Skråblikk fra et sykehusmottak

Jeg er sykehuslege og prøver å gjøre en god jobb, men må daglig forholde meg til et organisatorisk utføre. Jeg jobber i et system hvor ting gjøres på en ineffektiv og håpløs måte. Det medfører at jobben jeg gjør ofte blir middelmådig, og det tærer på motivasjon, humør og livsgnist.

Irritasjonen kan i starten føles på kroppen og gi seg utslag i både fysisk og psykisk ubehag. Men etter hvert kommer motløsheten sigende, og den krumme nakken man i begynnelsen hadde, mister sin krumming og føles i stedet knekt. Mange i helsevesenet knekker nakken før eller siden. Med relativt kort fartstid i bransjen innehar jeg fortsatt både irritasjon og krum nakke.

Helsevesenet kan beskrives som en gigantisk papirmølle under statlig formynderskap hvor utøverne tvinges til å følge maksimal motstands vei for fremme av fysisk, mentalt og sosialt velvære hos pasientene. Det er denne blautmyra jeg daglig trækker i. Den volder meg massiv irritasjon.

Akuttmottaket

Irritasjonen starter i akuttmottaket. Der tar jeg imot pasienter. Svært ofte, svært mange. Og ofte svært mange på én gang. Pasientene er stort sett greie å forholde seg til.

Før de treffer meg, har de allerede møtt et dusin andre aktører i helsevesenet. Pasientens historie formidles på siden av og parallelt med den fysiske forflyttingen av vedkommende gjennom alle disse leddene på turen inn til akuttmottaket. Det benyttes vesentlig muntlig fortellertradisjon, men innslag av mer tekniske kommunikasjonsformer som brev, langbølgeradio, morse og telefaks forekommer.

Når bakgrunnen for besøket er brakt på det rene og man har snakket med og undersøkt pasienten, er det dags for skogsarbeid. Nærmere to mål smågran fra områdene rundt papirfabrikken til Norske Skog på Skogn må forseres – i form av en formidabel mengde skjemaer.

Her finner man ambulansejournal, triage-skjema, kortjournal og henvisningsskriv. Man finner 1–2 gamle, ikke oppdaterte, totalt ulike medisinalister, gjerne inkludert fire faste doseringer med Cosylan hostesaft og en antibiotikakur fra 1997. Et eget skjema for sikker legemiddelinformasjon befinner seg i bunken. Tre skjemaer for legemiddeladministrasjon, væskeinfusjon og prøve- og rekvirering. Det tilkommer to meter EKG-utskrift, tre ark med navneetiketter og papir-

utskrift av blodgassen. Dersom pasienten har en munnvik som henger, dukker et eget skjema for hjerneslag opp. Er man riktig heldig, får man også benyttet noen av skjemaene for inklusjon i studier om både det ene, det andre og det tredje.

Det eneste skjemaet som mangler, er korrekt medisinaliste og selvangivelsen. Førstnevnte oppfattes som essensiell å få tak i, og man mobiliserer styrkene i akuttmottaket for å drive den frem. Koner, ektemenn og elskere til pasienten ringes. Sykehjem og kurbad telegraferes. Men ingen vet hvilke medisiner pasienten benytter – aller minst pasien-

«Jeg vil gratulere de ansvarlige for valget av tre ulike programmer under samme sykehus-tak og inviterer samtlige hjem til meg for å skifte en lypære»

ten selv. Man leter i statsarkivene, og Kripokobles inn. Etter mest mulig ineffektiv fremgangsmåte og maksimal motstands vei tikker noe etter hvert inn på telefaksen i hjørnet!

Når antatt korrekt medisinaliste omsider har dukket opp og feiringen i akuttmottaket har lagt seg, må denne føres med sirlig håndskrift over på sykehusets egen medisinalkurve. Siden man jobber med 5–6 pasienter samtidig og de fleste benytter 10–15 ulike medikamenter, er jeg glad for at vi har et så sikkert og pålitelig system som reduserer risikoen for feilføring til et minimumsnivå. Når hele skjema-bunken er forsert og ferdig utfyllt, skal all denne etablerte skjema-informasjon presses fra papir og inn i elektronisk pasientjournal (EPJ). Selvsagt finnes det mange forskjellige EPJ-programmer – alle utviklet av mer eller mindre kloke data-

hoder med gode intensjoner og håp om rask økonomisk gevinst.

