

Sluttrapport

KVALITETSVERKTØYPROSJEKTET 2010

Identifisering, utvikling og utprøving av kvalitetsverktøy på allmennlegekontoret

Bakgrunn

Vi søkte om og fikk tildelt midler til prosjektet våren 2008 med følgende begrunnelse:

”En strategi for mer forpliktende utvikling av kvalitetsarbeid i norsk allmennmedisin utarbeides i disse dager. Det finnes noen kvalifiserte allmennmedisinske kvalitetsveiledere - utdannet av Dnlf. De fleste av disse er medlemmer av NFA's Referansegruppe i praktisk kvalitetsarbeid. Gruppen har tidligere utviklet pedagogisk formidling av kvalitetsarbeid i egen praksis, og mottatt SHDir's kvalitetspris for dette i 2007.

Strategien for utvikling av kvalitetsarbeid i allmennmedisin har flere elementer, hvor

- 1. utdanning av veiledere*
- 2. identifisering, utvikling og utprøving av kvalitetsverktøy, og*
- 3. etablering av en organisatorisk struktur ansvarlig for kvalitetsarbeid står sentralt.*

Kvalitetsverktøy-biten er den som er minst avhengig av fagpolitiske beslutninger, og som kan være nyttig å komme i gang med så fort som mulig. Derfor ønsker vi et separat prosjekt på dette allerede nå.”

Strategien er nå presentert, og har fått bred støtte og tilslutning i Legeforeningen, ikke minst ved å innarbeides i Legeforeningens rapport ”Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet. Styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020” (TTT) i juni 2009. Her står det bl a om vårt tredje delmål:

*”Legeforeningen mener at det bør etableres en organisatorisk struktur som kan representere kvalitetsledelse i allmennmedisin, et **Senter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling** (SAK). SAK skal bl. a. yte praksisstøtte ved utvikling av verktøy, og utdanne kvalitetsveiledere.*

Praksiskonsulentordningen, som er helsevesenets viktigste redskap til å sikre kvalitet i samhandling mellom nivåene, bør også inngå i eller samarbeide tett med SAK. For å sikre autoritet og gjennomføringskraft vil Legeforeningen gå sammen med offentlige myndigheter om å etablere SAK. Det må sikres finansiering slik at en snarlig og bred satsning på utviklingsarbeid i allmennmedisin er gjennomførbart.”

Strategi for spredning av kvalitetsverktøyene

Verktøyene publiseres enkeltvis eller samlet som webpresentasjoner, i artikler i UTPOSTEN, Tidsskrift for den norske legeforening (Tdnlf) eller andre tidsskrift, eller på kurs og konferanser. Vi har også ideer om realtime Internettkurs, se nedenfor. Presentasjon av strategien og noen utvalgte verktøy; se artikkelen Trygg hos fastlegen og på legevakta av Janecke Thesen 1.

Vi vil også minne om allerede publiserte verktøy på [referansegruppa sin nettside](#) og i [KUP sin verktøykasse](#)

I det følgende presenterer vi resultater vi har oppnådd og utfordringer vi har identifisert i forhold til de to første delmålene, med hovedvekt på vår innsats angående kvalitetsverktøy. Vi omtaler også en del verktøy vi ikke har jobbet konkret med, men som er sentrale verktøy i norsk allmennmedisin.

Resultater

Maturity Matrix (MM)

er et kvalitetsverktøy som skal stimulere til diskusjon og arbeid med organisatorisk egenutvikling av allmennlegekontoret. MM tar utgangspunkt i legekontorets egen vurdering av organisatorisk utviklingsnivå i forhold til sju utvalgte områder. Verktøyet er utviklet på engelsk i samarbeid med partnere i inn- og utland², og er oversatt til norsk.

Prosessen foregår ved at hver enkelt på legekontoret fyller ut et MM-skjema. Dette skjer på et avtalt kartleggingsmøte for hele kontoret der en kollega fra et annet legekontor (MM-veileder) leder en etterfølgende diskusjon. Her skal legekontoret enes om hvilket utviklingsnivå kontoret befinner seg på, og vurdere hvilke områder av kontorets drift de sammen ønsker å videreutvikle. Resultatet fra diskusjonen registreres elektronisk, og man kan sammenligne seg med andre legekontor i Europa. Man kan også gjennomføre en oppfølging, der legekontoret arbeider med konkretisering av ideer og tanker som kom fram på kartleggingsmøtet.

I prosjektet har vi utdannet 6 veiledere og laget en mal for gjennomføring på norske legekontor. MM er testet ut ved flere legekontor i Norge av forskjellige veiledere, og er presentert på Primærmedisinsk uke i 2008 og på noen andre samlinger i 2009, inkludert en internasjonal workshop på Nordisk kongress i allmennmedisin i København. Verktøyet gir en god og engasjert diskusjon, forutsatt en dyktig veileder. En ytterligere videreutvikling i Norge kunne være å utdanne kvalitetsveiledere i MM i regi av SAK. En enklere modell er å la spesialister i allmennmedisin (som dermed har gjennomgått et toårig program i gruppeveiledning) med videreopplæring i MM utføre praksisbesøk der en del av dagen brukes til å lede kartleggingsmøtet for hele kontoret. Man får et svært godt innblikk i kontorets fungering ved å lede et slikt møte, og lærer dermed mye man kan bruke til egen kvalitetsutvikling på eget kontor.

En lysbilde-serie om MM er publisert på referansegruppens hjemmeside, [se nr. 4 i listen](#). [Artikkel av Glyn Elwin et al, Journal Quality and Safety in Health Care](#)

Brukerundersøkelser med EuroPEP/NorPEP som hjelpemiddel

Den europeiske kvalitetsgruppen EQuIP, som er tilknyttet Wonca, har utviklet spørreskjemaet EuroPEP for brukerundersøkelser. Skjemaet er standardisert, validert i 16 land, og ble introdusert i 2000. Den norske versjonen av skjemaet ble kalt NorPEP. Gjennom 23 spørsmål evaluerer pasienter de tjenestene som leger og medarbeidere gir i allmennpraksis. Sentrale punkter i EuroPEP er

- lege-pasient-forholdet
- legens faglighet
- informasjon/support
- kontinuitet/samhandling
- organisasjon/tilgjengelighet

En brukerundersøkelse basert på en modernisert versjon av NorPep er gjennomført av Inger Lyngstad på hennes legekontor Ringerike Medisinske Senter, og publisert i Utposten 2008 ³:

En lysbilde-serie er publisert på referansegruppas nettsider, der både skjema og Excelfiler komplett med formler er tilgjengelige for alle som ønsker å gjøre noe lignende. [Se element nr 7 i listen](#).

