

ENQUETE:

Prioritering i allmennpraksis – hverdagens utfordringer

Som fastleger i en hektisk hverdag opplever vi ofte at tiden ikke strekker til. Når vi ikke har tid til alt, må også vi prioritere. Det gjør vi bevisst eller ubevisst, det være seg hvem som får time raskest eller hvilke pasienter vi velger å kalle inn – og hva vi velger å snakke med dem om når de er inne på kontoret.

Utposten har invitert seks allmennpraktikere til å besvare følgende spørsmål:

1. Hvilke pasientgrupper bruker du mest tid på i allmennpraksis?
2. Nevn to–tre faktorer som er bestemmende for hvordan du prioriterer hvem som skal få din helsehjelp.
3. Prioriterer du forebyggende helsearbeid i konsultasjonene?
4. Hvor bevisst er du om dine valg?
5. Snakker du med dine kolleger om prioritering?



Tone C. Giercksky

*Spesialist i allmennmedisin.
Fastlege i bydel Sagene, Oslo.
Lektor Universitetet i Oslo.*

SPØRSMÅL 1

Det er utvilsomt gruppen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse som krever størst arbeidsinnsats for meg. Mange av dem kommer til faste timer en til to ganger i måneden; for samtale, depotinjeksjon eller for eksempel blodprøvekontroll. Selve konsultasjonen er ofte ikke så tidkrevende, men det er mye ekstra som følger med. Det tar tid å bygge tillit og bli kjent med den enkeltes situasjon, få oversikt over ressurser, nettverk, hjelpeapparatet og sårbarhetsfaktorer. Jeg finner ansvarsgruppemøtene nyttig; i tillegg har jeg telefonkontakt med støtteapparatet. Vi er avhengig av å ha et godt samarbeid med DPS og psykisk helsetjeneste lokalt. Stort sett fungerer dette godt i vår bydel. Det er mye tyngre når pasienten bor i en bydel jeg ikke kjenner. Ekstra krevende er det når pasienter med alvorlig psykisk lidelse også har et rusproblem eller samtidig alvorlig somatisk sykdom.

SPØRSMÅL 2

Alvorlighetsgrad av sykdom er avgjørende, likeledes den enkeltes hjelpebehov, mestringsevne, ressurser og nettverk. Det er stadig forbløffende å se hvor forskjellig folk med samme diagnose lever med sin sykdom. Personer fra en annen kultur krever oftere ekstra innsats når det gjelder å kommunisere forståelse av helse, forebygging og behandling. Jeg forsøker å prioritere oppfølgingen av sykmeldte i tråd med myndighetenes anbefalinger. Særlig vanskelig er det når det er stor diskrepans mellom pasientens og min vurdering av arbeidsevnen. Når samarbeidet med NAV er godt, går alt dette mye lettere.

SPØRSMÅL 3

Jeg forsøker å flette inn forebygging i en vanlig konsultasjon. Når for eksempel en som røyker har en kraftig luftveisinfeksjon, snakker jeg gjerne om røykestopp – på den måten blir det mer relevant for vedkommende. Fordelen med fastlegeordningen er at vi har god mulighet for oppfølging over tid. Dette gjør det enklere å sette langsiktige mål.

SPØRSMÅL 4

Arbeidsdagen er full av improvisasjoner, der aktuelle problemstillinger kommer i fokus og min respons og handling formes av en rekke faktorer; at jeg er forsinket kan avgjøre hvorvidt jeg går i dybden av en problemstilling eller ikke.

Fastlegeordningen gjør det mulig å ta opp igjen problemstillingen på et senere tidspunkt. For å sikre at de som trenger det mest blir prioritert, har jeg ikke fullere timebok enn at det lar seg gjøre å sette opp ekstra pasienter på kort varsel.

SPØRSMÅL 5

Mine kolleger påvirker mine faglige beslutninger i stor grad. Vi har daglig faglige diskusjoner i lunsjen og vi lar oss avbryte i løpet av dagen for minidiskusjoner rundt en problemstilling. Vi har tre dyktige medarbeidere som har lang fartstid. De kjenner godt til mange av pasientene, deres helse og livssituasjon. Daglig bidrar medarbeiderne til riktig prioritering av pasientarbeidet. Det typiske er tildeling av akuttimer. Gjennom sin bakgrunnskunnskap forstår de å prioritere de ressurssvake og de som underkommuniserer behov for helsetjenester. Dette er til uvurderlig hjelp på legekantoret.

