

# **Kvalitetsforbedring i allmennlegetjenester**

**Erfaringer fra et læringsnettverk  
i Sogn og Fjordane**



**Fylkesmannen i Sogn og Fjordane**

**2006**

## Forord

I 2005 kom Sosial- og helsedirektoratet sin nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, "... og bedre skal det bli". Et av de sentrale momentene i denne strategien er å styrke utøverne i helse- og sosialtjenestene. Fylkesmannen i Sogn og Fjordane har tidligere engasjert seg i ulike former for forbedringsarbeid på dette området, og har særlig gode erfaringer med nettverksarbeid mellom kommunene.

I tråd med intensjonene i nasjonal strategi og etter oppfordring fra flere allmennleger i fylket, valgte vi å starte dette prosjektet som fikk navnet "Læringsnettverk for kvalitetsforbedring ved legekontor".

Formålet med prosjektet var tredelt:

1. Å utvikle og forbedre tjenesten for brukerne av legekantorene
2. Å lære deltakerne en metode for systematisk forbedringsarbeid
3. Å etablere et læringsnettverk og legge til rette for erfaringsoverføring mellom legekantorene

Allmennlegekantorer fra seks kommuner deltok i læringsnettverket, som startet i januar og ble avsluttet i november 2005.

Denne rapporten beskriver hvordan læringsnettverket ble gjennomført, og de resultatene som ble oppnådd av de enkelte legekantorene.

Prosjektet ble støttet av Sosial- og helsedirektoratet og Den norske lægeförening. Vi takker Tove Hovland for nyttige innspill i planleggingen av prosjektet, og alle deltakerne i læringsnettverket for godt og spennende samarbeid.

Otto Brun Pedersen

Einar Hovlid

## Innhold

1. Bakgrunn .....	3
1.1. Kvalitetsproblemer i allmennlegetjenester	
1.2. Fagutvikling og kvalitetsforbedring i allmennpraksis	
2. Metoder .....	4
2.1. Prosessforbedring	
2.2. Opplæring i forbedringsarbeid	
2.3. Læringsnettverk for prosessforbedring	
3. Gjennomføring av læringsnettverket .....	7
3.1. Deltakerne	
3.2. Gjennomføringen	
4. Resultater .....	8
4.1. Oppnådde forbedringer	
4.2. Sikring av forutsetninger	
4.3. Ringvirkninger	
4.4. Videreføring av forbedringsarbeidet	
5. Diskusjon.....	12
5.1. Om bruken av forbedringsmetoden ved allmennlegekontorene	
5.2. Om organiseringen av forbedringsarbeidet	
5.3. Om ressursbruken	
6. Konklusjon .....	14
7. Litteratur.....	15
Vedlegg: Rapporter fra de enkelte forbedringsgruppene	
Kvalitetssikring av medisinbestilling i samarbeidet mellom fastleger og heimesjukepleie (Flora) .....	16
Forbetring av medisinskfaglege vurderingar ved telefonhenvendingar (Leikanger) .....	20
Betre medikamentforskrivning (Sogndal).....	24
Medisinskfagleg vurdering og behandling av pasientar med trong for ø.hj. – tenester (Stryn).....	28
Forbedring av telefontilgjengelighet (Vågsøy)....	33
Bedre oppfølging av pasienter med diabetes og hypertensjon (Årdal) .....	37

## 1. Bakgrunn

### 1.1. Kvalitetsproblemer i allmennlegetjenester

Klinisk virksomhet handler om å omsette medisinskfaglig kunnskap på en slik måte at pasientene oppnår best mulige resultater. Dette krever et godt samspill mellom de faggruppene og medarbeiderne som deltar i behandlingen.

En stor del av kvalitetsproblemer i helsevesenet kan tilbakeføres til svikt i kommunikasjon og samhandling mellom utøverne. Selv om tjenestene har både kompetanse og ressurser, opplever pasientene ikke sjelden feil eller forsinkelser i sine behandlingsforløp. Slike problemer kan oppstå på grunn av uklare avtaler og rutiner, eller fordi man ikke har tydelige retningslinjer eller felles forståelser av hvordan arbeidet bør gjennomføres. Noen ganger skyldes problemene også at kunnskap benyttes på feil måte (1).

Statens helsetilsyn har vurdert risiko og sårbarhet i allmennlegetjenester (2). Vurderingen konkluderer med at risikoen for feil og utilsiktede hendelser er utbredt på alle de viktigste områdene i allmennpraksis:

- Utredning og behandling
- Håndtering av øyeblikkelig hjelp
- Oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer og sammensatte behov
- Tilgjengelighet til behandling

I Helsetilsynets rapport understrekes det at allmennlegenes evne til å reflektere over egen faglige og organisatoriske praksis er helt avgjørende for å forebygge svikt i behandlingstilbudet.

### 1.2. Fagutvikling og kvalitetsforbedring i allmennpraksis

Vi har ganske detaljert informasjon om hvordan allmennleger og deres medarbeidere holder seg faglig oppdatert. Allmennleger bruker gjennomsnittlig 2,3 timer pr. uke til aktiviteter som for eksempel å lese tidsskrifter, gå på kurs, delta i smågrupper eller lese epikriser. Men mange av disse aktivitetene, som for eksempel å lese eller delta på kurs, har sannsynligvis ingen eller liten effekt på legenes praksis (3).

Allmennlegenes medarbeidere bruker gjennomsnittlig en time pr uke for å holde seg faglig oppdatert. Her varierer tidsbruken i vesentlig større grad enn hos legene. Også hos medarbeiderne er det en overvekt av aktiviteter som sannsynlig ikke fører til merkbar endring av praksis (4).

Til tross for at pasientbehandling i allmennpraksis er utpreget teamarbeid, viste disse undersøkelsene at allmennleger og deres og medarbeidere sjelden deltar i felles videre- og etterutdanningsopplegg.

En arbeidsgruppe nedsatt av Folkehelse har foreslått en rekke tiltak for å styrke både kvalitetsforbedring og videre- og etterutdanning i allmennpraksis (5). Blant disse tiltakene er det flere som har dokumentert effekt på den måten at de fører til endret

atferd hos utøverne. Det dreier seg om ulike former for praksisnære og selvstyrte aktiviteter, som for eksempel gjensidige praksisbesøk, støtte til systematisk forbedringsarbeid og auditprosjekter med utgangspunkt i data fra egen praksis.

Et felles kjennetegn ved disse aktivitetene er at de understøtter en form for læring som er basert på felles refleksjon omkring eget arbeid. Læringen forsterkes gjennom tilbakemeldinger i diskusjoner med kolleger eller ved hjelp av registrerte data om det aktuelle forbedringsområdet. Slike former for erfaringslæring ser ut til å være en helt nødvendig forutsetning for endring og forbedring i medisinsk praksis (6).

## 2. Metoder

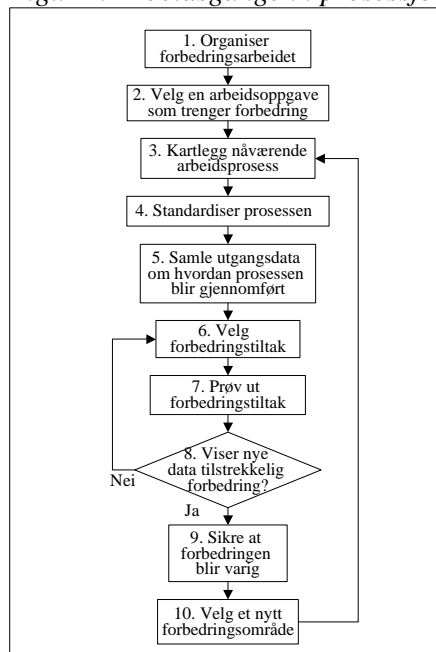
Som forbedringsmetode i prosjektet valgte vi *prosessforbedring*, som har vist seg effektiv med hensyn til å oppnå forbedring i klinisk virksomhet både i sykehus og i kommunale pleie- og omsorgstjenester.

For å undervise og veilede i forbedringsmetoden ble det opprettet et *læringsnettverk*, som besto av seks allmennlegekontorer i fylket. Læringsnettverk er en pedagogisk metode for å innføre ny kunnskap og teknologi i større organisasjoner. Metoden stammer opprinnelig fra industrien, men er også tatt i bruk i helsevesenet, slik som i Legeforeningens "Gjennombruddsprosjekter".

### 2.1. Prosessforbedring

Prosessforbedring er et velkjent prinsipp for kontinuerlig forbedring i helsetjenester (7,8). Metoden går ut på at klinikerne selv identifiserer de arbeidsprosessene som trenger mest til forbedring, standardiserer dem og samler data som kan vise om forbedringstiltak har ønsket effekt (Figur 1).

Figur 1. Arbeidsgangen i prosessforbedring



Prosessforbedring åpner for en grundig kartlegging og analyse av egen virksomhet. Den egner seg spesielt godt for tverrfaglige, selvstyrte team (9). Metoden understøtter en dialog i teamet der de enkelte faggruppernes bidrag i det felles arbeidet blir synliggjort. Samtidig får man satt kritisk søkelys på hvordan og hvorfor oppgaver gjennomføres slik det gjøres. På denne måten oppstår det læringsprosesser der teamet får felles oversikt over sin virksomhet og bedre styring på eget arbeid.

Denne kombinasjonen av felles refleksjon og beslutninger er sannsynligvis en vesentlig årsak til at metoder som prosessforbedring har vist seg så effektive med hensyn til for eksempel å utarbeide og innføre lokale behandlingsprosedyrer eller redusere logistikkproblemer som lange ventetider og forsinkelser i behandlingsforløp.

## **2.2. Opplæring i forbedringsmetoder**

Forsøk på å få i gang systematisk kvalitetsutvikling i helsevesenet har ofte vært mislykket, til tross for ganske omfattende utdanning og veiledning. Erfaringer fra mange mer eller mindre vellykkede forbedringsprosjekter tyder på at forhold som gjelder organisering og ledelse av den kliniske virksomheten har avgjørende betydning for om kunnskaper om forbedringsmetoder blir tatt i bruk. Det har også stor betydning at forbedringsmetodene er konkrete og at opplæringen kobles til utprøving i egen praksis (10).

Ut fra disse erfaringene ser det ut til at følgende faktorer har avgjørende betydning for at opplæring i forbedringsmetoder skal gi resultater (8):

- Metoden må være så konkret at den blir forstått og akseptert av utøverne
- Opplæring og veiledning må ta utgangspunkt i utøvernes egen praksis
- Alle faggrupper som er involvert i den aktuelle virksomheten må delta i forbedringsarbeidet
- Det må settes av tilstrekkelig tid til nødvendige møter og skrivearbeid
- Faglig ansvarlig leder må delta i forbedringsarbeidet

Når en arbeidsprosess er blitt forbedret, er det som regel nødvendig med en form for vedlikehold for at de oppnådde resultatene ikke skal forvitne. Det er et lederansvar å opprettholde forutsetningene for å drive systematisk forbedringsarbeid, både for å sikre at resultater blir varige og for å forbedre kvaliteten på nye områder i virksomheten. På denne måten kan forbedringsarbeidet bli kjernen i et varig læringssystem, med mekanismer for erfaringsutvikling og refleksjon i arbeidsmiljøet (11).

## **2.3. Læringsnettverk for prosessforbedring**

Et læringsnettverk kan effektivisere opplæringen i forbedringsmetode fordi det gir deltakerne mulighet til å høste erfaringer fra flere prosjekter enn sine egne. Samtidig skapes det en sosial ramme der man blir kjent med hverandres praksis på en ny og spennende måte.

Læringsnettverket består av representanter for behandlingsteam som i det daglige arbeider hver for seg, men innenfor det samme fagområdet. Hvert team velger en tverrfaglig forbedringsgruppe som vanligvis har tre medlemmer. Lederen for teamet bør være med i forbedringsgruppen. Et medlem i gruppen har rollen som

tilrettelegger for forbedringsarbeidet, med spesielt ansvar for skrivearbeid og løpende kontakt med veileder.

Et læringsnettverk bør strekke seg over to semestre. Forbedringsgruppene trenger tid til å sette seg inn i metoden og bruke den i egen praksis. Mange trenger også tid til å lære seg bruken av nødvendige dataverktøy. For å spare tid i en travel klinisk hverdag, bør man så langt det er mulig unngå å opprette ekstra møter. En stor del av forbedringsarbeidet kan foregå i vanlige personalmøter eller som en del av den ordinære internundervisningen.

Ideelt sett bør nettverket bestå av 4-8 forbedringsgrupper. Dette sikrer at alle får tilstrekkelig rom på hver samling til å presentere sine erfaringer. Nettverket møtes regelmessig mens gruppene gjennomfører sin første forbedringssyklus. På denne måten lærer de av hverandre både med hensyn til bruken av forbedringsmetoden og den praktiske organiseringen av arbeidet. Samtidig blir veilederkapasiteten utnyttet optimalt (Tabell 1).