[Kunnskapssenteret](#) hva som finnes både nasjonalt og internasjonalt av validerte spørreskjema for å måle pasienters og pårørendes erfaringer med allmennlegetjenesten. Konklusjonen er at måleinstrumentet EuroPEP/NorPEP er et praktisk startpunkt fordi det er oversatt og validert i en rekke land. Vi er i prosjektgruppa fornøyde med at EuroPEP/NorPEP omtales positivt i rapporten, og takknemlige for at Kunnskapssenteret bidrar med arbeid i forhold til verktøy som kan brukes i praktisk kvalitetsarbeid. Vi deler rapportens konklusjon om at EuroPEP/NorPEP er godt utgangspunkt for å drive med måling av pasienters erfaringer med allmennleger i Norge. Vi er imidlertid urolige for at noen av rapportens anbefalinger kan misforstås og være til hinder for at norske allmennleger skal gjøre brukerundersøkelser i sin egen praksis. Når man driver forskning er det viktig å bruke spørreskjemaer som er validert. I den sammenhengen har rapporten sikkert rett i at ”nye spørreskjemaer, spørreskjemaer som har blitt endret og spørreskjemaer brukt i nye settinger må alltid validitetstestes”. Men samtidig kan utsagnet gi inntrykk av at det er nødvendig å legge vitenskapelige kvalitetskrav på metoder som skal brukes til praktisk forbedringsarbeid. Praktisk kvalitetsarbeid har andre formål og rammer enn forskning, derfor er ofte kravspesifikasjonene for kvalitetsforbedringsmetoder og forskningsmetoder forskjellige. Relevans og gjennomførbarhet er avgjørende forutsetninger for at en metode skal kunne få anvendelse i praktisk kvalitetsarbeid. Et krav om at forskningsmetoder må benyttes, vil føre til mindre bruk av relevante brukerundersøkelser i praksis.

Under slagordet "Vi har lyst, men makter vi?" har Nordbyen legesenter i Tromsø under ledelse av Sirin Johansen gjennomført et prosjekt der legerstudenter har vært sentrale i å gjennomføre en brukerundersøkelse med EuroPEP/NorPEP. Prosjektet var svært vellykket, og se introduksjon og lysbildeserie som oppsummerer resultatene er publisert på [referansegruppas nettsider, nr 5 i listen](#).

Andre brukerundersøkelser

Brugerundersøkelse med et noe annet skjema finner du også på referansegruppas [hjemmeside](#), se nr 12 i listen.. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin – Nklm - har i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste – Kunnskapssenteret - utarbeidet et opplegg for [brukerundersøkelser på legevakt](#).

Ventetid på venterommet før du kommer inn til legen din

Et enkelt auditverktøy utviklet av Ivar Skeie for å kartlegge ventetiden er tatt i bruk, gjennomført i en praksis, og en lysbildeserie er publisert på referansegruppas nettsider, [se link nr. 6 i listen](#).

Vi har også sett på tilsvarende men mer kompliserte opplegg fra USA om ventetid på venterommet. Den siste tar ikke bare med hvor lenge pasienten venter på å komme inn til legen, men inkluderer ventetid for å få tatt blod- og andre prøver, ventetid for å betale osv.

Om pedagogisk tilrettelagte lysbildeserier om praktisk kvalitetsarbeid

Medlemmer i Referansegruppa har i flere år publisert pedagogisk bearbejdede versjoner av sine egne kvalitetsprosjekter på eget legekantor på web. Slike lysbildeserier er et verktøy for formidling av forbedringsarbeid. Målet er å senke terskelen for andre legerkantor som vil gjøre tilsvarende prosjekter i egen praksis. Lysbildeseriene lages som en oppsummering og etter-refleksjon av prosjektet, i dialog med de andre referansegrupped medlemmene. Et av medlemmene er spesielt ansvarlig

for bruk av statistiske metoder inkludert statistisk prosesskontroll, og et av medlemmene er spesielt ansvarlig for den pedagogiske tilretteleggingen. For denne måten å formidle eget arbeid på fikk referansegruppa den nasjonale kvalitetsprisen i 2007. For tilgjengelige lysbildeserier [se listen her](#).

Om rapporter basert på data i elektroniske pasientjournaler (EPJ)

Kvalitetsarbeid må skje som refleksjon over egen praksis, og vi taster inn tusenvis av tall og ord i elektroniske databaser på allmennlegekontorene hver eneste dag. Det finnes imidlertid ikke gode rapportgeneratorer basert på disse databasene, og de få rapportene som kan genereres synes ofte å vise gale tall. Små prosjekter som Kvalitetsverktøyprosjektet har ikke innflytelse eller virkemidler som kan påvirke EPJleverandørene til å utvikle gode generatorer. Vi har derfor nøyhet oss med å gjøre de

allmennmedisinske foreningene oppmerksomme på problemet ved alle mulige anledninger.

I tillegg ble Commonwealth Fund sin internasjonale helsesystemundersøkelse [publisert i november 2009](#)

Undersøkelsen dokumenterer hvor dårlig det står til med bl a elektronisk funksjonalitet hos norske allmennleger, på tross av at vi var av de første i verden som tok EPJ i bruk i stort omfang.

I det følgende omtaler vi Noklus klinikk, Rave3 og Argus som verktøy basert på uttrekk fra data registrert i EPJ.

Norsk Helsenett

er et nett i utvikling, men gir oss stadig store utfordringer grunnet sin monopolsituasjon og sine strenge sikkerhetskrav. F eks er hjemmekontorløsningen skjemma av svært høy brukerterskel og dårlig stabilitet og brukes trolig bare av spesielt IKT-interesserte leger. Vi håper ny hjemmekontorløsning lansert i desember 2009 vil fungere bedre, men dette gjenstår å se. (Se også under omtale av RAVE3.)