Olav Ervik

Fastlege i Eidsvåg, Bergen. 40 prosent stilling som overlege ved Bergen og Bjørgvin fengsel.

Pasientane ynskjer at legen skal vere tilgjengeleg. Eg vart fort klar over at å gjere papirarbeid i kontortida vart lite akseptert. Ser dei at eg er på kontoret kan dei ikkje forstå at eg ikkje kan vere til hjelp. Tek eg fri ein dag, er det full forståing.

Eg har omkring tre veker ventetid på vanlige timer, men tek også mange som kjem til same dag – ca 35 prosent. For meg er dette eit viktig mål på kor tilgjengeleg kontoret er. Om den som skal kontrollere blodtrykket lyt vente i tre veker, betyr det ikkje noko medisinsk. Det betyr mykje om den med ei akutt medisinsk problemstilling kjem til, eller ikkje.

Når det gjeld kven som skal komme til, er dette i stor grad opp til vurdering av legesekretæren. Det er dei som møter pasienten i telefonen eller i luka. At legesekretærene er stabile er viktig for funksjonen ved kontoret og korleis dei som bruker kontoret opplever seg ivaretatt. Kommunikasjon er viktig: Ein vil be om time same dag, men slik vi kjenner vedkommande, haster det ikkje. Ein annan vil seie at «det er ikkje så ille», og vi veit at denne personen lyt komme til. Dette dreier seg ikkje om «kjennskap og vennskap», men om korleis den enkelte kommuniserer sitt problem.

Eg gjev melding om kor lenge eg kan arbeide den enkelte dag slik at legesekretæren kan sette opp pasientar utan å spørje først. Spør dei om eg kan ta ein til, skal dei presen-

tere problemstillingen – det er den eg skal ta stilling til, ikkje kven det gjeld. Det at ein er open for akutte problem, gjer at tal på konsultasjonar kan variere frå dag til dag etter kva behov pasientane har.

Når det gjeld dei som kjem til same dag, skal dette til vanleg ta kort tid. Eg aksepterer sjeldan «sidan eg likevel er her»-bestillingar. Her vurderer eg kva pågang som er denne dagen, og kor fort det kan gjerast det som vert bedt om. Det kan vere at den akutte problemstilling tek tid å få avklart, eksempelvis ein psykiatrisk problemstilling.

Eldre dominerer dei fast bestilte timane: komplekse problemstillingar, samarbeid med heimesjukepleie, multimedisinering m.m. Dei akutte timane gjeld ofte yngre med infeksjonssjukdommar, men går også til akutte problemstillingar hos kronisk sjuke. Ein vanleg dag: 31 konsultasjonar, derav ni som kjem til same dag. Av dei ni er åtte under 50 år. Av dei 22 på lista når dagen starta, var 17 over 50 år – åtte over 70 år.

Det som for meg er ei negativ utvikling i fastlegearbeidet, er at det administrative arbeidet tek meir og meir tid. Attester, søknader, tilvisningar, gjennomlesing av informasjon, osv. Dette stel pasienttid. Dette synes eg vert eit viktig moment i debatten om prioritering. Bruker eg min tid rett, sett i forhold til pasienten sitt behov, eller bruker eg tida til administrative oppgåver?

Eit aukande problem er i kva grad vi er i stand til å ivareta «portvakt»- funksjonen. Fastlegereforma kom i 2001, dette flytta meir makt frå primærlege til pasient. Får ein ikkje sin «vare», kan ein bytte lege. Så kom pasientrettighetsloven som gir pasienten ein del rettar, som i neste omgang vert snudd til «at har krav på». Så har du honnørordet brukar-medverknad, som etter mi vurdering nærmar seg brukarstyrt. Til dømes: Pasienten vert tilvist fysioterapeut for muskulære problem. Pasienten kjem tilbake til legen og fortel at fysioterapeuten meinte han laut ha full sjukmelding så lenge han gjekk til behandling. Kva då? Eller pasienten kjem frå NAV og fortel at NAV ber om legeattest i samband med søknad om uføretrygd. Kva er NAV si bestilling? Nei, det veit ikkje pasienten. Eg har for ofte opplevd at pasienten kjem tilbake og seier at NAV meiner at opplysningane var mangelfulle, og at legen lyt skrive meir. Kva då? Eller pasienten kjem på luka og vil ha tilvisning til MR av eit kne, men ynskjer ikkje time. Kva då? Det er for mange pasientar i dag som ikkje ber om legen si vurdering, men om legen si underskrift.

