet mange fagfolk. Å ha nærhet til samarbeidspartnere er bra. Spesielt vil jeg nevne tilgang til psykologer som vi kan møte, diskutere felles pasienter med eller invitere til konsultasjon sammen med. Å diskutere i felleskap er verdifullt. Det gir raskt tilbud om hjelp med problemstillingene, og man slipper lange ventetider på poliklinikker. Skal jeg ønske noe for fastlegekontorene i fremtiden må det være at de får tilknyttet psykologer i praksisen.

### Forbedringspotensial

**UTPOSTEN:** Er fastlegeordningen holdbar i femten år til? Hva må til for at den skal ta de utfordringene vi allerede har nevnt?

– Fastlegeordningen er kommet for å bli, men den må stadig forbedres. Det er viktig

at fastlegene er med å samhandle, men for å klare det må vi ha tid – tid til å samhandle på lik linje som kollegene i sykehusene vi skal samhandle med. Fastleger i rollene som aktører og premissleggere har nesten ikke vært synlig. Vi har i for liten grad vært tatt med på råd, sier en engasjert Aage Bjertnæs.

For å få til dette, peker han på tillitsmannsapparatet og de lokale allmennlegeforeninger som er fastlegenes representanter:

– De bør inviteres til samarbeid med sykehusene. Så kan de rapportere til flokken av allmennpraktikere om hva de kommer frem til, og ta med fastlegenes meninger om løsninger tilbake til sykehusene, slik at samhandlingen ikke bare blir på sykehuses premisser!

– Det er ikke bra når det er skjevbalanse i samhandlingen. Tiltakene blir da ofte ikke gjennomførbare, legger han til.

Samtalen vår kommer inn på fordelene med elektronisk journal. Før legene fikk elektroniske journaler, minnes han, løp legesekretærene inn og ut av arkivet og hentet journalene til pasientene neste dag, og satte på plass journaler som var benyttet dagen før. Dessuten skulle alle laboratorieresvar og røntgenvar sorteres inn i journalmappene:

– Legen satt og skrev med kulepenn i journalen og på resepten. Det var jo nesten slik at man en sen kveld ikke selv skjønnte hva man hadde skrevet. Likevel: EPJ-utviklingen synes jeg har vært skuffende. Vi må fortsatt registrere, men det er langt igjen til å få et godt system for å få ekstrahert det vi har skrevet i egne rapporter om egen praksis, forteller han. Og han fortsetter:

– Det var en av de største gevinstene ved det journalsystemet vi selv laget den gangen på 80-tallet. Da kunne vi ta ut rapporter selv som gav oss raskt svar på egne statistikker, som for eksempel de 100 mest vanlige årsakene til at pasienter oppsøker lege. Egenrapporter, forprogrammerte eller egendefinerte rapporter, burde kunne ligge som en mulighet i journalsystemene. Da kunne man ha mulighet til å følge med og kvalitetssikre hvordan det gikk med diabetikere eller hypertonicere i egen praksis. Vi har behov for et bedre analyseverktøy i allmennpraksis!

**UTPOSTEN:** Til slutt, hvilket råd vil du gi til unge allmennpraktikere?

– Vær lydhør i møte med pasienten. La de få snakke ut, ikke grip ordet og eller prat for mye selv. Når du har lyttet, så spør om du har oppfattet riktig. Og når du konkluderer: Spør om pasienten er enig i den videre behandlingen. Da får du en fornøyd pasient og du selv vil få en god hverdag!