

Fastlegers prosedyrekom – en dårlig utnyttet ressurs?

■ ØYVIND VESTERFJELL • Fastlege, Heimdal Medisinske Senter, Trondheim

Vil økt oppmerksomhet rundt kompetanse i praktiske prosedyrer hos allmennpraktikere kunne bidra til å løse utfordringer i fremtidens helse-tjeneste? I denne artikkelen vil jeg se på allmennpraktikers forutsetninger for å gjøre praktiske prosedyrer i sin kliniske hverdag, og diskutere nytten av å utføre flere prosedyrer i primærhelsetjenesten.

Praktiske prosedyrer er i varierende grad en del av allmennlegenes arbeidshverdag. Det er antakelig en del variasjon mellom allmennpraktikere når det gjelder erfaring og interesse for å utføre prosedyrer. Det er også stor variasjon mellom ulike fastlegelister med tanke på geografiske og demografiske forhold, mulighet for enkel henvisning, osv.

Praktiske prosedyrer: kan, bør eller skal?

Med praktiske prosedyrer mener jeg kliniske undersøkelser og behandling som innebærer praktiske håndgrep og utstyr. Eksempler er småkirurgi, leddpunksjon, rektoskopi og ultralydundersøkelser. Mange allmennpraktikere synes slike prosedyrer er en givende del av den kliniske hverdagen, men variasjon i faglige og organisatoriske forhold gir ulike forutsetninger for å gjøre denne type oppgaver. Det er samtidig uklart definert hvilke prosedyrer som kan, bør eller skal gjøres av fastleger.

To viktige faktorer som styrer hvilke prosedyrer allmennpraktikere utfører er spesialistutdanningen i allmennmedisin – i denne sammenheng representert ved Legeforeningens skjema «Praktiske ferdigheter i allmennmedisin» (ferdighetslisten) og «Normaltariff for fastleger og legevakt» (normaltariffen).

For å bli spesialist i allmennmedisin kreves dokumentasjon for at man har gjennomført minimum 30 av 54 praktiske ferdigheter på ferdighetslisten. De 54 praktiske ferdighetene er en blanding av kliniske undersøkelser (rene håndgrep som for eksempel ryggundersøkelse og rektaleksplorasjon), administrative prosedyrer (for eks-

empel «prosedyre ved tvangsinnleggelse i psykisk helsevern») og et utvalg praktiske prosedyrer med bruk av utstyr (for eksempel rektoskopi, kilereseksjon av inngrodd negl og leddpunksjon). Steinar Huns-kårs lærebok *Allmennmedisin* og Legeforeningens hefte *Hva, hvordan og med hvem? Praktiske ferdigheter i allmennmedisin* beskriver gjennomføringen av disse prosedyrene. Praktisk opplæring i prosedyrene er pr. dags dato ikke formalisert på annen måte enn det som er beskrevet i ferdighetslisten. Jeg vil ikke komme nærmere inn på utfordringer knyttet til å fylle disse kravene på en god måte, men flere av disse utfordringene er beskrevet i et referat fra fagutvalgsmøte i Allmennlegeforeningen 6. juni 2006 (1).

Normaltariffen er en viktig del av fastlegenes finansieringsordning og består av takster som kan kreves for de ulike delene av virksomheten. Normaltariffen nevner en rekke praktiske prosedyrer som det kan kreves takster for. Flertallet av disse prosedyrene nevnes ikke i ferdighetslisten, og mange av prosedyrene er mer avanserte enn de i ferdighetslisten – for eksempel tapping av pleuravæske og ascites, spinalpunksjon, synovektomi og ultralyd. Grunnutdanningen i medisin og turnustjenesten er antakelig også viktig med tanke på de fremtidige fastlegenes kompetanse i praktiske prosedyrer. Det har vært gjort flere norske undersøkelser seneste år som kartlegger opplæringen i praktiske prosedyrer i medisinstudiet og turnustjenesten (2). Den ferskeste undersøkelsen er «Nasjonal evaluering av turnustjeneste for leger 2015» (3). Her kommer det som forventet frem at det er variasjoner med tanke på hva som gjøres, hvor ofte det gjøres og hvem som gjør det.

Liker vi å gjøre praktiske prosedyrer?

For mange allmennpraktikere gir praktiske prosedyrer en kjærkommen variasjon i arbeidshverdagen. Praktiske prosedyrer kan ofte avklare problemstillinger som ellers ville medført usikkerhet og plager for pasienten i påvente av undersøkelse og behandling hos spesialist.