Dette er ei utvikling eg meiner pasienten vil tape på over tid.



Knut-Arne Wensaas

*Spesialist i allmenntmedisin.
Fastlege på Kallfarete legesenter
i Bergen, forsker ved Allmennt-
medisinsk forskningsenhet i
Bergen.*

Jeg har jobbet som allmenntlege i 15 år og med årene ser jeg tydeligere betydningen av å ha et bevisst forhold til prioritering. Dette er et resultat av erfaring, men også av at fastlegeordningen medfører at stadig flere gjør krav på min tid og at jeg nå har et populasjonsansvar som jeg tidligere kunne plassere hos andre. Fastlegeordningen gir samtidig rammer som gjør det lettere å planlegge og prioritere.

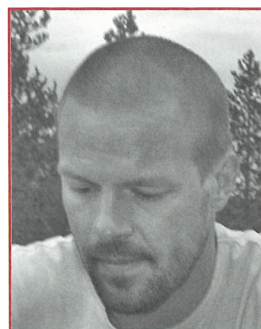
Jeg jobber på et legesenter midt i byen og siden jeg ikke er en del av den akuttmedisinske beredskapen er det to oppgaver som har prioritet i min hverdag. For det første skal jeg være tilgjengelig for dem som står på min liste, og for det andre skal jeg kunne stille opp for dem som trenger det mest. Dette er to helt sentrale aspekter ved rollen som fastlege, og det er avgjørende at jeg og resten av kontoret klarer å få til god balanse mellom dem. Håndtering av begge oppgaver er en viktig forutsetning for god kvalitet på tjenestene og for tilliten vi har hos pasienter og samarbeidspartnere.

Alle på min liste skal fortrinnsvis bruke meg eller vårt kontor ved første kontakt med helsevesenet. Vi må være tilgjengelige, også for dem som vi ikke er godt kjent med. Enkelte grupper bruker oss mindre enn andre, for eksempel ungdom, menn, psykisk syke og rusavhengige, og dette må vi ha et bevisst forhold til. Vi legger til rette for at de som ønsker det får kontakt med lege eller helsesekretær. Vi har nylig åpnet for resept og timebestilling via internett eller SMS, noe som øker den totale tilgjengeligheten. Vi ønsker å imøtekomme alle som har behov for legetime samme dag, og i hvilken grad vi lykkes med det vurderes kontinuerlig. God tilgjengelighet kan medføre at henvendelser noen ganger virker unødvendige eller bagatellmessige. Dette er mer en utfordring enn et problem. Befolkningen bombarderes med helseinformasjon som ofte er egnet til å spre usikkerhet og frykt, og fastlegen har i en slik sammenheng god mulighet til å gå inn i en helsefremmende dialog med pasienten.

En av «7 teser for allmenntmedisin» sier at vi skal gi mest til dem som har størst behov; pasienter med alvorlig sykdom

slik som langkommet kreftsykdom, men også andre tilstander med stor funksjonssvikt og/eller sammensatte problemstillinger. Som fastlege kan jeg spille en utslagsgivende rolle for at disse pasientene skal kunne mestre tilværelsen og få en bedre hverdag. Det å kunne delta på en konstruktiv måte i avgjørende faser i et menneskes liv er noe av det mest givende jeg opplever som lege, og noe som gjør meg både takknemlig og ydmyk. Å gi mest til dem som trenger mest innebærer å gi tid og tilgjengelighet, for eksempel gjennom hyppige konsultasjoner, hjemmebesøk, rask ekspedering av erklæringer og utlevering av direkte telefonnummer.

I tillegg til disse pasientsentrerte prioriteringene legger vi til rette for å ta vare på oss selv og den faglige kvaliteten ved kontoret. Alle legene er spesialister i allmenntmedisin eller under spesialisering. Vi har regelmessige møter og internundervisning, og vi finner løsninger som gjør at man kan ta permisjon når det av forskjellige grunner er nødvendig. Fornuftig prioritering bidrar til en bedre tilværelse både for oss og pasientene.



