

Hva gjør fastlegenes medarbeidere for å holde seg faglig oppdatert?

Sammendrag

Bakgrunn. Muligheten for videre- og etterutdanning for medarbeidere i allmennpraksis har vært avhengig av arbeidsgivernes velvilje og interesse. Dette har variert mye. Ikke alle tilbud som medarbeidere får har like stor effekt. Formålet med denne undersøkelsen var å beskrive medarbeideres bruk av en rekke ulike aktiviteter for å holde seg faglig oppdatert. Det gjaldt hvor hyppig de ble brukt og hvor mye tid som ble benyttet på de ulike aktivitetene samt motivene for å delta i slike aktiviteter.

Materiale og metode. Et spørreskjema om faglig oppdatering ble sendt til medarbeidere ved 1 321 legekontorer.

Resultater. Vi fikk tilbake utfylte spørreskjemaer fra 948 medarbeidere. I gjennomsnitt brukte de én time hver uke på oppdateringsaktiviteter. Det som krevde mest tid, var drøfting med kolleger (daglig) og besøk av konsulent fra legemiddelfirma (ukentlig). Kursvirksomheten var relativt beskjeden, og over halvparten av kursene var arrangert av legemiddelindustrien. Å lære noe nytt, å forbedre praksis og å oppnå personlig utvikling var de viktigste motivene for å delta i oppdateringsaktiviteter.

Fortolkning. Videre- og etterutdannings-tilbudet for medarbeidere varierer mye, og er i stor grad overlatt til farmasøytisk industri. De fleste aktivitetene som benyttes kan ikke forventes å ha noen effekt på medarbeidernes praksis. De ansvarlige for allmennlegetjenesten, både legene og myndighetene, bør ta ansvar og sørge for at medarbeiderne får et bedre tilbud når det gjelder faglig oppdatering.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 274

Kari Håvelsrud

kari.haavelsrud@kunnskapssenteret.no

Signe Flottorp

Atle Fretheim

Doris Tove Kristoffersen

Andy Oxman

Shaun Treweek

Avdeling for informerte helsebeslutninger
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004 St. Olavs plass
0130 Oslo

Olaf Gjerløw Aasland

Legeforeningens forskningsinstitutt

Medarbeidere i allmennpraksis har varierende faglig bakgrunn. De fleste er helsesekretær, bioingeniør, hjelpepleier eller sykepleier. Deres mulighet for videre- og etterutdanning har i stor grad vært avhengig av arbeidsgivernes holdninger, velvilje og interesse, og har variert mye. Medarbeidere på fastlegekontorer omfattes fra 2001 av helsepersonelloven, som setter krav til yrkesutøvelsen (1). De har med dette fått et større ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Ansvaret for å legge til rette for dette ligger hos arbeidsgiver.

Tre av yrkesorganisasjonene for medarbeidere i allmennpraksis har i samarbeid med Aplf utarbeidet et toårig etterutdanningsprogram, som nå er revidert. Alle medarbeidere uansett yrkesfaglig bakgrunn kan delta (2). Hittil har ca. 1 000 gjennomført veiledningsprogrammet. I forhold til laboratorievirksomhet har dessuten bioingeniørene et poenggivende program for etterutdanning. Ellers har ikke faglig oppdatering vært satt i system for medarbeidere i allmennpraksis.

Det er sparsomt med kunnskap om ikkeleger i allmennpraksis. Rutle og medarbeidere fant i «medarbeiderprosjektet i allmennpraksis» at over halvparten av de spurte mente at de ikke fikk den informasjon som var nødvendig for å være faglig oppdatert i sitt daglige arbeid (3). Bioingeniørene var den yrkesgruppen som mente de fikk mest informasjon, legesekretærene/helsesekretærene fikk minst. Ved legekontorer i Tromsø ble det gjennomført et prosjekt med helsesekretærer for å utvikle prosedyrer for å øke kompetansen og kvaliteten på utført arbeid (4). Helsesekretærene som deltok i prosjektet, mente at prosedyrene hadde gjort dem mer bevisste i forhold til sine arbeidsoppgaver, slik at de følte seg tryggere i jobben.

