

Bruk av kvalitetsindikatorer ved allmennlegekontorer – et pilotprosjekt

Notat fra Kunnskapsenteret
Februar 2012

 kunnskapsenteret

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Notat: ISBN 978-82-8121-446-0

februar 2012

 kunnskapssenteret

(fortsettelsen fra forsiden)

Tittel	Bruk av kvalitetsindikatorer ved allmennlegekontorer – et pilotprosjekt
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Nyen, Bjørnar, prosjektleder, seniorrådgiver, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Vege, Anders, prosjektmedarbeider, seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Udness, Ellen, prosjektmedarbeider, seniorrådgiver, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
ISBN	978-82-8121-446-0
Prosjektnummer	494
Publikasjonstype	Notat 2012
Antall sider	52
Oppdragsgiver	Norsk forening for allmennmedisin
Nøkkelord	Kvalitetsindikatorer, læringsnettverk, allmennmedisin
Sitering	Nyen B, Vege A, Udness E. Bruk av kvalitetsindikatorer ved allmennlegekontorer – et pilotprosjekt. Notat 2012 fra Kunnskapssenteret. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2012.

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 vil takke Svein Gjelstad, Mediata AS, for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Porsgrunn, februar 2012

Sammendrag

Fra september 2010 til februar 2011 ble det gjennomført et læringsnettverk med fire fastlegekontorer i Grenlandsområdet. De fire kontorene har i perioden gjennomført forbedringsarbeid ved eget kontor med utgangspunkt i 19 kvalitetsindikatorer foreslått av Randi Kasin i prosjektet "Kvalitetsindikatorer i allmenn-medisin".

Åtte av de 19 indikatorene var av en slik karakter at de skulle kunne trekkes ut automatisk fra legekantorenes EPJ. En spesialmodul i dataprogrammet RAVE3 ble utviklet i prosjektet for slikt automatisk uttrekk. Dessverre viste det seg at modulen ved starten av læringsnettverket hadde vesentlige svakheter, slik at den ikke kunne brukes som planlagt.

De fire fastlegekontorene gjennomførte ulike forbedringsarbeid i perioden, og de oppnådde betydelige resultater.

Deltakerne har evaluert deltakelsen i læringsnettverket til å være nyttig og inspirerende i forbindelse med forbedring av egen tjeneste.

Prosjektledelsen og deltakerne har vurdert de 19 kvalitetsindikatorene. To av de 19 foreslåtte indikatorene anbefales ikke tatt med i et indikatorsett for allmennlegetjenesten. En av de resterende 17 indikatorene anbefaler vi splittes i to, slik at man står igjen med et sett av 18 kvalitetsindikatorer. Det er mulig med automatisk uttrekk fra EPJ for ni av disse 18 indikatorene.

Her er en oversikt over kvalitetsindikatorer vi anbefaler benyttet ved fastlegekontorer, fordelt på de praksisområder som Kasin brukte i sin rapport:

PRAKSISOMRÅDE 1: Praksisorganisering

Indikator 1	<i>Systematisk evaluering av data fra egen praksis</i>
Indikator 2	<i>Andel av legene i praksis, som er spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin.</i>
Indikator 3	<i>Det holdes regelmessige møter for hele praksisteamet, og det skrives referat fra møtene. Møtefrekvens: Minst 1 time pr måned.</i>
Indikator 4	<i>Tid til tredje neste ledige time.</i>
Indikator 5	<i>Rutiner for overføring av informasjon fra lege til hjemmesykepleien om medisinerings av felles pasienter.</i>

PRAKSISOMRÅDE 2: Pasientsikkerhet

Indikator 6	<i>Praksis kan vise at de har tilgang til og bruker dokumenterte retningslinjer og prosedyrer i pasientbehandlingen.</i>
Indikator 7	<i>Rutiner for innhenting og behandling av avviksmeldinger</i>
Indikator 8	<i>Rutiner for mottak av og behandling av klager fra pasientene.</i>

PRAKSISOMRÅDE 3: Rettferdige tjenester

Indikator 9	<i>Legen deltar i ansvarsgruppemøter og basismøter for sine faste pasienter, der dette er aktuelt.</i>
--------------------	--

PRAKSISOMRÅDE 4: Lege - pasientforholdet

Indikator 11	<i>Praksis innhenter aktivt brukererfaringer fra pasientene</i>
Indikator 12	<i>Praksis gir pasientene mulighet til å gi uttrykk for sine meninger og forslag til forbedringer.</i>