Noklus klinikk

er et system som skulle videreutvikle konseptet som var utprøvd og fikk svært god evaluering i prosjektet SATS (Rørtveit G, Schei E. Bør man satse på SATS? Evaluering av nytt allmennmedisinsk utdanningsprosjekt. Tidsskr Nor Lægeforen, 1999; 119: 2869-72)

Smågrupper av allmennleger hentet ut egne data fra journalprogrammene sine, sammenlignet data, laget forbedringsprosjekter og sammenlignet resultatene over tid. Evalueringen viste at det virket; forbedring ble registrert i alle grupper, med en tendens til størst bedring hvor potensialet var størst. Det betyr at de legene som på forhånd hadde lavest kvalitet, økte kvaliteten mest i løpet av prosjektet. Evalueringen pekte i likhet med en rekke andre prosjekter i innog utland på et klart behov for pedagogisk og organisatorisk støtte til gruppene. Videreutvikling av metoden ble lagt til NOKLUS, men arbeidet har tatt svært lang tid, dekket ikke alle elektroniske journalsystem, og den pedagogiske siden av SATSmodellen er viet liten oppmerksomhet. Verktøyet er ikke tatt i bruk i stor skala, og våre erfaringer er blandet. Noen har gode erfaringer og fikk en god prosess på legekontoret, mens andre har forsøkt å melde seg på Marevan-programmet fra NOKLUS, men ikke fått kontakt med noe annet enn en vag venteliste. Erfaringsmessig har det tidligere tatt lang tid fra man sender inn en diskett med uttrekksdata, til man mottar ferdig rapport.

På et møte i desember 2009 presenterte NOKLUS nye moduler for praksisprofil og Marevan-behandling, klargjort for alle de ledende journalsystemer og med en noe bedre pedagogisk tilrettelegging. Slik situasjonen er håper vi på en forbedring i

tilgjengelighet og implementering, og velger å satse både på svært positive signaler fra NOKLUS, og på verktøyene RAVE3 og Argus, se nedenfor.

RAVE3

er et elektronisk uttrekksprogram fra EPJ som delvis er utviklet i Norge. Det prinsipielt forskjellige med RAVE3- programmet framfor for eksempel NOKLUSⁱⁱ - 6 -

uttrekksprogrammer, er at rapportene er tilgjengelige for legekantoret med det samme. Man slipper dermed ventetiden på at rapporten bearbeides sentralt. Samtidig kan man velge å sende en del data sentralt, for eksempel til diabetes-registeret, og få tilbake regionale og/eller nasjonale tall for benchmarking etter noen tid.

Programmet er tatt i bruk i Sverige, og vi har i et samarbeid med programleverandøren (Mediata, Svein Gjelstad, tidl allmennlege) testet ut RAVE3 i spesielt rekrutterte WinMed-praksiser i Norge. For å få dette til er det nedlagt et stort arbeid:

- RAVE3 er tilpasset norsk versjon av WinMed
- Det er rekruttert praksiser som har sagt seg villige til å være med
- Det er kjørt to kurs/samlinger med opplæring i RAVE3
- Praksisene og programleverandøren har jobbet mye med å få programmet installert

Det viste seg tidlig i prosjektet at installasjon av programmet på legekantorene var vanskelig. Bare 4 av 7 legekantorer fikk installert programmet.

Installasjonsproblemene kom overraskende på oss fordi tilsvarende installasjoner var relativt ukomplisert i Sverige. Problemene synes å ha mye å gjøre med bl a manglende systemer for windows-oppdateringer i legekantorenes intranett og kompliserende strenge regler hos Norsk Helsenett.

Pga installasjonsproblemene ble resultatet av prosjektet nedslående. Vi har derfor ikke fått utforsket hvilken nytte legekantorene synes de har av dette. En av pilotene skriver imidlertid følgende, midt oppe i svineinfluensaepidemien:

”Mulighetene RAVE3 gir til å hente ut mer overordnede opplysninger om legesenterets drift har vært nyttige til nå. Ikke minst fra et kommunelegesynspunkt.

Vi har hatt interne diskusjoner vedrørende de enkelte legenes praksisprofiler.

Data er brukt i forhold til å gi kommunens ledelse en oversikt over aktiviteten ved et allmennlegekontor generelt, og særlig i forhold til psykiatri/rus.

Neste uke vil jeg lage uttrekk i forhold til risikopasienter vedrørende influensa/svineinfluensa (alder > 65, hjerte/nyresvikt, diabetes, KOLS/Astma). Dette er uten tvil et framtidsrettet verktøy for kvalitetssikring og forskning!”

Erfaringene med installasjonsproblemene har medført at programleverandøren skriver bl a: ”Vi må inngå et samarbeid med Norsk Helsenett både for å finne en løsning på oppdatering av operativsystem, og også muliggjøre fjernstyrt installasjon av programmene (slik vi gjør i Sverige). Norsk helsenett tillater ikke bruk av vårt fjernstyringsprogram Netviewer som bl a brukes av det tyske postverket og flere tyske banker.”

Legekantorene hadde langt over gjennomsnittlig interesse for kvalitetsverktøyet og hadde stor toleranse for installasjonsproblemer. Det har også vært et godt samarbeid mellom prosjektledelsen og programleverandøren. Forutsetningene for å lykkes skulle derfor være de aller beste. Allikevel mislyktes vi, og vi tror det har sammenheng med Norsk Helsenett sine strenge restriksjoner. Norsk helsenett bør sammenlignes med

tilsvarende systemer i f eks Danmark og Sverige, der de får dette til, for å identifisere

de særnorske problemene.

I en situasjon der EPJ-leverandørene ikke leverer gode og fleksible rapportgeneratorer, og NOKLUS-tilbudet foreløpig ikke er på plass slik vi ønsker det, er RAVE3 stadig et viktig potensielt verktøy for legekantorene. Tross de initielle problemene med installasjon ønsker vi å utforske RAVE3 videre.

Argus

Argus er et medisinsk beslutningsstøtteprogram, som ligger "bak" EPJ-programmet når dette er i bruk. Argus tilbyr risikoberegninger, forslag til tiltak, påminninger om f eks røykesluttensamtaler, varsler om legemiddelinteraksjoner osv på den pasienten hvis journal du har oppslått i journalsystemet. Argus fungerer sammen med alle de vanligste EPJ-systemene i Norge.

