

DRIFT AV LEGEKTOR

Sånn gjør VI

Kjell Nordby, f. 1948

Arbeidet halv dag i allmennpraksis siden -78 kombinert med halv stilling som heimværende samme tidsrom. Drevet endel med videre- og etterutdanningsaktiviteter i mange år og er nå leder av spesialitetskomiteen i allmennmedisin.

Å beskrive driften av et legekontor kan fort utvikle seg til en ganske middelmådig og altfor lang kortroman. Dette får heller bli en fortelling om noen gode løsninger – og noen dårlige! En kollega uttalte for noen år siden at det var typisk norsk å være g(r)o(d)!, og siden hun sa det er det sikkert sant, men det er ikke like typisk norsk å skryte av seg selv. Skal det imidlertid være noen vits i å fortelle hvordan vi på vårt legesenter har organisert oss, er det viktig å fortelle om de gode løsningene.

Først noen basisopplysninger:

Legesentret i Molde ble etablert i 1971. Det ligger i Storgata og er byens største legekontor med fire driftshjemler i klasse tre. To mannlige kolleger har vært med siden starten, et legeektepar har delt en stilling i 21 år, og yngste kollega har vært med 6–7 år. Vi har romslige lokaler, totalt 360 kvadratmeter, for tiden er husleia om lag kr 23500/mnd. Fire hele hjelpepersonellstillinger, sykepleier i halvstilling, resten er legesekretærer.

Administrasjon

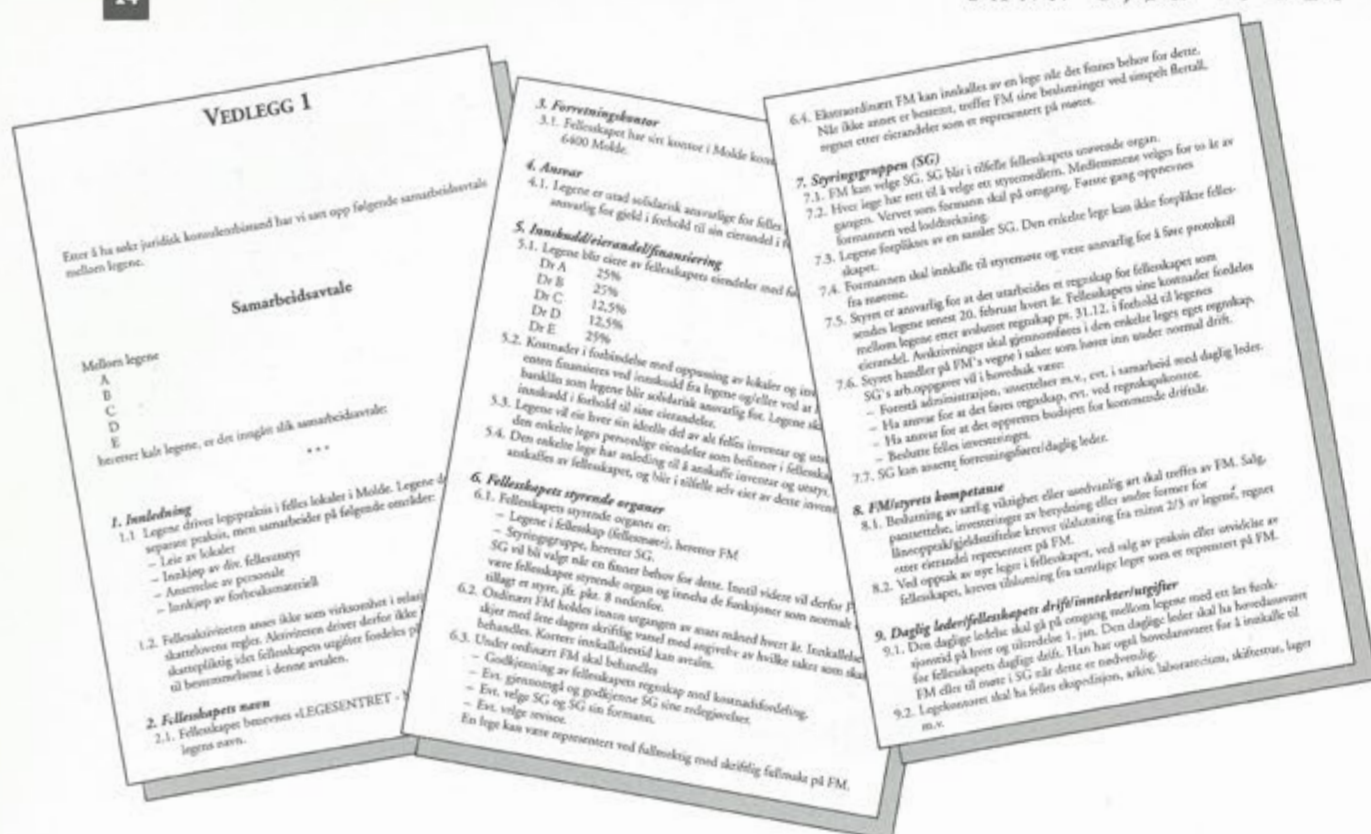
På dette området er vi dessverre intet eksempel til etterfølgelse, man kan kanskje heller si vi er et skrekkenes eksempel, noe som også kan ha stor læringsverdi, så derfor litt om våre ferdigheter her:

Min svoger, som er bedriftsrådgiver, har ristet på hodet i mange år over hvordan vi administrerer butikken vår.

«Dere strider mot all fornuft og erfaring fra næringslivet», pleier han å si med ettertrykk, «Enhver virksomhet i en noenlunde konkurranseutsatt bransje ville gått nedom og hjem for lenge siden hvis ledelsen hadde hatt en slik holdning til ledelse og administrasjon.» Ingen av oss legene er nemlig spesielt lystne på å ta den jobben, så derfor deler vi på den og lar den gå på åremål. Det vil si at vi har en stadig skiftende ledelse bestående av to personer som har sitt beste øyeblikk når året er over og bunken med løslapper kan leveres over til neste person. Dog har vi prøvd å skjerpe oss: For noen år siden satte jeg opp alle de punktene jeg kunne komme på som krevde administrasjon, i alt 41 punkter. Disse ble inndelt i 5 temagrupper fordelt mellom legene med en hovedansvarlig og en nestkommanderende. Etter to uker var alt fullstendig virvar: Tidligere visste vi i hvert fall hvem som var administrerende, nå var vi det alle, men ingen husket for hva! Neste forsøk gikk ut på å betale hverandre 10 000 kr. per år for administrasjonsjobben. Det skulle innebære at administrerende krysset seg ut noen timer per uke. Etter å ha byttet penger slik noen år, fant vi ut at de færreste var verdt denne lønna, og sluttet med det. Hadde det vært noe tak i oss, skulle en tatt på seg administrasjonsjobben og fått 50 000 kr i året for den, det veit jeg har vært vellykket andre steder.

Vi har brukt en lokal forretningsadvokat til å utforme vår samarbeidsavtale (1, vedlegg 1). Da vi tok inn en ny kollega for 6-7 år siden, gjorde vi en tilføyelse i vår opprinnelige avtale for å sikre oss: «Etter å ha vært lege ved legesentret i 15 år, kan en lege trekke seg ut av fellesskapet med sitt driftstilskudd etter en oppsigelsestid på to år». Dette for å unngå at en ny kollega stikker av med sitt driftstilskudd etter kort tid, eller, hvis noen av de gamle finner ut at her trives man ikke lenger, så skal man slippe å flytte fra byen fordi det ikke finnes nye ledige driftshjemler, men ha mulighet for å ta med seg sin hjemmel etter lang og tro tjeneste og etablere seg på nytt.

Fra starten av jobbet hjelpepersonellet på faste steder. Etter hvert fikk vi ansatt legesekretærer som var utdannet til å mestre alle arbeidsoppgavene på et legekontor. Vi så det



skapet vårt, ser vi at målsettingen om få og store innkjøp som vi hadde satt opp for noen år siden, er meget langt fra å være oppnådd. Det er kanskje ikke så farlig, men når vi f. eks. handler medikamenter på apoteket tre dager etter hverandre, er dette et tidsspille og handler om dårlig planlegging og enda dårligere totaloversikt. Og for den som sitter og skal attestere på regninger blir det tiltakende vanskelig å ha oversikt jo flere regninger som kommer, personalet på sin side sier at etter jobbrotrasjonen ble innført er de sjeldnere på den plassen der de har sitt individuelle ansvar for å holde oversikt over lagerbeholdning. Akkurat nå ser det ut som om vi har betydelige oppgaver foran oss med hensyn til å bedre vår økonomikontroll.

