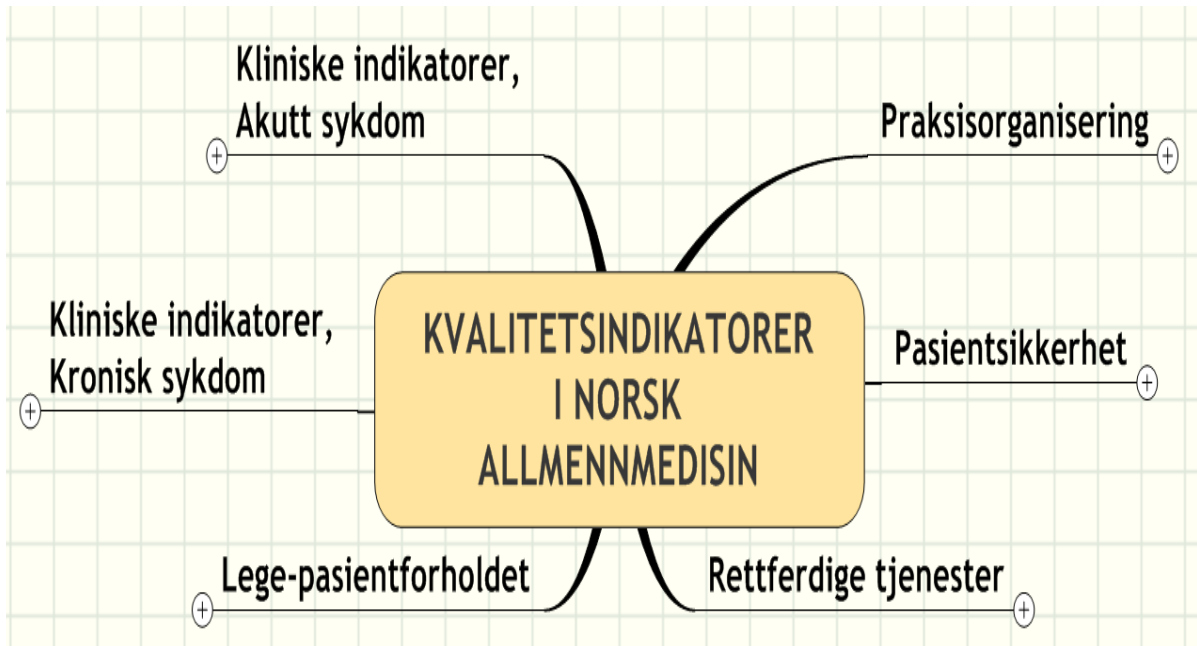


Kvalitetsindikatorer i norsk allmenntmedisin



Prosjektleder: Randi Kasin, allmennpraktiker, medlem av KUP

Veileder: Signe Flottorp, allmennpraktiker, forskningsleder ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Prosjektgruppe: Janecke Thesen, allmennpraktiker, Leder av KUP

Tor Carlsen, allmennpraktiker, medlem av KUP

Gunnar Andersen, allmennpraktiker, medlem av KUP

Anders Grimsmo, allmennpraktiker, medlem av KUP

Svein Gjelstad, medlem av KUP

Gisle Roksund, allmennpraktiker, leder av NSAM

Trond Egil Hansen, allmennpraktiker, leder av fagutvalget i Aplf

Innholdsfortegnelse

<i>Kvalitetsindikatorer i norsk allmenntmedisin</i>	1
<i>Sammendrag</i>	4
<i>Forslag til indikatorer i norsk allmenntmedisin</i>	9
<i>Praksisområde 1 – Praksisorganisering</i>	9
<i>Praksisområde 2 - Pasientsikkerhet</i>	9
<i>Praksisområde 3 – Rettferdige tjenester</i>	9
<i>Praksisområde 4 – Lege/pasientforholdet</i>	10
<i>Praksisområde 5 – Kliniske indikatorer - kronisk sykdom</i>	10
<i>Praksisområde 6 – Kliniske indikatorer - akutt sykdom</i>	10
1. Bakgrunn	11
1.1 Om kvalitetsutvikling og bruk av kvalitetsindikatorer	11
Kvaliteten av helsetjenesten	11
Kvalitetsmål	12
Fordeler ved bruk av indikatorer	13
Ulemper og problemer ved bruk av indikatorer	13
Gangen i kvalitetsforbedringsprosessen	14
Bruk av struktur-, prosess- eller resultatindikatorer	14
Kvalitetsindikatorer versus internkontroll	15
Metoder for kvalitetsforbedring	15
1.2 Norske helsemyndigheter og Legeforeningen om bruk av kvalitetsindikatorer	16
1.3. Tidligere og nåværende bruk av indikatorer i norsk allmenntmedisin	18
Helsesdata og Sentrale data i allmenntmedisin (SEDA)	18
NOKLUS - Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus	19
Sekretariat for utvikling av allmenntmedisinske kvalitetsindikatorer (SATS)	19
NOKLUS Klinikk	20
Bedringsprosjektet	21
Andre kvalitetsprosjekter der bruk av indikatorer inngår	21
1.4 Prosjekt Kvalitetsindikatorer i allmenntmedisin	23
Mål for prosjektet	23
2. Metode	24
2.1 Søk etter aktuelle kvalitetsindikatorer for allmenntmedisin	24
2.2. Skåringsmatrise	24
Om skåringen	25
2.3 Prosessen for utvelgelse av indikatorer	25
3. Resultater	27
3.1 Kvalitetsindikatorssystemer i andre land	27
UK (England, Scotland, Nord-Irland og Wales)	27
USA	28
Australia	29
New Zealand	30
Sverige	32
Danmark	33
Nederland	35
Sveits	37
European Practice Assessment - EPA-prosjektet	37
3.2 Brukererfaringer. Pasientspørreundersøkelser	39
3.3 Kliniske indikatorer	41

Kronisk sykdom	41
Akutt sykdom	42
3.4 Organisatoriske indikatorer	43
Journalkvalitet	43
Tilgjengelighet og prioritering	43
Informasjon og kommunikasjon med pasienten.....	43
Praksissystemer/pasientbehandling.....	43
Personalutvikling og utdanning	44
ROS/Avvikshåndtering	44
Samarbeid med 2. linjetjenesten og andre instanser	44
Forebyggende helsearbeid.....	44
3.5 Utvelgelsesprosessen for forslag til indikatorer for norsk allmenntidisin	44
Klinisk praksis.....	44
Praksisorganisering	45
Lege/pasientforholdet.....	45
Sikre tjenester.....	46
Rettferdige tjenester	46
4. Diskusjon.....	47
4.1 Generelt	47
4.2 Kan indikatorer fra andre land brukes i Norge?.....	47
4.3 Diskusjon i prosjektgruppa	47
4.4 Prosjekt Kvalitetsindikatorer i allmenntidisin	48
Styrke ved prosjektet.....	48
4.5 Bruksområder for indikatorene	49
Referanser:	50
Vedlegg.....	55

Sammendrag

Bakgrunn

Kvalitetsutvikling har blitt et svært aktuelt tema i helsevesenet og i samfunnet for øvrig. Bruk av kvalitetsindikatorer forventes å løse mange problemer. Politikere og myndigheter vil ha dem for å bli bedre til å stille krav til helsevesenet, samt til bruk ved oppfølging av hva de får for pengene. Ledelsen i helsevesenet ønsker å vite hvordan de ligger an for å kunne forbedre seg. De ansatte i helsetjenesten ønsker å vite hva de gjør, både med tanke på forbedring, men også for å bli sett og verdsatt. Pasientene antas å ville bruke dem i valg av fastlege eller sykehus. Media ønsker innsyn for å kunne informere.

Det finnes rikelig internasjonal litteratur om emnet kvalitetsindikatorer. Det foreligger imidlertid begrenset kunnskap om bruk av indikatorer virkelig har bidratt til bedre kvalitet i helsetjenesten. Et problem har vært at det ikke har lyktes å få de kliniske fagmiljøene med i arbeidet, og at kvalitetsinitiativene har strandet på at de har hatt en "top-down" tilnærming.

Kvalitetsindikatorer har blitt tatt i bruk i helsetjenesten i mange land. I Norge er sykehusene pålagt å registrere og rapportere data, bestemt av indikatorer, til offentligheten. Formålet med de nasjonale kvalitetsindikatorene er i følge Sosial- og helsedirektoratet å gi brukere, helsepersonell og ledere informasjon om tjenestetilbudet innen enkelte områder av spesialisthelsetjenesten. Indikatorne skal brukes til kvalitetsforbedring og intern styring av virksomheten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i januar 2006 i oppdrag å utarbeide en "Informasjonsbank for kvalitetsindikatorer". Kunnskapssenteret skal også gjøre en oppsummering av litteratur for å undersøke om det foreligger dokumentasjon for at bruk av kvalitetsindikatorer og formidling av resultatene av målinger til helsemyndigheter, beslutningstakere og allmennheten, virkelig forbedrer kvaliteten i helsetjenesten.

I "Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten, ... Og bedre skal det bli", er bruk av kvalitetsindikatorer satt opp som et aktuelt tiltak for å monitorere og evaluere tjenestene.

Pleie- og omsorgstjenesten er det første området innen primærhelsetjenesten i Norge som har tatt i bruk nasjonale kvalitetsindikatorer. Fra juni 2005 har målinger av indikatorne blitt publisert på nettet, og her kan brukere i hver kommune sammenligne tjenestene i egen kommune med andre kommuner og fylker.

Kvalitetsindikatorer har vært i bruk i norsk allmenntilmedisin i flere store prosjekter. I 1998 ble Helsedataprojektet startet for å undersøke hvordan informasjon fra elektroniske pasientjournaler i allmennpraksis kan brukes som grunnlag for kvalitetsutvikling i allmenntiljetjenesten. Helsedataprojektet blir videreført gjennom prosjektet Sentrale data i allmenntilmedisin (SEDA), som er et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Statistisk Sentralbyrå. Hensikten er metodeutvikling og datainnsamling for å skape et grunnlag for å vurdere et mulig nasjonalt system for innsamling av aktivitetsdata.

Prosjektet Sekretariat for utvikling av allmenntilmedisinske kvalitetsindikatorer (SATS) ble gjennomført i 1996-99. SATS kombinerte standardsetting i egen praksis ved hjelp av indikatorer, bruk av EDB-verktøy på legekantorene og kollegabasert læring i smågrupper. Gjennomføring av ett eller flere emner ble godkjent i videre- og etterutdanningen. SATS videreføres gjennom Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) klinikk.

NOKLUS er en landsomfattende organisasjon for kvalitetssikring av rekvirering, analyse og tolkning av laboratorieprøver utenfor sykehus. Hele 99 % av landets legekantorer deltar i ordningen.

Kvalitetsforbedringsutvalget i Den norske lægeförening ba høsten 2002 alle spesialforeninger om å utarbeide forslag til fagspesifikke kvalitetsindikatorer. Dette var myntet på spesialisthelsetjenesten. Det er foreløpig ikke kommet signaler om at myndighetene ønsker å innføre nasjonale kvalitetsindikatorer i allmennmedisin.

Prosjekt ”Kvalitetsindikatorer i allmennmedisin”

Kvalitetsutvalget for primærmedisin (KUP) ønsket å utrede om det er mulig å komme fram til indikatorer som kan brukes av allmennlegene. Kvalitetsfond I ga støtte til prosjektet ”Kvalitetsindikatorer i allmennmedisin” høsten 2003.

Målet har vært å finne fram til et begrenset antall kvalitetsindikatorer som er relevante for norsk allmennmedisin. Disse skal være indikatorer som alle allmennpraktikere kan måles mot, og som gjenspeiler det sammensatte i kvalitetsbegrepet. Indikatorene skal brukes til å framheve allmennmedisinen og synliggjøre dens rolle i forhold til pasienter, lokalsamfunn, annenlinjetjenesten og andre samarbeidende instanser. I tillegg bør indikatorene avspeile det sentrale i allmennmedisinsk ideologi, som er uttrykt gjennom NSAMs 7 teser for allmennmedisin.

Kvalitetsindikatorene skal først og fremst brukes til kvalitetsutvikling i egen praksis. Andre bruksområder kan være:

- Etterutdanning - i smågrupper og ved praksisbesøk
- Forskning og fagutvikling
- Synliggjøring av allmennmedisinen
- Innsyn i praksis for pasientene, valg av fastlege
- Informasjon til myndighetene for planlegging og tilsyn, avlønning.

Metode

Vi søkte på Internett og i litteraturen etter indikatorer som har vært og er i bruk i Norge og i andre land.

Vi utviklet en skåringsmatrise for vurdering av indikatorenes egnethet til bruk i norsk allmennpraksis. Vi plasserte først de utvalgte indikatorene under følgende dimensjoner eller praksisområder:

1. Praksisorganisering
2. Klinisk praksis
3. Lege/pasientforholdet
4. Sikre tjenester
5. Rettferdige tjenester

Figur 1: Skåringsmatrise

Formål	Indikator	Eget kvalitetsarbeid lege/gruppe	Forskning og fagutvikling	Pasientinnsyn	Myndigheter - tilsyn	Myndigheter - styring	Avlønning - forhandlinger	Synliggjøring av allmennmedisinen.
Dimensjon	Validitet 0-4 Reliabilitet 0-4 Gjennomførbarhet 0-4 Relevans 0-4 Sumskår: egnethet							
Praksisorganisering								
Klinisk praksis								
Lege/pasientforholdet								
Sikre tjenester								
Rettferdige tjenester								

Vi har kun vurdert indikatorer som blir brukt i flere land til bruk i norsk allmennpraksis. Vi grovsorterte indikatorene etter relevans for norsk allmennmedisin. Deretter vurderte vi deres egnethet for tidligere beskrevne bruksområder innen de ulike dimensjonene ved å skåre i matrisen. Fra det opprinnelige utvalget valgte vi ut 25 kriterier med underliggende indikatorer. Prosjektgruppa prioriterte og gjorde et endelig utvalg av indikatorer og foreslår at dette utvalget av indikatorer blir tatt i bruk i norsk allmennmedisin.

Resultater

Vi har funnet indikatorer fra England, USA, Australia, New Zealand, Sverige, Danmark, Nederland og Norge. Fra Norge har vi sett på indikatorene som ble brukt i SATS-prosjektet, og indikatorer fra Helsedata- og SEDA-prosjektet. I tillegg har vi funnet indikatorer fra det europeiske EPA-prosjektet. Indikatorene er både kliniske og organisatoriske.

Det mest omfattende av alle indikatorsystemer i allmennmedisin ble innført i England, Skottland, Nord-Irland og Wales i 2004. Indikatorene er koblet til legenes inntektssystem, og legene får 30 % høyere lønn mot dokumentasjon av forbedret kvalitet i tjenesten. Systemet inneholder totalt 146 indikatorer. Under evaluering har det vist seg at de fleste leger oppfyller svært mange indikatorer, men det er uvisst om systemet virkelig fører til kvalitetsforbedring.

Andre store indikatorsystemer er "Standards for General Practices" i Australia, og "Aiming for excellence" i New Zealand. I tillegg til bruk for kvalitetsutvikling i egen praksis, blir disse systemene også brukt i akkreditering.

I Norden er det gjennomført flere store allmennmedisinske kvalitetsindikatorprosjekter de siste årene. En arbeidsgruppe for kvalitetsutvikling i Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM.Q) har utarbeidet "Mål och mått i allmänmedicin" som inneholder kliniske indikatorer. I Danmark er nylig "Det Almenmedisinske Kvalitetsudviklingsprosjekt" (DAK) fullført. Dette består både av kliniske og organisatoriske indikatorer.

"European Practice Assessment" (EPA) er et instrument for kvalitetsvurdering av praksisorganisering som ble utviklet av partnerne i EPA-prosjektet 2001-2004. Prosjektet drives videre gjennom European Task Force for Methods of Assessment, Quality Management and Certification in Health Care (TOPAS-Europe). TOPAS-Europe er tilknyttet WONCA European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP). Planene framover er å utvikle kliniske indikatorer til felles bruk i europeiske land.

Prosjektgruppa drøftet valg av praksisområder/dimensjoner, og plassering av indikatorene under de forskjellige praksisområdene. Det ble lagt vekt på å vise bredden av praksisfeltet i allmennmedisinen. Vi endte opp med følgende praksisområder/dimensjoner:

- Praksisorganisering
- Pasientsikkerhet
- Rettferdige tjenester
- Lege/pasientforholdet
- Kronisk sykdom
- Akutt sykdom

Områdene kronisk og akutt sykdom inneholder både kliniske og organisatoriske indikatorer. De kliniske indikatorene omhandler behandling av diabetes. Sykdommen rammer mange pasienter og stiller store krav til behandling og kontroll. Diabetesbehandling kan brukes som modell for behandling av annen kronisk sykdom, og NSAM har gitt ut retningslinjer. Journalkvalitet er satt under kronisk sykdom, fordi en oppdatert og oversiktlig journal er spesielt viktig for kronikere og pasienter som går ofte til lege. Under akutt sykdom har vi valgt behandling av luftveisinfectionsjoner som klinisk indikator, mens hjelp ved akutte tilstander og trening i basal førstehjelp er valgt som organisatoriske indikatorer.

Vi har funnet mange indikatorer som er utviklet i andre land, som også er relevante for norsk allmennmedisin. I de fleste indikatorsystemer understrekes at måling med indikatorer først og fremst skal være til internt bruk i praksis, og at praksis eier sine egne data. Vi har pekt på flere bruksområder for indikatorene, men vi konkluderer med at måling med indikatorer i første omgang egner seg best til internt bruk og til bruk i etterutdanningsgrupper.

Diskusjon

Generelt

Det er både fordeler og ulemper ved bruk av indikatorer. Kvalitetsindikatorer kan misbrukes. De er kun *indikatorer*; det vil si at de kun peker på eller indikerer kvalitet, de kan ikke brukes som bevis. Den perfekte kvalitetsindikator finnes ikke, og bruk av indikatorer er kun en av flere måter å bruke informasjon for å se på forskjeller i kvalitet mot fastsatte standarder.

Det anbefales å velge områder som er viktige og relevante for den aktuelle praksis. Praksis bør føle eierskap til det aktuelle området. Det er viktig å være klar over at data fra forskjellige praksiser kan være vanskelige å sammenligne. Journalføring varierer fra lege til lege, og fra praksis til praksis. Det kan også være vanskelig å sammenligne forskjellige journalsystemer. Praksispopulasjoner varierer og kan gjøre sammenligning vanskelig, og det er vanskelig å finne gode metoder som kan kontrollere for tilfeldig variasjon og case-mix.

Måling fører ikke i seg selv til bedre kvalitet i praksis. En form for tilbakemelding, for eksempel med sammenlikning med andre eller med informasjon om avvik fra ønsket praksis, er sannsynligvis nødvendig for forandring, men dette er heller ikke tilstrekkelig. Det foreligger imidlertid lite forskning om optimale måter å gi feedback på.

Diskusjon i prosjektgruppa

I prosjektgruppa har det foregått en kontinuerlig diskusjon om bruk av, og bruksområder for indikatorer. Hvorfor skal vi bruke indikatorer, og hva vil vi oppnå med dette? Hvordan skal vi få allmennpraktikerne i Norge til å bli interessert i dette og dermed ønske å bruke indikatorene? Hvordan skal vi forhindre at data, som i utgangspunktet skal brukes internt, kommer ut til "uvedkommende" og brukes i feil sammenhenger? Hvordan skal indikatorene eventuelt kobles opp mot økonomi?

Til å begynne med ble det uttrykt skepsis til utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer. Etter hvert har det blitt enighet om at kvalitetsindikatorer til bruk internt i praksis og i etterutdanningsgrupper er relativt uproblematisk, og at praksisorganisering er et område der det er lite kontroversielt å utvikle indikatorer. Det er også enighet om at indikatorene må gjelde for legekantoret som enhet, og ikke bare for legene. Tverrfaglig samarbeid både innad på kantoret og med andre aktører i helsevesenet er av den største betydning for god kvalitet i pasientbehandlingen.

Prosjektgruppa er skeptisk til at indikatorer knyttet til klinisk praksis skal brukes eksternt som et mål på kvaliteten i praksis. Det er stor sannsynlighet for at slike indikatorer sier mer om praksispopulasjonen enn om kvaliteten i den aktuelle allmennpraksis. Prosjektgruppa har drøftet hvor mange kliniske indikatorer vi skulle ta med. Vi var enige om at det var viktig å ha med indikatorer både for akutt og kronisk sykdom. I andre land, inkludert nordiske land som Sverige og Danmark, er det lagt stor vekt på kliniske indikatorer. Vi valgte å ha med en klinisk indikator for akutt sykdom og en indikator for kronisk sykdom.

Styrke ved prosjektet

Vi har funnet et omfattende og relevant materiale om kvalitetsindikatorer i helsetjenesten i Norge og andre land. Vi har valgt å søke etter indikatorer for allmennmedisin i land som det er naturlig å sammenligne oss med. Vi har hatt en systematisk prosess for å velge ut hvilke indikatorer som skal presenteres for prosjektgruppa, og vi har hatt en åpen diskusjon og prosess i prosjektgruppa for å prioritere indikatorene som vi foreslår til bruk i norsk allmennmedisin.

Å måle med indikatorer er et verktøy til kvalitetsforbedring. Vi kan måle et uendelig antall aspekter av allmennmedisinen, men målingen er ikke et mål i seg selv. Vi ønsker ikke å innføre et system som fører

til mye ekstraarbeid i en allerede travel praksis. Bruk av indikatorer er først og fremst et middel til å heve kvaliteten innad i praksis. Resultatet av målingene tilhører praksisen. Den største gevinsten ved måling av kvalitetsindikatorer er at praksisene får bedre kunnskap om deler av egen virksomhet, og derved kan bruke dette i en prosess for kvalitetsforbedring ved å sette mål for hva man vil oppnå i framtida.

Måling med indikatorer kan også brukes til å sammenligne seg med andre. Et aktuelt bruksområde for indikatorene er praksisbesøk, der man kan sammenligne sin egen praksis med den man besøker. Praksisbesøk er obligatorisk i videre- og etterutdanningen i allmennmedisin, men innholdet i disse er lite beskrevet. I andre land har man arbeidet mye med dette, spesielt i Nederland, der praksisbesøk ble utviklet i Visit-in-Practice-prosjektet (VIP).

Svakheter ved prosjektet

Ved søk på Internett er det ikke mulig å finne alt som er skrevet og publisert om kvalitetsindikatorer. Vi vet ikke sikkert om det som er funnet og valgt ut er det som er mest relevant. Valg av dimensjoner og prioritering av indikatorer innebærer stor grad av skjønn; det er ikke mulig å finne ett "riktig" sett med indikatorer.

Prosjektleder og veileder har ikke hatt mulighet for å etterprøve og validere indikatorene, og heller ikke mulighet for å se nøye på hvilken utvelgelsesprosess som ligger bak indikatorene som presenteres på nettet. Vi har begrenset kunnskap om i hvilken grad kvalitetssystemene er i bruk i de forskjellige land, og hvilke erfaringer som er høstet under bruken. Vi har utarbeidet utvalgsprosessen for indikatorene underveis, og selve metoden er ikke validert.

Det er viktig at indikatorene er brukervennlige. Hvordan indikatorene skal måles, er ikke godt nok belyst i denne rapporten. Målingen bør ikke være for tidkrevende, og helst bør målene kunne hentes ut automatisk fra pasientjournalen. Vi har konsentrert oss om å peke på områder som er viktig å måle, og ikke hva som er enkelt å måle i dag. Muligheter for enklere målinger blir stadig bedre, ettersom de elektroniske pasientjournalssystemene utvikles og blir mer standardiserte. Prosessen videre blir å beskrive og peke på måling og målemetoder. Svein Gjelstad i prosjektgruppa har pekt på hva det er mulig å hente ut fra elektroniske pasientjournalene i dag.

Telefontilgjengeligheten på et legekontor er helt sentral i servicen overfor pasientene. Dette er derfor et viktig område å kunne måle, men på det nåværende tidspunkt er dette vanskelig. Vi har derfor valgt bort indikatoren for telefontilgjengelighet. Dersom det blir enklere å måle telefontilgjengelighet, vil dette komme med ved revisjon av indikatorene.

Konklusjon

Ved hjelp av indikatorer kan graden av måloppfyllelse overvåkes for en gitt problemstilling. Det er viktig å sørge for at datagrunnlaget er godt, og at det ikke kreves mye arbeid å samle inn og analysere data. Data fra egen praksis kan være et godt utgangspunkt for å forbedre kvalitet, særlig hvis det kombineres med konkrete anbefalinger om hva som eventuelt bør forbedres, og på hvilken måte dette helst bør skje.

Vårt mål har vært å komme fram til kvalitetsindikatorer som kan brukes i norsk allmennmedisin, og vi har her laget et forslag over indikatorer som KUP mener det er viktig å måle. Indikatorene er først og fremst egnet til bruk i egen praksis, ved praksisbesøk og i etterutdanningsgrupper.

Forslag til indikatorer i norsk allmenntidisin

Praksisområde 1 – Praksisorganisering

Kvalitetsaspekt:	1.1 Kvalitetsforbedring og personalutvikling
Kriterium	1.1.1 Praksis går inn for kvalitetsutvikling og kontinuerlig forbedring
Indikator	<i>1.1.1.1 Systematisk evaluering av data fra egen praksis</i>
	<i>1.1.1.2 Andel av legene i praksis, som er spesialister eller under spesialisering i allmenntidisin.</i>
Eksempel	Deltakelse i NOKLUS-klinikk, SEDA, EPA
Bruksområde	Internt i praksis, praksisbesøk, etterutdanningsgrupper.
Kriterium	1.1.2 God kommunikasjon mellom alle medarbeidere i praksisteamet
	<i>1.1.2.1 Det holdes regelmessige møter for hele praksisteamet, og det skrives referat fra møtene. Møtefrekvens: Minst 1 time pr måned.</i>
Måling	Møtereferater.
Bruksområde:	Internkontroll, praksisbesøk.
Kvalitetsaspekt:	1.2 Tilgjengelighet og prioritering
Kriterium	1.2.1 Ventetid på ordinær time
Indikator	<i>1.2.1.1 Tid til tredje neste ledige time.</i>
Måling	Ved hjelp av avtalebok. Kan måles ved automatisk uttrekk fra journalen.
Bruksområde	Internt i praksis, ved praksisbesøk.
Kvalitetsaspekt:	1.3 Samarbeid med andre instanser i helsevesenet
Kriterium	1.3.1 Gode rutiner i samarbeidet med andre nivå i primærhelsetjenesten
Indikator	<i>1.3.1.1 Rutiner for overføring av informasjon fra lege til hjemmesykepleien om medisiner av felles pasienter.</i>
Måling	Brev til hjemmesykepleien kan trekkes ut fra EPJ via korrespondanselogg, men utskrift av faste medisiner registreres ikke.
Bruksområde	Internt i praksis, internkontroll, tilsyn fra helsemyndigheter, praksisbesøk.

Praksisområde 2 - Pasientsikkerhet

Kvalitetsaspekt:	2.1 Sikre tjenester
Kriterium	2.1.1 Bruk av retningslinjer og faglig anerkjente metoder i pasientbehandlingen.
Indikator	<i>2.1.1.1 Praksis kan vise at de har tilgang til og bruker dokumenterte retningslinjer og prosedyrer i pasientbehandlingen.</i>
Eksempel	Bruk av NEL, Prosedyrepermen for Telemark, NSAMS handlingsprogram for diabetes.
Bruksområde	Internt i praksis, internkontroll, tilsyn fra helsemyndigheter, praksisbesøk.
Kriterium	2.1.2 Rutiner for registrering av feil og uønskede hendelser
Indikator	<i>2.1.2.1 Rutiner for innhenting og behandling av avviksmeldinger</i>
Indikator	<i>2.1.2.2 Rutiner for mottak av og behandling av klager fra pasientene.</i>
Bruksområde	Internt i praksis, i internkontroll, tilsyn fra helsemyndigheter, praksisbesøk.

Praksisområde 3 – Rettferdige tjenester

Kriterium	3.1.1 Legen deltar i møter i tverrfaglige fora som ledd i behandlingen av den enkelte pasient.
Indikator	<i>3.1.1.1 Legen deltar i ansvarsgruppemøter og basismøter for sine faste pasienter, der dette er aktuelt.</i>
Måling	Telle takst 14
Bruksområde	Internt i praksis, praksisbesøk.
Kriterium	3.1.2 God tilgjengelighet for rullestolbrukere
Indikator	<i>3.1.2.1 De bygningsmessige forhold i praksis er slik at rullestolbrukere har enkel tilgang til legekantoret.</i>
Bruksområde	Internt i praksis, internkontroll, tilsyn fra helsemyndighetene, praksisbesøk.

Praksisområde 4 – Lege/pasientforholdet

Kvalitetsaspekt:	4.1 Informasjon og kommunikasjon med pasienten
Kriterium	4.1.1 Innhenting av brukererfaringer
Indikator	<i>4.1.1.1 Praksis innhenter aktivt brukererfaringer fra pasientene</i>
Eksempel	Spørreundersøkelser.
Indikator	<i>4.1.1.2 Praksis gir pasientene mulighet til å gi uttrykk for sine meninger og forslag til forbedringer.</i>
Eksempel	Postkasse på kontoret til pasientforslag
Bruksområde	Internt i praksis, internkontroll, praksisbesøk, kollegagrupper

Praksisområde 5 – Kliniske indikatorer - kronisk sykdom

Kvalitetsaspekt:	5.1 Journalkvalitet
Kriterium	5.1.1 Systematisk og oppdatert journal for pasienter med kronisk sykdom
Indikator	<i>5.1.1.1 Kroniske diagnoser er registrert i journalen</i>
Indikator	<i>5.1.1.2 Oppdatert medisinliste finnes i journalen</i>
Måling	Indikatorene er mulige å trekke automatisk ut fra EPJ, men kvaliteten er vanskelig å bedømme automatisk. Siste dato for oppdatering kan finnes, og medikamentliste kan sjekkes mot resepter.
Bruksområde	Internt i praksis, tilsyn fra helsemyndighetene, praksisbesøk
Kvalitetsaspekt:	5.2 Kliniske indikatorer - Diabetes mellitus
Indikator	<i>5.2.1.1 Alle pasienter med diabetes gjennomgår årskontroll etter spesifikasjon i NSAMs handlingsprogram.</i>
Måling	Kan måles i NOKLUS-programmene
Bruksområde	Internt i praksis, praksisbesøk, kollegagrupper

Praksisområde 6 – Kliniske indikatorer - akutt sykdom

Kvalitetsaspekt:	6.1 Tilgjengelighet og prioritering
Kriterium	6.1.1 Praksis har et system for å sikre rask hjelp ved akutte tilstander
Indikator	<i>6.1.1.1 Praksis har et fleksibelt avtalesystem</i>
Indikator	<i>6.1.1.2 Antall ledige timer ved starten av en praksisdag.</i>
Måling	Ved hjelp av avtalebok
Bruksområde	Internt, internkontroll, tilsyn fra helsemyndighetene, praksisbesøk
Kriterium	6.1.2 Regelmessig trening i basal førstehjelp
Indikator	<i>6.1.2.1 Alt personell i praksis får opplæring og årlig trening i basal førstehjelp.</i>
Bruksområde	Internt, internkontroll, tilsyn fra helsemyndighetene, praksisbesøk
Kvalitetsaspekt:	6.2 Kliniske indikatorer. Luftveisinfeksjoner
Kriterium	6.2.1 Riktig behandling og rett bruk av antibiotika
Indikator	<i>6.2.1.1 Andel av pasienter med luftveisinfeksjoner ned diagnosekodene R72, R75, R76 og R81 som er behandlet med antibiotika, som har fått behandling med penicillin V.</i>
Måling	Automatisk uttrekk fra EPJ
Bruksområde	Internt i praksis, praksisbesøk, kollegagrupper

1. Bakgrunn

1.1 Om kvalitetsutvikling og bruk av kvalitetsindikatorer.

Kvaliteten av helsetjenesten

Vår helse påvirkes av en rekke faktorer, og helsetjenesten er bare en av disse. En slik multifaktoriell modell av helsetjenesten ble først fremmet i Lalondes "White Paper" i Canada i 1974 (1). Et helsetjenestesystem kan defineres som et sett av aktiviteter og faktorer som har som formål å forbedre helsen ved å sørge for samfunnsmessige og personlige helsemessige tiltak og tjenester.

De siste årene har det internasjonalt vært en stadig økende interesse både fra politikere og forskere for hvordan kvaliteten i helsetjenesten kan forbedres. Årsakene til denne økte interessen er velkjent: økende kostnader, teknologiske nyvinninger, aldrende befolkning, svikt av tradisjonelle markeds mekanismer i helsetjenesten, dårlig kvalitet og stor variasjon i praksis, medisinske feil og skader, mangel på ansvar og tydelighet, ulikheter og usikkerhet. Helseutgiftene i de industrialiserte land er nær doblet i de siste 30 år, men det er en utbredt oppfatning at den store økningen i utgiftene til helsetjenesten ikke har gitt god nok uttelling. Mange har ment at det er rom for forbedring i de fleste helsesystemer, og at "business as usual" ikke er akseptabelt (2). Innad i helseprofesjonene har det også vært en økt interesse for faglig utvikling og kvalitetsforbedring. Det er viktig å sikre at det er minst mulig avstand mellom de tjenester vi faktisk tilbyr våre pasienter, og det vi burde gjøre, basert på den best tilgjengelig kunnskap og pasientens preferanser.

Institute of Medicine (IOM) har definert kvaliteten av helsetjenester som "the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge" (3). Denne definisjonen klargjør noen viktige poeng. For det første er det viktig at helsetjenesten etterstreber resultater som pasientene ønsker. Individuer har ulike preferanser som vi må identifisere og ta hensyn til. For det andre viser definisjonen at det er faktorer som er utenfor kontroll av helsearbeiderne eller helsetjenesten som også kan påvirke det endelige utfallet. Samtidig er det slik at helsearbeidere og helsesystemer i ulik grad tar hensyn til og ansvar for utfordringen ved determinanter for helse som er utenfor helsetjenestens tradisjonelle område.

Verdens helseorganisasjon har definert kvalitet i helsetjenesten slik:

- 1) Høy profesjonell standard
- 2) Minimal pasientrisiko
- 3) Effektiv ressursutnyttelse
- 4) Høy pasienttilfredshet
- 5) Helhet i pasientforløpet og et godt resultat for pasienten

Kvaliteten av ytelser i helsevesenet kan deles i faglig kvalitet, organisatorisk kvalitet og pasientopplevd kvalitet.

Faglig kvalitet omfatter de medisinskfaglige ytelsene i relasjon til pasientbehandling.

Organisatorisk kvalitet gjelder tilrettelegging av helsevesenets ytelser, inkludert kontinuitet, koordinasjon og ressursutnyttelse.

Pasientopplevd kvalitet er pasientens opplevelse og vurdering av helsevesenets ytelser, inkludert kommunikasjon, informasjon, koordinasjon og kontinuitet.

Kvaliteten av helsevesenets ytelser kan også vurderes i relasjon til struktur, prosess og resultat.

Den allment aksepterte modellen som ble lansert av Donobedian, bygger på at kvaliteten av resultater avhenger av kvaliteten av prosessen, som igjen er avhengig av strukturen (4).

Struktur omfatter helsevesenets organisasjon, de økonomiske vilkår og ressurser i form av personale, personalets kompetansenivå, sykehus, legepraksis, utstyr med mer.

Prosess handler om de aktivitetene som utføres i forbindelse med behandling av pasienten. Prosessindikatorene belyser de konkrete aktivitetene i pasientforløpet og gir dermed et bilde av i hvilken grad vedtatte, vitenskapelig funderte prosedyrer brukes i klinisk praksis.

Resultat er forandringer i pasientens helse ved behandling. Resultatindikatorer kan være mål på overlevelse, sykелighet, symptomer og livskvalitet, eventuelt også laboratoriemessige data eller kliniske funn, og pasientens tilfredshet med behandlingen. Resultatindikatorene måler positive og negative utfall av behandling. Det er viktig å skille mellom indikatorer for intermediære resultater (surrogatutfall) og sluttresultat eller ”harde” kliniske endepunkter, som overlevelse og sykелighet.

Et eksempel på en intermediær resultatindikator er HbA1c hos diabetikere, da det er dokumentasjon for positiv korrelasjon mellom verdien av HbA1c og sendiabetiske komplikasjoner. Et annet eksempel er blodtrykkverdien hos pasienter med hypertensjon som behandles med blodtrykkssenkende medisiner.

Kvalitetsmål

Florence Nightingale, som var en pioner når det gjaldt måling av ytelsene helsetjenesten, skal ha formulert problemet ved sammenhengen mellom å yte kvalitet og måling av kvalitet på denne måten: ”The ultimate goal is to manage quality. But you cannot manage it until you have a way to measure it, and you cannot measure it until you can monitor it” (5).

For å kunne gi grunnlag for forbedring, og for å vurdere om vi oppnår en kvalitetsforbedring av tjenestene, må kvalitet kunne måles. Ulike begreper har vært knyttet til ulike aspekter ved kvalitetsvurderingen (6).

