

Norske og internasjonale tilnærminger til arbeid med kvalitet i allmennlegetjenesten

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 3-2010

Kartlegging

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004, St. Olavs plass

N-0130 Oslo

(+47) 23 25 50 00

www.kunnskapssenteret.no

Rapport: ISBN 978-82-8121-328-9 ISSN 1890-1298

nr 3-2010



 **kunnskapssenteret**
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Tittel	Norske og internasjonale tilnærminger til arbeid med kvalitet i allmennlegetjenesten
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Lindahl Anne Karin (ed) Bjertnæs Øyvind Flottorp Signe A Nyen Bjørnar Nylenna Magne Reinar Liv Merete Ringgard Ånen Røttingen John-Arne
ISBN	978-82-8121-328-9
ISSN	1890-1298
Rapporttype	Kartlegging
Antall sider	38
Oppdragsgiver	Helse- og omsorgsdepartementet
Nøkkelord	Kvalitetssystem, allmennlegetjeneste

Sitering Lindahl Anne Karin (ed), Bjertnæs Øyvind, Flottorp Signe A, Nyen B, Nylenna M, Reinar, Røttingen John-Arne.
Norske og internasjonale tilnærminger til arbeidet med kvalitet i allmennlegetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 3-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, januar 2010

Innhold

BAKGRUNN	5
Innledning	
Commonwealth Found-undersøkelsen – Hovedfunn og faglig utgangspunkt	5
Samhandlingsreformen, Stortingsmelding nr 47	6
Bedre samhandling for pasienter med kroniske sykdommer	7
PLANLAGTE PROSJEKTER INNEN KVALITETSMÅLING?	10
Innledning	10
Brukererfaringsundersøkelser	10
Nasjonalt rammeverk for kvalitetsmåling – beskrivelse av prosjektet	12
KVALITETSUTVIKLING I ALLMENNMEDISINEN - NORSKE ERFARINGER	12
Spesialisutdanningen i allmennmedisin	12
Kvalitetssikringsfondene	12
Allmennmedisinsk Forskningsforbund	13
Legeforeningens satsning på allmennmedisinsk kvalitetsarbeid	13
Strategi for kvalitetsutvikling i allmennmedisinsk forskning og kvalitetsarbeid	13
Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK)	16
Kommunesektorens interesse – og arbeidsgiverorganisasjon KS	16
Helsedirektoratet	16
Nasjonale kompetansesentra	17
Allmennmedisinske forskningsenheter	17
Pågående initiativ og prosjekter	17
Prosjektet ”Forskningsbasert etterutdanning og kvalitetsforbedring i allmennpraksis” (FEK)	18
SEDA – Sentrale data for allmenlegetjenesten 2004-2006	19
Praksiskonsulentordningen (PKO)	21
Utvikling av kvalitetsindikatorer i allmennpraksis - pilot	20
INTERNASJONALE ERFARINGER OG TRENDER	21
World health report 2008: Primary Health Care – Now More than ever	21
Reformer for å styrke primærehelsetjenesten – en internasjonal trend	22
Internasjonale erfaringer – kvalitetsarbeid i allmennmedisin	23
Trender i internasjonal primærmedisin	24
KUNNSKAP OG KUNNSKAPSSTØTTE	28
Felles kunnskapsressurser	28
Retningslinjer og beslutningsstøtte	29
Kompetansebygging i kunnskapshåndtering	30
Kunnskapsbasert praksis	30
Kompetanse i lokal kvalitetsforbedring	31
OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	33

REFERANSER

34

ANDRE AKTUELLE RESSURSER/KILDER:

37

Forord

Det vises til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 4.12.2009. Helse- og omsorgsdepartementet ber i sitt brev Kunnskapssenteret om å vurdere hovedfunnene i Commonwealthrapporten 2009 om allmennlegers syn på praksis og nasjonale helsesystemer, sett i lys av internasjonal utvikling på området. Stortingsmelding 47 om Samhandlingsreformen skal også legges til grunn. Kunnskapssenteret bes om å komme med anbefalinger om og forslag til prosess for hvordan rapporten kan følges opp gjennom ordninger for kvalitetsutvikling i allmennmedisinen.

Flere perspektiv kan legges til grunn for utviklingen av ordninger for kvalitetsutvikling i allmennlegetjenesten, som til sammen vil utgjøre et kvalitetssystem i allmennlegetjenesten. En vil anta et slikt system både skal favne tjenesteyterne, tjenestemottakerne, og også vareta et myndighetsperspektiv.

Allmennlegenes virksomhet er en del av det totale kommunale helse- og omsorgstilbudet. I forhold til kvalitetsutvikling, vil det være nødvendig på sikt å se på alle elementene av kommunehelsetjenesten samlet og i et helhetsperspektiv. På bakgrunn av Commonwealthundersøkelsen er det nå spesielt kvalitetsutvikling i allmennlegetjenesten Kunnskapssenteret er bedt om å komme med anbefalinger om. Det er naturlig å tenke at den øvrige kommunehelsetjenesten dermed kommer med i en senere prosess.

I det følgende ser vi på bakteppet for oppdraget, vi går gjennom hovedresultatene i Commonwealthrapporten, holder det opp mot de pågående prosesser i Samhandlingsreformen, skisserer hva som er gjort i Norge på feltet og hvilke erfaringer vi har fra dette, samt analyserer noen relevante internasjonale erfaringer og trender. Vi trekker fram behovet for kunnskap og kunnskapsstøtte i arbeidet. Dokumentet inneholder den kunnskap og informasjon som ligger til grunn for vårt forslag til mandat og prosess for ordninger for kvalitetsutvikling i allmennlegetjenesten, som oversendes Helse- og omsorgsdepartementet i et eget brev.

Bakgrunn

Commonwealth Fund-undersøkelsen – hovedfunn og faglig utgangspunkt

I 2009 deltok Norge for første gang i Commonwealth Funds internasjonale helsesystemundersøkelse. Undersøkelsen ble gjennomført våren 2009 i elleve land: USA, Italia, Canada, New Zealand, Australia, Storbritannia, Tyskland, Nederland, Frankrike, Sverige og Norge (Schoen 2009, Holmboe 2009). I 2009 var det allmennleger i de enkelte land som vurderte hvor godt nåværende helsesystem fungerer. Både egen praksis og samhandling med spesialisthelsetjenesten ble vurdert.

Undersøkelsen viste at Norge har dårligere resultater på undersøkelsens hovedområder enn både de europeiske landene og alle landene samlet. Dette gjelder områdene koordinering, kvalitetsmåling og kvalitetsvurdering, generering av lister, insentiver, tilgjengelighet og elektronisk funksjonalitet. Det området Norge relativt sett har dårligst resultater på, er rutiner for kvalitetsmålinger og kvalitetsvurderinger. For eksempel var det kun 5 % av fastlegene som oppgir å ha rutiner for å motta og gjennomgå data om pasienters erfaringer og tilfredshet med behandlingen, og på samme måte har bare hver fjerde fastlege rutiner for å motta og gjennomgå data om kliniske resultater. Tilsvarende tall for Europa er henholdsvis 50 % og 60 % og for Sverige 80 % og 72 %. Et annet område som Norge relativt sett fikk dårligst resultater på, gjaldt legenes oppfatning av journalsystemenes mulighet til å generere ulike typer informasjon om pasientene, for eksempel lister over pasienter etter diagnose. Det var kun 4 % av fastlegene i Norge som mente det var lett å generere fire typer informasjon, mot 26 % for Europa og 24 % for alle landene samlet.

Det var også flere positive resultater for Norge. Norske fastleger er i hovedsak mer fornøyd med helsevesenet og egen arbeidssituasjon enn primærleger i andre land. For eksempel rapporterte 57 % av fastlegene i Norge at helsevesenet fungerer ganske bra, mot 40 % i Europa og 34 % i alle landene samlet. Hele 90 % av fastlegene i Norge var svært fornøyd eller fornøyd med å arbeide som lege, tilsvarende tall var 75 % for Europa og 72 % for alle landene.

Spørreskjemaet som er benyttet i undersøkelsen, er primært utviklet i USA. Det vil alltid være en diskusjon om bruken av skjemaer fra andre land er relevant andre steder, og om de verdier som ligger til grunn for spørsmålene stemmer overens med andre lands verdier. Det var utenfor undersøkelsens ramme å operasjonalisere hva god kvalitet betyr i Norge og sammenholde dette med skjemaets innhold. Når resultater i undersøkelsen beskriver som "dårligere" enn andre, betyr dette i forhold til de standarder og verdier som ligger i spørreskjemaet. Dette er et viktig aspekt som bør tas inn i tolkningen av resultatene fra undersøkelsen, i tillegg til vurderinger av organisatoriske og andre kulturelle forhold.

De relativt entydige resultatene på noen av områdene indikerer at det er behov for å gjennomføre noen endringer i Norge. Kunnskapssenterets vurdering er at det særlig gjelder å etablere systemer for at fastlegene skal kunne måle og få tilbakemelding om sin kliniske praksis og pasientenes erfaringer for å kunne drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid, og for at myndighetene kan følge med på kvaliteten i allmennmedisinen. Det er dessuten behov for forbedringer knyttet til informasjonsflyt mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten, og mellom fastlegene og andre aktører i kommunehelsetjenesten. En faglig funksjonell og brukervennlig elektronisk pasientjournal er et viktig verktøy. Dette er områder som samhandlingsreformen har som mål å forbedre.

Samhandlingsreformen, Stortingsmelding nr 47

"Rett behandling – på rett sted – til rett tid" er undertittelen på St.medl.nr.47 (2008-2009) om samhandlingsreformen. Utgangspunktet for reformen er tre utfordringer, nemlig at:

- pasientbehandlingen i Norge ikke koordineres godt nok
- det satses for lite på forebygging
- utviklingen i demografi og sykkelighet truer bærekraften i den offentlige helsetjenesten

Målet med reformen er å sikre pasientene helhetlige helsetjenester av god kvalitet på tvers av nivåene i helsevesenet, samtidig som de samfunnsøkonomiske sider ved tjenestene ivaretas.

Et av de viktigste tiltakene i reformen er det som kalles en "ny framtidig kommunerolle": "Kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken vurderes endret slik at de i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpene tidlige faser. Kommuner med større kompetanse for helse- og omsorgstjenesten gis også bedre forutsetninger for å svare på kravene fra pasienter med kroniske sykdommer" (s. 15).

Mer ansvar for og utførelse av helsetjenester flyttes til kommunene. Både systemendringer og faglige funksjoner beskrives. Blant de siste eksemplifiserer stortingsmeldingen:

- Kommunale lærings- og mestringstjenester
- Tidlig intervensjon (for eksempel ved diabetes type 2, demens, rus)
- Tverrfaglige team
- Behandling før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse (inkludert etterbehandling og rehabilitering).

Dette fordrer både økt faglig kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Og først og fremst fordrer det en ideologisk endring så vel i helsevesenet som i samfunnet for øvrig. Pasienter flest skal ha sin "behandlingstilørighet" i kommunehelsetjenesten og kun unntaksvis og ved behov tas hånd om i spesialisthelsetjenesten. "Midlertidig utskrevet til sykehus", som noen har karakterisert disse avgrensede periodene i et sykdomsforløp.

I tråd med tradisjonen om at fagmiljøer selv har ansvar for sin kvalitetssikring og -utvikling, stiller dette store krav til en faglig opprustning.

Dette inkluderer:

- En tverrfaglig kvalitetsstrategi for kommunehelsetjenesten
- Skreddersydde videre- og etterutdanningsprogrammer for alle faggrupper

- Utvikling og tilgjengeliggjøring av kunnskapsressurser
- Etablering av fysiske og virtuelle tverrfaglige møteplasser for de ulike behandlingsnivåer
- Systematiske evalueringer og brukerundersøkelser
- Nødvendige administrative og strukturelle endringer

Bedre samhandling for pasienter med kroniske sykdommer

Kunnskapssenteret utarbeidet høsten 2008 på oppdrag fra HOD et notat om hvordan den norske helsetjenesten kan reformeres for å oppnå bedre samhandling om helsetjenester for mennesker med kroniske sykdommer, som en del av arbeidet med Samhandlingsrapporten (Oxman 2009). Notatet er basert på systematiske oversikter over effekten av ulike tiltak for å levere, finansiere og lede helsetjenestene til pasienter med kroniske sykdommer.