*Tabell 1. Eksempel på tidsplan for læringsnettverk for prosessforbedring*

<b>Aktivitet</b>	<b>Tema</b>
1. samling (2 dager) Januar	Planlegging av forbedringsarbeidet Opplæring i metode Valg av forbedringsområde
Veiledning til hver forbedringsgruppe	Standardisering av den valgte arbeidsprosessen
2. samling (1 dag) Mars	Velge indikatorer for måling av kvalitet Planlegge datainnsamling
Veiledning til hver forbedringsgruppe	Samle utgangsdata
3. samling (1 dag) Mai	Vurdere utgangsdata Velge forbedringstiltak
Veiledning til hver forbedringsgruppe	Gjennomføre forbedringstiltak Samle data
4. samling (1 dag) September	Analysere resultater av forbedringstiltak
Veiledning til hver forbedringsgruppe	Eventuell justering av forbedringstiltak med ny datainnsamling
5. samling (1 dag) November	Erfaringskonferanse, der hver gruppe legger fram sitt prosjekt Planlegging av videre arbeid

### 3. Gjennomføring av læringsnettverket

#### 3.1. Deltakerne

Alle de 26 kommunene i fylket fikk invitasjon om å delta i læringsnettverket. Det ble stilt følgende krav til deltakerne: Forbedringsgruppen måtte være tverrfaglig sammensatt (lege og medarbeidere), gruppen måtte delta i hele prosjektperioden og bidra til erfaringsoverføring når prosjektet var over.

Ni legekantor meldte sin interesse. Etter en helhetsvurdering ble seks av disse valgt ut. Kontorene varierte i størrelse fra 6 til 22 ansatte.

Legekantorene kom fra seks kommuner:

- Flora: Sunnfjord Medisinske Senter
- Leikanger legekantor
- Sogndal legesenter
- Stryn legekantor
- Vågsøy: Måløy legekantor
- Øvre Årdal legekantor

Fylkesmannen stod for den praktiske tilretteleggingen. Opplæring og veiledning til deltakerne ble gjennomført av en prosjektgruppe med tre medlemmer: Tove Hovland og Einar Hovlid hos Fylkesmannen hadde ansvar for å følge opp hver sine tre legekantor. Otto Brun Pedersen fra Senter for etter- og videreutdanning (SEVU) ved Universitetet i Bergen fungerte som veileder for prosjektet. Denne prosjektgruppen deltok på alle samlingene og hadde i mellomperiodene regelmessige telefonkonferanser.

#### 3.2. Gjennomføringen

Fra januar til november 2005 ble det avholdt fem samlinger i nettverket. Etter ønske fra deltakerne var første og siste samling med overnatting, noe som bidro til nettverksbygging på og mellom kontorene. De resterende var dagssamlinger.

Den første samlingen var delt mellom opplæring i plenum og gruppearbeid. Deltakerne fikk innføring i hvorfor og hvordan man bør drive systematisk forbedringsarbeid. Metoden og den overordnede framdriftsplanen for prosjektet ble gjennomgått. Hvert legekantor fant, ved hjelp av en risiko- og sårbarhetsvurdering, fram til hvilken arbeidsprosess de ønsket å forbedre og startet arbeidet med å visualisere og standardisere denne prosessen.

Alle forbedringsgruppene tok prosesskartet med tilbake til sine respektive arbeidsplasser for å diskutere utkastet med de andre medarbeiderne. På denne måten kunne de sikre nødvendig involvering og medvirkning så tidlig i prosessen som mulig. Etter at prosessen var standardisert, begynte innsamling av utgangsdata. Disse ble analysert og relevante forbedringstiltak ble planlagt og iverksatt. Deretter ble det gjort nye målinger for å evaluere effekten av forbedringstiltakene. Dersom det var behov for det, ble forbedringstiltakene justert, samtidig som forbedringsgruppene ble bevisstgjort på strategier for å vedlikeholde resultatene.

På nettverkssamlingene ble den meste tiden brukt til forbedringsgruppens presentasjoner av status og framdrift i sine prosjekter. Hver gruppe fikk tilbakemeldinger, råd og tips for videre arbeid fra veilederne og de andre deltakerne i nettverket. Alt praktisk arbeid ble gjort i periodene mellom samlingene. I disse fasene fikk forbedringsgruppene veiledning, opplæring og praktisk bistand fra Fylkesmannen. Veiledning ble gitt via telefonmøter, e-post og enkelte ganger også ved frammøte.

Forbedringsarbeidet ble gjennomført i tilnærmet samme tempo av alle forbedringsgruppene. Framdriften kunne i perioder bli påvirket av bemanningssituasjonen ved legekantoret. Ett kontor måtte legge ned sitt prosjekt på grunn av at lederen sluttet. Dette prosjektet ble imidlertid tatt opp igjen etter at ny leder var tilsatt.

## **4. Resultater**

Resultatene som ble oppnådd i læringsnettverket kan deles inn i tre områder. Det første gjelder måloppnåelsen i de enkelte gruppens konkrete forbedringsprosjekter. Det andre dreier seg om i hvilken grad de greidde å sikre forutsetningene for å gjennomføre systematisk forbedringsarbeid i en travel hverdag. Det tredje området handler om ringvirkninger som oppstår når man analyserer og forbedrer egen virksomhet i en tverrfaglig sammenheng.

### **3.1. Oppnådde forbedringer**

Alle gruppene unntatt en fullførte sine prosjekter med dokumenterte forbedringer på de valgte områdene. De enkelte prosjektene er nærmere beskrevet i vedlegget til denne rapporten.

Tabell 2 gir en summarisk oversikt over innhold og resultater av forbedringsprosjektene ved de enkelte legekantorene (se Tabell 2 neste side).

Tabell 2. Legekantorenes innsatsområder og resultater

Legekontor	Forbedringsområde	Målsetting	Tiltak	Resultat	Merknad
Flora	Medikamenthåndtering	Redusere feil i medisinbestillinger fra hjemmesykepleien	Retningslinjer for samhandling med hjemmesykepleien	Andel feilfrie medisinbestillinger fra hjemmesykepleien til fastlegene øker fra 29,1 % til 64,3 %	
Leikanger	Medisinsk-faglig vurdering av telefonhenvendelser	Styrke medarbeidernes vurdering av telefonhenvendelser Sikrere intern formidling av beskjeder	Innfører elektronisk beslutningsstøtte for medarbeiderne Nye rutiner for formidling av beskjeder	Telefoner satt over fra medarbeidere til lege redusert med 86 %, til sykepleier med 50 %. Bruk av "gule lapper" til beskjeder redusert med 75 %	
Sogndal	Medikamentforskrivning	Redusere feil og avvik i resepter	Retningslinjer for samhandling lege- medarbeidere ved fornyelse av resepter.	Andel resepter med registrerte avvik redusert fra 15 % til 6 %	
Stryn	Vurdering av henvendelser om øyeblikkelig hjelp	Øke medarbeidernes ferdigheter og redusere deres usikkerhet med hensyn til å vurdere henvendelsene	Innfører elektronisk beslutningsstøtte for medarbeiderne Nye interne rutiner for telefonsvar og prøvetaking Opplæring i førstehjelp	Beslutningsstøtte tatt i aktiv bruk av medarbeiderne Medarbeiderne rapporterer større grad av opplevd mestring og trygghet	Kontoret får ny leder i løpet av prosjektperioden
Vågsøy	Telefontilgjengelighet for pasienter	Redusere bruk av telefon ved bestilling av time og resepter	Nye retningslinjer for fornyelse av resepter og timeavtaler	Totale antall telefonhenvendelser redusert med 21 % Telefonbestillinger for resepter redusert med 22 %, for timeavtaler med 19 %	
Øvre Årdal	Oppfølging av diabetespasienter	Sikre behandling i tråd med kliniske retningslinjer Redusere ventetid for pasientene Overføre oppgaver fra lege til sykepleier	Utarbeider planer og retningslinjer for "diabetespoliklinikk" som skal drives av sykepleier i samarbeid med lege. Lager tilsvarende planer for "hypertensjonspoliklinikk"	Tverrfaglig enighet ved kontoret om å innføre poliklinikken. Prosjektet stopper opp når legen i forbedringsgruppen skifter jobb. Ny lege vil fortsette prosjektet	Kontoret hadde tre ledere i løpet av prosjektperioden

## 4.2. Sikring av forutsetninger for forbedringsarbeidet

### Organisering

Legekontorene hadde ulike organisering. Den dominerende organisasjonsformen var selvstendige leger i kontorfellesskap, hvor kommunen sørget for drift av kontoret og var arbeidsgiver for hjelpepersonalet. Ett av kontorene var privat eiet og drevet. Alle kontorene hadde etablerte fellesmøter for alle medarbeiderne, men struktur, hyppighet og formaliteter rundt møtene varierte i betydelig grad. Flere av kontorene opplevde i prosjektperioden at de fikk behov for å gjøre endringer i sin interne møtestruktur. Endringen gikk dels på hyppighet, hvem som skulle delta og på formalitetene rundt møtene.

Alle legekontorene hadde en lege som definert leder, som i praksis også ble leder for forbedringsprosjektet. Kontorene hadde ulike kultur for å utøve ledelse og styring. I en av kommunene engasjerte helse- og sosialsjefen seg i forbedringsarbeidet allerede ved tidspunktet for påmelding til læringsnettverket. Det ble gitt klare føringer for at dette var et prosjekt som legekontoret burde delta i. Kommunen ga sin støtte til arbeidet og viste interesse gjennom hele prosjektperioden, blant annet gjennom å være tilstede på personalmøter.

Ved ett av kontorene roterte man i begynnelsen på hvem av legene som deltok på nettverksmøtene. Intensjonen var at dette skulle bidra til bedre forankring og eierskap til prosjektet innad på legekontoret. I praksis bidro den stadige utskiftingen i prosjektgruppen til mangelfull framdrift og uklar styring av forbedringsarbeidet. Etter hvert valgte kontoret selv å endre dette. Lederen tok klar styring og ble fast deltaker i prosjektgruppen, slik at prosjektet ble løst trygt i havn.

### Tidsbruk

Alle kontorene brukte sine etablerte faste møter til å involvere medarbeiderne i forbedringsarbeidet. I hovedtrekk rapporterte forbedringsgruppene at de oppnådde nødvendig medvirkning og involvering fra de øvrige ansatte ved kontoret. Graden av medvirkning og involvering varierte ut fra lokal tradisjon og kultur for å jobbe tverrfaglig. Forbedringsprosjektet var tema på slike fellesmøter minst 1-2 ganger i måneden ved alle kontorene.

Legekontorenes hverdag var preget av høyt tempo og arbeidspress. Derfor var det vanskelig å finne rom for forbedringsarbeidet i ordinær arbeidstid utenom de etablerte møtene.

Tett oppfølging fra Fylkesmannen i mellomperiodene bidro til at det ble jobbet jevnt med forbedringsarbeidet. Likevel var det en tendens til mer intensiv aktivitet når det nærmet seg et nytt nettverksmøte. Man skal ikke undervurdere effekten av gruppejustisen som oppstår når man vet at man skal presentere sine erfaringer for kolleger.

Forbedringsgruppenes behov for egne møter varierte i stor grad med de ulike prosjektenes størrelse. For alle under ett kan det anslås at forbedringsgruppene hadde behov for å møtes en gang hver 14. dag.

Dataprogram for tekstbehandling, presentasjonsverktøy og regneark ble brukt for å tegne prosesskart og registrere, analysere og presentere prosessdata. Noen av kontorene manglet, eller hadde begrenset tilgang til dataverktøy og kompetanse til å bruke dem. Selv om de fikk opplæring og veiledning, medførte dette ekstra tidsforbruk. Tidsbruken for dette skrivearbeidet varierte med omfanget av den prosessen som skulle forbedres. Vi anslår at forbedringsgruppene gjennomsnittlig trengte en time i uken gjennom hele prosjektperioden til dette arbeidet.

### Kritiske faktorer for framdrift av forbedringsarbeidet

På den første samlingen ble forbedringsgruppene gjort kjent med kritiske faktorer for at forbedringsarbeid skal føre fram (se punkt 2.2. på side 5). Samtidig ble det definert som et lederansvar å sjekke at faktorene hele tiden var til stede hos de enkelte gruppene.

På hver samling gjorde hver gruppe opp status i forhold til disse faktorene (Tabell 3).

Tabell 3. Fravær av kritiske faktorer hos de enkelte forbedringsgruppene under gjennomføringen av læringsnettverket (fraværende faktorer er merket med spørsmålsteget).

