



Deres ref.:

Vår ref.:

Dato:

1. oktober 2013

Høringssvar – utkast til policynotat om oppgaveglidning

Sør-Trøndelag legeforening har behandlet høringen i vårt styremøte 27. september 2013. Under er gjengitt hele notatet med våre tillegg markert i *uthevet tekst*.

Policynotat om oppgaveglidning

Helsetjenesten endrer seg stadig som følge av den medisinske utviklingen, men også på grunn av pasienters preferanser, den demografiske utviklingen, endringer i sykdomspanoramaet, nytt lovverk og økonomiske rammevilkår. Å tilpasse seg dette ved oppgaveglidning kan være nødvendig, så lenge det er medisinsk begrunnet. Ansvar og oppgaver i helsetjenesten vil aldri være fordelt en gang for alle, og derfor er det behov for systemer for å finne god og hensiktsmessig oppgavefordeling. Legeforeningen mener at det kan være riktig å vurdere og overføre nærmere angitte oppgaver fra leger til annet helsepersonell.

Legeforeningen mener:

- Utredning, diagnostikk og opplegg for behandling gjennom pasientkontakt skal være legenes ansvar.
- Mer av legenes arbeidstid må gå til pasientrettet arbeid. Det forutsetter økt bruk av merkantilt personale.
- Oppgaveglidning må ikke medføre redusert kvalitet på oppgavene som utføres.
- Oppgaver som overføres mellom helsepersonellgrupper må være av et slikt omfang at det sikres et forsvarlig erfaringsgrunnlag, god opplæring og mulighet for vedlikehold av kompetansen innen alle gruppene. Helt klare og tydelige ansvarsforhold er en forutsetning.
- ***Oppgaveoverføring fra leger i spesialisthelsetjenesten til leger i primærhelsetjenesten må bare skje dersom det etter en grundig evaluering er fastslått at krav både til kvalitet og kapasitet er ivaretatt***

Bakgrunn

Oppgaveglidning/-fordeling (eng: task-shifting) betegner det fenomenet hvor oppgaver tradisjonelt utført av en helsepersonellgruppe overføres til en annen helsepersonellgruppe. Dette kan dreie seg om overføring av oppgaver fra leger til andre helsepersonellgrupper (vertikalt), mellom grupper av leger med ulik faglig bakgrunn (horisontalt). Oppgaver kan også

fordeles mellom helsetjenestenivåer, f.eks. mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ved overføring av oppgaver innenfor en virksomhet flyttes individansvaret til den som utfører oppgaven mens systemansvaret opprettholdes på samme måte som før i virksomheten.

En del oppgaver blir naturlig forenklet gjennom den medisinsktekniske utviklingen og kan dermed utføres av annet helsepersonell enn leger. Dette er effektiv og god bruk av kompetanse, men omfordeling av oppgaver må forankres faglig og kompetansen må vedlikeholdes og oppdateres. Som forutsetning for oppgavefordeling må alle sykehus ha oversikt over kompetansebehov og planer for kompetanseutvikling. Oppgaveglidning kan være motivert av ressursmangel, men da som følge av stor etterspørsel av helsetjenester og økende tilbud til befolkningen. En riktig oppgavefordeling er basert på medisinske kriterier, ikke økonomiske eller kapasitetsmessige kriterier.

Endringer av hvem som utfører hvilke oppgaver kan bidra til å motvirke den helsepersonellmangelen som mange land, inkludert Norge, står overfor i tiden som kommer. I tillegg kan oppgaveglidning bidra til at spesialisert legepersonell bruker mer tid på sitt fagområde. Oppgaveoverføring bør følge prinsippet om nærmeste effektive omsorgsnivå. Dersom oppgaver overføres mellom ulike deler av helsetjenesten, kan det også bidra til helsetjenester nærere befolkningen.

Horisontal oppgaveoverføring fra leger i spesialisthelsetjenesten til leger i primærhelsetjenesten krever at både kvalitet og kapasitet er ivaretatt.

Samhandlingsreformens føringer om at flere oppgaver skal gjøres i kommunene må aldri gå på bekostning av kvalitet. Det må gjøres en helhetlig vurdering av om oppgavetilfanget til leger i primærhelsetjenesten er tilpasset tjenestenes dimensjonering. Det er behov for dialog og møtearenaer mellom leger i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å avklare oppgave- og ansvarfordeling. Uten slik dialog vil man ikke få en hensiktsmessig samhandling, trygge pasientforløp og god pasientsikkerhet.

Negativ oppgaveglidning, i form av at merkantilt arbeid overføres til leger i klinisk virke, er en uønsket utvikling som må opphøre og reverseres. Bruk av ressurser må skje ut fra kvalitetshensyn. Ved overføring av oppgaver må pasientene oppleve bedret ivaretagelse, at behandlingens kvalitet opprettholdes eller forbedres, samt at det gir mer hensiktsmessig ressursutnyttelse. Legenes tid kan da frigjøres til mer spesialiserte oppgaver.

Ved oppgaveendring må det i samarbeid med fagmiljøene analyseres om dette vil få konsekvenser for spesialiseringen av leger. Oppgaver som overføres mellom helsepersonellgrupper må være av et slikt omfang at det sikres et forsvarlig erfaringsgrunnlag, god opplæring og mulighet for vedlikehold av kompetansen innen alle gruppene. Oppgaveglidning må ikke gå utover kvaliteten på spesialiseringen av leger eller på bekostning av utdanning. I slike tilfeller bør ikke oppgaver fordeles til andre yrkesgrupper.

Det er flere premisser som må legges til grunn for at oppgaveoverføring skal kunne gjennomføres på en forsvarlig og bærekraftig måte. World Medical Association vedtok i 2009 en resolusjon om jobbglidning. Resolusjonen peker på faren for redusert kvalitet i tjenestene og at jobbglidning vil kunne virke mot sin hensikt ved at det blir økt behov for leger på grunn

av unødvendige henvisninger fra helsepersonell som ikke har kompetanse til å gjøre den jobben de er satt til. Effekten av oppgaveoverføring må derfor evalueres både ved hjelp av forskning og systematisk bruk av kvalitetsparametere.

Med hilsen
Sør-Trøndelag legeforening

(sign.)
Marte Walstad
leder