Hovedbudskapene fra oppsummeringen av de systematiske oversiktene var:

- Mangelfull samhandling kan påvirke kvalitet og effektivitet i helsetjenesten, tilgjengelighet til, deltagelse i og tilfredshet med behandling og helsemessige utfall for kronisk syke pasienter. Det er imidlertid sparsomt med data i Norge som kan gi et grunnlag for å beregne hvor stort problemet er eller avklare de underliggende årsakene til mangelfull samhandling i norsk helsetjeneste.
- En rekke forandringer kan tenkes gjennomført i forhold til hvordan helsetjenester blir levert, finansiert og ledet, for å forbedre samhandling for personer med kroniske sykdommer, men effektene er usikre. Evaluering er kritisk når slike forandringer blir gjennomført.
- Bruk av en helhetlig modell for håndtering av kronisk sykdom og programmer for sykdomshåndtering kan, alene eller i kombinasjon, forbedre kvalitet av behandling, kliniske utfall og ressursbruk i helsetjenesten, men effektene er ikke konsistente og en rekke hindringer kan begrense bruken.
- Virkningene av måter å organisere leveringen av tjenester på, som er dokumentert effektive (f. eks. opplæring av pasienter og helsepersonell, motiverende rådgiving, tilbakemelding, påminnere og tverrfaglig teamarbeid) er generelt beskjedne, men viktige. Virkningen av andre ordninger (som f. eks. behandlingslinjer, pasientkoordinator (case management) og delt behandlingsansvar (shared care) er usikker.
- Målrettede finansielle insentiver for å oppnå spesifikke forandringer i måten helsetjenestene blir levert på, vil sannsynligvis påvirke individuell atferd på avgrensede områder på kort sikt. Det er mindre sannsynlig at de fører til varige endringer, og de kan ha utilsiktede effekter; de kan motivere til utilsiktet atferd, fordreining, triksing, utvelgelse av de enkleste pasientene og byråkratisering. Derfor krever de omhyggelig planlegging, gjennomføring og overvåking.
- På samme måte vil forandringer i betalingsordninger for klinikere og institusjoner, for å utjevne de iboende begrensningene, kreve omhyggelig planlegging og overvåking. Et langsiktig perspektiv med kontinuerlige justeringer vil ha større sannsynlighet for å bli vellykket, enn dramatiske forandringer ”en gang for alle”.
- Det er ikke dokumentasjon for at én ledelsesmodell er bedre enn andre. Spesifikke strukturer er imidlertid sannsynligvis påkrevet på ulike nivåer for å forbedre samhandlingen:
 - Et system for klinisk styring og ledelse (clinical governance) for både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
 - Styrer eller råd på lokalt nivå som fører detaljert oversikt og overvåker både primær- og spesialisthelsetjenesten.

- Et regionalt råd som samordner de ulike lokale nettverkene i regionen.
- En sentral/nasjonal struktur som fastsetter generelle faglige og prosessuelle standarder, som de regionale og de lokale rådene er ansvarlige for å slutte seg til og gjennomføre.
- Involvering av brukere og interessegrupper i ordningene for klinisk styring og ledelse på alle nivåer er en strategi for å oppnå bedre samordning og andre mål for helsetjenesten, og dessuten et mål i seg selv, men det er lite dokumentasjon for hvordan dette best kan oppnås.
- Det er mange forhold som motvirker organisatoriske og faglige forandringer. Enkle måter å gjennomføre forandringer på vil derfor ha liten sjanse for å lykkes. Det er mer sannsynlig at forandringen vil skje gradvis og over tid, og kreve stadig oppmerksomhet og oppfølging.

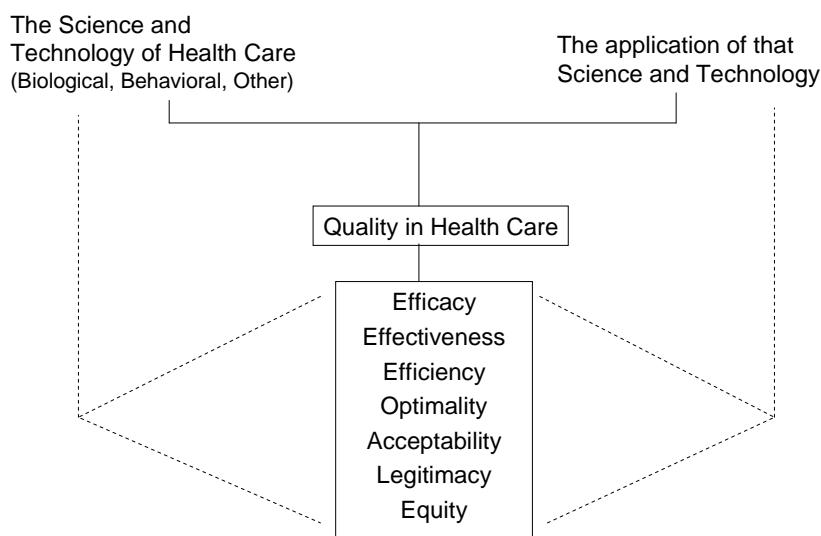
Det er mange verktøy som kan være nyttige ved gjennomføring av organisatoriske forandringer, inkludert analytiske modeller, verktøy for å vurdere om eller hvorfor forandring er nødvendig, som en SWOT-analyse, og verktøy for å lage forandringer, slik som organisasjonsutvikling og prosjekthåndtering. Det er imidlertid nesten ingen dokumentasjon av effektene av disse metodene.

Planlagte prosjekter innen kvalitetsmåling

Innledning

Et nasjonalt kvalitetssystem skal ha mulighet til å vurdere sammenhengen mellom vitenskapelig og teknisk tilgjengelig kunnskap og ytelsene i helsetjenesten. I figur 1 er det gitt et eksempel på hvordan et slikt helhetlig kvalitetssikringssystem kan beskrives. Ifølge Donabedians teorier er tjenestekvaliteten et produkt av to faktorer: den ene er den *vitenskapelige og teknologiske* delen av helsetjenesten, den andre den *praktiske anvendelsen* av denne empiriske kunnskapen og teknologien (Donabedian 2003).

Components of Quality in Health Care



Figur 1 (etter Avedis Donabedian). Elementene i et kvalitetssystem

Brukererfaringsundersøkelser

Pasienters erfaringer og tilfredshet er en viktig del av kvaliteten på helsetjenesten (Donabedian 1988, Kelley et al. 2006). Både kvalitetsindikatorprosjektene i OECD og Nordisk ministerråd har brukererfaringer som et helt sentralt fokusområde, og også EU understreker dette i sitt konseptuelle kvalitetsrammeverk. I Norge framheves viktigheten av systematisk kart-

legging og bruk av pasienters erfaringer som grunnlag for kvalitetsforbedring, styring og sykehusvalg både i Nasjonal helseplan og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Brukererfaringer kartlegges systematisk gjennom lokale eller nasjonale undersøkelser i Norge. Disse undersøkelsene danner blant annet grunnlaget for kvalitetsindikatorer i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Til tross for at brukerundersøkelser har vært forskriftsfestet i flere år er det få fastleger som gjennomfører systematiske målinger av pasienters erfaringer. Commonwealth Fund undersøkelsen i 2009 oppga kun 5 % av norske fastleger at de har rutiner for å motta og gjennomgå data om pasienters erfaringer og tilfredshet med behandlingen. Dette er annerledes enn i spesialisthelsetjenesten hvor Kunnskapssenteret har gjennomført en rekke nasjonale brukererfaringundersøkelser de siste årene.

Kunnskapssenteret har nylig startet arbeidet med brukererfaring med allmennleger. Det er foretatt en kartlegging av instrumenter for måling av pasienterfaringer med allmennleger. Kartleggingen viste at det er et godt grunnlag for å videreutvikle en metode for å måle pasienters erfaringer med allmennleger i Norge. Allmennmedisinsk forskningsenhet på Unifob Helse/Universitetet i Bergen har bestilt et prosjekt som skal utvikle og teste metoder for å måle pasienterfaringer med norske fastleger fra Kunnskapssenteret, og forskningsenheten og Kunnskapssenteret er nå i dialog om dette prosjektet.

Framtidige nasjonale målinger kan bygge på metodene fra utviklingsprosjektet, men det er viktig å raskt definere formålet med nasjonale pasienterfaringundersøkelser med fastleger. Kunnskapssenterets brukererfaringundersøkelser har følgende formål:

1. Samfunnsmessig legitimering og kontroll: for å gi allmennheten innsikt i helsetjenestens ytelser i samfunnsmessig og helsepolitisk sammenheng
2. Virksomhetsstyring: som verktøy for styring og ledelse i helsetjenesten
3. Faglig kvalitetsforbedring: som verktøy for kvalitetsforbedringsarbeid i helsetjenesten
4. Støtte til forbrukervalg: som informasjonskilde for pasienter og helsepersonell i valg mellom leverandører av helsetjenester

Punkt 4 forutsetter at det framskaffes tall på institusjonsnivå, og også punkt 2 og 3 krever tall på lavest mulig nivå for å kunne oppfylle formålet. Vurdert i forhold til fastleger antar vi at det er fastlegenivå som er det mest hensiktsmessige rapporteringsnivået når det gjelder virksomhetsstyring og kvalitetsutvikling. Tilsvarende når det gjelder forbrukervalg, og Kunnskapssenteret legger til grunn at informasjon som framskaffes gjøres offentlig tilgjengelig. Å framskaffe robuste brukererfaringstall for den enkelte fastlege vil kreve et solid vitenskapelig forarbeid, noe som planlegges i utviklingsprosjektet som ble nevnt ovenfor.

Kunnskapssenteret har en nasjonal funksjon når det gjelder brukererfaringundersøkelser, og har derfor nødvendig infrastruktur, erfaring og kompetanse til å gjennomføre nasjonale målinger også på fastlegeområdet. Forutsatt rask beslutning, juridiske tillatelser og tilstrekkelige ressurser antar vi at vi kan framskaffe nasjonale brukererfaringstall på fastlegenivå mot slutten av 2011. Det vil i så fall bli laget egne resultatrapporter, tallene vil inngå i Kunnskapssenterets statistikkbank, og tallene bør også integreres med andre indikatorer i et ev. nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for fastleger.

Nasjonale brukererfaringsundersøkelser er et supplement til lokale brukerundersøkelser. Commonwealth Fund undersøkelsen viste at en del fastleger gjennomfører lokale undersøkelser, og NFAs referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid har arbeidet med implementering av brukerundersøkelser på fastlegekontoret. Det vil ikke være de samme vitenskapelige krav til lokale undersøkelser som nasjonale. I lokale undersøkelser kan det være behov for egne spørsmål og det kan være aktuelt med kvalitative undersøkelser. Dette må vurderes lokalt ut fra hva som er formålet med undersøkelsen.

Nasjonalt rammeverk for kvalitetsmåling – beskrivelse av prosjektet

Norske helsemyndigheter har anerkjent et behov for å utvikle et overordnet rammeverk som både dekker spesialist- og kommunehelsetjenesten, og at man i arbeidet med utviklingen også ivaretar hensynet til de internasjonale samarbeidsprosjektene som Norge deltar i på dette området (bl.a. EU, OECD, WHO og Nordisk Ministerråd). Det er etablert et prosjekt for å få på plass et slikt rammeverk, og det er planlagt avsluttet i løpet av første del av 2010.