	Effektiv metode					Tilstrekkelig veiledning					Støtte fra ledelsen					Tverrfaglig gruppe					Tilrettelegging				
	Samling nr.					Samling nr.					Samling nr.					Samling nr.					Samling nr.				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>Flora</b>	x	x	x	x	x	?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Sogndal</b>	x	x	?	x	x	x	x	?	x	x	x	x	?	x	x	x	x	?	x	x	?	x	x	x	x
<b>Vågsøy</b>	?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Årdal</b>	?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	?	x	x	x	x	x	?	x	x	x	x	?
<b>Leikanger</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	?	?	?	?	x	x	x	x	x	
<b>Stryn</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	?	?	?	x	x	?	x	x	x	x	x	x	x	x	

Når framdriften ble redusert ved noen av kontorene, var det mulig å se en sammenheng med fravær av en eller flere kritiske faktorer. Da dette ble synliggjort på nettverkssamlingene, fikk forbedringsgruppene anledning til å justere organiseringen av arbeidet, gjerne etter å ha hørt erfaringer og råd fra de andre gruppene. Dette bidro sannsynligvis til å forebygge at arbeidet stoppet helt opp for to av de deltagende legekantorene.

### 4.3. Ringvirkninger

Systematisk forbedringsarbeid fører med seg rekke ringvirkninger, som deltakerne kan oppleve som like betydningsfulle som resultatene av det konkrete forbedringsprosjektet. Ofte blir man oppmerksom på andre områder i virksomheten som også trenger å forbedres, og tar tak i disse ved siden av det aktuelle forbedringsprosjektet.

Andre ringvirkninger dreier seg om endret opplevelse av arbeidsmiljøet som forandringer i samhandling, ledelse, kommunikasjon eller muligheter for læring. Mange uttrykker glede over at nettverket gir anledning til å treffe kolleger fra andre kommuner for å drøfte faglige og driftsmessige problemer på en ny og direkte måte.

I tabellen under er det gjengitt en del utsagn fra deltakerne i nettverket som illustrerer slike erfaringer

*Tabell 4. Eksempler på utsagn om ringvirkninger av forbedringsarbeidet.*

Tema	Utsagn
Samarbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leger og medarbeidere har fått større forståelse for hverandres arbeidsoppgaver.</li> <li>• Gjennom prosjektet har medarbeiderne fått bekreftelse og anerkjennelse av den viktige kompetansen de besitter. Dette har bidratt til øket trygget og trivsel i arbeidet.</li> <li>• Teamfølelsen er blitt styrket på samlingene i nettverket .</li> </ul>
Ledelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er viktig å ha en leder som er pådriver og at alle involverte er med i prosjektet.</li> <li>• Forpliktelse er nødvendig for å oppnå kontinuerlig forbedring.</li> <li>• Forbedringsmetoden hjelper til med å være grundig og gå i dybden.</li> </ul>
Læring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi er blitt mer bevisste på hvordan vi løser oppgaver eller problemer.</li> <li>• Forbedring krever innsats fra alle, og det krever veiledning</li> <li>• Leger og medarbeidere har lært å drive en felles læringsprosess</li> </ul>
Nettverk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nesten like viktig som resultatet av eget arbeid har det vært å få del i de andre kontorenes arbeid og resultater, og deres vurderinger og kommentarer til eget arbeid. Dette har gjort arbeidet mer effektivt og morsomt.</li> <li>• Erfaringsutveksling med andre legekantor er svært viktig, og det sterkeste argumentet for å sette i gang med nye nettverk.</li> </ul>

#### **4.4. Videreføring av forbedringsarbeidet**

Erfaringer fra læringsnettverk i sykehus har vist at de kritiske faktorene for forbedringsarbeidet må opprettholdes, dersom det ikke skal stoppe opp når nettverket avsluttes. Det er først og fremst et lederansvar å sikre de nødvendige forutsetningene for at forbedringsarbeidet skal bli videreført.

De fleste legekantorene i nettverket hadde planer om nye forbedringsprosjekter. Bortsett fra ett kontor, som mente de kunne fortsette på egen hånd, ønsket deltakerne at nettverket ble videreført, enten gjennom en ny, tilpasset runde eller i form av et løsere nettverk som møtes 1-2 ganger i året. Fylkesmannen ble oppfattet som et ressurscenter i denne sammenhengen.

## **5. Diskusjon**

### **5.1. Om bruken av forbedringsmetoden ved allmennlegekantorene**

Gruppene valgte forbedringsområder som ikke bare var relevante i forhold til de enkelte kontorenes situasjon, men også i forhold til Helsetilsynets risikovurderinger (1). Ett team valgte tilgjengelighet som forbedringsområde. To valgte medarbeidernes medisinskfaglige vurderinger og to valgte forskrivning eller håndtering av medikamenter. Ett team tok utgangspunkt i tilgjengelighetsproblematikk, og endte opp med et prosjekt for forbedring av klinisk behandling.

Ved å standardisere prosessen og gjennomføre målinger av egen ytelse, fikk deltakerne ny forståelse for hvordan uheldige hendelser kan oppstå som en konsekvens av systemfeil. Medarbeiderne på legekantorene følte at deres kompetanse ble mer verdsatt. De ulike faggruppene fikk en klarere forståelse for hverandres arbeidsoppgaver. Flere av kantorene erfarte at legenes ansvar i de aktuelle prosessene

ble tydeliggjort, noe som gjorde at legene selv begynte å gjøre oppgaver de tidligere hadde delegert.

Metoden ble raskt forstått og akseptert av forbedringsgruppene. De brukte metoden på en tilpasset og pragmatisk måte. Det ble gjort en del forenklinger, særlig med hensyn til innhenting av data og bruk av statistikk. Disse løsningene hadde tilstrekkelig presisjon i forhold til gruppenes egne behov for å konstatere om forbedringstiltak hadde ført fram.

Forbedringsmetoden forutsetter ferdigheter i bruk av vanlige dataprogrammer for tekstbehandling, presentasjonsverktøy og regneark. Ikke alle legekantorene hadde disse programmene installert. I tillegg var det noen som ikke hadde kjennskap til dem. Dette var en potensiell kilde til frustrasjon, som ble motvirket ved at Fylkesmannen var aktiv på tilbudssiden i forhold til enkel opplæring og praktisk bistand.

Ut fra resultatene og deltakernes egne utsagn ser det ut til at metoden satte i gang læringsprosesser som befordrer felles læring og endret atferd i forhold til tverrfaglige arbeidsoppgaver. Tempoet i læringsnettverket var langsomt nok til at gruppene rakk å gjennomføre sine forbedringsprosjekter på toppen av alt annet arbeid. Samtidig skapte forventningene fra kollegene i nettverket et press som holdt oppmerksomheten og kontinuiteten oppe.

## **5.2. Om organiseringen av forbedringsarbeidet**

Læringsnettverk for kvalitetsforbedring har tidligere vært mest brukt i forhold til spesialisthelsetjenester, hvor organisering og ansvarsdeling ofte er tydeligere enn i kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har også som regel faste budsjetter for fagutvikling og etablerte støttefunksjoner i forhold til kvalitetsrådgivning og bruk av dataprogrammer.

Prosjektet viste at disse forskjellene ikke står i veien for at også allmennlegekontorer kan nyttiggjøre seg læringsnettverk for kvalitetsforbedring. Forbedringsgruppene kom fort på banen og medarbeiderne viste seg likeverdige med legene i tverrfaglige diskusjoner rundt forbedringsarbeidet.

Legekantorene som deltok i nettverket hadde ulike driftsmodeller. Dette så ikke ut til å ha betydning for utfallet så lenge man hadde system for styring og ledelse av kontorfellesskapet. Skal man få full effekt av forbedringsarbeidet, må alle ved kontoret følge lojalt opp. Dette forutsetter en kultur for samarbeid, og at noen har myndighet til å fatte beslutninger. I tillegg må der være en reell involvering og medvirkning fra alle ansatte slik at de får eierskap til prosjektet.

Kantorene brukte etablerte møtestrukturer for å sikre medvirkning fra alle medarbeiderne. Ett kontor prøvde å få til ytterligere involvering gjennom å rullere på deltagelsen i forbedringsgruppen. Dette lyktes ikke etter intensjonen. For å kunne bidra i gruppen må man ha kunnskap både om forbedringsmetoden og det konkrete prosjektet. Når man ikke er tilstede under opplæringen og heller ikke har oversikt over det aktuelle prosjektet, blir det vanskelig å bidra effektivt i gruppen.

### 5.3. Om ressursbruken

Hvis man ser isolert på ressursbruken i forhold til de enkelte forbedringsprosjektene, kan forbedringsarbeidet fortone seg som kostbart. Problemet er at det er vanskelig å finne alternative og mindre kostnadskrevenende måter å få i stand kontinuerlig forbedring i klinisk praksis. Grundig opplæring og veiledning er helt nødvendige forutsetninger for at de fleste team skal komme i gang med systematisk kvalitetsforbedring.

Den største ressursbruken i læringsnettverket var deltakernes egen arbeidstid. I tillegg kommer utgifter til nettverkssamlingene og til veiledning i mellomperiodene. Veiledningen til forbedringsgruppene ble gjennomført av ansatte Fylkesmannen, som i sin tur fikk ekstern veiledning i å drive læringsnettverket.

## 6. Konklusjon

Systematisk forbedringsarbeid innebærer en form for samhandling og refleksjon som kan gjenkjennes i begrepet ”lærende organisasjoner”. Dette er en helt en nødvendig forutsetning for å få til kontinuerlig forbedring av praksis. Slike former for læring er allerede etterlyst både i fagmiljøene (5) og fra myndighetene (2).

Ett av de fem innsatsområdene i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten dreier seg om å styrke utøverne. I denne sammenhengen legges det vekt på følgende tiltak (12):

- Sikre at ny og relevant kunnskap tas i bruk i tjenestene, og raskt kommer brukerne til gode
- Etablere verktøy for beslutningsstøtte, blant annet elektroniske informasjonssystemer
- Skape samarbeids- og refleksjonsarenaer mellom utøvere, på tvers av tjenester og nivåer
- Utvikle treningsprogrammer for bedre arbeid i tverrfaglige team
- Gi utøveren kunnskap og ferdigheter i sikkert arbeid og informasjon om risiko knyttet til arbeidet
- Sikre at tjenestene støttes av anerkjente faglige
- Utvikle kommunikasjonsferdigheter

Læringsnettverket i Sogn og Fjordane la til rette for at de fleste av disse tiltakene ble ivarettatt av utøverne selv, med en begrenset innsats i form av ekstern veiledning og tilrettelegging.

Etter kommunehelsetjenesteloven har kommunene ansvar for at innbyggerne får forsvarlige helsetjenester, både i forhold til omfang og kvalitet. Allmennlegetjenesten er organisert i små enheter, som hver for seg hverken har kapasitet eller ressurser til å starte opplæring i systematisk forbedringsarbeid.

Læringsnettverk for prosessforbedring er egnet til å samle små behandlingseenheter til en kostnadssvarende form for opplæring og veiledning. Initiativet til å opprette og drive slike nettverkene bør komme fra kommunene, gjerne i samarbeid med Fylkesmannen, som har ansvar for rådgivning på dette området.

## 7. Litteratur

1. Kohn LT et al (Editors). To err is human. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.
2. Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse. Rapport fra Helsetilsynet 13/2004. Oslo: Statens helsetilsyn 2004.
3. Treweek S et al. Hva gjør fastleger for å holde seg oppdatert? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 304-6.
4. Håvelsrud K et al. Hva gjør fastlegens medarbeidere for å holde seg faglig oppdatert? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 307-9.
5. Flottorp S et al. Hvordan bedre kvalitet og videre- og etterutdanning i allmennpraksis? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 601-2.
6. Grol R et al. Improving patient care. Edinburgh: Elsevier, 2005.
7. Carey RG et al. Measuring quality improvement in healthcare. New York: Quality Resources, 1995.
8. Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern: Prosessforbedring i klinisk virksomhet. Helsetilsynets utredningsserie 5-2001. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.
9. Øvretveit J. Pathways to quality: a framework for cost-effective team quality improvement and multiprofessional audit. Journal of Interprofessional Care 1994; 8-3: 329-33.
10. Øvretveit, J et al. The quality journeys of six Norwegian hospitals. Oslo: The Norwegian Medical Association, 1999.
11. Hustad V. Læring i arbeidsmiljøet. Oslo: Samlaget, 1998.
12. ”- og bedre skal det bli”. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Veileder IS-1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.

## **Kvalitetssikring av medisinbestilling i samarbeidet mellom fastlege og heimesjukepleie i Flora kommune**

---

### **Sunnfjord Medisinske Senter**

Legegruppa Sunnfjord Medisinske Senter AS er eit privat legekantor med 11 fastlegar og ein turnuslege. Det er 10 medarbeidarar, både legesekretærer, hjelpepleiar, sjukepleiar og bioingeniørar. Kontoret har og spesialist i fysikalsk medisin med driftsavtale med Helse Vest. Kontoret dekkar alle Flora kommune sine om lag 11 400 innbyggjarar.