Datateknisk ligger de fleste programmene i skjæringspunktet mellom operativsystemene på IBM 5150 og Tiki 100. Førstepremien i gammelmodig EPJ-utforming går til programmet BUPData, som benyttes i barne- og ungdomspsykiatrien. Dette er i realiteten en ribbet versjon av Word, men likevel komplisert på en slik måte at det finnes sertifiserte superbrukere i organisasjonen som reiser land og strand rundt og etter beste evne forteller ansatte hvordan dette skal anvendes. En god nummer to er programmet PAS fra 1987, som den dag i dag benyttes for å få «god» pasientflyt i sykehuset.

Ved mitt sykehus benytter vi det sagnom-suste programmet DocuLive. Under samme sykehus-tak, men selvfølgelig organisatoriske lysår unna selve sykehusdriften, er vi så heldige å ha en interkommunal sengepost og en legevakt hvor man benytter journal-programmene Gerica og WinMed. Pasientene under dette sykehus-taket har en sterk tendens til, avhengig av helsetilstand, å bevege seg på tvers av de tidligere nevnte organisatoriske berlinmurene innad i bygningen. Sånn må det selvfølgelig være. Men det er ingen måter å kommunisere denne pasientflyten på tvers av de respektive EPJ-programmene. Jeg vil gratulere de ansvarlige for valget av tre ulike programmer under samme sykehus-tak og inviterer samtlige hjem til meg for å skifte en lypære.

På avdelingen

Etter anamneseopptak, undersøkelse, blodprøver, litt røntgenstråling, utfylling av 16 skjemaer, funn av nålen i den berømte medisinalistehøystakken og til slutt å ha banket all informasjon inn i EPJ-malen har jeg etter hvert dannet meg et bilde av hva som feiler pasienten og hva som er veien videre. Pasienten er klar for å trilles ut fra mottaket og opp på avdelingen: amerikareisen! Muntlig beskjed fra meg gis til sykepleier i mottaket. Muntlig overbringes beskjeden til sykepleier på post, som snart skal hjem fra vakt og som raskt bringer den til påtroppende sykepleier.

Vanntett system for god og riktig informasjonsflyt også her.

Etter noen få dager og etter at seks ulike leger, 12 ulike sykepleiere, to fysioterapeuter, en ergoterapeut, en logoped, to vaskere, en radiolog og en radiograf har vært i befattning med pasienten og en sykehusprest har messet og gitt intravenøst vievann, kvikner vedkommende noe til. På grunn av plassmangel, lav bemanning og sykehusledelsens ønske om kort liggetid anses pasienten som ferdigbehandlet og hjemreiseklar. Under oppholdet har vi startet opp med noen medisiner. Noen medisiner har vi avsluttet. Noen skal benyttes som før. Pasienten informeres om dette muntlig og i form av en skriftlig pasientorientering. I tillegg er det angitt matematiske likninger på de medsendte reseptene som skal angi ønsket daglig inntak av de ulike preparatene. Alle pasienter skjønner selvsagt intuitivt disse likningene. Pasienten justerer høreapparatet sitt litt og nikker bekreftende til at han har forstått samtlige beskjeder og sier at det skal nok gå bra å ta disse 18 ulike medisinene riktig.