Prosjektet skal, i tillegg til faglige vurderinger, synliggjøre hvor det er nødvendig å foreta ulike verdivalg. Et eksempel på dette er hvilket perspektiv som bør legges til grunn for målingene. Skal man primært fokusere på tjenesteyterne, på tjenestemottakerne, eller bør målingene helst foretas ut fra et myndighetsperspektiv? Det sistnevnte perspektivet kan også innebefatte samfunnsøkonomiske vurderinger for å ivareta ulike styrings- og kontrollbehov. Hva man velger vil også ha betydelige konsekvenser for hva som bør være metode for datainnhenting og analyse. Et annet eksempel er hvordan man bør prioritere hvilke komponenter av tjenestekvaliteten som primært skal overvåkes (det kan f.eks. være: pasientsikkerhet, resultatoppnåelse, involvering eller tilgjengelighet). Likeledes vil fastsettelse av hvilket nivå man skal presentere resultater på, innebære ulike verdimeslige valg. Også valgene knyttet til fastsettelse av faglige og vitenskapelige kriterier for indikatorene vil i noen tilfeller innebære vanskelige prioriteringer. Hvordan resultatene av målingene best bør presenteres for å kunne brukes optimalt, vil også i stor grad avhenge av den type valg som er skissert ovenfor.

Kvalitetsutvikling i allmennmedisinen - norske erfaringer

Vi har her oppsummert kort aktuelle tidligere og pågående prosjekter og initiativ for kvalitetsutvikling i allmennmedisin i Norge. Som det går fram, har det særlig vært det allmennmedisinske fagmiljø i Den norske Legeforening som har vært pådriver i kvalitetsutviklingsarbeidet som har pågått i Norge til nå.

Spesialistutdanningen i allmennmedisin (videre- og etterutdanning).

En god grunn-, videre- og etterutdanning er avgjørende for å få kompetente allmennleger som kan levere tjenester av høy kvalitet. Allmennmedisin har vært en legespesialitet siden 1986. Allmennlegen må resertifisere sin spesialitet hvert femte år. Det er nødvendig med kontinuerlig videre- og etterutdanning standardisert ved spesifikke krav for å oppnå og beholde spesialiteten i allmennmedisin. Ingen andre legespesialiteter har foreløpig et slikt krav til resertifisering. Videre- og etterutdanningen følger regelverket i spesialistreglene i allmennmedisin som igjen bygger på "Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for allmennmedisin" (Den norske legeforening 2009a).

Kvalitetssikringsfondene

Alment praktiserende lægers forening tok initiativet til *Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring av legetjenester utenfor sykehus* som ble opprettet etter avtale mellom Staten, Kommunenes Sentralforbund og Den norske legeforening i 1991. Hensikten med fondet var å sikre høy kvalitet i utøvelse og drift i legepraksis. Fra 2009 er fondene for legetjenester i og utenfor sykehusene slått sammen til ett fond med betegnelsen Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Fond for kvalitet og pasientsikkerhet). I 1997 ble laboratedelen skilt ut i et eget fond: *Den norske legeforenings fond for kvalitetssikring av laborativ virksomhet utenfor sykehus*, som yter tilskudd til NOKLUS. Nittini prosent av landets legekantor som har laboratorium, deltar i NOKLUS.

I følge årsmelding for Kvalitetssikringsfond I og II fra 2008 var det siden etableringen avsatt 232,4 millioner kroner til kvalitetssikringsfondene. Siden starten var det bevilget midler til 325 prosjekter i primærhelsetjenesten og til 362 prosjekter i spesialisthelsetjenesten.

Allmenntedisinsk Forskningsforbund

I normaltariiforhandlingene i 2006 mellom Staten, KS og RHF' ene på den ene siden og Legeforeningen på den andre siden ble det protokollert rammer for etablering av Allmenntedisinsk forskningsfond fra 2007.

Legeforeningens satsning på allmenntedisinsk og kvalitetsarbeid

Legeforeningen har utgitt rapporten "Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet. Styrking av allmenntedisin og fastlegeordning frem mot år 2020." for å inspirere arbeidet med utviklingen av kommunehelsetjenesten, allmenntedisinen og fastlegeordningen (Den norske legeforening 2009 b).

Legeforeningen understreker at det er behov for en kraftig satsning på allmenntedisinsk forskning og kvalitetsarbeid, og foreslår opprettelse av et nasjonalt senter for allmenntedisinsk kvalitetsutvikling – SAK – i samarbeid med offentlige myndigheter. Legeforeningen foreslår også at alle som arbeider som fastleger må videreutdanne seg til spesialister i allmenntedisin, for å bygge opp god fagutvikling og rekruttering. Legeforeningen går inn for at nye fastleger uten spesialitet i allmenntedisin bør være under utdanning til å bli spesialist i allmenntedisin og at de må ha kvalitetssikret veiledning av spesialist i allmenntedisin (Den norske legeforening 2009b)

Videre vektlegger rapporten fastlegenes engasjement i forebyggende helsearbeid og behovet for utvikling av det offentlige legearbeidet, noe som ifølge Legeforeningen krever at man vil investere i høy samfunns- og allmenntedisinsk kompetanse og ledelse i alle kommuner.

Strategi for kvalitetsutvikling i allmenntedisinsk forskning og kvalitetsarbeid

Allmenntedisinsk kvalitetsutvalg (KUP), et utvalg i Norsk forening for allmenntedisin, NFA, i Den norske legeforening, har vedtatt en strategi for kvalitetsutvikling i norsk allmenntedisin: "Trygg hos fastlegen og på legevakta" (Den norske legeforening 2009c).

Strategien tar utgangspunkt i at fastlegeordningen videreføres med en kapasitetsøkning, og at allmenntedisinsk legevakt reorganiseres i tråd med forslag i Handlingsplan for legevakt om reorganisering og betydelig opprustning av kommunal legevakt (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin 2009).

KUP's strategi tar videre utgangspunkt i en situasjonsbeskrivelse der et stort flertall i følge ulike brukerundersøkelser er fornøyd med legen sin. Produksjonen i norsk allmenntedisin er høy, med i alt ca. 13 mill. konsultasjoner i kommunehelsetjenesten i 2006. Samtidig er det kapasitetsproblemer som relateres til økende gjennomsnittsalder, rekrutteringssvikt, for lavt dimensjonerte tjenester, tilførsel av stadig nye arbeidsoppgaver og for lav finansiering og vekst i forhold til spesialisthelsetjenestene. Kvalitetsarbeidet får lav prioritet som følge av den store arbeidsbelastningen. Mange allmennteleger mangler kompetanse i kvalitetsarbeid fordi slikt arbeid er dårlig kjent, ikke undervist, svakt implementert, ulønnet og uten incentiver.

KUP mener at allmennmedisinsk kvalitetsforbedring er nødvendig for å bedre fagets om-dømme. Allmennmedisinen og primærhelsetjenesten er ifølge KUP ofte usynlig i norsk of-fentlighet, og dette får konsekvenser som kan gå ut over kvaliteten i allmennmedisinen.

Den overordnede målsetningen for strategien er at kvalitetsarbeidet skal være en integrert del av virksomheten ved ethvert legekantor. Verdigrunnlaget er Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenestene (HOD 2002), den nasjonale kvalitetsstrategien (Sosial- og helsedi- rektoratet 2005), og "Allmennmedisins syv teser" (Den norske legeforening 2001), sup- plert med en åttende tese: "Gi tjenester av god faglig kvalitet".

Problemforståelsen tar utgangspunkt i forholdet mellom allmennmedisinske idealer og reali- tetene. Det er store variasjoner i praksis mellom ulike allmennleger, og undersøkelser av allmennlegenes etterlevelse av faglige retningslinjer viser også stor variasjon. Bruk av utred- ning som lab, radiologi og henvisninger varierer og er uforenlig med god ressursutnyttelse. Det er påvist stor diskrepans mellom legenes journaler og medisinkortene som er grunnlag for å administrere medikamenter i pleie- og omsorgstjenestene. Tilgjengelighet til fastlege per telefon og til time er relativt lav, slik befolkningen opplever det.

KUP etterlyser kunnskap om hvor de viktigste kvalitetsutfordringene for allmennmedisinen er, og beskriver som et utgangspunkt områder der det er godt dokumentert at den faglige virksomheten ikke er tilstrekkelig god. KUP identifiserer følgende strategiske utfordringer:

1. Inkludering av dem som trenger det mest – "den usynlige køen".
2. Faglig forsvarlig tilgjengelighet (time, telefon, legevakt).
3. Forsvarlig håndtering av faglig kompleksitet.
4. Effektiv endring av det som ikke er godt nok. Brukerundersøkelser og avviksregistrering- er kan identifisere forbedringspotensial.
5. Rasjonell samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Generalistfokus og helhetspers- pektiv nødvendige forutsetninger for tjenester av god kvalitet.
6. Styrking av pasientens egne krefter. Bidra til egenmestring og egenbehandling.
7. Unngå teknologidrevet ekspansjon av helsetjenesten og "for-sikkerhetsskyld-medisin".

KUP foreslår i sin kvalitetsstrategi noen prinsipper for praktisk kvalitetsarbeid:

1. Refleksjon over egen praksis (ReP) – orden i eget hus (OiH)

Det bør ifølge KUP være et konsistent fokus i grunn-, videre- og etterutdanning på at forbedringskunnskap, tverrfaglig refleksjon i egen praksis (ReP) og fungerende kvalitets- systemer (OiH) er sentrale områder i praksis. God hverdagskvalitet skapes ved å reflek- tere over egen praksis og ved å ha et godt kvalitetssystem i bruk til daglig.

Refleksjonen kan finne sted på individuelt nivå, eller med andre kolleger i smågrupper eller tverrfaglig med de andre på legekantoret eller i lokalsamfunnet. Orden i eget hus er metafor for et internkontrollsystem (må ha), eller et kvalitetssystem (bør ha).

TrinnVis-Kvalitet er et dataprogram utviklet av KUP. TrinnVis-Kvalitet inneholder et kvalitetssystem og gir innføring i hva det er, samtidig som allmennlegen legger inn egne data. Programmet er gratis nedlastbart for alle medlemmer av Legeforeningen.

2. Strukturelle grep – Senter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling

KUP anbefaler utvikling av en sentral ressurs- og utviklingsenhet for kvalitetsarbeid i allmennmedisin (SAK). Legeforeningen har startet arbeidet med å etablere SAK fra januar 2010 (Thesen 2010).

KUP viser til nasjonale og internasjonale erfaringer om forutsetninger ved utprøving og implementering av kvalitetsforbedringstiltak i allmennmedisinen:

- SATS-prosjektet - en gruppebasert ”medical audit”. Videreutvikling av metoden ble lagt til NOKLUS, men arbeidet har tatt lang tid og verktøyet er i liten grad tatt i bruk.
- Konsensusprosess i allmennmedisinsk miljø om hva som må til, etter initiativ fra en arbeidsgruppe på Folkehelse (seinere Sosial- og helsedirektoratet/Kunnskapscenteret).
- Dette arbeidet er i svært liten grad fulgt opp.
- Legeforeningens gjennombruddsprosjekter: Ni prosjekter med ulike tema siden 1998, bare to av dem har rekruttert direkte fra primærhelsetjenesten, av dem et pågående prosjekt om sykehjemsmedisin.
- Lokalt læringsnettverk i Grenland 2004, og i Sogn og Fjordane 2005 etter invitasjon fra Fylkesmannen
- Referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid i NFA formidler informasjon om erfaringer med kvalitetsforbedringsprosjekter. Helsedirektoratets nasjonale kvalitetspris i 2007.
- Kvalitetsindikatorprosjektet: KUP fikk i 2003 støtte fra Kvalitetsfond I for å utrede og finne brukbare kvalitetsindikatorer i allmennpraksis. KUP foreslo kvalitetsindikatorer for:
 - Praksisorganisering
 - Lege/pasientforholdet
 - Sikre tjenester
 - Rettferdige tjenester
 - Klinisk praksis - kronisk sykdom
 - Klinisk praksis - akutt sykdom
- Det arbeides nå med et implementeringsprosjekt for disse indikatorene
- Maturity Matrix er et kvalitetsverktøy utviklet i et europeisk samarbeid som stimulerer til diskusjon og arbeid med organisatorisk egenutvikling av allmennlegekontoret.

Inntil det kommer sikker kunnskap om at ekstern kvalitetskontroll utover Helsetilsynets virksomhet bedrer allmennmedisinsk kvalitet uten for store omkostninger, har KUP i sin strategi å prioritere intern kvalitetsutvikling framfor ekstern kvalitetskontroll.

Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK)

Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet bevilget i desember 2009 2 millioner kroner til utvikling av Senter for Allmennmedisinsk kvalitet, bygget på prosjektbeskrivelsen ”Trygg hos fastlegen, trygg på legevakta” (Den norske legeforening 2009c). I prosjektbeskrivelsen går det fram at SAK er tenkt som et senter som kan drifte et nasjonalt kvalitetssystem inkludert pasientsikkerhet i allmennmedisin, understøtte lokalt kvalitetsarbeid, samt representere kvalitetsledelse for norsk allmennpraksis, herunder yte praksisstøtte ved utvikling av verktøy og utdanne kvalitetsveiledere. Faglig fundert videreutvikling av de elektroniske pasientjournalssystemene er tenkt å være en del av prosjektet.

I forslaget til SAK ligger det føringer om at dersom kvalitetstenkning og kvalitetsarbeid skal bli en vane på det enkelte legekontor, trenger allmennlegene verktøy, tid og rom. Kvalitets-

arbeidet må tilrettelegges utenfra, ikke bare være opp til den enkelte leges interesse og samvittighet. All erfaring med kvalitetsarbeid viser at det både må komme fra grasrota, og samtidig være forankret i ledelsen. SAK tenkes etablert som en organisatorisk struktur som kan representere kvalitetsledelsen i allmennmedisin.

Nærmere beskrivelse av utviklingsprosjektet av det faglige innholdet i SAK

Man vil i prosjektarbeidet prioritere følgende arbeidsoppgaver:

- Utvikling av verktøy for kvalitetsarbeid i allmennpraksis, evt. videreutvikle verktøy fra spesialisthelsetjenesten eller andre sektorer
- Sikre videreføring av TrinnVis Kvalitet og andre gode kvalitetssystemer tilpasset allmennlegekontorene, som for eksempel Timesammedag, Maturity Matrix og Rave3
- Utdanning av veiledere i kvalitetsarbeid i allmennpraksis. Dette kan gjøres som ”ringer i vannet”, der spesielt interesserte leger eller medarbeidere som har deltatt i forbedringsarbeid, tas opp i et fellesskap av veiledere og får spesiell kursing. Det er utviklet gode modeller for dette, både fra spesialiteten i allmennmedisin, fra læringsnettverk og fra Gjennombruddsprosjektene i Dnlf
- Tilbud om praksisstøtte via veiledere som besøker og følger opp legekantor som ønsker å ta opp kvalitetsproblemstillinger i egen praksis, og som trenger hjelp til dette
- Stimulering til utvikling av implementerbare forbedringstema, med utgangspunkt i spesielle utfordringer innen allmennmedisinen
- Stimulering til utvikling av lokale organiseringsformer for kvalitetsarbeid i allmennmedisin, eksempelvis læringsnettverk med god tilgang på veiledere
- Bidra i utvikling av fremtidsrettede EPJ-systemer på allmennmedisinens og allmennlegenes premisser
- Bidra til å videreutvikle programvare for elektronisk uttrekk av pasientjournaldata som verktøy til lokalt forbedringsarbeid
- Utvikling av faglig verktøykasse for praksiskonsulentene
- Utrede hvordan kvalitetsarbeid (refleksjon og forbedringskunnskap) kan inkluderes i helsesekretærutdanningen, andre medarbeiderutdanninger og legeutdanningen, herunder praktisk kvalitetsarbeid som er tilpasset arbeidsformen i allmennpraksis
- Følge med på nasjonale og internasjonale erfaringer og kunnskap innen allmennmedisinsk kvalitetsutvikling, slik at relevante metoder og verktøy raskt kan prøves ut i Norge

Kommunesektorens interesse – og arbeidsgiverorganisasjon KS

Kommunesektorens interesse – og arbeidsgiverorganisasjon KS gir støtte til forsknings- og utviklingsarbeid i kommunal sektor. KS er en viktig part i utviklingen av rammene for primærhelsetjenestene, inkludert fastlegetjenesten. Vårt inntrykk er imidlertid at KS i liten grad medvirker til faglig kvalitetsutvikling i allmennlegetjenesten.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet skal bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring i helsetjenestene. Helsedirektoratet har utarbeidet ”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenestenOg bedre skal det bli! (2005-2015)” (Sosial-og helsedirektoratet 2005). Helsedirektoratet har startet arbeidet i samarbeid med Kunnskapssenteret for helsetjenesten med å utvikle et rammeverk for et revidert nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten.

Nasjonale kompetansesentra

Det er kun tre nasjonale medisinske kompetansesentra med direkte tilknytning til primærhelsetjenesten. Det er etablert 45 nasjonale medisinske kompetansesentre for spesialisthelsetjenesten, 16 nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger (sjeldensentrene) tilknyttet de regionale helseforetakene, samt enkelte nasjonale kompetansesentre innenfor rusmiddelbehandling, psykisk helse og rehabilitering tilknyttet spesialisthelsetjenesten. Noen nasjonale kompetansesentre har oppgaver knyttet både til forebyggende arbeid, kommunale tjenester og behandling i spesialisthelsetjenesten. En viktig oppgave for alle kompetansesentrene er å drive veiledning og rådgivning innen eget fagområde til helsetjenesten – inkludert primærhelsetjenesten. De tre nasjonale medisinske kompetansesentra for primærmedisin Antibiotikasenteret for primærmedisin i Oslo (2006), Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen (2004) og Nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø (2007) er viktige aktører for å fremme forskning, fag- og kvalitetsutvikling i allmennmedisinen.

Allmennmedisinske forskningsenheter

I 2006 ble det etablert *allmennmedisinske forskningsenheter* ved de fire største universitetene. Legeforeningen etablerte i 2007 et eget allmennmedisinsk forskningsfond.

For å styrke praksisnær forskning og fagutvikling i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er det opprettet fem sentre for omsorgsforskning.

Pågående initiativ og prosjekter

Det fins flere initiativ og prosjekter fra norsk allmennmedisin. Listen under er ikke fullstendig, se også omtalen av rapporten fra KUP for eksempler på relevante prosjekter.

- *Timesammedag* er en måte å administrere timeboken på. Systemet er utviklet ved Kaiser Permanente i California i USA og videreutviklet og innført i norsk fastlegemiljø av fastlege Aage Bjertnæs som også er med i Referansegruppa for praktisk kvalitetsarbeid i NFA. Timesammedag-konseptet går ut på at 30-65% av timene i timeboka er ledige ved dagens begynnelse slik at de som henvender seg får en konsultasjonen med sin fastlege samme dag om legen er til stede. Om legen er borte får pasienten tilbud om time hos en kollega eller vikar, eller tilbud om å vente til fastlegen er tilbake. Mer informasjon: www.timesammedag.no

- *Telefonråd* er et elektronisk oppslagsverk som redegjør for håndtering av den første kontakten i luka eller på telefonen med pasientene ved legevakter og fastlegekontorer. Telefonråd ble første gang utgitt i 2004 i et samarbeid mellom Den norske legeforening, Lærdals fond for akuttmedisin og GRUK (nå Seksjon for kvalitetsutvikling i Kunnskapssenteret). Telefonråd består av to oppslagsverk som dekker henholdsvis tidskriske henvendelser (Norsk indeks for medisinsk nødhjelp), og rådgivning ved generelle allmennmedisinske problemstillinger (Medarbeiderråd for legevakter og allmennlegekontorer). De to bokverkene er knyttet sammen gjennom krysshenvisninger mellom de aktuelle kapitlene.

- *RAVE3* er et elektronisk uttrekksprogram fra elektronisk pasientjournal (EPJ) som primært ble utviklet i Sverige, men gjennom et samarbeid med Mediata AS ved Svein Gjelstad er det laget en norsk versjon. RAVE3- programmet gir rapporter som er tilgjengelige for legekonto- ret med det samme. Man slipper dermed ventetiden på at rapporten bearbeides sentralt. Samtidig kan man velge å sende data sentralt, for eksempel til diabetesregisteret, og få tilbake regionale og/eller nasjonale tall for benchmarking etter noen tid. En nærmere presenta- sjon av RAVE3 (på svensk) kan lastes ned her:

http://www.legeforeningen.no/asset/41967/1/41967_1.ppt

- *Argus* er et medisinsk beslutningsstøtteprogram, som ligger "bak" EPJ-programmet når dette er i bruk. Argus tilbyr risikoberegninger, forslag til tiltak, påminninger om for eksempel røykesluttsamtaler, varsler om legemiddelinteraksjoner osv på den pasienten hvis journal du har oppslått i journalsystemet. Argus fungerer sammen med alle de vanligste EPJ-systemene i Norge. Argus er utviklet av Magne Rekdal i firmaet Emetra AS. Han er assosiert medlem av NFAs referansegruppe. Mer informasjon: <http://www.emetra.no/Argus/Argus.pdf>

- *NOKLUS*. Nesten alle fastleger (99,8%) deltar i frivillig kvalitetssikring av sin laboratorie- virksomhet via NOKLUS, Mer informasjon: www.noklus.no/

- *Referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid* ble etablert av Norsk Forening for Allmenn- medisin (NFA) i 2004. Referansegruppas medlemmer formidler lysbildeserier og tips om utvalgte emner via sin nettside (<http://www.legeforeningen.no/id/151599.0>). Målgruppa er allmennpraktiserende leger. Til nå har referansegruppa laget programposter om telefontil- gjengelighet, hvordan redusere ventetiden, laboratorie- kvalitet, bedre flyt i hverdagen, vente- tidsregistrering, den effektive pasientjournalen, brukerundersøkelser, forebygging av faglige feil, internkontroll, ventetid på venterommet, hvor velorganisert er legekonto- ret (Maturity Matrix).

Prosjektet "Forskningsbasert etterutdanning og kvalitetsforbedring i allmennpraksis" (FEK)

Prosjektet "Forskningsbasert etterutdanning og kvalitetsforbedring i allmennpraksis" (FEK) ble ledet av en gruppe i Kunnskapssenteret. Prosjektet omfattet blant annet en bredt sam- mensatt konsensusprosess med deltakere fra allmennlegeforeningene, KUP, Helsesekretær- foreningen, de akademiske allmennmedisinske miljøer, Sosial- og helsedirektoratet, KS og FFO, og observatører fra de nordiske land. Konsensuspanelet hadde flere møter og drøftet erfaringer med kvalitetsarbeid i norsk og nordisk allmennpraksis samt oppsummert forsk- ning om effekter av tiltak for videre- og etterutdanning og kvalitetsforbedring. Panelet utar- beidet en rapport med forslag til tiltak for videre- og etterutdanning og kvalitetsforbedring i allmennpraksis. Rapporten ble sendt til bred høring, og en kortere versjon av den endelige rapporten med forslag til ni konkrete tiltak (se over) ble publisert i Tidsskrift for den Norske Lægeforening i 2005 (Flottorp 2005).

FEK-prosjektet gjennomførte også spørreskjemaundersøkelser i samarbeid med Legefore- ningens forskningsinstitutt blant fastleger (Trewwek 2005) og deres medarbeidere (Håvels- rud 2005) for å finne ut hva de gjorde for å holde seg faglig oppdatert, og for å undersøke i hvilken grad fastlegene kjente til, leste og brukte faglige retningslinjer.

Fastlegene bruker mye tid på oppdateringsaktiviteter som antakelig har liten eller ingen effekt på klinisk praksis. Det er vesentlig at effekten av de forskjellige aktivitetene evalueres på en kritisk måte i langt større grad enn det gjøres i dag (Treweek 2005). Videre- og etterutdanningstilbudet for medarbeidere varierte mye, og var i stor grad overlatt til farmasøytisk industri. De fleste aktivitetene som benyttes kan ikke forventes å ha noen effekt på medarbeidernes praksis (Håvelsrud 2005).