For å få dagsaktuelle opplysninger om norske allmennpraktikers interesse for og erfaring med praktiske prosedyrer, gjennomførte jeg en spørreundersøkelse blant deltakere på grunnkurs B i allmennmedisin og pediatrikurset ved Nidaroskongressen høsten 2015. Hovedfunnene fra denne undersøkelsen er oppsummert i faktabokser. Resultatene viser at flertallet av respondentene liker å gjøre praktiske prosedyrer, og flertallet kan gjøre prosedyrene vi spurte om. Det er likevel relativt vanlig å hen-vise prosedyrer til spesialist, på tross av at man er i stand til å gjøre prosedyren selv. For flere av prosedyrene tror flertallet at det ikke er så vanlig at allmennlegekollegene gjør prosedyrene, på tross av at man selv gjør prosedyren i egen praksis. Det ser ut til at respondentene har begrenset kunnskap om hvilke prosedyrer det er vanlig å gjøre i allmennpraksis, og tallene kan tyde på at vi undervurderer hverandre. Undersøkelsen viser også at flertallet synes å ha et ønske om lettere tilgjengelig opplæring i praktiske prosedyrer. Størrelsen på tallmaterialet er begrenset, og metoden (spørreundersøkelse på kurs) gir rom for en del usikkerhet. Resultatene er forsøkt tolket i lys av dette.

Hva gjør allmennpraktikerkolleger utenlands?

Internasjonalt er det publisert flere studier om bruken av praktiske prosedyrer i allmennpraksis. En del land har helsevesen med en struktur sammenlignbar med det norske. Litteratursøk tyder på at mange land vektlegger betydningen av praktiske prosedyrer i allmennmedisin mer enn Norge.

petanse

I Storbritannia har man en lengre tradisjon for allmennleger som jobber innenfor spesielle interessefelt, såkalte «practitioners with special interests» (PSI). En slik organisering har delvis tatt form av et nytt nivå mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Denne organiseringen har delvis vært møtt med skepsis, men man har også positive erfaringer fra ordningen (4).

Australia er et land som i enda større grad enn Norge har distrikter med lang vei til sykehus. Allmennpraktiserende leger i slike områder har behov for kompetanse i mer avanserte medisinske prosedyrer. «Rural and remote medicine» er et allmennmedisinsk fagområde som har vokst frem for å sikre bedre helsetjenester i avsidesliggende distrikt, og har et utdanningsprogram som legger vekt på nødvendige akutte prosedyrer innen blant annet anestesi, kirurgi og obstetikk. I USA har allmennmedisinske miljøer lenge jobbet for en generell kompetanseheving i – og konsensus for – bruken av praktiske prosedyrer (6). «National procedures institute» tilbyr opplæring i prosedyrer for allmennpraktikere (6). Også i Canada har man jobbet med en konsensus for hvilke prosedyrer som bør beherskes av allmennleger (7).

Fremtidens helsetjeneste

Primærhelsemeldingen *Fremtidens helsetjeneste – nærhet og helhet* (8) foreslår tiltak som skal gi bedre forutsetninger for å løse flere oppgaver i primærhelsetjenesten i fremtiden. Dette inkluderer endrede finansieringsordninger som kan legge til rette for endret bruk av hjelpepersonell. Såkalte primærhelseteam, sammensatt av flere yrkesgrupper, foreslås for å løse medisinske oppgaver mer effektivt. Følgende sitat er hentet fra primærhelsemeldingen: «En slik modell kan legge til rette for større bredde i tilbudet og bedre samhandling med andre deler av tjenesten, da det nye personellet kan ivareta deler av dette og legene avlastes».

I det ovenstående har jeg gitt eksempler på prosedyrer som er vanlig å gjøre i allmennpraksis. Men er det potensiale for å gjøre flere, og eventuelt også noen mer avanserte prosedyrer i allmennpraksis? Begrensningen for å ferdigutrede og behandle enkelte problemstillinger i allmennpraksis beror i en del tilfeller på en enkelt praktisk prosedyre, en «nøkkelprosedyre». Eksempel på en nøkkelprosedyre kan være ekkokardiografi for å utelukke hjertesvikt i utredningen av tungpust. Kan flere målrettede praktiske prosedyrer tilpasset allmennpraksis bidra til at flere problemstillinger ferdigutredes og behandles av fastleger og sykehjemsleger? I så fall, kan det bidra til færre henvisninger og innleggelser i sykehus?