- *Kriterium* beskriver den ideelle kvalitet.
- *Standard* beskriver realistisk mål for god klinisk praksis, og kan defineres som en grad av oppfyllelse av et kriterium, målt som prosentandel av hendelser der kriteriet er oppfylt.
- *Indikator* er en målbar variabel, som måler eller indikerer i hvilken grad standarden er oppfylt.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations i USA har definert en indikator slik: En indikator er en statistisk verdi som gir en indikasjon på hvordan prosesser fungerer, eller om bestemte resultater er oppnådd (7).

Indikatorer gir ingen sikker dokumentasjon på et bestemt kvalitetsnivå, men er en pekepinn. Måling av indikatorene kan hjelpe oss til å registrere variasjoner som vi ellers ikke ville ha lagt merke til, og som det kan være verdt å studere nærmere. Indikatorene kan synliggjøre eksempler på god praksis. De rettferdiggjør ikke forhastede reaksjoner i fravær av annen informasjon. Indikatorer må ikke overtolkes, men brukes med fornuft. En indikator er noe annet enn en retningslinje. Den skal være oppnåelig og kontrollerbar for den som leverer helsetjenesten.

Internasjonalt blir gjerne to begreper brukt: kvalitetsindikator og ytelsesindikator (performance indicator) (8). Forskjellene er knyttet til bruksnivå og formålet med indikatorene. *Ytelsesindikatorer* brukes mest på overordnet beslutningsnivå til styringsformål i offentlig virksomhet og eventuelt til akkreditering, mens *kvalitetsindikatorer* brukes på praksisnivå. Begrepene eksterne og interne kvalitetsindikatorer brukes også for å skille mellom indikatorer som gjøres offentlige og som brukes utenfor praksisen, og indikatorer som kun er til bruk internt i praksis for kvalitetsforbedring.

Ytelsesindikatorene kan brukes til flere formål:

- Legitimering av ytelser i helsetjenesten
- Synliggjøring av hva som er oppnådd
- Styringsformål - oppnåelse av standarder og fastsatte krav
- Overvåkning av tjenesten
- Sammenligning av virksomheter

Hovedformålet med bruk av kvalitetsindikatorer er å gi grunnlag for kontroll av egen virksomhet og kontinuerlig forbedring av klinisk virksomhet på praksisnivå. Det viktigste ved valg av gode indikatorer er å velge mål som helsetjenesten kan påvirke. For mange utfall er forhold utenfor helsetjenesten viktigere, for eksempel sosioøkonomiske faktorer (9)

The New Leuwenhorst group har uttalt: ”Kvalitetsmåling er intet mål i seg selv, men et middel til forbedring av kvaliteten av helsetjenester, og det endelige målet er å forbedre befolkningens helse. Det er en viktig del av medisinsk utdanning, både i grunn- og etterutdanningen. Kvalitetsmåling starter når en lege eller gruppe av leger ser at arbeidet ikke gjøres på best mulig måte. Deltakelse i kvalitetsforbedringsarbeid er en del av etterutdanning og kontinuerlig forbedring, som er helt nødvendig for alle helsearbeidere dersom helsetjenesten skal holde en høy standard. Kvalitetsforbedring er ikke en aktivitet som er forbeholdt helsearbeidere alene, men pasientene bør også inviteres og oppmuntres til å delta i planlegging og innføring av helsetjenester. Graden av pasientinvolvering kan brukes som en indikator på tjenestens kvalitet” (10).

Forandring blir ofte drevet gjennom på grunn av press utenfra og krav om innsyn og åpenhet. Utfordringen er å la kvalitetsutvikling og forbedring bli en del av det daglige kliniske arbeid, noe som sitter i hodet og hjertet til helsearbeideren. Kvalitetsarbeidet bør nedfelles i daglige rutiner som en del av yrkesidentiteten, og bli en del av yrkesmoralen og motivasjonen i det daglige arbeidet.

Kvalitetsindikatorer kan lett misbrukes. Den perfekte kvalitetsindikator finnes ikke, og bruk av indikatorer er kun en av flere måter å bruke informasjon for å se på forskjeller i kvalitet mot fastsatte standarder. Det er viktig at hver praksis setter realistiske standarder, avhengig av hva som er oppnåelig og ønskelig (11). Det viktigste er diskusjonen i den enkelte praksis eller etterutdanningsgruppe. Hva er årsak til at vi ikke oppnår en standard? Hvordan ligger vi an i forhold til andre praksiser?

For at en indikator skal fungere godt i kvalitetsforbedring kan det være en fordel at den

- måles lokalt
- tilbakeføres lokalt
- inngår i en erfaringsløype
- er representativ for enhetens prosesser
- brukes slik at medarbeiderne føler seg involvert og trygge

Fordeler ved bruk av indikatorer

Vi ser følgende mulige fordeler ved å ta i bruk kvalitetsindikatorer i allmennpraksis:

- Gir mulighet for å sammenligne mot ideelle standarder eller mellom praksiser
- Kan stimulere til endring og forbedring
- Kan gjøre det enklere å evaluere et kvalitetsforbedringsinitiativ
- Kan identifisere uakseptabel praksis
- Kan stimulere til faglig diskusjon
- Kan hjelpe til å bruke ressurser målrettet, der det er størst behov
- Kan gi raske og rimelige redskap for kvalitetsmåling

Ulemper og problemer ved bruk av indikatorer

Men det er også flere mulige uheldige sider ved bruk av kvalitetsindikatorer:

- Kan oppmuntre til en fragmentert tilnærming til en holistisk og integrert tjeneste
- Måler kun kvalitet på områder som er relativt enkle å måle
- Kan være basert på usikre data og informasjon fra fenomener som er vanskelig å måle
- Kan være vanskelig å tolke, for eksempel kan tilsynelatende forskjeller i kvalitet skyldes tilfeldig variasjon eller case-mix
- Kan være dyrt og tidkrevende; kostnad-nytte ved bruk av kvalitetsindikatorer er ukjent
- Kan oppmuntre til ”gapestokk-kultur”
- Kan føre til at det blir fokusert på målbare mål på bekostning av andre områder
- Kan føre til planlegging på kort sikt og ikke på lang

- Kan skade tilliten fra befolkningen og demoralisere helsepersonell hvis det fokuseres for mye på mangler
- Hvis resultatene offentliggjøres eller spesielle data premieres kan det føre til manipulering med data

For å minske ulemper og unngå fallgruber, anbefales det å velge områder som er viktige og relevante for den aktuelle praksis. Hvis området ikke ansees som interessant av helsearbeiderne, er det stor sjanse for å mislykkes. Praksis bør føle eierskap til det aktuelle området som skal vurderes. Det er viktig å være klar over at data fra forskjellige praksiser kan være vanskelige å sammenligne. Journalføring varierer fra lege til lege og fra praksis til praksis. Det kan være vanskelig å sammenligne forskjellige journalsystemer. Praksispopulasjoner varierer og kan gjøre sammenligning vanskelig., og det er vanskelig å finne gode metoder som kan kontrolleres for tilfeldig variasjon og case-mix. I de aller fleste indikatorsystemer blir det framhevet at måling først og fremst skal være til internt bruk i praksis, og at praksis eier sine egne data.

Gangen i kvalitetsforbedringsprosessen

Prioritering av problemstilling

Man bør konsentrere seg om tilstander som forekommer hyppig, der det finnes uavklarte variasjoner i behandling eller bruk av ressurser, og der kvalitetsforbedring kan gi en behandlingsgevinst for pasientene.

Fastleggelse av kvalitetsmål

Kvalitetsmål fastlegges i form av ideelle mål (kriterier) og realistiske mål (standarder) for god praksis. Kriteriene fastlegges på grunnlag av systematisk oppsummering og vurdering av vitenskapelig litteratur. Dersom det mangler forskningsbasert dokumentasjon, og problemstillingen er viktig, kan kvalitetsmålene fastsettes på basis av konsensus blant erfarne og kompetente klinikere. Slike mål er mer usikre og må anvendes og tolkes med større forsiktighet.

Fastleggelse av indikatorer

Ved hjelp av indikatorer kan graden av måloppfyllelse overvåkes for en gitt problemstilling. Indikatorene har ingen verdi i seg selv, som innsamlede data, uten at de blir brukt i faglig analyse, vurdering og fortolkning.

For at indikatorer kan føre til bedre kvalitet i praksis er flere trinn viktige:

- En god prosess for å velge ut relevante og viktige kvalitetsindikatorer (12)
- Data og datainnsamling; det er viktig å sørge for at datagrunnlaget er godt, og at det helst ikke kreves særlig ekstraarbeid å samle inn data.
- Dataanalyse og vurdering; det bør være gode rutiner for å analysere og vurdere data. Legekontorene bør få støtte og hjelp til dette.
- Feedback og kvalitetsforbedring; data fra egen praksis kan være et godt grunnlag for å forbedre kvalitet, særlig hvis det kombineres med konkrete anbefalinger om hva som bør forbedres, og på hvilken måte dette bør skje (13).

Bruk av struktur-, prosess- eller resultatindikatorer

Resultatindikatorer

Resultatet av pasientbehandlingen er det viktigste kvalitetsmålet i helsetjenesten. Den ideelle overvåkning av helsevesenets ytelser ville derfor være resultatindikatorer. For svært mange av ytelsene er det ikke dokumentert klar sammenheng mellom struktur, prosess og resultat. For mange viktige helseutfall vet vi at forhold utenfor helsetjenesten kan være vel så viktige prediktorer for utfall, som helsetjenestens innsats. Vi kan derfor ikke vite sikkert om en god struktur og vel tilrettelagt prosess fører til et godt resultat. Data for resultatindikatorer foreligger ofte først etter lang tid. Data til kvalitetsovervåkning er per definisjon historiske, men "forhistoriske" data er mindre interessante som middel til forbedring gjennom feedback. I allmennpraksis er prevalensen av hver sykdom liten, og det er vanskelig å foreta valide statistiske sammenligninger over tid eller mellom praksiser på grunnlag av resultatindikatorer. Mange viktige kliniske behandlingsutfall og komplikasjoner forekommer også relativt sjelden, selv for de vanligste tilstandene som vi behandler i allmennpraksis. Resultatindikatorer blir mer brukt på

sykehusnivå, der for eksempel dødelighet og overlevelse av cancersykdommer overvåkes rutinemessig. Pasientregistrene registrerer også komplikasjoner av behandling. Men selv på sykehusnivå, som har større datamengder enn den enkelte lege og det enkelte legekantor, finnes det ikke gode validerte kvalitetsindikatorer for overlevelse.

Prosessindikatorer

Når vi har god dokumentasjon for en klar sammenheng mellom en definert prosess og resultat, kan bruk av prosessindikatorer være relevant. En anerkjent prosessindikator er graden av bruk av evidensbaserte retningslinjer. Evidensbaserte anbefalinger er basert på den beste tilgjengelige forskning. Hvis det foreligger god dokumentasjon fra kliniske studier for at den anbefalte behandlingen gir bedre utfall enn alternative tiltak, kan vi gå ut fra at dette også vil være slik i vanlig klinisk praksis. Vi antar altså at det er en sammenheng mellom det å følge slike retningslinjer, og det å få bedre kliniske resultater av behandlingen for pasientene i praksis. Det er derfor viktig at organisasjonen kan vise at den bruker evidensbaserte retningslinjer i klinisk praksis. Prosessindikatorene brukes mens behandling pågår, og feedback kan derfor gies uten forsinkelse. Prosessindikatorene er tradisjonelt blitt brukt både i første- og annenlinjetjenesten.

Strukturindikatorer

Her foreligger det begrenset med gode data og forskning. Dokumentasjon for sammenheng mellom helsevesenets struktur og kvaliteten av pasientbehandlingen er ofte manglende eller svak. Det betyr ikke at dette er mindre viktig. Fordi helsevesenet er en svært kompleks organisasjon, med mange aktører og kompliserte samhandlinger, er det vanskeligere å måle og analysere dette på en robust måte.

Kvalitetsindikatorer versus internkontroll

Helsetjenester på alle nivå er underlagt forskrift om internkontroll (14). I dette ligger at tjenesten er forpliktet til å følge lover, forskrifter og andre myndighetskrav, og det er gitt klare krav om å etablere system for internkontroll. Dette oppfattes av mange som å være en kvalitetsdimensjon i seg selv. Bestemmelsene i forskriften om internkontroll går imidlertid mer på faglig forsvarlighet og minimumsstandarder enn på kvalitetsutvikling, som sikter mot praksis som ligger godt over minstestandarder. Forsvarlighet og minstestandarder kan ikke brukes som norm for god kvalitet i helsetjenesten.

Metoder for kvalitetsforbedring

Noen metoder for kvalitetsforbedring som brukes i praksis er:

- Kurs, seminarer og forelesninger
- Faglige retningslinjer
- Pasienttilfredshetsundersøkelser
- Analyse av feil og avvik
- Praksisbesøk
- Etterutdanningsgrupper
- Audit og feedback
- Bruk av kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre
-

Måling av kvalitetsindikatorer kan være nyttig i alle kjente metoder for kvalitetsforbedring, i den forstand at det er behov for å måle aspekter av tjenesten hvis man skal vurdere hvor man står og om det faktisk skjer en kvalitetsforbedring over tid.

Det er økende oppmerksomhet på at tradisjonelle metoder for etterutdanning og kvalitetsforbedring ikke alltid fører til endret praksis. Det er vanskelig å endre praksis i helsetjenesten, og det er behov for samarbeid og gode metoder for å få det til (15).

En oversiktsartikkel fra 2003 redegjorde for erfaringer med kollegagrupper og kvalitets sirkler i 26 europeiske land (16). Et mer omfattende system for arbeid med kollegagrupper startet i Nederland på 70-tallet. Etter hvert har dette blitt en viktig kvalitetsutviklingsmetode i allmennpraksis. I Norge er deltakelse

i smågrupper nå obligatorisk i legers videre- og etterutdanning. Men økende gruppeaktivitet fører ikke nødvendigvis til økt kvalitet i praksis. Det er gjort svært få evalueringsstudier av slik gruppevirksomhet. Gruppene gir et rom for refleksjon og samtale om erfaringer fra praksis. Ved bruk av data fra praksis, for eksempel kvalitetsindikatorer, kan gruppene bidra til kvalitetsforbedring ved at deltakerne kan avdekke områder der det er behov for utvikling, og der gruppen kan gi råd om aktuelle tiltak. Oversiktsartikkelen viser noen eksempler på godt kvalitetsforbedringsarbeid i kollegagrupper fra forskjellige europeiske land (16).

Audit og feedback er en kvalitetsforbedringsmetode som har vært tatt i bruk i en rekke land, både i forbindelse med smågruppevirksomhet, og innad i egen praksis. Audit Project Odense (APO) er et dansk kvalitetsforbedringstiltak som også har blitt brukt i Norge, med et eget utviklet registreringsskjema (17).

Samling av data er starten på en feedback-sløyfe. Ved analyse av data og sammenligning med andre eller med ønsket praksis kan legen eller legekantoret bli oppmerksom på kvalitetssvikt som man kanskje ikke tidligere har erkjent. Dette gir en mulighet til å ta tak i utfordringen, og forbedre praksis. Flere forskjellige feedbackmetoder er prøvd ut i forskjellige land.

En systematisk oversikt av studier over effekten av audit og feedback viste at dette kan føre til endring i praksis, men det er svært stor variasjon i effekten, og det er vanskelig å finne ut hvorfor dette noen ganger har god effekt, mens det i andre studier ikke har effekt. De praksisene som hadde størst avvik viste størst forbedring, og i en oppdatering av denne oversikten er det nå inkludert 118 randomiserte kontrollerte studier over effekten av audit og feedback, som omfatter mer enn 13000 helsearbeidere. Oversikten viste at feedback førte til størst forbedring der avviket fra anbefalt praksis var størst. Metoder med mer intens feedback ga også bedre effekt. Feedback alene, altså kun å overføre informasjon om egne data sammenlignet med andre til helsearbeidere, fører ikke nødvendigvis til målbar effekt. Det foreligger svært lite forskningsdata om optimale måter å gi feedback på innsamlede data (13).

Legen må oppfatte data i feedback som valide og relevante og som et godt grunnlag for forbedring for å bli motivert for endring. Det tar tid å utvikle troverdige data i en gitt setting. Kilden og tidspunktet for samling av data er kritisk for at data skal bli oppfattet som valide. Gode sammenligninger, med ønskelig praksis, med andre praksiser og med egen praksis over tid, kan øke verdien av datafeedback. Det er sannsynligvis også viktig at leder eller nøkkelperson i praksis er engasjert. Datafeedback som gjenspeiler en spesiell leges praksis, kan være nyttig, men det kan også virke truende og det å bli utlevert som avikende, kan også oppleves som straff. Feedback bør foregå over tid, og det er alltid viktig å huske på at kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess.

Data bør sammenlignes med best praksis i stedet for med minimumsstandarder eller gjennomsnittsverdier for å vise potensialet for kvalitetsforbedring. Kaplan og Nortons "Balanced scorecard" er en strategisk tilnærming og en metode hentet fra industrien som skal hjelpe organisasjoner å forbedre sine ytelser fra fire perspektiver: økonomisk perspektiv, kundeperspektiv, virksomhetens eget perspektiv og et vekst/læringsperspektiv (18). Disse fire perspektivene er integrert i ett grafisk bilde. Metoden gjør det mulig at en rekke strategiske nøkkel-indikatorer på flere områder kan presenteres på en samlet måte, slik at man får feedback fra ulike kilder og ulike perspektiv.

1.2 Norske helsemyndigheter og Legeforeningen om bruk av kvalitetsindikatorer

På 1990-tallet var helsemyndighetenes "Nasjonalt strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten" en viktig satsing. Det overordnede målet var at alle virksomheter i helsetjenesten skulle etablere effektive og helhetlige kvalitetssystemer. I 1999 ønsket Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund å etablere et nasjonalt system for kvalitetsindikatorer for sykehustjenesten. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe for å utarbeide forslag til kvalitetsindikatorer høsten 1999.

Arbeidsgruppen pekte på fire viktige helsepolitiske utviklingstrekk innen spesialisthelsetjenesten, som aktualiserte behovet for kvalitetsindikatorer.

- Fokus på pasientenes behov
- Kvalitetsinformasjon som utfyllende styringsinformasjon

- Fristilling av sykehus
- Fritt sykehusvalg

Det samlede indikatorsettet skulle være relevant for

- pasienter og pårørende
- helsepersonell i klinisk praksis
- administrative ledere
- politikere
- befolkningen generelt

Arbeidsgruppen mente at den fagspesifikke dimensjonen for de fleste pasientgrupper må sikres gjennom økt bruk av kliniske kvalitetsregistre. Våren 2001 la arbeidsgruppen fram forslag til 21 kvalitetsindikatorer. Det var i 2005 innført ti kvalitetsindikatorer for somatiske sykehusavdelinger og seks indikatorer for psykiatrien.

Sykehusene er pålagt å registrere og rapportere data bestemt av indikatorene til offentligheten. Indikatorene ligger på nettsidene til Sosial og helsedirektoratet (19). Formålet med de nasjonale kvalitetsindikatorer er i følge nettsidene å gi brukerne, helsepersonell og ledere informasjon om tjenestetilbudet innen enkelte områder av spesialisthelsetjenesten. Indikatorene skal brukes til kvalitetsforbedring og intern styring av virksomheten. På nettstedet ”Fritt Sykehusvalg Norge” (www.sykehusvalg.no) vises de indikatorene som antas å være av interesse og relevans for pasienter, pårørende og andre på egne sider, og på sidene for helsetjenesten vises flere indikatorer som antas å ha størst relevans for helsepersonell og ledere på ulike nivå.

Indikatorene som er valgt hittil viser ulike aspekter ved kvalitet først og fremst på sykehus- og institusjonsnivå. På sikt er det en målsetting med flere indikatorer som også viser resultater av ulike tiltak og behandlinger.

I 2002 ba Legeforeningen spesialisthelsetjenesten om å utarbeide fagspesifikke og nasjonale kvalitetsindikatorer. Høsten 2003 hadde Kvalitetsforbedringsutvalget fått inn forslag til 50 indikatorer fra 21 spesialforeninger. Indikatorene fra Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening er offentliggjort, og ligger på nettet (20). Et eksempel på en indikator herfra er: ”Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i barne- og ungdomspsykiatrien.” Beskrivelse av indikatoren, metode for innsamling og bearbeiding av data, samt tolkning av resultatene, ligger på nettet.

I ”Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten ... Og bedre skal det bli! (2005-2015)” er bruk av kvalitetsindikatorer et aktuelt tiltak for å monitorere og evaluere tjenestene (21).

Målet med strategien er tjenester som

- er virkningsfulle
- er trygge
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Pleie og omsorgstjenesten er det første området innen primærhelsetjenesten som har innført kvalitetsindikatorer. Sosial- og helsedirektoratet har ledet arbeidet med å utvikle indikatorer for å måle kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene. Indikatorene blir publisert på en egen portal på nettsidene www.bedrekommune.no. Her kan innbyggere og brukere i hver kommune sammenligne tjenestene i egen kommune med andre kommuner og fylker. Disse indikatorene blir på det nåværende tidspunkt publisert:

- Andel plasser i enerom på sykehjem
- Andel plasser i tilrettelagt enerom med bad/WC
- Andel personell med fagutdanning

- Andel beboere på tidsbegrenset opphold i institusjon
- System for brukerundersøkelser, institusjon
- System for brukerundersøkelser, hjemmetjenesten

Ifølge Sosial- og helsedirektoratet har det foreløpig ikke vært planer om å innhente kliniske data fra allmennlegetjenesten.

Sosial- og helsedirektoratet ga i januar 2006 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i oppdrag å utarbeide en oversikt over relevante kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten, samt å undersøke om bruk av kvalitetsindikatorer og formidling av resultatene av målinger til helsemyndigheter og beslutningstakere virker kvalitetsforbedrende (22).

1.3. Tidligere og nåværende bruk av indikatorer i norsk allmennmedisin

Helsedata og Sentrale data i allmennmedisin (SEDA)

Allerede rundt 1990 så helsemyndighetene behov for tilgang på data om kurativ individrettet allmennlegevirksomhet utover de data som fantes om refusjonsberettigete aktiviteter i Rikstrygdeverkets legeregningssystem. I Styrings- og informasjonshjulet som da ble etablert, hadde man god tilgang på rutinestatistikk over sosiale og trygdemessige forhold, men lite om folks helse og hvordan allmennlegetjenesten møtte folks behov. Med St.meld. nr. 36 (1989-90) "Røynsler med lova om helsetenesta i kommunene" ble det rettet nytt fokus mot kvaliteten på allmennlegetjenesten. Det ble anbefalt å sette i gang et forsøk med fastlegeordning (jfr. Fastlegeforsøket 1993-96). I 1994 nedsatte Rikstrygdeverket (RTV) en arbeidsgruppe, "Helsedataprojektet", som skulle se på mulighetene for å benytte data fra allmennlegenes elektroniske journaler som grunnlag for kvalitetsutvikling i allmennlegetjenesten, gjennom mulighet for legene til å sammenligne sin praksis med andres, og gi stat og kommune en kilde til informasjons- og styringsdata knyttet til innholdet i allmennlegetjenesten. Til grunn for arbeidet lå to mindre utredninger med oppsummering av erfaringene med elektronisk pasientjournal (EPJ) så langt. På bakgrunn av en rapport fra arbeidsgruppen ble det etter samtaler mellom departementet, Legeforeningen og Statens helsetilsyn besluttet å arbeide videre med et utvidet prosjekt. På grunn av uenighet mellom RTV og Legeforeningen i forbindelse med "Aksjon riktig takstbruk" stoppet prosjektet opp i 1997.

Departementet overtok ansvaret, og tok i 1999 initiativ til forprosjektet Sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA). Det ble opprettet en arbeidsgruppe med sentrale aktører fra styringsgruppen for Helsedataprojektet. I tillegg til departementet deltok Statens helsetilsyn, Legeforeningen, Kommunenes Sentralforbund, Kompetansesenter for IT i helsevesenet (KITH), Folkehelse, Oslo kommune, RTV og Statistisk sentralbyrå (SSB). Målene var de samme som for det tidligere Helsedataprojektet. Den nye arbeidsgruppen anbefalte å gjennomføre et eller flere pilotprosjekter for å prøve ut innsamling og bearbeiding av data, med utgangspunkt i et enkelt og robust datasett. Det ble anbefalt at datainnsamling baseres på frivillig deltakelse fra legenes side. Departementet ba SSB være prosjektleder. Det var stor interesse i Legeforeningen for videreføring av prosjektet. Et viktig aspekt var arbeidet med utformingen av en fastlegeordning (FLO), og behovet for aktivitetsdata fra innholdet i allmennlegetjenesten før og etter innføringen av ordningen i 2001. Det ble satt i gang flere tiltak for å evaluere FLO, og SEDA var et av disse tiltakene.

Ett av formålene med SEDA-prosjektet har hele tiden vært kvalitetsutvikling i allmennlegepraksis gjennom tilbakemelding til allmennlegene. Antallet allmennleger som burde være med var avhengig av formålet, det vil si de ulike partenes behov. For sentrale myndigheters styringsbehov ville et utvalg blant legene være tilstrekkelig, men for planlegging og evaluering av tjenestene på kommunalt nivå vil man være avhengig av at de fleste legene deltar (bl.a. geografisk og sosial fordeling). SEDA-data vil kunne gi et vesentlig bidrag til at kommunene kan få oversikt over folks helse og forhold som påvirker denne. Dette er et krav i følge kommunehelsetjenesteloven, men man har til nå ikke hatt noe redskap for å kunne etterkomme dette. Som et kvalitetssystem for legene selv, var intensjonen at alle skulle ha mulighet til å delta, om ikke nødvendigvis kontinuerlig.

Målet for SEDA er å utvikle et system for etablering av landsrepresentativ statistikk, de første landsrepresentative data, og om mulig regional statistikk. Dette innebærer at det utvalget man tar sikte på i denne fasen av SEDA omfatter et utvalg blant, og ikke alle, fastlegene.

Statistisk sentralbyrå (SSB) utførte et pilotprosjekt ved å innhente og vurderte data fra 49 allmennleger ved 21 legekontorer i en måned ved årsskiftet 2001/2002. Basert på prøveinnsamlingen konkluderte SSB med at datauttrekk fra elektronisk pasientjournal kan gi grunnlag for felles statistikk for allmennlegetjenesten og anbefalte at prosjektet videreføres med det for øye å tilrettelegge for løpende datainnsamling (23).

Pilotprosjektet viste at det er behov for økt standardisering av informasjon i elektronisk pasientjournal dersom datakilden skal kunne utnyttes til statistikkformål. Det ble pekt på følgende områder hvor det er særlig viktig med standardisering:

- Kontaktregistrering, for å få full oversikt over alle typer pasientkontakter, også de som ikke utløser noen takstbruk
- Standardisert dokumentasjon av foreskrivning og administrasjon av legemidler inkludert mulighet for å ta vare på og trekke ut legemiddelets ATC-kode
- Standardiserte henvisninger til sykehus/spesialist
- Implementering av felles standard for prøvenavn for laboratorieprøver

Arbeidet i SEDA-prosjektet må sees i sammenheng med statlig tiltaksplan for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren 2001-03, "Si @" og Samspill 2007 (24;25). Videre samkjøres SEDA med arbeidet som gjøres i Referansegruppen for Kodeverk, Klassifikasjoner og termer i helse- og sosialsektoren (KoK).

Pilotprosjektet viste også at en del leger var så presset tidsmessig at de, til tross for interesse for prosjektet ikke hadde mulighet for å delta, gitt de rutinene for uttrekk og forsendelse som ble brukt. SSB ønsket derfor å arbeide videre med å etablere en metode for uttak av data fra legekantorene som medfører minst mulig merarbeid for legene (23).

I 2005 ble pilotprosjektet fulgt opp med en ny og utvidet datasamling. Det ble gjennomført med et større utvalg, bedre representativitet og mulighet for regional statistikk. SEDA vil gi allmennpraktikerne bedre kjennskap til egen praksis, og myndighetene vil få bedre kunnskap om fastlegeordningen, samt kunnskap som kan bedre samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten. Prosjektet skal avsluttes med en sluttrapport til Sosial- og helsedirektoratet i 2006, og det vil da bli tatt stilling til eventuell løpende drift fra 2007 (26).

NOKLUS - Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus.

NOKLUS startet opp i 1993 og er en landsomfattende organisasjon (27). De ansatte er dels knyttet til 24 sykehuslaboratorier i landet (NOKLUS i regionene) og dels knyttet til Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen (NOKLUS Senter). Hele 99 % av landets legekantor deltar i ordningen.

Hovedmålene er å kvalitetssikre at rekvirering og analysering av laboratorieprøver, og tolkning av prøvesvar, blir utført etter definerte faglige standarder og i samsvar med pasientens behov for utredning, behandling og oppfølging. NOKLUS Senter sender ut prøver med ukjente verdier til deltakerne, som analyserer prøven og sender resultatet tilbake. Så sendes tilbakemelding om de enkeltes resultater i forhold til andres, med fasitverdier og retningslinjer. Ifølge NOKLUS har denne virksomheten ført til bedring av analysekvaliteten på alle laboratorieprøver. Pasienter og leger spares for unødvendige konsultasjoner og henvisninger, og det hindrer feil behandling.

Sekretariat for utvikling av allmenntedisinske kvalitetsindikatorer (SATS)

SATS-prosjektet ble gjennomført i 1996-99 (28;29). Formålet var å utvikle en effektiv metode for implementering av kliniske retningslinjer, samt å fremme kontinuerlig læring og utdanning i allmennpraksis. Dette var en metode for etterutdanningsgrupper der det ble brukt kvalitetsindikatorer og innhentet data fra elektronisk pasientjournal (EPJ). SATS kombinerte standardsetting i egen praksis ved

hjelp av indikatorer, bruk av EDB-verktøy på legens kontor og kollegabasert læring i smågrupper. Gjennomføring av ett eller flere emner ble godkjent i videre- og etterutdanningen. I 1995-96 ble alle norske allmennpraktikere invitert til å delta i SATS. 180 leger gjennomførte hele læringssyklus, som gikk over 3 år, og gjennomføring av hvert emne tok ¾-1 år.

Det ble utarbeidet indikatorer for

- diabetes mellitus
- migrene
- sår hals
- bruk av laboratoriet

De fleste deltakerne rapporterte om bedring ved måling av en eller flere indikatorer. De som skåret dårligst ved første måling, viste størst forbedring. Av de som gjennomførte hele syklus, rapporterte 61 % om bedring i egen praksis, og 24 % rapporterte i tillegg bedring på andre praksisområder. Deltakerne verdsatte muligheten til å sammenligne seg med andre, som et godt utgangspunkt for videre læring. Metodens styrke antas å være at den er knyttet til egne data, innvevd i daglig klinisk arbeid, diskusjon med kolleger, og at den er relativt enkel å bruke.

En ekstern evaluering viste at deltakernes tilfredshet var noe avhengig av gruppens valg av tema, slik at de store uoversiktlige temaene ga mest utbytte (29). Utbyttet var knyttet til faglig læring, evne til å omsette kunnskap til praksis, og overføringsverdi til andre felt i praksis. Det å vurdere egne praksisdata i gruppen ble ansett som et svært godt utgangspunkt for slik læring. Det ble pekt på at SATS kunne være et tungt prosjekt å sette seg inn i på grunn av et uklart begrepsapparat. Uferdig EDB-verktøy var frustrerende. Formålet med SATS ble vurdert som noe utydelig formulert, og kvalitetssikringsbegrepet burde vært utdypet og gjort mer sentralt. Det ble ansett som viktig at kvalitetssikring ble sett på som et verktøy og ikke som et mål. Selv om det ble pekt på svakheter, ble det konkludert at SATS-prosjektet var et løfterikt videre- og etterutdanningsprogram, der arbeidet videre burde dreie seg om klargjøring av målsetting og utbedring av praktiske vanskeligheter.

NOKLUS Klinik

Dette er en videreføring av SATS-prosjektet og er den klinisk rettede delen av virksomheten til NOKLUS (30). Det er et opplegg for bruk i praksis og for gruppeaktiviteter, f.eks smågrupper. NOKLUS Klinik har utviklet og tilbyr to dataprogrammer, NOKLUS Praksis- og Diabetesprofil. Praksisprofilen inneholder følgende tre deler:

- Pasientene - som gir nøkkeltall for listepopulasjonen, for eksempel gjennomsnittlig antall konsultasjoner per listepasient i løpet av året
- Diagnosene – som viser hvordan diagnosene fordeler seg på ulike diagnosegrupper (hovedkapitlene i ICPC)
- Laboratorieanalysene - som gir oversikt både over samlet prøvebruk og hvor ofte de enkelte analyser forekommer, for eksempel hvor ofte Hb er rekvirert. Legen kan også finne tall for hvordan INR-svarene fordeler seg - hvor mange er i terapeutisk område?

Diabetesdelen bygger på NSAMs handlingsprogram og består av to deler; et diabetesskjema, som er integrert i og fungerer som del av journalen, og en rapportgenerator som bearbeider og organiserer data og muliggjør utskrift av oversikter til bruk i egen praksis. NOKLUS har for øvrig fått i oppgave å lage et landsdekkende pasientregister over voksne personer med diabetes. Dette registeret vil basere seg på de dataene som diabetesskjemaet inneholder, og vil kreve samtykke fra den enkelte pasient. Dette samtykket må i hovedsak innhentes av fastlegen, og det vil bli laget enkle rutiner for dette. Et slikt register er sterkt ønsket både av Norges Diabetesforbund, fagmiljøene og sentrale helsemyndigheter. Det er derfor ønskelig at fastlegene bidrar ved å sikre at diabetesskjemaet inneholder så mange - og gode - data som mulig. Data vil også bli samlet inn fra annenlinjetjenesten. Registeret vil være lokalisert ved NOKLUS Senter, og Helse Vest vil finansiere og være eier av registeret.

Bedringsprosjektet

Bedre Diabetesomsorg I NorGe (BEDRING) er et landsdekkende prosjekt som drives av Norges Diabetesforbund i regi av DiabetesForum (31). Prosjektet ble startet i 2000 for å møte utfordringene som ligger i den økende forekomsten av diabetes type 2. Det er tverrfaglig og omfatter både leger, sykepleiere og bioingeniører. Bedringsmøtene baserer seg på smågruppediskusjoner av kasuistikker, sett i lys av handlingsprogrammet fra NSAM og bruk av data fra egen praksis med samme verktøy som NOKLUS Klinikk. Det har vært stor oppslutning om møtene, og tilbakemeldingene har vært overveiende meget positive. Metoden forutsatte full åpenhet om data innad i gruppen, men beskyttelse utad. Det anses som svært viktig at deltakerne eier sine egne data og stoler på at målet er kvalitetsforbedring i egen praksis og ikke ekstern kontroll.

Andre kvalitetsprosjekter der bruk av indikatorer inngår

Best Mulig Praksis – BMP

Dette var et kvalitetsforbedringsprosjekt og et forskningsprosjekt i fire faser (32):

1. Utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer for diagnostikk og behandling av vannlatingsplager hos kvinner og sår hals (33;34)
2. Identifisering av mulige barrierer mot gjennomføring av retningslinjene og utvikling av skreddersydde intervensjoner for å motvirke disse hindringene
3. En klyngerandomisert studie i 142 legekantor for å teste effekten av de skreddersydde intervensjonene på bruk av laboratorieprøver, antibiotika og telefonkonsultasjoner
4. Prosessevaluering med kvalitativ analyse av data samlet under studien og ved spørreundersøkelser til legekantorene for å finne årsaker til den sparsomme effekten av intervensjonene

Intervensjonene som ble gjennomført, var bl.a

- brosjyre med pasientinformasjon i elektronisk format og i plakatform
- kortversjon av retningslinjene i elektronisk format, og i plakatform
- databasert program for å gi påminnere og beslutningsstøtte under aktuelle konsultasjoner (med definerte ICPC-koder)
- økt takst for telefonkonsultasjoner
- trykt materiell for å sette i gang diskusjoner og støtte endringsprosesser på legekantoret
- kurs for leger og medarbeidere med smågruppediskusjoner
- poeng for legene til videre- og etterutdanningen i allmennpraksis for deltakelse i prosjektet
- støtte for medarbeiderne og opplegg til møter i egen praksis for å drøfte retningslinjene

Effekten av tiltakene ble analysert på grunnlag av data hentet direkte fra elektroniske pasientjournaler, ved hjelp av programmet QTools som ble utarbeidet i samarbeid med Mediata AS for dette prosjektet (35;36).

Rasjonell legemiddelforskrivning i allmennpraksis – RaPP

RaPP (Rational Prescribing in Primary care) var et forskningsprosjekt om forskrivning av blodtryks- og kolesterolsenkende legemidler (37). Målet var å utvikle tiltak for å forbedre kvaliteten på forskrivningen i allmennpraksis og evaluere effekten av forbedringstiltaket. Kvaliteten på retningslinjene for behandling av høyt blodtrykk og kolesterol, som ble vurdert, var gjennomgående skuffende. Derfor ble det utviklet egne retningslinjer for dette prosjektet, som ble publisert i 2002 i Tidsskrift for Den norske lægeforening (38-40).