Øystein Furnes

*Spesialist i allmenntmedisin.
Fastlege og sykestuelege, Alta.*

SPØRSMÅL 1

Muskel/skjelett og psykiatri blir de to største gruppene, som anslagsvis utgjør samlet 20–30 prosent av tiden. De gangene jeg har vært så privilegert å få følge et alvorlig sykdomsforløp inn i den terminale fasen har jeg valgt å bruke relativt mye tid på enkeltpasienter. Å være med i det teamarbeidet som skal til for å tilrettelegge en best mulig avslutning på livet i eller nært hjemmet, vurderer jeg som godt prioritert tidsbruk, og en svært meningsfylt oppgave. Enkeltpasienter med alvorlig rusproblematikk kan også ta mye tid. Denne gruppen opplever jeg som tung og vanskelig, men ofte inspirerende å arbeide med, og vel verdt å investere tid i. Om ikke ofte, så har noen av mine største positive overraskelser kommet akkurat i denne gruppen.

SPØRSMÅL 2

De tre viktigste faktorer for meg her er listelengde, listelengde og listelengde. I Alta er gjennomsnittlisten på ca

1000 pasienter, og det er enighet i kollegiet om at 1200 er maksimum. Jeg har selv 900 pasienter på listen, og lider definitivt ikke av arbeidsledighet av den grunn. En så «liten» liste gir meg muligheten til å utrede, behandle og følge opp pasientene på en måte som jeg finner tilfredsstillende faglig, og fornuftig ressursmessig. Det gir meg tid til en kommunal oppgave som sykestuelege, noe jeg opplever som meningsfylt, men arbeidskrevende. Samtidig har jeg muligheten til å være fleksibel i min tidsbruk, noe jeg anser som viktig i forhold til andre sider av livet som har betydning; familie og fritidsinteresser. Jeg føler ikke at jeg tvinges til å prioritere mellom ulike pasientgrupper.

Jeg forsøker å holde ventetiden på en til to uker, og dessuten skal jeg ha nok antall ØH-timer tilgjengelig. Ved mistanke om alvorlig sykdom, fysisk eller psykisk, har dette høyeste prioritet i forhold til tids- og ressursbruk. Tilsvarende gjelder oppfølging og tilgjengelighet for pasienter med kjente, alvorlige tilstander.

SPØRSMÅL 3

Det anser jeg som en naturlig del av mange konsultasjoner, men vektet selvfølgelig ulikt avhengig av hva som er «dagens tema».

SPØRSMÅL 4

Utover det meget bevisste valget vedrørende listestørrelse, så tror jeg svaret er «sånn passe». Selvfølgelig foretar jeg, som alle mine kolleger, et utall prioriteringer daglig. Jeg velger å tro at disse tas ut fra faglige vurderinger, noe som jeg håper stemmer i flertallet (?...) av situasjonene. Jeg prøver bevisst å prioritere nødvendig tid til pasienter med psykososiale og psykiatriske problemstillinger. Utover dette tar jeg som et selvfølgelig utgangspunkt at den som søker min helsehjelp har et opplevd behov for dette, uavhengig av alder, kjønn, sosial klasse og diagnosegruppe. De har alle rett på å få den nødvendige vurdering og hjelp, og da er det min oppgave å organisere min pasientliste og arbeidsdag på en slik måte at dette kan ytes på en tilfredsstillende måte for både pasienten og meg. Jeg opplever i liten grad «misbruk» av mine legetjenester.

SPØRSMÅL 5

Vi har diskusjoner på temaet primært på praksisnivå, eks hva som kan håndteres av legesekretær/sykepleier, hva som bør tas via telefon eller mail og hva som må inn til time. Vedrørende våre egne personlige prioriteringer har dette i mindre grad vært et tema utover lunsjdiskusjoner av mer sporadisk art. Dog har jeg et klart inntrykk av at vi har en relativt lik holdning til dette, jmf. mine ovenstående svar.



Anne Karin Forshei

Spesialist i allmenntisin. Konstituert kommuneoverlege. Fastlege ved Steigen legesenter i Steigentunet DMS (distriktsmedisinske senter). Har de siste årene drevet mye med fagutvikling.