La oss si at du slår opp journalen til en 68 år gammel mann med diabetes, som også har atrieflimmer og bruker Marevan. Alt etter hvilke overvåkinger du har valgt å slå på i programinnstillingene, kan du få påminninger om å sjekke hans BT på nytt fordi det er for høyt eller ikke har vært sjekket på en god stund. Argus varsler deg hvis han ikke har oppnådd målene i diabetesprogrammet, hvis han ikke har fått målt triglycider på lenge, hvis han fortsatt røyker osv. Du får også oppgitt hans risiko for framtidig hjerte-kar-sykdom, både som SCORE og Framingham-verdier. Du blir minnet på at han bør vaksineres mot influensa, evt. pneumococcpneumoni, og du får beskjed dersom han står på f eks NSAID i tillegg til Marevan.

Det faglige innholdet i Argus er i hovedsak basert på nasjonale eller internasjonale retningslinjer. På områder som er kontroversielle eller der det ikke er bredt anerkjente norske retningslinjer, er det ofte mulig å gjøre egne valg og innstillinger.

Argus kan bare gi påminnelser om forhold som bør vurderes. Innholdet må vurderes opp mot all annen tilgjengelig informasjon før det iverksettes tiltak.

Distribusjon av Argus har tidligere i hovedsak skjedd via legemiddelkonsulenter, men disse avtalene mellom programutvikler/eier Magne Rekdal i firmaet Emetra AS er nå sagt opp. Magne Rekdal har i mange år vært assosiert medlem av referansegruppa, og dermed av prosjektgruppa. Janecke Thesen har vært pilottester av Argus i flere år.

Argus er et godt beslutningsstøtteprogram. Når programmet brukes av en lege som har satt seg inn i programmet, justert innstillingene selv og vurderer rådene fra programmet selvstendig og i lys av annen informasjon vil det føre til en kvalitetssikring av den enkelte konsultasjon i real-time. En ytterligere videreutvikling av Argus i Norge i samarbeid mellom programeier og SAK og evt. utdanning av kvalitetsveiledere i programmet i regi av SAK er en interessant og spennende mulighet.

TimeSammeDag

Dette er et sammensatt verktøy som er utviklet av Aage Bjertnæs og kolleger i Trondheim, [se link](#).

Da vi ble oppmerksomme på arbeidet inviterte vi Bjertnæs inn som medlem i Referansegruppa for videre utvikling og spredning av verktøyet, som ble inkludert i

Kvalitetsverktøyprosjektet. Her er omtale av verktøyet fra St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen juni 2009, Side 91:

"Ved Risvollan legesenter var målet å bedre tilgjengeligheten ved telefonhenvendelser, kortere ventetid på å få time, mindre forsinkelser på venterommet, og unngå at folk bruker legevakten i stedet for å gå til fastlegen. Man økte senterets kapasitet ved å la pasientene bestille timer per sms. Ved å legge om systemet for å administrere timeboken og kutte ned på unødige

kontroller, ble det flere ledige timer. Nå får 70 pst. av pasientene time samme dag, og bare to av ti konsultasjoner er forsinket. Lekkasjen til legevakten er redusert med 70 pst., og pasientene er svært godt fornøyde.”

Verktøyet er en prosess som involverer alle på legekantoret, støttet av tekniske løsninger som timebestilling pr SMS osv, og av en kursleder/veileder som ”følger” legekantoret gjennom prosessen. Systemet er opprinnelig utviklet ved Kaiser Permanente i California i USA for amerikanske allmennleger og har i løpet av få år fått stor utbredelse. Bakgrunnen for systemet var å redusere ventetiden for timer til allmennleger. Det er videreutviklet i Norge. En ytterligere videreutvikling i Norge kunne være å utdanne kvalitetsveiledere i verktøyet ”Timesammedag” i regi av SAK.

Scaling Questions SQ

er et verktøy som kan brukes til å konkretisere ideer, tanker, og framtidstvisjoner. Brukes f eks etter gjennomført Maturity Matrix (se over), eller helt åpent, på en hvilken som helst problemstilling på et legekantor eller i en annen gruppe mennesker. En prosess med SQ ledes av en veileder som kjenner metoden, sannsynligvis helst en som kommer utenfra. SQ er beslektet med flere andre metoder, Arild Aambø har skrevet om det i LOS - løsningsorienterte samtaler, og kaller det skalerings spørsmål. Gro J Langslet har skrevet om det i boka LØFT, og kaller det Skalaspørsmål. Det minner en del om det Tom Barth kaller Meny-agenda i boka Motiverende samtale fra 2007.

La oss ta et eksempel: Dere som jobber på Legehuset DA vil gjerne fokusere på spørsmålet: Er vårt legekantor trygt nok for pasientene våre? Både medisinsk-faglig, medmenneskelig og tilgangsmessig sett trygt? Prosessen tar dere gjennom følgende skritt:

- Hva er vår framtidstvisjon om det trygge legekantor, la oss si om 3-5 år?
- Hvis det trygge legekantor slik vi har beskrevet det får karakteren 10, på en skala fra 0-10, hvilken karakter har vårt legekantor i dag? 3,7 sier du?
- Hvorfor 3,7, hvorfor ikke 2,1?
- Hvorfor 3,7, hvorfor ikke 6,0?
- Hvordan kan vi oppnå karakteren 4,2 innen neste tirsdag?

Og vips, så har man en plan, med tidsfrister, og noen ansvarlige som som oftest melder seg selv. Etter en måned kan dere evaluere, og fortsette prosessen framover mot en tier. Eller dere kan velge å stoppe når dere er fornøyde, og fokusere på noe annet.

SQ kan også brukes i pasientarbeid i individuelle konsultasjoner, der pasienten fokuserer på sin ideelle positive framtid og hvordan han/hun kan komme dit. Det kan

med fordel kombineres med kognitiv terapi, og fungerer ofte bedre enn å sette opp en problemliste. Mer om Scaling Questions på www.kup.no 5.

Vi har vurdert å lage en lysbildeserie om SQ, og SQ er presentert på Primærmedisinsk uke i 2008 og på noen andre samlinger i 2009. Imidlertid tror vi at SQ læres best på bakgrunn av de to veiledningene nevnt over, supplert med kurs og egentrening.

