

Oppgaveglidning

– fra fornuftig praksis til helsepolitisk virkemiddel?

■ JOHAN TORGERSEN

Leder i Yngre legers forening (Ylf) og sentralstyremedlem i Legeforeningen

Om oppgavedeling er et kjært barn eller ikke er det mange meninger om, men uansett så har i hvert fall fenomenet mange navn.

Oppgavedeling, jobbglidning, oppgaveglidning, task-shifting, oppgavedropping og oppgavefordeling er alle begreper som er blitt brukt og brukes for å betegne at oppgaver i helsetjenesten skifter hender.

Uavhengig av begreper; i helsetjenesten i dag omfordes oppgaver på ulike måter og av ulik årsak. Oppgaver skifter mellom helseprofesjoner (for eksempel fra lege til sykepleier, innad i en profesjon (for eksempel fra karkirurger til intervensjonsradiologer) og mellom nivåer i helsetjenesten (for eksempel fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten). Oppgaveglidning skjer både uplanlagt og planlagt. Den ikke planlagte oppgaveglidningen er vi vant med, den har eksistert i helsetjenesten så lenge det har eksistert helseprofesjoner og handler om at noen oppgaver gradvis overlates til andre yrkesgrupper. Dette

kan gjelde vanlige og godt innarbeidede prosedyrer som innlegging av venflon eller urinveiskateterisering. Oppgaver som leger i stor grad gjorde før, men som nå i stor grad er overtatt av sykepleiere i sykehuse- ne. Slik oppgaveglidning kan sees på som en del av den medisinske utviklingen hvor metoder og prosedyrer ofte utvikles og tas i bruk av leger for så å overlates til andre yrkesgrupper nå metoden er veletablert.

VERDENS HELSEORGANISASJON (WHO)

har over flere år aktivt brukt oppgaveglidning som et virkemiddel for å sikre et minimum av helsetjenester i områder uten utdannet helsepersonell. I utviklingsland har helsepersonell lært opp noen i lokalbefolkningen til å kunne gi enkle helsetjenester som for eksempel vaksiner, veiing og oppfølging av vektutvikling hos barn og enkel helseopplysning. Aktiv bruk av oppgaveglidning handler om ressursforvaltning. Slik planlagt og styrt oppgaveglidning er etter mitt syn noe annet enn den ikke-planlagte oppgaveglidningen. I disse tilfellene handler det i større grad om at helse-

myndigheter eller sykehusledere ønsker å løse utfordringer de står overfor i helsetjenesten.

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET (HOD)

jobber nå konkret med hvordan oppgaveglidning kan redusere ventetider og forbedre kreftforløpene. Kapasitetsmangel innen radiologi og patologi er isolert som to hovedproblemer. Istedenfor å utdanne flere radiologer eller patologer, ønsker HOD nå at andre yrkesgrupper skal overta oppgaver fra de to medisinske spesialitetene. Beskrivende radiografer skal kunne beskrive røntgenbilder, mens biogeniører med spesiell opplæring skal kunne gjøre patologarbeid. HOD velger altså å bruke oppgaveglidning som et aktivt virkemiddel for å avhjelpe en for lav kapasitet i deler av helsetjenesten.

I forbindelse med dette arbeidet har både Kunnskapscenteret og Helsedirektoratet bidradd. Kunnskapscenteret har gitt ut en rapport om det eksisterende kunnskapsgrunnlaget for oppgaveglidning (1). Få undersøkelser er gjort og det er ikke påvist store

Legevurdering på nett

– hva skal vi tro?

■ Utposten / Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

De fleste kommentarene som leger og annet helsepersonell får på internett er positive, men online-vurderinger gir ikke nødvendigvis et riktig bilde av kvaliteten på deres tjenester.

Legevurdering på nett bør derfor suppleres med resultater fra systematiske brukerundersøkelser og andre kvalitetsmålinger, konkluderer Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i rapporten *Online-vurderinger – sammenheng med systematiske brukerundersøkelser og kliniske målinger?* (1).

Leger og annet helsepersonell som blir

vurdert på internett, får først og fremst positive kommentarer. Slik er det i utlandet, og slik er det på Legelisten.no – den mest kjente nettsiden for online-vurdering i Norge, fremgår det av rapporten, som omhandler vitenskapelige studier om sammenhengen mellom online-vurderinger og systematiske kvalitetsmålinger – inkludert systema-

tiske brukererfaringsundersøkelser og kliniske indikatorer. Formålet har vært å bidra til forskningsbasert kunnskap i debatten om nytten av online-vurderinger, som grunnlag for diskusjoner om, og i så fall hvordan, slike nettsteder kan bidra til økt brukerorientering av norsk helsetjeneste.