Prioritering i allmennpraksis er et spennende tema. I mange tilfeller er det helsesekretærene som prioriterer for oss. Vi har derfor snakket litt rundt dette på legesenteret og summert opp våre refleksjoner rundt temaet.

Hastegrad for time avhenger først og fremst av sykdommens alvorlighetsgrad. Sterke smerter, store skader, truet sirkulasjon, pustevansker, lammelser, alvorlige infeksjoner og alvorlige psykiske lidelser er eksempler på sykdomsgrupper som umiddelbart blir prioritert. Disse håndteres som oftest av vakthavende lege etter melding fra AMK, lokal legevaktsentral eller fra sekretærene ved legesenteret.

Ved alminnelige plager uten mistanke om alvorlig bakenforliggende årsak blir det gitt råd og veiledning på telefonen fra helsesekretær om observasjoner som bør gjøres og hvilke håndkjøpsmedikamenter som kan prøves. Hvis pasienten tar kontakt med forverring av plagene utløser dette ofte en time hos lege. Ellers har vi pasienter på timeboka med kronisk sykdom. Disse kommer regelmessig til kontroll avhengig av behov. Andre gjøremål som fører korttattester, helseattester, småkirurgi og rutine celleprøver kommer lengre ned på lista.

Øvrige pasientgrupper som blir prioritert er barn, ungdom og eldre med akutt sykdom eller funksjonssvikt. Dette fordi vi tenker at dette er sårbare pasientgrupper. Spesielt babyer har vi lav terskel for å sette opp til time. Helsesøster eller jordmor kan eventuelt kobles inn for å gjøre en første-vurdering av barn, eller hjemmesykepleien kan dra på hjemmebesøk til de eldre hvis det ikke haster med tilsyn av lege.

En av mange fordeler med å bo i en liten kommune, er at vi kjenner befolkningen og vet noe om hvilke nettverk og familieforhold pasientene har. Vi kjenner også til hvordan de ulike familiene forholder seg til sykdom både på godt og vondt. Vi har også journalopplysninger som er viktige å ha kjennskap til når man skal vurdere endringer av kronisk sykdom og nyoppståtte sykdomstilfeller.

Det er mange som er premissleverandører for bestillinger av time. Pasientens fremstilling av problemet, familiens bekymring, samarbeidspartners behov eller kapasitet ved legesenteret er alle faktorer som påvirker hvor raskt pasienten får komme til. Heldigvis har vi en oversiktlig struktur med godt tverrfaglig samarbeid som gjør at vi kan diskutere oss frem til de beste løsningene og prioriteringer for pasientene.



Karin Frydenberg

*Fastlege Skreia legesenter,
Østre Toten kommune.*

SPØRSMÅL 1

Det vet jeg egentlig ikke, men jeg tror det er to hovedgrupper: eldre multisyke og somatoforme lidelser og lette til moderate depresjoner hos 35–50-åringene. Dette er en *følelse*, altså ikke på bakgrunn av telling, men den faller sammen med mine faglige hovedinteresser, og jeg tror min prioritering av tid retter seg mye etter dem.

SPØRSMÅL 2

Tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp er høyest prioritert. Jeg prøver ellers også å prioritere de sykeste, men de med

klarest krav vinner nok ofte mest frem. Pasienter som fremlegger varselstegn på alvorlig sykdom blir prioritert. Men om de har god nok mulighet til å komme frem med dette, er jeg alltid usikker på.

Jeg forsøker å sette opp kontroller etter faglige retningslinjer og utsetter dem systematisk litt hvis jeg er presset på tid.