#### **Forbetringsgruppa**

Jan Helge Dale, fastlege/dagleg leiar  
Normund Svoen, fastlege/skrivar  
Hilde Marie Sund, fastlege  
Karen Johansen, medarbeidar  
Aud Bang Olsen, medarbeidar

#### **Tidligere erfaringer med systematisk kvalitetssikring ved kontoret**

Kontoret vart etablert januar 2001 ved samanslåing av Kinn legekantor med tre legar og Flora Legesenter med fem legar. Under planlegging og bygging av kontoret vart det sett i gang ein prosess med utarbeiding av planar og prosedyrar for kontoret som enda med at vi ved innflytting hadde ei kvalitetshandbok for drifta, med organisering, internkontrollprosedyrer og prosedyrer for dei vanlegaste problemstillingar.

Dette arbeidet har vorte vidareført heile tida sidan, med regelmessige kvalitetsmøter kvar 14. dag og internundervisning kvar 14. dag. Det vert ført møtereferat frå kvalitetsmøta.

Avviksmeldingar vert systematisk innsamla og behandla, prosedyrer vert revidert og nye vert laga. Kvalitetsboka vert løpande oppdatert og ligg elektronisk tilgjengeleg på alle arbeidsstasjonar.

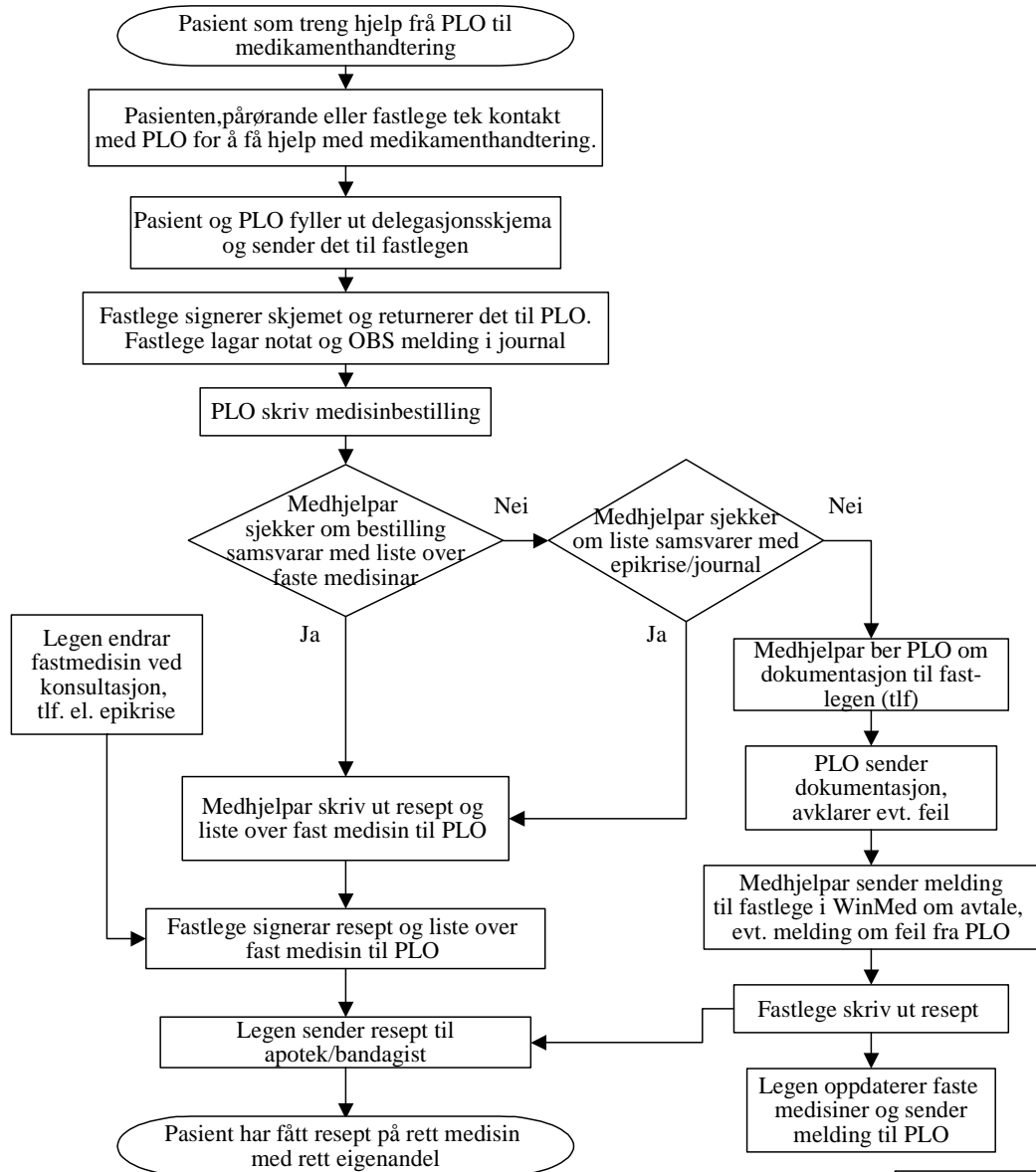
#### **Val av forbetningsområde**

Vi valde å kvalitetssikre samarbeid om reseptutskrivning til heimesjukepleien sine pasientar, der heimesjukepleien har overteke ansvaret for tillaging og utdeling av medikament. I juni 2005 var det 182 pasientar i denne kategorien i Flora kommune. Reseptutskrivninga er ein svært viktig funksjon, og vi såg at prosedyrane vi hadde på dette området ikkje var gode nok.

Det er mange moglege feilkilder i høve utskrivning av reseptar til desse pasientane. Prosjekartet illustrerer at dette er ein komplisert prosedyre, som involverer både legane, hjelpepersonellet og ekstern samarbeidspartnarar (sjå neste side).

## Medisinutlevering i samarbeid med heimesjukepleie

**Målgruppe:** Personer som treng hjelp av heimesjukepleie til medikamenthandtering  
**Oppgave:** Ta imot medisinbestilling frå PLO, sjekke at den samsvarar med fastlegen si liste og returnere rp til PLO  
**Målsetting:** Pasient, PLO og fastlege opererer med same medisinliste. Spare dobbeltarbeid. Auke sikkerheit. Unngå unødvendige eigenandelar for pasienten.



Versjon nr: 4  
Dato: 143005

### Kartlegging og analyse

Vi undersøkte 55 medisinbestillinger frå PLO i april-mai 2005. Registreringa synte store skilnader mellom heimesjukepleien og fastlegen sine medisinlister. Berre i 29 prosent av bestillingane stemte listene overens. Det var også manglar med hensyn til å dokumentere at PLO hadde fått fullmakt frå pasientane til å administrere medisinane. Slike delegasjonsvedtak var dokumenterte i WinMed hos 62 prosent av pasientane, medan om lag 80 prosent var registrert med gyldig delegasjon av heimesjukepleien.

Problema skuldast at fastlegane i liten grad hadde nytta fastmedisinlista. Skulle ein få til ein effektiv prosess der og medhjelparar kunne avlaste legen, såg fastlegane at meir aktiv bruk av fastmedisinlista var heilt naudsynt.

For å sikre at heimesjukepleien fekk melding om medisinendring hjå pasientar dei har ansvar for, var det og viktig med merking i reseptmodulen i WinMed på desse pasientane. Dette var alt innført som prosedyre, men registreringa synte at ikkje alle fulgte dette opp.

### Intervensjonar

I løpet av sommaren og hausten 2005 innførte vi nye prosedyrar for samhandlinga med heimesjukepleien:

- Fastlegen si fast-medisinliste er einaste gyldige medikamentliste
- Der bestillingsliste ikkje stemmer med fastmedisinliste skal bestillinga leggst til fastlege for vurdering
- Fastlegen skal alltid oppdatere fastmedisinliste ved konsultasjonar
- Epikriser skal gjennomgåast av fastlegen og fastmedisinlista oppdaterast. Kopi skal sendast heimesjukepleien Dialog mellom heimesjukepleie og fastlege ved utskrivning frå sjukehus – heimesjukepleie skal ta kontakt
- Samarbeidsmøter om pasientar 1-2 gonger årleg eller ved trong – ansvarleg er heimesjukepleien
- Periodisering av reseptbestilling 4 gonger pr. år – ansvarleg er heimesjukepleien
- Der det finst delegasjonsvedtak, må fastlegen vere påpasseleg med å anmerke samarbeid med heimesjukepleien i reseptmodulen i WinMed

### Resultat

Ei ny registrering av 56 medisinbestillingar i september/oktober 2005 synte tydelege forbetringar i høve til utgangsdataene (Tabell 1).

*Tabell 1. Samsvar mellom bestillingar og medisinliste, og dokumentasjon av delegasjonsvedtak*

	Før intervensjonane (n=55 bestillingar)	Etter intervensjonane (n= 56 bestillingar)
Andel medisinbestillingar som stemmer med fastmedisinliste	29,1 %	64,3 % *
Andel bestillingar der delegasjonsvedtak er merka i reseptmodul	61,8 %	87,5 % **

\*)  $p=0,0002$  \*\*)  $p=0,002$

Fastlegen si liste er no vedteken som fasit, også i dei høve der pasienten nettopp har vore innlagt på sjukehus. Der må fastlegen gå inn og kvalitetssikre dei medikament som er angitt i førebels epikrise, før heimesjukepleien endeleg kan oppdatere si nye medisinaliste. Når fastlegen gjer endring av medisiner, skal heimesjukepleien oppdaterast med kopi av den nye medisinalista.

Legane sin motivasjon for å halde fastmedisinalista oppdatert har auka ved at dei no får hjelp frå hjepepersonellet til utskriving av medikament når lista er korrekt, og ved at dei får påminningar når listene ikkje stemmer. Om det no er avvik mellom fastlegen si liste og heimesjukepleien si liste skal fastlegen gå gjennom lister og reseptar og sende melding til heimesjukepleien. Ved utskriving av medisinar til heimesjukepleien sine pasientar skal det vere 100 prosent samsvar mellom fastlege si liste og heimesjukepleien.

### **Ringvirkningar av forbetningsarbeidet**

Som ein svært viktig og artig ”spin off” av prosjektet skal det nemnast at samarbeidet om medikamentforskriving med heimesjukepleien har ført til at heimesjukepleien no har omorganisert avdelingane sine slik at dei har innført primærpleieprinsipp i høve til fastlegeordninga. Ein sjukepleiar får primæransvaret for alle pasientane som høyrer til ein fastlege i si avdeling. På denne måten vert det mykje lettare å få gode rutiner på samarbeidet ikkje berre om medikament, men om den totale felles omsorga for pasienten.

### **Gjennomføring av forbetningsarbeidet**

Forbetningsarbeidet gjekk etter oppsett plan. Regelmessige samlingar gjordet at arbeidet måtte vere ferdig til faste tider, og det er no ein gong slik at det som har absolutte fristar har ein tendens til å verte ferdig.

Kontoret hadde tre legar og to medarbeidarar med i prosjektgruppa og det var nyttig. Heile kontoret vart involvert i arbeidet og det vart løpande rapportert om prosjektarbeidet og resultat på kvalitetsmøta. Arbeidet krev ein god del ekstra tid, noko som alltid er svært vanskeleg å prioritere i ein svært travel kvardag. Men sidan det var vilje på kontoret til å gjennomføre det fekk vi det til med tilfredsstillande resultat.

Sjølv om vi frå før har erfaring med forbetningsarbeid, var prosjektet svært nyttig. Forbetnings-metoden med detaljert teikning av prosesskart, viser kor komplisert mange prosessar eigentleg kan vere og kor mange mogelegheiter det er for feil. Det å utføre målingar var svært nyttig, både for faktisk kartlegging av problemet sitt omfang og for å dokumentere forbetring.

Svært god vegleing gjorde at metoden var lett å forstå og lett å bruke. Arbeidet var inspirerande, spesielt når ein ser så tydeleg betring som vi gjorde. Det å møte andre legekontor i nettverket var og svært inspirerande og lærerikt.

### **Læringsnettverket**

Sett frå vår synsstad var gjennomføringa av læringsnettverket heilt optimal. Det vart kanskje noko dårleg tid til arbeid mellom samlinga i mai og september grunna ferie, men slik måtte det vel vere. Vegleinga var svært god både frå ekstern vegleiar og ved den løpande oppfølginga frå fylkesmannen sine representantar.

**Viktigaste lærdommar**

Primærhelsetenesta (og truleg heile helsetenesta) treng opplæring i effektiv metodikk for forbetningsarbeid. Den metodikken vi har fått lære er ikkje vanskelegare og meir ressurskrevjande enn at den let seg implementere i ein hektisk kvardag på eit primærlegekontor.

**Vidareføring**

Legegruppa SMS fortset sitt løpande kvalitetsarbeid. Vi vil nok meir aktivt bruke dei metodane vi har lært i prosjektet med prosesskart og målingar i vårt vidare forbetningsarbeid.