Utdanning av kvalitetsveiledere - pedagogisk modell

Vi har ikke kommet særlig langt i dette arbeidet. Vi har diskutert modeller for utdanning av kvalitetsveiledere. I norsk allmennmedisin er det naturlig å bygge på den omfattende toårige gruppeveilederutdannelsen som veiledere i spesialiteten i allmennmedisin gjennomfører. Den består av tre obligatoriske kurs a 36 timer, dvs. 108 timer over 2 år. De veileder hver veiledningsgruppe 120 timer over to år. Mange spesialistveiledere kan sikkert også rekrutteres som kvalitetsveiledere. Men

utdannelsen i gruppeveiledning må suppleres av utdanning i kvalitetsarbeid, og i de enkelte verktøy. Det finnes en veilederutdanning i allmennmedisinsk kvalitetsarbeid, men denne har bare vært gjennomført en gang. De fleste som har denne utdanningen er medlemmer av referansegruppa. Det finnes også et veiledermiljø knyttet til Legeforeningens Gjennombruddsprosjekter.

I tillegg er det laget en pedagogisk modell i prosjektet ”Kollegabasert Terapiveiledning (KTV)”. Prosjektet er forankret ved Institutt for Allmenntidmedisin, UiO, med Jørund Straand som prosjektleder. Sentral i dette opplegget er pedagogen Terje Pettersen i Legeforeningen, som også er sentral i utdanning av spesialistveilederne.

Vi har innhentet og sett på pedagogikken i utdanningen av terapiveiledere for å se om den kan være en generisk modell for utdanning av veiledere for forskjellige kvalitetsverktøy. Vi tror at vi ved å kombinere elementer fra disse tre utdanningene kan lage en god pedagogisk modell for utdanning av kvalitetsveiledere. I tillegg må veilederne sikres et kontinuerlig kvalitetsmiljø, der vi trolig kan bygge både på referansegruppa og på Legeforeningens veilederkorps knyttet til Gjennombruddsprosjektene.

TrinnVis Kvalitet

TrinnVis Kvalitet er et [elektronisk kvalitetssystem for allmennlegekontor og allmennlegevakter](#). Det er utviklet som et KUP-prosjekt med mange bidragsyttere, og ble stilt til gratis disposisjon for alle medlemmer av Legeforeningen høsten 2008.

Programutvikling

Programmet er både et kvalitetssystem og et interaktivt kurs i kvalitetsarbeid. I *innføringsmodus*, dvs. i kursdelen må man skriftliggjøre sine ressurser, redegjøre for ⁱⁱⁱsin organisering og ansvarsfordeling, og planlegge hvordan man vil drive sitt kvalitetsarbeide. Verktøy for avviksrapportering, risiko-og sikkerhetsanalyser og regelmessig kvalitetsgjennomgang er inkludert, likeledes forslag til organisering av virksomheten, og et tresifret antall forslag til prosedyrer. Når dette arbeidet er gjort kan man gå over til å bruke programmet i *driftsmodus*, altså som virksomhetens kvalitetssystem, der ting registreres en gang, ett sted, og er tilgjengelig fra alle arbeidsplasser. For ytterligere informasjon om programmet, [se artikkel](#) om dette i Utposten, nr 1 i listen.

TrinnVis Kvalitet har allerede i flere år vært presentert på Primærmedisinsk uke, Grunnkurs i allmennmedisin, og på andre sentrale kurs.

Prosjektarbeidet med å utvikle TrinnVis Kvalitet er avsluttet, og resultatet levert. Programmet må imidlertid vedlikeholdes og videreutvikles for ikke å bli utdatert, og det er derfor dannet et aksjeselskap – TrinnVis AS – der eierne er de opprinnelige programmererne, designerne og fagfolkene fra TrinnVis-prosjektet. Vedlikehold og videreutvikling av TrinnVis bør bli en viktig oppgave for SAK når dette etableres.

Implementering

Mange har lastet ned Trinnvis 329 pr mars 2009. En evaluering av bruken av programmet gjennomføres høsten 2009 i regi av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Vi mistenker imidlertid at langt færre enn de som har lastet det ned har tatt det i bruk, og at det først vil skje når vi får konkrete tilsyn på legekantorene og legevaktene (Helsetilsynet, Arbeidstilsynet, Elektrisitetsilsynet osv).

Ved implementering av TrinnVis Kvalitet gjorde vi erfaringer som lignet på dem vi gjorde i RAVE3 (se dette avsnittet). Selv om de fleste lastet ned, installerte og tok i bruk TrinnVis Kvalitet uten store problemer, var det noen som fikk problemer når de kjørte programmet i nettverk. Vi satser derfor på at senere versjoner av TrinnVis

kvalitet skal være nettbaserte, slik at vi unngår problemer med mange forskjellige nettverk, operativsystem på server, varierende oppdatering av programvare mm. En testversjon ligger allerede ute: <http://apps.trinnvis.no>. Vi unngår også hjemmekontorløsningene dersom man vil jobbe med TrinnVis hjemmefra. Norsk helsenetts hjemmekontorløsning har vist seg å være ustabil, innviklet og lite fleksibel. I Kvalitetsverktøyprosjektet har vi også så vidt startet arbeidet med å lage implementeringspakker for TrinnVis for å senke terskelen for å komme i gang. I tillegg fikk KUP gjennomslag for en helside med informasjon og oppfordring om å ta TrinnVis i bruk i Normaltariffløst, og vi satser på at dette blir realisert fra juli 2010.