Selve tiltaket besto av flere elementer:

- Legekantoret fikk besøk av en farmasøyt, som holdt et fagmøte med legene.
- Legene fikk trykte versjoner av retningslinjene.
- Farmasøyten ga tilbakemelding om forskrivningene ved legekantoret det siste året, sett ut fra anbefalingene i retningslinjene.
- Farmasøyten installerte programvare (QTools) på legekantorets datasystem under besøket. Programvaren gjorde at legene fikk påminnelser på skjermen når de hadde aktuelle pasienter inne til

konsultasjon. Et dataprogram som beregner risiko for hjertesykdom og kan skrive ut pasientinformasjon, ble også lagt inn

Det deltok 146 legekontor i undersøkelsen. De ble tilfeldig fordelt (randomisert) til å motta tiltaket (tiltaksgruppe), eller ikke motta tiltaket (kontrollgruppe). Tiltaket ble iverksatt ved det første legekantoret våren 2002, og i løpet av året var det gjennomført ved alle kontorene i tiltaksgruppa.

For å vurdere effekten av tiltaket, ble data om forskrivning hentet inn fra legekantorenes datasystemer ett år etter at tiltaket var gjennomført ved hjelp av QTools. Tilsvarende data ble også hentet inn fra kontorene som hadde takket ja til å delta i prosjektet, men som ikke mottok tiltaket (kontrollgruppa). Dette skjedde høsten 2003. Våren 2004 ble legene som deltok i prosjektet, intervjuet, blant annet for å kartlegge om de hadde vurdert risiko for hjertesykdom hos pasientene som hadde startet med blodtrykks- eller kolesterolsenkende medisin. Det ble også sendt ut et kort pasientspørreskjema. Alle originalpublikasjoner tilknyttet RaPP-prosjektet blir publisert i tidsskrifter, som er fritt tilgjengelige for alle på internett.

Kollegabasert terapiveiledning (KoKo-prosjektet)

Dette prosjektet ble initiert våren 2003 av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra Den Norske Lægeforening, Legemiddelverket og Helsedepartementet ("Blåreseptgruppen"). Arbeidsgruppen utfordret Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo til å utarbeide en plan for og søke om midler til et prosjekt som skulle ha til formål å prøve ut en ny metode for produsentnøytral etterutdanning av allmennleger om legemidler. Data fra reseptregisteret skal brukes som verktøy til kvalitetsforbedring (41). Noe av grunnen til at henvendelsen gikk til Seksjon for allmennmedisin, var at Seksjonen to år tidligere hadde fremmet forslag om et allmennmedisinsk kvalitetsprosjekt som langt på vei var sammenfallende med dette oppdraget. Prosjektet startet i 2004.

Dette prosjektet er inspirert av de danske ordningene med å kvalitetsforbedre legemiddelbehandling i allmennpraksis. Formålet med prosjektet er:

1. Å fremme rasjonell farmakoterapi i allmennpraksis ved å styrke allmennlegenes klinisk faglige kompetanse
2. Å utvikle redskap og rutiner som skal gjøre det praktisk mulig å ta i bruk reseptstatistikk (fra Reseptregisteret) til kvalitetssikring av farmakoterapi i allmennpraksis
3. Å utvikle og evaluere en modell med kollegabasert terapiveiledning for etterutdanning i farmakoterapi i allmennpraksis, det vil si å evaluere både prosess og effekt på legers forskrivning.
4. Å legge grunnlag for en mulig fast framtidig, landsdekkende struktur for kvalitetssikrende etterutdanning i farmakoterapi i allmennpraksis

De faglige formålene vil bli ivarettatt ved å tilby en strukturert og målrettet etterutdanning for å bedre kvaliteten av allmennlegers legemiddelbehandling innenfor to utvalgte områder, antibiotikabehandling av luftveisinfeksjoner og legemiddelforskrivning til eldre pasienter. De faglige målene skal nås ved iverksetting av to målrettede intervensjoner.

I prosjektet utvikles en ny modell for etterutdanning innen allmennmedisinsk farmakoterapi. Herunder inngår nødvendig tilrettelegging og utviklingsarbeid for at reseptregisteret skal kunne fungere som et tjenlig redskap. Resultatevalueringen vil vise om intervensjonen har effekt på allmennlegers forskrivning. Sluttevalueringen vil i sin tur danne grunnlag for beslutning om en mer permanent og landsdekkende ordning.

Prosjektet er forankret ved Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo og er rettet mot etterutdanningsgrupper i allmennpraksis. Gruppene som har meldt seg på, er randomisert til å motta støtte for å forbedre praksis, enten antibiotikaforskrivning ved luftveisinfeksjoner eller forskrivning av legemidler til eldre. Prosjektet startet med opplæring av kollegabaserte konsulenter ("kokoer") høsten 2005, og møtevirksomhet vinteren og våren 2006.

1.4 Prosjekt Kvalitetsindikatorer i allmennmedisin

Kvalitetsforbedringsutvalget ønsket i 2002 å innhente forslag til fagspesifikke indikatorer i spesialisthelsetjenesten. Det er foreløpig ikke kommet signaler fra myndighetene om at de ønsker å innføre kvalitetsindikatorer i allmennlegetjenesten. KUP ønsket likevel å lage et prosjekt for å se om det er mulig å komme fram til indikatorer som kan brukes av primærlegene. Høsten 2003 ble det gitt støtte fra Kvalitetsfond I til prosjektet ”Kvalitetsindikatorer i allmennmedisin”.

Mål for prosjektet

KUP satte opp følgende mål for prosjektet:

Å komme fram noen (ca. ti) kvalitetsindikatorer, som er spesielle for allmennmedisinen i Norge. Dette skal være indikatorer som alle allmennpraktikere kan måles mot, og som gjenspeiler det sammensatte i kvalitetsbegrepet. Indikatorene skal brukes til å framheve allmennmedisinen og synliggjøre dens rolle i forhold til pasientene, lokalsamfunnet, 2.linjetjenesten og andre samarbeidende instanser. I tillegg bør indikatorene avspeile det sentrale i allmennmedisinsk ideologi, som er uttrykt gjennom NSAMS sju teser for allmennmedisin (42). Indikatorene skal stimulere til kvalitetsutvikling. De skal kunne måles, og vi må vise hvordan.

Kvalitetsindikatorene kan brukes til:

- kvalitetsarbeid i egen praksis
- etterutdanning – i smågrupper og ved praksisbesøk
- forskning og fagutvikling
- synliggjøring av allmennmedisinen
- for pasientene: innsyn i praksis og valg av fastlege
- for myndighetene: informasjon til planlegging, tilsyn og avlønning

2. Metode

Å utvikle og teste nye kvalitetsindikatorer er en komplisert og arbeidskrevende prosess. Vi valgte å ikke utviklet nye indikatorer, både fordi dobbeltarbeid er lite hensiktsmessig, og fordi vi har hatt begrenset tid og ressurser. Vi har derfor søkt etter, funnet og vurdert eksisterende kvalitetsindikatorer for allmennpraksis i Norge og andre land.

2.1 Søk etter aktuelle kvalitetsindikatorer for allmennmedisin

Vi søkte etter aktuelle kvalitetsindikatorer for allmennmedisin ved

- søk på Internett ved bruk av søkemotorer og generelle søkeord som for eksempel: "Quality indicators in general practice". "Quality indicators in general medicine". "Use of quality indicators in GP"
- Internettsøk på forskjellige land, for eksempel: "Quality indicators in general practice in UK", "in the Netherlands, Australia osv.
- Internettsøk på hjemmesidene til allmennpraktikerorganisasjoner i Europa og andre verdensdeler ved bruk av listen over allmennmedisinske foreninger til World Organization of Family Doctors (Wonca)
- melding på Eyr med invitasjon til norske allmennpraktikere til å komme med innspill
- e-post til utvalgte kontaktpersoner for allmennmedisinske foreninger tilknyttet Wonca i USA, Australia, New Zealand, Østerrike, Sveits, Nederland, Frankrike og England
- brev til medlemmer av European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP), ved bruk av Tor Carlsen sitt kontaktnett
- deltagelse på konferanse i prosjektet European Practice Assessment (EPA) i Berlin januar 2005

2.2. Skåringsmatrise

Prosjektgruppa utviklet en skåringsmatrise for vurdering av egnethet til bruk i norsk allmennpraksis. Vi vurderte egnethet i forhold til aspektene validitet, reliabilitet, gjennomførbarhet og relevans. Prosjektleder og veileder fylte ut skåringsmatrisen for utvalgte og mulige egnede indikatorer. Prosjektgruppa identifiserte områder som skulle gi et helhetlig bilde av praksisfeltet. Indikatorene skulle avspeile følgende områder eller dimensjoner, som ble listet i skåringsmatrisen:

1. Praksisorganisering
2. Klinisk praksis
3. Lege/pasientforholdet
4. Sikre tjenester
5. Rettferdige tjenester

Indikatorene ble valgt ut gjennom diskusjoner i møter med prosjektgruppa.

Figur 1: Skåringsmatrise

Formål	Indikator	Eget kvalitetsarbeid lege/gruppe	Forskning og fagutvikling	Pasientinnsyn	Myndigheter - tilsyn	Myndigheter - styring	Avlønning - forhandlinger	Synliggjøring av allmennmedisinen.
Dimensjon	Validitet 0-4 Reliabilitet 0-4 Gjennomførbarhet 0-4 Relevans 0-4 Sumskår: egnethet							
Praksisorganisering								
Klinisk praksis								
Lege/pasientforholdet								
Sikre tjenester								
Rettferdige tjenester								

Om skåringen

Validitet

Begrepet innholdsvaliditet (content validity) betegner gyldigheten av den vitenskapelige dokumentasjonen. Face validity er en betegnelse for det som umiddelbart framstår som gyldig, og som gjerne kan defineres i konsensus mellom eksperter på det aktuelle området.

Følgende kriterier for validitet er foreslått:

- Tilstrekkelig vitenskapelig evidens og konsensus til å støtte indikatoren
- Påvisbar helsegevinst som spesifiseres av indikatoren, for pasienter som mottar helsetjenesten
- Helsepersonell som oppfyller indikatoren blir ansett for å yte helsetjeneste av høy kvalitet
- Faktorene i indikatoren er under kontroll eller kan påvirkes av helsepersonellet

Reliabilitet

En reliabel indikator må være klart definert. Hvis en indikator er reliabel, betyr det at gjentatte målinger av samme fenomen vil gi den samme verdien. Dette krever gode dataløsninger og god beskrivelse av utviklingsprosessen.

Gjennomførbarhet

For at en indikator skal kunne brukes i praksis må den være forståelig og målbar, og det må være mulig å tolke resultatet. For kliniske indikatorer kreves god oversikt over pasientene og presis diagnostikk. Det er også svært viktig å ha gode dataløsninger.

En indikator har både teller- og nevnerfunksjon. Skåren kan defineres som antall tilfeller (antall pasienter eller antall konsultasjoner) der indikatoren oppfylles / antall tilfeller der den kunne ha blitt oppfylt dersom en perfekt tjeneste var blitt gitt.

Relevans – fem v-er: viktig, vanlig, vanskelig, virkelighetsnært, variasjon

Vi ønsket å velge relevante kvalitetsindikatorer. Det er naturlig å ta utgangspunkt i tema som er: viktig, vanlig, vanskelig, virkelighetsnært, og der det er variasjon i praksis. Vi kan ikke måle alt. Det er hensiktsmessig å ta utgangspunkt i områder der forbedring kan gi vesentlig helsegevinst for spesifiserte grupper, eller områder der det er mulig å få en liten forbedring for mange pasienter.

Et eksempel på skåring i matrisen vises i vedlegg 23.

2.3 Prosessen for utvelgelse av indikatorer

Trinn 1 – Grovsortering etter relevans

Prosjektleder søkte etter og fant en rekke indikatorer fra andre land og fra norsk allmennpraksis. Prosjektleder og veileder grovsorterte disse indikatorene etter relevans for norsk allmennpraksis.

Trinn 2 - Utvalg til bruk i skåringsmatrisen

Prosjektleder presenterte et utvalg indikatorer for skåring på praksisområdene klinisk praksis (kronisk og akutt sykdom), praksisorganisering, lege/pasientforholdet, sikre tjenester og rettferdige tjenester. Utvalget ble gjort etter relevans, forekomst i andre land og hvordan indikatorene passet inn i de valgte praksisområdene.

Områder og kvalitetsaspekter som ble foreslått

<i>Praksisområde/dimensjon</i>	<i>Kvalitetsaspekt</i>
Praksisorganisering	Journalkvalitet
	Tilgjengelighet og prioritering
	Samarbeid med andre instanser, inkludert annenlinjetjenesten
	Praksissystemer og pasientbehandling
	Personalutvikling og kvalitetsutvikling
Lege/pasientforholdet	Informasjon om praksis
	Sykdomsinformasjon til pasienten
	Brukererfaringer
Sikre tjenester	Registrering og behandling av feil og avvik
Rettferdige tjenester	Deltakelse i ansvarsgrupper
Klinisk praksis	Kronisk sykdom
	Diabetes mellitus
	Akutt sykdom
	Sår hals
	Nedre UVI hos kvinner >18 år

Trinn 3 - Skåring

Prosjektleder og veileder skåret uavhengig av hverandre de presenterte indikatorene i matrisen. Indikatorene ble skåret på validitet, reliabilitet, gjennomførbarhet og relevans på en skala 0-4, der 4 var høyest oppnåelige skår. Dette resulterte i en sumskår, som skulle gi et uttrykk for egnethet av indikatoren til bruk i praksis.

Trinn 4 - Nytt utvalg av indikatorer

Indikatorene ble presentert for prosjektgruppa. Prosjektleder fikk i oppgave å velge ut 20-30 aktuelle indikatorer fordelt på de fem områdene, som medlemmene i prosjektgruppa kunne velge blant. Det ble så presentert 25 kriterier med underliggende indikatorer fra det opprinnelige utvalget.

Trinn 5 - Første prioritering av indikatorer

Prosjektgruppa prioriterte de 25 kriteriene/indikatorene etter en skala fra 1-10 med formål å komme fram til ca. ti utvalgte kriterier med indikatorer. Hvert medlem plukket ut ti kriterier med indikatorer som de ønsket å ha med, og rangerte dem med fra 1 til 10, med 10 for det høyest prioriterte kriteriet.

Trinn 6 - Annen prioritering av indikatorer

Prosjektleder satte de høyest prioriterte indikatorene inn i de forskjellige områdene og presenterte kriteriene for prosjektgruppa på nytt for endelig prioritering og utvelgelse.

Prosessen med forslag til indikatorer og utvelgelse av indikatorer er nærmere beskrevet i vedlegg 28 – 43.

3. Resultater

Ved søk på Internett våren 2004 ble det funnet et stort materiale. Det var lite å finne på hjemmesidene til de forskjellige allmennpraktikerorganisasjonene i Europa og andre verdensdeler. Funnene ble stort sett gjort ved frisoek og bruk av søkemotorer. Forespørsler som vi sendte per e-post til utvalgte kontaktpersoner for allmennpraktikerorganisasjonene ga svært få og ingen nyttige svar. Det samme brevet ble sendt til medlemmer av EQuIP, men dette ga også få svar. I januar 2004 sendte vi invitasjon til deltakerne på Eyr for innspill om bruk av kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin. Kun fire allmennleger svarte, men disse innleggene var viktige og nyttige.

3.1 Kvalitetsindikatorssystemer i andre land

UK (England, Scotland, Nord-Irland og Wales)

Indikatorsystem

Det mest fullstendige og omfattende av indikatorsystemer for allmennpraksis som vi har funnet, ble innført i England 1. april 2004 (43). Dette er koblet til legenes inntektssystem, og allmennpraktikerne får 30 % høyere lønn mot dokumentasjon av forbedret kvalitet i tjenesten. Det er en poengsum knyttet til hver indikator. Hvert poeng gir ekstra inntekt. Hver praksis setter opp mål for kvalitetsarbeidet. En del av summen blir utbetalt tidlig på året, og resten etter antall oppnådde poeng.

Systemet inneholder totalt 146 indikatorer. Av disse er 70 kliniske indikatorer, det er 56 indikatorer for praksisorganisering og ti andre som omhandler mor-barnhelse, cervixscreening og prevensjonsveiledning. Det er fire indikatorer om pasienttilfredshet. De kliniske indikatorene omfatter de hyppigst forekommende kroniske tilstandene i allmennpraksis: koronar hjertesykdom, hjerneslag og TIA, hypertensjon, hypotyreose, diabetes, mental helse, KOLS, astma, epilepsi og kreftsykdommer.

Disse sykdomsområdene ble valgt etter følgende kriterier:

- Ansvar for behandling og kontroll av sykdommen ligger hovedsakelig hos allmennpraktikeren og hans personale
- Det er dokumentasjon for at behandlingsresultat påvirkes av kvaliteten av primærhelsetjenesten, spesielt hvis det foreligger aksepterte nasjonale kliniske retningslinjer
- Sykdommen er prioritert i de fire landene (England, Skottland, Wales, Nord-Irland)

Indikatorer for praksisorganisering er delt i fem områder:

- Journaler og informasjon om pasienten
- Informasjon til pasienter
- Utdannelse og trening av personalet
- Ledelse
- Organisering av medisiner
-

Det er utarbeidet to validerte spørreskjema for å vurdere pasienttilfredshet:

- Improvement Patient Questionnaire fra Exeter University (44)
- General Practice Assessment Questionnaire fra National Primary Care Research and Development Centre i Manchester (45)

I forhandlingene var det enighet om følgende prinsipper:

- Indikatorer skal baseres på den best tilgjengelige dokumentasjon
- Antall indikatorer for hver klinisk tilstand skal holdes så lavt som det mulig forenlig med en nøyaktig måling av pasientbehandling
- Data skal aldri samles kun for auditformål
- Det skal bare samles data som er nyttige i pasientbehandlingen
- Samme data skal ikke samles flere ganger
- Data skal samles som rutine i pasientbehandlingen og skal finnes i de eksisterende journalsystemer

I følge "Investing in General Practice" er de kliniske indikatorene utarbeidet etter beste tilgjengelige vitenskapelige dokumentasjon. Det underliggende evidensgrunnlaget for hver indikator var oppgitt i medfølgende dokumentasjon. Mange av indikatorene for praksisorganisering var hentet fra eksisterende opplegg, som fra Royal College of General Practitioners Quality Team Development og Practice Accreditation Scheme. Den nye kontrakten og indikatorsystemet var under evaluering i 2005/2006, og det er utarbeidet revidert og utvidet liste over indikatorene i februar 2006 (46).

USA

Indikatorer fra RAND Health

Vi har ikke funnet nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennmedisin, og vi vet ikke hvor utbredt bruk av indikatorer er i primærhelsetjenesten i USA. RAND Health har utviklet og testet et klinisk basert system for måling av kvaliteten på helsetjenester for barn og voksne. Systemet er kalt QA Tools (47). QA Tools systemet inneholder indikatorer for

- Generelle medisinske tilstander (48)
- Onkologi og HIV (49)
- Kardiopulmonale tilstander (50)
- Helsetjeneste for barn og ungdom (51)
- Kvinnehelse (52)

Indikatorene dekker 46 kliniske områder og funksjoner, som screening, diagnose, behandling og oppfølging. Systemet er klinisk detaljert og krever data som finnes i pasientjournaler. Det undersøker kvaliteten for et populasjonsutvalg i stedet for et mer begrenset utvalg av dem som bruker tjenesten. Det vitenskapelige grunnlaget for utvikling og valg av indikatorer er beskrevet og dokumentert. Systemet er laget for å nå grupper som er sårbare og svake. På grunn av et sammenhengende og helhetlig system, er det vanskelig å fokusere kun på få indikatorer. Det er et potensielt effektivt system både for intern og ekstern kvalitetsvurdering. Enkle summasjonsskårer gjør at det kan brukes både av kjøpere og pasienter til å velge helsetjenesten de vil bruke.

De kliniske områdene er valgt fra hovedårsaker til sykkelighet og dødelighet og de hyppigste årsakene til legesøkning i USA. RAND har valgt 46 kliniske områder, 20 inkluderer indikatorer for barn og 36 for voksne. Systemet inkluderer indikatorer til bruk både i allmennpraksis og på sykehus.

Kliniske områder aktuelle for allmennmedisin er: akne, alkoholavhengighet, allergisk rhinitt, astma, atrieflimmer, ADHD, cerebrovaskulær sykdom, KOLS, hjertesvikt, koronar hjertesykdom, depresjon, diabetes, familieplanlegging, feber av ukjent årsak, hodepine, HRT, hyperlipidemi, hypertensjon, vaksiner, smerter i korsryggen, artrose, otitis media, ulcus/dyspepsi, pneumoni, ØLI, UVI og seksuelt overførte sykdommer.

Forskere fra RAND foreslo indikatorer som

- viser intervensjon med potensiell helsegevinst for pasienten
- støttes av vitenskapelig evidens eller ekspertkonsensus (eks. guidelines)
- kan påvirkes av den som gir helsetjenester
- kan måles fra tilgjengelig kilde for informasjon, primært i pasientjournalen

Indikatoren blir vurdert som valid hvis

- det er tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon eller faglig konsensus for å støtte indikatoren
- det er identifiserbar helsegevinst for pasienten, spesifisert av indikatoren
- helsearbeidere som oppfyller indikatoren blir ansett som ytere av tjenester med høy kvalitet
- flertallet av faktorer som bestemmer oppfyllelse av indikatoren er under kontroll eller kan påvirkes av helsearbeideren

Gjennomførbarhet eller anvendbarhet avhenger av at

- informasjon som er nødvendig for å måle oppfyllelse av indikatoren, finnes i en typisk pasientjournal
- måling av oppfyllelse basert på journaldata er pålitelig og uten systematiske feil

- mangel på dokumentasjon av relevant informasjon om indikatoren er i seg selv en markør for dårlig kvalitet

Deltagere i ekspertpanelet var fra flere medisinske spesialiteter. The American Academy of Family Physicians representerte allmennmedisinen.

Australia

Quality indicators for diabetes programs in Australian divisions of general practice

Når det gjelder kliniske indikatorer i Australia har vi kun funnet indikatorer for diabetes (53).

Dokumentet er laget etter bestilling fra Department of Health and Ageing. Indikatorene er laget etter NSW Health guidelines 1996 og National Divisions Diabetes Program (NDDP) 2001. Indikatorene skal brukes i et nasjonalt diabetesprogram på tre nivåer:

1. Praksisnivå for kvalitetssikring og kvalitetsutvikling
2. Divisjonsnivå for kvalitetssikring.
3. Nasjonalt nivå for måling av allmennmedisinens bidrag til diabetesbehandling og kontroll

Standards for General Practices er utgitt av the Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), og inneholder indikatorer for praksisorganisering (54). RACGP mente at standardene først og fremst skulle brukes til selvmåling i praksis og sekundært til akkreditering. Praksisakkreditering ble innført i 1997. Australian General Practice Accreditation Limited (AGPAL) ble dannet i 1997, og er organisasjonen som står for akkrediteringen. I styret for AGPAL sitter representanter for alle allmennpraktikerorganisasjoner, samt brukerrepresentanter og representanter for myndighetene. I 2000 var 52 % av australske legepraksiser registrert for akkreditering.

Prinsippene for akkrediteringen er

- gradvis oppnåelse av høyest mulig kvalitet i allmennpraksis
- allment gjenkjennelige mål for kvalitet i allmennpraksis
- frivillighet, men med tydelige og målbare fordeler
- gyldighet for et definert tidsrom
- lærings- og utviklingsprosess, ikke straff
- under kontroll av allmennpraktikerne

Utvikling av standarder startet allerede i 1992 ved at RACGP, støttet av regjeringen, dannet the Standard Reference Group. Etter at det var foreslått standarder og indikatorer, ble det utført en nasjonal pilotundersøkelse i 1994, med 199 vilkårlig valgte legepraksiser og mer enn 700 allmennpraktikere. Testen demonstrerte høyt nivå for validitet, reliabilitet, akseptabilitet og oppnåelighet. Et av hovedresultatene var demonstrasjon av signifikante forbedringer som ble utført eller planlagt av de involverte praktikerne.

Resultatene ble brukt til videreutvikling av standarder. "Entry standards for General Practices" ble utgitt i 1996. Standardene er revidert i 2002. Standardene er en blanding av elementer som er lett målbare, og andre som er vanskeligere å måle. Allmennpraktikerne gjør vurderinger angående aspekter i allmennpraksis som vanskelig kan kvantifiseres eller måles. Dette kan være viktige kvalitetsaspekter, som kan forbedres.

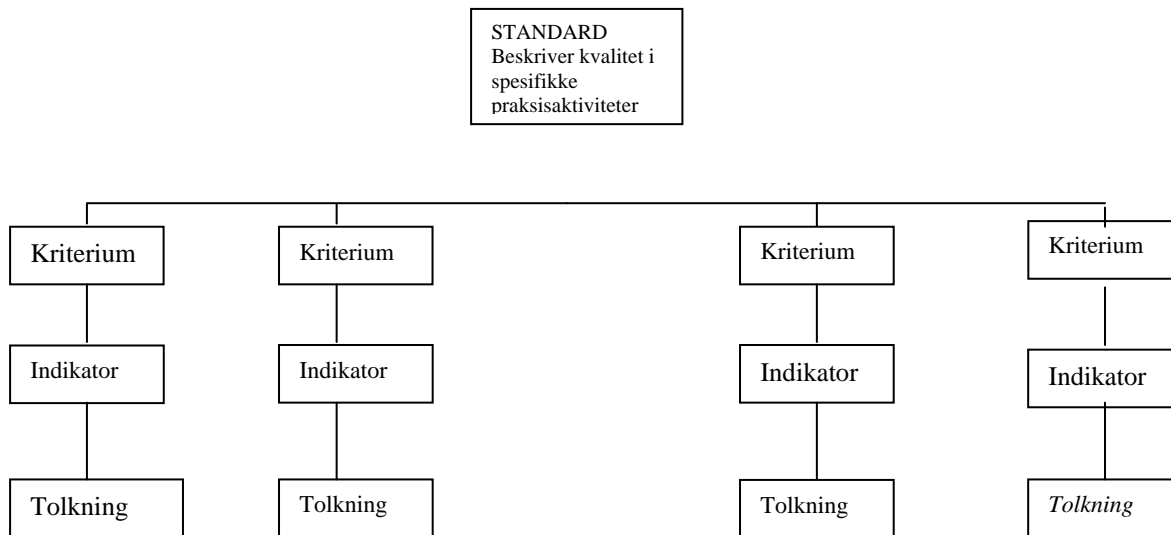
Under akkrediteringen blir praksisen vurdert av praksiskonsulenter som kommer på besøk.

Hovedelementer i akkrediteringen er

- intervju av medisinsk ansvarlig (vanligvis lege)
- intervju av andre medlemmer av den medisinske staben
- intervju av ikke-medisinsk stab
- direkte observasjon av praksisdrift
- vurdering av pasientjournaler
- vurdering av pasientfeedback

- vurdering av rutiner i praksis, kvalitetsdokumenter

Femten standarder på fem hovedområder beskriver kvaliteten på praksisaktiviteter og organisasjon. Hver standard defineres med en kort omtale om prinsippene og filosofien bak standarden. Spesifikke kriterier deler hver standard inn i flere komponenter. Praksisen må oppfylle alle standarder for å bli akkreditert. Alle kriterier for en spesifikk standard må oppfylles for at standarden skal oppfylles. Hvert kriterium følges av et antall indikatorer, som måles. Enkelte indikatorer er nøkkelindikatorer, og disse må oppfylles for at kriteriet skal oppfylles. Standardene inneholder mer enn 200 indikatorer.



Under siste revisjon i 2005 gikk man vekk fra at allmennpraktikeren selv er eneansvarlig for kvaliteten i praksis. Det blir lagt vekt på at hvert medlem i praksisteamet, og teamet som enhet, bidrar til den samlede kvaliteten i praksis. Det blir pekt på forskjellige måter å måle kvaliteten i praksis på:

- Egenmåling
- Samarbeid med andre praksiser, måle hverandre
- Formell akkreditering

New Zealand

Aiming for excellence-a framework to identify the quality of general practice care (AFE)

er et document fra et samarbeid mellom the Royal New Zealand College of General Practitioners (RNZCGP), Professional Development Practice Sub-Committee, the Practice Nurses Organisation, Practice Managers and Administrators Association og RNZCGP Consumer Liaison Committee (55). 61 allmennpraktikere, 19 uavhengige organisasjoner i allmennpraksis og 105 praksisteam deltok i pretest, pilotstudie og utprøving i 2000-2001. Rammeverket bygger på arbeidet til andre internasjonale allmennpraktikerorganisasjoner, særlig the Royal Australian College of General Practitioners og AGPAL.

Ifølge RNZCGP bør rammeverket først og fremst brukes som en katalysator for kontinuerlig kvalitetsutvikling innad i praksisen, og bare sekundært som måleinstrument og verktøy for helsemyndighetene. "Aiming for excellence" inneholder fem nøkkelområder:

- Faktorer som påvirker pasienten
- Fysiske faktorer som påvirker pasienten
- Praksis systemer
- Praksis og pasientinformasjon
- Kvalitetsutvikling og fagutvikling

Kombinasjonen av indikatorer og kriterier i hvert område definerer RNZCGP- standarden for oppnåelig, sikker og effektiv allmennpraksis i New Zealand. Den inneholder lovpålagte, sikkerhetsmessige, essensielle og ønskelige standarder for å sammenligne kvalitetsnivået i forskjellige praksiser. Dokumentet inneholder 46 indikatorer som identifiserer RNZCGP-standarden. Hver indikator måles ved hjelp av tre typer kriterier:

- Lovpålagte
- Essensielle – ansett som essensielle av RNZCGP
- Ønskelige - viktige komponenter som sannsynligvis ikke oppnås ved første måling, gullstandard

Identifikasjon av ”Hvor er vi?”, og markering av forbedring - ”Hvor ønsker vi å være?” omfatter:

1) *Indikatorer*

Indikatorerne i dette dokumentet er markører for best praksis og viser punkter på veien til å oppfylle en standard. De identifiserer målbare elementer for hvilke det finnes evidens eller konsensus for at de kan brukes til å måle eller produsere en forandring i tjenestekvaliteten. Indikatorerne beskriver hva du forventer å se på plass.

2) *Kriterier*

Kriterier er definerbare, eksplisitte og målbare eller tellbare elementer for å bedømme indikatoren.

3) *Standarder*

En standard er en markør for at en indikator er oppnådd, og en spesifisering av akseptabelt tjenestenivå. Den betegner det nivået praksisen bør strebe etter eller forvente å oppnå.

Dokumentet inneholder fem kapitler og omhandler følgende temaer:

- Forhold som omhandler pasienter
- Pasienters behov og rettigheter
- Tilgjengelighet
- Fysiske faktorer i praksisen
- Praksisfasiliteter
- Medisinsk utstyr
- Praksissystemer
- Systemer for praksisoversikt, diagnostisering og forebygging
- Praksisorganisering og informasjon om pasienten
- Den medisinske journal
- Håndtering av informasjon
- Integrasjon og kontinuitet av helsetjenester
- Personalledelse
- Kvalitetsutvikling og utdanning av personell
- Kvalitetsutvikling og forskning

Dokumentet beskriver en metode for å vurdere egen praksis og sammenligne den med andre.

Målemetode:

Indikatorer, kriterier og standarder i dokumentet beskriver RNZCGP-standarden for allmennpraksis i New Zealand.

- Vurdering av egen praksis (self-assessment): Hvordan samsvarer praksis med indikatorene i AFE?
- Praksisakkreditering: Ekstern måling av eksperter utenfra for å måle framgang i forhold til egenidentifiserte områder for forbedring og plan for endring.

Dokumentet inneholder et skjema for å skåre praksisen mot beskrevne indikatorer og kriterier. Hvert kriterium blir skåret som oppfylt, delvis oppfylt, ikke oppfylt eller ikke oppnåelig. Det legges stor vekt på at alle medarbeidere i en praksis er like viktige for å oppnå et godt resultat, og at alle bør involveres i kvalitetsforbedringsprosessen.

Sverige

Mål&Mått i Allmennmedisin

SFAM.Q er kvalitetsdelen av Svensk Forening for Allmennmedisin. SFAMQ har i dokumentet "Mål&Mått i Allmennmedisin" hentet fram evidensbaserte kvalitetsindikatorer innenfor tre ulike områder; fire akutt diagnoser, seks kroniske diagnoser og to områder fra pasientperspektivet (56). Hensikten med indikatorene er i første rekke at de skal være et hjelpemiddel for den enkelte lege eller praksis til å granske sine egne resultater. SFAM.Q mener at muligheten til å følge opp egen praksis vekker interesse og motiverer til forandring i større grad enn når man deltar i statistikk på et overordnet nivå. Indikatorene kan også være et grunnlag ved såkalt "Medicinsk kvalitetsrevisjon" (ekstern granskning). Ved "stikkprøvemethodikk" (tracer-condition metodikk) kan man selv vurdere praksisens total kvalitet. Denne metoden er kort beskrevet.

For alle områder er målemetoden angitt, og det foreligger registreringsskjema til bruk i praksis. Det blir oppgitt referanser til hvert klinisk område, spesielt til svenske retningslinjer for behandling. For hvert kapittel blir det oppgitt en kontaktperson i SFAM.Q.

SFAM-Q har gitt indikatorer og foreslått standarder på disse områdene:

Tilgjengelighet og prioritering

Dette punktet omhandler telefontilgjengelighet, innkallingssystem for kronisk syke, system for å kunne prioritere, fast lege hver uke til alle sykehjemsbeboere og god tilgjengelighet for legebesøk.

Informasjon og delaktighet

Det er to indikatorer for legens informasjon til pasienten og evne til å gjøre pasienten delaktig i behandlingen. For å måle dette brukes en forkortet versjon av spørreskjemaet Europep.

Akutte tilstander

- Diagnostikk ved luftveisinfeksjoner: antibiotikaforskrivning og bruk av CRP.
- Sporadisk mellomørebetennelse hos barn 2-16 år: andel som behandles med penicillin V, andelen som behandles med andre antibiotika,
- Tonsillitt og Strep-A: bruk av Strep-A, andel antibiotikabehandlede/penicillinbehandlede med positiv Strep-A.
- Ukomplisert nedre UVI hos kvinner > 18 år - rett behandling, variasjon i bruk av antibiotika og optimal behandlingstid.

Kroniske diagnoser

Indikatorene tar for seg diagnostikk, behandling og kontroll av følgende tilstander: astma, KOLS, diabetes, koronar hjertesykdom, hjertesvikt og atrieflimmer.

Det er uttrykt ønske fra SFAM.Q om samarbeid om indikatorer i Norden. Forslag til fellesnordiske indikatorer:

- Evidensbaserte medisinske kvalitetsindikatorer for koronar hjertesykdom
- Indikatorer for livsstilsfaktorer

Nasjonella kvalitetsindikatorer i primærvården, NKI-P

Familjemedicinska institutet, Fammi, har siden april 2005 arbeidet med et prosjekt med nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregister i svensk primærhelsetjeneste (57). I Sverige finnes det 65 kvalitetsregistre innen ulike spesialiteter, men ikke noe kvalitetsregister for primærhelsetjenesten. Et ønske om et primærmedisinsk kvalitetsregister er uttrykt fra flere hold, blant annet fra Socialstyrelsen, OECD og Nordisk Råd. Hvert fylke (landsting) har sin egen modell for kvalitetsutvikling, med liten samordning. Flere ulike modeller brukes for å måle pasientopplevd kvalitet, og det finnes 30 metoder til måling av tilgjengelighet.

Prosjektet består av fire delprosjekter:

1. Allmenne indikatorer

Med allmenne indikatorer menes pasientopplevd kvalitet, tilgjengelighet, kontinuitet, allmenn service, samarbeid. Her skal man gå ut fra hva som allerede finnes i dag.

2. Tilknytning til eksisterende kvalitetsregistre

En arbeidsgruppe dannes for å knytte en primærhelsesdel til andre nasjonale kvalitetsregistre, men ikke til flere enn fem registre, som omhandler viktige områder for allmennmedisinen, som f.eks diabetes og hjerneslag. De nasjonale kvalitetsregistrene og indikatorene som finnes i dag har sin opprinnelse fra den organspesialiserte tjenesten på sykehus. Der er sykdommene de samme, og pasientene kommer og går. Derfor er det naturlig at sykehusenes indikatorer utgår fra sykdommer. I primærhelsetjenesten er pasientene de samme, og sykdommene kommer og går. Primærhelsetjenestens indikatorer bør derfor ha fokus på pasientene.

3. Støtte til profesjonene

Prosjektet er tverrfaglig med deltakelse av alle profesjonene i helsevesenet. En oppgave er å hente fram indikatorer for hjemmesykepleie og dessuten for ett eller maksimalt to områder, som ryggsmertes eller depresjon. Alle de deltakende yrkesgruppene har betont at de må få begynne arbeidet med kvalitet og indikatorer der de står, å få prøve seg fram, og forankre arbeidet i sin profesjon og sine nettverk, å få anledning til å gjøre sine egne feil og la det ta tid.

4. Utvikling av en database

Dette skal være en database for primærhelsetjenestens kvalitetsdata, med enhetlige søkeord og begreper, samt lage smidige rutiner for datafangst og pedagogisk utformede utdata.