Våren 2006 skal heile kvalitetsboka vår reviderast og det er alt sett ned arbeidgrupper med ansvar for revisjon av dei ulike kapitla. Alle ved kontoret er involvert i dette arbeidet. I dette arbeidet vil det og vere trong for forbetring av einskildprosedyrer og då kjem lærdommen frå prosjektet godt med.

## **Forbetring av medisinskfaglege vurderingar ved telefonhenvendingar**

---

**Kommunelegekontoret i Leikanger**

Kontoret dekker kommunen som har 2200 innbyggjarar. Tilsette er to fastlegar og ein turnuslege, ein sekretær i full stilling, to sjukepleiarar i halv stilling. Leiinga av kontoret er lagt til ein av legane.

**Forbetningsgruppa**

Leiv Erik Husabø – leiar  
Kjellaug Slinde – tilretteleggar  
Birgitte Loftesnes Røysum - deltakar

**Tidlegare erfaringar med kvalitetssikring ved legekantoret**

Vanlege personalmøte med skiftande tema, ikkje langsiktige prosjekt.

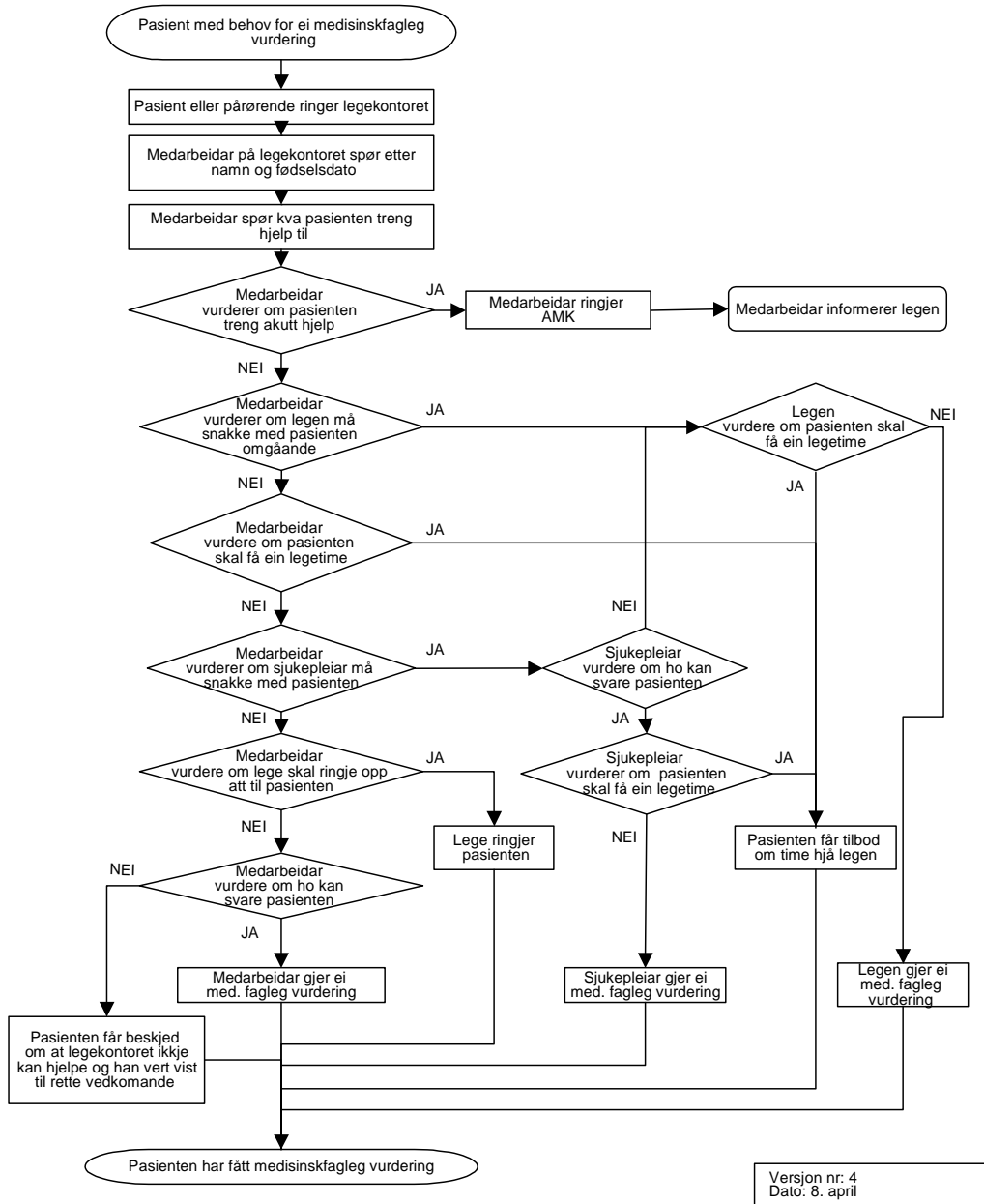
**Val av forbetningsområde**

Vi opplevde at vi hadde for stor pågang på telefonen. Mange gonger lovde vi meir enn vi kunne holde når vi skulle ringe tilbake til pasientane. Kommunikasjon om telefonbeskjedar ved hjelp av gule lappar skapte frustrasjon og misforståing.

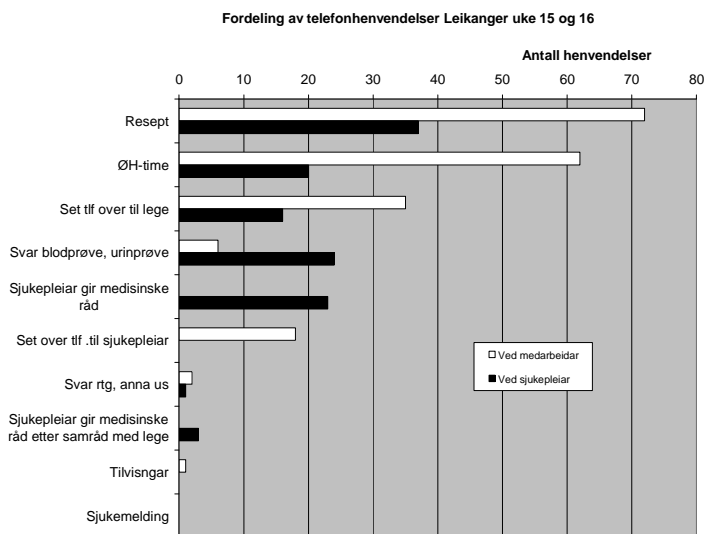
Målet for forbetningsarbeidet var å betre service for pasientar som trengte medisinskfagleg vurdering. Handteringa av telefonar frå pasientar vart teikna i eit flytdiagram. Diagrammet syner at kontormedarbeidarane hadde ein sentral rolle når det gjaldt å ta i mot, prioritere og formidle henvendingar (sjå neste side):

### Medisinskfagleg vurdering til pasientar som ringjer legekontoret Legekantoret på Leikanger

**Oppgåve:**   gi svar til pasientar som ringjer legekantoret med spørsmål som krev medisinskfagleg vurdering  
**Målsetting:** Nøgde pasientar som f r tydlege og rett medisinskfagleg vurdering og svar same dag som dei ringjer legekantoret



For å få oversikt over mønsteret for telefonar til kontoret, gjorde vi ei registrering i veke 15 og 16. Til saman var det 339 henvendingar i denne perioden, som fordelte seg slik:



Registreringane synte eit større antall telefoner enn vi trudde på førehand. Antalet meldingar på gule lappar var også høgt – i denne perioden ble slike lappar brukt i alt 69 gonger.

### Forbetringsiltak

- Avklarte interne rutinar, der vi definerte kva som er øyeblikkeleg hjelp
- Bestemte at vi ikkje skulle love meir enn 3-5 pasient-telefoner pr. dag frå kvar lege
- Reduserte bruken av gule lappar
- For å redusere tal telefonar skulle legane avtale ny time med pasientane under konsultasjonen og samstundes skrive ut medikament på årsresept der det var mogeleg.
- Informasjonsskriv til pasientane om dei nye rutinane
- Beslutningsstøtte til medarbeidarane ("Medarbeiderråd for legevakter og allmennlegekontorer")

### Resultat

Tiltaka vart gjennomført i perioden juni-august. For å vurdere effekten, gjentok vi registreringane i veke 34-35 og veke 43-45:

	Veke 15/16	Veke 34/35	Veke 43/45
Reseptbestilling	109	93	104
ØH-time	82	83	100
Set telefon over til lege	51	17	7
Svar blodprøve urinprøve	30	27	25
Spl. gir medisinske råd	23	12	9
Set over telf. til spl.	18	11	9
Totale antall	313	243	254

Totalt tal telefonar var noko mindre i dei to siste måleperiodane. Det var ein vesentleg reduksjon i andelen telefonhenvendingar som vart sette over frå medarbeidarane til lege og sjukepleiar. Sjukepleiarane fekk også færre oppgåver i form av å gi medisinske råd.

Bruken av gule lappar vart også vesentleg redusert gjennom perioden :

	Veke 15/16	Veke 34/35	Veke 43/45
Tal gule lappar inn til legen	69	40	17
Legen ringer pas p.g.a. gul lapp	21	3	1
Anna beskjed inn til legen	2	50	67
Legen ringer pas. pga anna beskjed	9	50	62

Registreringa viste at forbedringstiltaka hadde vesentlig effekt på fleire områder:

- Totalt tal henvendingar vart redusert med 16-20 prosent
- Medarbeidarane gjør fleire vurderingar sjølv, dei treng ikkje setja telefonane over til lege eller sjukepleiar så ofte som før
- Medarbeidarane er også meir bevisste på ikkje å love fleire telefonar enn legene kan klare
- Talet på gule lappar er vesentleg redusert. Dette betyr mindre risiko for glipp i kommunikasjonen. Fleire pasientar opplever at kontoret held det vi lover.

#### **Gjennomføringa av forbetningsarbeidet**

Alle deltok på personalmøte. Metoden vart akseptert av alle. Om lag 50 prosent av arbeidet vart gjort utanom arbeidstida.

#### **Ringvirkningar av forbetningsarbeidet**

Vi er blitt meir bevisste på korleis vi løyser oppgåver eller problem ved kontoret

#### **Læringsnettverket**

Det var passe avstand mellom samlingane. Fint med to-dagars samlinger. Vi hadde god veiledning.

#### **Viktigaste lærdommar**

Forbetring krev innsats frå alle, rettleiing er naudsynt. Vi hadde mykje unødvendige problem av datateknisk art. Forbetningsarbeidet krev arbeid og tid for å få resultat. Ein stor del av arbeidet blei gjort utanom arbeidstida. Det var viktig å velje eit område der vi sjølv opplevde at vi hadde problem. Målingane var til stor nytte.

#### **Vidareføring**

Det er viktig å vera i nettverk og skulle legge fram resultat for dei andre kontora. Vi har fått inspirasjon og metode for kvalitetsarbeidet, men kjem til å arbeide i mindre skala i neste runde.

## Betre medikamentforskriving

---

### Sogndal Legesenter

Sogndal Legesenter har 7400 pasientar, dei er i hovudsak kjende listepasientar. Senteret har åtte legar og ein turnuslege, til saman om lag fem kurative årsverk, og 11 medarbeidarar i 5,8 årsverk

### Forbetringsgruppa

Helsesekretær Tone Merete Hagen (tilretteleggjar)

Medarbeidar Aase Hegland

Kommunelege Per Stensland

### Tidlegare røynsle med kvalitetsbetring

Kontoret har kvalitetshandbok, system for interne evalueringsmøte og har gitt ut årsrapport dei siste 10 åra.

### Kvifor prosjekt på medikamentforskriving?

Fordi det er ein viktig kvalitetsindikator på kvalitet i fag og samhandling.

Det er mogeleg å definere optimalt resultat:

- Sikker forskriving (korrekt medisin, rett dose og mengd, oppdatering av faste medisinar, utfylt kortdosering som gir rett frå-til-dato, synonympreparatforvirring)
- Økonomi: Rett resept i forhold til punkt og paragraf
- Ventetid: Ventetid på utskrift - Ventetid på signering
- Nøgde pasientar: Redusert ventetid og god kvalitet

Ved kontoret vert det utstedt om lag 15 000 reseptar årleg. Nokre pasientar går fri for medisin, – og vil ha resepten straks. For å få størst mogeleg effekt, hadde vi ein ambisjon om å fordele kvalitetsarbeidet på fleire legar og medarbeidarar ved legesenteret.

