

Pasientservice?

De behandler meg som om jeg er en idiot. De er nedlatende. De yter utrolig dårlig service. Dersom jeg hadde oppført meg på samme vis der jeg jobber, hadde jeg fått beskjed om å finne meg en annen jobb.

Jeg snakker om de ansatte på det lokale legekantoret. Nå holder jeg fastlegen utenfor, for han gjør en glitrende jobb.

For tiden må jeg innom legekantoret for en ukentlig blodprøve. Laben er åpen 8–1130 og 13–14. Altså midt i arbeidstiden. Selvfølgelig må man regne med noe ventetid. Og hvis noen av legene har pasienter de vil yte litt ekstra for, godsnakker de med damene på laben og plutselig havner man litt lenger bak i køen fordi en annen kom først. Det kan skje opptil flere ganger i løpet av den tiden man sitter og venter. Klokkeren tikker og jeg skulle vært på jobb. Det er ikke tatt høyde for at enkelte av pasientene som kommer innom, faktisk er friske og i 100 % jobb, men likevel må finne tid til å vente gjennomsnittlig 45 minutter på legekantoret for å få tatt en blodprøve. I tillegg kommer reisetiden til og fra jobb. Det blir timer av slikt. Jeg har kommet frem til at en ukentlig blodprøve egentlig ikke er forenlig med å være i 100 % arbeid. Jeg burde være delvis sykemeldt for at kabalen skal gå opp. For den går ikke opp. Jeg får minustimer så det suser.

Det hadde likevel vært lettere å akseptere

dette hvis man hadde følt seg velkommen og de som jobber der oppfører seg hyggelig. Men det hører til sjeldenheten at man blir møtt med et smil. Mistenksomheten har grodd fast i veggene.

En dag nylig da jeg var innom, måtte jeg vente en time. Ettersom jeg en tid hadde følt meg i dårlig form og i tillegg er immun-supprimert, spurte jeg om de kunne gjøre analyse av CRP med det samme. «Er du nedsyltet av forkjølelse kanskje? Har du feber? Har du vært hos legen? For det er han som skal gi beskjed om det. Vi sender blodprøvene til Fürst og CRP-en blir også analysert der.» Her blir det faktisk forventet at jeg skal ringe og få en øyeblikkelig hjelp-time for at jeg skal få analysert en CRP som likevel skal tas, men sendes et annet sted. Ventetiden på telefonen er selvfølgelig omtrent den samme som å vente på blodprøvetaking. Og i tillegg skal jeg bruke en legetime. For ingen andre enn legen kan bestemme at det er behov for et CRP-svar med det samme. Jeg har erfaring med symptomene og vet at en infeksjon mest sannsynlig har satt seg fast og også kan krype ned i lungene hvis ikke behandlingen settes raskt i gang. Men overkjøringen er så total at resignasjonen kommer sigende.

En gang kom jeg kl 1415 og fikk så ørene flagret fordi jeg kom utenfor åpningstiden til laben. Utenfor den angitte tiden tas det

nemlig kun øyeblikkelig hjelp-prøver! Til mitt forsvar forsøkte jeg spakt å si at jeg trodde laben var åpen til 1430, men ordene falt i gulvet og det var ingen som plukket dem opp. To forskjellige personer ga meg en lapp med åpningstidene til laben og ba meg om å se på den før jeg kom neste gang.

En annen gang var jeg der kl 1350. Ventetiden var 50 minutter. Da fikk jeg beskjed om at jeg må komme så tidlig at prøven blir tatt før 1330 slik at det ikke blir problematisk med transporten til Fürst. Så de to lappene jeg tidligere fikk trykt i hånden var egentlig bare søppel de, da?

Jeg kunne tenke meg å ta det opp med dem. Men det er ingenting som heter pasientservice (les kundeservice) der. Det er ingen personer som utpeker seg som naturlig mottaker av min klage. Så nå tar jeg klagen min til dere alle. Hvis du som leser dette tror det kan være et snev av sannhet i dette også der du arbeider, kan du si dette til dem som jobber på kontoret og til prøvetakerne: Jeg er ikke fornøyd med servicen jeg får! Dere leverer ikke det jeg forventer av dere!

NN

Mottatt 29.4. 2011 og godkjent 14.6. 2011.
Medisinsk redaktør Erlend Hem.

Kommentar

Vi kan bli bedre!