– Vi håper denne studien kan bidra til at også forskningsbasert kunnskap blir en del av debatten om nytten av online-vurderinger. Studien kan gi grunnlag for diskusjoner om, og i så fall hvordan, slike nettsteder kan bidra til at norsk helsetjeneste blir mer brukerorientert, uttaler forsker Kirsten Danielsen i Kunnskapscenteret (2).

Bør suppleres med brukerundersøkelser

De siste årene har det dukket opp nettsider der pasienter kan vurdere ulike helsetjenester (online-vurderinger). Slike vurderinger har ikke samme forskningsmessige basis som systematiske brukererfaringsundersø-

forskjeller når en sammenligner resultatet etter overføring av oppgaver fra leger til sykepleiere. Noen av studiene påviser noe økt pasienttilfredshet etter møter med sykepleiere enn med leger, mens andre studier viser noe økte kostnader. Kunnskapssenteret sier selv at det er store kunnskapshull knyttet til disse problemstillingene.

HELSEDIREKTORATET har i sin rapport (2) innhentet opplysninger om hvordan oppgaveglidning brukes ute i helsetjenesten i dag. Basert på tilbakemeldingene fra sykehusledere som selv har gjennomført planlagt oppgaveglidning, konkluderer Helsedirektoratet med at oppgaveglidning er et nyttig og godt virkemiddel for å løse kapasitetsutfordringer. Videre beskrives problemstillinger hvor oppgaveglidning foreslås som en mulig løsning. Og ikke minst; Helsedirektoratet drøfter begrepsbruken. For det første ønsker de å bruke begrepet oppgavedeling. I dette begrepet legger Helsedirektoratet en formell, permanent overføring av kompetanseområder eller oppgaver fra en personellgruppe til en annen. I drøftingen knyttes effektivisering av tjenestetilbudet sterkt til motivasjonen og bruken av oppgavedeling, samtidig som oppgavedeling mellom tjenestenivåene pekes på som viktig arena.

Vi ser nå at oppgavedeling er i ferd med å bli etablert som et helsepolitisk verktøy og som en av helsemyndighetenes styringsmekanismer. Når en beveger seg fra en passiv oppgaveglidning, som kan sees på som en naturlig del av den medisinske utviklingen, til oppgavedeling som et redskap helsemyndighetene benytter seg av for å håndtere manglende ressurser, må vi som fagfolk

passé på. Legeforeningen har utformet et policydokument om oppgaveglidning (3). I dette dokumentet slår vi fast at det overordnede ansvaret for diagnostikk og behandling ligger hos legen. Oppgaveglidning må være medisinsk begrunnet og ikke redusere kvaliteten på helsetjenesten. Før oppgaver omfordres må dette forankres i fagmiljøene, både de som tradisjonelt har løst oppgaven og de som mottar oppgaven. Og ikke minst; en må sikre seg at det kan gjøres forsvarlig og at alle yrkesgruppene som skal utføre oppgaven sikres god opplæring.

NEGATIV OPPGAVEDELING betegner det fenomenet at en yrkesgruppe må gjøre mer og mer av arbeid som ikke er blant kjerneoppgavene. Leger opplever at de må gjøre mer merkantilt arbeid og får stadig mindre støtte i sin funksjon. I sykehusene ser vi resultatet av dette. Nå bruker legene i snitt drøye 40 prosent av arbeidstiden sin sammen med pasienten. Andelen er synkende. Legeforeningen stiller som et krav at slik negativ oppgaveglidning må reverseres. Det blir absurd at leger gjør mer og mer merkantilt arbeid, mens andre yrkesgrupper skal overta kjerneoppgaver fra oss. Dette er kommunisert tydelig overfor HOD og Helsedirektoratet, og Legeforeningen har stor støtte blant de andre helseprofesjonene på dette punktet.

PRIMÆRHELSETJENESTEN har allerede blitt utsatt for det største oppgavedelingsprosjektet i Norge så langt: Samhandlingsreformen. Helsemyndighetene ønsker at det som kan gjøres i kommunen, skal gjøres i kommunen. Det er tatt overordnede organisatoriske og lovmessige grep for å

gjennomføre dette. Samtidig er det ikke gitt de rammebetingelsene som er nødvendige lokalt. Det er anslått at det trengs 2500 nye fastleger over de neste fem årene for å kunne innfri intensjonen med samhandlingsreformen. Dette var det ikke spor av i Statsbudsjettet for 2014. Fastleger opplever i økende grad at oppgaver overlates til dem uten at de er tatt med på råd, også betegnet som oppgavedropping. Gjennomføringen av samhandlingsreformen dokumenterer etter mitt syn det åpenbare behovet for å forankre oppgavedelingen i de delene av tjenesten som blir berørt.