Under forarbeidet med prosjektet har man satt opp følgende viktige punkter:

- Man må tenke til ettertanke om hva man vil med NKI og eventuelt register
- Å ikke ha for store ambisjoner, ikke ha det for travelt og la det ta tid
- Arbeide for god forankring så vel i profesjonen som geografisk
- Få med og ta vare på entusiastene
- OK å gå ut fra egen profesjon sitt perspektiv, men ha pasienten i fokus og samarbeide med de andre aktørene
- NKI må være del av egen faglig utvikling og ikke obligatorisk eller påtvunget
- Data må være klinisk relevante og innhentes på en smidig måte og uten ekstraarbeid
- NKI må være utformet slik at de blir en hjelp i arbeidet med pasientene
- Dersom data er pålitelige, kan det bli aktuelt med en åpen tilgang for allmennheten

Danmark

APO - Audit Prosjekt Odense

APO er et selvstendig prosjekt i Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Syddansk Universitet (58). Det ble startet i 1989 med formålet å lage et lett håndterlig instrument til kvalitetsutvikling i allmennpraksis. Grunnlaget er kvalitetssirkelen, og følgende komponenter inngår:

- Prospektiv registrering av et hyppig forekommende, sentralt emne. Registreringen foregår på et spesielt utviklet skjema, som egner seg til å samle data til belysning av egen praksis vedrørende utredning og behandling av større sykdomsgrupper i primærhelsetjenesten.
- Oppfølgingsaktivitet omfatter diskusjon av registreringsresultatet, avdekking av kvalitetsproblemet og etterfølgende kursvirkosomhet med henblikk på kvalitetsforbedring.
- Sluttevaluering 1-2 år etter første registrering for å evaluere om målet med prosjektet er nådd.

En evaluering konkluderte med at APO er en enkel og effektiv metode til kvalitetsutvikling i allmennpraksis (59). Det har imidlertid bare vært gjennomført to randomiserte kontrollerte evalueringer av en APO-sirkel. I den første kunne det ikke påvises noen effekt på legers håndtering av HIV-forebyggelse (60). I en nyere studie ble det vist effekt ved en sammensatt intervensjon med praksisbesøk kombinert med APO-metoden for sekundærprevensjon ved ischemisk hjertesykdom i allmennpraksis (61). APO er basert på teorier om læring og motivasjon. Hver sirkel tilpasses i størst mulig grad deltakernes behov og den valgte problemstillingen. Prosessen med problemformulering og tilpasning av registreringsskjema antas også å være motivasjonsskapende, da deltakeren må tenke grundig gjennom det valgte problemområdet. At deltakelsen er frivillig, og at deltakerne gjennom den lokale forankringen

oppnår en høy grad av eierskap til prosjektene, antas også å skape motivasjon. En annen vesentlig komponent er å gi den enkelte lege økt innsikt i egen behandlingspraksis. Dette er en viktig forutsetning for motivasjon og innsikt for å endre rutiner. Det understrekes at overveielser om metoden er basert på teoretiske antagelser, og at det er behov for stringente evalueringer av APO-metoden.

Det Almenmedisinske Kvalitetsutviklingsprosjekt (DAK-prosjektet) ble avsluttet i september 2005 etter en 2-årig prosjektperiode (62). Prosjektet besto av fire delprosjekter med hver sin prosjektgruppe, og formålet var firedeelt:

- Å utvikle generelle og sykdomsspesifikke standarder og indikatorer, som kan brukes i allmennpraksis
- Understøttelse av IT-bruk, herunder utbredelse av ICPC-koding. Utvikling av datafangstmodul
- Utvikling av metoder for å sikre pasientperspektiv og brukermidvirkning
- Kvalitetsutvikling av sammenhengende pasientforløp mellom sykehusvesenet og allmennpraksis

DAK-prosjektets anbefalinger om indikatorer er

- at hovedvekten fortsatt legges på læringsaspektet i allmennpraksis
- at man sikrer gode implementeringsredskaper
- at man inndrar smågruppene som allerede eksisterer i allmennpraksis og fasilitatorordninger i fylkene, og samordner området med videre- og etterutdanningen i allmennmedisin
- at data ikke skal samles uten at de kan brukes til kvalitetsutvikling, og at innsamlede data skal ut til allmennlegene

Indikatorgruppen valgte å starte med å utvikle indikatorer for to kliniske områder, diabetes og demens.

Diabetes

Det foreligger en omfattende dokumentasjon, og det eksisterer en klinisk veiledning fra Dans selskap for almen medisin (DSAM). Det er utviklet et indikatorsett med 12 indikatorer. Ni av disse er felles med annenlinjetjenestens indikatorsett og utvalgt i samarbeid med det Nasjonale Indikator Prosjekt (NIP). Indikatorsettet er under utprøving i en rekke praksiser.

Demens

Det foreligger en klinisk veiledning fra DSAM, pasienter med demens krever i særlig grad et tverrfaglig samarbeid, og feltet er prioritert av regjering og helsemyndigheter. Prosjektgruppen ga opp å utvikle indikatorer for demens, først og fremst fordi prosjektperioden var for kort. Jo lavere prevalens og insidens en sykdom har, jo lenger prosjektperiode vil være nødvendig. Det gjelder både for utprøving av indikatorene, og når den enkelte lege skal samle data til sammenligning med andre.

Hoste

På grunn av at allmennmedisinen har pasienter med uselekterte helseproblemer, ble det vurdert om dette skulle gi seg utslag i valg av indikatorområder. Prosjektgruppen valgte derfor å utvikle indikatorer for håndtering av den hyppigste årsak til legesøkning i allmennpraksis, nemlig hoste. Det er utviklet et preliminært indikatorsett med åtte indikatorer, men det har ikke vært tid til å teste disse.

Generelle indikatorer

Bruk av DanPEP (Danske Pasienter Evaluerer Praksis)

DanPEP er et landsdekkende kvalitetsutviklingsprosjekt, hvor formålet er å gi leger mulighet til at pasienten kan trekkes med i kvalitetsutvikling av praksis. Det er basert på et spørreskjema, der man spør pasientene om deres vurdering av kvalitet. Av de 23 DanPEP indikatorene, ble det valgt ut 14, som gikk inn i en undersøkelse hvor utvalgte leger skulle ta stilling til brukbarhet og relevans. Disse 14 indikatorene skulle kunne gi svar på hvordan pasientene vurderer legens empati, håndtering av kjerneytelsen og tilgjengelighet. De deltagende legene var ikke positive i sin vurdering. Legens empati ble i for stor grad en vurdering av legen som person og ga ikke anvisning på forbedringsmuligheter. Håndtering av kjerneytelsen ble ansett for å være for bredt definert, slik at man heller ikke her kunne sette opp mål for forbedring. Legens tilgjengelighet var det området, som legene fant mest anvendelig.

De praktiserende legene gikk likevel inn for utvikling av indikatorer som inndrar pasientperspektivet, men anbefaler at de skal være mindre avhengige av legens person, og mer presist angi hvor og hvordan kvaliteten kan forbedres.

Hyppige brukere

Årsaken til at man ville bruke andel hyppige brukere i praksis som en generell indikator for kvalitet, er en teori om at hyppig bruk av legetjenester i allmennpraksis henger sammen med mangler i omsorgen for pasientene. Under alle omstendigheter mottar hyppige brukere en stor andel av tjenester i allmennpraksis, og derfor vil det også være hos hyppige brukere man med størst sannsynlighet finner kvalitetsbrudd. Det ble foretatt et lite pilotprosjekt, der man identifiserte noen hyppige brukere og med dette gjorde legen oppmerksom på om han hos disse pasientene kunne yte en særlig innsats. Formålet var å undersøke om opplysninger til allmennpraktikeren om hans hyppige brukere er relevante og anvendelige i allmennpraksis som en generell kvalitetsindikator. Legene som deltok fant ikke at utpeking av hyppige brukere var egnet til å høyne kvaliteten av behandlingen.

I tillegg til indikatorene som er utviklet av indikatorgruppen, er det i samarbeid med gruppen som arbeidet med kvalitetsutvikling av sammenhengende pasientforløp mellom sykehusvesenet og allmennpraksis, utviklet et indikatorsett for henvisninger og epikriser. Det planlegges å utvikle indikatorer for empati, tilgjengelighet og kjernekompetanse.

Nederland

VIP = Visit Instrument to assess Practice management

Metoden er utviklet ved The Centre for Quality of Care Research (WOK) ved universitetene i Nijmegen og Maastricht (63-65). Formålet var å utvikle en metode som er valid, reliabel og gjennomførbar for måling og vurdering av praksisorganisering og ledelse i allmennpraksis. De nederlandske allmennpraktikerorganisasjonene ønsket å tilby utdanningsprogrammer og audit i allmennpraksis. Praksisorganisering ble valgt som et viktig område for måling og kvalitetsvurdering (assessment).

Det forelå retningslinjer for tilgjengelighet, journalføring, henvisningsskriv og obstetrisk utstyr, samt for utstyr i praksis (Dutch College Building Stones for Practice Management 1990). I tillegg var det gjort forskning på delegering av oppgaver til medarbeidere og oppbevaring av pasientjournaler. I forberedelsen til prosjektet ble det foretatt søk på Medline uten å finne særlig relevant litteratur om praksisorganisering. Hovedvekten av publikasjoner handlet om måling av prosess og resultat. Det var ikke mulig å finne en eksakt eller detaljert beskrivelse av området praksisorganisering eller definisjon av området basert på bred konsensus.

40 allmennpraktikere definerte praksisorganisering og beskrev innholdet i dette området systematisk, gjennom en konsensusprosedyre. Begrepet praksisdrift eller praksisorganisering (Practice Management) ble konkretisert og definert som "alle deler av allmennpraktikerens oppgave med å yte god helsetjeneste, unntatt kliniske oppgaver og pasientbehandling". Det ble utarbeidet sjekklister for disse fem områdene med totalt 284 indikatorer:

- Bygninger og utstyr
- Delegasjon og samarbeid
- Service og organisasjon
- Journalføring og lagring
- Kvalitetsforbedring

Indikatorene ble brukt i disse forskjellige instrumentene for å måle kvaliteten i praksis:

- Spørreskjema for lege og medarbeider
- Sjekklister for observasjon under praksisbesøket
- Et kort pasientspørreskjema
- Et instrument for å bedømme et visst antall pasientjournaler

59 allmennpraktikere pilottestet praksisbesøkmetoden. Følgende krav er stilt til metodens egenskaper:

- Metoden skal dekke hele praksisfeltet
- Den skal knyttes opp til eksisterende og aksepterte klassifikasjoner for praksisorganisering
- Den skal inneholde relevante og gjenkjennbare aspekter for daglig allmennpraksis
- Den skal være praktisk, klar og brukervennlig
- Den skal avsløre variasjon og forskjeller mellom allmennpraktikere og praksiser

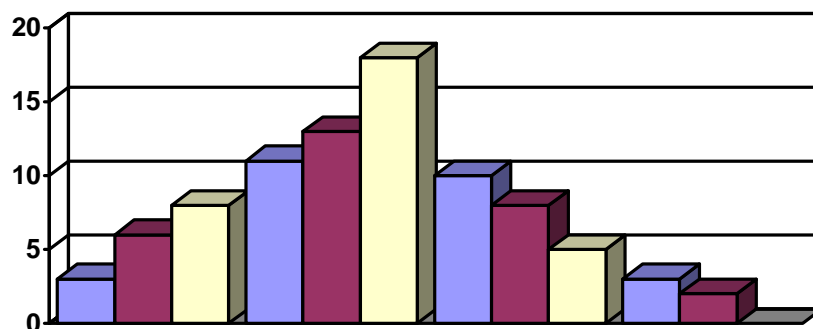
For å utvikle metoden studerte man systemer for evaluering av praksisorganisering i UK, Canada, New Zealand og Australia. Metodene er forskjellige i ulike land, men et spørreskjema til allmennpraktikere og en vurdering av pasientjournaler er felles for alle.

Metoden inkluderer

- prosedyre for praksisbesøk
- forskjellige instrumenter for innsamling av data fra allmennpraktikeren, medarbeiderne og pasienter
- rapport med feedback til allmennpraktikeren

Pilottesting viste at metoden var anvendelig og gyldig. Praksisbesøket var ingen trussel, og observasjonen ble ikke sett på som en byrde for praksisen. Diskusjonen blant allmennpraktikere etter besøket resulterte vanligvis i en klar handlingsplan, men implementeringen av dette er ikke undersøkt. Etter pilottesting gjennomgikk 110 allmennpraktikere i 88 praksiser VIP-programmet i 1994. Besøket ble gjentatt etter 1 år, og det var da signifikant bedring på majoriteten av praksisområder. Det ble brukt 249 indikatorer på 34 praksisområder. Dimensjoner og indikatorer viste markert variasjon mellom allmennpraktikere og praksiser. Det er gitt nærmere informasjon om metoden i vedlegg 1.

Figur 2 Feedback i VIP-programmet



Feedback på aspekter av praksisorganisering ble gitt både numerisk og i form av histogrammer i VIP-prosjektet. Histogrammene viste både gjennomsnittsskår og skår for "best practice". Området for "best practice" ligger på høyre side av histogrammet, og "bad practice" på venstre side. Det ble gitt følgende anbefalinger for feedback:

- Data fra praksis skal ikke sammenlignes med gjennomsnittstall, men med benchmarks eller strategiske mål
- Identifiser "keydrivers" for dårlig praksis
- Analyser praksisdata på et mer detaljert nivå, slik at det kan gi grunnlag for handling
- Identifiser endringer eller trender i praksisdata
- Kombiner kvalitetsmål fra flere dimensjoner eller praksisområder
- Presentere data på en visuell måte, ikke bare opplisting av tall og fakta
- Se etter andre indikatorer for kvalitet i praksis

Sveits

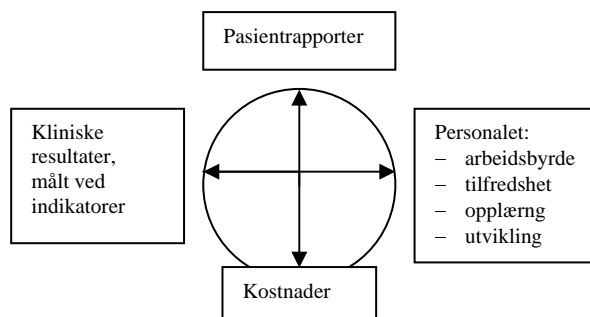
Swisspep Quali Doc

Det ble startet et kvalitetsforbedringsprosjekt i Sveits i 1999 ved å utvikle et "balanced scorecard" av standardiserte instrumenter for å måle kvalitet i allmennpraksis mot en modell som representerer en posisjon av "excellence" (66;67). Praksisene som deltok kunne velge mellom tre former for feedback:

- Skriftlig sammendrag av resultater
- En arbeidsbok som kunne diskuteres i kollegagrupper
- En arbeidsbok som kunne diskuteres med en spesielt trent kollega eller fasilitator under et praksisbesøk

Målingen besto av spørreskjema til pasienter, til legene i praksis og til medarbeiderne i praksis. Dataene ble presentert både som tabeller, grafiske figurer og tekst. Tallene sammenlignet legens ytelser med benchmarks og pasientprofil med referansegrupper. Det mest virkningsfulle for hele praksisteamet var å dele tolkning av standard feedback med en respektert og erfaren kollega under praksisbesøk. Disse besøkene varte i minst tre timer, for å gi tid nok til å forstå sine egne data og å stimulere til å lage planer og prioriteringer for videre tiltak. Målet for disse praksismøtene var å komme fram til en skriftlig og omforent plan.

Figur 3 Balanced scorecard - multidimensjonalt måleinstrument



Å sende skriftlig feedback med benchmarksammenligninger til praksis uten praksisbesøk var billig, men førte til mange frustrasjoner. Diskusjon i kollegagrupper var billigere enn lange praksisbesøk, og ga anledning til å utdype egne data sammenlignet med kollegenes. Dette var nyttig, men møtene ble holdt bare for leger. Et spørreskjema sendt til praksisene seks måneder etter praksisbesøket viste at dette ble ansett som mest effektivt. Praksisbesøket ga mest relevant feedback, førte til mer konkret forbedring og viste tydeligere behov for oppfølgingsmålinger. Praksisbesøkene endte ofte opp med personlige refleksjoner over den aktuelle situasjonen, og dette hjalp til å overvinne viktige hindringer for forbedring. Det viste at det er viktig å sette få, men klare mål for forbedring på kort sikt. Måleinstrumentet er nå erstattet med EPA og Visotool.

European Practice Assessment - EPA-prosjektet

EPA ble utviklet mellom 2001 og 2004 som et samarbeid mellom allmennmedisinske institutter i seks europeiske land: Belgia, Frankrike, Tyskland, Nederland, Sveits og UK (England og Wales) (68;69). Deltakerne var medlemmer av EQuIP. Forskningsaktivitet og internasjonale møter ble samordnet av Centre of Quality of Care Research (WOK) i Nederland og Bertelsmann Stiftung i Tyskland. Siden det foreligger begrenset vitenskapelig dokumentasjon på dette området, bygget EPA-prosjektet hovedsakelig på konsensus blant eksperter. Indikatorene ble utviklet ved hjelp av Delphi teknikker og RAND-metoden (70).

Målsettingen for dette prosjektet var å lage en metode og et verktøy for kvalitetsvurdering og kvalitetsutvikling som fokuserer på organisering av allmennpraksis, og som kan brukes i flere land i Europa. Prosjektet hadde følgende delmål:

- å utvikle et begrepsmessig rammeverk for praksisledelse og organisering
- å utvikle et sett med kvalitetsindikatorer som bygger på dette rammeverket

- å validere indikatorsettet på europeisk nivå
- å bruke indikatorene som basis for kvalitetsmåling og forbedringsverktøy i europeiske land
- å teste gjennomførbarheten av kvalitetsforbedringsverktøyet i en pilotstudie flere europeiske land
- å lage internasjonale sammenligninger av resultatene av pilotstudien i deltakerlandene
- å lage anbefalinger for videre forbedring og implementering av verktøyet

EPA-instrumentet består av fem områder eller domener:

- Infrastruktur
- Stab og personell
- Informasjon
- Økonomi
- Kvalitet og sikkerhet

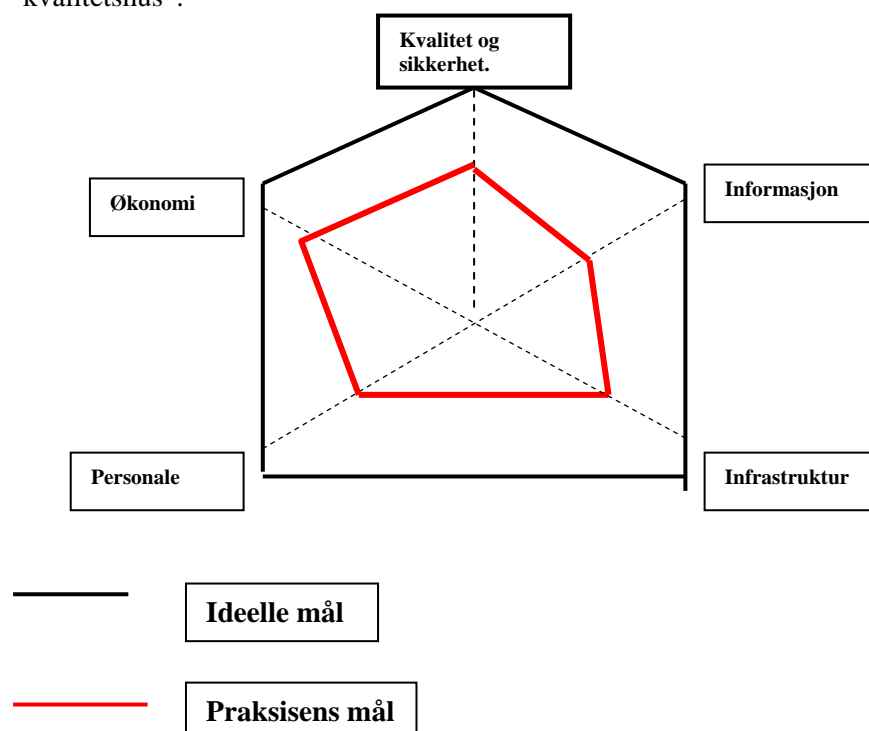
Domenene er delt inn i dimensjoner, og under hver dimensjon er det utviklet kvalitetsindikatorer. Det er mer informasjon om oppbyggingen av EPA-instrumentet i vedlegg 2. Som resultat av en konsensusprosess valgte EPA-partnerne ut 171 indikatorer. Indikatorene ble omgjort til spørsmål som ble brukt i kvalitetsmålingsprosedyren. Prosedyren for vurdering består av et sett av instrumenter som skal brukes av allmennlegene, medarbeiderne, pasientene og observatøren som besøker praksisen. Verktøyet ble utviklet av EPA-teamet, igjen på basis av konsensus mellom internasjonale eksperter. Noen validerte skjema ble lagt til, som Work Satisfaction Scale og EUROPEP for måling av pasienttilfredshet (71;72). Valgfrie skjema var the Maslach Burnout Inventory (MBI)(73) og Maturity Matrix (74;75).

Spørreskjemaene ble sendt til praksisen på forhånd og returnert til observatøren før praksisbesøket. Observatørene ble rekruttert fra forskjellige yrkesgrupper, både allmennleger, medisinske studenter og sykepleiere. Prosedyren var standardisert i høy grad, og observatørene fikk god opplæring. Observatørens bakgrunn påvirket ikke utfallet av praksisbesøket.

Indikatorer og undersøkelsesprosedyre ble testet i pilotprosjekter i Belgia, Frankrike, Tyskland, Nederland, Sveits, UK, Østerrike, Slovenia og Israel (76). I hvert land deltok 30 praksiser i testingen, som foregikk fra november 2003 til mars 2004. Instrumentet for kvalitetsmåling i praksis viste seg å være akseptabelt, og systemet var gjennomførbart. Indikatorene ble målt i en rekke land uten større problemer.

Visotool

Visotool er et redskap for feedback i EPA, og er en grafisk framstilling av flere dimensjoner i praksis, et "kvalitetshus".



TOPAS Europe

EPA-instrumentet eies og administreres av TOPAS Europe, som er en sammenslutning av forskningsgrupper og institusjoner, som har som oppgave å utvikle, validere og revidere EPA og andre kvalitetsinstrumenter, som Maturity Matrix og EUROPEP (77). TOPAS ble dannet i 2005 av organisasjoner i de ni landene som utviklet EPA. Andre organisasjoner kan også bli medlemmer av TOPAS Europe og brukere av EPA mot å betale en avgift. TOPAS er knyttet til EQuIP, og alle medlemmene i organisasjonen er også medlemmer av EQuIP.

3.2 Brukererfaringer. Pasientspørreundersøkelser.

Økt brukerorientering har de siste årene vært et viktig tema innen helsetjenesten, og "pasienten først" blir brukt som slagord. Det har kommet ny Lov om Pasientrettigheter, som sier noe om hvilke rettigheter pasienten har i helsevesenet, bl.a til fritt sykehusvalg, garantert vurdering innen et visst tidsrom og rett til medvirkning og informasjon. Lege og pasient blir nå betraktet som samarbeidspartnere med et felles ansvar for behandlingsforløpet og behandlingsresultatet. Pasienten kan bli involvert ved prioritering av fokusområder, som informanter i arbeidet med å avdekke problemområder og ved vurdering av effekt av gjennomførte endringer. Pasienten er den eneste som opplever det samlede undersøkelses, behandlings- og pleieforløp og har erfaringer fra møter med både primær- og annenlinjetjenesten. Kvaliteten av visse aspekter ved helsevesenets ytelser kan utelukkende vurderes av pasienten. I møtet mellom legen og pasienten, det vil si konsultasjonen, kan legens kunnskap og tekniske ferdigheter bli vurdert gjennom forskjellige metoder. Legens empatiske ferdigheter kan vurderes direkte gjennom å spørre pasienten.

Pasienttilfredshet har vist seg å ha lav validitet som mål på kvaliteten av det teknisk-faglige arbeidet legen utfører, men tolkes som et uttrykk for at legens praksis har skapt trygghet hos pasienten. Det finnes en omfattende litteratur om pasienttilfredshet, men det finnes ingen uttømmende teoretisk modell for begrepet tilfredshet. Det er svært mange influerende faktorer som går inn i forsøkene på beskrive tilfredshetsbegrepet; blant annet den faktiske hendelsen, pasientens forventninger og summen av pasientens erfaringer, forutsetninger, behov og opplevelser, samt påvirkning fra omgivelsene. Dette gir usikre resultater, og dersom pasienttilfredshet brukes som et mål for helsevesenets ytelser, må man være bevisst de faktorer, som påvirker den samlede opplevelse av tilfredshet.

Flere av de store indikatorsystemene inneholder skjema og opplegg for måling av pasienterfaringer, og noen er allerede omtalt.

EUROPEP

Patients evaluate general/family practice. 1995-1998

Formålet med Europep var å kartlegge pasientenes forventninger og prioritering av helsetjenester i 8 europeiske land, inkludert Norge. Et av målene med undersøkelsen var å se på hva som var felles og hva som var forskjellig i pasientenes prioriteringer i de forskjellige landene. Det ble laget et spørreskjema, som ble delt ut til totalt 3540 pas fordelt på minst 12 praksiser i hvert land. Pasientene rangerte og prioriterte 38 forskjellige forhåndsdefinerte aspekter i allmennpraksis.

Aspekter som ble høyest prioritert i undersøkelsen i Norge var: 1) Lang nok tid hos legen under konsultasjonen 2) Konfidensialitet angående pasientopplysninger 3) Legen får pas til å føle seg fri til å snakke om sine problemer 4) Rask hjelp ved akutte tilstander 5) Kort ventetid

Aspekter som det var bred enighet om blant pasientene: 1) Lege/pasient-forholdet, 2) informasjon og støtte, 3) tilgjengelighet. Disse aspektene så ut til å være "universelle" og uavhengig av land, helsevesen og kultur.

Forskjellige former for feedbackrapporter til legen ble utarbeidet av deltakere i EUROPEP. Alle rapporter inkluderte en sammenligning mellom pasienter fra en spesifikk allmennpraktiker eller praksis, og det totale pasientmaterialet fra andre leger/praksiser. Enten ble gjennomsnittsverdier eller de beste oppnådde verdiene, oppgitt som referanser. Virkningen av feedback viste seg å være blandet og ikke entydig

positiv. En randomisert studie for å måle effekten av feedback på måling av pasientevaluering, ble gjort i Nederland i 2000. 55 allmennpraktikere deltok i studien.

Leger i intervensjonsgruppen fikk en personlig, strukturert feedbackrapport om måling av pasienttilfredshet i egen praksis. Referansetall ble gitt, samt kommentarer angående tolkning av feedback og en evidence-based oversikt over faktorer som bestemmer pasienttilfredshet. Det ble gjort pasientevalueringer av 9 forskjellige dimensjoner. Målinger før og etter intervensjonen viste ingen forskjell mellom intervensjons- og referansegruppen, unntatt for evaluering av pasienttilfredshet for kontinuitet, som var mindre positiv i intervensjonsgruppen.

Konklusjonen var at måling av pasienttilfredshet og feedback ikke kunne brukes som eneste strategi for å indusere forandring og forbedring.

Quali doc praxisevaluation (Swisspep)

Dette er den sveitsiske utgaven av Europep + feedbackrapport. Rapporten inkluderer benchmarking i forhold til andre leger. For hvert spørsmål oppgis prosent av pasientene som har svart "utmerket" (excellent) for en spesifikk allmennpraktiker i forhold til pasienter fra 36 vilkårlig utvalgte sveitsiske allmennleger. For hvert spørsmål vises grafer som viser endring av pasientenes evaluering over tid. For hvert kapittel i spørreskjemaet gies en vurdering i forhold til de 10 % høyeste skårene i et utvalg fra andre leger.

Der Praxisspiegel/Der Netspiegel

Der Praxisspiegel er et instrument som ble utviklet på bakgrunn av Europep, spesielt tilpasset til forholdene i Tyskland. Det omfatter spørreskjemaet og individuell feedbackrapport. Der Netspiegel er et mer omfattende system, som er utviklet for praksisnettverk. Det fokuserer også på interfasen mellom primær- og annenlinjetjenesten.

Feedbackrapporten omfatter tabell som viser de viktigste pasientforventningene til allmennpraksis, og tall som sammenligner resultater fra egen praksis med gjennomsnittstall fra alle deltakende praksiser.

DANPEP

Dette inngår i det danske kvalitetsprosjektet.

Målet er å undersøke pasientens opplevelse av:

- De legefaglige ytelser
- Lege/pasientforholdet
- Informasjon og støtte
- Tilgjengelighet
- Organisering av ytelser

Man antar at det ofte er uoverensstemmelse mellom pasientens og legens opplevelse av behandling, informasjon og empati, og at de to partene i et visst omfang ikke tillegger de forskjellige aspektene av kontakten den samme betydning. Derfor kan pasientenes vurdering av den enkelte lege og dennes praksis bidra med opplysninger om forhold som legen ikke har vært oppmerksom på. Dette kan brukes til kvalitetsutvikling.

Målet med prosjektet er:

Innføring av standardmessig bruk av et spørreskjema til pasientevaluering av AP, og påfølgende feedback til legene av resultatene. Kvalitetsutvikling av den enkelte praksis med fokus på pasientenes opplevelse av den legefaglige ytelsen, lege/pasientforholdet, informasjon og støtte, tilgjengelighet og organisering av ytelser. Selve spørreskjemaet er EUROPEP-skjemaet, supplert med noen ekstra spørsmål. (23 spørsmål). Skjemaene sendes inn til bearbeiding, og hver lege får tilbake en rapport. Denne vil inneholde svar på enkeltspørsmål, og et samlet resultat for hvert av de fem aspektene. I tillegg en benchmarking i forhold til en gruppe av leger. Dette taes opp i en gruppe, som kan bestå av leger+ medarbeidere i praksis eller en etterutdanningsgruppe for leger. Diskusjonen vil gå på resultater, deretter fokusering og prioritering av endringer. Foreløpig deltar 127 leger, og det er samlet inn data fra 11.000 pas.

GPAQ (General Practice Assessment Questionnaire)

Dette er utarbeidet av National Primary Care Research and Development Centre ved University of Manchester i forbindelse med kvalitetsreformen og den nye kontrakten med engelske allmennpraktikere. GPAQ fokuserer hovedsakelig på spørsmål om tilgjengelighet, inter-personelle aspekter og kontinuitet.

POMA (Internasjonalt navn: PEQ 2000) Norge

Dette er et spørreskjema til bruk i primærhelsetjenesten, utviklet av Siri Steine. Det skal brukes til å måle pasienters opplevelser av det enkelte legebesøk. Det kan brukes både for enkelte leger og for grupper av leger. Samlet antall ferdigbesvarte skjemaer bør være minst 30 pr lege. Skjemaet inneholder fem dimensjoner eller spørsmålsgrupper:

- Resultat. Hva besøket hos legen resulterte i. Fire spørsmål. Pasienten skårer på en skala 1-5.
- Kommunikasjon. Møtet med legen. Fire spørsmål. Skala 1-5.
- Barrierer for kommunikasjon. Fire spørsmål. Skala 1-5.
- Møtet med hjelpepersonellet. To spørsmål. Skala 1-5
- Følelser. Mine følelser etter besøket. Skala 1-7. Fire følelseskvaliteter.

–

Nøkkelspørsmål som systematisk kvalitetsforbedring av den kliniske samtalen(88)

Dette er spørsmål for fem sentrale punkt i den kliniske samtalen. Disse er utviklet av Kirsti Malterud. Allmennpraktikeren kan selv lage sine egne nøkkelspørsmål til bruk for å sikre at viktig informasjon kommer fram, og for få ny viten om pasienten, samt bedre lege-pasientforholdet.

- Problemdefinering. Hva skulle du egentlig ønske at jeg kunne hjelpe deg med i dag?
- Årsaksforklaring. Hva tror du egentlig at sykdommen/plagene kommer av?
- Forventninger til tiltak. Hva har du tenkt at legen burde gjøre med det?
- Handlingserfaring. Hva har du funnet ut er det beste du selv kan gjøre med plagene?
- Egenvurderte helseressurser. Jeg trenger også å vite noe om dine sterke sider.

–

3.3 Kliniske indikatorer

Kronisk sykdom

Vi har funnet indikatorer for mange kroniske sykdommer, men vi har valgt å presentere indikatorer for åtte vanlig forekommende kroniske sykdommer. Indikatorene vi har valgt å presentere har vi funnet fra flere land; indikatorer som vi ikke har funnet i mer enn ett system har vi valgt å ikke ta med.

Dokumentasjonen for indikatorene presenteres i egen tabell der dette er omtalt. Vi har ikke hatt mulighet til å kritisk vurdere det vitenskapelig grunnlaget for indikatorene.

Diabetes mellitus

Diabetes er en kronisk sykdom som rammer mange pasienter i alle aldersgrupper. Den stiller store krav til behandling og kontroll, og kan brukes som en modell for behandling av kronisk sykdom i allmennpraksis. Sykdommen har mange alvorlige komplikasjoner, og det er dokumentert at god oppfølging og behandling kan forhindre eller forsinke komplikasjoner.

Vi har funnet indikatorer for diagnostikk, behandling og kontroll av pasienter med diabetes mellitus i mange land. Vi presenterer indikatorer fra England, Australia, Nederland, USA, Norge, Sverige og Danmark.

I Norge har NSAM gitt ut handlingsprogram for diabetes. Vi har funnet nasjonale retningslinjer for diagnostikk og behandling av diabetes fra alle land som vi har hentet indikatorer fra, se vedlegg 3 og 4.

Koronar hjertesykdom

Vi har funnet indikatorer for behandling av koronar hjertesykdom fra England, USA og Sverige. Indikatorene omfatter både behandling av risikofaktorer for hjertesykdom og den medikamentelle behandlingen av sykdommen. Indikatorene er nærmere beskrevet i vedlegg 5.

Hjerneslag/TIA

Vi har funnet indikatorer fra England, USA og Norge (Helsedataprojektet). Indikatorene handler om behandling, i tillegg til risikofaktorer som røyking, blodtrykk og kolesterol. Indikatorene er omtalt i vedlegg 6.

Hypertensjon

Vi har funnet indikatorer fra England, USA og Helsedataprojektet i Norge. Det fokuseres på multifaktoriell intervensjon for å redusere risiko for komplikasjoner som koronar hjertesykdom og hjerneslag. Indikatorene avspeiler derfor kontroll og behandling av andre risikofaktorer som røyking, livsstil og lipidnivå i tillegg til behandling av hypertensjon. I vedlegg 7 er det mer informasjon om indikatorer for hypertensjonsbehandling.

Atrieflimmer

Vi har funnet indikatorer fra USA, Sverige (SFAM.Q) og Helsedataprojektet. Atrieflimmer er den hyppigste vedvarende hjertearytmien man møter i praksis, med en prevalens på 5 % hos personer over 65 år. Atrieflimmer er assosiert med annen hjertesykdom, som koronar hjertesykdom og hjertesvikt. Indikatorene omtales i vedlegg 8.

Hjertesvikt

Vi har funnet indikatorer fra England, USA, Sverige og Norge som omhandler diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med hjertesvikt. Dette er en stor pasientgruppe med høy sykkelighet og dødelighet. Medisinsk behandling kan gi god symptomlindring og bedre prognosen, og diagnosen bør stilles så tidlig som mulig. Indikatorene for diagnostikk og behandling av hjertesvikt omtales i vedlegg 9.

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

Vi har funnet i alt 18 indikatorer fra England, USA og Sverige. KOLS er en sykdom som forekommer hyppig i allmennpraksis. I følge SFAMQ har 5-10 % av pasientene i svensk allmennpraksis KOLS. En forutsetning for at man kan gi pasientene god behandling, er at rett diagnose blir satt, og at pasientene blir fulgt opp. Derfor handler de fleste indikatorene om diagnostikk og om røyking. Omtale av indikatorer vedrørende KOLS finnes i vedlegg 10.

Astma

Vi har identifisert 18 indikatorer fra England, USA og Sverige. Astma er en vanlig forekommende kronisk sykdom i allmennpraksis. Primærlegene kontrollerer og behandler de fleste pasientene med astma. De fleste av indikatorene avspeiler diagnostikk, behandling og røykevaner, se vedlegg 11.

Akutt sykdom

Sår hals

Vi har valgt ut 12 indikatorer fra USA, Sverige og Norge (SATS), som presenteres i vedlegg 12. Indikatorene går på diagnostikk eller utelukkelse av halsinfeksjoner med streptokokker gruppe A, samt antibiotikabehandling ved positiv streptokokkdiagnose. Norske retningslinjer anbefaler at sår hals vanligvis kan behandles symptomatisk uten antibiotika, selv ved eventuell infeksjon med streptokokker, gruppe A. Dersom antibiotikabehandling er indisert bør penicillin V benyttes.

Luftveisinfeksjoner

Vi presenterer 13 indikatorer funnet fra England, USA og Sverige, se vedlegg 13. Vi behandler emnet under ett, da indikatorene avspeiler diagnostikk for å skille øvre og nedre luftveisinfeksjon, samt behandling med antibiotika. I følge SFAM.Q i Sverige utgjør 75 % av alle luftveisinfeksjoner, som behandles i allmennpraksis infeksjoner i øvre luftveier. I Sverige behandles 40 % av pasientene med antibiotika. Forskjellene i behandling fra praksis til praksis er svært store.