Prosjektet FEK var inspirert av EU-prosjektet ReBEQI - 'Research-based Education and Quality Improvement'. ReBEQI hadde sju partnere fra seks europeiske land og ble ledet av Kunnskapsenteret. ReBEQI resulterte bl.a. i en oversikt over teorier om endring av praksis, verktøy for å identifisere faktorer som hindrer forandring, og et rammeverk for å velge ut, gjennomføre og evaluere kvalitetsforbedringsstrategier som skal motvirke identifiserte barrierer til forandring, og som kan skreddersys etter lokale forutsetninger. Ett av produktene fra ReBEQI var NorthStar (NorthStar 2006), som kan lastes ned fra nettet, og som gir støtte for å utvikle og evaluere kvalitetsforbedringstiltak.

SEDA – Sentrale data for allmennlegetjenesten 2004-2006.

Helse-og omsorgsdepartementet etablerte i 2000 pilotprosjektet SEDA – sentrale elektroniske data fra allmennlegetjenesten. Utgangspunktet var behovet for å evaluere fastlegereformen, og behovet ble ytterligere forsterket av arbeidet med å bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenester. Statistisk sentralbyrå fikk oppdraget med å gjennomføre pilotprosjektet, som hadde som mål å gi økt kunnskap om allmennlegers praksis ved innsamling av sentrale aktivitetsdata fra fastlegenes pasientjournaler. Etter pilotprosjektet ble det etablert et nytt og utvidet prosjekt, som i større grad skulle vektlegge elektroniske løsninger for innsamling av data fra allmennlegene, samt utarbeide offisiell statistikk ut fra disse dataene. Dette prosjektet tok tid å få på plass, mye på grunn juridiske hindringer, i det en måtte ha søkt om dispensasjon fra taushetsplikten i helsepersonelloven dersom de innsamlede dataene skulle brukes til kvalitetsforbedring og ikke til forskning. Helsepersonelloven gir slik den er i dag, i utgangspunktet kun åpning for innsamling av data til forskningsformål. Dette prosjektet ble derfor tidsavgrenset og organisert som et forskningsprosjekt. En ev videreføring av prosjektet til en permanent ordning med innsamling av data fra fastlegene er ikke mulig uten en endring i helsepersonelloven mht å kunne bruke innsamlede data også til kvalitetsforbedring. Både pilotprosjektet og hovedprosjektet hadde nyttig og viktig involvering av leger gjennom et samarbeid med Legeforeningen.

Erfaringene fra prosjektet var at det var tidkrevende å bearbeide data og lage statistikk med utgangspunkt i de forskjellige pasientjournalssystemene. SSB utarbeidet ny offisiell statistikk med data fra fastlegene, og dette var ment å danne grunnlag for en eventuell senere permanent datainnsamling, SSB utarbeidet også praksisprofiler med statistikk for den enkelte lege som hadde bidratt med data, slik at de fikk informasjon om egen virksomhet og kunne måle denne mot gjennomsnittet blant de legene som deltok i prosjektet. Datasettet ble utviklet med tanke på at de skulle være mest mulig nyttige for legens utvikling og kvalitetsforbedring av egen praksis. Dette ble ansett som en viktig del av prosjektet, og mange hadde store forhåpninger til videreføring av prosjektet. SSB konkluderte med å anbefale at SEDA prosjektet skulle videreføres, med ny og utvidet datainnsamling, som ble forutsatt skulle gjøres elektronisk og automatisert. Arbeidet har siden avslutningen av prosjektet ikke blitt videreført.

Praksiskonsulentordningen (PKO)

Praksiskonsulentordningen (PKO) er et nettverk av erfarne allmennleger som er ansatt i deltidstilling (5 – 40%) ved en sykehusavdeling/sykehus. Ordningen omfatter både funksjonen praksiskoordinator og praksiskonsulent.

Praksiskoordinatoren har ansvar for å drive praksiskonsulentordningen for helseforetaket, og skal bl.a. delta i utvelgelse av og gi veiledning til praksiskonsulenter, samt være rådgiver for foretaksledelsen. Praksiskonsulentenes primærøppgave er å bidra til utvikling av et godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det omfatter bl.a. tiltak som kan forbedre helheten i pasientforløpet, som å utvikle retningslinjer for god henvisnings- og utskrivingspraksis, og for skriving av gode epikriser. Praksiskonsulenten skal også bidra til at informasjonsflyten mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket blir bedre, bl.a. ved å etablere og veilede om rutiner for samhandling og legge til rette for gjensidig hospitering. Fordi praksiskonsulenten både er rådgiver for ledelsen ved sykehusavdelingen og samtidig har kontakt med allmennlegene i sykehusets nedslagsfelt, bidrar ordningen til dialog og møter mellom allmennleger og sykehusleger og annet helsepersonell. Dette er viktig for å skape forståelse og respekt for hverandres arbeid.

Utvikling av kvalitetsindikatorer i allmennpraksis - pilot

KUP har med støtte fra Kvalitetssikringsfondet i Legeforeningen og med veiledning fra Kunnskapssenteret utviklet kvalitetsindikatorer i allmennmedisin (Den norske legeforening 2005). Seksjon for kvalitetsutvikling har planlagt et pilotprosjekt der det skal høstes erfaringer om hvilken nytte bruk av disse indikatorene har for legekontorers systematiske forbedringsarbeid gjennom deltakelse i et veiledet læringsnettverk over seks måneder. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skal bidra med gjennomgang av begreper og gi noen av de 19 foreslåtte indikatorene en standardisert utforming. Som en del av prosjektet skal det utvikles en spesialrapport i dataverktøyet RAVE3 for automatisk uttrekk fra fastlegekontorenes elektroniske pasientjournal av aktuelle indikatorer. Fire legekontorer i Grenlandsområdet er rekruttert til pilotprosjektet som starter opp straks finansiering er sikret.

Internasjonale erfaringer og trender

Internasjonalt er det økende erkjennelse av primærhelsetjenestens betydning, og av behov for reformer i helsetjenesten for å styrke primærhelsetjenesten generelt og allmennmedisinen spesielt. Både profesjonsforeninger og myndigheter er engasjert i arbeidet med å utvikle kvaliteten i allmennmedisinen, med ulike modeller og virkemidler. Vi vil her omtale noen rapporter, modeller og erfaringer som kan inspirere arbeidet med å utvikle kvaliteten i norsk allmennmedisin.

World health report 2008: Primary Health Care – Now More than ever

Seksti år etter at WHO ble stiftet og 30 år etter Alma Ata erklæringen, publiserte WHO i 2008 rapporten "Primary health care - Now more than ever." (WHO 2008) Primærhelsetjenesten ble i Alma Ata erklæringen løftet fram som et sett av verdier, prinsipper og tilnærminger som skulle fremme helsen for folk i fattige land. I alle land skulle en god primærhelsetjeneste sørge for mer rettferdig fordeling av helsetjenester og en mer effektiv bruk av ressursene i helsevesenet. Primærhelsetjenesten har et mer holistisk syn på helse som går utover en snever medisinsk modell. Årsaken til dårlig helse og til sykdom er ofte utenfor helsesektoren og må takles gjennom brede samfunnsmessige tilnærminger. Ved å gjøre dette når primærhelsetjenesten flere mål: bedre helse, mindre sykdom, større likhet, og vesentlig bedre ytelser i helsesystemene.

Helsesystemene i verden i dag, også i de mest utviklede land, svikter i forhold til disse målene. Det er en utstrakt misnøye med de eksisterende helsesystemer. En av de største bekymringene er de store kostnadene ved helsetjenester.

WHO foreslår at medlemslandene bygger på disse fire beslektede politiske prinsippene – som representerer kjerneverdiene i primærhelsetjenesten, beslutninger om helsesystemer og utvikling innen helse:

Universell dekning: For å oppnå rettferdige og effektive helsesystemer, må tjenestene være tilgjengelige for alle etter behov og uavhengig av betalingssevne. Ulikheter gir økt risiko, særlig for sykdom, for alle.

Tjenester som har folk i sentrum: Helsesystemene kan reorienteres for på en bedre måte å svare på folks behov ved å være lokalisert der folk bor.

Sunn offentlig politikk (Healthy Public Policies): Biologi alene forklarer ikke ulikheter i sykdom, helserelatert livskvalitet og levealder. Mye av virkningen på helse ligger utenfor helsesektorens direkte innflytelse. Handel, miljø, utdanning og andre sektorer har innflytelse på helse. Likevel er det generelt liten oppmerksomhet rettet mot beslutninger i disse områdene i forhold til mulige helsemessige konsekvenser. WHO ønsker at en "health in all policies" tilnærming blir integrert i medlemslandenes politikktutforming.

Ledelse: Eksisterende helsesystemer vil ikke av seg selv bli mer rettferdige, effektive (fungere bedre) og virksomme (oppnå sine mål). Heller enn ved kommando og kontroll, må ledelse utøves ved forhandling og styring. Klokt lederskap krever kunnskap om hva som virker. Likevel er helsesystemforskning et svært underfinansiert område. I USA for eksempel har helsesystemforskning bare 0.1 % av nasjonens helsebudsjettutgifter. Slik forskning er nødvendig for å få bedre kunnskap om hvordan helsesystemer bør utvikles og ledes.

Ved å sikte mot disse fire primærhelsetjenestemålene, kan nasjonale helsesystemer bli mer sammenhengende, mer rettferdige og mye mer effektive, ifølge WHO. Målene er aktuelle også i norsk virkelighet.

I Norge har vi i prinsippet dekning for alle, men kontinuitet i tilbudet varierer sterkt, og rekruttering til allmennmedisin er vanskeligere i distriktene enn i sentrale strøk. Det og andre forhold fører til at helsetjenestene brukes i forskjellig grad, og det er grunn til å tro at det i noen befolkningsgrupper med særlige behov er underforbruk, mens det i andre kan være overforbruk. Utjevning av geografiske og sosiale forskjeller i helsetjenesteforbruk er et mål å sikte mot for Norge.

Omlegging av helsetjenestetilbud slik at flere helsetjenester kan tilbys der folk bor, kan være en del av oversettelsen til norske forhold. Mer ambulant virksomhet av spesialister, økt bruk av telemedisin, økt tilbud av helsetjenester i hjemmene kan være noen elementer med relevans for Norge. Økt satsning på forebygging og lærings- og mestringstiltak der folk bor (og ikke på sykehusene) kan også være sentrale elementer, likeledes mer bruk av brukerundersøkelser med tilrettelegging av tilbudene i henhold til resultater fra disse.

"Helse i all politikk" er også aktuelt i Norge; matvarepolitikk, skolepolitikk, kriminalitetsforebyggende arbeid, integreringspolitikk, vei m.v. Politiske tiltak på disse sektorene kan ha stor betydning for folkehelsen. Individuelt forebyggende arbeid i allmennmedisinen vil uansett innsats ha begrenset effekt, og dette arbeidet bør ikke ta for stor plass i forhold til arbeidet med pasientene som har behov for behandling for sykdom.

Klokt lederskap og kunnskap om hva som virker er viktig også for norsk allmennmedisin og norsk helsetjeneste.

Reformer for å styrke primærhelsetjenesten – en internasjonal trend

I USA er primærhelsetjenesten i krise. Primærlegene må ta seg av et økende antall pasienter med stadig flere kroniske sykdommer, med kortere tid til rådighet og til en langt dårligere betaling enn spesialistene. De må ta til seg økende mengder medisinsk informasjon og gjøre mer papirarbeid enn noensinne, mens de forsøker å fungere i et dårlig koordinert helsesys-

tem. Mange brenner ut, og rekrutteringen er dårlig (Lee 2008). Amerikanere har likt å tro at de har verdens beste helsetjeneste, mens en rekke komparative undersøkelser har vist at USA har en dyr og relativt sett dårlig helsetjeneste (Starfield 2000).

Debatten om helsereform i USA har særlig handlet om helseforsikring. Men det er neppe tilfeldig at det særlig er amerikanske helsetjenesteforskere som har undersøkt sammenhengen mellom helsesystemer og helseutfall. Starfield og kolleger har i en rekke undersøkelser funnet at styrken på primærhelsetjenesten på nasjonalt eller regionalt nivå henger sammen med lavere dødelighet og sykkelighet i befolkningen, og mindre forskjeller i helse (Macinko 2003, Starfield 2005).