Medikamentforskrivinga ved kontoret vart analysert gjennom teikning av eit prosesskart (sjå neste side):



### Utgangsdata

Vi diskuterte korleis vi skulle definere feil ved medikamentforskriving. Resultatet var ei inndeling av feil der vi konsentrerte arbeidet om dei to øvste av desse kategoriane:

#### 1. Alvorlige feil:

- Gal medisin til pasient

#### 2. Intern samhandlingsavvik:

- Faste medisinar ført feil i journal
- Medikament ved behov ført feil i journal
- Kortdosering for B resept ført feil i journal

#### 3. Ikkje-feil:

- Manglande reiterering. Vanskeleg å skilje mellom rett og gal reiterering - nokre reseptar skal ikkje reitererast.
- Årsresept ikkje gitt ut (dvs ikkje reiterert resept)

Ut frå desse kriteria kontrollerte vi alle reseptane ved kontoret i ei veke i mai 2005. I alt vart det skrive ut 476 reseptar. Mellom desse fant vi eit tilfelle av at ein pasient hadde fått gal medisin. Det var samhandlingsavvik i 84 reseptar (17,6 prosent).

Tal feil og avvik funne i 476 reseptar i ei veke i mai 2005		
Av legar	Av medarbeidarar	Av apotek
30 (6,3 %)	41 (8,6 %)	13 (2,7 %)

### Forbetringsiltak

Med desse utgangsdata fekk vi ein diskusjon om korleis vi skulle prioritere slik at vi sette inn kreftene på å forbetre dei prosessane som trong det mest.

#### Krav til legane:

- Fastlegen har ansvar for oppdatering av faste medisinar
- I konsultasjonane: Gjennomgå innkommande epikrisar
- Ta stilling til alle medisinbestillingar der det ikkje ligg føre faste medisinar

#### Krav til medarbeidarane:

- Ikkje skrive ut resept (heller ikkje for vurdering) før sikker informasjon
- Oppdaterer kortdoseringar

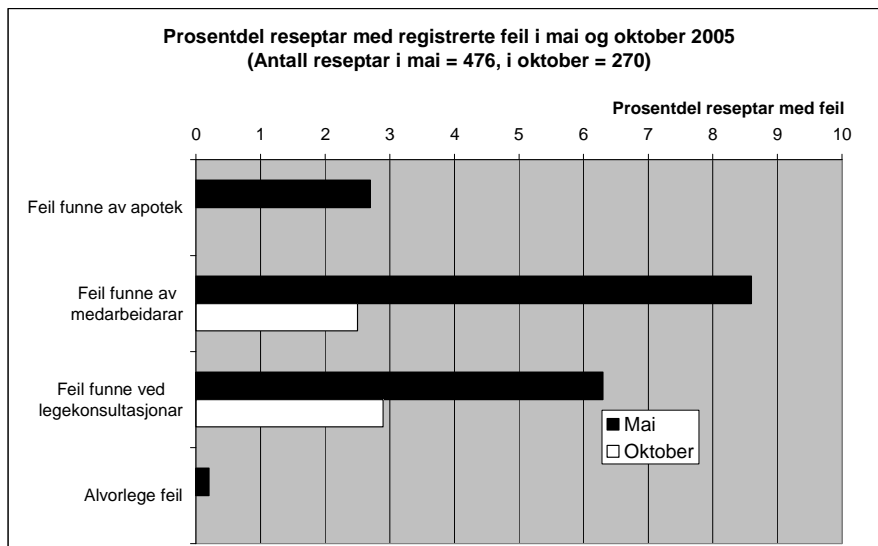
#### Krav til pasientane:

- Fylle ut skjema om medisinbestilling

Vi brukte måndagsmøta til å oppdatere forbetringstiltaka og diskutere framdrifta i prosjektet.

### Resultat

Registreringa av reseptar med feil og avvik vart teke opp att i ei veke i oktober. Samanlikna med registreringa i mai var det ei tydeleg forbetring:



Vi hadde oppnådd betre samhandling ved reseptproduksjon og betre kvalitet på reseptane. Prosentdelen av feilfri reseptar auka frå 85 til 94! Vi fekk også betre kvalitet på registreringar i pasientjournalane om faste medisinar og medisinar ved behov.

Ein spin-off-effekt var at medarbeidarar og legar lærte å drive ein felles læringsprosess. Alle deltok i forbetningsarbeidet og i nyttige diskusjonar etter registreringane.

### **Gjennomføring av forbetningsarbeidet**

Med sikte på å fordele ansvar for framdrift, var ideen at ulike legar og medarbeidarar skulle møte på samlingane med dei andre kontora og at ansvaret for framdrifta skulle delast. Tilretteleggjar skulle vere fast. Dette fungerte ikkje optimalt. Røynslene er at to legar og to medarbeidarar bør leie ein slik prosess i kontoret.

Vi fikk mykje god hjelp av Fylkesmannen undervegs. Tiltetteleggjar og lokal gruppe måtte bruke langt meir enn måndagsmøta. I eventuelle seinare prosjekt må ein rekne at dette krev arbeid for ein tiltetteleggjar aleine, for gruppa i lag og i fellesmøte.

### **Røynsle med læringsnettverk**

Det fungerte godt å lære i saman med og samtidig med legar og medarbeidarar frå andre kontor. Vi kunne hatt grundigare diskusjonar på leiing og relevant metode i starten. Metodediskusjonen må vere basert på røynsler frå primærhelsetenesta og frå små prosjekt.

Læringsnettverket er no etablert. Det er lettare å ta kontakt om praktiske røynsler ved andre kontor. Vi har lært mykje av dei andre prosjekta og endra praksis på nokre punkt som følgje av at vi har følgd arbeidet på andre kontor.

Ingenting går av seg sjølv. Forbetningsarbeid krev ressursar og tid.

## Medisinskfagleg vurdering og behandling av pasientar med trong for ø.hj.-tenester på dagtid

---

### Stryn helsesenter

Stryn helsesenter er eit kommunalt legekontor, med fire legar og ein turnuslege, alle med kommunale oppgåver i tillegg til listeansvar. Listepopulasjonen er 4300. I tillegg har kontoret vikaransvar for tre solopraksisar. Total populasjon ca 8000. 3,3 årsverk hjelpepersonell med fem personar i deltidstillingar. Kommunelege I er dagleg leiar av kontoret.

### Forbetringsgruppa

Leiar: Lege Mark Al-Persson

Helsesekretær Kirsten Berstad

Tilretteleggjar: Lege Anne Stubdal

### Tidlegare erfaring med systematisk kvalitetssikring ved legekontoret

Siste åra har det vore ustabil legedekning med mykje vikarar (>20 stk!) og ingen stabil leing ved kontoret. Derfor er det ikkje noko systematisk kvalitetssikringsarbeid utover laboratoriearbeidet i regi av Noklus. Det er utarbeidd ei kvalitetshandbok i 1999, revidert i 2004, men no moden for ny revisjon.

### Val av forbettingsområde

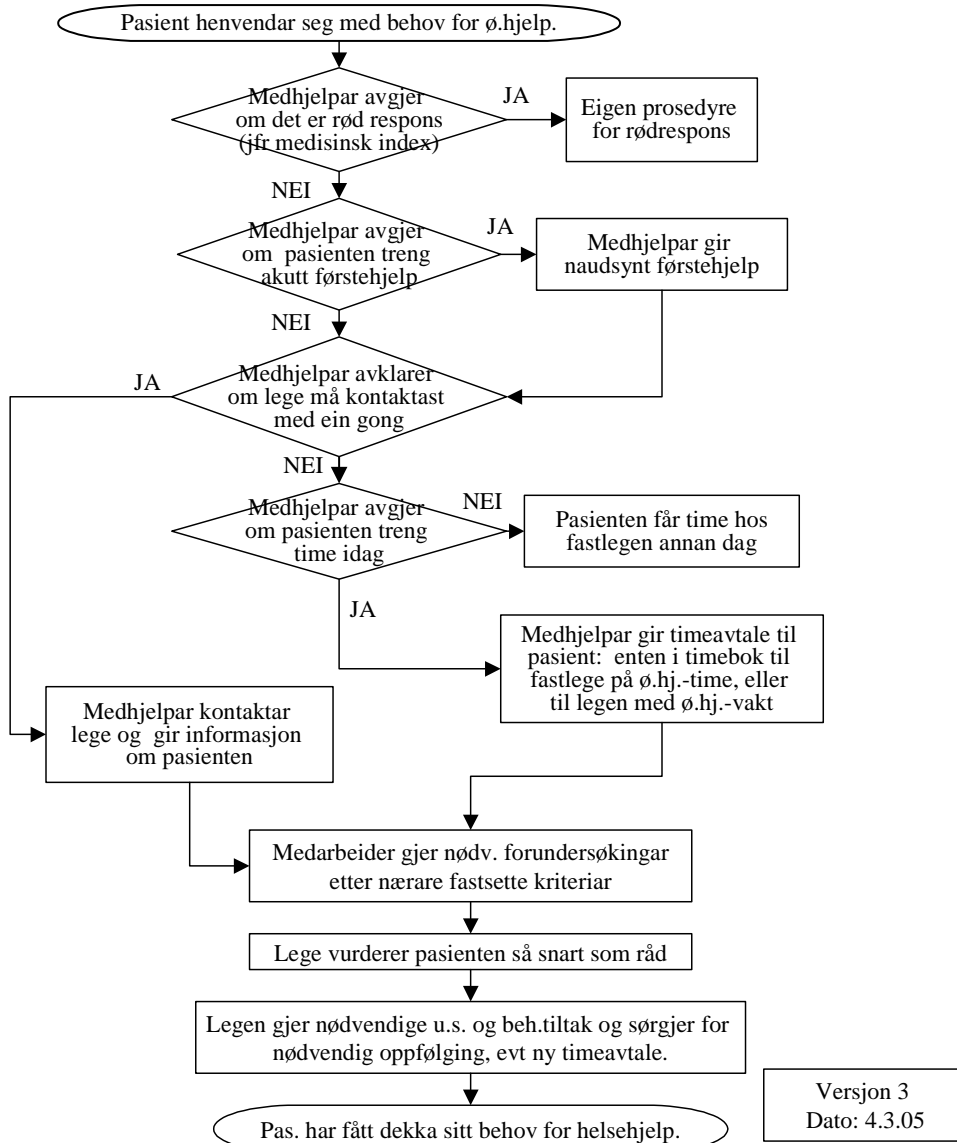
Etter ønske frå medarbeidarane ville vi forbetre prioritering og pasientflyt ved henvendingar om øyeblikkeleg hjelp. Vi såg fleire flaskehalsar og forbettingspotensiale på dette området:

- Medarbeidarar har vanskar med å sile ut dei rette pasientar som treng akutthjelp
- Kunnskap og trening i førstehjelp er for dårleg.
- Det manglar prosedyrar for aktuelle forundersøkingar.
- Omsorg og observasjon til pasient (og evt pårørande) i ventetid kan forbeistrast

Vi teikna eit prosesskart over vurderingar av øyeblikkeleg hjelp, slik vi ynskte at det skulle gjerast på kontoret (sjå neste side):

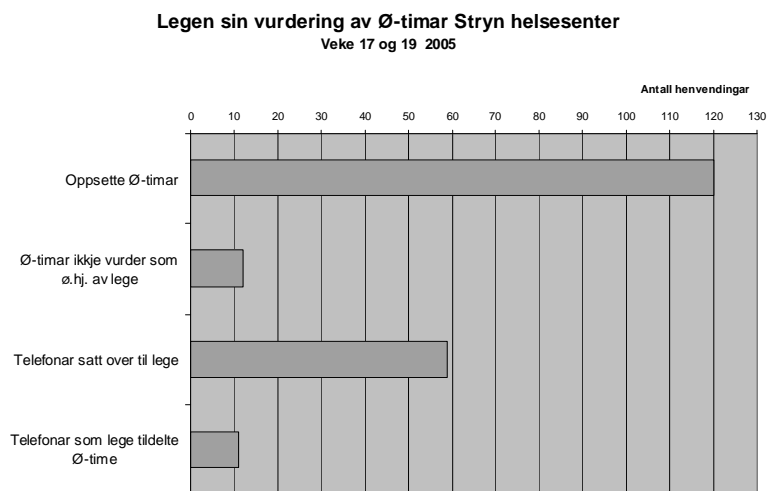
### Medisinskfagleg vurdering og behandling av pasientar med behov for ø.hj. tenester på dagtid ved Stryn legekantor

**Målgruppe:** Pasientar med behov for ø.hj. på dagtid  
**Oppgåve:** Gjere ei vurdering av og gi adekvat hjelp til pasientane.  
**Målsetting:** Rett behandling til rett pasient. Rask nok vurdering og behandling. Tydelege råd og vidare avtalar. Trygge og nøgde pasientar



## Kartlegging og analyse

Vi registrerte alle ø.hj.-henvendingar i veke 17 og 19 for å undersøke i kva grad medarbeidarane og legane sine vurderingar av behovet for ø.hj. stemte overens :



Registreringane syner at personalet gjer gode vurderingar av trong for ø.hj. Berre om lag 8 prosent av oppsette timer og 16 prosent av telefonar vart vurderte på annan måte av legane.