Mellomørbetennelse

Vi har listet 8 indikatorer fra England, USA og Sverige (vedlegg 14). De svenske indikatorene tar for seg sporadisk mediaotitt hos barn 2-16 år.

Ukomplisert nedre UVI hos fertile kvinner

Nedre UVI hos kvinner er blant de hyppigste bakterielle infeksjoner i allmennpraksis. Det foreligger indikatorer fra SFAM.Q og fra USA, og norske retningslinjer.

3.4 Organisasjoniske indikatorer

Journalkvalitet

Pasientjournalen er et av de viktigste arbeidsredskapene allmennpraktikeren har. Spesielt er journalen viktig for pasienter med kronisk sykdom, og for pasienter som går ofte til lege, og har uklare sykdomstilstander. Journalen er også viktig for dokumentasjon og samarbeid med andre nivå i helsetjenesten, samt for nye leger og vikarer i praksis. Etter innføring av elektronisk pasientjournal er det i prinsippet blitt enklere å lage en oversiktlig journal. Mange land har indikatorer for journalføring.

Vi har listet opp 47 indikatorer som omhandler kvaliteten av journalen fra England, Australia, New Zealand, EPA-prosjektet og EQuiPs journalprosjekt (vedlegg 15). Indikatorene tar for seg innholdet i pasientjournalen, overføring av informasjon fra journalen til pasienten og til andre leger og medarbeidere på andre nivåer i helsetjenesten, behandling av innkommende informasjon om pasienten og lagring av pasientjournaler.

Tilgjengelighet og prioritering

Telefontilgjengeligheten varierer betydelig fra praksis til praksis blant fastlegekontor i Norge (78). God telefontilgjengelighet skaper trygghet og bedre pasientflyt, og dette fører til høyere effektivitet. God telefontilgjengelighet gir også forutsetninger for å kunne prioritere bedre.

Vi presenterer 34 indikatorer fra England, Australia, New Zealand, USA, Sverige, Norge og EPA-prosjektet som tar for seg prioritering ved akutte tilstander, ventetid på time, telefontilgjengelighet og fysisk tilgjengelighet i praksis (vedlegg 16).

Vi har ikke tatt med alle indikatorene som er funnet. I Sverige brukes en indikator for å måle andelen av befolkningen over 75 år som har søkt lege i løpet av siste år. Dette brukes som et mål på tilgjengelighet for eldre med multisykdom, som har større behov for god tilgang til legetjenester enn den yngre og friskere del av befolkningen.

Informasjon og kommunikasjon med pasienten

I Lov om pasientrettigheter blir det fastslått at legen har plikt til å gi pasienten tilstrekkelig informasjon om sykdommen, undersøkelser og behandling, slik at pasienten kan ta egne beslutninger (79). Et viktig tiltak i kvalitetssikring og kvalitetsforbedring er å motta og behandle klager fra pasientene på en adekvat måte.

Vi presenterer 26 indikatorer fra England, Australia, New Zealand, Sverige og fra EPA-prosjektet, som tar for seg informasjon om praksis, pasientspørreundersøkelser, klageadgang og sykdomsinformasjon til pasienten (vedlegg 17).

Praksissystemer/pasientbehandling

Vi presenterer indikatorer fra England, Australia, New Zealand, Norge og fra EPA-prosjektet som omhandler bruk av retningslinjer og dokumenterte behandlingsmetoder i pasientbehandlingen, samt tilgang til litteratur og nettbasert informasjon til legen og resten av praksisteamet. Indikatorene på dette feltet omhandler også forebyggende tiltak og screening på sykdomstilstander, samt identifisering av risikopasienter (se vedlegg 18).

Det er viktig at pasientbehandlingen baseres på den beste tilgjengelige kunnskap, og at legepraksiser kan peke på hvilke retningslinjer som brukes. I Norge har vi for eksempel Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL), NSAMs handlingsprogram for diabetes, og en rekke retningslinjer og veiledere utgitt av Sosial- og helsedirektoratet og andre instanser.

Personalutvikling og utdanning

Et godt utdannet og trent personale med god kommunikasjon letter pasientbehandlingen og kommer pasienten til gode.

Vi viser 19 indikatorer fra England, Australia, New Zealand, Danmark og EPA – prosjektet vedrørende samarbeid i praksisteamet og behovet for opplæring og trening (vedlegg 19). De omfatter også rutiner når det gjelder personalmøter og kommunikasjon innad i teamet.

ROS/Avvikshåndtering

Vi har funnet 22 indikatorer fra England, Australia, New Zealand, Danmark og EPA-prosjektet som tar for seg registrering og behandling av signifikante hendelser og avvik, samt risikostyring, vold mot personalet og beskyttelse mot smitte (vedlegg 20).

Samarbeid med 2. linjetjenesten og andre instanser

Samarbeid med andre instanser i helsevesenet er et av de viktigste områdene for å sikre god pasientbehandling. Å sikre et smidig samarbeid til beste for pasienten er en stor utfordring.

Oversikten inneholder 11 indikatorer fra England, Australia, New Zealand, Danmark og EPA (se vedlegg 21). De danske indikatorene er tatt fra Shared care-prosjektet, som inngår i DAK. Her ønsker man at allmennpraktikerne skal bedømme innholdet i epikrisene kvalitetsmessig, og omvendt at sykehusleger og spesialister i annenlinjetjenesten vurderer henvisningsskrivene. Indikatorene er innholdsrike og viser det ønskede innholdet i henvisningsskriv og epikriser. Indikatorene tar også for seg samarbeidsrutiner med andre instanser i helsevesenet.

Forebyggende helsearbeid

Registrering av røykevaner/røykeavvenning

Som eksempel på indikatorer for forebyggende helsearbeid har vi vist indikatorer som handler om røyking og røykestopp. Det blir vist 19 indikatorer fra England, Australia, New Zealand, Norge og Sverige, se vedlegg 22.

3.5 Utvelgelsesprosessen for forslag til indikatorer for norsk allmennmedisin

Et eksempel på skåring i skåringsmatrisen er vist i vedlegg 23. Det viste seg å være vanskelig å skåre i matrisen på en pålitelig og brukbar måte. Resultatene ga begrenset informasjon til prosjektgruppa for videre vurdering av indikatorene, men metoden bidro likevel til en viss oversikt og en systematikk i utvelgelsen av indikatorene.

Klinisk praksis

Kronisk sykdom - diabetes

Vi valgte diabetes fordi det er en kronisk sykdom som forekommer svært hyppig i befolkningen. Behandling og oppfølging foregår stort sett i allmennpraksis. Flere av indikatorene kan brukes også ved andre kroniske sykdommer. Det foreligger mange indikatorer som i stor grad er evidensbaserte fra andre land. NSAM har i 2005 revidert handlingsprogrammet for diabetes (80). I vedlegg 24 er det vist en oversikt over kunnskapsgrunnlaget for internasjonale indikatorer for behandling og kontroll av pasienter med diabetes.

Akutt sykdom - luftveisinfeksjoner

Prosjektleder foreslo sår hals som indikatorområde, foreslått fordi det er en av de vanligste luftveisinfeksjonene i allmennpraksis, og fordi det tidligere er laget indikatorer under SATS-prosjektet. Det finnes kliniske indikatorer fra andre land, og det er utgitt norske retningslinjer. (Vedlegg 25).

Akutt sykdom – nedre UVI hos kvinner

Nedre UVI hos kvinner ble vurdert som indikator fordi urinveisinfeksjoner er blant de hyppigste bakterielle infeksjoner i allmennpraksis. Det finnes kliniske indikatorer fra USA og Sverige, og det er

utgitt norske retningslinjer for diagnostikk og behandling av akutte vannlatingsplager hos kvinner. (Vedlegg 26).

Til slutt ble vi enige om å fokusere på antibiotikabruk ved akutte luftveisinfeksjoner. Det er kjent at det er stor variasjon i bruk av antibiotika og valg av middel ved vanlige luftveisinfeksjoner i allmennpraksis. Det er anbefalt å begrense antibiotikabruk ved vanlige luftveisinfeksjoner, der flertallet er forårsaket av virus, og effekten ved mange bakterielle infeksjoner er liten.

Praksisorganisering

Journalkvalitet

Journalen er et viktig arbeidsredskap i allmennpraksis. Det finnes indikatorer for journalføring i mange land, bl.a. England, Australia, New Zealand og fra EPA-prosjektet. Journalføring er lovregulert i lov om helsepersonell (81) og forskrift om pasientjournal (82). Journalføring omtales i en rapport om risiko og sårbarhetsanalyse av allmennpraksis fra Helsetilsynet 2004, der journalen omtales som et uerstattelig redskap i oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer (83). Risikoen ved mangelfull journalføring kan være stor. Journalføring er objekt for tilsyn fra myndighetene. (Vedlegg 27).

Tilgjengelighet og prioritering

Området er lovregulert gjennom Kommunehelseloven, Helsepersonelloven og Forskrift om Fastlegeordningen (81;84;85). Det inngår naturlig i praksisens internkontrollsystem, og er gjenstand for kontroll fra helsemyndighetene (14). Dette er et område som pasientene legger stor vekt på. Det er funnet indikatorer i flere land, bl.a. fra England, Australia, New Zealand, Sverige og i EPA-prosjektet.

Det er stor enighet om at tilgjengelighet er et sentralt område i praksisorganisering. Organisering av øyeblikkelig hjelp er viktig for pasientens sikkerhet. Den omtales i ROS-rapporten fra Helsetilsynet som et område der svikt kan gi alvorlige konsekvenser (83). Telefontilgjengeligheten er viktig for god service, effektiv drift, pasientsikkerhet og riktig prioritering. (Vedlegg 28).

Samarbeid med andre instanser i helsevesenet

Samarbeid er meget viktig for å sikre god pasientbehandling. Fastlegen bør ha et hovedansvar for å sikre god samhandling mellom de forskjellige aktørene i helsetjenesten og bidra til at spesialisttjenester prioriteres til de som har størst behov. I samhandling med andre helsearbeidere må allmennlegen arbeide aktivt for at faglige ressurser utnyttes optimalt. Det finnes indikatorer fra England, Australia, New Zealand, Danmark og i EPA-prosjektet. (Vedlegg 29).

Personalutvikling og kvalitetsutvikling

Gode samarbeidsrutiner og godt arbeidsmiljø på legekantoret er av den aller største viktighet for å sikre god pasientbehandling. Likeverd og respekt mellom leger og medarbeidere og et godt arbeidsmiljø, der alle trekker i samme retning, bidrar til et godt resultat for pasientene. Det finnes indikatorer fra England, Australia, New Zealand, Danmark og fra EPA-prosjektet. (Vedlegg 30).

Praksissystemer og pasientbehandling

Dette omhandler det faglige grunnlaget for pasientbehandlingen. Det er funnet indikatorer i England, Australia, New Zealand, Norge og i EPA-prosjektet. Det finnes gode faglige ressurser i Norge, både nettbaserte og i litteraturen. (Vedlegg 31).

Lege/pasientforholdet

Informasjon til og kommunikasjon med pasienten

Pasientinformasjon og kommunikasjon er regulert i Lov om pasientrettigheter. Det finnes indikatorer i England, Australia, New Zealand, Sverige og fra EPA-prosjektet. Det er vanskelig å måle kvaliteten av lege/pasientforholdet, og det er få gode instrumenter for dette. Vi har derfor lagt størst vekt på informasjon til pasienten i arbeidet med indikatorene, men også tatt for oss brukerundersøkelser og klageadgang. Se vedlegg 32.

Sikre tjenester

Registrering og behandling av feil og avvik

Indikatorer fra andre områder kan brukes til måling av pasientsikkerhet. Vi har konsentrert oss om feil og avvik i praksis. Slike indikatorer er funnet i England, Australia, New Zealand og Danmark.

Rettferdige tjenester

Vi valgte legens deltakelse i ansvarsgrupper og basismøter som indikator på dette området. Dette kommer kronikere og pasienter med spesielle behov til gode. At legen prioriterer tid for slike møter, anser vi derfor som en indikator på rettferdige tjenester.

4. Diskusjon

4.1 Generelt

Temaet kvalitetstenkning og kvalitetsutvikling er hentet fra industrien, men det har i flere år vært et viktig tema også i helsevesenet. Publikum krever større åpenhet om kvaliteten av tjenestene i helsetjenesten.

Bruk av kvalitetsindikatorer forventes å være et middel til nå mange ulike formål. Politikere og myndigheter vil ha dem for å bli bedre til å stille krav til helsevesenet, samt til bruk ved oppfølging av hva de får for pengene. Ledelsen i helsevesenet ønsker å ha oversikt for å vite på hvilke områder av tjenesten det er nødvendig å satse for å få bedre kvalitet. De ansatte i helsetjenesten ønsker å vite hva de gjør, både med tanke på forbedring, men også for å bli sett og verdsatt. Pasientene antas å ville bruke informasjon fra kvalitetsindikatorer i valg av fastlege og sykehus. Media ønsker innsyn for å kunne informere samt for å bidra til den offentlige debatten om helsetjenesten.

Det finnes rikelig internasjonal litteratur om emnet kvalitetsindikatorer. Det foreligger imidlertid begrenset kunnskap om hva som virker, og om bruk av indikatorer virkelig har bidratt til bedre kvalitet i helsetjenesten. Et stort problem har vært at det ofte ikke har lyktes å få de kliniske fagmiljøene med i arbeidet på en tilstrekkelig god måte, og at kvalitetsinitiativene har strandet på at de har hatt en "top-down" tilnærming. Et eksempel på dette er TQM (Total Quality Management) som mange norske sykehus satset på i 1990-årene, og som ikke har satt varige spor etter seg i helsetjenesten i Norge.

4.2 Kan indikatorer fra andre land brukes i Norge?

I EPA-prosjektet ble et indikatorsett for praksisorganisering testet i ni forskjellige land, med variasjon i befolkning og praksistyper. Til tross for nasjonale forskjeller var det ikke vanskelig for testpanelene å bli enige om ett felles indikatorsett. I pilottestingen i allmennpraksis ble det lagt vekt på litt forskjellige indikatorer i de forskjellige landene, men alle ble testet og vurdert som valide og brukbare.

Utvikling og testing av kvalitetsindikatorer er en tidkrevende og komplisert prosess. I prosjektet "Measuring General Practice", utført av National Primary Care Research and Development Centre ved University of Manchester og Rand Health i USA, konkluderte man med at det var store fordeler med å ta utgangspunkt i indikatorer utviklet i USA i arbeidet med utvikling av engelske indikatorer (86;87). Hele 56 % av indikatorene fra USA kunne brukes direkte i engelsk allmennmedisin, mens resten måtte omarbeides noe for å passe inn.

Etter at vi har identifisert indikatorer fra forskjellige land, mener vi at vi har funnet mange indikatorer som er relevante for norsk allmennmedisin.

4.3 Diskusjon i prosjektgruppa

Innad i prosjektgruppa har det foregått en kontinuerlig diskusjon om bruk og bruksområder for indikatorer. På det første møtet ble målsettingen med prosjektet diskutert. Hvorfor skal vi bruke indikatorer, og hva vil vi oppnå med dette? Hvordan skal vi få allmennpraktikerne i Norge til å bli interessert i dette og dermed ønske å bruke indikatorene? Hvordan skal vi forhindre at data som i utgangspunktet skal brukes internt, kommer ut til uvedkommende og brukes i feil sammenhenger? Hvordan skal indikatorene eventuelt kobles opp mot økonomi?

Kvalitetsindikatorer kan brukes til mange forskjellige formål:

- Eget kvalitetsarbeid
- Etterutdanning og bruk i smågrupper
- For pasientene - valg av fastlege
- For myndighetene - styringsdata og tilsyn
- Forhandlinger og avlønning

Til å begynne med uttrykte prosjektgruppa skepsis til utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer. Etter hvert har det blitt enighet om at kvalitetsindikatorer til bruk internt i praksis og i etterutdanningsgrupper er

relativt uproblematisk, og at praksisorganisering er et område der det er lite kontroversielt å utvikle indikatorer. Det er også enighet om at indikatorene må gjelde for legekantoret som enhet, og ikke bare for legene. Tverrfaglig samarbeid både innad på kontoret og med andre aktører i helsevesenet er av den største betydning for god kvalitet i pasientbehandlingen.

Vi er skeptiske til at indikatorer knyttet til klinisk praksis skal brukes eksternt som mål på kvaliteten i praksis. Det er vanskelig å vurdere i hvilken grad slike indikatorer virkelig er gode mål på kvalitet i praksis, eller om forskjeller i slike kliniske indikatorer er uttrykk for forskjeller i praksispopulasjon, dataregistrering eller andre forhold som vi ikke har oversikt over. Det er vanskelig å formidle slike vurderinger til publikum og til myndigheter, og slik informasjon kan lett bli misforstått.

Det var noe uenighet om hvor mange kliniske indikatorer vi skulle ta med. Vi var enige om at det var viktig å ha med indikatorer både for akutt og kronisk sykdom. I andre land, inkludert nordiske land som Sverige og Danmark, er det lagt stor vekt på kliniske indikatorer. Vi valgte å ta med en klinisk indikator for akutt sykdom og en indikator for kronisk sykdom.

Vi mener at telefontilgjengeligheten på et legekantor er helt sentral i servicen overfor pasientene. Dette anser vi som et viktig område å kunne måle, men i dag er dette vanskelig. Måling er dyrt og komplisert, og det krever samarbeid med Telenor. Vi har derfor ikke tatt med indikator for telefontilgjengelighet. Dersom målemetodene blir enklere kan telefontilgjengelighet tas med ved revisjon av indikatorene.

4.4 Prosjekt Kvalitetsindikatorer i allmennmedisin

Styrke ved prosjektet

Vi har funnet et svært omfattende og relevant materiale om kvalitetsindikatorer i helsetjenesten i Norge og andre land. Vi har valgt å vise indikatorer fra primærhelsetjenesten i land det er naturlig at vi sammenligner oss med. Det har vært en vanskelig prosess å velge ut hvilke indikatorer som skulle presenteres for prosjektgruppa. Det har også vært en komplisert prosess for prosjektgruppa å velge ut indikatorene. Vi har oppnådd konsensus om en samling av indikatorer som vi vil anbefale til bruk i norsk allmennmedisin.

Å måle med indikatorer er slik vi ser det først og fremst et verktøy til kvalitetsforbedring. Aspektene ved praksis som vi kan måle er uendelig. Vi ønsker ikke å innføre et system som fører til mye ekstraarbeid i en allerede travel praksis. Bruk av indikatorer kan være et middel til å heve kvaliteten i den enkelte praksis, og det må legges vekt på at resultatet av målingene tilhører praksisen. Måling med indikatorer kan også brukes til å sammenligne seg med andre.

Selve målingen er ikke det viktigste, og har liten hensikt i seg selv. Den største gevinsten er å hente i at praksis gjennomgår en prosess der allmennleger og medarbeidere blir bevisst på hvor praksisen står i dag, og hva man vil oppnå i framtida. Dette bør diskuteres internt i enhver praksis. Måling av kvalitetsindikatorer bør ikke være for tidkrevende, og helst bør målene kunne hentes ut automatisk fra pasientjournalen. Vi har ikke utredet hvordan dette kan gjøres. Praksisbesøk er et aktuelt bruksområde for indikatorene, ved at man kan sammenligne sin egen praksis med den man besøker. Praksisbesøk er obligatorisk i videre- og etterutdanningen i allmennmedisin, men innholdet er lite beskrevet. I andre land har man arbeidet mye med dette, spesielt i Nederland. Vårt mål har vært å komme fram til kvalitetsindikatorer som kan brukes på alle legekantor i Norge, og vi har her laget et forslag over hva KUP mener er viktig å måle.

Svakheter ved prosjektet

Ved søk på Internett var det ikke mulig å finne alt som er skrevet og publisert om kvalitetsindikatorer. Vi vet heller ikke om det som er funnet og valgt ut er det som er mest relevant. Prosjektleder og veileder har ikke hatt mulighet for å etterprøve og validere indikatorene, og vi har heller ikke hatt mulighet for å se nærmere på hvordan indikatorene vi har funnet er valgt ut og utviklet. Vi har begrenset kunnskap om i hvilken grad kvalitetssystemene er i bruk i de forskjellige land, og hvilke erfaringer som er høstet.

Vi utviklet prosessen for utvalg av indikatorer underveis, og metoden vi brukte er ikke validert. Vi har ikke i noen særlig grad vurdert hvordan indikatorene skal måles. Det er svært viktig at måling og vurdering av data ikke tar mye tid. Helst bør data kunne hentes direkte ut av pasientjournalen. Mulighetene for å måle blir stadig bedre ettersom de forskjellige elektroniske pasientjournalssystemene som brukes i praksis stadig utvikles og blir mer standardiserte. I den videre prosessen er det nødvendig å beskrive selve målingene og målemetodene. Svein Gjelstad har pekt på hva som det er mulig å hente ut fra elektroniske pasientjournaler i dag.

4.5 Bruksområder for indikatorene

Prosjektgruppa sitt mål var å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer, det vil si indikatorer som kan brukes av alle allmennpraktikere i Norge.

I Det Almenmedicinske Kvalitetsudviklingsprosjekt i Danmark har man bestemt at formålet med å utvikle indikatorer er at disse skal kunne brukes av den praktiserende lege og praksis (62). Dette betyr at de indikatorene som utvikles i prosjektet ikke ukritisk er egnet til offentliggjøring, og i så fall kun på gruppenivå.

I det svenske *Mål&Mått i Allmänmedicin* er indikatorene først og fremst ment å være et hjelpemiddel når legen eller den enkelte praksis vil granske sine egne resultater (56). Mulighet til å følge opp i egen praksis vekker interesse og motiverer til forandring i en mye høyere grad enn det å levere statistikk til et overordnet nivå.

Vi har pekt på flere bruksområder for indikatorene. Prosjektgruppa understreker at indikatorene i første omgang er ment til internt bruk i praksis og til å sammenligne seg med kollegaer i etterutdanningsgrupper og ved praksisbesøk.

Referanser:

1. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974.
2. Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD Health Working Papers, 2006.
3. Institute of Medicine, Lohr KN, red. Medicare. Strategy for Quality Assurance. Washington D.C.: National Academy Press, 1990.
4. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
5. Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, ten Asbroek AH, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care* 2003; 15: 377-98.
6. Kvalitetsforbedringsutvalget. Veileder i "Å utarbeide kvalitetsindikatorer" og sjekklister for veiledere i fagområdene. Skriftserie for leger. Oslo: Den norske lægeforening.
7. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. National Library of Healthcare Indicators. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1997.
8. Freeman T. Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Serv Manage Res* 2002; 15: 126-37.
9. Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ* 1999; 319: 94-8.
10. Quality Improvement by Quality Assessment in general practice. A first statement by The New Leuvenhorst Group a European working party aiming to promote general practice as a discipline by learning and teaching 1986. <http://www.euract.org/html/doc014.shtml> (søkedato: 05.06.2006)
11. Quality indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers. London: Royal Society of Medicine Press Ltd, 2002.
12. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326: 816-9.
13. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD000259.
14. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. FOR 2002-12-20 nr 1731.
15. Flottorp S, Bjerkeland E, Bærheim A, Forland F, Forsgren B, Hagerup J et al. Hvordan bedre kvalitet og videre- og etterutdanning i allmennpraksis? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 601-2.
16. Beyer M, Gerlach FM, Flies U, Grol R, Krol Z, Munck A et al. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *Fam Pract* 2003; 20: 443-51.
17. Munck AP, Hansen DG, Lindman A, Ovsted I, Forre S, Torsteinsson JB. A Nordic collaboration on medical audit. The APO method for quality development and continuous medical education (CME) in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 1998; 16: 2-6.
18. Kaplan RS, Norton DP. The Balanced Scorecard-Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review* 1992; 70: 71-80.
19. Sosial- og helsedirektoratet. Kvalitetsindikatorer. <http://www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer> (søkedato:05.06.2006)
20. Kvalitetsutvalg i barne- og ungdomspsykiatri. Forslag til kvalitetsindikatorer i Barne- og ungdomspsykiatri. 14-5-2003. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=18286&subid=0> (søkedato 20.05.2006)
21. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten ... Og bedre skal det bli! (2005-2015). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005. http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162_4390a.pdf (20.05.2006)

22. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Informasjonsbank for kvalitetsindikatorer. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.
<http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?artikkelid=363&back=2> (søkedato:05.06.2006)
23. Sundvoll A, Kvalstad I. SEDA - Sentrale data fra allmennlegetjenesten. Sluttrapport fra pilotprosjektet. (Rapport 2002/13). Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2002.
http://www.ssb.no/emner/03/02/20/rapp_200213/rapp_200213.pdf (søkedato: 05.06.2006)
24. Sosial- og Helsedepartementet. Statlig tiltaksplan 2001-2003:Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren. "Si @!". Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/handlingsplaner/030011-120002/dok-bn.html (søkedato: 20.05.2006).
25. Sosial- og helsedirektoratet. Statlig strategi 2004-2007. S@mspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00001/S_mspill_2007_Strateg_1214a.pdf (søkedato 20.05.2006)
26. SEDA - Sentrale data fra allmennlegetjenesten. Velkommen til SEDAs infoside.
<http://www.ssb.no/emner/03/02/20/seda/> (søkedato 20.05.2006).
27. NOKLUS - Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus.
<http://www.uib.no/isf/noklus> (søkedato: 05.06.2006)
28. Carlsen T, Bratland SZ, Claudi T, Cooper J, Telje J, Waaler HM et al. Effektiv læring med data fra egen praksis - erfaringer fra SATS-prosjektet. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 4306-9.
29. Rørtveit G, Schei E. Bør man satse på SATS? - Evaluering av nytt allmennmedisinsk utdanningsprosjekt. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2869-72.
30. NOKLUS Klinik. <http://www.uib.no/isf/noklus/klinikk.htm> (søkedato 20.05.2006).
31. Bedre Diabetesomsorg I NorGe (BEDRING). 2000.
<http://www.diabetes.no/index.asp?id=23051> (søkedato 20.05.2006).
32. Flottorp S. Å bygge bro mellom forskning og praksis. Effekten av skreddersydde intervensjoner for å implementere retningslinjer for urinveisinfeksjoner og sår hals. Utposten 2004; 33.
<http://www.uib.no/isf/utposten/2004nr2/utp04203.htm> (søkedato: 05.06.2006)
33. Flottorp S, Oxman AD, Cooper JG, Hjortdahl P, Sandberg S, Vorland LH. Retningslinjer for diagnostikk og behandling av sår hals. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1754-60.
34. Flottorp S, Oxman AD, Cooper JG, Hjortdahl P, Sandberg S, Vorland LH. Retningslinjer for diagnostikk og behandling av akutte vannlatingsplager hos kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1748-53.
35. Treweek S, Flottorp S. Using electronic medical records to evaluate healthcare interventions. Health Informatics Journal 2001; 7: 96-102.
36. Treweek S. A new quality improvement study every day? Using QTools to build quality improvement projects around primary care electronic medical record systems. Medinfo 2004; 11: 1106-9.
37. Fretheim A, Oxman AD, Treweek S, Bjørndal A. Rational Prescribing in Primary Care (RaPP-trial). A randomised trial of a tailored intervention to improve prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs in general practice [ISRCTN48751230]. BMC Health Serv Res 2003; 3: 5.
38. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Hvilke kolesterolsenkende legemidler bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2287-8.
39. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Hvilke blodtrykkssenkende legemidler bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2283-6.
40. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Retningslinjer for medikamentell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer - hvem bør behandles? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2277-81.
41. Straand J. Reseptregisteret kan redde liv. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2469.
42. Sju teser for allmennmedisin. Oslo; Norsk selskap for allmennmedisin, 2004.
<http://www.legeforeningen.no/?id=8290> (søkedato 20.05.2006)

43. Investing in General Practice. The New GMS Contract. 27.11.2003.
<http://visualproductions.co.uk/new%20contract/> (søkedato:05.06.2006)
44. Improving Practice Questionnaire (IPQ). Exeter: University of Exeter, 2006.
http://www.cfep.co.uk/products_ipq_desc.html(søkedato 20.05.2006).
45. GPAQ - a patient questionnaire for the GP contract. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester and Safran/NEMCH, 2003.
<http://www.gpaq.info/> (søkedato 20.05.2006).
46. Quality and outcomes framework guidance. London, BMA, 2006.
[http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFQOF2006/\\$FILE/Quality+and+outcomes+framework+guidance+-+Feb+2006.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFQOF2006/$FILE/Quality+and+outcomes+framework+guidance+-+Feb+2006.pdf) (søkedato 20.05.2006).
47. Quality Assessment Tools from RAND Health. Santa Monica, CA: Rand Health, 2000.
http://www.rand.org/health/surveys_tools/qatools/index.html (søkedato 20.05.2006).
48. Kerr EA, Asch SM, Hamilton EG, McGlynn EA, red. Quality of Care for General Medical Conditions: A Review of the Literature and Quality Indicators. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2000. http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1280/index.html (søkedato 21.05.2006).
49. Asch SM, Kerr EA, Hamilton EG, Reifel JL, McGlynn EA, red. Quality of Care for Oncologic Conditions and HIV: A Review of the Literature and Quality Indicators. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2000. http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1281/index.html (søkedato 21.05.2006).
50. Kerr EA, Asch SM, Hamilton EG, McGlynn EA, red. Quality of Care for Cardiopulmonary Conditions: A Review of the Literature and Quality Indicators. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2000. http://www.rand.org/health/surveys_tools/qatools/index.html (søkedato 21.05.2006).
51. McGlynn EA, Damberg CL, Kerr EA, Schuster MA, red. Quality of Care for Children and Adolescents: A Review of Selected Clinical Conditions and Quality Indicators. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2000. (søkedato 21.05.2006).
http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1283/index.html (søkedato 21.05.2006).
52. McGlynn EA, Kerr EA, Damberg CL, Asch SM, red. Quality of Care for Women: A Review of Selected Clinical Conditions and Quality Indicators. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2000. http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1284/index.html (søkedato 21.05.2006).
53. Quality indicators for diabetes programs in Australian divisions of general practice. Department of Health and Ageing, 2002.
http://www.commed.unsw.edu.au/cgpis/public/diab/Quality_Indicators_for_Diabetes_Programs.pdf (søkedato 05.06.2006).
54. Aiming for Excellence - An Assessment Tool for General Practice. The Royal New Zealand College of General Practitioners, 2002.
http://www.rnzcgp.org.nz/quality/cornerstone/docs/aiming_for_excellence.pdf (16.03.06)
55. RACGP Standards for General Practice, 3rd Edition. Melbourne: The Royal Australian College Of General Practitioners, 2005. <http://www.racgp.org.au/document.asp?id=17623> (søkedato 21.05.2006).
56. Mål & Mått i Allmenmedicin. Kvalitetsindikatorer i primärvård framtagna av SFAM.Q kvalitetsråd inom Svensk förening för allmänmedicin. Stockholm, SFAM.Q, 2004.
http://www.kup.no/asset/24304/2/24304_2.doc (søkedato: 05.06.2006).
57. Fammi: Familjemedicinska huset. <http://www.fammi.se/fammi-web/jsp/polopoly.jsp?d=1337&a=5919> (søkedato: 05.06.2006)
58. Audit Projekt Odense. <http://www.apo-danmark.dk> (søkedato: 05.06.2006).
59. Munck AP, Damsgaard JJ, Hansen DG, Bjerrum L, Søndergaard J. APO-metoden - en populær form for kvalitetsudvikling i almen praksis. Ugeskr Laeger 2002; 164: 5390-3.
60. Sandbæk A. Referenceprogram og medical audit som metoder til at ændre adfærd hos praktiserende læger [ph.d.-afhandl]. Odense: Odense Universitetsforlag, 1996.
61. Søndergaard J, Hansen DG, Aarslev P, Munck AP. A multifaceted intervention according to the Audit Project Odense method improved secondary prevention of ischemic heart disease: a randomised controlled trial. Fam Pract 2006; 23: 198-202.

62. Det Almenmedicinske Kvalitetsudviklingsprosjekt (DAK-prosjektet). København: Dansk Selskap for Almenmedisin; Det Centrale Kvalitets-og informatikudvalg for almenpraksis, CKI, 2005. http://www.kvalitetsudviklingsudvalg.dk/wm_2189 (søkedato:16.03.06).
63. van den Hombergh P. Practice Visits. Assessing and improving management in general practice. Thesis. Nijmegen:WOK, 1998. http://webdoc.ubn.kun.nl/mono/h/hombergh_p_van_den/pracvi.pdf. (søkedato 05.06.2006).
64. van den HP, Grol R, van den Hoogen HJ, van den Bosch WJ. Practice visits as a tool in quality improvement: acceptance and feasibility. Qual Health Care 1999; 8: 167-71.
65. van den HP, Grol R, van den Hoogen HJ, van den Bosch WJ. Practice visits as a tool in quality improvement: mutual visits and feedback by peers compared with visits and feedback by non-physician observers. Qual Health Care 1999; 8: 161-6.
66. Künzi B. Swisspep Quali Doc®: A balanced scorecard to capture and extend the added values of general practice / family medicine. In: O'Riordan M, Seuntjens L, Grol R, red. Improving patient care in primary care in Europe. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.
67. Künzi B. Swisspep Quali Doc. Swisspep Institute for Quality Improvement and Research in Health Care, 2002. <http://isqua.org.au/isquaPages/Conferences/paris/ParisAbstractsSlides/Thursday/B08/ppt%20pdf/377Kunzi.ppt.pdf> (søkedato:05.06.06)
68. Quality Management in Primary Care. European Practice Assessment. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2004.
69. Engels Y. EPA. EQuIP, 2005. http://www.equip.ch/flx/projects_and_tools/epa/. (søkedato:05.06.2006).
70. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, van den HP, Brinkmann H, Szecsenyi J et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. Fam Pract 2005; 22: 215-2.
71. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. Journal of Occupational Psychology 1979; 52: 129-48.
72. Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. Nijmegen, Mediagroep KUN/UMC, 2000.
73. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol 2001; 52: 397-422.
74. Elwyn G, Rhydderch M, Edwards A, Hutchings H, Marshall M, Myres P et al. Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix. Qual Saf Health Care 2004; 13: 287-94.
75. Elwyn G, Edwards A, Braepening J, Eriksson T, Grol R, Tapp L, editors. Maturity Matrix. <http://www.maturitymatrix.co.uk/> (søkedato 25.05.2006).
76. Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S, Broge B, Boffin N, Marshall M et al. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. Fam Pract 2006; 23: 137-47.
77. TOPAS Europe. Equip, 2006. http://www.equip.ch/flx/projects_and_tools/topas_europe (søkedato: 05.06.2006).
78. Sandvik H, Hunskaar S. Telefongjenging hos fastlegen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 182-5.
79. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 02.07.99 nr 63. <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html> (søkedato 26.05.2006).
80. Claudi T, Midthjell K, Cooper J, Daae C, Furuseth K, Hanssen KF. NSAMs handlingsprogram for diabetes 2005. Oslo: Norsk selskap for allmennmedisin, Den norske lægeforening, Norges Diabetesforbund, Statens institutt for folkehelse.
81. Forskrift om pasientjournal. FOR 2000-12-21 nr 1385. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=sf/sf/sf/-20001221-1385.html> (søkedato 05.06.2006)
82. Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse. En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten. Rapport fra helsetilsynet 13/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.
83. Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) av 19.11.82 nr 66. <http://www.lovdatab.no/all/hl-19821119-066.html> (søkedato 05.06.2006)
84. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 02.07.99 nr 64. <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html> (søkedato 05.06.2006)

85. Forskrift om fastlegeordning i kommunene av 14.04.2000 nr. 328. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=sf/sf/sf/-20000414-0328.html> (søkedato 05.06.2006)
86. Marshall M, Roland M, Campbell M, Kirk SM, Reeves D, Brook R et al., red. Measuring General Practice. A Demonstration Project to Develop and Test a Set of Primary Care Clinical Quality Indicators. London: The Nuffield Trust, 2003.
http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/2005/MR1725.pdf (søkedato 26.05.2006).
87. Marshall MN, Shekelle PG, McGlynn EA, Campbell S, Brook RH, Roland MO. Can health care quality indicators be transferred between countries? Qual Saf Health Care 2003; 12: 8-12.
88. Kirsti Malterud: Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Oslo: TANO, 1990.