To utfordringer er godt illustrert i ovenstående pasienthistorie. Den ene gjelder organiseringen av helsetjenester: Er pasientenes behov for effektivitet godt nok ivarettatt? Den andre handler om synet på helsetjenestens plass i et moderne samfunn: Bør pasienter forstås som kunder? Og ikke minst: Henger de to spørsmålene sammen?

La oss ta den første utfordringen først. Helsetjenesten er ofte innrettet slik at helsepersonell skal kunne jobbe effektivt. Kunne vi vært enda mer effektive hvis vi ivaretok brukerperspektivet samtidig? Trenger det å være et enten – eller? Slik pasienthistorien er fortalt her, burde det være mulig å avtale blodprøvetaking til fast tid, og pasienten

burde komme til som avtalt – prioritert foran andre, «tilfeldige» pasienter i køen. Hun bør prioriteres fordi hun har en kronisk sykdom som gir hyppig behov for kontakt med helsevesenet. Et tilleggsponn (men omdiskutert i prioriteringsdebatter) er at hun skal ivareta jobben sin. Et fastlegekontor har ikke mange pasienter som trenger ukentlig assistanse, så dette utgjør ingen stor logistisk utfordring. Det ville redusere irritasjon både hos pasient og de som skal ta blodprøvene. Prioritering av dette slaget er en fastlegeoppgave og et ledelsesansvar.

Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) utviklet for ca. ti år siden «7 teser

for allmennmedisin» (1). En tese oppsummerer fastlegenes viktigste oppgave med få ord: «Gi mest til dem som har størst behov.» Dette krever vilje og evne til å prioritere. Bortsett fra ved tilstander som krever øyeblikkelig hjelp, er det liten tradisjon for aktiv prioritering i norsk allmennmedisin, på tross av at fastlegenes listansvar gir både ansvar og muligheter for det. Å prioritere de svakest pasientene og de som trenger mest hjelp betyr ikke å si nei til alle de andre. De må bare akseptere å komme lenger bak i køen.

Sykehusenes avdelinger og poliklinikker er større og mer komplekse enheter og har naturlig nok enda større problemer med pub-

likumsvennlighet. Per Fugelli beskriver dette treffende i sin bok om møtet med sykehuset når han blir diagnostisert med kreft og plutselig blir en av «dem med størst behov» (2). Organiseringen av helsetjenesten kommer ofte i konflikt med målet om å gi pasienten trygg og effektiv behandling. Svaret er ikke alltid enkelt, men vi kan komme langt ved å tenke mer på pasientenes perspektiv når vi utformer tjenestene våre.

Henger en pasienttilpasset organisering sammen med et kundeperspektiv på helsetjenesten? Jeg tror det er svært viktig å holde disse to tankene fra hverandre. Ved bruk av kundeperspektivet antar man at pasienten vet hva hun trenger og at hun har krav på å få det dersom hun betaler for det. Flere premisser mangler for å gjøre kundeperspektivet relevant i helsetjenesten (3). I Norge er det fellesskapet, ikke den enkelte, som betaler de største kostnadene ved diagnostikk og behandling. Den moderne legerollen fordrer imidlertid at både lege og pasient utdyper grunner for sine standpunkter og respekterer den andres syn – selv når man ikke blir enig. Pasientrettighetene er blitt tydeliggjort gjennom lovverk de siste årene, men den medisinske kompetansen og ansvaret for avgjørelser ligger hos legen. Utstrakt bruk av kundeperspektivet i planlegging av helsetjenestene vil gi pasientene et dårligere tilbud.

Guri Rørtveit

guri.rortveit@isf.uib.no

Allmenntilleggsforskningssenteret i Bergen
 Uni helse
 Uni Research
 og
 Forskningsgruppe for allmenntilleggsmedisin
 Institutt for samfunnsmedisinske fag
 Universitetet i Bergen

Guri Rørtveit (f. 1965) er spesialist i allmenntilleggsmedisin. Hun er forskningsleder ved Allmenntilleggsmedisinsk forskningssenter og professor i allmenntilleggsmedisin ved Universitetet i Bergen.

Litteratur

1. Fastlegen.no. 7 teser fra allmenntilleggsmedisin. www.fastlegen.no/hva-er-fastlegeordningen/hva-er-en-fastlege/allmenntilleggsmedisin-fastlegens-fag/7+teser+for+allmenntilleggsmedisin.156.cms (18.7. 2011).
2. Fugelli P. Døden, skal vi danse? Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
3. Lian OS. Pasienten som kunde. I: Tjora A, red. Den moderne pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008: 34–56.