Kvalitetsindikatorer i norsk allmenntidisin

Høsten 2003 fikk KUP støtte fra Legeforeningen til et prosjekt for å utrede og finne brukbare kvalitetsindikatorer i allmenntidisin. Målet var å komme fram til et begrenset antall indikatorer som er relevante for norsk allmenntidisin. Dette skulle være indikatorer som alle allmenntidiskere kan måles mot, og som gjenspeiler det sammensatte i kvalitetsbegrepet. Resultatet ble forslag av et sett kvalitetsindikatorer for følgende praksisområder:

- Praksisorganisering
- Lege/pasientforholdet
- Sikre tjenester
- Rettferdige tjenester
- Klinisk praksis - kronisk sykdom
- Klinisk praksis - akutt sykdom

Det har vært arbeidet med et implementeringsprosjekt for disse indikatorene i samarbeid med Nasjonal enhet for pasientsikkerhet (NAPS) i Kunnskapsenteret. Arbeidet har ikke vært prioritert av NAPS, og er forsinket. Mer informasjon på: www.kup.no

Steen Jensens kick-off for tverrfaglig samhandling på legekantoret

På Helsekonferansen 2009 holdt Ingebrigt Steen Jensen det avsluttende foredraget - som pårørende og mottaker av hjelp i helsesektoren. Steen Jensen fortalte om sin egen far, som er pasient i geriatrien, og deretter om det å være trippeloperert hoftepasient. Men foredraget handlet aller mest om hvordan folk som jobber på samme arbeidsplass kan dra lasset sammen, og vi gjenkjenner mange av prinsippene fra hans kritikerroste bok *Ona fyr*. Vi tror at et legekantore som vil komme i gang med skikkelig tverrfaglig samhandling kan ha stor glede av å bruke det timelange, hysterisk morsomme og tankevekkende foredraget som kick-off, gjerne sammen med god mat og drikke etterpå. Vi har derfor skaffet 10 DVD'er av foredraget som vi låner ut via NFA's sekretariat.

Kognitiv terapi

- er tatt ut som eget kvalitetsverktøy, og det er laget en egen utdanning og en egen referansegruppe for kognitiv terapi i allmenntidisin. Vi er ikke i tvil om at kognitive terapiprinsipper tilpasset allmenntidisinske rammebetingelser vil supplere allmenntidisens verktøyskrin på en måte som bidrar til å heve kvaliteten på faget vårt. Men dette skjer nå parallelt med og i andre instanser enn i Referansegruppa for kvalitetsarbeid og i Allmenntidisinsk Kvalitetsutvalg (KUP).

Læringsnettverk

Læringsnettverk er en måte å organisere kvalitetsarbeid på, der folk fra mange kliniske enheter (= f eks legekantore, f eks andre kliniske mikrosystemer) jobber sammen om felles problemstillinger. Varianter av læringsnettverk er brukt i Norge bl a av Fylkesmannen i Sogn og Fjordane, av fastlegekantore i Grenland, og i

Legeforeningens Gjennombruddsprosjekter. Det gamle SATS-prosjektet brukte også på sett og vis læringsnettverk, men var hemmet av at nettverkene bare bestod av allmennleger og ingen medarbeidere fra legekantorene. Vi har startet arbeidet med å se på hvilke varianter av læringsnettverk som passer best for allmennlegekontor.

Statistisk prosesskontroll – SPC

er et viktig verktøy for å følge kliniske prosesser inkludert forbedringsprosesser, langt mer potent enn tradisjonelle statistiske metoder. Fordi vi bevarer tidsdimensjonen, er det tilstrekkelig med mindre materialer for å påvise statistisk signifikans. Metodene egner seg derfor spesielt til forbedringsarbeid i små kliniske enheter, som f.eks. allmennlegekontor.

I Norge har Legeforeningen støttet utviklingen av freewareprogrammet Epidata analysis, og vi har flere entusiaster som driver implementeringen av metodene framover. Spesielt vil vi nevne referansegruppas medlem Bjørnar Nyen, som har videreutviklet både et svært nyttig [kompendium om Forbedringsarbeid](#) der SPC står sentralt, samt en brukerveiledning til Epidata analysis. Programmet kan [lastes ned](#) her. En [brukerveiledning](#) til SPC-modulen i EpiData Analysis finnes her:

Trigger tool – TT - verktøy for journalgjennomgang på jakt etter uønskede hendelser

TT ble opprinnelig utviklet av Institute for Healthcare Improvement (IHI) for en rask, strukturert journalgjennomgang for å avdekke uønskede hendelser. Det viste seg at denne metoden avdekket mange flere uønskede hendelser enn det som avdekkes gjennom rapportering.

En Trigger er en faktor (f.eks. en situasjon, et medikament, en prosedyre) som ofte er assosiert til uønskede hendelser og komplikasjoner som fører til skade på pasienten. Metoden ble raskt populær i spesialhelsetjenesten, og er også tatt i bruk i Norge. Det er [nå utviklet versjoner av TT for primærhelsetjenesten](#) både av IHI og av “The NHS Institute for Innovation and Improvement”

Vi vil vurdere TT for primærhelsetjenesten, evt i samarbeid med Nasjonal enhet for pasientsikkerhet og Pasientsikkerhetsutvalget i legeforeningen.

Norsk elektronisk legehåndbok – NEL

NEL er et praktisk oppslagsverk for norsk helsepersonell. Her finnes beskrivelser av symptomer og tegn, tilstander, sykdommer og undersøkelser, samt pasientinformasjon til å skrive ut og gi til pasientene. NEL oppdateres fortløpende, og er godt tilpasset norsk allmennmedisin. Flere sykehusspesialiteter er i ferd med å utvikle sine egne moduler på NEL, og verktøyet har dermed også potensiale som samhandlingsverktøy mellom spesialhelsetjenesten og allmennhelsetjenesten. NEL leveres nå også til danske leger.

I perioden 1. februar 2007 - 1. februar 2010 har alt helsepersonell i Norge hatt fri tilgang til NEL via Helsebiblioteket. Fra 1. februar 2010 vil det bli abonnementsordning slik det var før 2007, fordi Helsebiblioteket november 2009 foretrakk to engelskspråklige oppslagsverk for neste anbudsperiode. Helsebiblioteket hevder at de har sikret muligheten for å fornorske og tilrettelegge de nye oppslagsverkene.

- 13 -

Kvalitetsverktøyprosjektet har ikke sett på NEL spesielt, bl.a. fordi det i allmennhelsetjenesten oppleves å fungere svært godt som verktøy. Det kom kraftige reaksjoner fra mange fastleger over å miste NEL i Helsebiblioteket. Det blir svært viktig å følge prosessen med de nye oppslagsverkene nøye, og sikre at det allmennmedisinske fagmiljøet involveres og har innflytelse i tilrettelegging for norsk

allmennmedisinsk fagkultur. Samtidig er det viktig at NEL videreutvikles som det gode verktøyet det er.