Skranken

Vi har større pågang av pasienter enn vi klarer å håndtere - dog var køene i våre lokaler betydelig lengre før. Nå er det noen ganger så tomt at både vi og pasienten lurer på om det i det hele tatt er noen som er på jobb i dag. Dette skyldes noen små justeringer i timebøkene våre der vi har lagt inn et par halvtimes konsultasjoner hver formiddag for å komme ajour. For øvrig kjører vi 20 minutters timeavtaler, og har nylig satt opp et par skilt i lokalene om at en vanlig legetime er stipulert til mellom 15 og 20 minutter, og at det dermed sier seg selv at det er begrenset hvor mange problemstillinger man kan klare å håndtere forsvarlig på denne tiden, samt at øyeblikkelig hjelp timer er satt opp med vesentlig kortere tid og dermed kun er ment å skulle omhandle akutte problemstillinger. Vi har ikke fått noen reaksjoner på disse plakatene, og hun som kom med 17

spørsmål på lappen sin, og ettersendte to til per brev noen dager seinere skal fortsatt få lov til å spørre meg om mye, for hun tåler korte svar!

To av personalet sitter hele tiden i skranken. Vi har satt opp en skillevegg på utsiden, slik at pasienter kan vinkes over til luke nummer to for å avlaste luke en eller for å kunne fortelle sine historier rimelig avskjermet fra resten av køen..

Livet i skranken oppleves travelt, og det er mange måter å få stramme nakkemusklene på: Når doktoren roper i callingen, telefonen kimer og folk henger inn gjennom luka og alle forlanger å bli betjent samtidig, forstår selv en arbeidsgiver at dette blir stressende. Men ved at færre pasienter sitter og venter på venterom og korridorer får vi redusert en del mas, og legene ordner selv med ny kontrolltime der det er nødvendig. Etter hvert har vi fått hodetelefoner (stetomic) som fungerer og ikke ødelegger frisyren og som derfor(?) brukes av damene og dermed skåner skulder- og nakke-muskler.

Skulle vi bygd ny skranke i dag, burde vi overveid å bygge den slik de har bygd den på Molde politistasjon. Der er nemlig gulvet hevet en del slik at «kundene» står med skranken i brysthøyde og politifolkene ser litt ned mot klientene. Det er mye psykologi i en slik konstruksjon! Man får bedre oversikt, føler seg mindre overkjørt av en lang og frustrert kø, og kan, hvis man blir angrepet verbalt, reise seg slik at man blir stående enda høyere. Alternativet er en lav skranke som er svært bred for å holde folk litt unna.

To meter bak skranken har vi et nærlager med de vanligste blankettene, det gjør at påfyll kan skje umiddelbart. Tre av legene bruker kassaapparatet i skranken og syns at det er en grei måte å sikre seg at alt som blir mottatt blir registrert og oppgitt.

Vi har også et callingsystem som vi som regel bruker internt fremfor å bruke telefonen. Det er greit, men lyden bærer jo da utover og pasienter kan komme til å høre hva som blir sagt, så vi har måttet gå noen runder om hvilke problemstillinger personalet ikke skal presentere for en travel doktor via callingen. Det hender jo at noen og enhver – ja selv den dørste – kan miste litt av sin stoiske ro når enkelte klienter krever å få ordnet sine saker umiddelbart, og da er ikke callingen noen egnet samtalemedium.