Å gjøre, eller ikke gjøre

Hvilke faktorer er med å bestemme om allmennpraktikere gjør praktiske prosedyrer? En kanadisk undersøkelse blant 108 allmennpraktikere viser at tilgjengelig tid og oppdatert kunnskap og ferdigheter er de viktigste faktorene. Andre, men mindre brukte argumenter mot å gjøre prosedyrer selv, var utilstrekkelig økonomisk kompensasjon og at det var enklere å henvise til spesialist. Et mindretall svarte at de mangler interesse for praktiske prosedyrer eller at de ikke treffer pasienter med indikasjon for å utføre prosedyrer (9). En undersøkelse blant 277 israelske allmennpraktikere viser lignende resultater (10). Fritekstkommentarer fra min egen spørreundersøkelse ved Nidaroskongressen tyder på at samme argumentasjon brukes av norske allmennpraktikere.

Hvor trykker skoene – personlige refleksjoner

Mangel på oppdaterte kunnskaper og ferdigheter dreier seg om faglig forsvarlighet, og er ikke overraskende et vanlig brukt argument for å henvise prosedyrer videre. Men hvorfor er mangel på tid et så viktig

argument? Er det ikke enkelt å etablere effektiv organisering og rutiner for bruk av prosedyrer, og dermed prioritere tid til dette arbeidet?

Svaret er nok nei, og jeg tror at mye av forklaringen ligger i finansieringsordningen for allmennpraksis. Jeg vil i det følgende argumentere for denne påstanden ved å beskrive en vanlig organisering av allmennlegesentre på større tettsteder og bynære områder. En vanlig listestørrelse i denne type fastlegepraksis er 1000–1500 pasienter. Legesentrene er vanligvis helt eller delvis privat drevet (selvstendig næringsdrivende i et økonomisk fellesskap: aksjeselskap eller lignende). Inntekten til legene er lik differansen mellom inntektene (normaltariffen + per capita-tilskudd) og utgiftsnivået (drift av senter, lønn til hjelpepersonell og husleie etc.). For å optimalisere det økonomiske resultatet vil bedriften søke å bruke normaltariffen mest mulig effektivt og å ha lavest mulig utgifts-

FAKTABOKS 1

Av 259 deltakere på kursene besvarte 208 undersøkelsen (80%)

Antall års erfaring som lege:

- GJENNOMSNIITT: 10,5 år
- MEDIAN: 5 år

Kjønn:

- 48% menn
- 52% kvinner

Praksissted:

- 59% i bypraksis
- 11% i større tettsted
- 30% i distriktskommune

Spesialiststatus:

- 29% spesialister
- 67% under spesialisering
- 4% uspesifisert spesialiststatus

Svar på spørsmål: Hvor godt liker du å utføre praktiske prosedyrer?

- 56% «veldig godt»
- 41% «ganske godt»
- 3% «ikke så godt»

	PROSENT SOM GJØR PROSEDYREN MINST EN GANG PR. ÅR	PROSENT SOM «VANLIGVIS» ELLER «ALLTID» HENVISER PROSE- DYREN TIL SPESIALIST	PROSENT SOM TROR AT FLERTALLET AV ALLMENNLEGER I NORGE GJØR PROSEDYREN I SIN PRAKSIS	PROSENT SOM SVARER JA/KANSKJE PÅ OM DE ØNSKER EN ARENA FOR OPPLÆRING I PROSEDYREN
Leddpunksjon	89	48	31	78/19
Eksisjon av aterosom	92	75	56	65/27
Eksisjon av nevus i ansikt	80	72	12	64/26
Sette inn spiral (IUD)	90	16	75	59/22
Rektoskopi	45	76	17	67/23
Kilereseksjon av negl	83	40	39	63/28
Ultralyd*	18	96	3	66/19

* ultralydundersøkelser: Dette dreier seg om alle ultralydundersøkelser brukt i allmennpraksis, samlet.

KOMMENTAR TIL RESULTATENE: Flertallet av respondentene gjør prosedyrene en eller flere ganger per år, men det er stor variasjon med tanke på hvor ofte de ulike prosedyrene gjøres. Det er godt samsvar mellom hvor mange som oppgir at de aldri gjør en prosedyre (0 ganger per år) og som oppgir at de alltid henviser samme prosedyre (avvik 0,2 prosent–2,3 prosent). Dette tolkes som at reliabiliteten antakelig er god. Resultatene viser en generell tendens for flere av prosedyrene: Flertallet oppgir at de kan gjøre prosedyrene (oppgir å gjøre prosedyren en eller flere ganger pr. år), flertallet oppgir likevel at de «vanligvis» eller «alltid» henviser prosedyrene.