Vi utforma spørjeskjema der vi spurte medarbeidarane om:

- Ønske og behov for opplæring og betre organisering av arbeidet i ekspedisjon og laboratorium
- Korleis dei opplevde sitt arbeid med øyeblikkeleg hjelp-situasjonar
- Kva tiltak dei trur er nyttige for kvalitetsforbetring på området

## Gjennomførte tiltak

Med utgangspunkt i svara frå medarbeidarane sette vi i verk desse tiltaka:

- Ansvarleggjering av kvar einskild medarbeidar til å ta hand om pasienten
- Opplæringsprogram ut frå medarbeidarane sine ønske, delvis i samarbeid med ambulansetenesta
- Omorganiserer arbeidet i ekspedisjon/lab/sentralbord
- Ta i bruk timebok på laboratorium
- Ny telefonsentral med telefonsvarar og ø.hj.-nummer
- Innførte prosedyre for enkle forundersøkingar
- Installerer ”Medarbeiderråd for legevakter og allmennlegekontorer” frå GRUK

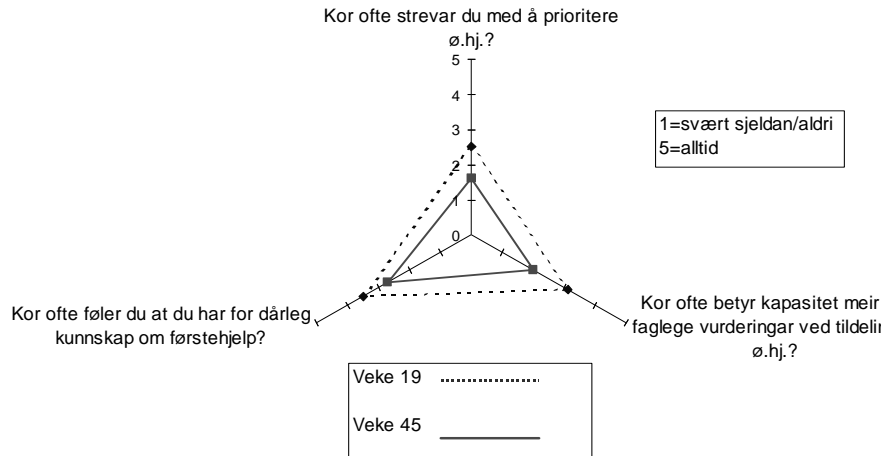
### Evaluering av tiltaka

Etter at tiltaka var innførte, gjentok vi spørreundersøkinga for medarbeidarane. Svara viser at dei opplevde større meistring enn før i høve til arbeidet på dette området:

#### Medarbeidarane si oppleving av arbeidet med ø.hj.-situasjonar

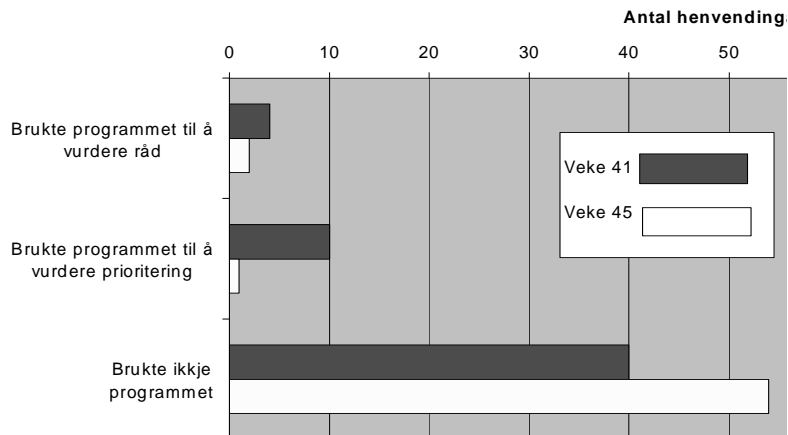
Stryn helsesenter Veke 19 og 45

n=5



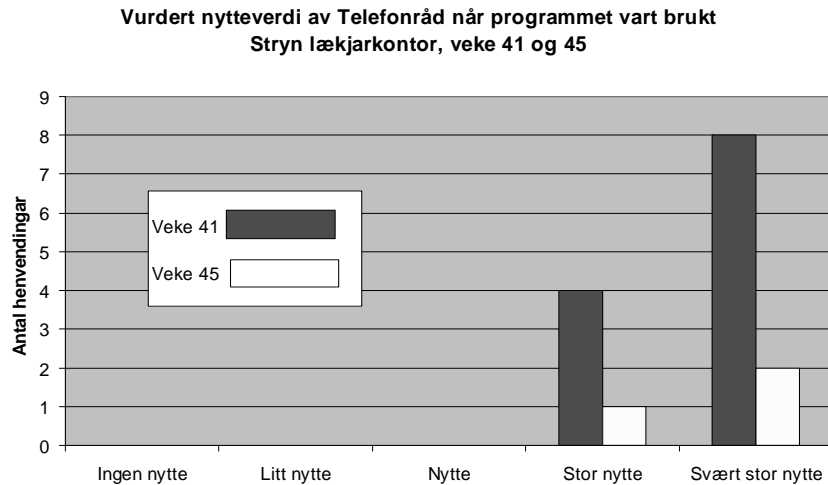
Telefonråd til medarbeidarane blei innført i veke 41. Vi registrerte kor ofte dette verktøyet vart brukt ved henvendingar om øyeblikkeleg hjelp:

#### Bruk av Telefonråd ved Stryn lækjarkontor i veke 41 52 registrerte henvendingar om ø.hj.



Registreringa syner at verktøyet berre vart nytta når det var trong for det. Medarbeidarane sin erfaring var god nok som grunnlag for å ta avgjerd i dei fleste situasjonane.

Samtidig vart verktøyet opplevd som svært nyttig av medarbeidarane:



### Konklusjon

- Systematisk internundervisning gir gevinst for både medarbeidarar og pasientar
- Programvare for beslutningsstøtte gir god fagleg støtte for medarbeidarane
- Omlegging av telefonsentral og arbeidsrutinane på lab og i ekspedisjon var ein viktig faktor for betra medarbeidar-tilfredsheit.
- Medarbeidarane opplevde at arbeidet vart lettare og mindre stressande etter forbetringstiltaka

Resultata syner også at tilfredsheit for medarbeidarane har auka, fagleg kunnskap har auka, og arbeidsrutinar har blitt betre.

### Gjennomføringa av forbetningsarbeidet

Alle på kontoret var ivrige og deltok i arbeidet, sjølv om det medførte meirarbeid. Tidvis vart det mykje arbeid, spesielt for tilretteleggjar. Det var ikkje avsett ekstra tidsressurs til det praktiske arbeidet, og mykje måtte gjerast på fritid og på bekostning av andre oppgåver.

Metodikken vart greitt akseptert. Ein del frustrasjonar over mangelfull datakunnskap hos tilretteleggjar i samband med å lage presentasjonar. Litt samarbeidsproblem i prosjektgruppa midtvegs i prosjektet løyste seg ved at vi sette av tid til planlegging og intern informasjon ein halvtime kvar veke. Vi hadde god hjelp frå veileder, som også deltok på personalmøte to gongar i prosjektperioden. Arbeidet var krevjande, men interessant.

### Læringsnettverket

Veldig nyttig og ikkje minst triveleg med nettverks-samlingar. Både legar og medarbeidar var fornøgde med dette. Kanskje litt for intenst og gjennomorganisert og for lita tid til uformelle samtalar og erfaringsutveksling mellom dei ulike legesentra. Bra med god tid mellom samlingane. Veiledninga var svært god.

**Viktigaste lærdommar**

Kvalitetsarbeid kan være kjekt når det fungerer som eit samarbeidsprosjekt og ein har ein metode som fungerer. Dette har kanskje vore eit lite ”puff” til å halde fram. Erfaringsutveksling med andre legekantor er svært viktig og det sterkaste argument for å setje i gong nye læringsnettverk!

**Vidareføring .**

Har planar om å kvalitetssikre medikamentforskriving og reseptfornyng etter same modell – fått gode tips frå dei andre kontora. Ikkje nødvendig med nytt læringsnettverk i denne omgang.

## **Forbedring av telefontilgjengelighet**

---

**Kommunelegekontoret i Måløy**

Kommunelegekontoret utgjør det totale legetilbudet i Vågsøy kommune med 6300 innbyggere. Kontoret har seks leger, fem fastleger samt turnuskandidat. Tilsatt hjelpepersonell er 5,2 stillinger, fordelt på en sykepleier og seks legesekretærer. Budsjett og driftsansvar er tillagt leder av Familie og Helse, faglig ansvarlig er kommuneoverlegen.

Legetjenesten har egen telefonsentral, lokalisert til resepsjon, bemannet av to, tidvis tre arbeidsplasser.

**Forbedringsgruppa**

Anne Karin Holvik, legesekretær  
Berit Kongsvik, legesekretær  
Trond Inselseth, kommuneoverlege

**Tidligere erfaring med forbedringsarbeid**

Kontoret har rutinemessig avsatt en time ukentlig, torsdag morgen, der det er rom for drøfting av organisering, kommunikasjon, rutiner, løpende vansker som trenger tiltak. Det har her ved flere anledninger blitt gjort forbedringsarbeid, men ikke systematisk over tid med påfølgende evaluering.

**Valgt prosjekt.**

Et naturlig objekt for forbedringsarbeid er telefontilgjengeligheten ved kontoret, ettersom vi stadig møter mishagsyttringer og negative reaksjoner fra brukere som opplever lang køtid og vansker med å komme til. Fra personalet som arbeider i resepsjonen registreres stress i forhold til opplevd utilstrekkelighet med mange innkommende samtaler som skal besvares samtidig med øvrig resepsjonsarbeide.

**Kartlegging og analyse**

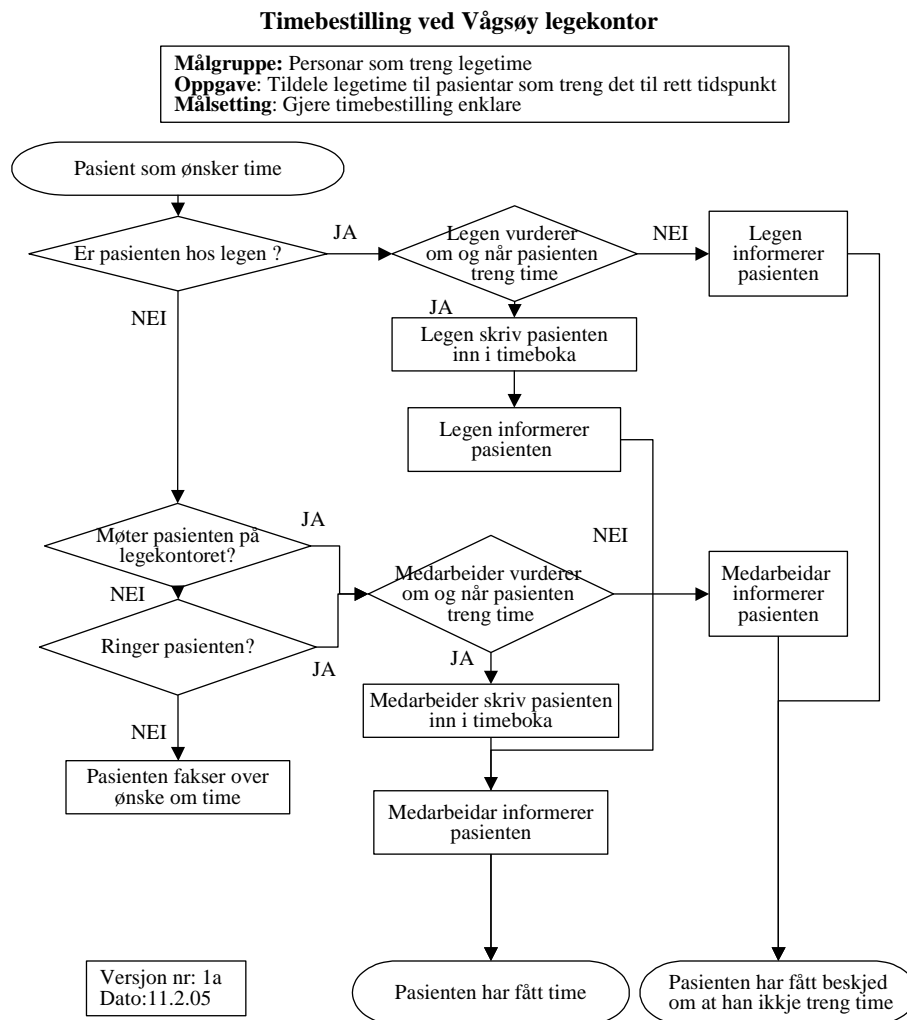
Det ble fort klart at det var nødvendig å registrere mengde og art av telefonhenvendelser for å finne ut hvor innsatsen skulle rettes. I tillegg ville det være ønskelig å vite mer om omfanget av samtidighet og ventetid for innringer. Data ble innhentet ved opptelling av samtaler i forhåndsangitt kategori ved sentralbord og gjennom innhenting av tekniske data via teleoperatør.