Illustrasjon © Espen Friberg/Yokoland

Hjemme

Da det norske folk ikke synes å være i stand til å ta rutegående transport, bestilles selvfølgelig taxi for hjemreisen. Den kjører innom apoteket for å løse inn reseptene i hard pillevaluta og påfølgende hard mage. Farmasøyten tilbyr på forvirrende, men lovpålagt vis de billige synonympreparatene. Vel hjemme står pasienten neste morgen ved kjøkkenbenken og skal ta tablettmåltidet. Han blir usikker og blek om nebbet. Alle preparatnavnene på pasientorienteringen er forskjellig fra dem han fikk med fra apoteket! Pasienten klør seg i hodet og spør seg selv om han skal ta SeloZok 100 mg $\times \frac{1}{2}$, som han har liggende i skapet fra før, SeloZok 50 mg $\times 1$, som det står i pasientorienteringen og på resepten, metoprolol depot 50 mg, som han fikk med fra apoteket, eller metoprolol tablett 50 mg, som han har i en gammel eske fastlegevikaren fra i fjor ga ham. Ingen? En? To? Tre? Alle? Pasienten går for alle fire og legges inn på nytt på grunn av økende svimmelhet under årsmøtet i den lokale skotthyllforeningen påfølgende dag.

Reinnleggelsen kunne nok vært unngått ved å gi pasienten noen ekstra dager på sykehuset å komme seg på. Kanskje kunne man hatt tid til å vurdere indikasjonen for alle de 18 medisinene, kanskje involvert kommunehelsetjenesten eller snakket med pårørende. Men da jobben som gjøres vurderes ut fra liggetid og rask dokumentasjon av oppholdet, tar man helst gamlemor på

86 år på hel volley og sparker henne hjem til godstolen fortest mulig. Hun ble liggende inne i bare to dager denne gangen og epikrisen ble etter ønske fra ledelsen prioritert fremfor andre syke pasienter og ferdigstilt utreisedagen. Derfor vil statistikken for all ettertid fremstå som rask og effektiv sykehusdrift og god behandling.

Takk for en god jobb?

Norske sykehus driftes for tiden etter markedsøkonomiske prinsipper. Det er viktigere at sykehuskantinen har økende overskudd enn at pasientene blir behandlet. Sykehusdrift er ikke noen gullgrube for staten uansett, og sykehus kan ikke driftes som Rema 1000 og Dressmann. Men pasienters lidelse og lyte skal etter oppholdet prissettes. Til hjelp benyttes et intrikat kode- og prissystem: diagnoserelaterte grupper og innsatsstyrt finansiering. Som en frisør som tar ulik betaling for vanlig klipp og permanent og en baker tar 10 kroner mer for en ankerstokk enn et vanlig kneippbrød, slik skal alle pasienters tilstander vurderes og veies opp mot hverandre, kodes på en faktura og sendes staten for betaling. Ekstra service under oppholdet, som ultralydundersøkelse av hjertet og en pose blod, koster ekstra. Fløte i kaffen til frokost kan sikkert også kodes.

De færreste som er ansatt i helsevesenet vet hvordan dette kode- og finansieringssystemet skal brukes korrekt og hvordan det egentlig fungerer. Og ingen har egentlig tid

til å bruke det korrekt. Likevel er det tallmaterialet fra denne kodebruken som ligger til grunn når politikerne sitter med sykehusledelsen rundt bordet ved budsjettforhandlingene.

Man ønsker stadig mer effektiv drift, raskere behandling, kortere sykehusopphold, færre ansatte, mindre bemanning og lengre vakter i helsevesenet. Sykehusene må tjene mer. Men det finnes ingen incentiver for at de ansatte skal ønske å bidra til dette. Ingen gulrøtter. Gjør man en god jobb i helsevesenet og prøver å ta unna pasienter og papirarbeid raskt og effektivt og slenger på litt omsorg og god pleie på veien, er det eneste man får mer jobb og redusert budsjett til neste år – ingen premiering for godt utført jobb. Derfor gjør de fleste jobben akkurat godt nok og med en viss treghet, og mange pakker snippesken og stikker av til det private. Sistnevnte flukt setter jo den sittende regjeringen sikkert pris på.

Det er mye mer som irriterer meg. Men jeg stopper her og tar meg en Somac.

Eivind Lilleås

eivind.lilleas@hotmail.com

Eivind Lilleås (f. 1984) er lege i spesialisering ved Orkdal sjukehus.

Mottatt 21.11. 2014 og godkjent 15.12. 2014.
Redaktør: Erlend Hem.