

Logistikk på legekantoret

Bjørn Otterlei

Cand mag (samfunnsfag)
1984.

Cand med 1990.

Allmenpraktiker siden
1992, arbeider i gruppe-
praksis i Molde sentrum.
Bedriftslege siden 1994,
vært med i etableringen av
interkommunal bedrifts-
helsetjeneste.

Logistikk handler om «vareflyt». I en produksjonsbedrift er det viktig at man ikke bryter produksjonskjeden, enten ved at man går tom for vitale deler, eller at man mangler andre ressurser, f.eks. energi eller personell. Man må unngå store varelager som binder mye kapital, men må hele tiden ha oversikt over at man har tilstrekkelig av de nødvendige delene for at produksjonen ikke skal stoppe opp. Bedriftene har ansatte som bare arbeider med dette, logistikken i bedriften. Gjennom bedriftshelsetjeneste har jeg fått et visst innblikk i produksjonsbedrifters utfordring på dette området. I én bedrift produseres dumpere, og der hjelper det lite at man har nok mekanikere, montører, sveisere eller lakkerere dersom man får produksjonsstopp fordi delelageret gikk tomt for en pakning som må på plass før resten av monteringen kan fortsette. Selv en kortvarig produksjonsstans får ikke bare økonomiske konsekvenser, men kan forplante seg ved at den forsinker produksjonen av neste dumper. Det er derfor viktig at bedriftens logistikkavdeling sørger for at man hele tiden sikrer jevn flyt i produksjonene ved at man har oversikt over delelager og planlegger innkjøp og beregner leveringstid, og at man på personalsiden har ressurser for å tåle et normalt sykefravær.

I fiskeindustrien har de logistikkansvarlige ytterligere utfordringer ved at produktet har en begrenset holdbarhet. Man må derfor ikke bare følge produktet til varelageret, men helt til varemottaker. I denne sammenhengen blir betegnelsen vareflyt meget betegnende, når vi f.eks. tenker på produksjon og levering av laks til Syd-Europa. For de landbaserte fiskemottak som ennå finnes for å ta imot fersk fisk, har logistikkavdelingen enda en utfordring, nemlig at råvarene kommer i sesonger.

På legekontolet er også logistikk viktig, og da tenker jeg ikke først og fremst på at lageret av forbruksmateriell skal etterfylles jevnlig. Det kan høres reduksjonistisk ut, men i denne sammenhengen kan det være nyttig å betrakte pasienten som en «vare» og sammenligne legekontolet med en produksjonskjede. For en tid tilbake tegnet vårt legekontolet et ISDN-abonnement og investerte i en topp moderne elektronisk telefonsentral. Det var nødvendig fordi den gamle sentralen måtte skiftes ut, og det var viktig med godt utstyr fordi telefontilgjengelighet har vært et tema som generelt har vært tatt opp som et problemområde, og som leger også generelt synes det er vanskelig å finne gode løsninger på. Før vi skiftet ut vår telefonsentral var det mange som fikk opp-tattsignal når de ringte, og når de kom fram måtte de vente opp til fem minutter i kø, noen ganger lenger.

Etter at vi fikk ny sentral, ble pasientene sittende i 20-30 minutter i kø, og klagene kom straks. Hva gikk galt? Telling på forhånd har vist at det er opptil 1000 telefoner daglig som ringes mot vårt sentralbord, noen ganger opp til 1200. Vi greier å besvare opp til 200 telefoner daglig. Hva som skjer med de andre vet vi ikke helt. Noen «skaller kanskje av» fordi det er bagateller, noen ringer legevakt eller 113 fordi det haster. Andre kommer kanskje fram til et annet legekontolet, men de fleste ringer nok tilbake senere og kommer til slutt fram. Disse personene fikk tidligere opptattsignal, og skjønte at det var travelt. Med ISDN sentral ble «linjekapasitetsproblemet løst» sa leverandøren, og vi trodde på det. Det vi ikke forstod, var at vi bare forflyttet flaskehalsen til et annet sted. Så lenge vi ikke hadde flere personer til å besvare telefonen, ble pasientene stående i telefonkø, og denne køen fikk nå en svimlende kapasitet, fra tidligere maksimalt to til nå inntil 8 personer. Hvis man tenker seg at en telefonsamtale med sekretæren tar mellom 2-4 minutter, er det lett å forstå at ventetiden i telefonen ble uakseptabel.

Hvordan skulle dette problemet løses? En av medhjelperne sitter tilnærmet kontinuerlig ved telefonen og i tillegg svarer en annen medhjelper så ofte som det er anledning til det. Da burde kanskje problemet være løst ved å ansette flere sekretærer? Kanskje vi da kunne besvare 300 telefoner daglig? I så fall måtte vi ha en ny terminal og en ny arbeidsplass. Men hva ville resultatet bli? Noen henvendelser ville legesekretæren kunne løse selv. Andre henvendelser ville kreve spørsmål eller beskjed til legene. Fra før hadde vi 1-2 sekretærer som tok telefonhenvendelser som delvis resulterte i henvendelser til legen. Nå ville vi få 2-3 sekretærer som gjorde det samme. Sannsynligvis ville vi få adskillig flere henvendelser og flere beskjedlapper til legene, men ingen leger ville få bedre tid. Tvert imot. Mange har erfart at når avtaleboken er full, skjer «POST-IT-paradokset»,

nemlig at problemstillinger som ordinært krever konsultasjon, f.eks. sykemelding, henvisning til fysioterapeut, kiropraktor, attester m.v. gjøres *uten* konsultasjon. Problemstillinger som ordinært ordnes med time i avtaleboken blir små stabler av POST-IT-lapper til legene. Alt dette ordner legene i sin *usynlige tid*. Det er i hvert fall ikke mer synlig tid i avtaleboken når den er full.