The Commonwealth Fund har lansert en visjon om en pasientsentrert primærhelsetjeneste i 2020 (David 2005), og støtter "medical homes".

Også i land som lenge har satset på en sterk allmennlegetjeneste, har det vært gjennomført reformer for å forbedre kvaliteten i tjenestene og få bedre kontroll med kostnadene

Internasjonale erfaringer – kvalitetsarbeid i allmennmedisin

Nedenfor presenteres kort fem ulike tilnærminger til kvalitetsarbeid innenfor allmennmedisin. Listen er ikke på noen måte ment å være uttømmende, men den illustrerer at det finnes flere "veier til målet".

- *Akkreditering av allmennleger/praksis.* Dette er en modell som finnes i Nederland. Der har man siden 2005 hatt et frivillig akkrediteringsprogram for allmennpraksis (The Practice Assessment Program). Så langt har 2000 av Nederlands 8500 allmennleger deltatt i NPA-programmet, og i overkant av 1000 har blitt akkreditert.

- *Utvikling av kliniske kvalitetsindikatorer.* Denne tilnærmingen finnes blant annet i Danmark og England. I Danmark drives den i regi DAK-E - Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed. Så langt har det blitt utviklet indikatorer for diabetes, KOLS, hjertekarsykdom (CVD) og hjertesvikt.

- *Pay for performance* – Betaling for ytelse. Internasjonalt er den en økende interesse for systemer med betaling etter ytelse og kvalitet i helsetjenesten. I England ble det i 2004 etablert et "Quality and outcomes framework" (QOF) da myndighetene reforhandlet den nasjonale avtalen med allmennlegene. Kvaliteten måles ved en rekke kliniske indikatorer for flere vanlige kroniske sykdommer. Praksis belønnes i forhold til andelen av pasientene som oppfyller definerte mål, samt for organisatorisk kvalitet og for å gjennomføre brukerundersøkelser. Evalueringer antyder at QOF har hatt en viss positiv effekt på områdene som premieres, men systemet har også negative effekter (Campbell 2009, Mannion 2008, Doran 2008). Dessuten har målingene vist at det var bedring i kvaliteten i engelsk allmennpraksis også i årene før innføring av QOF.

- *Måling av pasienttilfredshet med allmennpraksis.* Dette gjøres for eksempel både i Danmark og England. I Danmark heter modellen "DANPEP" (DANSke Patienter Evaluerer almen Praksis), og er en metode hvor "hvor pasienter i en spørgekemaundersøgelse evaluerer deres

læge og lægepraksis”. Resultatene fra undersøkelsene brukes både for å sette fokus på den pasientopplevde kvaliteten, men også for å skape endring i allmennpraksis.

- *Rutinemessig monitorering av praksis.* Dette finnes i både Danmark og Nederland. I Nederland har man siden 1991 hatt et systemet som heter The Dutch National Information Network of General Practice (LINH). Kjernen i systemet er et representativt utvalg av 80 praksiser hvor det arbeider mer enn 150 allmennleger. Per i dag kan man hente ut detaljert informasjon om diagnostisering og behandling i forbindelse med den enkelte pasientkontakt.

- *Praksisinitiert kvalitetsforbedringsarbeid.*

- Et eksempel finnes i England hvor Improvement Foundation (tidligere NPDT) har arbeidet for å utvikle kapasitet og kunnskap i forbedringsarbeid. De har drevet forbedringsprogrammer som bølger av læringsnettverk og brukt enkle verktøy som flytskjema og forbedringssirkelen. Mer enn 5000 praksiser har deltatt i løpet av 8 år.
- Et interessant regionalt initiativ finnes i British Columbia (BC), Canada. Arbeidet i BC er inspirert av det engelske arbeidet på området. Utviklingsarbeidet drives som et samarbeid mellom helsemyndigheter og legeförening.
- I Danmark prøver man i et 3-årig pilotprosjekt ut et ”Center for PraksisUdvikling” (CPU) med utgangspunkt i allmennmedisinmiljøet på Fyn. CPU etablerte høsten 2009 et kontor i Region Syd-Danmark, med ambisjon om å få tilsvarende kontorer i de fire andre regionene. CPU er et kompetansesenter der det enkelte legekantor kan henvende seg for å få støtte til forbedring av kvalitet på faglighet, organisasjon og/eller kommunikasjon. Kvalitetsveilederne observerer legekantoret ved to besøk, og leder to møter der legekantorets personale formulerer sitt eget kvalitetsprosjekt. Veilederne gir støtte til nødvendige prosesser og beslutninger for at legekantoret kan nå prosjektmålene sine.

Mer informasjon:

<http://www.dak-e.dk/>

www.improvementfoundation.org

<http://www.nice.org.uk/aboutnice/qof/qof.jsp>

www.impactbc.ca/practicesupport

www.southcentralfoundation.com

www.linh.nl.

<http://nhg.artsennet.nl/Home.htm> (nederlandsk)

Trender i internasjonal primær medisin

Flere innovative modeller er prøvd ut internasjonalt for at allmennmedisinen i samarbeid med andre aktører i primær- og spesialisthelsetjenesten på en bedre måte kan møte utfordringene med økende andel pasienter med kroniske sykdommer, og med flere samtidige sykdommer (komorbiditet og multimorbiditet).

The chronic care model

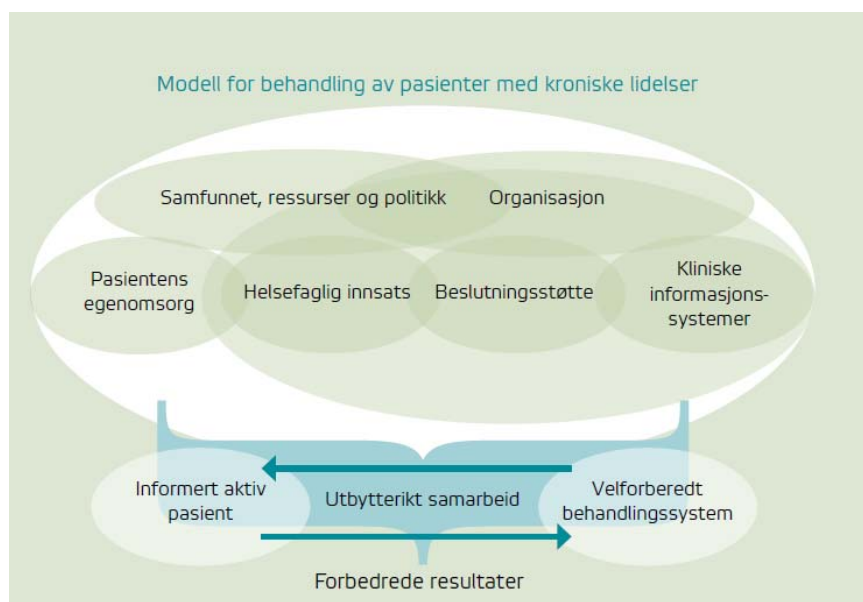
”The Chronic Care Model” er sannsynligvis den best kjente modellen og det mest brukte rammeverket for å utvikle begreper om levering av helsetjenester til personer med kroniske sykdommer (fig 1). Modellen ble utviklet av Ed Wagner og er brukt som et rammeverk for å

veilede systemforandringer og kvalitetsforbedringstiltak((Wagner 1998, Wagner 2001). Modellen har flere komponenter:

- organisering (støtte fra ledelsen, engasjement fra de som skaffer tjenestene)
- ressurser i lokalsamfunnet (selvhjelpsgrupper)
- selvhjelpsstøtte (selvhjelpsressurser og verktøy)
- systemer for levering av tjenester (f. eks. flerfaglige team, proaktiv oppfølging)
- beslutningsstøtte (strategier for å gjennomføre bruk av retningslinjer)
- kliniske informasjonssystemer (f. eks. bruk av pasientregistre)

Hovedprinsippene i ”The Chronic Care Modell” er å:

- mobilisere ressurser lokalt for å møte behovene til folk med kroniske lidelser
- skape kultur, organisasjon og mekanismer som sikrer tjenester av høy kvalitet
- styrke og forberede folk til å ta ansvar for egen helse og behandling
- fremme behandling som er basert på forskning og pasientenes egne preferanser
- organisere pasient- og befolkningsdata som understøtter effektiv behandling



Figur 1. Modell for behandling av pasienter med kroniske sykdommer. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.

Kaiser Permanentes modell er en ”behandlingstrekant”. Denne modellen har vært brukt for å beskrive tilbudet til pasienter med kroniske sykdommer på tre nivåer, understøttet av befolkningsbaserte forebyggende og helsefremmende tiltak.

- ”Case management” for folk med sammensatte behov og høyt forbruk av ikke planlagte annenlinje-tjenester.
- ”Disease management” for folk med høy risiko som trenger regelmessig oppfølging
- Støtte for egenomsorg for folk med kroniske sykdommer med liten risiko for komplikasjoner eller sykehusinnleggelse



Figur 2. Kaiser Permanentes "behandlings-trekant"

Evercare bruker spesialutdannende sykepleiere for å gi individuell støtte til dem med høyest risiko for sykehusinnleggelse, mens Pfizer modellen benytter et telefonsystem for å følge pasienter med høyest risiko. Det finnes en rekke ulike varianter av slike modeller for kronisk sykdom.

Selv om det umiddelbart virker fornuftig å samordne tjenestene for pasienter med kroniske sykdommer, er det usikker dokumentasjonen for effektene av ulike måter å integrere eller samordne behandlingen på, til tross for en mengde oversikter over enkelttiltak og komplekse programmet av modeller for behandling (Nolte 2008).

Medical homes

Begrepet "medical homes" har eksistert siden 60-tallet i USA, men har fått ny aktualitet som et innovativt svar på krisen i et kostbart og ineffektivt helse-system i USA (Carrier 2009, Rosenthal 2008). De mest sentrale definisjonene er gitt av the Patient-Centered Primary Care Collaborative, the National Committee for Quality Assurance og the Commonwealth Fund. De ulike definisjonene har til felles: bruk av informasjonsteknologi og systemer for beslutningsstøtte, endring av tradisjonelle måter å drive klinisk praksis på, og garanti for kontinuitet i behandlingen. Hvert av elementene er komplekse, og det er sparsomt med dokumentasjon for å veilede ved valg av strategier for hvordan de ulike elementene bør integreres i et "medical home".

I 2007 gikk fire profesjonsforeninger i amerikansk primærhelsetjeneste sammen om følgende felles prinsipper for "Patient-Centred Medical Homes" (PCPCC 2007):

- en personlig lege
- helhetlig tilnærming
- sikker behandling av høy kvalitet (kunnskapsbasert medisin, hensiktsmessig bruk av informasjonsteknologi)
- økt tilgjengelighet
- betaling som anerkjenner den økte verdien som gis til pasienter som har et pasientsentrert "medisinsk hjem"

The National Committee for Quality Assurance (NCQA) startet i 2007 år en prosess for å utvikle indikatorer for å identifisere og monitorere "medical homes. Som et utgangspunkt for nasjonale mål sier NCQA at en praksis må oppfylle minst fem av de følgende ti områder for å kvalifisere som et pasientsentrert "medical home":

1. skriftlige standarder for pasienttilgjengelighet og kommunikasjon med pasienter;
2. bruk av data for å vise at de møter denne standarden;
3. bruk av papirbasert eller elektronisk kartleggingsverktøy for å organisere klinisk informasjon;
4. bruk av data for å identifisere pasienter med viktige diagnoser og tilstander;
5. bruk og implementering av evidensbaserte retningslinjer for tre tilstander;
6. aktiv støtte for pasientens egenomsorg;
7. oppfølgingssystemer for å vurdere og identifisere unormale resultater;
8. oppfølging av henvisninger med papirbaserte eller elektroniske systemer;
9. måling av kliniske og/eller servicemessige ytelser av enkeltleger eller på tvers i praksisen;
10. rapportering av ytelser samlet i praksisen eller for hver enkelt lege.