FAKTABOKS 2

nivå. En naturlig konsekvens av dette vil gjerne være at virksomheten (inkludert henvisningspraksis) dreies mot problemstillinger som er lite tidkrevende og som har god finansiering (takst). Siden legesentre i stor grad bruker helsesekretærer som hjelpepersonell er det dernest begrenset hvilke problemstillinger som kan delegeres. Dette medfører at legens arbeidstid i stor grad består av usorterte arbeidsoppgaver. Tiden er fastlegens knappeste ressurs. Med gjennomsnitts arbeidsuke på 46 timer (11), og en stadig kamp mot ventetid for pasientene er det lite rom for flere arbeidsoppgaver. Nødvendig fagutviklingsarbeide og implementering av nye praktiske prosedyrer må, med dagens betingelser, gjøres under forutsetningene om økt arbeidstid for allmennpraktikeren eller økt ventetid for pasientene. Manglende konsensus for ønsket og forsvarlig prosedyrepraksis bidrar heller ikke til økt motivasjonen for et slikt arbeid.

Veien videre

Det norske helsevesenet står overfor utfordringer med å tilby gode og effektive helse-tjenester til en stadig eldre befolkning. Som en del av løsningen på dette foreslår Primærhelsemeldingen å tilby flere helse-tjenester i primærhelsetjenesten. Vil dette bety flere oppgaver for fastlegene? Ønsker i så fall fastlegene at disse oppgavene skal innebære større ansvar for medisinsk utredning og behandling, eller vil fremtidens fastlegerolle i økende grad dreie seg om oppgaver som ikke nødvendigvis krever legeutdanning?

Egen undersøkelse på Nidaroskongres-sen samt funn i litteratur tyder på at det er vilje og ønske fra allmennpraktikere om å gjøre mer utredning og behandling i form av praktiske prosedyrer. Min hypotese er at dersom laveste effektive nivå for enkelte nøkkelprosedyrer flyttes fra spesialisthel-setjenesten til fastlegen, vil dette kunne redusere antall problemstillinger som må henvises til sykehus. Dette vil ha positiv ef-fekt på pasientilfredshet og helsepersonel-let vil i større grad jobbe med oppgaver som er tilpasset deres faglige kompetanse. Trygge og faglig funderte rammer vil måt-te etableres for å flytte laveste effektive nivå for nøkkelprosedyrer til fastlegen, og et tett og systematisk samarbeid mellom allmennleger og sykehusleger vil være nødvendig for å sikre medisinsk forsvarlig-het. Kan et ressurscenter for praktiske pro-sedyrer i allmennpraksis være en egnet samarbeidsarena for et slikt arbeid? En slik arena vil kunne sette en utdanningsstan-dard med tanke på å sikre nødvendig kom-petanse for leger, sykepleiere og annet hel-sepersonell. Samtidig ville den kunne gi økt erfaringsutveksling og samhandling på flere områder inkludert utredning, be-handling, fagutvikling og forskning.

Arbeidet har mottatt støtte fra Allmenmedi-sinsk Forskningsutvalg (AFU). Takk til Linn Getz og Irene Hetlevik ved Allmenmedisinsk Forskningsenhet, Institutt for Samfunnsmedisin, NTNU, for råd og veiledning. Takk til kolleger for nyttige innspill.

REFERANSER

1. <http://legeforeningen.no/yf/Allmennlegeforeningen/Om-oss/Motereferat/Referat-fagutvalget-APLF-fra-for-2006/2006/fagutvalgsreferat-juni-2006/>
2. Falck G, Brattebo G, Brinchmann-Hansen A, Ebbing M. [Self-reported level of skills in practical procedures following internship in general practice]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2003; 123 (16): 2265–7.
3. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Rapporter/Nasjonal-turnusevaluering-for-leger-2015/>
4. Boggis AR, Cornford CS. General Practitioners with special clinical interests: a qualitative study of the views of doctors, health managers and patients. Health Policy. 2007; 80 (1): 172–8.
5. Kelly BF, Sicilia JM, Forman S, Ellert W, Nothnagle M. Advanced procedural training in family medicine: a group consensus statement. Family medicine. 2009; 41 (6): 398–404.
6. www.npinstitute.com/aboutus.asp
7. Wetmore SJ, Rivet C, Tepper J, Tatemichi S, Donoff M, Rainsberry P. Defining core procedure skills for Canadian family medicine training. Can Fam Physician. 2005;51:1364-5.
8. www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/
9. Sempowski IP, Rungi AA, Seguin R. A cross sectional survey of urban Canadian family physicians' provision of minor office procedures. BMC Fam Pract. 2006; 7: 18.
10. Menahem S, Nazarenko A, Shvartzman P. Minor surgical procedures and musculoskeletal injections by primary care physicians - an Israeli experience. Israel journal of health policy research. 2014; 3 (1): 12.
11. Aasland OG, Rosta J. The working hours of general practitioners 2000–2008. Tidsskr Nor Laegeforen. 2011; 131 (11): 1076–80.

■ VESTERFJ@HOTMAIL.COM