I arbeidet med oppgavedeling fremholder myndighetene at helsepersonelloven er profesjonsnøytral. Ingen grupper eier en oppgave, men de som har kompetansen skal kunne gjøre den. Men selv om helsepersonelloven er profesjonsnøytral så er ikke helsetjenesten det. De ulike profesjonene har med seg ulike kulturer, verdier og måter å bruke kompetanse på inn i helsetjenesten. Det er en verdi i seg selv! En utvikling hvor profesjongrensene viskes ut og vi alle blir en av mange i helsepersonellmengden, vil kunne medføre at helsetjenesten mister mangfold og ulike innfallsvinkler til pasienten. Det er ikke pasientene våre tjent med.

JOHAN.TORGERSEN@LEGEFORENINGEN.NO

REFERANSER

1. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekter-av-oppgavedeling-for-noen-utvalgte-helsetjenester-i-sykehus>
2. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten/Publikasjoner/Rapport%20OPPGAVEDELING%20leveranse%20151113.pdf>
3. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/policynotater/Polycynotater-2013/Oppgaveglidning-52013/>

kelser. De har derfor blitt kritisert – blant annet for om de er representative, og om de gir urimelige negative vurderinger av legene.

Forskerne gjennomførte et litteratursøk, som resulterte i 748 unike referanser, der tre svarte til inklusjonskriteriene. To av artiklene brukte data fra sykehus, én data om allmennleger. Oppsummert viser de tre studiene at det var en sammenheng mellom online-vurderinger og systematiske brukererfaringsundersøkelser, men denne sammenhengen var svak til moderat. Forskerne konkluderer med at online-vurderinger bør suppleres med resultater fra systematiske brukerundersøkelser og andre kvalitetsmålinger.

– På denne måten kan man få et mest mulig riktig bilde av kvaliteten på for eksempel legepraksis, sier Danielsen og viser til blant annet den britiske nettsiden NHS Choices (3): – Det har vært en stor vekst av slike nettsider internasjonalt. Det er derfor grunn til å forvente flere slike sider også i Norge.

Flest positive vurderinger

Ifølge de tre studiene er de fleste online-vurderingene positive. Det samsvarer med analyser av Legelisten.no: Av de 473 fastlegene i Oslo som hadde fått online-vurderinger på Legelisten.no per 7. november 2013, trakk forskerne et tilfeldig utvalg på 47 fastleger (10 prosent). Antall vurderinger per lege varierte fra én til 26.

Rundt halvparten av legene fikk en samlet vurdering på 4,5 eller 5, på en skala fra 1 til 5, der 5 er best. Et mindretall (17 prosent) hadde en samleskår på 3 eller mindre. Tre hadde en samleskår på 2,5, fem en samleskår på 3. Det var store forskjeller i kvalitative kommentarer mellom de fastlegene som skåret høyest og lavest.

Sammenlignet norske fastlegevurderinger

Kunnskapssenteret sammenliknet resultatene fra Legelisten.no med upubliserte data fra en liten pilotundersøkelse – utført blant

fem fastleger – som ledd i arbeidet med å utvikle og validere et innsamlingsopplegg for å måle pasienterfaringer med fastleger. Det viste seg at tre av fem fastleger hadde høyere skår på Legelisten.no enn i Kunnskapssenterets måling, mens differansen mellom beste og dårligste lege var langt større på Legelisten.no enn i Kunnskapssenterets måling (1,5 versus 0,4). De to kildene rangerte fastlegene noe ulikt. Størst avvik var det for en av fastlegene som fikk tredje beste skår ut ifra Legelisten.no, og femte beste skår, ifølge Kunnskapssenterets måling.

REFERANSER

1. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/online-vurderinger-sammenheng-med-systematiske-brukerundersokelser-og-kliniske-malinger> (15.1.2014).
2. <http://www.kunnskapssenteret.no/forsiden/de-fleste-kommentarene-er-positive> (15.1.2014).
3. <http://www.nhs.uk/Service-Search/GP/Location-Search/4> (15.1.2014).