Kunnskap og kunnskapsstøtte

Felles kunnskapsressurser

Grunnlaget for alt kvalitetsarbeid og all kompetansebygging er gyldig og relevant kunnskap. Kunnskapsbasert medisin, som inkluderer forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (og –medvirkning), forutsetter en tilfredsstillende håndtering av kunnskap. Og først og fremst forutsetter det enkel tilgang til kvalitetssikret kunnskap.

Tradisjonelt har kommunehelsetjenesten hatt liten tilgang til oppdaterte faglige kunnskapskilder, sammenliknet med spesialisthelsetjenesten. Lik tilgang til gode helsetjenester over hele landet og på alle nivåer forutsetter lik tilgang til god kunnskap for helsepersonell.

Internett har revolusjonert kunnskapsformidlingen. Helsetjenesten har hatt problemer med å utvikle en tilfredsstillende infrastruktur for nettilgang, blant annet pga sikkerhetsutfordringer knyttet til pasientopplysninger. Dette er i ferd med å løse seg i spesialisthelsetjenesten. Mange allmennleger har funnet tekniske løsninger via Norsk helsenett, mens kommunehelsetjenesten for øvrig (sykehjem, pleie- og omsorgstjenester etc.) fortsatt mangler nettilgang i store deler av landet.

For å kunne brukes i praktisk pasientarbeid må kunnskap bearbeides og foredles på ulike måter. To foredlingsakser er særlig viktige:

- Enkeltstudier kan sjelden påvirke klinisk praksis direkte. Systematiske oppsummeringer av forskning på et bestemt område gir godt grunnlag for håndtering av enkelttilstander, men slike oppsummeringer blir oftest for omfattende og sammendrag av oppsummeringen blir nødvendig. Aller best blir det når slike sammendrag kan inkorporeres i journalsystemer og andre rutiner.
- Internasjonal forskning og oppsummeringer som bygger på slik forskning må ofte tilpasses norske forhold. Dette skjer kanskje i form av nasjonale retningslinjer og andre normative dokumenter. Deretter lages mer lokale prosedyrer før kunnskapen omsettes til handling og implementeres i praksis.

Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL), som utgis av Norsk Helseinformatikk AS har vært en viktig ressurs for norske allmennleger. Oppslagsverket har utviklet seg til en nasjonal kunnskapsressurs, og har virket standardiserende for norsk allmennmedisin. Det er grunn til å tro at dette både har gitt en stimulans til allmennlegers bruk av elektroniske kunnskapskilder i sin alminnelighet, og vært et incitement til utvikling av internettilgang ved legekontorene. Fri tilgang til NEL for norske allmennleger på det offentlige regning gjennom Helsebiblioteket, har bidratt til å øke bruken,

Helsebiblioteket er en offentlig, nettbasert kunnskapstjeneste for helsepersonell driftet av Kunnskapssenteret, som består av en samling kunnskapsressurser innen medisin og helsefag. Lisenser og avtaler om tilgang kjøpes sentralt, og ved enkel pålogging kan alle som jobber i den norske helsetjenesten få fulltekstartikler fra tidsskrifter og gratis tilgang til internasjonale oppslagsverk og databaser. I tillegg til at nasjonale abonnements- og lisensavtaler gir store økonomisk besparelser, gir det mulighet for integrering av ulike ressurser i samme søkesystem.

Det store engasjementet blant fastleger knyttet til Helsebibliotekets anbudsrunde for oppslagsverk i 2009 viser at slike hjelpemidler oppleves som viktige og nyttige. Etter en trårs avtale med Norsk helseinformatikk AS gjorde en helheltsvurdering av kvalitet, funksjonalitet og pris at abonnementet på NEL ble erstattet av to internasjonale oppslagsverk (BMJ Best Practice og UpToDate). Med nasjonal tilgang til bl.a. BMJ Best Practice, UpToDate og Cochrane Library er grunnlaget lagt for en videreutvikling av nasjonale tilpasninger i helsetjenestens egen regi basert på de beste, internasjonale kunnskapsbaser. Helsebiblioteket er en naturlig felles kunnskapsplattform for alle deler av helsevesenet og et stort potensial for faglig samhandling. Ved å gi også publikum åpen, fri tilgang til helsepersonellens fagressurser understøttes ideologien om brukermedvirkning og informerte pasienter.

Utvikling og oppdatering av en kunnskapsbase som er velegnet for norske allmennleger innenfor en bærekraftig organisering, både faglig og økonomisk, er en stor utfordring. Mange allmennleger opplever at vitenskapelige tidsskrifter og faglige oppslagsverk er mer rettet mot spesialisthelsetjenesten enn mot kommunehelsetjenesten. Et samarbeid mellom fagmiljøene og Helsebiblioteket kan sikre fri tilgang til relevant og nyttig kunnskap også for allmennleger.

Retningslinjer og beslutningsstøtte

Kliniske retningslinjer, som har til hensikt å sørge for god og effektiv pasientbehandling, produseres og benyttes i økende grad. De fleste norske retningslinjer er utarbeidet av og retter seg mot spesialisthelsetjenesten. Norsk selskap for allmennmedisin utarbeidet og reviderte retningslinjer for viktig helseproblemer i allmennmedisin (forebygging av hjerte- og karsykdommer, diabetes, KOLS). På disse feltene er det nå utviklet nyere nasjonale retningslinjer. Helsebiblioteket har samlet og klassifisert over 450 retningslinjer i en egen database. Blant annet på grunn av en manglende felles, faglig overbygning, er det utarbeidet relativt få nasjonale retningslinjer for kommunehelsetjenesten. Behovet er imidlertid stort. For å hindre et tilsvarende dobbeltarbeid som i sykehusene, der det har vært vanlig at hver enkelt institusjon lager sine egne retningslinjer og prosedyrer, bør utviklingsarbeidet samordnes.

I samarbeid med de regionale helseforetakene har Kunnskapssenteret og Helsebiblioteket utviklet en modell for systematisk utvikling og formidling av kliniske prosedyrer (Helsehåndboka). Dette bygger på et slags wikipedialiknende system der ulike fagmiljøer fordeler produksjonsarbeidet mellom seg, utfører det i henhold til en nasjonal standard og der Helsebiblioteket gjør det endelige produktet søkbart og fritt tilgjengelig. Det faglige innholdsansvar ligger på dokumentprodusentene, men Kunnskapssenteret kan gi metodestøtte underveis.

Utviklingen av retningslinjer og prosedyrer for kommunehelsetjenesten må skje i nært samarbeid med faggruppene (for eksempel gjennom Legeforeningen og Sykepleierforbundet).

Behovet for slike dokumenter er særlig stort i sykehjems- og pleiesektoren. Utfordringene består både i å skape motivasjon og etterspørsel etter slike faglige standarder lokalt, å produsere relevante og gode retningslinjer og prosedyrer mer sentralt, sikre systemer for oppdatering og å gjøre kunnskapsressursene lett tilgjengelige i et åpent, ikke-kommersielt system som kan integreres i det daglig arbeid i fastlegekontorer, helsestasjoner, sykehjem og andre deler av kommunehelsetjenesten.

Kompetansebygging i kunnskapshåndtering

Kompetanse i kunnskapshåndtering er viktig for å kunne praktisere på grunnlag av den beste tilgjengelige kunnskap. Kunnskapscenteret kan bidra i kvalitetsutviklingen blant annet ved å tilby støtte og undervisning i kunnskapshåndtering. Vi kan skreddersy kortvarige kurs, emnekurs og workshops. Dette kan være rene legekurs eller være ledd i tverrfaglig kvalitets- og kompetansebygging i primærhelsetjenesten.

Kompetanse i kunnskapshåndtering er nødvendig for å utvikle gode retningslinjer. Kunnskapscenteret kan også tilby metodestøtte for retningslinjearbeid i allmennmedisin. Typisk vil slik støtte i kunnskapshåndtering handle om refleksjon rundt informasjonsbehov, å stille spørsmål, å lete etter og forholde seg kritisk til forskningsartikler og forholdene rundt det å sette forskning ut i praksis. For forskningsmiljøene og andre interesserte kan vi tilby opplæring og støtte i metodene for å utarbeide systematiske oversikter relevant for allmennpraksis.

Seksjon for primærhelsetjenesten formidler korte sammendrag fra Cochraneoversikter som er relevante for allmennpraksis via seksjonens Internettside. Kunnskapscenteret er også en viktig bidragsyter til kunnskapsbasertpraksis.no – et fritt tilgjengelig nettkurs med tverrfaglig tilnærming.

Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis er et sentralt virkemiddel for kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Dette innebærer å bruke forskningsbasert kunnskap sammen med andre kunnskapskilder slik det formuleres her:

Evidence is knowledge produced by research; it needs to be linked to the knowledge produced from data analysis, sometimes called statistics, and knowledge from the experience of clinicians and patients (Gray 2006)

Kvalitetsforbedring fordrer blant annet at kvalitetsindikatorer, krav til faglig forvarlighet og valg av kvalitetssystemer baseres på kunnskap om hvilke tiltak som er virksomme, hvilke som er ineffektive og hvilke som eventuelt er skadelige. Systematisk arbeid med å innhente og sammenstille kunnskap om dette foregår kontinuerlig både nasjonalt og internasjonalt. Kunnskapscenteret er engasjert blant annet ved å bidra i Cochrane – og Campbell Collaborations, med metodevurderinger (Health Technology Assessments) og i EPOC (Effective Practice and Organisation of Care). Sentralt er også Kunnskapscenterets bidrag i prosesser når det utarbeides faglige retningslinjer i Norge. Dette arbeidet med å systematisk oppsummere forskning innebærer både spørsmål om effekt av helsetiltak (forebygging, behandling og rehabilitering) og effekten av kvalitetsforbedringstiltak (slik som for eksempel effekten av akkreditering eller effekten av ”audit og feedback”)

Endringer av praksis i kommunehelsetjenesten bør være basert på best tilgjengelig forskningsbasert kunnskap. Dette gjelder både forskningsbasert kunnskap om hvordan leger og andre kan endre praksis, hvilken type organisering av helsetjenesten som er mest virksom og hvilke tiltak i forebygging, behandling og rehabilitering som er mest virksomme eller effektive. Kunnskapsbasert praksis innebærer at man stiller relevante spørsmål, leter etter forskningsbasert kunnskap, forholder seg kritisk til denne og vurderer om praksis bør endres i lys av ny kunnskap. Den best tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap brukes i møte med den enkelte pasient og dennes personlige preferanser og verdier vil sammen med blant annet klinikerens erfaringer påvirke beslutninger. Alt dette må inn i en helhet hvor blant annet tilgjengelige ressurser vurderes (Bjørndal 2007).