De fleste kollegene har jevnlig kvelder og helger på kontolet for å få unna slike stabler med beskjeder. De løser problemet på den usynlige tiden og usynliggjør problemet for de ansvarlige. Legene blir selv ofte utpekt som de ansvarlige. Det heter seg at det er legens ansvar å være tilgjengelig, både på telefon og ved å ha nok kapasitet til konsultasjoner. Legene har en forpliktelse overfor sine pasienter, og denne forpliktelsen blir forsterket gjennom den kommende fastlegeordningen. Men når avtaleboken er full og alle øyeblikkene er brukt opp, man har tatt inn et par ekstra øyeblikk, og man har hatt telefoner til hjemmesykepleien, til apoteket og til pasienter, og det fremdeles er bunke beskjeder og enda mange som vil ha «rask time». Da er det behov for flere leger, og det ansvaret ligger på andre skuldre, men legene skjuler det ved å gjøre arbeid på usynlig tid, og de bedrar seg selv ved å tro at de har kapasitet til dette.

En enkel logistikkanalyse ville avsløre at vi ved vårt kontor har store kapasitetsproblemer, ikke bare med å besvare de telefonene som ringes mot vårt sentralbord, men å etterkomme ønskene til alle pasientene, fordi våre ressurser på alle nivå, også legekapasiteten er for lav. Det var derfor et selvbedrag å tro at flere ISDN-linjer ville løse kapasitetsproblemene på telefonen. Derfor fikk vi endret antall innkomne linjer tilbake til det antallet vi hadde før. De som kommer i telefonkøen venter som før, og mange flere får som før opptattsignal når kapasiteten er sprengt. Det forstod pasientene og kritikken stilnet (noe).

Kritikere vil nok hevde at dette er en lettvinnt måte å skyve kapasitetsproblemer videre, og legene må kunne erkjenne at dette til en viss grad er riktig. Riktignok er arbeidsdagen vår sammensatt og ofte uforutsigbar. En konsultasjon som forventes å ta 15 minutter, kan legge beslag på en time, og da vil forsinkelsen som regel forskyve resten av dagen. Tidligere var en av legens privilegier at pasientene forstod dette og respekterte det. I dag er det ikke slik i samme grad. Mange pasienter forventer at man også på et legekontolet kan treffe tiltak som reduserer uforutsigbarheten. Pasienten avbryter ofte egen arbeidsdag for å gå til legen, de organiserer barnevakt, og ikke minst er de opptatt av bilen som står på parkometer. For 5 år siden ble det rettet mye kritikk om dårlig telefontilgjengelighet, og bl.a. var vårt legekontolet nevnt i pressen. Vi gjorde derfor en undersøkelse av 200 pasienter

som ble gjentatt med 200 nye pasienter etter 6 mnd. Resultatet viste at under 20 % faktisk var misfornøyd med telefontilgjengeligheten, og at 80 % faktisk opplevde at dette ikke var noe problem. Derimot var halvparten misfornøyd med lang ventetid på venterommet før man kom inn til legen eller laboratoriet, men ingen av disse hadde klaget offentlig.

Denne enkle pasientundersøkelsen avslørte altså at et problem som fremstod som stort i media, ikke ble oppfattet som så stort blant pasientene, men at vi overhodet ikke var klar over at så mange som halvparten av pasientene gremmet seg over at de satt for lenge på venteværelset. Noen enkle tidsstudier, telling av pasienter og vurdering av kapasitet på laboratoriet viste enkelte åpenbare flaskehalser. To leger kan f.eks. ikke bruke samme skiftstue samtidig, og samme medhjelper kan ikke både assistere ved kirurgi og samtidig ta EKG. Visse konsultasjoner krever mer tid enn det kan være satt opp, og bedre innsikt i dette kunne gjøre at man tildelte mer tid til enkelte problemstillinger. Det forutsetter igjen aktiv utspørring av pasienten om problemstilling ved timebestilling. Det uforutsigbare gjør at man burde redusere antall konsultasjoner i avtaleboken i stedet for å øke.

Plutselig kan det komme en influensa epidemi. Det kan bli behov for å delta på kurs eller møter som man ikke visste om da avtaleboken ble satt opp, og man kan takle uforutsatt fravær, faktisk også sykdom, blant kollegene. Den største enkeltfaktoren ved utbrenning er at man opplever liten innflytelse på egen arbeidssituasjon. Økt forutsigbarhet vil redusere faren for utbrenning.

En viss innsikt i logistikk ville kunne hjelpe legene til å identifisere flaskehalser, øke utnyttelsen av ressursene og ikke minst definere manglende ressurser. Det ville hjelpe legene til å øke pasientflyten, redusere det uforutsigbare og synliggjøre det når kapasitetsgrensen er nådd. En slik synliggjøring er viktig både for å overleve i yrket, og for å vise sentrale myndigheter på hvilket nivå ressursene må settes inn.

Molde januar 2000

Bjørn Otterlei

(Spes. i allmennmedisin og bedriftslege)

Legekontoret

Gotfred Lies pl. 4

6413 Molde

Vi ønsker alle en god sommer!

*Minner om
Olav Rutle sitt 2. minnesymposium 31. august og 1. september
– se side 42 og 43.*

*Minner også om APLF kurset 24. og 25. august
– se side 44*