Materiale og metode

Vi utviklet et spørreskjema, prøvde det ut blant 17 medarbeidere og representanter for tre medarbeiderorganisasjoner (Norsk helsesekretærforbund, Norsk helse- og sosialforbund og Bioingeniørfaglig institutt) og modifiserte det ut fra tilbakemeldingene vi fikk. Det endelige spørreskjemaet var på åtte sider med 86 spørsmål. I tillegg til spørsmålene som dekkes av denne artikkelen, spurte vi om farmasøytisk industri, kliniske retningslinjer og holdning til diverse påstander om etterutdanning for medarbeidere i allmennpraksis. Skjemaet kan fås fra forfatterne.

Spørsmålene ble i hovedsak besvart på en fempunktsskala. Dersom skalaen håndteres som kontinuerlig, vil et konfidensintervall for gjennomsnittlig skåre per spørsmål ikke bli vesentlig mindre ved inklusjon utover ca. 1 000 eller flere besvarelser. Vi forventet et frafall på ca. 30%. Det finnes ingen liste over hvem som jobber ved legekontorene i Norge, så vi sendte ett spørreskjema til alle fastlegekontorer som vi identifiserte på grunnlag av en oversikt over fastleger fra Rikstrykdeverket. Én medarbeider ved hvert legekantor (den som hadde etternavn tidligst i alfabetet) ble bedt om å svare. Spørreskjemaet ble sendt til 1 321 legekontorer. Opptil to puringer ble sendt til dem som ikke svarte, den siste i februar 2003. Legeforeningens forskningsinstitutt sendte ut spørreskjemaene og puringene og registrerte dataene. Analysene er gjort av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Medarbeiderne ble bedt om å anslå hvor ofte de benyttet ulike tilgjengelige aktivite-

! Hovedbudskap

- Det var stor variasjon i medarbeidernes muligheter for og bruk av aktiviteter for faglig oppdatering
- Over halvparten av kursvirksomheten var industrisponset
- Aktivitetene som ble benyttet, har ikke vist dokumentert effekt når det gjelder innvirkning på praksis
- De ansvarlige for allmennlegetjenesten bør ta ansvar og sørge for at medarbeiderne får et bedre tilbud

Tabell 1 Informasjon om medarbeiderne som deltok i vår undersøkelse sammenliknet med data fra Rutle og medarbeideres undersøkelse (3)

| | Vår undersøkelse | Medarbeiderprosjektet |
|---|------------------|-----------------------|
| Gjennomsnittsalder (år) | 43 | 41 |
| Kvinner (%) | 99 | 97 |
| I solo praksis (%) | 22 | Ikke tilgjengelig |
| I tolege praksis (%) | 25 | Ikke tilgjengelig |
| Flere enn to leger i praksisen (%) | 53 | Ikke tilgjengelig |
| <i>Arbeidsgiver</i> | | |
| Kommunen (%) | 30 | 43 |
| Lege(ne) på kontoret (%) | 66 | 54 |
| Annen arbeidsgiver (%) | 1 | 3 |
| Flere arbeidsgivere (%) | 3 | – |
| Ikke angitt (%) | 1 | – |
| <i>Fagbakgrunn</i> | | |
| Legesekretær/helsesekretær (%) | 44 | 66 |
| Hjelpepleier (%) | 5 | 5 |
| Bioingeniør (%) | 4 | 6 |
| Sykepleier (%) | 16 | 12 |
| Kontorfaglig utdanning (%) | 4 | Ikke tilgjengelig |
| Blandet bakgrunn (%) | 21 | Ikke tilgjengelig |
| Annet (%) | 4 | 11 |
| Ikke angitt (%) | 1 | Ikke tilgjengelig |
| <i>Yrkesorganisasjon</i> | | |
| Ikke medlem av noen yrkesorganisasjon (%) | 33 | Ikke tilgjengelig |
| Norsk helsesekretærforbund (NHSF) (%) | 26 | Ikke tilgjengelig |
| Norsk Sykepleierforbund (NSF) (%) | 13 | Ikke tilgjengelig |
| Norsk Kommuneforbund (NKF) (%) | 11 | Ikke tilgjengelig |
| Norsk helse- og sosialforbund (NHS) (%) | 4 | Ikke tilgjengelig |
| Norsk Bioingeniørforbund (NITO/BFI) (%) | 3 | Ikke tilgjengelig |
| Annet (%) | 1 | Ikke tilgjengelig |