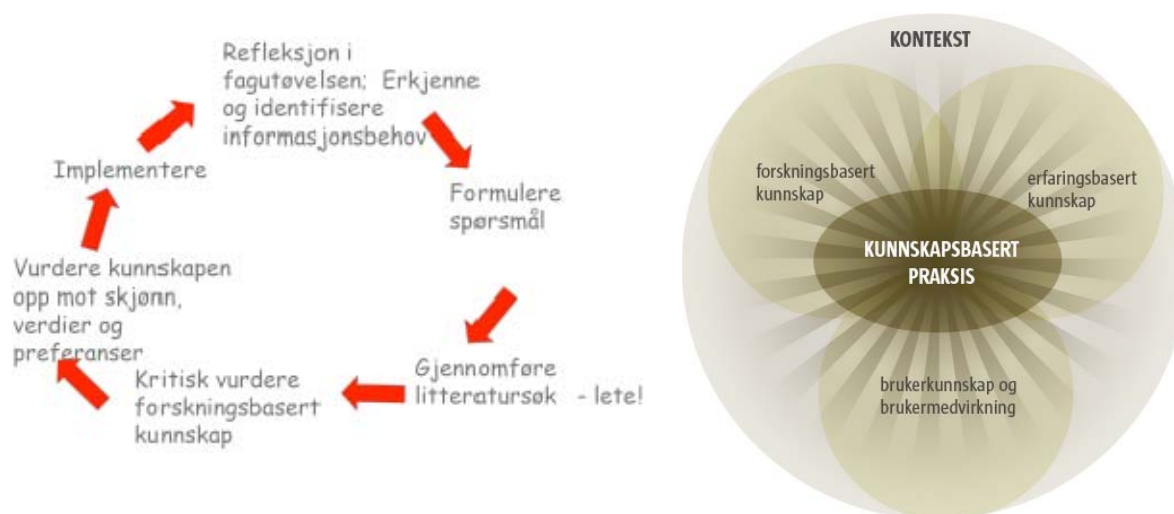
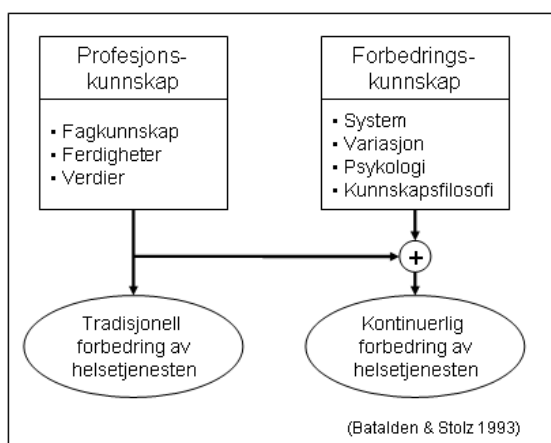


Figure 1 og 2: Kunnskapsbasert praksis (Jamtvedt 2008)

Kompetanse i lokal kvalitetsforbedring

Batalden og Stolz presenterte i 1993 en illustrasjon over hvordan god profesjonskunnskap må kombineres med forbedringskunnskap for å skape kontinuerlig forbedring i helsetjenesten:



Forbedringskunnskapen må få plass både i grunnutdanningene og i profesjonenes videre- og etterutdanning, men den læres best ved å gjennomføre veiledet systematisk forbedringsarbeid i egen virksomhet. Fastlegekontorer som all annen helsetjeneste bør preges av kontinuerlig forbedringsarbeid og en bevissthet om at alle må delta: Alle har to jobber; å gjøre jobben og dessuten å gjøre jobben stadig bedre.

Det finnes mange metoder for kvalitetsutvikling og en lang rekke verktøy som kan brukes i slikt utviklingsarbeid. Mye av dette er beskrevet på nettsidene Metoder og verktøy for kvalitetsutvikling: http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Andre_metoder/1381

Seksjon for kvalitetsutvikling i Kunnskapscenteret har beskrevet en [modell for kvalitetsutvikling](#) med fem. Modellen vil være aktuell også for utviklingsarbeid ved fastlegekontorer:

1. Forberedelsesfasen inneholder tre viktige elementer

- Å erkjenne behovet for forbedring
- Klargjøre kunnskapsgrunnlag og verdier
- Forankre og organisere forbedringsarbeidet: "Forankring i ledelsen, fagmiljøet og hos andre berørte parter er avgjørende for å lykkes".

•

2. Planleggingsfasen med følgende elementer:

- Sette mål – hva ønsker vi å oppnå?
- Måleverktøy - når er en endring en forbedring?
- Kartlegge nåværende praksis
- Planlegge forbedret praksis – hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedringer?
- Finne forbedringstiltak

3. Utførelsesfasen

4. Fasen for kontroll og evaluering der det undersøkes om målene er nådd eller om det er behov for ytterligere forbedringer

5. Fasen for standardisering og oppfølging med tre elementer:

- Standardisere ny praksis
- Sikre videreføring
- Spre forbedringene

KUP sin strategi for kvalitetsutvikling i norsk allmenntidisin inneholder gode forslag til tiltak for å utvikle kompetanse i lokalt forbedringsarbeid (Den norske legeforening 2009c). Det meste av dette er nå lagt inn i planene for Senter for allmenntidisinsk kvalitet.

Oppsummering og konklusjon

Det foreligger etter Kunnskapssenteret syn et solid teoretisk fundament for utviklingen av et nasjonalt kvalitetssystem for allmennlegetjenesten. I tillegg finnes det norske og internasjonale erfaringer med konkrete prosjekter på både lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Det vil i det videre arbeidet være naturlig å se nærmere på de erfaringer man har høstet gjennom de mange ulike initiativene. Etablering av et nasjonalt kvalitetssystem for allmennlegetjenesten bør ses i sammenheng med arbeidet med å bedre samhandling mellom behandlingsnivåene. En særlig utfordring består også i å etablere gode IKT systemer som muliggjør en automatisert sentral uthenting av data og rutiner for tilbakeføring informasjon til pasientbehandlende enheter.

Referanser

Arah 2003. Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, ten Asbroek AH, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua 2003;15(5):377-98.

Batalden og Stoltz 1993. Batalden PB, Stolz PK A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. Jt Comm J Qual Improv. 1993 Oct;19(10):424-47; discussion 448-52.

Bjørndal 2007 Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag. Gyldendal Akademisk. Oslo 2007.

Campbell 2009. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. N Engl J Med 2009; 361: 368-78.

Carrier 2009. Carrier E, Gourevitch MN, Shah NR. Medical homes: challenges in translating theory into practice. Med Care 2009; 47:714-22.

Den norske legeforening 2001. Sju teser for allmennmedisin. Oslo: Den norske legeforening, 2001. <http://www.legeforeningen.no/id/8290> (04.01.10)

Den norske legeforening 2005. Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin. Rapport fra KUP. Oslo: Den norske legeforening, 2005. http://www.legeforeningen.no/asset/37527/1/37527_1.pdf (04.01.10)

Den norske legeforening 2009a. Den norske legeforening, Spesialitetskomiteen i allmennmedisin. Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for allmennmedisin. Oslo: Den norske legeforening, 2009.

Den norske legeforening 2009b. Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet. Styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2010. Statusrapport fra Legeforeningen. Oslo: Den norske legeforening, 2009.

Den norske legeforening 2009c. Trygg hos fastlegen og på legevakta. KUP's strategi for kvalitetsutvikling i norsk allmennmedisin. Oslo: Den norske legeforening, 2009.

Donabedian 2003. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Publisher: Oxford University Press, USA; 2003.

Doran 2008. Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet* 2008; 372: 728-36.

Flottorp 2005. Flottorp S m fl. Hvordan bedre kvalitet og videre- og etterutdanning i allmennpraksis? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125:601-2.

Gray M. Best current evidence strategy. NHS 2006

HOD 2002. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2002.

HOD 2006. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helseplan (2007-2010). 2006.

HOD 2009. Stortingsmelding 47: Samhandlingsreformen. Rett behandling, på rett sted, til rett tid. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet 2009.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Holmboe 2009. Holmboe O, Bjertnæs ØA, Bukholm G, Nguyen K, Helgeland J, Røttingen JA. Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 24–2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009.

Håvelsrud 2005. Håvelsrud K, Flottorp S, Fretheim A, Kristoffersen DT, Oxman A, Treweek S et al. Hva gjør fastlegenes medarbeidere for å holde seg faglig oppdatert? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125:307-9.

Jamtvedt 2007. Nordtvedt MW, Jamtvedt G, Graverholdt B, Reinart LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. En arbeidsbok for sykepleiere. Akribe, Oslo 2007

Kasin R 2009. Kvalitetsindikatorer i allmennmedisin. Den norske legeforening 2009;

http://www.legeforeningen.no/asset/37527/1/37527_1.pdf

Kelly 2006. Kelly E, Hurst J. Health care quality indicators project. Conceptual framework-paper. Geneva: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD); 2006.

Lee 2008. Lee TH, Bodenheimer T, Goroll AH, Starfield B, Treadway K. Redesigning Primary Care. *The New England Journal of Medicine* 2008; 359: e24.

Mannion 2008. Mannion R, Davies HT. Payment for performance in health care. *BMJ* 2008; 336: 306-8.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin 2009. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. ... er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rap-

port nr. 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.

Nolte 2008. Integration and chronic care: a review. In: Nolte E, McKee M, (eds). Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Berkshire: Open University Press, 2008.

Nordisk ministerråd 2007. Nordisk Ministerråds arbeidsgruppe vedrørende kvalitetsmåling. Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet i Norden. København: Nordisk Ministerråd; 2007. TemaNord 2007:520.

Norsk selskap for allmennmedisin 2001. Syv teser for allmennmedisin. Den norske legeforening 2001. <http://www.legeforeningen.no/id/8290>

NorthStar 2006. NorthStar - how to design and evaluate healthcare quality improvement interventions. The ReBEQI Collaboration 2005. www.rebeqi.org/northstar (08.01.10)

Oxman 2009. Oxman A, Bjørndal A, Flottorp SA, Lewin S, Lindahl AK. Integrated health care for people with chronic conditions. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Notat 2008.

PCPCC (Patient-Centered Primary Care Collaborative) 2007. Joint Principles of the Patient Centered Medical Home. Washington: American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Physicians and American Osteopathic Association, 2007. <http://www.pcpcc.net/print/14> (04.01.10), <http://www.pcpcc.net/content/joint-principles-patient-centered-medical-home> (14.01.10)

Rosenthal 2008. Rosenthal, TC. The Medical Home: Growing Evidence to Support a New Approach to Primary Care. J Am Board Fam Med 2008; 21: 427-40

Rygh 2007. Rygh L, Saunes I. Are hospital performance measurement system transparent and based on clear methods? 2007.

Schneider 2001. Schneider EC, Lieberman T. Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. Qual Health Care 2001;10(2):96-103

Schoen 2009. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. Health Aff (Millwood) 2009; 28: w1171-83.

Shaw CD 2002. Shaw CD, Kalo I. A background for national quality policies in health systems. København: WHO Regional Office for Europe; 2002.

Smith 2008. Smith P, Mossialos E, Papanicolas I. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.

Smith 2009. Mossialos E, Leatherman S, Papanicolas I. Performance Measurement for Health System Improvement. Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge University Press; 2009.

Sosial-og helsedirektoratet 2002. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2002.

Sosial- og helsedirektoratet 2006 Sosial- og helsedirektoratet. Evaluering av systemet med nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006.

Sosial- og helsedirektoratet 2006b. Helhetlig plan for nasjonale kvalitetsindikatorer. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006.

Thesen 2010. Thesen et al. Sluttrapport: Kvalitetsverktøyprosjektet. Den norske legeförening 2010.

Treweek 2005. Treweek S, Flottorp S, Fretheim A, Håvelsrud K, Kristoffersen DT, Oxman A et al. Hva gjør fastleger for å holde seg faglig oppdatert? Tidsskr Nor Lægefören 2005; 125:304-6.

Wagner 1998. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract 1998; 1:2-4.

Wagner 2001. Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs 2001; 20:64-78.

WHO 2000. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization; 2000.

Andre aktuelle ressurser/kilder:

Skapes helse, skapes velferd – helse-systemets rolle i det norske samfunnet. Utviklingstrekk i helsesektoren 2008. Rapport IS-1545. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.

Malterud K. [Internkontroll på et allmennlegekontor](#) Tidsskr Nor Lægefören 2007; 127: 2236–8.

Malterud K. [Forebygging av faglige feil på allmennlegekontoret](#) Tidsskr Nor Lægefören 2007; 127: 2239–41.

Nordby K. Kvalitetshåndbok for legekontorer i allmennpraksis. Oslo: Den norske lægeförening, 1995.

Øgar P, Hovland T. Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i sosial- og kommunehelsetjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.

Allmennlegetjeneste – en risikoanalyse. Rapport fra Helsetilsynet 13/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.

Hvordan holde orden i eget hus? Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Veileder IS-1183. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.

Helsepolitisk debattskrift nr. 4: Praksiskonsulentordningen i Norge, et fremtidsrettet dialogverktøy for en sikker og effektiv helsetjeneste
<http://legeforeningen.no/id/145282.0>

PKO-håndboka. <http://legeforeningen.no/id/47568.0>

Nasjonal praksiskonsulent-nettside: www.pko.no

http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy

<http://www.dak-e.dk/>

www.improvementfoundation.org

<http://www.nice.org.uk/aboutnice/qof/qof.jsp>

www.impactbc.ca/practicesupport

www.southcentralfoundation.com

www.linh.nl.

<http://nhg.artsennet.nl/Home.htm> (nederlandsk)