



Uddelegering – hvor går grænsen?

Vi kan uddelegere en veldefineret opgave, men vi kan ikke uddelegere selve det at være praktiserende læge.

Hvorfor uddelegering?

Den almenmedicinske tænketank "Præstøgruppen" holdt to dage i januar et spændende internatmøde, bl.a. med oplæg af professor Niels Bentzen og ledelseskonsulent Heidi Bøgelund.

Formålet med dagene var at diskutere og reflektere over "uddelegering i almen praksis" – et emne, vi som sektor er nødt til at forholde os til både på klinikniveau og som profession. Primærsektoren er under pres pga. den demografiske udvikling, mangel på praktiserende læger og geografisk skævhed, nye private udbydere, øget lægesøgning, øgede krav til kvalitet, dokumentation og ny teknologi samt stort fokus på sygdom og sundhed i samfundet. Indefra er vi presset af en høj grad af udbændthed. Konsekvenserne ved en dårligt fungerende primærsektor er uoverskuelige for hele samfundet. Niels Bentzen bidrog med refleksioner og fakta fra en stor praksis, hvor han nu er ansat på deltid – en praksis med behandlerteams og behandlersygeplejersker i front.

Heidi Bøgelund bidrog med viden om, hvad patienter ønsker af almen praksis ud fra behovet om anerkendelse og tilknytning. Sluttelig talte hun om to spor i ønsket om uddelegering: dels ønsket om at reducere arbejdspresset, dels ønsket om at kunne navigere bedre i presset. Heidi mente, at svaret på den høje grad af udbændthed i almen praksis er mere ledelse – et emne, der er uløseligt forbundet med uddelegering.

Grænser for uddelegering

"Uddelegering" betyder overdragelse af en opgave. Ansvar i forbindelse med uddelegering ligger stadig hos den autoriserede sundhedsperson (lægen), idet denne skal sørge for, at personalet er tilstrækkeligt kvalificeret og instrueret til at varetage opgaven. Opgaven er enten ganske veldefineret eller afgrænset inden for klare rammer, f.eks. ved hjælp af en instruks. Personalet bør kende egne grænser,

og der bør være mulighed for supervision. Loven sætter grænser for uddelegering ved attestarbejdet, henvisninger og ordinationer. Men betyder det så, at alt andet kan uddelegeres, så f.eks. en sygeplejerske ser alle patienter primært, og lægen kun fungerer som supervisor?

Vores refleksioner og debat gik meget på, at der må findes en kerne i vores fag, som vi ikke kan eller bør uddelegere. Men hvor går grænsen? Den kan nok ikke entydigt fastlægges. En målestok kunne måske være, at hvis man ikke kan definere en ret entydig opgave (f.eks. med tilhørende instruks), er det, fordi problemstillingen ikke egner sig til uddelegering. Når vi møder en patient med en uvisiteret problemstilling, ved vi aldrig på forhånd, om det reelt drejer sig om f.eks. svimmelhed eller noget helt andet. Noget, der umiddelbart lyder simpelt, kan vise sig at være komplekst. En almenmedicinsk patientcentreret kon-

Spørgsmålet er, om vi kan aflaste os selv så meget fra det patientnære arbejde, at vi ender med at arbejde med noget, vi slet ikke havde uddannet os til eller brænder for.

Uanset hvordan vi indretter os i klinikken, og uanset hvor dygtigt et personale vi har, og hvor trygge vi er ved deres arbejde, og uanset om vi vælger at kalde det uddelegering eller teamsamarbejde, så kan vores lægelige ansvar i sidste ende ikke uddelegeres eller deles.

sultationsproces vil kunne afdække, hvad det handler om, og først derefter kan der defineres konkrete opgaver.

Vi er specialister i en almenmedicinsk diagnostisk tankegang og konsultationsproces. Kan dette uddelegeres til en anden faggruppe? I vores optik er almen medicin et af de vanskeligste specialer og er ofte præget af stor kompleksitet og usikkerhed; det kræver en generalists brede viden at fange det sjældne, når det dukker op blandt det almindelige. Således svarer det til at spørge, om en hjerterkirurg kan uddelegere det kirurgiske indgreb til operationssygeplejersken, eller om neurologen kan uddelegere skleroseudredning til sit personale.

Vi kan altså uddelegere en veldefineret opgave, men vi kan ikke uddelegere selve det at være praktiserende læge. For at en opgave er veldefineret, må vores egen ekspertise på banen først, netop ved at vi selv primært møder patienten, så vi kan få klarhed over patientens aktuelle situation og problemstilling og derudfra foretage en lægefaglig vurdering og lægge en plan med patienten.