SPØRSMÅL 3

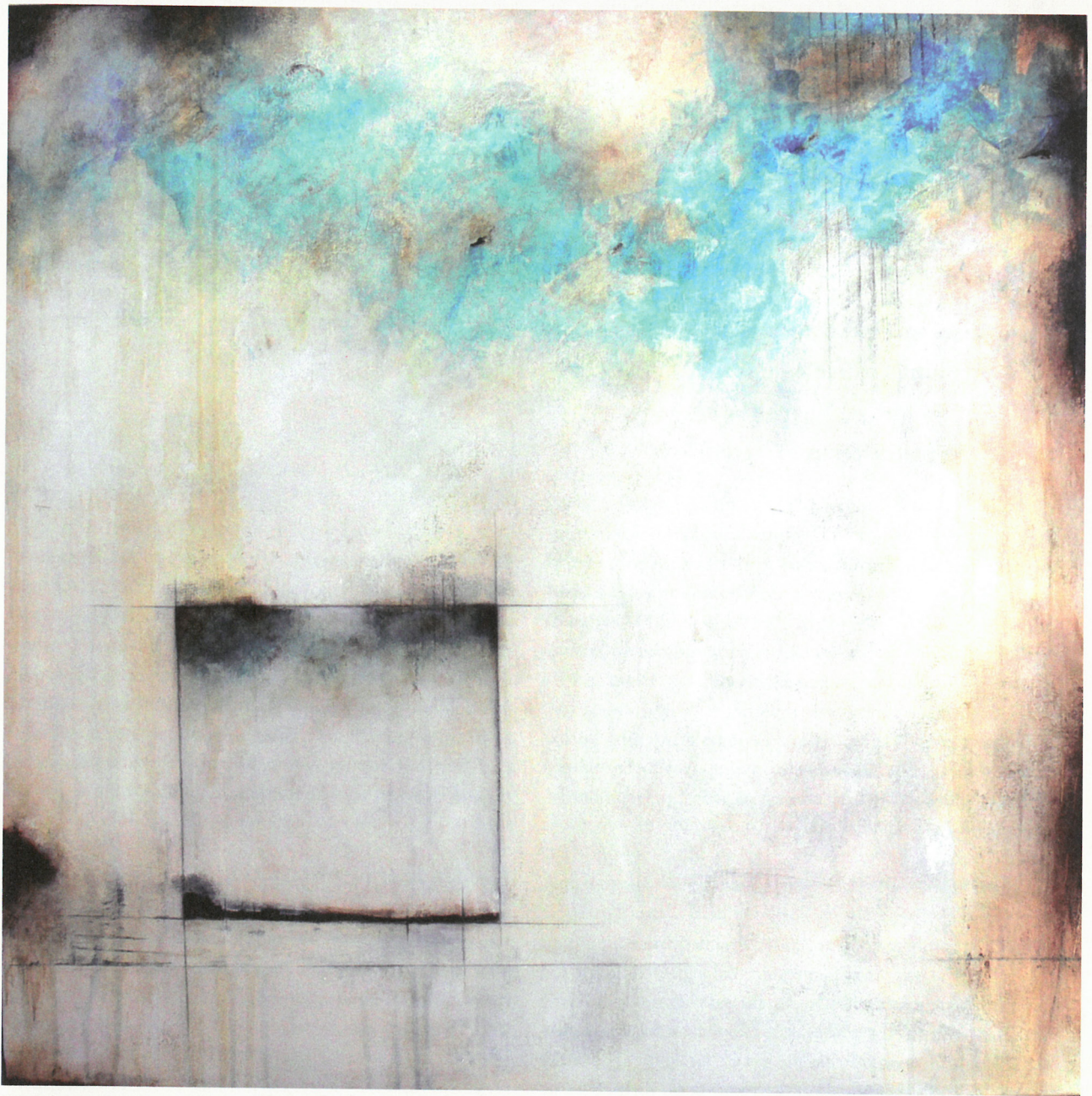
Forebyggende helsearbeid er en selvfølgelig del av konsultasjonene når pasienter kommer på time, men blir ikke prioritert høyt, og blir ofte behandlet summarisk og overfladisk.

SPØRSMÅL 4

Prioritering av øyeblikkelig hjelp og alvorlig syke pasienter er bevisst og skal holdes høyt i praksisen, men at de som fremfører krav tydeligst styrer hvem som får hjelp, viser at prioriteringene ofte ikke er velbegrunnet og bevisst.

SPØRSMÅL 5

Vi har diskutert prioritering og hvem vi er tilgjengelige for ganske detaljert. Spesielt tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp har vi klar en programerklæring om. Det er viktig å ha en klar politikk på det fra medarbeiderens mottak på telefon eller i luka, til behandling hos lege. Selv om vi ikke alltid klarer å ha ledige ØH-timer, skal legen aldri beskyttes mot forstyrrelser slik at pasientens sikkerhet kommer i fare.



PAISAJE EN UN PAISAJE (LANDSKAP INN I ET LANDSKAP)