Helsebiblioteket

Helsebiblioteket ble etablert i 2006 av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, og tar mål av seg til å heve kvaliteten på helsetjenestene ved å tilby helsepersonell fri tilgang til nyttig og pålitelig kunnskap. Målgruppen for Helsebiblioteket er alt helsepersonell, uansett yrkesgruppe eller institusjonstilhørighet, samt studenter og andre som jobber i helsetjenesten eller i den offentlige helseforvaltningen. [Evaluering](#) foretatt av SINTEF konkluderer slik desember 2009: ”Alt i alt har både ledelsen og sluttbrukerne i helsevesenet i Norge et positivt inntrykk av både organisasjonen Helsebiblioteket og portalen Helsebiblioteket.no. De største fremtidige utfordringer er, i prioritert rekkefølge: finansiering, rolleavklaring, portalfunksjonalitet og brukervennlighet.”

Evalueringen bestod i en kvalitativ og en kvantitativ undersøkelse. I den kvalitative delen er representanter for 14 av 21 kontaktede organisasjoner intervjuet, det framgår ikke hvilke. Allmennlegeforeningen er den eneste inviterte representant for allmennhelsetjenesten, og Norsk forening for allmennmedisin (NFA), allmennlegenes faglige spesialforening står ikke på listen. I den kvalitative spørreskjemaundersøkelsen framgår det ikke hvor respondentene kommer fra, bare at de har brukt Helsebiblioteket minst en gang. Det er derfor grunn til å frykte at det er spesialhelsetjenesten SINTEF først og fremst har basert sin evaluering på.

I evalueringen framkommer også

- at tidsskrifter i fulltekst er en av de mest populære ressursene på Helsebiblioteket. En brukerundersøkelse gjennomført av Synovate i februar 2009 viste at 56 % av helsepersonell trekker fram tidsskrifter som en spesielt viktig ressurs. 72 % av de spurte vektla imidlertid faglige oppslagsverk, og 70 % la vekt på viktigheten og nytten av tilgangen til veiledere og retningslinjer.
- Helsebiblioteket har også arrangert flere brukertester de siste årene. En slik test i desember 2007 ga klar beskjed om at brukerne opplevde Helsebiblioteket som vanskelig å finne fram i og at tjenesten som helhet ble oppfattet som noe forskere først og fremst kunne dra nytte av.

Vi vet lite om norske allmennlegers bruk av Helsebiblioteket, utover reaksjonene som kom da NEL ble vraket som faglig oppslagsverk. De fleste allmennleger kan skaffe seg tilgang til Universitetsbibliotekenes tidsskriftsdata-baser ved å delta i praksislærervirksomhet, og disse tilbyr et langt større utvalg av tidsskrifter enn Helsebiblioteket. Igjen blir det svært viktig å følge prosessen med det nye innholdet i Helsebiblioteket (emnebibliotek for primærhelsetjenesten, de nye engelskspråklige oppslagsverkene) nøye, og sikre at det allmennmedisinske fagmiljøet involveres og

har innflytelse i prioritering og tilrettelegging av stoff. Vi frykter at Helsebiblioteket vil miste mye av sin tiltrekningskraft på allmennlegene etter at NEL fjernes.

Praksiskonsulentordningen – PKO

PKO er et nettverk av allmennpraktiserende leger som skal medvirke til å styrke samarbeidet mellom sykehusenes avdelinger, deres leger, andre ansatte, de allmennpraktiserende leger og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, til gagn for den enkelte pasient. I sin funksjon skal PKO medvirke til å sikre helheten og kvaliteten i pasientforløpet, et pasientforløp som involverer både første og

andrelinjetjenesten. PKO kommer fra Danmark, der 10 % av danske fastleger arbeider som praksiskonsulenter og – koordinatorene i deltidsstillinger i somatiske og psykiatriske sykehusavdelinger. Den har vokst gradvis fram i Norge i løpet av det siste tiåret.

Kvalitetsverktøyprosjektet har ikke sett på PKO-ordningen spesielt, og har ikke innflytelse eller virkemidler som kan påvirke ordningen. Men vi ser på PKO som ett av våre aller viktigste kvalitetsverktøy, spesielt på samhandlingssiden mellom spesialhelsetjenesten og allmennhelsetjenesten.

Arbeid med inkluderende arbeidsliv – IA

IA-arbeid har vi heller ikke sett på spesielt i Kvalitetsverktøyprosjektet. Vi mener imidlertid at arbeidet er viktig, og at det bør utarbeides praktiske samhandlingsverktøy for dette arbeidet.

Ledelse av allmennlegekontorer

Også på dette feltet mangler det verktøy og praktisk forståelse av hvor viktig god ledelse er for kvalitet. Vi har forhåpninger til TrinnVis (se over) som ett av flere viktige verktøy innen ledelse, men tror det trengs mer dyptgående kulturendringer for å oppgradere holdninger til ledelsesfunksjonen på allmennlegekontorene.

Oversikt over internasjonale ressursmiljøer

I Kvalitetsverktøyprosjektet har vi hatt ambisjoner om studiereiser til utlandet, og/eller invitasjon av nøkkelpersoner fra interessante miljøer i utlandet til konferanser her hjemme. Det har vi ikke lyktes med. I Vedlegg 1 oppsummerer vi de mest aktuelle miljøene vi vil anbefale å se på i et framtidig SAK, i ikke-prioritert rekkefølge.

Real-time Internett-kurs i kvalitetsverktøy

Fristet av Institute for Healthcare Improvement (IHI) og deres fjernundervisningsserie Web&ACTION, deltok en av oss i kurset “Using Practical Tools and Methods to Create an Efficient Office Practice”. Der deltok vi sammen med over 90 praksissteder over hele verden i tre sesjoner på halvannen time med avansert programvare for deling av lyd og bilde over Internett. Det har gitt ideer til enklere men effektive måter å møtes i virtuelle rom på Internett, f eks omkring en av våre mange publiserte lysbildeserier. Dette er en billig og effektiv måte å kurse allmennleger på, uten at de behøver å reise. Vi håper å videreutvikle disse ideene i framtiden – gjerne i regi av SAK.

Norsk allmennmedisin – tegn på god kvalitet

Avslutningsvis vil vi framheve noen tegn på at kvaliteten på norsk allmennmedisin er god

- Fra Commonwealth Fund-undersøkelsen dokumenteres at norske fastleger i hovedsak er mer fornøyd med helsevesenet og egen arbeidssituasjon enn primærleger i andre land. Hele 90 % av fastlegene i Norge var svært fornøyd eller fornøyd med å arbeide som lege.

