

Hva består så folkets motmelding av?

Opprinnelsen til ordet «helse» er det norrøne «heill», som betyr hel. Og det viser seg at folks helsebegrep ikke har vandret så langt fra den opprinnelige betydningen. Ola og Kari Nordmann har et mer balansert og helhetlig syn på helse enn vi kanskje ante. De forteller at helse er trivsel, likevekt, motstandskraft, å fungere i hverdagen, være del av et sosialt fellesskap, og å slippe å tenke på helse! Det er få spor av den medikalisering og risikomentalitet vi ser i media og i vårt eget fag.

Folkevettet er med andre ord i meget god behold.

Det enkle og elegante med denne studien er at man spurte om helse, ikke om sykdom. Hadde man spurt hva sykdom er ville man fått helt andre svar, og svarene ville vært på et annet plan, for ikke å si en annen planet. For helse er ikke bare fravær av sykdom, ei heller det motsatte av sykdom. Og det vet folk utmerket godt.

Faktisk er kapittelet «Helsetjeneste og helse» det korteste i denne boka. Ikke det at helsevesenet er uvesentlig, men mest når det gjelder sykdom. Det er en helt nødvendig realitetsorientering – for ikke å si kalddusj – for oss i helsevesenet. Vi er nyttige til vårt bruk, men helsa skapes andre steder. Godt nytt for samfunnsmedisinerne, dårlig nytt for politikere som tror de kan skape helse ved å omorganisere helsevesenet.

Boka er lettlest og underholdende, språket er både presist og poetisk. Teksten inneholder rikelig med referanser fra medisin, antropologi, sosiologi og litteratur, ispedd dikt og ordtak.

Hva skal så en stakkars anmelder klage på?

Joda. En kvalitativ studie har sine begrensinger, og gir naturligvis ingen tall å slå i bordet med. Men det var da heller ikke målet med studien. Utvalget av informanter kunne vært bredere – våre nye landsmenn er ikke representert, heller ikke andre minoriteter. Kanskje har svarene blitt påvirket av det at en profilert samfunnsmedisiner stilte spørsmålene.

Men dette er små detaljer i den store sammenhengen. Og forfatterne har selv gjort grundig rede for studiens begrensinger og metodologiske problemer.

Alt i alt er «Helse på norsk» et imponerende og inspirerende verk. Boka vil være til glede og nytte for alle som jobber og/eller studerer i helsevesenet, og for interesserte legfolk.

Pernille Nylehn

LESERINNLEGG

Evaluering av legekontorer

– strøttanker om kvalitetskriterier

Forfatteren skriver at det ikke finnes allment akseptert målemetoder for evaluering av primærlegers kontor- og arbeidsforhold. Han legger frem ti sentrale kriterier for å evaluere legekontorers rutiner og fasiliteter. En maksimal skåre på 100 poeng oppnås ved optimale rutiner på alle felter.

Som vikar ser man med nye øyne på andre legers og andre kontorers rutiner. Noen steder får man gode ideer til forbedring av egne rutiner – andre steder ser man mangelfulle forhold. Avgjørende for legedekningen er legenes økonomiske betingelser, legevaktsbelastning, forholdet til kommunen samt distriktets geografiske og sosiale forhold. Her vil jeg forsøke å evaluere konkrete faglige forhold ved legekantoret.

Det ser ut til at de samme problemer går igjen på mange legekontorer: dårlige rutiner for journalføring; forsøpling av papirarkiver; rotete kontorer; svakt samarbeid mellom legene; dårlige fagbibliotek. Hvordan skal man så evaluere et legekantor? Tjener det noe formål?

Kriterier for kvalitet gjør det mulig å sammenligne eget kontor med andre, ut fra en vedtatt standard. Det delikate er imidlertid, at hvis man begynner med å evaluere kontorrutiner, er ikke veien lang til en regulær kollegial vurdering. Da bør man trå varsomt frem. Leger er følsomme overfor kritikk – særlig når den er berettiget. Ordet «evaluering» har dessuten et preg av kontroll, overvåking, straff og forbedring.

Med dette innlegget våger jeg meg ut i et eksplosivt minefelt, hvor meningene er delte. Evaluering av legekontorer i allmennpraksis krever kriterier som er allment anerkjent. Jeg vil prøve å besvare tre spørsmål:

- Hvilke evalueringskriterier er sentrale?
- Hvordan skal de enkelte kriteriene vektas innbyrdes?
- Hvilken matematisk modell skal benyttes til å beregne en «kvalitetsskåre»?