ter for faglig oppdatering (på en skala fra sjeldnere enn årlig til daglig). Videre ble de bedt om å anslå tidsbruk de siste 30 dagene på de samme aktivitetene. Hver medarbeiders tidsbruk på en aktivitet ble delt på vedkommendes totale tidsbruk på oppdateringsaktiviteter. Denne prosentvise fordelingen per aktivitet ble presentert med medianverdi samt 25 %- og 75 %-kvartiler. For spørsmål hvor det var benyttet en skala med avkrysningsmuligheter fra 1 til 5 telte vi opp svarene og beregnet en prosentandel for hvert poeng på skalaen.

Resultater

Generelt

Vi mottok utfylte spørreskjemaer fra 968 medarbeidere. Fire kom uåpnet i retur, og 19 medarbeidere kunne av diverse grunner ikke svare. Det viste seg at 35 legekontorer var dobbeltregistrert, og kun ett skjema per kontor ble returnert. Svarprosenten ble dermed 74 (948/1 282).

Tabell 1 viser karakteristika ved medarbeiderne i vår undersøkelse sammenliknet med en tidligere medarbeiderundersøkelse (3).

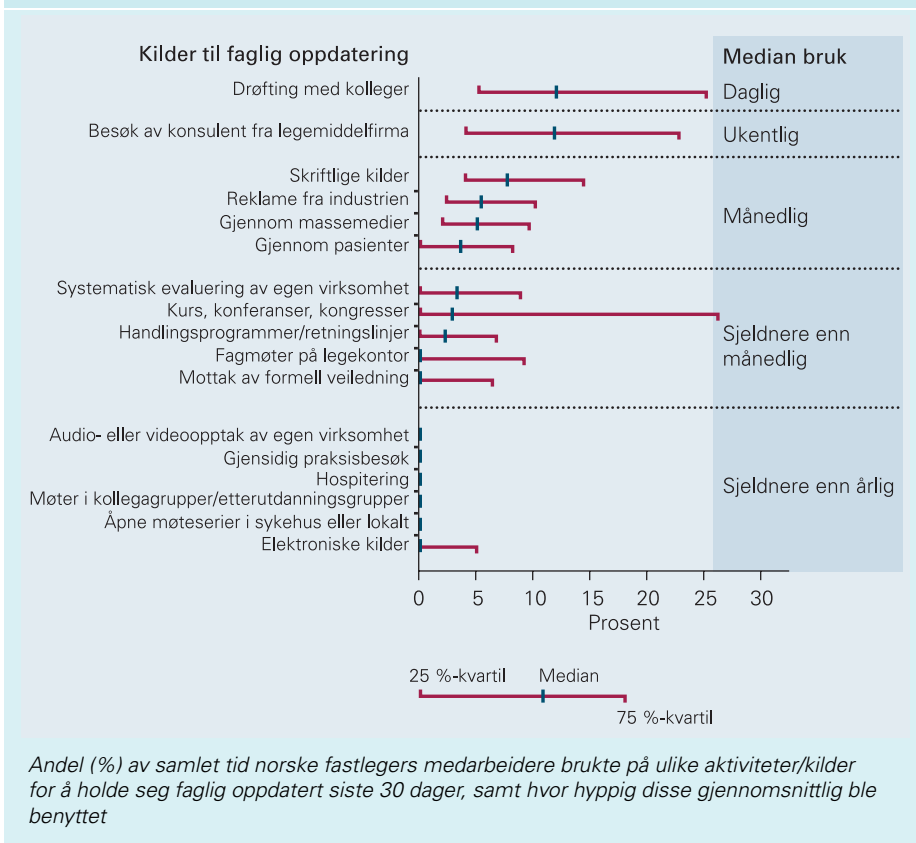
Tidsbruk en vanlig arbeidsuke

Medarbeiderne svarte at en vanlig arbeidsuke i gjennomsnitt var på 31,5 timer. De opplyste at de i gjennomsnitt brukte 1,0 time (standardavvik 1,7) ukentlig på etterutdanning og kvalitetsforbedring, uten å spesifisere hvilke aktiviteter dette gjaldt, og 39 % (standardavvik 37) av dette gjorde de utenfor normal arbeidstid. De fleste (70 %) mente at dette var for lite. Til sammenlikning brukte medarbeiderne i gjennomsnitt 14,0 timer på direkte pasientkontakt, 10,3 timer i telefonen, 7,1 timer på papirarbeid, 0,9 timer på møter og 4,7 timer på annet.