- Befolkningen har gitt uttrykk for at de er strålende fornøyde med fastlegen.

Det viser 2009-undersøkelsen fra Norsk kundebarometer ved Handelshøyskolen BI. De vurderte fastleger oppnår 82,3 av maksimalt 100 oppnåelige brukertilfredshetspoeng, og kan vise til en markant økning i tilfredshet i forhold til fjorårets måling.

- Over 99% av alle fastleger deltar i frivillig kvalitetssikring av sin

laboratorievirksomhet via NOKLUS, og sykehjemmene innrulleres i det samme systemet i disse dager. Tilsvarende kvalitetssikring finnes neppe noe annet sted i verden

- Norske fastleger som er spesialister i allmenntidrett må resertifiseres som spesialister hvert 5. år. Dette sikrer kontinuerlig faglig oppdatering, og kan sammenlignes med et akkrediteringssystem av den enkelte lege. Ingen andre norske spesialiteter har et slikt krav. Mye tyder på at det i framtiden vil bli krav om spesialitet i allmenntidrett for å kunne drive allmenntidrettisk klinisk virksomhet
- Norske leger inkludert allmenntidrett har et sjeldent godt støttetilbud dersom de sliter med sykdom, kriser, utbrenthet og/eller funksjonshemming. Gjennom støttekollegaordningen og Lege-for-leger kan de søke hjelp hos en erfaren og godt skolert kollega. Ressurssenteret Villa Sana er et kurs og rådgivningstilbud som leger og evt. nærmeste pårørende kan benytte når de trenger en pause i hverdagen. Ressurssenteret startet i 1998 og har blitt meget godt mottatt av de vel 1 300 legene som ved utgangen av 2007 har benyttet enten kurs eller rådgivning. [Mer om tilbudene finnes her.](#)

Vedlegg 1

Aktuelle utenlandske miljøer og prosjekter for kvalitetsarbeid Improvement Foundation (Storbritannia)

Improvement Foundation (tidligere NPDT) har siden år 2000 arbeidet for å utvikle kapasitet og kunnskap i forbedringsarbeid i primærhelsetjenesten, etter hvert også noe utover i sykehus, skoler og i sosiale tjenester. De har drevet forbedringsprogrammer som bølger av læringsnettverk og brukt enkle forbedringsverktøy som flytskjema og forbedrings sirkelen. Samtidig har de planlagt for spredning av vedvarende forbedringsarbeid helt fra starten. De har brukt lokale veiledere og de har latt brukere/pasienter være med i lokale forbedringsteam.

De har arbeidet med områder som tilgjengelighet og ventetider, coronasykdom, diabetes, KOLS, pasienter med sammensatte lidelser, mental helse og samhandling mellom 1. og 2. linje. Mer enn 5000 praksiser i England har deltatt i løpet av 8 år, og de kan dokumentere betydelige forbedringer. [Mer informasjon](#)

The Practice Support Program (British Columbia, Canada)

British Columbia i Canada har mange likhetstrekk med Norge både geografisk og hvordan helsevesenet er organisert. De har hentet det beste fra Improvement Foundations arbeid i England med læringsnettverk, veiledere etc. og tilpasset det til den lokale sammenhengen. Utviklingsarbeidet drives ved et positivt samarbeid med BCs helsemyndigheter og BCs legeförening.

De har utviklet ulike læringsmoduler med programmaterieil til bruk i utviklingsarbeidet. De gir vedvarende praksisstøtte til allmenntidrett og deres medarbeidere, og det gis økonomisk kompensasjon for allmenntidrett og deres medarbeidere som deltar i programmet. [Mer informasjon](#)

SouthCentral Foundation (Alaska, USA)

SouthCentral Foundation er en helseorganisasjon som eies og drives av urbefolkningen i Alaska. De har i løpet av de siste årene grunnleggende endret både tenkning og praksis i helsetjenesten. Spesielt kan nevnes:

- Fokus på helse og velvære i stedet for ensidig fokus på sykehus
- Helhetstenkning i helsetjenesten med vesentlig fokus på primærhelsetjenesten
- Fokus på god tilgjengelighet uten unødvendig ventetid

- Systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid som en del av det daglige arbeidet
- Systematisk innhenting av brukernes ønsker, opplevelser og erfaringer i møte med tjenestene som grunnlag for forbedringer
- Systematisk bruk av mikroteam særlig i møte med pasienter med sammensatte og kroniske lidelser
- Spesialisthelsetjenesten bistår inn i møte med pasient og primærhelsetjeneste heller enn overføring av pasient til sekundærhelsetjenesten.

Center for PraksisUdvikling (Danmark)

I Danmark har de prøvet ut en modell med et ”Center for PraksisUdvikling” (CPU). CPU kan beskrives som et kompetansesenter der det enkelte legekantor kan henvende sig og få støtte til kvalitetsutvikling på faglighet, organisasjon og/eller kommunikasjon. Kvalitetsveilederne som kommer fra CPU (leger, organisasjonsutviklere) tilrettelegger en prosess, der de som jobber på legekantoret selv definerer sine kvalitetsprosjekter på bakgrunn av egne styrker og svakheter. Dette skjer ved at kvalitetsveilederne observerer legekantoret ved to besøk, og så leder to møter der legekantorets personale formulerer sitt eget kvalitetsprosjekt. Veilederne tilrettelegger for beslutninger og støtte til nødvendige prosesser for å oppnå prosjektmålene.

Institute for Healthcare Improvement (IHI)

IHI er en stor inspirator, og Legeforeningen sender årlig en delegasjon til deres National Forum i USA. Vi har som nevnt over latt oss inspirere av deres fjernundervisningsserie Web&ACTION, og vil kontinuerlig følge med på deres websider, undervisningstilbud med mer for å hente inspirasjon og nye verktøy som kan tilpasses vår egen norske allmenmedisinske hverdag.

Osterøy, 100110, Janecke Thesen

Etter tallrike innspill fra medlemmer i referansegruppa m flere

Gjennomgått febr 2012 med fjerning av ikke aktive linker

Tor Carlsen, NFA sekretariatet