PRAKSISOMRÅDE 5: Kliniske indikatorer – kronisk sykdom

Indikator 13	<i>Andel av pasienter over 65 år der medisinlista er oppdatert ved at medikament er utskrevet fra, lagt til eller endret i rapportperioden</i>
Indikator 14	<i>Andel av oppføringer i medisinlista på pasienter over 65 år der medikament er utskrevet fra, lagt til eller endret i rapportperioden</i>
Indikator 15	<i>Alle pasienter med diabetes gjennomgår årskontroll etter spesifisering i NSAMs handlingsprogram</i>

PRAKSISOMRÅDE 6: Kliniske indikatorer – akutt sykdom

Indikator 16	<i>Antall ledige timer ved starten av en praksisdag.</i>
Indikator 17	<i>Alt personell i praksis får opplæring og årlig trening i basal førstehjelp.</i>
Indikator 18	<i>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>

Under arbeidet med dette prosjektet har det på ulike måter kommet opp forslag til andre mulige kvalitetsindikatorer i allmenntidisin. Ingen av disse er prøvd ut i prosjektet, men de bør vurderes i det videre arbeidet med indikatorer:

1. Antall faste medisiner hos alle over en viss alder
2. Kontinuitet i pasientkontakten
3. B-preparat-forskrivning
4. Sykemeldingsprofil
5. Telefontilgjengelighet
6. Aktiv bruk av pasientinformasjoner
7. Parkeringsmuligheter ved fastlegekontoret

Indikatorene er primært blitt utarbeidet for å bidra til utvikling av kvalitet på det enkelte legekontor. Det vil imidlertid kunne være aktuelt at fastlegekontorer rapporterer noen av indikatorene til kommunalt og statlig nivå. Om det skal gjøres vil det være avgjørende at det ikke gir betydelig merarbeid for kontorene å få korrekte data. Automatisk uttrekk fra EPJ vil være en løsning på dette for en del av indikatorene.

Det allmenntidisinske miljøet har bidratt til utvikling og utprøving av rapporteringsverktøyet RAVE3 for alle de største EPJ-systemene for allmenntidlegekontorer i Norge. I dette prosjektet er det utviklet en rapportmodul for kvalitetsindikatorer. Det står igjen noe arbeid med testing, pilotering og eventuell utvidelse av indikatorsettet før rapportmodulen i programmet er helt funksjonell.

Vår erfaring i dette prosjektet er at det kan være nyttig å la et sett med kvalitetsindikatorer være utgangspunkt for arbeid med systematisk forbedringsarbeid i et læringsnettverk med fastlegekontorer.

Innhold

SAMMENDRAG	2
INNHold	5
FORORD	7
BAKGRUNN, MÅL OG VIRKEMIDLER	8
Bakgrunn	8
Mål for prosjektet	10
Verktøy og virkemidler i prosjektet	10
GJENNOMFØRING	12
Oppstart	12
Arbeid med å gi indikatorene en standardisert utforming	12
Utvikling av spesialrapport i RAVE3 for automatisk uttrekk fra fastlegekontorenes elektroniske pasientjournal av aktuelle indikatorer	12
Læringsnettverk	13
Gruppearbeid om læringsnettverk under siste fellessamling	14
Spørreundersøkelse om erfaring med læringsnettverk	14
Spørreundersøkelse om vurdering av kvalitetsindikatorer	14
ERFARINGER OG RESULTAT	15
Gulset legekantor	15
Heistad legesenter	16
Kirkegaten legekantor	17
Klosterhagen legesenter	18
Resultat av gruppearbeid om læringsnettverk under siste fellessamling	19
Svar på spørreundersøkelse om erfaringen med læringsnettverk	21
Vurdering av de 19 kvalitetsindikatorerne	23
AVSLUTNING	41
REFERANSER	43
VEDLEGG	44
PRAKSISOMRÅDE 1 – PRAKSISORGANISERING	45
PRAKSISOMRÅDE 2 – PASIENTSIKKERHET	46
PRAKSISOMRÅDE 4 – LEGE/PASIENTFORHOLDET	47
PRAKSISOMRÅDE 6 – KLINISKE INDIKATORER - AKUTT SYKDOM	48
VEDLEGG 2: MAIL SENDT TIL FASTLEGER I TELEMARK SAMT I LARVIK OG SANDEFJORD 14.10.09	49

Ventetid for
ordinær konsultasjon

51

51

Forord

På oppdrag fra den Norske legeforening gjennomførte Kvalitetsutvalg for primærmedisin (KUP) prosjektet ”Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin” i 2006. Randi Kasin var prosjektleder og forskningsleder ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Signe Flottorp var veileder.