Gråzoner, teamsamarbejde og ansvar

Der er selvfølgelig en masse gråzoner ift., at nogle uvisiterede henvendelser fra patienter kan virke ganske veldefinerede allerede i telefonen, f.eks. synkesmerter og feber hos en ellers rask person, og som der formentlig er lav risiko forbundet ved at uddelegere under supervision. Omvendt kender vi alle situationer, hvor vi er blevet overraskede over en ny drejning i en ellers "simpel" konsultation – en henkastet bemærkning fra patienten eller en lidt anderledes klinisk fremtoning, som gør, at vi opfanger, at noget andet er på spil. Ved videosupervision ser man ofte i bakspejlet, hvor svært det kan være, også for os selv, at få patientens fortælling ordentligt afdækket. Den, der konfererer, beslutter i høj grad selv, hvad der skal ske, allerede ved den måde sagen fremlægges. Og alligevel står den



Udsigten over Præstø Fjord danner det smukkeste bagtæppe for Præstøgruppens arbejde.
Foto: Christian Rosendal.

superviserende læge med ansvaret. Uden faktisk at kunne svare for sig i f.eks. en klagesag.

Bliver problemstillingen om "uddelegering" blødt op af, at vi i stedet taler om "teamsamarbejde"? Det kan måske bestå af, at en fast læge og en fast sygeplejerske tilknyttes én patient, særligt de skrøbelige eller komplekse patienter. Det er naturligvis vigtigt med kontinuitet både ift. personale og ift. læge. Men hvis personalet stadig primært er dem, der møder patienten ved en kompleks problemstilling og gennemgår konsultationsprocessen, og lægen blot "stikker hovedet ind" i slutningen af konsultationen, så er vores fag stadig i høj grad uddelegeret.

Uanset hvordan vi indretter os i klinikken, og uanset hvor dygtigt et personale vi har, og hvor trygge vi er ved deres arbejde, og uanset om vi vælger at kalde det uddelegering eller teamsamarbejde, så kan vores lægelige ansvar i sidste ende ikke uddelegeres eller deles.

Uddelegering, effektivitet og aflastning

Er det mere effektiv brug af læger at have meget personale ansat? Det spørgsmål blev diskuteret livligt, idet der også var eksempler på, at klinikker med høj grad af uddelegering havde mere personale pr. patient end mere traditionelle praksis. Samtidig var der ikke nødvendigvis færre læger pr. patient, blot fordi der var meget personale – når ansatte læger tælles med. Så i virkeligheden kan man ikke regne med, at uddelegering altid er lægebesparende,

Hvad er det, vi ikke vil uddelegere? Eller rettere: Hvad er det, vi vil værne om som kernen i vores profession?

idet lægerne blot får andre arbejdsopgaver såsom supervision og personaleledelse. Det kunne dog være interessant, hvis dette effektivitetsaspekt kunne blive bedre belyst fremover rent forskningsmæssigt.

Som bekendt er der en høj risiko for udbrændthed i vores branche. Hvis vi f.eks. sætter sygeplejersker i front, kan det måske aflaste og beskytte os fra lange dage med en lang række af ”klassiske” konsultationer, som kan virke drænende og gøre os relationstrætte. Det er naturligvis en balance. Her kommer god ledelse også ind i billedet for at sikre en bæredygtig almen praksis. Men spørgsmålet er, om vi kan aflaste os selv så meget fra det patientnære arbejde, at vi ender med at arbejde med noget, vi slet ikke havde uddannet os til eller brænder for.

Hvordan det på længere sigt påvirker vores almenmedicinske kompetencer, hvis vi gennem mange år kun ”møder” patienterne som supervisorer, står også ubesvaret hen – herunder også konsekvenserne for uddannelsen af de kommende almenmedicinere.

Uddelegering vendt på hovedet

Uddelegering i en grad, hvor den praktiserende læge pri-

mært er supervisor og leder, kan være en nødvendighed i svært lægedækningstruede områder. Men spørgsmålet er, om vi som profession skal arbejde med en høj grad af uddelegering som en målsætning fremover og ikke blot som en nødløsning, indtil vi formentlig vil blive flere praktiserende læger. Vi skal undgå at fremelske en sektor, som ingen alligevel ønsker at arbejde i, når vi først er nået derhen.

Med betragtningerne i denne artikel in mente kunne man fristes til at vende spørgsmålet om uddelegering på hovedet: Hvad er det, vi ikke vil uddelegere? Eller rettere: Hvad er det, vi vil værne om som kernen i vores profession? Når udlandet kigger misundeligt på almen praksis i Danmark, og når undersøgelser har vist, at patienter med fast læge gennem mange år har færre indlæggelser og lever længere, så må det være, fordi det er værd at beskytte den eksisterende læge-patient-relation. Det er tvivlsomt, om en høj grad af uddelegering kan bibeholde samme positive effekter ift. indlæggelser og dødelighed, da det næppe er ligegyldigt, hvilken faggruppe der skaber kontinuiteten for patienten. Mere forskning på dette felt ville være at ønske, inden det kan afgøres, hvor balancen for uddelegering skal ligge.

Samtidig er det lige så bydende nødvendigt, at vi har et bæredygtigt arbejdsliv og en bæredygtig primærsektor og får reduceret graden af udbrændthed. Men måske er der flere veje til at opnå dette: et vedholdende pres for at blive flere almenmedicinere, at bekæmpe uhensigtsmæssig brug af sundhedsvæsenet, begrænse overdiagnostik og give mest til dem med størst behov. //



Foto: Colourbox.dk