Vedlegg

Vedlegg 1 Oppbygning VIP-prosjektet, Nederland På praksisnivå

Områder/ domener	Underområde I	Underområde II	Indikatorer-eksempel
Lokaler og utstyr	Utstyr i behandlings-og undersøkelsesrom og lab.		Utstyr: Tonometer, gips Iv væsker og inf.sett
	Hygiene		Det finnes: Bøtte for brukt utstyr
Delegering og samarbeid	Delegasjon til medarbeidere i praksis	Medisinsk-tekniske oppgaver	Suturfjerning. Øreskylling EKG-taking. Audiometri. Sårskift
	Kommentar: Mangel på eget beh.rom for medarbeidere største hindring for delegasjon.	Laboratorieoppgaver	Us av blodsukker Test for blod i avf.
		Sykdomsinformasjon til pasienten	Informasjon om DM, KOLS, hjertesykdom Råd pr tlf for vanlige plager
		Medisinsk-organisatoriske oppgaver.	Invitere risikopas til kontroll og undersøkelse
		Sekretæroppgaver	Ansvarlig for tlf.svarer
		Andre oppgaver	Medarbeider avgjør om pas kan komme til kons eller trenger sykebesøk
	Samarbeid med kolleger	Struktur av legegruppen	Ordning for vikar ved sykdom og ferier
		Samarbeid med annen- linjetjenesten/ Sykehus	Allmennpraktikeren kan rekvirere gastroskopi uten henvisning.
Praksisorganisering	Organisering på kontoret, tilgang		Pas har innflytelse på varighet av konsultasjonen
	Organisering av forebyggende arbeid		Oversikt over pas med DM -Oversikt over pas med økt CV-risiko

På legenivå

Områder/domener	Underområder	Indikatorer -eksempel	I
Lokaler og utstyr	Legens bruk av utstyr og redskaper til diagnostisering og behandling	Bruk av: -blårekateter -Peak flow meter -Stemmegaffel	-
	Innhold i legekofferten	-Diazepam til rectal bruk -temperaturmål	
Service og organisasjon		-Ventetid på venterommet	
	Sykdomsinformasjon fra lege til pasient	Pas er fornøyd med informasjon om sykdom og klage-mulighet	
	Tilgang på skriftlig pasientinformasjon	Tilgang på brosjyre om ryggsmarter. -Ant ganger pr uke som legen gir skriftlig info til pasienten	
Journalføring	Bruk av SOAP-systemet	-Årsak til kons. -Resultat av us -Analyse -Plan for videre beh	
	Journalføring av medikamentforskrivning	-Styrke, dose og varighet angitt	
	Basisdata og problemliste	-Problemliste eller sykdomsliste -Fam.anamnese -Sm-drag av sykehistorie -Yrkesanamnese	
	Grad av journalbruk	-Ved sykebesøk -Ved tlf.kons.	
	Arbeidstid for legen i t/uke går med til:		
Arbeidsbyrde	Primære aktiviteter (basert på avtalebok timer/uke)	-Konsultasjoner -Tlf.samtaler -Sykebesøk	
		-Dokumentasjon, journalføring, tlf.samtaler. Timer på vakt pr uke	
	Sekundære aktiviteter Antall timer pr uke	Tid brukt på samarbeid med andre helsearbeidere	
	Tertiære aktiviteter	-Lesing av faglitteratur -Deltakelse i kollegagrupper	
	Kvarternære oppgaver	-Deltakelse på fagmøter	
Jobbstress		-Jobbtfredshet -Opplevd arbeidsbelastning. -Opplevelse av urealistiske krav fra pasienter	

Prosedyrer:

Før besøket

Spørreskjema til allmennpraktiker og medarbeidere sendes ut og fylles ut på forhånd
Utdeling av spørreskjema til 15 pasienter

Under besøket

Innsamling av utfylte spørreskjema
Observasjon av praksis og pasientjournaler
Fullføring av feedbackrapport med innsamlede data
Møte med allmennpraktikeren for kommentarer om besøket og rapporten, samt diskusjon av konklusjonene (varer 1 time)
Besøker og allmennpraktiker fyller ut evalueringsskjema

Etter besøket

Legene samles for å evaluere resultatet for hver deltaker og for gruppen
Kan også foregå i etterutdanningsgrupper
Handlingsplan lages for emner som hver deltaker i gruppen ønsker å få mer opplæring i
Praksisbesøkerne var enten leger eller andre helsearbeidere som var trent i metoden (ikke leger)

Gjennomførbarhet av metoden

Alle legene gjennomførte praksisbesøkene, og ingen anså det som en byrde for praksisen. Alle spørreskjemaene ble utfylt og returnert. Hele besøket og prosedyren ble utført på 4-5 timer. På dagen for praksisbesøket måtte legen møte praksisbesøkeren i ca 1-2 timer, mest for å diskutere og få feedback. Besøket virket ikke forstyrrende på de daglige rutinene i praksisen. Besøket fokuserte på allmennpraktikeren og ikke på hele praksisteamet. Feedback ble gjort ved å plote individuell praksisskåre mot referanseskåre og sammenligne den med samlet skåre for 110 allmennpraktikere som deltok i studien. Dette ble framstilt i et histogram. Feedback ble diskutert i møtet med observatøren etter praksisbesøket, og til slutt kunne det diskuteres i et møte i den lokale kollegaveiledningsgruppen. Observatøren hadde rolle som facilitator og ikke som dommer. Praksisbesøket ble gjentatt etter 1 år. Det var da signifikant bedring på majoriteten av praksisområder. Størst bedring hadde de som var blitt besøkt av andre leger. 90 % av allmennpraktikerne som deltok, ønsket et nytt praksisbesøk etter 2-5 år.

Vedlegg 2 Oppbygning EPA-prosjektet – eksempler på indikatorer

Infrastruktur	Stab og personell	Informasjon	Økonomi	Kvalitet og sikkerhet
Medisinsk utstyr, inkludert medikamenter Innholdet i legekofferten er komplett.	Utdannelse og trening Alle nye arbeidstakere i praksis går gjennom et introduksjonsprogram.	Konfidensialitet, taushetsplikt Samtale i resepsjonen kan ikke overhøres av andre pas.	Oppfølging av økonomiplan	Overvåkning av kvalitet
Ikke-medisinsk utstyr Praksis har et telefonsystem med tilstrekkelig inn- og utgående kapasitet.	Arbeidsforhold Praksis har en politikk og en atmosfære som gjør det mulig for alle medarbeidere å foreslå forbedringer.	Informasjonsdeling med kolleger og andre helsearbeidere Henvisningsskriv skal inneholde: – Anamnese – Problem – Funn – Aktuell behandling – Årsak til henvisning.	Finansielt lederskap og forpliktelser Hvert praksis-medlem og hver lege er forsikret for å dekke krav om erstatning.	Sikkerhet for pasienter og personale Skarpt avfall blir kastet i spesialcontainer

Kvalitetsmålingsprosedyre EPA

Instrument	Hvem	Antall emner	Områder som vurderes	Tidsbruk
Spørreskjema for leder av praksis	Leder	71	-Tilgjengelighet i praksis -tilgjengelighet av leger -ikke-medisinsk utstyr -personalledelse -grad av pasientdelaktighet	15-20 min
Spørreskjema medarbeiderne	Alle medarbeidere	27	-Grad av arbeidstilfredshet -Tilbud om utdanning og trening i praksis	10 min
Spørreskjema til pasienter	35-50 pas	29	EUROPEP Sosial-demografiske spørsmål	10-15 min
Intervju med leder av praksis	Leder	107	Journalhåndtering Organisering av forebyggende tjenester Medarbeiderpolitikk Teammøter Håndtering av medisinsk utstyr Kvalitets- og sikkerhets-prosedyrer	30-45 min
Sjekkliste for observatøren	Observatør	142	Tilgjengelighet til legene Tilgjengelighet til lokalene Pasientbrosjyrer Mulighet for konfidensialitet i resepsjon og us.rom Innhold i legekofferten Lagring av medisiner	90-120 min

Vedlegg 3 Indikatorer for diabetes mellitus

	<i>England</i>	<i>Australia</i>	<i>USA(RAND)</i>	<i>USA(IHI)</i>)	<i>Norge</i>	<i>Sverige</i>	<i>Danmark</i>	<i>Nederland</i>
Register	X	X	Diagnose klart definert i journal		Innkallings-rutiner		Diagnose i journal	Oversikt over alle pas med DM
Oppsporing/ screening		Grad av oppsporing av pas med T2D					Alle med diabetes-assosierte risikofaktorer bør us på DM**	
Diagnose							Fastende S-glukose >7.0 i 2 målinger eller ikke-fastende >11,1 mmol/l	
Behandling					Individuelle behandlingsmål fastsatt sammen med pasienten	Forekomst av individuell behandlingsplan	Behandlingsplan med individuelle behandlingsmål: Vekt, glukose, BT, lipider. Vurderes årlig	
Behandling			Råd om mosjon og kosthold			Andel gitt råd om mosjon >150 min pr uke	Kostveiledning til alle + råd om mosjon, minst 30 min. pr dag.	
Egenkontroll			Hos pas som behandles med insulin		Egenmåling av blodsukker.		Opplæring egenmåling av bl. s. hos pas som beh. med insulin eller tabletter	
BMI	målt	BMI >30			BMI <27	målt	BMI >27: Råd om slanking	
Røyking	Andel røykere, råd om røyke-		Andel røykere		Røyking journalført.	Andel røykere	Tilbud om hjelp til røykestopp	

	stopp siste 15 mnd.							
HbA1c	Målt siste 15 mnd	Målt sist 6 mnd	Målt sist 12 mnd	Målt sist 6 mnd	Andel målt	Andel målt	Målt siste 3 mnd	
HbA1c verdi	<7,4					<6,5		<6,5
Vedl 3 forts.	<i>England</i>	<i>Australia</i>	<i>USA(RAND)</i>	<i>USA(IHI)</i>	<i>Norge</i>	<i>Sverige</i>	<i>Danmark</i>	<i>Nederland</i>
Us øyen bunn	Siste 15 mnd	Hvert 2. år	Årlig	Årlig	Henvisning øyenlege etter retningslinjer	Ktr etter anbefalinger	Årlig	Hvert 2. år
Nevro-pathi	Us siste 15 mnd	Årlig fotstatus		Fotstatus 2ggr/år	Reg.m fokus	Fotstatus årlig	Fotstatus årlig	
BT-måling	Siste 15 mnd	Hver 6.mnd	>140/85: måle innen 3 mnd.	Ved hver legektr	Hver 3.-4 mnd			
BT-mål	145/85 el lavere	<130/85	>140/85: Endring i behandling		<140/85	140/85 eller lavere	>140/85: Endring i beh	
Mikro-albuminuri	Us siste 15 mnd	Us siste 12 mnd		Proteinuri siste 12 mnd	Målt ved årsktr	Årlig ktr av nyrefunksjon	Målt siste 15 mnd	
	ACE-hemmer ved prot.uri		ACE-hemmer	ACE-hemmer innen 3 mnd			Beh med ACE-hemmer ved proteinuri	
Lipider, måling	TKOL siste 15 mnd	Lipider siste 12 mnd	TKOL + TG siste 3 år	TKOL og HDL årlig	Måling av lipider ved årsktr	TKOL siste 2 år	TKOL og TG siste 3 år	
Lipider, mål	TKOL 5 el lavere	TKOL<4 TG<2.0 HDL>1.0 LDL<2.5	CHD + TKOL>5 Beh med diett eller lipidsenkende med			TKOL <5.0	TKOL>5 +ischemisk hjertesykdom: Kostveiledning eller tilbud om medikamentell beh.	
Pasient-tilfredshet					Spørreskjema registrering av pasienttilfredshet og livskvalitet.		Spørreskjema til pasienten årlig	

Målene gjelder andel av pasienter med diabetes registrert i praksisen.

** Diabetesassosierte risikofaktorer (Danmark): Overvekt, familiær disposisjon, diabetes i svangerskap, hypertensjon, ischemisk hjertesykdom, karlidelse.

De engelske indikatorene er utarbeidet av the National Primary Care Research og Development Centre og the University of Manchester. De er basert på alment aksepterte guidelines for diabetesbeh (Diabetes UK, SIGN, NICE (the English National Service Framework for diabetes). De er evidensbaserte, og evidensnivå er oppgitt for hver indikator

De australske indikatorene er satt opp i "Quality Indicators for Diabetes Programs in Australian Divisions of General Practice".
Guidelines: NSW Health Guidelines 1966. National Divisions Diabetes Program (NDDP) 2001.
RACGP Standards for General Practice.

Indikatorene fra Norge er hentet fra SATS-prosjektet.

Indikatorene fra USA er evidensbaserte og utarbeidet av RAND.

Vedlegg 4 - Oversikt evidensgrunnlag for indikatorer diabetes

<i>Indikator</i>	<i>England</i>	<i>Australia</i>	<i>USA/RAND</i>	<i>RAND/MC</i>	<i>Danmark</i>
Oversikt Krever diagnose	SIGN, NICE, DIAB UK. guidelines	NHMRC, NDDP guidelines	ADA 89, ECDCDM 97. Evidensskval: III	Diagnose etter WHO kriterier.	Evidens (A) Dokumentasjon for at register er viktig for beh i AP
Prevalens i praksis. Case-finding		AusDiab study. 50 % udiagnostisert			
Individuell behandlingsplan					Evidens A 5 referanser
Livsstilsråd			Mange referanser Evidensskval. II		Evidens D 2 referanser
Røykevaner/ råd om røykestopp	Anbefaling: Grad A, SIGN 55				Evidens B 3 referanser
Måling BMI	Lite evidensbasert	RACGP/DA guidelines	Ikke nevnt	Ikke nevnt	Evidens D 1 ref.
Hba1c-måling	Anbefaling: Grad D NICE In- herited Guideline G	Diabetes Control and Complication Trial og UKPDS	ADA 89, ACP, ADA og AAO 92 Evidensskval.: I	UKPDS	Evidens D 1 ref
Hba1c-verdi	Anbefaling: Grad B NICE Inherited Guideline G	DCCT og UKPDS 35: Risiko for kompl sterkt assosiert med hyperglykemi	Ikke nevnt	UKPDS: For hver enhet red HbA1c, 35% red av mikrovask. komplik	Evidens A (gjelder red. av forhøyet verdi UKPDS 35
Us øyenbunn	Anbefaling: Grad B SIGN 55	DCCT og UKPDS 35	ADA-anbefaling Evidensskval.: I	Studier: Høy grad av effektivitet.	Evidens A (gjelder us hos øyenlege) 3 ref
Us av fot Nevropathi, sirkulasjon	Anbefaling SIGN 55	DAGDC: Generelt akseptert	Anbef basert på ekspertanbefal- inger. Evidensskval: III	2 studier viser red amputasjons- frekvens	Evidens C (us med monofilament) 3 referanser
BT-måling	Anbefaling: Grad D NICE Inherited Guideline H	UKPDS 38: Hyppig BT-ktr red risiko for komplikasjoner	Ekspertanbe- faling Evidensskvalitet: III		Evidens D UKPDS 38
BT-verdi	BT-grense 145/85: Anbefaling: Grad A SIGN 55	UKPDS 36 DAGDC: Nivå I evidens BT/ CVS	Ikke nevnt	Referanser til systematisk Cochrane- review av BT.beh ved DM. 14 ktr studier, 5823 pas.	Evidens A UKPDS 38
Mikroalbuminuri screening	Anbefaling: Grad D SIGN 55 GRAD C NICE In-herited Guideline F	Australian Kidney Foundation anbefaler systematisk review av urin screening	Ekspertanbe- faling Evidensskvalitet III		Evidens C Anbefalinger bygget på konsens us.

Vedlegg 5 Koronar hjertesykdom - indikatorer

Indikator	England	USA(RAND)	Sverige
Pasientregister	X		
Henvisning til spesialist ved nyoppdaget AP	% av alle med angina pectoris.		
Røykevaner-registrering	Siste 15 mnd		
Røykestopp	Råd om røykeslutt eller henv.kurs	Råd om røykeslutt innen 3 mnd etter diagnosetidspunkt	
BT-måling	Målt siste 15 mnd		
BT-mål	150/90 el lavere		Syst.BT 140 el lavere
TKOL-måling	Siste 15 mnd		
TKOL-mål	5 mmol el mindre		
Kostråd			Andel som har fått systematiske råd
Mosjonsråd			Andel med råd om mosjon på "resept"
Medikamenter, ASA/antikoagulasjon	Beh med salicylater eller antikoagulantia hvis ikke kontraindisert	Beh med ASA innen 1 uke etter diagnose hvis ikke kontraindisert Ved AMI: Behandling med minst 160 mg ASA innen 12 timer	Andel behandlet med ASA eller warfarin
Medikamenter, betablokker	Beh med betablokker	Pas <75 år med ustabil angina, skal behandles med betablokker innen 4 timer	Andel behandlet med betablokker
Medikamenter, statiner			Andel behandlet med statiner
Medikamenter, ACE-hemmere	Andel pas som har hatt infarkt, som beh med ACE-hemmer		
Medikamenter, trombolyse		Ved AMI: Trombolysed ved varighet mindre enn 12 timer. Sikker diagnose og ingen kontraindikasjoner	

AMI = akutt myocard infarkt.

Engelske indikatorer er evidensbaserte. Grad av evidens er oppgitt for hver indikator. De er laget etter SIGN Guidelines, retn linjer fra European Task Force European Society of Cardiology, The British Hypertension Society Guidelines og NICE guidelines.

Amerikanske indikatorer (RAND) er også evidensbaserte og grad av evidens er oppgitt. Tallrike henvisninger til guidelines og forskningslitteratur.

Svenske indikatorer. Her er grad av evidens ikke oppgitt, men det er gitt tallrike referanser til guidelines og forskningslitteratur.

Vedlegg 6 Hjerneslag/TIA - indikatorer

Indikator	England	USA (RAND)	Norge (Helsedataprojektet)
Pasientregister	X		Antall pas, antall og type kontakter
Diagnostikk	Andel pas med antatt hjerneslag henvist til CT/MR		
Røykevaner-reg	Siste 15 mnd		
Røykestopp	Anbefaling eller hjelp til røykestopp siste 15 måneder	Råd om røykestopp til pas med TIA	
BT-måling	Siste 15 måneder		
BT-mål	Siste BT 150/90 eller lavere		
TKOL-måling	Siste 15 måneder		
TKOL-mål	5 mmol/l eller lavere		
Behandling	Beh med ASA, platehemmer eller antikoagulasjon ved ikke-hem infarkt eller TIA, ikke kontraind	Beh med platehemmer eller antitrombotisk medikament innen 1 måned.	Andel behandlet med ASA

Engelske og amerikanske indikatorer evidensbaserte. Det vises til SIGN guidelines og RCP Stroke Guideline 2002.

Vedlegg 7 Hypertensjon - indikatorer

Indikator	England	USA (RAND)	Norge (Helsedataprojektet)
Pasientregister/ Diagnostikk	Diagnose etter 3 separate målinger av blodtrykket	Diagnose etter minst 3 målinger. Dokumentasjon i journal.	Antall pasienter/antall og type kontakter
Screening		BT-måling årlig hos alle voksne pasienter	
Røykevaner-registrering	Registrering i journal minst x 1		
Røykestopp	Anbefaling eller henvisning til kurs/spesialist minst x 1		
Anamnese/us/livsstil		Minst 3 faktorer reg. og us ved 3. besøk: A. Familie/personlig anamnese: Tidlig CVS, diabetes, hyperlipidemi, B. Røyking C. Fysisk undersøkelse	
BT-måling	Siste 9 mnd	Årlig	
BT-mål	BT 150/90 el lavere	BT 140/90 el lavere	Andel m/ tilfredsstillende BT
Lab.test		Minst 5 av disse: Urinanalyse, blodglukose, K, kreat, kol eller TG	
Behandling-livsstil		Livsstilsråd før medik. beh. i minst 6 mnd for stadium 1-2	
Beh-medikamenter		Stad III starte medikamentell behandling med det samme.	
Beh-medikamenter		Pas med HT + DM beh med ACE-hemmer, calciumblokker el. thiazid.	
Oppfølging		BT >160/90 medik.beh: Skifte dose eller med. Eller gjentatte livsstilsråd.	

Vedlegg 8 – Atrieflimmer - indikatorer

Indikator	USA (RAND)	Sverige (SFAMQ)	Norge (Helsedataprojekt et)
Diagnostikk	Ved nyoppstått AF, dokumentere anamnese om bruk av alkohol og legemidler.		
Diagnostikk	Ved nyoppstått AF, ktr av TSH innen 1 uke	Andel utredet for etiologisk diagnose (thyr.prøver) 65-79 år	
Behandling	AF>48 t varighet: Beh med warfarin hvis: a. <65 år og minst 1 risikofaktor for hjerneslag. b. Pas >65 år	Andel med antitrombotisk behandling, ASA eller warfarin, 65-79 år	Andel behandlet med warfarin.
Behandling	Kronisk AF + kontraindikasjoner mot warfarin Beh med ASA		
Behandling	AF med varighet >48 t som skal elektrokonverteres, antikoaguleres minst 3 uker før el.konv. og 4 uker etter.		
Oppfølging	Ktr INR innen 1 uke fra start av antikoagulasjon		

De amerikanske indikatorene er evidensbaserte og grad av evidens er oppgitt for hver indikator.

Vedlegg 9 Hjertesvikt - indikatorer

Indikator	USA/RAND	Sverige (SFAMQ)	Norge (Helsedata)	England
Diagnose		Andel med HS av alle 65-79 år	Ant pas, ant og type kontakter	Oversikt over pas.
Diagnostikk	Ecco cor med måling av EVF innen 1 mnd etter beh.start	Andel med diagnosen basert på funn ved Ecco		Andel diagn bekreft et med Ecco cor.
Anamnese	Tdligere infarkt, angina, HT, DM, medikasjon, alkoholbruk			
Undersøkelse	Vekt, BT, klinisk undersøkelse			
Diagnostikk	Rtg thorax, EKG, blodprøver, urinus innen 1 mnd			
Diagnostikk		Andel registrert med NYHA funksjonsgruppe		
Behandling	EVF<40% og ikke kontraind: Beh med ACE-hemmer EVI	Andel beh med ACE/AII blokkere og adel beh med betablokker	Andel beh med ACE-hemmer.	Andel beh med ACE-hemmer (evt AII-blokker)
Behandling	EVF<40 og ikke ACE-hemmer: Beh med hydralazin el langtidsnitrater. EVI			
Oppfølging	Ved start av beh med ACE-hemmer, ktr S-kalium innen 1 uke			
Oppfølging	Ved beh med ACE-hemmer: Årlig ktr av S-kalium og kreatinin			
Oppfølging	Kostråd innen 1 mnd etter start av medikamentell behandling			

Vedlegg 10 KOLS - indikatorer

Indikator	England	USA/RAND	Sverige(SFAMQ)
Pasientregister	X		Andel pas med KOLS
Diagnostikk, spirometri	Diagnosen bekreftet ved spirometri inkludert reversibilitetstesting	Pas med KOLS som behandles med bronkodilatator, skal us med spirometri innen 3 mnd etter behandlingsstart.	Andel pas us med spirometri
Røykevaner-registrering	Dokumentasjon av røykevaner siste 15 mnd	Registrering av røykevaner samme dag, ved klage på: a. Kronisk hoste. b. Tung pust c. Anstrengelsesdyspnoe	Andel med opplysning om røykevaner og hvor mye. (pakkeår)
Røykestopp	Anbefaling om røykeslutt, evt henvisning kurs/beh siste 15 mnd	Råd om røykeslutt, evt henvisning innen 3 mnd etter diagnose	Andel som er blitt røykfrie.
FEV1	Andel pas målt FEV1 siste 27 mnd		
Blodprøver		Pas beh med bronkodilatator skal ha 1 av følgende tester innen 6 mnd: Hb, Hct, eller pulsoximetri	
Medikamenter		Alle pas som får farmakologisk beh, skal ha ipratropium i tillegg	
Inhalasjonsteknikk	Ktr av inhal. teknikk siste 27 mnd	Pas som settes på inhalasjonsbehandling, skal ha opplæring i inhalasjonsteknikk	
Oksygenbeh		Tilbud om kontinuerlig O2-behandling hjemme ved O2-metning <88% i hvile	
Vaksinasjon	Andel pas som har fått influensavaksine 1/9-31/3 siste år.		

Vedlegg 11 Astma - indikatorer

Indikator	England	USA(RAND)	Sverige (SFAMQ)
Pasientregister	Ekkludert pas med astma, som ikke har brukt astmamed siste år		Andel pas med diagnosen astma
Spirometri, diagnostikk	Andel pas >8 år der diagn er bekreftet ved spirometri ev PEF	Måling av baseline spirometri eller PEF innen 6 mnd fra diagnose	
Spirometri, kontroll		Måling minst hvert 2. år	Andel pas som blir kontrollert med spirometri.
Røykevaner-registrering	Andel pas >14 år der røykevaner er dokumentert siste 15 mnd		Andel pas der røykevaner er dokumentert
Røykestopp	Anbefaling om røykestopp eller henvisning siste 15 mnd		
Kontroll	Andel pas som har vært til ktr siste 15 mnd	Ktr innen 6 mnd etter diagnose ved moderat-alvorlig astma	
Behandling		Moderat-alvorlig astma, behandles symptomatisk med beta-2-stimulator	
Behandling		Ved behov for beta2 >3 ggr pr dag, skal pas behandles med inhalasjonssteroider.	Andel pas behandlet med inhalasjonssteroider.
		Betablokkere kontraindisert	
Behandling		Pas med behov for systemiske steroider, skal behandles med inhalasjonssteroider	
Influensavaksine	Andel pas >16 år som har fått influensavaksine	Influensavaksinering i høst/vintersesongen siste år.	

I de engelske indikatorene vises det til SIGN og BTS British Guideline on the Management of Astma.

Evidensnivå er oppgitt for indikator 1 og 4.

Evidensnivå er oppgitt for alle de amerikanske indikatorene. I de svenske indikatorer vises det til "Socialstyrelsens riktlinjer om beh av astma og KOLS"

Vedlegg 12 Sår hals indikatorer

Indikator	USA (RAND)	Norge (SATS)	Sverige (SFAMQ)
Struktur/ organisering		<ul style="list-style-type: none"> - Retningslinjer for utredning og beh på kontoret - Strep-A test og retningslinjer for bruk - Monospot + retningslinjer. - Utstyr til forsendelse av dyrkningsprøve 	
Prosess Diagnostikk	Hos pas med sår hals: Fravær eller tilstedeværelse av: <ul style="list-style-type: none"> - a. Feber. - b. Exudat på tonsiller - c. Ømme, store halsglandler 		
Diagnostikk	Dersom ikke antibiotikabeh med det samme: Hurtigtest eller dyrkning fra tonsillene hvis: a,b eller c tilstede		Andel pos Strep-A prøver.
Diagnostikk/ behandling		Foreligger pos Strep-A eller oppfylles kliniske kriterier for GAS-inf når antibiotika er gitt?	Andel antibiotikabehandlede pas som har positiv Strep-A.
Behandling	Pas som oppfyller a,b,c skal beh for antatt GAS infeksjon med det samme.		
Behandling	Antibiotikabeh for GAS skal være med penicillin B, amoxicillin eller erythromycin i 10 dager	Er det gitt antibiotika i anbefalt varighet og anbefalt dose?	Andel antibiotikabehandlede pas som behandles med penicillin V
Resultat/ oppfølging		Tilbakemelding fra pas etter 3-4 dager om bedring eller forverring tross antibiotika	

Vedlegg 13 Luftveisinfeksjoner - indikatorer

Indikator	USA (RAND)	England (Marshall)	Sverige (SFAMQ)
Diagnose Bronkitt	Anamnese: Hoste < 3 ukers varighet, eksaminere på dyspnoe/expectorat		Andel CRP analyser tatt hos alle pasienter med luftveisinfeksjoner
	Undersøkelse: Ved akutt hoste, lytte på lungene	Pas med følgende sympt, skal lyttes på lungene: a) Akutt hoste med feber i 1 uke eller ved forverring av tilstand. b) Akutt hoste med dyspnoe.	
Behandling	Ved røyking: Gi råd om røykeslutt	Antibiotika bør ikke forskrives ved symptomer i mindre enn 2 uker.	1) Andel pasienter behandlet med antibiotika ved luftveisinfeksjoner 2) Andel av disse, som har fått penicillin V
Rhinitt -behandling	Ved beh med avsvellende midler: Ikke behandlingsvarighet mer enn 4 dager.	Antibiotika skal ikke gies ved sympt < 2 uker	
	Pas med tett nese og/eller hoste uten samtidig påvist sinusitt, bronkitt eller pneumoni, skal ikke foreskrives antibiotika		

Akutt sinusitt -behandling	Hvis ikke bedring etter 2 antibiotikakurer: Henvis ØNH- lege eller annen utredning.		
Kronisk sinusitt -behandling	Antibiotikabehandling i minst 3 uker.		
Henvisning	Dersom symptomer etter 2 ganger 3 ukers antibiotikabehandling:Henvis utredning ØNH-lege		

Vedlegg 14 Otitis media indikatorer.

<i>Indikator</i>	<i>USA (RAND)</i>	<i>England (Marshall)</i>	<i>Sverige (SFAMQ)</i>
Diagnose	Barn 1-3 år med mistanke om otitt med renning, skal us med otoskopi.	Barn <2 år, med et eller flere symptomer , som : feber, irritabilitet, slapphet, oppkast uten kjent årsak, skal , som ledd i us, otoskoperes.	
Diagnose	Barn med persisterende bilateral otitis media med renning (>3 mnd) skal ha en hørseltest.		
Behandling	Barn 1-3 år med diagnose perforert otitis media skal behandles, enten med antibiotika eller observasjon og kontroll.	Barn >2 år med ukomplisert otitis media, skal ikke behandles med antibiotika, uten ved vedvarende feber, smerter eller renning av 72 timers varighet eller mer	Andel som behandles med penicillin i 5 dager
			Andel som behandles med andre antibiotika
			Andel av sporadisk otitt som antibiotikabehandles

Vedlegg 15 Journalkvalitet - indikatorer

Indikator	England	Australia	New Zealand	Equip journalprosjekt	EPA
Kontaktregistrering.	Dokumentasjon av alle pasientkontakter i journalen	Dokumentasjon av alle lege/pasientkontakter i journal	Journalen er tilgjengelig, identifiserbar og komplett. Krit.1-Dokumentasjon av tlf.kontakter. Krit 4-Dokumentasjon av andre kontakter.	Dokumentasjon av alle pasientkontakter i strukturert form. Innehold: Dato, tid, lege eller medarbeider, type kontakt	Dokumentasjon av alle pasientkontakter i journal For hvert møte med pas skal følgende noteres: – Årsak til kontakt – Problem/diagnose – Behandlingsplan – Medikasjon – Opplysninger til pa
Kvalitet på journalnotater	Journalnotatene er leselige.	Journalnotatene er leselige.	Notater er identifiserbare, leselige og objektive	Under nødvendige karakteristika for journal: Leselig	
Overføring av informasjon.	System for informasjons-overføring til fastlegen fra pasient kontakt på legevakt				– Legevakslegen har til- – gang til pasientjournalen. – Praksis mottar informa- – sjon om pasientkontakter på legevakt innen 24 timer.
Håndtering av beskjeder	System for skriftlig overføring av beskjeder på en pålitelig måte.				
Håndtering av epikriser og prøvesvar	System for overføring av informasjon til PAL og oppfølging.	System for innhenting, oppfølging og dokumentasjon i journal av epikriser og prøvesvar.	System for håndtering av epikriser og prøvesvar. Krit 1. Prosedyrer for å sikre at PAL ser og følger opp all innkommende informasjon.	Resultater av rtg, lab.prøver og andre us dokumenteres og lagres i journalen. Oppfølging av unormale prøvesvar er klart definert i journal	-Prosedyrer for å sikre at all innkommende informasjon lagres i pasientjournalen. -Praksis kontakter pasienten for å følge opp unormale prøvesvar og resultater av undersøkelser -Protokoll for å sjekke om resultater av prøver er kommet.
Registrering av allergier og bivirkninger	Tydlig dokumentasjon av medikamentallergier og bivirkninger på eget sted i journalen	Dokumentasjon av allergier og medikamentreaksjoner.	Dokumentasjon av klinisk viktige medikament-reaksjoner.	Medikamentallergier og alvorlige bivirkninger registreres med dato og kliniske manifestasjoner	
Medikasjon	Dokumentasjon av indikasjon for faste medisiner i journal			Langtidsmedikasjon listet, med kronisk sykdom/problem og plan for oppflg	Aktuell medikasjon, inkl tidsrom, dose og administrasjon av medisinene.
Røykestatus	Røykestatus journalført i alder 15-75 år (minst 55	Journalføring av risikofaktorer, eks røyking.	Journalføring av risikofaktorer: Herunder røyking.	Journalen skal inneholde pasientens risikostatus	Journalen skal inneholde røykestatus og andre

	%)				risikofaktorer.
Resept- utskrivning av medarbeidere	Når resepter skrives av andre i praksis enn legen, skal det være et system for journalføring.				
Kronologisk lagring	Notater, epikriser og prøvesvar skal lagres i kronologisk rekkefølge			Journalnotater og svar på prøver og us noteres i kronologisk orden	
Oppdatert journal	Oppdatert sammendrag i journalen for minst 60% av pasientene.	Oppdatert og nøyaktig sammendrag i journal for en <u>signifikant</u> del av pasientene.	Liste over hva journal skal inneholde, ikke spes om sammendrag.	Journalen er kontinuerlig oppdatert, organisert i emner. Inneholder problemliste Spesifikasjon av hva listen skal inneholde. Liste over oppfølging av kron. sykdommer.	Liste over hva journalen skal inneholde, inkludert sammendrag.
Journal- lagring		Konfidensialitet og sikkerhet blir ivaretatt Sikker lagring av pasientjournaler. Kan bare finnes av autorisert stab på kontoret	Medisinske journaler lagres på en sikker og forsvarlig måte.	Alle pas.dokumenter skal lagres forskriftsmessig. (lovpålagt) Kan lett finnes igjen Utilgjengelig for andre enn autorisert personell	Pasientjournaler skal ikke lagres slik at andre enn spesifisert helsepersonell får tilgang til journalene.
Journal- overføring		Prosedyrer for overføring av journal kopi eller sammendrag til annen lege etter beskjed fra pas	Overføring av pasientjournaler bedrer kontinuitet i pasientbehandling Rutin er for overføring av journal		

Engelske indikatorer er utarbeidet fra Standards i "Good Medical Practice for General Practitioners", utarbeidet av the Royal College of General Practitioners.

Praksisen oppnår et visst antall poeng etter hvor mange indikatorer som oppfylles, og hver indikator er til en viss grad vektet etter antall poeng.

Australske indikatorer.

"Standards for General Practices" utgitt av the Royal Australian College of General Practitioners.

Hver standard er inndelt i flere kriterier, som igjen er delt inn i indikatorer, som kan måles.

Nøkkellindikatorer er markert med flagg. Disse indikatorene er av spesiell betydning for at kriteriet skal oppfylles.

New Zealand. Indikatorene er hentet fra "Aiming for Excellence".

Vedlegg 16 Tilgjengelighet og prioritering - indikatorer

<i>Indikator</i>	<i>Australia</i>	<i>New Zealand</i>	<i>USA(IHI)</i>	<i>Norge(HD)</i>	<i>EPA</i>
Akutte tilstander	Praksis har et <u>silingssystem</u> som gjør det mulig å yte hjelp ved akutte tilstander. Ind. A Trening av stab. Ind. B Skriftlige prosedyrer	System for <u>identifisering og rett respons</u> på akutte tilstander. Indikatorer: -Trening av stab. -Alle medarbeidere kan tilkalle hjelp fra lege eller sykepleier		Avvikling av Øhj Andel kontakter med time samme dag.	Medarbeidere i resepsjonen er trent til å gjenkjenne og respondere adekvat på akutte tilstander. -Praksis har skriftlige rutiner for behandling av ø. hj.
Ikke-akutte tilstander Ventetid på time.	Time hos legen innen 2 arbeidsdager		-Tid til 3.neste ledige time. - % av timene som er ledige de neste 4 ukene. 75 % av timene bør være ledige. Mål for bedret tilgjengelighet	Ventetid på time. -Antall dager fra bestilt time til konsultasjon.	Pas kan vanligvis få time hos en allmennpraktiker innen 1-4 dager.
Fleksibelt avtalesystem	Fleksibilitet og mulighet til å ta mot pas som trenger Øhj og pas som trenger lenger konsultasjonstid.			Til en viss grad innført i Norge i forbindelse med fastlegeordningen.	
Telefon-tilgjengelighet	Telekommunikasjonssystem som tilfredsstiller behovet i praksisen. <i>Indikator:</i> – Antall tlf linjer tilstrekkelig – Tilbakemelding fra pasienten på at det er enkelt å oppnå kontakt på telefonen.	Pas kan enkelt oppnå kontakt med praksis pr telefon <u>Indikator:</u> Mulighet for pas å få time, råd og informasjon pr tlf.	<u>England</u> Ordninger for at pas lett kan kontakte lege og medarbeider i praksis pr tlf i kontortid.	<u>Sverige(SFAMQ)</u> Kriterium: God telefontilgjengelighet <i>Indikatorer:</i> – Antall besvarte telefonsamtaler. – Telefon: Andel besvarte på første forsøk, innen 3 minutter. - Telefonsvarer: Andel ringt opp innen 90 minutter. Andel oppringt samme dag.	Praksis har skriftlige rutiner for hvilke råd som kan gies pr telefon av medarbeidere i resepsjonen.
Legevakt	Mulighet for legehjelp hele døgnet	Ordninger for å sikre at pas har mulighet til legehjelp hele døgnet. <u>Indikatorer:</u> -Kun 1 tlf.samtale nødvendig for kontakt med vakthavende lege. - Legevaktlege har tilgang til	-System for å sikre at pas kan kontakte legevakt ved max 2 tlf. samtaler. -Dersom tlf.svarer blir brukt, skal kontaktnr oppgis minst 2 gg		Pasienter som tar kontakt med praksis etter kontortid har klar og rask tilgang til legevakt. Skriftlig informasjon om legevakt skal være lett tilgjengelig.