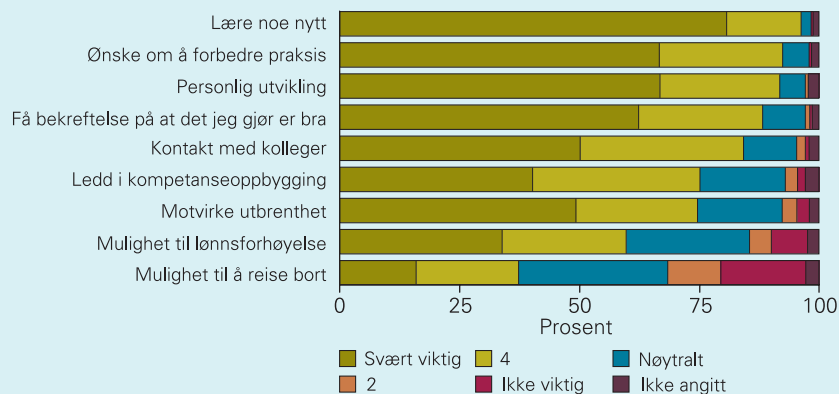
Oppdatering siste 30 dager

Medarbeiderne ble også spurt om hvordan de fordelte tiden på en rekke faglige aktiviteter. Figur 1 viser hvor hyppig de ulike aktivitetene fant sted (medianverdi) samt hvor mye tid de hadde brukt på disse aktivitetene de siste 30 dager. De oppgav at drøfting med kolleger og besøk av legemiddelkonsulenter var de viktigste kilder til faglig oppdatering målt i tidsbruk. Drøfting med kolleger skjedde daglig for 53 % av medarbeiderne, mens besøk av legemiddelkonsulenter forekom ukentlig. Medarbeiderne rapporterte at de deltok i fagmøter på legekantoret uten besøk av firmarepresentant sjeldnere enn en gang i måneden, og medianverdien for tidsbruk på slike møter var null. Deltakelse på kurs, konferanser og kongresser skjedde også sjeldnere enn månedlig, og relativt lite tid ble brukt på dette. Variasjonen blant medarbeiderne var stor, særlig når det gjaldt tid brukt på kurs, konferanser og kongresser.

Figur 1



Figur 2



Norske fastlegers medarbeideres viktigste motiver for å delta i faglige aktiviteter

Motiver for å delta i faglige aktiviteter

Figur 2 viser hvordan medarbeiderne skåret forskjellige motiver som kan ligge til grunn for å delta i faglige aktiviteter. Å lære noe nytt, å forbedre praksis og å oppnå personlig utvikling var de viktigste motivene.

Kurs og konferanser

Over halvparten (55 %) av kurs, konferanser og møter som medarbeiderne hadde deltatt på det siste året, var organisert av legemiddelindustrien. Deretter fulgte helseforetak eller sykehus (28 %), egen yrkesorganisasjon (20 %) eller Den norske lægeförening (16 %). Tradisjonelle forelesninger utgjorde 80 % av kurstiden.

Diskusjon

En tilsvarende artikkel om aktivitetene fastleger bruker for faglig oppdatering publiseres i dette nummer av Tidsskriftet (5). Vi har ikke grunnlag for å sammenlikne medarbeiderne som svarte på vår undersøkelse med medarbeiderne i allmennpraksis generelt, fordi det ikke finnes noen samlet oversikt over denne gruppen av helsepersonell. Siden vi har sendt ett skjema til hvert legekantor, er det relativt flere medarbeidere som arbeider i solopraksis og ved tolegekantor som har mottatt skjemaet i forhold til medarbeidergruppen som helhet. Dette ser vi når vi sammenlikner andelen medarbeidere og fastleger i vår undersøkelse som rapporterte at de jobber i solopraksis (henholdsvis 22 % og 8 %).