Arkivet

Etter 8 år med data har vi etablert om lag 18 000 datajournaler. I vårt snart 30 år gamle papirarkiv har vi anslagsvis 40 000 papirjournaler. Etter å ha konferert med fylkeslegen, ansatte vi litt ekstrahjelp for noen år siden, og fikk makulert flerfoldige sekker med journaler der det ikke var gjort notater de siste 10 årene. Papirjournalene brukes lite, vi ber kanskje om å få inn journalen en gang per dag i gjennomsnitt. Muligens er vi litt baktunge, men fortsatt arkiverer vi de innscannede epikrisene i papirjournalen, og mener at vi får lettere oversikt over gamle epikriser i våre gamle journaler enn på data'en. En del enkle epikriser blir imidlertid makulert etter innscanning. Etter innbrudd på skiftestua i arbeidstiden har vi også flyttet våre mest populære medikamenter samt vår felles vaktkoffert inn i arkivdelen fordi det alltid er personale tilstede der. Bakerst i arkivdelen ligger skrivestua, men etter hvert skriver legene nesten alt sjøl, og det går uker mellom hver gang det nå er noe til skriving.

Laboratoriet

For tyve år siden hadde vi to fysiokjemikere i full tid på labben. Nå har vi en legesekretær som blir bistått av vår fjerde ansatte når det blir for travelt. Kjø er kjedelig for pasientene, og stressende for oss. Kjøpunktene er mange: Skranke ved ankomst, så ventetid på venterommet eller i legekontorgangen, så laboratoriekø og til slutt betalingskø. For å ha muligheter for å kunne bruke to ansatte til å ta unna en lang kø har vi ordnet det slik at man kan ta blodprøver to steder inne på laboratoriet. Det trengs sjelden, men brukes av og til. Problemet er at man ikke ser køen innefra laboratoriet, så det blir opp til legene som passerer og som alltid er på etterskudd å varsle om dette, og vi tenker ikke alltid så langt.

For å få slutt på at folk stadig kom inn på laboratoriet fordi de bare skulle et eller annet i all hast, laget vi et kolappsy-

stem med ringeklokke som pasienten bruker for å varsle at nå er det noen som venter utenfor, og som personalet bruker for å varsle tilbake om at nå er det ledig og bare å komme inn. Dette fungerer bra. I tillegg har vi satt opp et par plakater på laboratoriedøra om hvilke rutiner vi har for vurdering av prøvesvar og hvor vi ber om at ikke pasientene ringer oss om dette, men at vi tar kontakt hvis vi anser det for nødvendig. Vi har brukt et lokalt firma til å lage disse plakatene, det ser mye mer skikkelig ut enn håndskrevne forsøk. Vi har også tilsvarende plakater i skranken.

De lokale prøvene som analyseres skrives ned på et ark før beskrives inn i datajournalen. Hver lege har sin skriveblokk, og denne skriveblokken har vi fått trykt opp hos vår papirleverandør. Før ble resultatene skrevet inn hult i bult og var tunge å lese, men nå har vi laget kolonner for hver prøve slik at vi leser dem lynraskt. (1, vedlegg 3) Patologiske svar merkes av personalet. Vi har beholdt dette trass i datakvitteringer. På slutten av dagen syns de fleste av oss at det er godt å lese fra et ark og ikke se på uendelige datakolonner.

Skiftestue

Ingen av legene er spesielt kirurgisk interessert, så skiftestua brukes ikke så mye med et lokalsykehus rett i nærheten. Men til tider er det likevel betydelig trafikk der med sårskift og sprøytesetting med mer. Det er utrolig hvor mye som kan få preg av øyeblikkelig hjelp: Hvem har vel ikke møtt B12 pasienten med behov for øyeblikkelig injeksjon – enten fordi han har gått over 3 måneders perioden, eller fordi han i det siste, trass i at det ikke har gått så lang tid, har blitt så slapp. Til tider har vår skiftestue fungert som den rene «surf in clinic», inntil vi satte foten ned og etablerte timebestilling der også. Nå forlanger vi at folk kommer til tider som passer oss fremfor at vårt personale skal løpe fram og tilbake og få stadige avbrudd i andre arbeidsoppgaver. Mandagen er vår travleste dag, da har vi ikke timebestilling på skiftestua, men utfører selvsagt legeordinerte oppgaver der. De andre dagene har vi fem minutters timer satt opp en snau times tid fra morgenen og tilsvarende etter lunsj. På denne måten har vi i hvert fall delvis fått mer struktur på dette, og også sørget for at vår fjerde ansatte kan få fred og ro til å sitte og scanne inn epikriser på skiftestua og gå ifra papirbunken der for å avhjelpe på laboratoriet ved behov.