Vedlegg 17 Informasjon og kommunikasjon med pasienten - indikatorer

<i>Indikator</i>	<i>Australia</i>	<i>New Zealand</i>	<i>England</i>	<i>Sverige</i>	<i>EPA</i>
Informasjon om praksis	Informasjon om praksis og tilgjengelighet. Informasjonsbrosjyre	Informasjon tilgjengelig for pasienten. - Informasjon om praksis på et synlig sted. - Rutiner for informasjon til nye pasienter. - Brosjyre som kan taes med.	Informasjon tilgjengelig for pas angående legens, jordmors og sykehusets rolle ved svangerskap og fødsel.		Informasjonsbrosjyre om praksis tilgjengelig for pasienten.
Sykdomsinformasjon	<u>Kriterium:</u> Pas.informeres tilstrekkelig om hensikt, betydning, fordeler og risiko om foreslåtte us, henvisninger eller behandling. Skal være i stand til å ta egne beslutninger. <u>Indikator:</u> Legen kan beskrive rutinene.	Pas informeres om sin sykdom tilstrekkelig til å ta egne beslutninger. - Dokumentasjon av deltakelse fra pasient eller pasientrepresentant i utarbeidelse av prosedyrer. - Informasjon tilgjengelig for pasienten, for å kunne forstå og delta i beslutninger		<u>Kriterium</u> 1) At pas får god informasjon om sin sykdom, us og beh 2) Delaktighet <u>Indikatorer:</u> - Spørreskjema til legen om hvor godt han informerer pas. - Om informasjon om prøver og behandling - Om legen greier å gjøre pas delaktig. (forkortet EUROPEP)	
Informasjon/ brosjyrer	Pas. har tilgang til skriftlig informasjon om sykdommer og relevant behandling Et utvalg brosjyrer tilgjengelig på venterom, i resepsjon og legekontor.				En rekke brosjyrer angående sykdom og behandling er tilgjengelig for pasienten.
Klageadgang	Praksis godtar og responderer på pas klager og feedback Leger og medarbeidere kan beskrive prosedyrer for mottak og respons på klager	Praksis har klageprotokoll. Pasienten klager til en oppnevnt lege eller medarbeider			-Praksis har rutiner for opplysning om klageadgang. -System for mottak og behandling av klager fra pasientene.
Konsultasjonsvarighet	Varighet av konsultasjonen er lang nok til at det ikke går ut over		Varighet av planlagte konsultasjoner ikke kortere enn		

	<p>kvaliteten. Gj.snitt ikke kortere enn 10 min, men varierer etter pas behov.</p> <p><u>Indikator:</u> Gjennom-snittlig antall pas pr time ikke mer enn 6.</p>		<p>10 minutter.</p> <p>-Minimum 75 % av planlagte konsultasjoner skal ha en varighet på minst 10 minutter.</p>		
Spørreundersøkelser		<p>Praksis bruker pasientenes mening i planlegging av tjenesten.</p> <p><u>Indikatorer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Mulighet for pasienten til å gi uttrykk for sin mening. -Dokumentasjon av endringer gjort som følge av pasientinput i praksis -Spørreskjema om pasienttilfredshet brukt siste 3 år 	<p>-Årlig pasientspørreundersøkelse. Bruke skjema GPAQ eller IPQ, som er utarbeidet til dette formål.</p> <p>-Årlig pasientspørreundersøkelse + refleksjon over resultatet + forslag om forandringer hvis ønskelig.</p>		Praksis måler pasienttilfredshet regelmessig.

Vedlegg 18 Praksissystemer og pasientbehandling - indikatorer

Indikator	Australia	New Zealand	England	EPA
Bruk av guidelines	<p><u>Kriterium:</u> Behandling av vanlige tilstander forenlig med faglig anerkjente metoder.</p> <p><u>Indikatorer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Alle leger kan beskrive hvordan de sikrer at behandlingen er basert på best tilgjengelig evidens. -Ingen eksempler i et utvalg av pasientjournaler på at behandling klart avviker fra anerkjente metoder. -Legen kan beskrive hvilke guidelines som brukes 	<p>Bruk av anerkjente kliniske guidelines i behandling.</p> <p><u>Indikatorer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -EBM-baserte faglige guidelines er tilgjengelige -Praksis har revurdert sine guidelines siste 3 år 		<p>Evidensbaserte og oppdaterte kliniske retningslinjer er tilgjengelige på legekantoret.</p> <ul style="list-style-type: none"> - -Praksis har et bibliotek med - medisinsk litteratur.
Pasientregistrering./oversikt		<p>Praksis har en effektiv database for pasientregistrering.</p> <p><u>Indikator:</u></p> <p>Liste over pas med kroniske sykdommer kan skaffes.</p>	<p>Pasientoversikt ligger under hver sykdomskategori i indikatorlisten.</p>	<p>Prevalens av kronisk sykdom.</p> <p><u>Indikatorer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Antall personer med en bestemt sykdom av lang varighet -Andelen som har konsultert legen og ant konsultasjoner i perioden.
Forebyggende tiltak/screening	<p>Tilbud om forebygging og tidlig diagnostikk av sykdom etter godkjente retningslinjer.</p> <p><u>Indikator:</u></p> <p>Dokumentasjon i journal om forebyggende tiltak, inkludert vaksinerings, cytologitaking og mammaundersøkelse.</p>	<p>Praksis har en politikk for screening.</p> <p>Noen i teamet er ansvarlig for innkalling og utføring av screening.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Andel kvinner fra 25-64 år som har tatt cervixcytologi siste 5 år. -System for oppfølging av unormale screening-resultater -Oppfølgingsrutiner for de som ikke møter opp. 	
Identifisering og håndtering av pas med høy risiko		<p>Praksis har en strategi for behandling av risikopasienter.</p> <p><u>Indikatorer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - -System for identifisering av pas. - -Fam.anamnese mht risikofaktorer. - -Prosedyre for oppfølging. 		

Vedlegg 19 Personalutvikling, kvalitetssikring og kvalitetsutvikling - indikatorer

Indikator	England	Australia	New Zealand	Danmark	EPA
Trening/kvalitets-sikring		-Alt personell i staben er trent og kvalifisert og deltar i kontinuerlig utdanning/trening	-Alle i praksisen er trent for sin stilling -Alle medarb. er orienterte om og trent i relevante prosedyrer	Personalets deltakelse i utdannings-aktiviteter blir registrert. Utdannings-program revideres jevnlig for å avspeile endringer i lovgivning og praksis.	
Praksis går inn for kvalitetssikring og kontinuerlig forbedring		-Leger kan vise at de deltar i RACGP QA & CE Program (Quality Assurance & Continual Education.)	-Praksis kan dokumentere kvalitetsutviklings-aktiviteter. -Økonomiske midler er avsatt for kvalitets-sikringsaktiviter. -En person er ansvarlig for koordinering av tiltak for kvalitets-utvikling. - Praksisteamet har foretatt en analyse og identifisert områder for forbedring siste år. -Det foreligger en plan for forbedring		-Hele staben deltar i kvalitetsutvikling. -En bestemt person er ansvarlig for å lede tiltak for kvalitetsutvikling. -Det er satt opp skriftlige mål for kvalitetsforbedring siste år. -Praksis har skriftlig dokumentasjon for om målene er nådd eller ikke. Kvalitetsforbedringstiltak blir tatt opp på personalmøte minst 1 gang pr mnd., dokumenteres skriftlig
Trening førstehjelp	Alle i klinisk stab har vært med på trening i basal, livreddende førstehjelp siste 15 mnd		Opplæring og årlig trening i basal førstehjelp.		
Trening av nyansatte	Alle nyansatte får innføring og trening etter program			Spesifisert program for nyansatte som gjennomføres innen en bestemt tidsfrist.	Alle nyansatte gjennomgår et introduksjonsprogram
Utdannings-ressurser		Tilgang til ressurser og materiale om kliniske emner. -Praksis har rask tilgang til med. litteratur, inkl. datamateriale	Tilgjengelige fagressurser. -Litteratur og Internett tilgjengelig for alt fagpersonell i praksis.	Oppdatert undervisningsmaterie ll til bruk for personalet	
Klager	Årlig gjennomgang			Audit og gjennomgang	

	av klager fra pas og forslag om forbedringstiltak			av pasientklager	
Personalmøter		Legen og staben vurderer regelmessig drift av praksis. - Mulighet for medarbeiderne til å diskutere administrative saker med legene. -Regelmessige personalmøter.	Praksismøter brukes som redskap for kommunikasjon i praksis. -Regelmessige møter for hele personalet -Rapport om nyttig utbytte av møter.		Praksis har personalmøter minst en gang pr mnd. -Hele staben deltar på møtene. -Referat skrives fra møtene.

Vedlegg 20 Risiko – og sårbarhetsanalyse, avvikhåndtering - indikatorer

Indikator	England	Australia	New Zealand	Danmark	EPA
Signifikante hendelser og avviksregistrering	Gjennomgang av minst 6 signifikante hendelser siste 3 år (eks Akutte hendelser, feil, avvik)		System for håndtering av signifikante hendelser, samt feil og avvik. -Registrering av signifikante hendelser (avvik) -Prosedyre for analyse og oppfølging av feil og avvik	Registrerings- og meldings-system for feil og avvik. Omfatter både kliniske og andre betydelige hendelser Gradering av avvik.	Praksis har et avviksregister -Praksis har en dokumentert prosedyre for analyse og oppfølging av avvik og signifikante hendelser.
Risikostyring		-Prosedyre for håndtering av blodsøl og kroppsvæsker. - Prosedyre for rengjøring og desinfeksjon av utstyr. - Prosedyre for avfallshåndtering, inkludert skarpe gjenstander.	Prosedyre for avfallshåndtering, spes skarpe gjenstander og forurenset materiale. Rutiner for desinfeksjon og sterilisering av utstyr.	Oppdatert, dokumentert plan for risikostyring i praksisen Omfatter: -Klinisk risiko ved med. ordinasjon. -Ktr med skadelige stoffer. -Sikkerhet, voldelig atferd. -Håndtering av pas og utstyr.	Praksis har en skrevet prosedyre for rengjøring, desinfeksjon sterilisering og dekontaminering av utstyr.
Vold mot personalet				-Dokumentert politikk for håndtering vold mot personalet. -Systemer til hjelp for personalet i truende situasjoner.	

				-Veiledning om håndtering av vold og trusler.	
Beskyttelse mot smitte		Informasjon til personalet om risiko for smitte.		-Prosedyrer for forebygging av blodsmitte. -Prosedyre for beskyttelse av personalet mot infeksjoner, inkludert håndtering av stikk- og snittskader -Prosedyrer for rengjøring og oppbevaring av instrumenter og utstyr	Praksis har en skriftlig infeksjonskontroll-prosedyre for å hindre smitte av personalet.

Vedlegg 21 Samarbeid med annenlinjetjenesten og andre instanser indikatorer

Indikator	England	Australia	New Zealand	Danmark	EPA
Samarbeidsrutiner	Andel pas med alvorlig og langvarig psykisk lidelse, der det er gjort en revurdering siste 15 mnd. Inkludert sjekk av medikasjon og samarbeid med psykiatrien i annenlinjetjenesten	Praksisteamet viser at de har kunnskap om aktuelle samarbeidsinstanser til beste for pas.behandlingen <u>Indikator:</u> Legen kan beskrive samarbeid med sykehus og andre spesialisttjenester og vise prosedyrer for samhandling. Kan også beskrive samarbeid med andre instanser i	Praksis tilbyr tjenester som er integrert med andre ytere av helsetjenester for å yte pas best mulige tjenester. <u>Indikatorer:</u> -Det er kjennskap til aktuelle samarbeidsinstanser. -Det finnes sjekkliste over samarbeidende instanser i lokalområdet.		Praksis deltar aktivt i samarbeid med andre instanser i helsetjenesten for å sikre helhetlige tjenester til spesielle pasientgrupper, som: -eldre pasienter -pas med kronisk sykdom (eks: astma, diabetes, hjertesvikt, psykiatri). -pas med spesielle behov (eks. rusmisbrukere, gravide, cancerpas)
Henvisninger		Henvisningsskriv inneholder tilstrekkelig informasjon til å sikre optimal pasientbehandling. <u>Indikator:</u> -Henvisningen er leselig. Inneholder relevant anamnese, sosiale forhold, problem, kliniske funn, pågående beh. og grunn til henvisning. -Dokumenteres i journal.			Henvisningsskriv skal inneholde: -Bakgrunnsinformasjon og anamnese -Problem -Viktige funn -Aktuell behandling -Grunn til henvisning -Kopi av henvisningsskrivet skal oppbevares i pasientjournalen.

Vedlegg 22 Forebyggende helsearbeid - indikatorer

Registrering av røykevaner/røykeavvenning - de fleste indikatorene er knyttet til kliniske indikatorer

<i>Indikator</i>	<i>England</i>	<i>Australia</i>	<i>New Zealand</i>	<i>Norge (SATS)</i>	<i>Sverige</i>
Røyking registrert og journal-ført	<i>CHD, Stroke, DM, KOLS, Astma:</i> Andel pas der røykevaner er registrert siste 15 mnd. <i>HT :</i> Andel pas der røykevaner er registrert minst 1 gang. <i>Journalkvalitet:</i> Røykevaner registrert i journal for pas 15-75 år for minst 55 %	Journalen inneholder et resyme av viktige helseopplysning. -inkludert risikofaktorer, som røyking	Rutiner for registrering av røykevaner og tilbud om intervensjon. <u>Indikatorer:</u> -Rutinemessig spørsmål om røykevaner -Journalføring røykevaner hos pas >15 år.	<i>Diabetes:</i> Prosessindikator.: Er det reg. om pas røyker? Resultatindikator: Røyking	<i>Astma:</i> Andel pas der røyking er dokumentert på en søkbar måte. <i>KOLS:</i> -Andel pas med opplysning om hvor mye pas har røykt -Andel som nå er røykfrie. <i>Diabetes:</i> Andel røykere.
Opplegg for røykeslutt	<i>CHD, Stroke, DM, KOLS, astma:</i> Andel pas som røyker, der journalen inneholder notat om råd om røykestopp eller henvisning til kurs eller spesialist i røykeavvenning siste 15 mnd.		Rutiner for registrering av røykevaner og tilbud om intervensjon. <u>Indikator</u> Praksis har strategi for tilbud om røykeavvenning og tilbyr pas intervensjonsprogram.	<i>USA(RAND)</i> <u>Kvinner 18-50 år.</u> -Rådgivning om røykestopp -Hvis rådgivning ikke er nok, tilbud om nikotinerstatningsterapi	Informasjon: Praksis har strategi for røykere som ønsker å slutte, inkludert litteratur og tilbud om terapi.

Vedlegg 23 Eksempel på skåring i skåringsmatrisen

R= Randi (prosjektleder) S= Signe (veileder) Skåringen er gjort uavhengig av hverandre

Indikatorer for diabetes mellitus utvalgt for skåring

Validitet 0-4 Reliabilitet 0-4 Gjennomførbarhet 0-4 Relevans 0-4 Sumskåre: <i>EGNETHET</i>	FORMÅL	Eget kvalitetsarbeid. Lege/gruppe	Forskning/fagutvikling.	Pasientinnsyn	Myndigheter tilsyn	Myndigheter styring	Avlønning/ Forhandlinger	Synliggjøring av allmenmedisinen
Område: Klinisk praksis.	HELSE- GEVINST							
Kvalitetsaspekt: Diabetes mellitus.								
Indikator								
Praksis har en oversikt over pas med diabetes. -krever journalført diagnose og søkbart journalsystem.	Bedre kontroll av diabetikere	R: 4/4/4/4 16 S: 4/4/4/4 16	R: 4/4/4/4 16 S: 4/4/4/4 16	R:4/2/4/ 2 12 S: 4/4/4/3 15	R:2/2/4/4 12 S: 4/4/4/4 16	R:2/2/4/2 10 S: 4/4/4/1 13	S: 4/4/4/0 12	R: 4/4/4/4 16 S: 4/4/4/4 16
Oppsporing av pas med diabetes Prevalens av DM i praksis. -Krever screening av risikogrupper	Mål: Bedre kontroll og behandlingsresultater	R: 3/4/4/4 15 S:3/4/4/ 4 15	R: 4/4/4/4 16 S: 3/4/4/4 15	S:3/4/4/ 4 15	R:2/2/4/4 12 S:3/4/4/4 15	S:3/4/4/1 12	S: 3/4/4/0 11	R: 2/2/4/4 12 S: 3/4/4/4 15
Individuell behandlingsplan med individuelle behandlingsmål.	Øker pasientens kontroll med sykdommen. Empowerment	R: 4/2/4/4 14 S:3/4/4/ 4 15	R: 3/2/3/4 12 S: 3/4/4/4 15	R:4/2/4/ 4 14 S:3/4/4/ 4 15	S:3/4/4/4 15	S:3/4/4/1 12	R: 3/1/4/4 12 S:3/4/4/ 0 11	R: 4/4/4/4 14 S: 4/4/4/4 16
Livsstilsråd til alle pas med diabetes. Kost, mosjon	Bedre metabolsk kontroll. Økt velvære	R: 3/2/2/4 12 S:4/4/4/ 4 16	R: 3/2/2/4 12 S:4/4/4/4 16	R:3/1/4/ 4 13 S:4/4/4/ 4 16	R:3/4/3/4 14 S:4/4/4/4 16	R:2/2/2/2 8 S:4/4/4/1 13	R: 3/1/4/4 12 S: 4/4/4/0 12	R: 4/2/4/4 14 S: 4/4/4/4 16
Årskontroll , etter spesifikasjon i NSAMS handlingsprogram	Mulighet for diskusjon med pasienten om strukturert behandling og kontroll.	R: 3/4/4/4 15 S:2/3/3/ 3 11	R: 3/4/4/4 15 S: 2/3/3/3 11	R:3/4/4/ 4 15 S:2/3/3/ 3 11	R:3/4/4/4 15 S:2/3/3/1 9	R:2/2/2/2 8 S:2/3/3/0 8	R: 3/4/4/4 15 S: 2/3/3/0 8	R: 4/4/4/4 16 S: 2/3/3/3 11

Måling av BMI	Pedagogisk verktøy i diskusjon om mål og strategi	R: 2/4/4/4 14 S: 1/4/4/4 13	R:2/4/4/4 14 S:1/4 4/4 13	S:1/4/4/ 1 10	S:1/4/4/1 10	S:1/4/4:0 9	S:1/4/4/ 0 10	
Andel røykere av pas med DM + råd om røykestopp	Mål: Redusert risiko for CVS	R: 4/4/4/4 16 S: 4/4/4/4 16	R: 4/4/4/4 16 S: 4/4/4/4 16	R:2/4/4/ 4 14 S:4/4/4/ 4 16	R:2/2/4/4 12 S:4/4/4/2 14	S:4/4/4/1 13	R: 4/4/4/4 16 S: 4/4/4/0 12	R: 3/4/4/4 15 S: 4/4/4/2 13
Måling HbA1c hver 3.-6.mnd	Mål:Redusere mikrovaskulære komplikasjoner	R: 2/4/4/4 14 S: 2/4/4/4 14	R: 2/4/4/4 14 S: 3/4/4/4 15	R:2/2/4/ 4 12 S:2/4/4/ 1 11	R:2/2/4/4 12 S:2/4/4/1 11	R:2/2/2/2 8 S:2/4/4/1 11	S: 2/4/4/0 10	S: 2/4/4/1 11

Vedlegg 25 Kvalitetsindikatorer for sår hals, valgt ut for skåring.

Område: Klinisk Praksis Kvalitetsaspekt: Sår hals	HELSEGEVINST
Diagnostikk: Foreligger pos Strep-A test eller oppfylles kliniske kriterier for GAS-infeksjon når antibiotika er gitt? (SATS-indikator)	Antibiotikabeh kun indisert ved streptokokktonsillitter.
Behandling Andel av antibiotikabehandlede, som er beh med penicillin V. (SFAMQ)	Penicillin virksomt i små doser, mest ”økologisk”
Behandling Er det gitt antibiotika i anbefalt varighet og dose? (SATS)	Små doser virksomt.

Vanligste årsak til sår hals er virusinfeksjoner, men mellom 10-40% av pas som oppsøker lege med vond hals, har infeksjon med gruppe A betahemolytiske streptokokker (GAS). De fleste pas med vond hals, går ikke til legen. Halsinfeksjoner er selvbegrensende, komplikasjoner er sjeldne og plagene oftest milde til moderate (NEL) . I år 2000 ble det laget Retningslinjer for diagnostikk og behandling av sår hals (Flottorp, Oxman, Cooper, Hjortdahl, Sandberg, Vorland. Ref. TDNLF, 2000, 120; 1754-60).

Det ble gjort systematisk litteratursøk i The Cochrane Library, Medline og andre kilder, som produserer retningslinjer og systematiske oversikter.

Aktuelle artikler ble kritisk vurdert mht validitet og relevans. Retn.linjene ble sendt til bred høring, og ble drøftet i fokusgrupper med pas og medarbeidere.

Hovedanbefaling:

Pas med sår hals skal vanligvis ikke behandles med antibiotika, og det er heller ikke nødvendig å gå til lege. Antibiotikabeh er aktuelt i alvorlige tilfeller og hvis pas ønsker det, men bare ved streptokokktonsillitt. Det finnes ikke dokumentasjon på at invasive GAS-infeksjoner kan forebygges ved penicillinbehandling av vanlige streptokokktonsillitter. Antibiotikabehandling forebygger suppurative komplikasjoner ved sår hals, men relativ risiko for slike komplikasjoner er svært liten. Det er ikke sikker dokumentasjon på at behandling med penicillin forebygger glomerulonefritt.

Vedlegg 26 Kvalitetsindikatorer for nedre UVI hos kvinner 18-65 år, valgt ut for skåring

Område: Klinisk praksis	
Kvalitetsaspekt: Nedre UVI hos kvinner 18-65 år	
Indikator	GEVINST
Diagnostikk Anamneseopptak på typiske symptomer på cystitt (dysuri, pollakisuri, evt hematuri), samt om sympt på øvre UVI (feber, nedsatt allmenntilstand, flankesmerter) og varighet.	Sikrer riktig diagnose. Skiller øvre og nedre UVI
Ved typiske symptomer på ukomplisert cystitt, kan kvinnen få tilbud om antibiotikabeh uten forutgående urinundersøkelse. Bact.us av urinen gjøres ved: – Behandlingssvikt – Tidlig recidiv – Tilstander med økt risiko for pyelonefritt eller urosepsis – Patologi i urinveiene	Enkel diagnostikk. Enkelt for pas.
Behandling 3 dagers varighet av antibiotikabeh ved ukomplisert nedre UVI.	Hindrer resistens og bivirkninger av antibiotikabeh. Bedre compliance

Urinveisinfeksjoner er blant de hyppigste bakterielle infeksjoner totalt i allmennpraksis, og den hyppigste infeksjonen hos kvinner.

Hos voksne, ikke-gravide kvinner har ukomplisert nedre UVI (cystitt) karakteristiske symptomer, som skyldes blæreirritasjon; svie og hyppig vannlating, imperiøs vannlatingstrang, samt av og til hematuri. Øvre UVI gir i tillegg feber, flankesmerter og nedsatt allmenntilstand. Det er viktig å skille øvre og nedre UVI, da pyelonefritt er en betydelig mer alvorlig sykdom, som kan gi komplikasjoner.

I Retningslinjer for diagnostikk og behandling av akutte vannlatingssplager hos kvinner fra juni 2000, utarbeidet av Signe Flottorp, Andrew Oxman, John Cooper, Per Hjortdal, Sverre Sandberg og Lars Vorland, er det gjort systematiske søk i The Cochrane Library, Medline og andre kilder etter dokumentasjon.

Konklusjon:

Det er 80% sannsynlighet for at en kvinne med typiske symptomer på cystitt, har bakteriuri. Ved neg urinstix us, er sannsynligheten 50%. Behandling med

antibiotika ser ut til å føre til raskere symptomlindring,

Typiske symptomer på cystitt er: Smerter og svie ved vannlating, hyppig vannlating eller økt vannlatingstrang.

Det ser ut til at symptomene er bedre prediktorer for behandlingsresultatet enn funn i urinen.

Flere studier viser at lavgradig bakteriuri også gir symptomer, som lindres av antibiotika.

Vedlegg 27 Indikatorer for journalkvalitet, valgt ut for skåring

Område: Praksisorganisering	
Kvalitetsaspekt: Journalkvalitet.	
Indikator	GEVINST
Dokumentasjon av alle lege/pasientkontakter i journal Strukturert form. Inkludert konsultasjon, sykebesøk, telefon	Oversikt Statistikk
System for innhenting, oppfølging og dokumentasjon i journal av epikriser og prøvesvar.	Reduserer risiko for feil
Dokumentasjon av medikasjon Oppdatert og systematisk liste over alle pasientens medisiner i journalen. Inkl. dokumentasjon av indikasjoner for medisiner.	Reduserer risiko for feilmedisinering.
Registrering i journal av allergier og bivirkninger/interaksjoner av medisiner	Reduserer risiko for feilmedisinering og bivirkninger.
Systematisk og oppdatert journal for pasienter med kronisk sykdom. -inkl. oppdatert sammendrag av tidligere og aktuell sykdom, spesielt ved kronisk sykdom. Bør i tillegg inneholde fam/sosialt, kroniske diagnoser, medikamentliste og behandlingsplan ved kronisk sykdom.	Oversikt for fastlegen og kolleger. Sparer tid og arbeid. Bedre samarbeid med andre helsetjenest
Sikker og forsvarlig lagring av pasientjournaler. Lovbestemt. Forslag til indikator: Årlig gjennomgang av TrinnVis (Datatilsynets krav)	Oppfyller lovkrav.
System for overføring av pasientjournal til annen lege. Lovbestemt i pasientrettighetsloven. Pasientrettighetsindikator	Sikrer kontinuitet i behandlingen

Lovgrunnlag

I Norge er journalføring lovregulert i Lov om helsepersonell, kap 8 Dokumentasjonsplikt. §§ 39-46 og i Forskrift om pasientjournal, FOR 2000-12-21 nr 1385, der krav til journalens innhold omtales detaljert. Journalføring bør derfor inngå i praksisens internkontroll eller kvalitetssystem, og kan være objekt for tilsyn fra helsemyndighetene.

I den norske Lærebok for Allmennmedisin, s.54. omtales journalføring og dokumentasjon.

Den allmennmedisinske journalen har flere funksjoner:

Informasjonskilde for legen og andre som kommer i kontakt med pasienten, og som har lovlig tilgang til journalen, inkludert pasienten selv. Arbeidsredskap når legen ønsker å drive kvalitetsforbedring og forskning. Juridisk dokument ved tilsyn og i klagesaker.

I Odelstingsproposisjon nr 99 er det skrevet:

”Fastlegen, eller den ansvarlige legen i gruppepraksisen (der det er felleslister) skal ha ansvar for planer for utredning og behandling, samt oversikt over tidligere undersøkelser og behandling, samt oversikt over faste legemidler til personer tilknyttet listen. Slike kunnskaper om en definert pasientgruppe over tid vil være et viktig grunnlag for å avgjøre når og hvor pasienten skal henvises, og når pasienten mest sannsynlig ikke vil ha nytte av henvisning til spesialisttjenesten.”

Dokumentasjon av alle lege/pasientkontakter i journalen.

Konsensus.

England - "Good Medical Practice for GP": Gode journaler gjør det mulig for legen, andre leger og medarbeider å forstå behandlingen pasientene får. Journalen er basis for framtidig behandling, og er hovedredskapet for kommunikasjon med medarbeidere som yter pasienten tjenester. Journalen er også et juridisk dokument. Pasienten har rett til innsyn i sin journal. Journalen skal bare inneholde informasjon i den grad det er viktig for behandlingen, og pasienten kan nekte journalføring av opplysninger. Viktig informasjon i journalen skal være lett å finne, f.eks, som del av et sammendrag.

Journalen skal være systematisk og oppdatert.

En av indikatorene sier: Praksis har et oppdatert sammendrag i minst 60% av pasientjournalene. Denne indikatoren gir en høy poengsum, som er et uttrykk for vurdering av viktighet. Omtale: Dersom det ikke foreligger et sammendrag, vil det føre til merarbeid. Praksis må selv diskutere og avgjøre hvilke tilstander de skal ha med i et slikt sammendrag. Alle signifikante problemer i nåtid og fortid bør være med.

-Journalen til pas på langtidsmedisinering bør inneholde en oppsummering av pasientens medikasjon. Gjelder all medikasjon, både korttids- og langtids, men bare gjentatt medisinering vil bli målt og bedømt. Tydelig dokumentasjon av allergier og bivirkninger på eget sted i journalen. Alle leger bør vite hvor slik informasjon blir journalført. Ideelt: Føres på et bestemt sted i journalen og ikke mer enn 2 steder.

Australia: Journalen skal være oppdatert og gi nøyaktig oversikt og sammendrag for en signifikant del av pasientene.

Skal inneholde: Aktuelle problemer, allergier, risikofaktorer, medikasjon, familie- og sosialanamnese og tidligere sykehistorie. En vital komponent i en pasientjournal av høy kvalitet er et sammendrag/oppsummering. Et godt sammendrag hjelper fastlegen, kolleger, medarbeidere og turnusleger til raskt å få en oversikt over alle deler av behandlingen. Reduserer risiko for feilbehandling, inkludert medikamentbivirkninger og interaksjoner. Familie- og sosialanamnese viktig for omsorgen for pasienten. Et systematisk sammendrag brukt på rett måte, vil være helsefremmende ved å sette lys på livstilsproblemer. Journalen skal inneholde bevis for at patologiske prøvesvar og epikriser er mottatt og tatt konsekvensen av. Indikatoren brukes i akkreditering av praksis. Det foretas praksisbesøk av autoriserte praksiskontrollører. Journalen skal inneholde en nøyaktig oppsummering av helsetilstanden til pas., bl.a medisinliste. Dokumentasjon av allergier og medikamentreaksjoner

New Zealand - Journalen er tilgjengelig, identifiserbar og komplett.

- System for innhenting, oppfølging og dokumentasjon i journalen av epikriser og prøvesvar.

- Prosedyrer for å sikre at alle innkommende pasientopplysninger blir sett og behandlet av ansvarlig person i praksis

- Oppdatert og systematisk liste over pasientens aktuelle medisiner i journalen. Medikasjonen er klart opplistet; navn/dose/frekvens/tid. Klinisk viktige legemiddelreaksjoner og allergier er beskrevet på en tydelig måte.

Nederland (VIP)

Journalføring av medikamentforskrivning.

Styrke/dose/administrasjon/varighet av medikasjon journalført. Aktuell medikasjon lett å finne i journalen.

Registrering av allergier og bivirkninger.

Journallagring.

Australia

Kriterium: Konfidensialitet og sikkerhet for pasientjournaler blir ivaretatt.

Indikatorer:

1) Journaler skal ikke være synlige i områder der publikum har uhindret adgang. (direkte obs., intervju av stab)

2) Leger og medarbeidere kan beskrive hvordan konfidensialitet og sikkerhet for pasientjournaler blir ivaretatt (intervju av lege og medarbeidere). I omtalen av indikatoren blir det redegjort for lovverket.

Kriterium: Sikker lagring av pasientjournaler. Journalene kan bare finnes av autorisert stab.

Indikator: Medlemmer av praksisteamet kan vise at journalene er enkle å hente fram ved konsultasjoner. (intervju, direkte obs.) RACGP 1998 har utarbeidet prosedyrer som må følges av allmennpraktikerne for å oppfylle lovpålagte og etiske standarder for å sikre konfidensialitet og sikkerhet for pasientjournaler. Dette inkluderer backup av computerdata.

Underkriterier:

Innholdet i medisinske journaler er ikke synlig for uvedkommende.

Praksisteamet er kjent med lagringsbestemmelser og sikring av dokumenter

Datafiler er sikre og passordbeskyttet utenom ved aktiv bruk i pasientbehandlingen

Referanser til Lovverket.

Norge

Forskrift om pasientjournal.

§14: Krav til oppbevaring og oppbevaringstid.

Pasientjournaler skal oppbevares slik at de ikke kommer til skade eller blir ødelagt, og at uvedkommende ikke får adgang til dem. I merknader: Dette gjelder ved bruk av så vel elektronisk journal som papirjournal. Forsvarlig lagring og sikring av pasientdata inngår også I Datatilsynets krav.

Overføring av pasientjournaler

Australia

På anmodning fra pas overfører praksis kopi av pasientjournal til annen lege. Legen og staben kan beskrive prosedyrer for å overføre pasientinformasjon til annen praksis. (intervju av lege og medarbeider)

New Zealand.

Overføring av medisinske journaler letter kontinuiteten i pasientbehandlingen.

Informert samtykke må foreligge. Oversikt over lovverket foreligger.

Vedlegg 28 Indikatorer for tilgjengelighet og prioritering, valgt ut for skåring

<p>Område: Praksisorganisering</p> <p>Kvalitetsaspekt: Tilgjengelighet og prioritering.</p> <p>Kriterium/indikator</p>	<p>GEVINST</p>
<p>Praksis har et system som sikrer hjelp ved akutte tilstander. -krever fleksibelt avtalesystem og trening av personalet.</p>	<p>Sikrer nødvendig helsehjelp ved akutte tilstander.</p>
<p>Praksis har et fleksibelt avtalesystem. For pas som trenger time samme dag, og for pas som trenger lenger tid hos legen. Indikator: Andel pas som får time samme dag av alle som har time denne dagen .</p>	<p>Sikrer god behandling og nødvendig helsehjelp. Styrker lege/pasforholdet.</p>
<p>Ventetid på time. Gjelder ikke-akutte tilstander. Indikator valg A. Tid til 3.neste ledige time. (IHI) Valg B. Antall dager fra bestilt time til konsultasjon finner sted (Helsedataprojektet)</p>	
<p>Telefontilgjengelighet. Praksis har et telefonsystem som møter behovet. -inkludert behov for kontakt ved akutte tilstander. Kan måles ved pasientspørreundersøkelser og ved måling via Televerket. Indikator.: Andel besvarte samtaler innen en viss tid</p>	<p>Økt sikkerhet for rett håndtering av akutte tilstander Kan være en effektiv konsultasjonsform.</p>
<p>Vikarordning i fastlegens fravær. Skriftlig informasjon til pas. Ordninger for overføring av nødvendig informasjon til vikaren.</p>	<p>Trygghet for pasientene.</p>

Dette er ordninger vedrørende praksisdrift, som er regulert gjennom bl.a Kommunehelseloven, Helsepersonelloven og Forskrift om fastlegeordningen. Det inngår naturlig i praksisens internkontrollsystem eller kvalitetssystem, og er gjenstand for kontroll fra helsemyndighetene.

Norsk lærebok i allmennmedisin sier:

Fastlegen har en servicefunksjon for sine pasienter, men trenger også ro og tid til å konsentrere seg om arbeidet. Dette kan være en vanskelig balansegang. Telefontilgjengeligheten er helt sentral. Telefonen bør være åpen til faste tider og helst hele åpningstiden. Ventetid for vanlige konsultasjoner varierer mye. De fleste synes 1-2 uker er optimalt. Dersom ventetiden over tid er mer enn 3 uker, bør legen sette i verk tiltak for å redusere den.

System som sikrer hjelp ved akutte tilstander

Konsensus

Australia. New Zealand. England. Helsedataprojektet, Norge.

Helsetjeneste av høy kvalitet: Plikt til hjelp ved akutte tilstander lovregulert. (Lov om Helsepersonell)

Organisering av akutthjelp i høy grad påvirkbar i praksis. Relevans i praksis er varierende, avhengig av hva slag praksis man arbeider i. Behov for håndtering av akutsituasjoner er svært forskjellig fra praksis til praksis.

Fleksibelt avtalesystem.

Australia. Fleksibilitet og mulighet til å ta imot pas som trenger Øhj og pas som trenger lenger konsultasjonstid.

”Guidelines”: Pasientenes behov varierer betydelig, og noen trenger lenger konsultasjonstid. Selv om det er vanskelig å forutsi hvor lang tid som trengs, krever dette kriteriet at personalet i praksis anstrenger seg for å forutse og møte behovet. Avtalesystemet bør inkludere konsultasjonstid for pas med komplekse problemer, og pas bør

oppfordres til å bestille lenger konsultasjon hvis de har behov for det. Medarbeidere bør få opplæring i å skille mellom behovene ved bestilling av time. Praksis som har et drop-in system, kan møte dette kriteriet, så lenge pas blir opplyst om antatt ventetid.

Norge - Helsedataprojektet

”Øhj” kan være flere forskjellige ting, fra hyperakutte tilstander til sykdommer som pas selv mener å ha behov for time for samme dag. Plikt til å yte helsehjelp ved akutte tilstander er lovfestet. Hva som egentlig er Øhj er vanskelig å registrere, men kanskje ikke så vesentlig fra et organisatorisk synspkt. Det som kan måles, er legens kapasitet til Øhj, dvs hvor stor andel i gjennomsnitt av pasientene som får time samme dag som de bestiller time, eller møter opp hos legen, av alle som har timer denne dagen.

Australia - ventetid på time

Indikator: Legetime innen 2 arbeidsdager.