Mottatt 19.7. 2011 og godkjent 8.8. 2011. Medisinsk redaktør Erlend Hem.

Ventesorg

Betegnelsen beskriver sorgen man er tynget av når et dødsfall er «ventet». Det er et nyord i norsk.

Organisasjonen Ja til lindrende enhet og omsorg for barn ble stiftet og grunnlagt i november 2009 (1). Vi ønsker å sette søkelys på palliativ behandling og omsorg for barn med livstruende og livsbegrensede diagnoser og deres familier.

Som organisasjon har vi tatt i bruk ordet «ventesorg». Det ble til i en prosess over mange år. Vi visste ikke at det allerede var definert på engelsk. Da vi snakket med vår partnere i The International Children's Palliative Care Network (ICPCN) og Children's Hospice International (CHI) om sorgprosesser, brukte vi ordet «waiting grief». Etter hvert oppsto det norske ordet ventesorg. Vi kontaktet Språkrådet i april 2010 da vi ikke kunne finne det i ordbøkene, og fikk vite at det kunne anses som et nyord i norsk.

Ventesorg er en oversettelse av det engelske «anticipatory grief», som har eksistert i lang tid. Et søk i Medline gir 85 treff på nøkkelordet «anticipatory grief» (keyword) (17.6. 2011). I dette søket er den eldste artikkelen fra *British Journal of Psychiatry* fra 1973 (2). Her står det at opphavsmannen var den tysk-amerikanske psykiateren Erich Lindemann (1900–74), som beskrev fenomenet i en klassisk artikkel i 1944 (3).

Sorg og ventesorg

Sorg er den normale prosessen man går igjennom etter å ha opplevd et tap.

Tilsvarende er ventesorg en normal sorg som oppstår når en pasient eller en pårørende venter på et dødsfall. Det kan gjelde ved mange tilstander, bl.a. demens. Ventesorg kan omfatte mange av de samme prosessene og symptomene som man opplever etter et dødsfall. Den inneholder de samme følelsene og de samme kulturelle og sosiale reaksjonene (4).

Ventesorg er en normal reaksjon, men livet er langt fra normalt når man går gjennom prosessen. Man vet at en kjær skal dø, men akkurat når det vil skje, vet man ikke. Spenningen er utholdelig. Hvis man føler seg dårlig når den kjære er her, hvordan vil man da ha det når vedkommende er borte? En sorg man opplever før døden inntreffer, gjør ikke nød-

vendigvis at sorgen etter dødsfallet varer kortere. For noen kan den vare i mange år.

Ventesorg kan romme mange aspekter. Å akseptere døden mens den døende fortsatt er i live kan gi den sørgende følelsen av at den døende er blitt forlatt. Ventet død kan også føre til at tilknytningen til den døende kan bli sterkere. Selv om ventesorg kan hjelpe familien, kan den døende oppleve sorgen som en stor belastning. Det kan få vedkommende til å trekke seg tilbake. Ventesorg kan gi familie og venner mer tid til å venne seg til realiteten av et tap som kommer.

Å kjenne til denne typen sorg og sette et ord på den vil kunne hjelpe familie, pårørende, helsepersonell, prester og andre involverte i møtet med dem som bærer på ventesorg.

Natasha Pedersen

np@palliativbarn.no

Ja til lindrende enhet og omsorg for barn

Natasha Pedersen (f. 1972) er teolog og helsefagarbeider. Hun er grunnlegger og leder for Ja til lindrende enhet og omsorg for barn og Member of the advocacy committee for ICPCN/International Children's Palliative Care Network.

Litteratur

1. Ja til lindrende enhet og omsorg for barn. www.palliativbarn.no (17.6.2011).
2. Clayton PJ, Halikas JA, Maurice WL et al. Anticipatory grief and widowhood. *Br J Psychiatry* 1973; 122: 47–51.
3. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 1944; 111: 141–8.
4. Anticipatory grief. National Cancer Institute. www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/bereavement/Patient/page5 (17.6.2011).

Mottatt 10.5. 2010, første revisjon innsendt 21.6. 2011, godkjent 21.6. 2011. Medisinsk redaktør Raida Ødegaard.