Rapporten inneholdt en oversikt over kvalitetssystemer og indikatorer som er i bruk i land det er naturlig for Norge å sammenligne seg med. I tillegg inneholdt rapporten mye stoff om kvalitetsutvikling i egen praksis. Prosjektrapporten foreslo 19 indikatorer innen seks praksisområder:

- praksisorganisering
- pasientsikkerhet
- rettferdige tjenester
- lege-pasient-forholdet
- kronisk sykdom
- akutt sykdom

Norsk Forening for Allmennmedisin har bedt Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten om å lede et implementeringsprosjekt der indikatorene operasjonaliseres og tilpasses norsk allmennmedisin.

Seksjon for kvalitetsutvikling tok på seg oppgaven, med økonomisk støtte fra Legeforeningens Fond for kvalitet og pasientsikkerhet. Fire fastlegekontorer i Skien og Porsgrunn har deltatt i et læringsnettverk som fra september 2010 til februar 2011.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektkoordinator: seniorrådgiver Bjørnar Nyen, Kunnskapssenteret
- Seksjonsleder Anders Vege, Kunnskapssenteret
- Seniorrådgiver Ellen Udness, Kunnskapssenteret (under siste del av prosjektperioden)

Svein Gjelstad i Mediata AS har bidratt med å utvikle en modul i Rave3 for automatisk uttrekk av noen av indikatorene. Han har også deltatt i de fleste fellessamlingene i læringsnettverket.

Anders Vege
Seksjonsleder

Bjørnar Nyen
Prosjektleder

Bakgrunn, mål og virkemidler

Bakgrunn

Henvendelsen fra Kvalitetsutvalget (KUP) og Norsk forening i allmennmedisin (NFA) til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gir bakgrunnen for prosjektet:

”Kvalitetsforbedringsutvalget i Den norske lægeforening ba høsten 2002 alle spesialforeninger om å utarbeide forslag til fagspesifikke kvalitetsindikatorer. Kvalitetsutvalget for primærmedisin (KUP) ønsket å utrede om det var mulig å komme fram til indikatorer som kan brukes av allmennlegene. Kvalitetsfond I ga støtte til prosjektet ”Kvalitetsindikatorer i allmennmedisin” høsten 2003.

Prosjektleder har vært Randi Kasin, spesialist i allmennmedisin og medlem av KUP, og veileder Signe Flottorp ved Kunnskapssenteret. Prosjektgruppa har i tillegg til medlemmene i KUP, bestått av Gisle Roksund, den gang som leder av Norsk forening for allmennmedisin - NSAM - og Trond Egil Hansen, formann i fagutvalget i Allmennpraktiserende legers forening - Aplf.

Målet var å finne fram til et begrenset antall kvalitetsindikatorer som er relevante for norsk allmennmedisin. Disse skulle være indikatorer som alle allmennlegekontorer kan måle seg mot, og som gjenspeiler det sammensatte både i kvalitetsbegrepet og i allmennmedisinen. Indikatorene skulle brukes til å vise allmennmedisinens rolle i forhold til pasienter, lokalsamfunn, spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidende instanser. I tillegg skulle indikatorene avspeile sentrale elementer i norsk allmennmedisin, uttrykt eksempelvis gjennom NSAMs 7 teser for allmennmedisin. ”

Det omtalte prosjektet er beskrevet i sin helhet i rapporten **Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin**. (1)

Norsk forening for allmennmedisin – NFA (tidligere kalt NSAM), ønsket så et implementeringsprosjekt der indikatorsettet ble operasjonalisert og tilpasset norsk allmennmedisin. De skriver om det:

”Bruksområdene for indikatorene må avklares nærmere, og det må utredes hvordan indikatorsettet kan implementeres i praksis, blant annet i hvilken grad indikatorene kan hentes ved automatisk uttrekk fra EPJ.

Vi antyder her noen tanker om et pilotprosjekt, evt. på flere nivå:

Man må starte med å tilpasse og teste ut ”sanking” av de beskrevne kvalitetsindikatorerne på fastlegekontor på en enklest mulig måte. Automatisk uttrekk fra EPJ tilstrebes der det er mulig og gir gode data. Gjennom dette høstes erfaringer med hvordan indikatorene kan hentes i fastlegepraksis med en akseptabel arbeidsinnsats. Det bør også testes ut systemer for ”benchmarking”, slik at praksisene kan sammenligne seg med andre praksiser.