Svarandelen i denne undersøkelsen var 74 %, langt høyere enn blant legene (58 %). Forskere har vist mindre interesse for legenes medarbeidere enn for legene i allmennpraksis, og medarbeiderne kan ha opplevd det som viktigere å være med i undersøkelsen fordi de har et dårligere tilbud når det gjelder faglig oppdatering enn legene. Det er viktig å understreke at spørreskjemaundersøkelsen er basert på selvrapporing – med andre ord på hva medarbeiderne selv mener de gjør, ikke nødvendigvis hva de faktisk gjør.

Legene brukte i gjennomsnitt mer enn dobbelt så mye tid som medarbeiderne på faglig oppdatering (gjennomsnittsverdier per uke henholdsvis 2,3 timer og 1,0 timer). Fordi legene hadde en lengre arbeidsuke (gjennomsnittlig totalt 44,9 timer mot 31,5 timer), var forskjellen mellom leger og medarbeidere mindre når det gjaldt den relative andelen av tid brukt til faglig oppdatering i forhold til total tidsbruk i arbeidet. Et flertall blant både medarbeidere (70 %) og leger (63 %) mente at de brukte for lite tid på slike aktiviteter. Tid er en knapp ressurs i allmennpraksis, og en stor del av innsatsen innen etterutdanning og kvalitetsforbedring må gjøres utenom ordinær arbeidstid.

Både legene og medarbeiderne rapporterte at de hadde besøk av konsulenter fra legemiddelindustrien i gjennomsnitt ukentlig, mens fagmøter på legekantoret uten medvirkning fra industrien forekom sjeldnere enn månedlig. Slike besøk til legekantoret gjøres i dag nesten bare av farmasøytisk industri, til tross for at de er mer effektive når det gjelder å forandre praksis sammenliknet med mer tradisjonelle tiltak som kurs og skriftlig informasjon (6). Medarbeiderne har dessuten mer behov for faglig informasjon som ikke først og fremst er rettet mot medikamentell behandling, men som i større grad handler om rutiner og samhandling på legekantoret.

Etterutdanningen for medarbeiderne er mindre strukturert enn for fastlegene, og det er langt færre kurstilbud. Det er derfor ikke overraskende at de brukte mindre tid på kurs enn fastlegene (3 % av total faglig oppdateringstid versus 10 % for fastleger i median verdi). For fastlegene var andelen kurs som legemiddelindustrien stod bak noe lavere enn for medarbeiderne (26 % versus 55 %). Medarbeiderne har færre alternativer til industrisponset etterutdanning enn legene. Det er behov for et industriuavhengig system med effektive læringsmetoder (7, 8).

Det var stor variasjon blant medarbeiderne når det gjaldt hva slags tilbud de fikk samt hva de benyttet seg av for etterutdanning og kvalitetsforbedring (fig 1). Aktivitetene som ble benyttet var i stor grad av en slik art at man ikke kan forvente at de har særlig innvirkning på medarbeidernes praksis, dermed fungerer de heller ikke som kvalitetsforbedrende tiltak. De ansvarlige for allmennlegetjenesten – både legene selv, men også myndighetene – bør ta ansvar og sørge for at medarbeiderne får et bedre tilbud når det gjelder faglig oppdatering, for å bedre kvaliteten på tjenesten. Gitt at etterutdanning og kvalitetsforbedring både er viktig og kostbart, er det vesentlig at tiltak og programmer evalueres i større grad enn det gjøres i dag.

Litteratur

1. Lov 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Kap. 2 § 4. <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>.
2. Håvelsrud K, red. Allmennpraksis i utvikling. Etterutdanningsprogram for medarbeidere. Oslo: Norsk helsesekretærforbund, 2003.
3. Rutle T, Rutle O, Svarttjernet K. Medarbeiderprosjektet i allmennpraksis. Jessheim: T. Rutle, 1999.
4. Forsgren B. Prosedyrer: nødvendig onde eller grubunn for faglig og personlig utvikling i det pasientrettede arbeidet? Utposten 2003; 5: 28-32.
5. Treweek S, Flottorp S, Fretheim A et al. Hva gjør fastleger for å holde seg faglig oppdatert? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 304-6.
6. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Haynes RB et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). I: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software, 2003.
7. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM et al. Getting research findings into practice: closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. BMJ 1998; 317: 465-8.
8. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. Med Care 2001; 39 (8 suppl 2): I12-45.