Mitt forslag er å etablere en kvalitetsskåre ved hjelp av en skala fra 0 til 100. Et legekantor kan få maksimalt 100 poeng, ved simpel addisjon av de poengene man får for ti enkelte delfunksjoner. De ti kriteriene er anført i en prioriteringsrekkefølge, med forslag til maksimal skåre i parentes. Etter min mening er journalsystem, journalføringsrutiner, kontorforhold, kolleger og personell de viktigste forhold. De ti kriterier jeg mener bør inngå i en evaluering er følgende:

- A. Journalsystem (20)
- B. Journalførings- og henvisningsrutiner (10)
- C. Kontorforhold (10)
- D. Kollegiale forhold og samarbeid (10)
- E. Hjelpepersonell (10)
- F. Skadestue, kirurgisk utstyr og akuttberedskap (10)
- G. Laboratorieservice (10)
- H. Fagbiblotek (10)
- J. Samarbeid med sykehjem og hjemmesykepleie (5)
- K. Samarbeid med ambulansetjenesten m.m. (5)

Noen av disse kriterier fortjener utdypende kommentarer:

A. Journalsystem

En journals kvalitet avgjøres av dens verdi for en ny lege som ser pasienten for første gang.

Journalsystemet bør gi mulighet til å opprette en suffisient basisjournal med oversikt over de viktigste sykdomsdeterminanter, sosiale forhold, tidligere sykdommer, medisiner og bruk av tobakk og alkohol. Det bør være enkelt å navigere fra funksjon til funksjon.

De fleste legekontorer har et papirarkiv som sjelden eller aldri ryddes for gamle og overflødige papirer. De fleste papirjournaler inneholder 50–80 prosent «journalsøppel» som burde kastes. Legene gjør det sjeldent. Hjelpepersonellet vil ikke, eller har ikke tid til å gjøre det. Det er frustrerende å komme over papirjournaler på flere kilo som inneholder f.eks. 40 år gamle cytologisvar, blodprøver, urindyrkninger og henvisninger – når det man leter etter er et bestemt brev, en epikrise eller et røntgensvar som ikke er innført i den elektroniske journalen.

B. Journalførings- og henvisningsrutiner

For mange leger er kontorarbeid ulystbetont. Journalføringsrutinene varierer sterkt fra lege til lege. Mange unnlater basal journalopprettelse. Ajourføring av journaler med innkommende opplysninger foregår ikke alltid systematisk eller det gjøres etter mangelfulle prinsipper. Med gode journaler har man mulighet for å lage gode henvisninger, med alle opplysningene som sykehuskollegene behøver. Primærlegens omdømme på sykehuset avhenger av kvaliteten på vedkommendes henvisninger.

C. Kontorforhold

Noen legekontorer er preget av et syndig rot av permer, reklamer, plastmodeller og oppbyggelige rundskriv fra direktoratet og departementet. Kontorene utstiller ofte hva legemiddelrepresentanter har medbrakt av kulepennar, papirlapper og informasjonsbrosjyrer. Nødvendige formulærer kan være spredt i forskjellige rom.

D. Kollegiale forhold og samarbeid

Kollegiale forhold avhenger av legenes holdning til faget. De fleste leger er interessert i faget, andre er mest interessert i takster og økonomi. For enkelte kolleger er hjemgården, sangkoret eller lokalpolitiske verv det viktigste. Noen leger spør aldri kolleger til råds, tar ingen nye metoder i bruk, men tar til gjengjeld mange blodprøver. Slike kolleger er det vanskelig å få involvert i registrerings- og forskningsaktiviteter. Uten felles interesser og bruk av de andres kompetanse blir samarbeidet dårlig.

E. Hjelpepersonell

Samarbeidet med hjelpepersonellet er av største viktighet, men variasjonen er betydelig. Noen steder kjenner medarbeiderne samtlige pasienter og kan utføre alle funksjoner. Andre steder vokter man sine revirer og har mer eller mindre faste oppgaver. Man kan oppleve at sekretæren ikke kan eller vil bistå til praktiske oppgaver eller at hjelpepleieren/sykepleieren knapt nok vil ta telefonen.

Avsluttende kommentarer

Mange faglige forhold kan ikke måles direkte, men kan i noen grad gjøres målbare. Bortsett fra i lærebøker i allmennmedisin, har jeg ikke funnet relevante artikler om evaluering av legekontorer. Min prioritering og vektning av kriteriene vil ikke alle være enige i. Disse strøtankene er ment som en ansporing til diskusjon.

Nils Carl Lønberg