Legekontor

De første 8 årene jeg arbeidet besvarte jeg alltid telefonene umiddelbart under konsultasjonen. Jeg trodde det var riktig. En dag tok jeg opp formiddagens konsultasjoner på video, etter å ha sett gjennom dem la jeg neste dag umiddelbart om min telefonrutine; enkelt og greit og uten skygge av tvil. For meg ble det klinkende klart at jeg måtte endre rutine. Det så direkte stygt ut med alle disse avbruddene, og



Fra dr. Reno
Karlsens legekontor,
Stavanger.
Foto:
Torgeir Gilje Ltd.

konsentrasjonen og rytmen i konsultasjonen ble ødelagt. Nå ringer jeg tilbake, som regel mellom konsultasjonene, men blir det travelt, så kan det bli utsatt til slutten av dagen. Vi bruker ikke timeboka til slike meldinger, men damene prøver å notere en linje i journalen om problemstillingen og printer ut dette på en lapp som vi tar med inn på kontoret. På lappen forsøkes også påført når pasienten er tilgjengelig, f. eks. etter kl 14. Sjøøl bruker jeg hodetelefon når jeg snakker i telefonen, dermed kan jeg sitte å skrive ned problemstillingen og gjøre ferdig resepter og eventuelle rekvisisjoner mens samtalen foregår. Flere enkle registreringer viser at jeg gjennomsnittlig bruker 5 minutter på hver telefon.

Telefonen har man et blandet forhold til. Vi bruker ikke såkalt telefontid, men har i perioder overveiet å sette et tak på antall telefoner per dag, akkurat som vi har et tak på antall pasienter per dag. Men vi har ikke fått det til ennå.

Timeboka vår er satt opp slik at en lege har en uke med øyeblikkelig hjelp om gangen. Den uka har han satt opp fire faste pasienter, mens resten skal være ledig for øyeblikkelig hjelp, noe som dessverre sjelden skjer fordi våre lange ventelister tvinger oss til å kline inn pasienter både her og der. Daglegevakta i kommunen settes opp som egen liste, og vi gjør det slik at den av oss som har ø.-hjelpsdag automatisk tar daglegevakta når en av senterets leger er satt opp på daglegevakt. Vi tar altså ansvar for at Legesentret alltid har øyeblikkelig hjelp kapasitet, og slipper å bry oss med bytte av daglegevakt om vi er satt opp på dette en dag vi er borte. Da går jobben automatisk over på vakthavende på senteret.

Vi har i prinsippet tre ulike timekategorier: åpne timer som er ledige for alle, kontrolltimer som bare skal benyttes av legen til avtalte kontroller og så øyeblikkelig hjelp timer. Men dette fungerer bare sånn passe p.g.a. den store pågangen. En kvinnelig kollega har etablert «mannetimer» som bare er åpne for menn, og «ung»-timer som bare skal belegges med ungdom for å skåne seg for bølgen av middelaldrene medsøstre og få en noe mer variert praksis. Sjøøl har jeg «usynlige» timer, dvs at jeg står utkrysset en ettermiddag hver uke. Timer som ikke fins er nemlig de eneste timene som ikke blir belagt når krisa er ute og går, og det er den rett som det er. Dermed har jeg en ekstravote med timer som jeg utelukkende disponerer sjøl. Det er noe av det lureste jeg har funnet på for å unngå å bli sittende med ekstrapasienter utover ettermiddagen med synkende blodsukker og humør og lure på hvor meningen med livet har blitt av.

Avslutning

Man kan lett tro at våre små enheter ute i allmennpraksis går av seg sjøl og at administrasjon av slike sentra lett gjøres innimellom pasientkonsultasjonene. Tror man det, bør man tro om igjen!

Referanse:

1. K. Nordby. Kvalitetshåndbok for legekontorer i allmennpraksis. Den norske legeforening. Skriftserie for leger: Etterutdanning og kvalitetssikring.