”Guidelines”: Dette kriteriet gjelder ikke i perioder med stor sesongbetont arbeidsbelastning, for eksempel ved influensaepidemier og i travle tider i turistområder, og ved andre forhold som praksis ikke har kontroll over. Områder med dårlig legedekning er unntatt. Dette kriteriet er helt uaktuelt i Norge. Det er likevel viktig at praksis overvåker ventetid på time, og at man forholder seg til topper, ”forstoppelser og flaskehalsen”.

USA (IHI)

Indikator: Tid til 3. neste ledige time. Denne indikatoren kan være brukbar også i Norge. Den sier mer om sann ventetid på time enn tid til neste ledige time, da dette kan skyldes tilfeldigheter, som plutselig avbestilt time eller en uventet hendelse. Som en ”balanserende indikator” foreslår IHI: ”The office visit cycle time”, som er tiden pas bruker på hele besøket på kontoret, dvs inkl. tid på venterommet, tid hos legen, og tid til videre us. Målet er å redusere ”uproduktiv” tid, dvs tiden på venterommet. Dette er for å måle at ikke en forbedring på ett område, gjør at ytelsen på andre områder blir dårligere. Målet er bedre effektivitet og flyt.

Norge

Helsedataprojektet. Ventetida forteller noe om legens arbeidspress, og den er derfor interessant både for publikum, politikere og legen selv. Beskrives best ved antall dager i gjennomsnitt for personer med et nytt syketilfelle, fra timen bestilles til konsultasjonen finner sted.

Telefontilgjengelighet

England

Indikator: Ordninger for at pas lett kan komme i kontakt med lege og medarbeider på telefon i kontortida. Legens tilgjengelighet er høyt prioritert hos pasientene. Dette inkluderer mulighet for å komme gjennom på telefon. Telefonsystemet bør derfor være adekvat for å møte behovet i praksis. Personalet i resepsjonen skal være i stand til å svare positivt på en anmodning fra pas om å snakke med en lege på telefon. Pas trenger ikke å snakke med legen med en gang, uten ved akutte problemstillinger, men minst en lege bør være tilgjengelig på telefon hver dag.

Australia

Kriterium: Praksis har et telefonsystem som møter behovet.

Indikator A -Praksis har et tlf.system med tilstrekkelig inn- og utgående kapasitet. (direkte obs., intervju)

Indikator B- Pas rapporterer at det ikke er vanskelig å få kontakt pr tlf. (pas.feedback)

”Guidelines”: I et nødsfall er det helt avgjørende at en telefonlinje er tilgjengelig for å kunne tilkalle hjelp. En eneste, konstant opptatt telefonlinje ivaretar ikke denne funksjonen. Likedan er det frustrerende og av og til farlig for pas å ikke kunne få kontakt pga kronisk opptatt telefon.

New Zealand.

Indikatoren hører inn under gruppen There are no barriers to access. Indikator: Pas kan enkelt oppnå kontakt med praksis pr telefon.

Vedlegg 29 Indikatorer for samarbeid med andre helsetjenester, valgt ut for skåring

<p>Område: Praksisorganisering</p> <p>Kvalitetsaspekt: Samarbeid med andre instanser, inkludert annenlinjetjenesten.</p> <p>Kriterium/indikator</p>	<p>GEVINST</p>
<p>Henvisningsskriv skal inneholde tilstrekkelig informasjon for å sikre optimal pasientbehandling. Indikator : Innhold: a) Personopplysninger b) Kort anamnese + funn. c) Relevante tidligere sykdommer d)- relevante supplerende undersøkelser e) Problemformulering. Prioritering. f) Medisinliste.</p>	<p>Bedrer samarbeid og samhandling med annenlinjen. Sikrer optimal behandling.</p>
<p>Deltakelse i ansvarsgrupper. Indikator 1) Leger deltar i ansvarsgruppemøter for sine faste pasienter, der dette er aktuelt. Indikator 2) Dokumentasjon i journal.</p>	<p>Helhetlig behandling og omsorg for pasienten.</p>
<p>Gode rutiner i samarbeidet med andre instanser i primærhelsetjenesten. Indikator: Rutiner for overføring av informasjon fra lege til hjemmesykepleien om medisinerer av felles pasienter.</p>	<p>Sikrer rett medisinerer.</p>

NSAMS 7 teser for allmennmedisin: 7. Ta ledelsen!

Allmennlegen skal ta aktivt ansvar for å sikre god samhandling mellom aktørene i helse- og sosialtjenesten. Skal bidra til at spesialisttjenester prioriteres til de som har størst behov. I samhandling med andre helsearbeidere må allmennlegen arbeide aktivt for at faglige ressurser utnyttes optimalt.

Lærebok i allmennmedisin: Henvisninger og epikriser er en del av pasientjournalen. Innholdet må tilpasses behovet og problemstillingen. Fra gang til gang må legen vurdere hvilke opplysninger som er relevante for at sykehuset eller organspesialisten skal gjøre sin del av oppgaven mest mulig effektivt. Henvisningen bør ende i en klart formulert problemstilling som gjør det tydelig hva allmennpraktikeren trenger hjelp til.

Samarbeid og koordinering.

Fastlegen er ofte koordinator for helsetjenester til kronisk og alvorlig syke pasienter. Viktige samarbeidsinstanser i lokalmiljøet, er trykdekontoret, pleie- og omsorgsetaten, sosialkontoret og barnevernet. I annenlinjetjenesten samarbeides med praktiserende spesialister, poliklinikker og sykehus. Samarbeidet må preges av gjensidig respekt, forståelse for den andres arbeidsfelt og arbeidsmåter, samt vilje til å løse problemer i fellesskap. I tillegg kreves gode henvisningsbrev og epikriser og riktig bruk av telefon.

Henvisninger

Australia: Henvisningsskrivet skal inneholde tilstrekkelig informasjon til å sikre pasienten optimal behandling. Indikator: Henvisningen er leselig. Inneholder grunn til henvisning, relevant anamnese, sosiale forhold, kliniske funn og pågående behandling.

Danmark: Shared-care prosjektet: Henvisning skal inneholde: 1) Personopplysninger (navn, tlf.nr, kontaktpersoner). 2) Kort anamnese + funn. 3) Relevante us.resultater. 4) Problemformulering. Prioritering. 5) Medisinliste. 6) Innhold av informasjon til pasient og pårørende.

Samarbeidsrutiner

Australia

Praksis tilbyr tjenester som er integrert med andre ytere av helsetjenester for å yte pas best mulige tjenester. Det er kjennskap til aktuelle samarbeidsinstanser. Det finnes sjekklister over samarbeidende instanser i lokalområdet.

Kriterium: Praksisteamet viser at de har kunnskap om aktuelle samarbeidsinstanser til beste for pasienten
Indikator A+ B: Legen kan beskrive samarbeid med sykehus og andre spesialisttjenester og vise prosedyrer for samhandling. Kan også beskrive samarbeid med andre instanser i primærhelsetjenesten.

New Zealand

Praksis tilbyr tjenester som er integrert med andre ytere av helsetjenester for å yte pas best mulige tjenester.

Indikator 1: Det er kjennskap til aktuelle samarbeidsinstanser.

Indikator 2: Det finnes sjekklister over samarbeidende instanser i lokalområdet.

Vedlegg 30 Indikatorer for personalutvikling, valgt ut for skåring.

Område: Praksisorganisering	
Kvalitetsaspekt: Personalutvikling	
Kriterium/Indikator	GEVINST
Alle i praksisteamet er kvalifisert og trent for sin stilling. Indikator: 1) Det foreligger stillingsinstruks for alle ansatte. 2) Introduksjonsprogram for nyansatte, gjennomføres etter en viss tidsfrist. Program avhengig av stilling. 3) Alt personell deltar i kontinuerlig utdanning og trening.	Sikre helsetjenester
Regelmessig trening i førstehjelp Indikator: Alt personell i praksis får opplæring og årlig trening i basal førstehjelp.	Bedre akuttmedisinsk tilbud
Tilgjengelige utdanningsressurser Indikator: Praksis har god tilgang til medisinsk litteratur og computerbaserte fagressurser, inkl Internet og NEL for alle medarbeidere.	Sikrer faglig oppdatering og utvikling.
Tverrfaglig kommunikasjon Indikator: Det holdes regelmessige personalmøter for hele praksisteamet. Indikator: Det skrives referat fra møtene.	Bedre arbeidsmiljø Bedre kommunikasjon Mer enhetlig praksis.
Praksisutviklingsplan	

Sju Teser for allmennmedisin:

5. Sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling!

Fagutøvelsen skal baseres på dokumentert viten, praktiske ferdigheter og erfaringsbasert kunnskap.

VEK (Videre- og etterutdanning og kvalitetssikring)-rapporten.

Omhandler ny strategi for etterutdanning, inkludert personlige læreplaner, oppsøkende virksomhet på legekantorene og nye metoder for kontinuerlig og livslang læring.

Vedlegg 31 Indikatorer for praksissystemer og pasientbehandling, valgt ut for skåring

<p>Område: Praksisorganisering</p> <p>Kvalitetsaspekt: Praksissystemer/ Pasientbehandling</p> <p>Kriterium/indikator</p>	<p>Gevinst</p>
<p>Bruk av retningslinjer og faglig anerkjente metoder i pasientbehandlingen.</p> <p>Indikator: Tilgang til og bruk av NEL</p>	<p>Best mulig medisinsk behandling</p>
<p>Pasientregistrering/Oversikt.</p> <p>Indikator: Forekomst av kronisk sykdom i praksis.</p> <p>-krever effektiv database for pasientregistrering</p> <p>-krever riktig bruk av diagnoser.</p>	<p>Planlegging/oversikt. Grunnlag for effektiv bruk av ressurser.</p>

Vedlegg 32 Indikatorer for Informasjon og kommunikasjon med pasienten, valgt ut for skåring

<p>Område: Lege/pasientforholdet.</p> <p>Kvalitetsaspekt: Informasjon og kommunikasjon med pasienten.</p> <p>Indikator/kriterium</p>	<p>GEVINST</p>
<p>Informasjon om praksis Skal være skriftlig og lett synlig</p>	<p>Informasjon til pasienten</p>
<p>Sykdomsinformasjon til pasienten. Rutiner for tilstrekkelig informasjon til pas, slik at han er i stand til å ta informerte beslutninger angående utredning og behandling. Pas skal også ha mulighet til å avslå informasjon og behandling. Inkludert skriftlig informasjon og brosjyrer. Lovregulert. Pasientrettighetsloven, §§ 3.1 og 3.2 Bør dokumenteres i journal og resultere i behandlingsplan. Kan måles ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasjon i pasientjournal - Pasientspørreundersøkelse - Relevant skriftlig informasjonsmaterieell og brosjyrer som er lett tilgjengelige. 	<p>Økt kunnskap hos pas, bedre compliance og selvomsorg bedrer lege/pas-forholdet. Bedre behandlingsresultat?</p>
<p>Brukererfaringer. Praksis har et system for mottak og behandling av erfaringer, forslag og klager fra brukerne, dvs pasientene. -inkludert spørreundersøkelser.</p>	<p>Økt pasientmedbestemmelse Bedre lege/pasientforhold.</p>

Informasjon til pasienten er lovbestemt i *Lov om pasientrettigheter*

Kapittel 3: Pasientens rett til medvirkning og informasjon.

§ 3-1 Rett til medvirkning:

Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelser og behandlingsmetoder.

§3-2 Rett til informasjon.

Pas skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhold i helsehjelpen. Skal også informeres om mulig risiko og bivirkninger.

Kapittel 7: Pasientens rett til å klage.

Sju teser for allmennmedisin:

Hold lege-pasientforholdet i hevd! Allmennmedisinens sentrum er lege-pasientforholdet. Det personlige møtet og dialogen med pasienten over tid.

Norsk lærebok i allmennmedisin:

Forholdet mellom lege og pasient er sentralt i allmennpraksis. Nærhet, tillit og kjennskap over tid gjør det lettere for begge parter. Fastlegeordningen legger forholdene til rette for koninuitet over tid, slik at partene kan bli godt kjent med hverandre.

Informasjon om praksis

Australia

-Informasjon til pasienten om praksis og tilgjengelighet

New Zealand.

-Informasjon om praksis tilgjengelig for pasienten.

Sykdomsinformasjon til pasienten.

Australia

-Pasienten informeres tilstrekkelig om hensikt, betydning, fordeler og risiko ved foreslåtte undersøkelser, henvisninger eller behandling. Pasienten skal være i stand til å ta egne, informerte, beslutninger.

Guidelines: Informasjonen bør være skreddersydd til pasientens behov og hvis nødvendig, være skriftlig. Adekvat informasjon er nødvendig for å ta informerte avgjørelser, og dette inkluderer mulighet til å si nei.

New Zealand.

-Pasienten informeres tilstrekkelig om sin sykdom til å ta egne, informerte beslutninger. Det vises til lovgivning på dette feltet.

Sverige.

Kriterium 1. At pasienten får god informasjon om sin sykdom, undersøkelse og behandling.

Kriterium 2 At pasienten opplever at han er delaktig i beslutninger om behandling.

Indikator: - Spørreskjema til pas om hvordan legen informerer pasienten om sykdom, undersøkelser og behandling.

Spørreskjema: Forenklet EUROPEP.

- Spørreskjema til pasienten om hvordan legen formår å gjøre pasienten delaktig.

Full informasjon til pasienten om utredninger og behandlingsalternativer, slik at pasienten blir delaktig i beslutninger, er lovbestemt. Det vises til undersøkelser angående lege-pas kommunikasjon, og påstås å føre til bedre behandlingsresultater.

Brukererfaringer

Australia

-Klager

-Praksis godtar og responderer på pasientens klager og tilbakemeldinger.

New Zealand

Klager

Praksis har klageprotokoll

Pasienten klager til en utnevnt lege eller medarbeider i praksis

Viser til lovgivning.

Pasienterfaringer.

Praksis inkluderer pasientfeedback i serviceplanlegging.

Trinn 4 – nytt utvalg av indikatorer etter skåring i matrisen

Vedlegg 33 Indikatorer lagt fram for prosjektgruppa - Kliniske indikatorer

Område: Kronisk sykdom	
Kvalitetsaspekt: Diabetes mellitus	
Indikator 1	Praksis har en oversikt over pas med diabetes mellitus -krever diagnose ført i journal
Konsensus	Indikatoren finnes i England, Australia, Nederland, Danmark.
Måling	Dokumentasjon i journal. SG: Måles i NOKLUS programmene.
Indikator 2	Individuell behandlingsplan med individuelle behandlingsmål.
Konsensus	Norge, Sverige, Danmark
Måling	Dokumentasjon i journal.
Indikator 3	Årskontroll, etter spesifikasjon i NSAMs handlingsprogram
Måling	Dokumentasjon i journal. SG: Måles i NOKLUS-programmene.

Vedlegg 34

Område: Akutt sykdom	
Kvalitetsaspekt: Sår hals	
Kriterium 1	God diagnostikk
Indikator	Foreligger positiv Strep-A test eller oppfylles kliniske kriterier for GAS-infeksjon når gitt?
Konsensus	Norge (SATS, retn.linjer i NEL), Sverige, USA
Måling	Dokumentasjon i journal. Uttrekk fra journal?
Kriterium 2	Riktig behandling og rett bruk av antibiotika
Indikator	Andel av pas som er beh med antibiotika, som har fått beh med penicillin V.
Konsensus	Norge, Sverige
Kriterium 3	Riktig behandling og rett bruk av antibiotika
Indikator	Er antibiotika gitt i rett dose og rett varighet av beh?
Konsensus	Norge, Sverige
Måling	Dokumentasjon i journal. Uttrekk fra journal?

Vedlegg 35

Område: Akutt sykdom	
Kvalitetsaspekt: Nedre uvi hos kvinner >18 år.	
Kriterium 1	Rett diagnostikk
Indikator	Anamneseopptak på typiske symptomer på cystitt:(dysuri, pollakisuri, evt hematuri), s sympt på øvre UVI (feber, nedsatt almentilstand, flankesmerter, sykdomsfølelse) og varighet.
Konsensus	Norge, Sverige, USA
Måling	Dokumentasjon i pas.journal
Kriterium 2	Rett behandling
Indikator	Ved typiske sympt på ukomplisert cystitt, kan kvinnen få tilbud om beh uten forutgåen urinen med definerte unntak.
Konsensus	Norge (NEL), Sverige, USA
Måling	Dokumentasjon i journal
Kriterium 3	Rett behandling
Indikator	3 dagers varighet av beh med antibiotika ved nedre UVI hos kvinner.
Konsensus	Norge (NEL), Sverige, USA
Måling	Dokumentasjon i journal

Vedlegg 36

Område: Praksisorganisering	
Kvalitetsaspekt: Journalkvalitet	
Kriterium 1	Systematisk og oppdatert journal for pasienter med kronisk sykdom.
Indikator	Journalen skal inneholde: – Oppdatert og relevant sammendrag av tidligere sykdommer og aktuell sykehistorie – Familie- og sosialanamnese. – Kroniske diagnoser. – Oppdatert medisinliste – Behandlingsplan ved kronisk sykdom
Konsensus	Kriteriet finnes i England, Australia, Equips journalprosjekt. Omtalt i Helsetilsynets ra ROS i allmennlegetjenesten desember 2004 **
Måling	Egenmåling. Praksisbesøk. Uttrekk fra pas.journaler?
Kriterium 2	Sikker og forsvarlig behandling og lagring av pasientjournaler.
Indikator	Årlig gjennomgang av TrinnVis
Konsensus	Kriteriet finnes i Australia, New Zealand, Equip
Måling	Sjekkliste. Dokumenteres i praksisens internkontroll. Tilsynsbesøk.

Rapport fra Helsetilsynet desember 2004 om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten:

Helsetilsynet har bestemt at ROS-analyser skal ligge til grunn for planlagt tilsyn med allmennlegetjenesten. Til å identifisere problemområder i allmennlegetjenesten, er det benyttet et ekspertpanel fra det allmenne medisinske utøvende og akademiske miljøet.

Det ble satt fokus på noen få overordnede områder hvor svikt kan føre til stor risiko for pasienter.

To sårbare områder pekte seg ut:

- Øyeblikkelig hjelp-plikten.
- Tilbudet til kronikere.

Disse viktige problemområdene ble diskutert, og disse ble inndelt i 6 underområder/ tema.

Informasjonsflyt/journal/dokumentasjon.

Journalføring for pasienter med kroniske sykdommer.

- Oversiktighet - basiskrav: tidligere sykdom, oppdatert medikamentliste, kroniske diagnoser, familie-/sosialanamnese, mål og plan for behandling.

Risikovurdering:

Journalen er et uerstattelig redskap i oppfølgingen av pas med kroniske sykdommer. Den legger også til rette for at vikarer og andre kan handle forsvarlig. Sannsynligheten for at journalen ikke inneholder basiskravene er svært stor. Konsekvensen av dette når fastlegen er tilstede er middels, men konsekvensen ved svikt kan være stor, hvis det er vikar inne i bildet. Risiko ved mangelfull journalføring kan derfor være stor.

Vedlegg 37

Område: Praksisorganisering	
Kvalitetsaspekt: Tilgjengelighet og prioritering.	
Kriterium 1	System for å sikre hjelp ved akutte tilstander.
Indikator a	Praksis har et fleksibelt avtalesystem.
Indikator b	Personalet er trent i å gjenkjenne og ta konsekvensene av akutte tilstander.
Konsensus	Kriteriet finnes i Australia, NZ, England, EPA. Omtalt i ROS-analyse i Helsetilsynet *
Måling	Egenkontroll. Praksisbesøk.
Kriterium 2	Praksis har en telefontilgjengelighet som møter behovet.
Indikator	Andel besvarte telefonoppringninger innen en viss tid
Konsensus	Kriteriet finnes i England, Australia, NZ, Sverige
Måling	Kan måles via Televerket. Pasientspørreundersøkelser.
Kriterium 3	Ventetid på time
Indikator valg A	Tid til 3. neste ledige time.
-valg B	Tid fra bestilt time til konsultasjon
Konsensus	Australia, USA, Norge
Måling	Ved hjelp av avtalebok.

****Helsetilsynet ROS-analyse:**

Melding om Øhj-tilstander krever rask vurdering og adekvat prioritering og håndtering. Det stiller krav til nødvendig faglig innsikt både hos medarbeidere og lege, samt gode kommunikasjonsrutiner internt på kontoret. Størst fare vil forekomme der hvor medarbeider og/eller lege ikke ser alvoret i en akutt situasjon eller ikke evner å stille de rette spørsmålene. Denne sannsynligheten er middels stor, men konsekvensen kan være svært alvorlig. Risiko for svikt i diagnostikk og behandling i tide, må derfor anses som stor.

Vedlegg 38

Område: Praksisorganisering Kvalitetsaspekt: Samarbeid med andre instanser	
Kriterium 1	Gode rutiner i samarbeidet med andre nivå i primærhelsetjenesten
Indikator	Rutiner for overføring av informasjon fra lege til hjemmesykepleien om medisiner og felles pasienter. Merknad: Kriteriet og indikator kan også brukes under Rettferdige tjenester.
Konsensus	Kriteriet finnes i Australia og NZ. Omtale i rapport fra Helsetilsynet. **
Måling	Praksisbesøk, tilsyn fra Helsemyndighetene
Kriterium 2	Henvisningsskriv skal inneholde tilstrekkelig informasjon for å sikre optimal pasientbehandling
Indikator	Innhold i henvisningsskriv: <ul style="list-style-type: none"> – Personopplysninger. – Kort anamnese og funn. – Relevante tidligere sykdommer – Relevante supplerende undersøkelser – Problemformulering – Medisinliste
Konsensus	Australia, Danmark
Måling	Fra pasientjournaler?
Kriterium 3	Deltakelse i ansvarsgrupper
Indikator a	Leger deltar i ansvarsgruppemøter for sine faste pasienter, der dette er aktuelt.
Indikator b	Dokumentasjon i journal
Konsensus	Omtalt i Helsetilsynets ROS-rapport
Måling	Telle takst 14

**Helsetilsynet : Rapport om ROS i allmennlegetjenesten desember 2004:

- Angående samarbeid om legemiddelhåndteringen.

Når hjemmesykepleien er inne i bildet, forestår de ofte legemiddelutleveringen. Pasienter med kroniske sykdommer er ofte innlagt på sykehus og får stadig ordinert forskjellige nye medisiner. Hjemmesykepleien får medisinkort fra sykehuset, og legen mottar epikrise lenge etter utskrivelsen. Hvis ikke legen ajourfører sin medisinoversikt umiddelbart, vil det herske tvil om hva pasienten egentlig skal bruke. Manglende oversikt og enighet om legemiddelhåndteringen forekommer svært ofte. Risiko for svikt vil være stor.

Vedlegg 39

Område: Praksisorganisering	
Kvalitetsaspekt: Personalutvikling/ Kvalitetsforbedring	
Kriterium 1	Regelmessig trening i basal førstehjelp
Indikator	Alt personell i praksis får opplæring og årlig trening i basal førstehjelp.
Konsensus	England, Danmark. Helsetilsynet **
Måling	Praksisbesøk, sjekklister. Tilsyn fra Helsemyndighetene.
Kriterium 2	God tverrfaglig kommunikasjon
Indikator a	Det holdes regelmessige personalmøter for hele praksisteamet.
Indikator b	Det skrives referat fra møtene.
Konsensus	Australia, NZ
Måling	Praksisbesøk. Egenkontroll.
Kriterium 3	Praksis går inn for kvalitetssikring og kontinuerlig forbedring.
Indikator	Kontoret deltar i systematisk evaluering av data fra egen praksis.
Konsensus	Australia, NZ, Danmark, EPA
Måling	Eksempel: Deltakelse i NOKLUS-klinikk, SEDA, EPA Måling ved egenkontroll, i etterutdanningsgrupper, praksisbesøk

Rapport fra Helsetilsynet om ROS i allmennlegetjenesten desember 2004:

Svikt i håndtering av øyeblikkelig hjelp tilstander.

Det forventes at alle leger og personell ved legekantorene behersker livreddende førstehjelp i tilstrekkelig grad. Sannsynligheten er stor for at medarbeiderne ikke er skolert i livreddende førstehjelp. Sannsynligheten er liten for at leger i byene ikke har kompetanse i livreddende førstehjelp, men likevel middels for at legen ikke har god nok trening i å kunne gi adekvat hjelp. Risiko for svikt må derfor anses å være stor.

Vedlegg 40

Område: Praksisorganisering	
Kvalitetsaspekt: Praksissystemer/ Pasientbehandling	
Kriterium	Bruk av retningslinjer og faglig anerkjente metoder i pasientbehandlingen
Indikator	Tilgang til og bruk av NEL
Konsensus	Kriteriet finnes i Australia og NZ
Måling	Praksisbesøk. Tilsyn fra helsemyndighetene.

Helsetilsynets rapport om ROS i allmennlegetjenesten:

Manglende bruk av beslutningsstøtte og sviktende rutiner for kunnskapsinnhenting vil øke risikoen for feilvurderinger. Elektronisk journal åpner muligheter for oppdatering av elektronisk beslutningsstøtte. (NEL, NOKLUS diabetes, egne databaserte prosedyrer, internettbbruk med søkemotorer for faglitteratur etc)

Vedlegg 41

Område: Lege/pasientforholdet	
Kvalitetsaspekt: Informasjon og kommunikasjon med pasienten.	
Kriterium	Sykdomsinformasjon til pasienten
Kriterium	Rutiner for tilstrekkelig informasjon til pasienten, slik at han er i stand til å ta informerte beslutninger angående utredning og behandling. Pasienten skal også ha mulighet til å avslå informasjon og behandling. Inkluderer skriftlig informasjon og prosedyrer.
Indikator	Informasjon skal dokumenteres i pasientjournalen og inkluderes i <u>behandlingsplan</u> .
Konsensus	Finnes i Australia, NZ, Sverige
Måling	Dokumentasjon i journal. Egenkontroll.
Kvalitetsaspekt: Vurdering av lege/pasientforholdet	
Indikator	Gjennomført pasientundersøkelse ved bruk av spørreskjema siste 3 år, for eksempel POMA (PEQ 2000). Spørreskjema med 5 dimensjoner.
Konsensus	Bruk av spørreskjema til pas i Sveits (Swisspep) Tyskland (der Praxisspiegel), Nederland (Europep), Danmark (Danpep), England (GPAQ)
Måling	Praksisbesøk. Egenkontroll

Vedlegg 42

Område: Sikre tjenester	
Kvalitetsaspekt: Sikkerhet for pasientene.	
Kriterium 1	Rutiner for innhenting av bruker-erfaringer.
Indikator	Rutiner for klagebehandling.
Måling	Emne for tilsyn, dokument i internktr
Kriterium 2	Rutiner for registrering av feil og uønskede hendelser.
Indikator	Rutiner for innhenting og behandling av avviksmeldinger.
Måling	Emne for tilsyn, dokumentasjon i internkontroll.

-

Vedlegg 43 - Trinn 6 – siste forslag til indikatorer lagt fram for prosjektgruppa før endelig utvelgelse

Område: Praksisorganisering

Kvalitetsaspekt Kvalitetsforbedring og personalutvikling.	
Kriterium 1	Praksis går inn for kvalitetssikring og kontinuerlig forbedring.
Indikator 1.1	<i>Systematisk evaluering av data fra egen praksis</i>
Konsensus	Kriteriet finnes i Australia, NZ, Danmark, EPA
Måling/bruksområder.	Eksempel: Deltakelse i NOKLUS-klinikk, SEDA, EPA. Måling ved egenkontroll, i etterutdanningsgrupper, i praksisbesøk
Indikator 1.2	<i>Andel av legene i praksis, som er spesialister i allmenn-medisin.</i>
Kriterium 2	God kommunikasjon mellom alle medarbeidere i praksisteamet.
Indikator 2.1	<i>Det holdes regelmessige personalmøter for hele praksis-teamet.</i>
Indikator 2.2	<i>Det skrives referat fra møtene</i>
Måling/bruksområder	Internt i praksis: Møtereferater. Praksisbesøk.

Kvalitetsaspekt: Tilgjengelighet og prioritering	
Kriterium 1	Praksis har en telefontilgjengelighet som møter behovet.
Indikator	<i>Andel besvarte telefonoppringninger innen en viss tid</i>
Konsensus	Kriteriet finnes i England, Australia, NZ, Sverige
Måling	Kan måles via Televerket. Pasientspørreundersøkelser.
Kriterium 2	Ventetid på time
Indikator: -valg A	<i>Tid til 3. neste ledige time</i>
-valg B	<i>Tid fra bestilt time til konsultasjon.</i>

Område: Praksisorganisering

Kvalitetsaspekt: Samarbeid med andre instanser i helsevesenet	
Kriterium 1	Gode rutiner i samarbeidet med andre nivå i primærhelsetjenesten.
Indikator	<i>Rutiner for overføring av informasjon fra lege til hjemmesykepleien om medisiner av felles pasienter.</i>
Konsensus	Kriteriet finnes i Australia og NZ. Omtale i rapport fra Helsetilsynet i Norge om ROS.
Måling/bruksområder	IK i praksis. Praksisbesøk. Tilsyn fra helsemyndighetene. Brev til hjemmesykepleien kan trekkes ut fra EPJ via korrespondanselogg, men utskrift av faste medisiner registreres ikke.
Kriterium 2	Henvisningsskriv skal inneholde tilstrekkelig informasjon for å sikre pasienten optimal behandling.
Indikator:	<i>Innhold i henvisningsskriv:</i> – Personopplysninger

	<ul style="list-style-type: none"> - Kort anamnese og funn ved klinisk undersøkelse - Relevante tidligere sykdommer - Resultat av relevante supplerende undersøkelser - Problemformulering - Medisinliste
Konsensus	Australia, Danmark
Måling	Mulig å trekke ut fra EPJ, men for å si noe om kvaliteten av en henvisning, må det gjøres omfattende tekstanalyse. Dette kan være mulig.

Område: Pasientsikkerhet.

Kvalitetsaspekt: Sikre tjenester	
Kriterium 1	Bruk av retningslinjer og faglig anerkjente metoder i pasientbehandlingen.
Indikator	<i>Praksis kan vise at de har tilgang til og bruker dokumenterte retningslinjer og prosedyrer i behandling av pasienter.</i> Eksempler: NEL, Prosedyrepermen for Telemark, NSAMs retningslinjer for diabetesbehandling.
Konsensus	Kriteriet finnes i Australia, NZ.
Måling/bruksområder	Internt i praksis, praksisbesøk.
Kriterium 2	Rutiner for registrering av feil og uønskede hendelser.
Indikator	<i>Rutiner for innhenting og behandling av avviksmeldinger</i>
Konsensus	England, NZ, Australi, EPA
Måling/bruksområder	Dokumentasjon i IK, tilsyn fra helsemyndighetene. Praksisbesøk.
Kriterium 3	Sikker og forsvarlig behandling og lagring av pasientjournaler.
Indikator	<i>Årlig gjennomgang av TrinnVis</i>
Måling/bruksområder	Sjekkliste. Dokumentasjon i IK. Tilsynsbesøk. Praksisbesøk.

Område: Rettferdige tjenester

Kvalitetsaspekt: Rettferdighet for pasienten	
Kriterium 1	Deltakelse i møter i tverrfaglige fora som ledd i behandling av den enkelte pasient.
Indikator	<i>Legen deltar i ansvarsgruppemøter og basismøter for sine faste pasienter, der dette er aktuelt.</i>
Konsensus	Omtales i Helsetilsynets ROS-rapport
Måling	Telle RTV-takst 14.
Kriterium 2	God tilgjengelighet for rullestolbrukere.
Indikator	<i>De bygningsmessige forhold i praksis er slik at rullestolbrukere har lett tilgang til legekantoret</i>
Konsensus	Australia, NZ, EPA
Måling/bruksområder	Tilsynsbesøk. Praksisbesøk.

Område: Lege/pasientforholdet.

Kvalitetsaspekt: Informasjon og kommunikasjon med pasienten.	
Kriterium 1	Sykdomsinformasjon til pasienten
Indikator 1	<i>Rutiner for tilstrekkelig informasjon til pasienten, slik at han er i stand til å ta informerte beslutninger om utredning og behandling. Pasienten skal også ha mulighet til å avslå informasjon og behandling.</i>
Indikator 2	<i>Informasjon til pasienten skal dokumenteres i journalen og inkluderes i behandlingsplan.</i>
Konsensus	Kriteriet finnes i Australia, NZ, Sverige
Måling/bruksområder	Dokumentasjon i pasientjournal. Egenkontroll, evt journalgjennomgang ved praksisbesøk. Måling: Kan ikke trekkes ut automatisk fra EPJ. Eget felt for behandlingsplan inngår ikke i EPJ. Føres svært ulikt i dag.
Kriterium 2	Rutiner for innhenting av brukererfaringer.
Indikator	<i>Praksis har rutiner for innhenting og behandling av klager fra pasientene.</i>
Konsensus	England, Australia, NZ, EPA
Måling/bruksområder	Dokumentasjon i IK, praksisbesøk, tilsyn fra Helsemyndighetene

Område: Kronisk sykdom. Organisatoriske indikatorer.

Kvalitetsaspekt: Journalkvalitet.	
Kriterium	Systematisk og oppdatert journal for pasienter med kronisk sykdom.
Indikator	<i>Kroniske diagnoser er registrert i journalen. Oppdatert medisinliste finnes i journalen.</i>
Konsensus	Kriteriet finnes i England, Australia, Equips journalprosjekt Omtalt i Helsetilsynets rapport om ROS i allmennlegetjenesten i desember 2004.
Måling/bruksområder	Egenmåling. Journalgjennomgang ved praksisbesøk. Automatisk uttrekk av indikatorene fra EPJ er mulig, men kvaliteten på indikatorene er vanskelig å bedømme. Siste dato for oppdatering kan finnes, og medikamenter kan sjekkes mot resepter.

Område: Kronisk sykdom. Kliniske indikatorer.

Kvalitetsaspekt: Diabetes mellitus.	
Indikator 1	<i>Det finnes en individuell behandlingsplan med individuelle behandlingsmål hos pasienter med diabetes, som behandles i praksis.</i>
Konsensus	Norge, Sverige, Danmark
Måling	Dokumentasjon i pasientjournalen.

Indikator 2	<i>Alle pasienter med diabetes gjennomgår en årskontroll etter spesifikasjon i nsams handlingsprogram.</i>
Måling	Dokumentasjon i pasientjournalen. Kan måles i NOKLUS-programmene.

Område: Akutt sykdom. Organisatoriske indikatorer.

Kvalitetsaspekt: Tilgjengelighet og prioritering	
Kriterium 1	System i praksis for å sikre hjelp ved akutte tilstander.
Indikator	<i>Praksis har et fleksibelt avtalesystem.</i>
Konsensus	Kriteriet finnes i Australia, NZ, England, EPA, Helsedataprojektet. Omtalt i ROS-analyse i Helsetilsynet.
Måling/bruksområder.	Måling: Andel kontakter med time samme dag. (Ikke identisk med Øhj, men beskriver indirekte kapasiteten for Øhj) Bruksområde: Egenkontroll, praksisbesøk, tilsyn fra helsemyndighetene.
Kriterium 2	Regelmessig trening i basal førstehjelp.
Indikator	<i>Alt personell i praksis får opplæring og årlig trening i basal førstehjelp.</i>
Konsensus	England, Danmark, ROS-rapport fra Helsetilsynet
Måling/bruksområder	Egenkontroll, sjekklister, dokumentasjon i IK. Praksisbesøk. Tilsyn fra helsemyndighetene.

Område: Akutt sykdom. Kliniske indikatorer.

Kvalitetsaspekt: Sår hals	
Kriterium 1	God diagnostikk.
Indikator	<i>Foreligger positiv Strep-A-test eller oppfylles kliniske kriterier for GAS-infeksjon når antibiotika er gitt?</i>
Konsensus	Norge (SATS, retningslinjer i NEL), Sverige, USA.
Måling/bruksområder.	Dokumentasjon i journal.
Kriterium 2	Riktig behandling og rett bruk av antibiotika
Indikator	<i>Andel av pasientene som er behandlet med antibiotika, som har fått behandling med penicillin V.</i>
Konsensus	Norge, Sverige
Måling/bruksområder	Dokumentasjon i journal. Kan måles ved automatisk uttrekk fra EPJ
Kvalitetsaspekt: Nedre UVI hos kvinner > 18 år	
Kriterium 1	Rett diagnose

Indikator	<p><i>Anamneseopptak på typiske symptomer på cystitt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dysuri • Pollakisuri • Evt hematuri • Varighet <p><i>Anamneseopptak på symptomer på øvre UVI</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Feber • Nedsatt allmenntilstand • Flankesmerter • Sykdomfølelse
Konsensus	Norge, Sverige, USA.
Måling/bruksområder.	Dokumentasjon i journal.
Kriterium 2	Riktig behandling
Indikator	<i>Ved typiske symptomer på ukomplisert cystitt kan kvinnen få tilbud om behandling uten forutgående urinundersøkelse, med definerte unntak.</i>
Konsensus	Norge , Sverige, USA
Måling/bruksområder	Dokumentasjon i journal. Kan måles ved automatisk uttrekk fra EPJ
Kriterium 3	Riktig behandling
Indikator	<i>3 dagers varighet av behandling med antibiotika ved nedre UVI hos ikke-gravide kvinner.</i>
Konsensus	Norge, Sverige, USA
Måling/bruksområder	Dokumentasjon i journal. Kan måles ved automatisk uttrekk fra EPJ