Fordeling av kategoriene etter to ukers registrering var:

Kategori	Andel i prosent
Timebestilling	56
Reseptbestilling	15
Sykmeld./rekvisisjoner	9
Medisinsk råd/veil.	8
Prøvesvar/rtg.svar	7
Øvrig helsetj/ 2.linje	4
Øyeblikkelig hjelp/nød	1

Teletekniske data viste innkommende samtaler i overkant av 500 pr. uke, der hver fjerde innringer ble satt i samtalekø med varierende ventetid. Telefonintensiteten varierte sterkt gjennom dagen med størst aktivitet i tiden 09.30 - 11.00, og ikke uventet mandag som ukens mest hektiske dag.

Fokus i prosjektet ble naturlig nok timebestilling, som utgjorde godt over halvparten av henvendelsene. Vi tegnet et prosesskart over denne aktiviteten:



### Forbedringstiltak

Følgende intervensjoner ble planlagt og iverksatt:

- Systematisk informasjon til alt personale om det planlagte forbedringsprosjektet
- Oppfordring og nødvendig opplæring av leger og turnuskandidat til selv å tildele kontrolltime ved legebesøk der dette var ønskelig
- Løpende evaluering og oppfølging i personalmøte

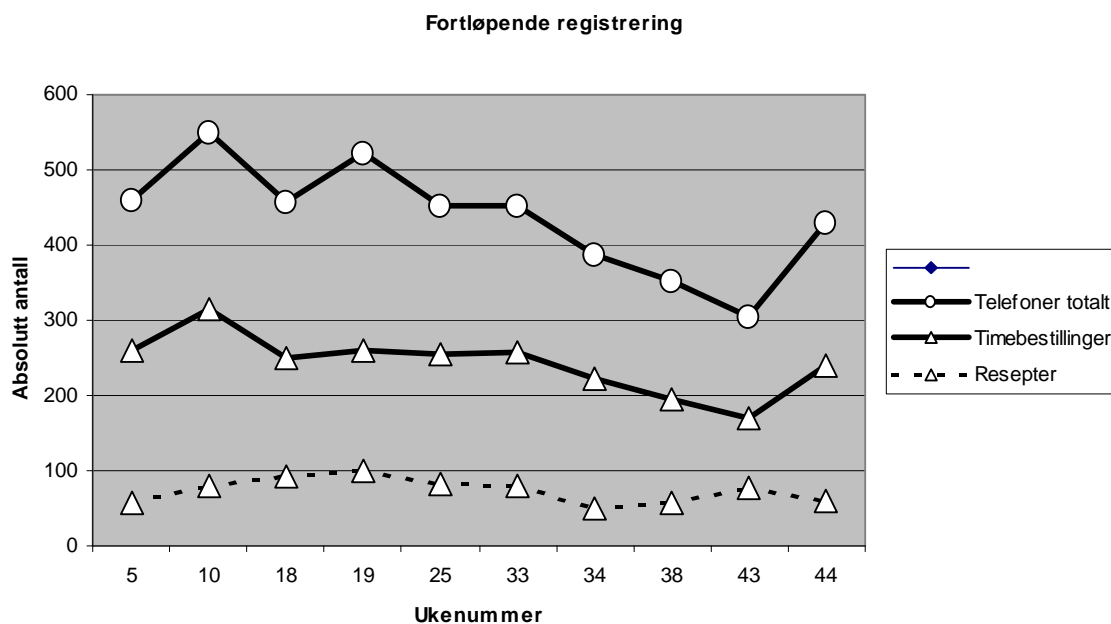
Etter hvert fant prosjektgruppa også å ville utvide innsatsen til å gjelde reseptbestilling. Det førte til at også følgende tiltak ble iverksatt:

- Apoteket kopierer utekspedert blåresept
- Postkasse er opphengt for innlevering av kopi på utekspedert blåresept på faste medisiner. Ny resept kan hentes påfølgende dag.
- Tiltaket meddelt i lokalpresse
- Alle leger oppfordres til innskjerping i utstedelse av reitirerte resepter på fastmedisin
- Leger og personale fortløpende orientert i personalmøte

Endelig har vi i løpet av prosjektperioden besluttet å opprette mulighet for timebestilling samt bestilling av fastmedisin via egen internettside. Ordningen er virksom og publisert i lokalavisen. Bruken er økende og vil ventelig kunne gi et vesentlig bidrag til vår målsetning om bedret telefontilgjengelighet i tiden som kommer.

### Resultater

Antallet telefoner til kontoret ble fortløpende registrert i perioden fra uke 5 til 44:



I forhold til målsettingen om å bedre telefontilgjengelighet har vi i alle fall delvis oppnådd målsettingen. Ved å sammenligne antall henvendelser første halvår med andre halvår ser vi følgende :

Kategori	Antall henvendelser 5 første registreringer	Antall henvendelser 5 siste registreringer	Prosentvis reduksjon
Totale antall telefoner	2443	1928	21
Antall timebestillinger	1337	1085	19
Antal telefonresepter	414	323	22

Noe sent i prosjektåret innså forbedringsgruppen at våre tiltak kun ville kunne påvirke timebestillinger som gjelder forutsigbare bestillinger og kontrolltimer for kroniske tilstander. Vi fant derfor ut at det var nødvendig å registrere hvor stor andel av timebestillinger pr telefon som gjelder kontroll og hvor mange gjelder nye problemstillinger/øyeblikkelig hjelp. Etter registrering over to uker er det klart at bare 30 prosent av timebestillingene nå gjelder kontrolltimer.

### Ringvirkninger av forbedringsarbeidet

Arbeidet har involvert hele kontoret og alle har vist vilje til endring. Prosjektarbeidet har bare hatt positive effekter, som for eksempel:

- Bedre rutiner i reseptfor skriving
- Økt fokus på telefontilgjengelighet i hele personalgruppen
- Økt forståelse for systematisk kvalitetsforbedring
- Forsering av hjemmeside med internettbasert bestilling
- Bedring av legenes homogenitet i rutiner
- Bedret arbeidsmiljø for hjelpepersonalet
- Flere fornøyde brukere

### Læringsnettverket

Fylket er stort og selv med sentralt møtested blir reisetid en uheldig faktor. Vi i Vågsøy mener at antall samlinger har vært passe i forhold til oppgaven og vi har hele tiden hatt god oppfølging og veiledning og hjelp fra fylkeslegen.

Systematisk forbedringsarbeid tar tid. Vi føler at resultatene for vår del forsvarer tidsbruken. Det er imidlertid viktig å merke seg at de færreste kommuner har planlagt og budsjettet for slikt arbeide i tilstrekkelig grad. Spesielt bør en merke seg at prosjektmidler kan være nødvendig, særlig for å sikre frikjøp av legetid, dersom det skal satses på nasjonale prosjekter.

Nesten like viktig som resultatet av eget arbeid har vært få del i de andre kontorenes arbeid, resultater, og deres vurderinger og kommentarer til eget arbeid.

Viktigste lærdom har vært at vi forstår betydningen av:

- Definere problem/oppgave
- Registrere utgangsdata
- Evaluere og redefinere problem/oppgave
- Oppfølging av resultater

Gitt tid og rom vil vi trolig fortsette forbedringsarbeidet etter samme metode. Det området vi helst vil ta fatt på er rutiner i samarbeidet med hjemmebaserte tjenester vedrørende resepter, medikamentstyring og tilsyn.

## **Bedre oppfølging av pasienter med diabetes og hypertensjon**

---

### **Legekontoret i Øvre Årdal**

Legekontoret i Øvre Årdal har to fastleger og fire hjelpepersonell, fordelt på 2,9 årsverk. Kontoret har om lag 2000 pasienter.

#### **Forbedringsgruppa**

Forbedringsgruppa besto i starten av kommunelege Karin Møller (leder) og Edel-Sølvi Øy (tilrettelegger). Vikarlege Annelise Skeie overtok som leder da Karin Møller gikk i permisjon. Ellers deltok alle ved kontoret i forbedringsarbeidet.

Annelise Skeie sluttet i løpet av sommeren, etter at prosjektet var ferdig planlagt. Forbedringsarbeidet ble utover høsten overtatt av de nye legene som ble tilsatt ved kontoret, med dr. Namreen Chuhan som leder.

#### **Valg av forbedringsområde**

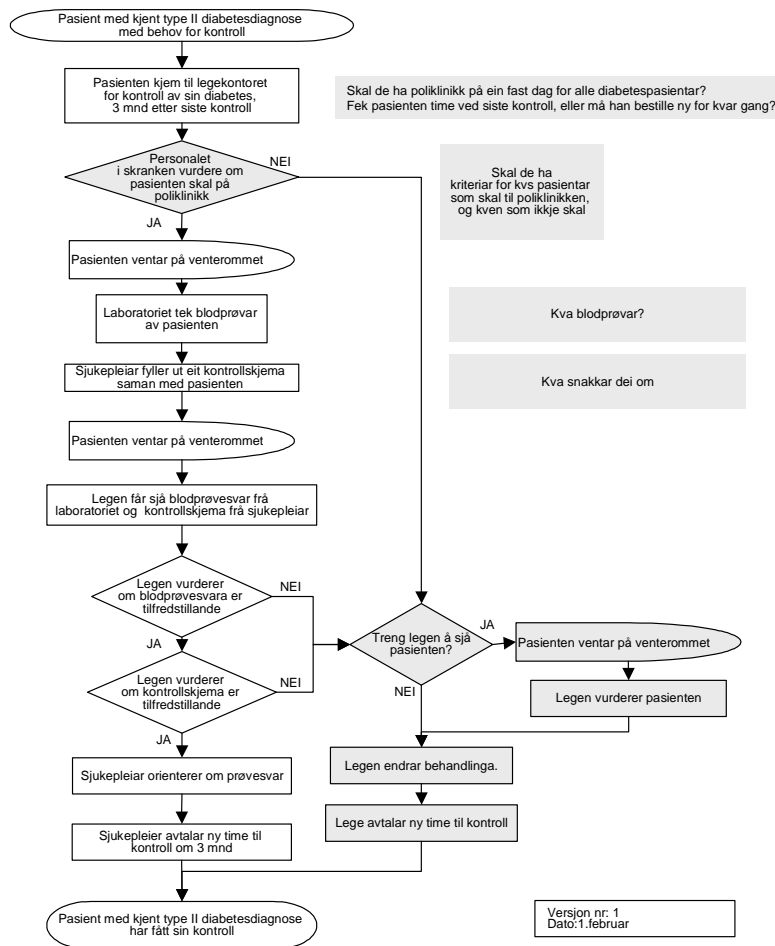
Utgangspunktet for valg av forbedringsområde var at kontoret hadde lange ventetider. Ved å forenkle og forbedre tilbudet til store diagnosegrupper av pasienter, ville man kunne frigjøre legetid. Dette kunne i neste omgang bedre tilgjengeligheten ved kontoret.

I første omgang tok forbedringsgruppen for seg pasienter med velregulert type-II-diabetes. Dette er en gruppe som trenger regelmessig oppfølging, som ikke alltid behøver gjennomføres av lege. Ved å trekke sykepleierne inn i denne oppfølgingen ville man for det første kunne spare legetid, for det andre få mulighet til å standardisere behandlingen i samsvar med kliniske retningslinjer fra Norsk selskap for allmennmedisin.

Det ble utarbeidet et prosesskart over arbeidsdelingen mellom lege og sykepleier i en "diabetes-poliklinikk" (se neste side). Det ble også definert inklusjonskriterier og prosedyrer for de ulike trinnene i prosessen, med sjekklister for sykepleierne.

### Oppfølging av kjente diabetespasientar Legekantoret i Øvre Ardal

**Oppgåve:** Å gi poliklinisk oppfølging av velregulerte, velkjente diabetespasient med behov for regelmessige kontroll  
**Målsetting:** Ein pasient med betre tilrettelagt kontrollregime, mindre ressursbruk og større trygghet.



Prosjektet ble utvidet ved at forbedringsgruppen planla en liknende poliklinikk for oppfølging av pasienter med velregulert hypertensjon. Også her ble det utarbeidet et prosesskart med tilhørende prosedyrer og sjekklister, basert på ”European guidelines on cardiovascular prevention in clinical practice”.

Planlagte evalueringsparametre var:

- Ventetid hos fastlegen
- Bruk av legetid
- Prøveverdier for BT, BMI, HbA1c og lipider
- Pasienttilfredshet

For å teste og justere opplegget, bestemte den nye forbedringsgruppen å starte et pilotprosjekt i november 2005. Diabetespoliklinikken vil komme i drift i januar 2006.