En slik testing og evt. ”benchmarking” bør kombineres med konkret forbedringsarbeid, som kan organiseres på flere måter:

1. Refleksjon og videre forbedringsarbeid mellom legene i en veiledningsgruppe i spesialisering i allmennmedisin, eller en smågruppe i resertifisering i allmennmedisin, der alle har hentet ut ”sine” indikatorer, evt. med benchmarking.
2. Initiering av tverrfaglige diskusjoner i den enkelte praksis, med påfølgende valg av et eller flere områder for konkret forbedringsarbeid. En slik diskusjon bør ledes av en ekstern veileder (facilitator), f.eks. slik det gjøres i Maturity Matrix som nå også prøves ut i Norge (se vedlegg). Det kan også organiseres som et av flere elementer i gjensidig praksisbesøk.
3. Forbedringsarbeid i et nettverk av fastlegekontorer med leger og medarbeidere, med prosessanalyse og gjennombruddsmetodikk. Gode eksempler er slik det ble gjort i prosjektet ”Systematisk forbedringsarbeid på allmennlegekontoret” i Sogn og Fjordane i 2006, og i prosjektet ”Kvalitetsutvikling hos fastleger: tilgjengelighet og telefonrådgivning” i Grenland i 2004-2005. Vi foreslår at de deltakende legekontorene henter ut alle indikatorene og deretter velger ut enkelte av områdene, for eksempel ventetid og bruk av avviksmeldinger, for å gjøre systematisk forbedringsarbeid i forhold til disse. Nettverksarbeidet må ledes av eksterne veiledere med erfaring i prosessveiledning (facilitatorer).
4. Flere andre mulige modeller. Modeller som i størst mulig grad stimulerer utvikling av ”livslang læring” og en ”lærende organisasjon” bør tilstrebes. Alle modeller bør søkes tilpasset, eller foreslå tilpasninger i regelverket for spesialisering/resertifisering i allmennmedisin. Slik motiveres deltakende legekontor til å investere tid og interesse i konkret forbedringsarbeid.”

Det ble i møter mellom Legeforeningen og Kunnskapssenteret drøftet muligheten for at dette kunne gjøres som et gjennombruddsprosjekt i Legeforeningens regi, og også at det kunne være et mulig satsingsfelt ved en nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Det viste seg at ingen av de nevnte alternativene var aktuelle de nærmeste årene pga andre prioriteringer fra beslutningstakere.

Seksjon for kvalitetsutvikling i Kunnskapssenteret tok derfor på seg å gjennomføre et mindre pilotprosjekt for å undersøke hvordan de foreslåtte indikatorene kan brukes ved fastlegekontorer.

Mål for prosjektet

Målet for implementeringsprosjektet ble beskrevet slik: ”Det skal høstes erfaringer om hvilken nytte bruk av de 19 foreslåtte kvalitetsindikatorer har for legekontorers systematiske forbedringsarbeid ved deltakelse i et veiledet læringsnettverk over seks måneder.”

Verktøy og virkemidler i prosjektet

Arbeid med å gi indikatorene en standardisert utforming

Det ble avtalt at Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skulle bidra med gjennomgang av begreper og gi indikatorene en standardisert utforming, for eksempel som de nasjonale kvalitetsindikatorene.

Læringsnettverk (2 - 8)

Det ble besluttet at indikatorene skulle testes ut i et læringsnettverk med deltakere fra flere fastlegekontor, Tidligere erfaringer viser at grupper med både leger og medarbeidere fra flere legekontor kan gi god læringsarena og gi mulighet for systematisk opplæring i forbedringsarbeid.

Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring (9)

Ulike metoder og verktøy for praktisk forbedringsarbeid skulle tas i bruk i prosjektet.

RAVE3 (10)

RAVE3 er et elektronisk uttrekksprogram fra elektronisk pasientjournal (EPJ) som er tatt i bruk i Sverige, og som Referansegruppa for praktisk kvalitetsarbeid hadde testet ut ved noen fastlegekontorer. En spesialrapport i programmet for automatisk uttrekk fra fastlegekontorenes elektroniske pasientjournal av aktuelle indikatorer skulle utvikles som en del av prosjektet.

Etter- og videreutdanning

Legene i læringsnettverket skulle få tellende poeng i videre- og etterutdanningen som smågruppevirksomhet.

Gjennomføring

Oppstart

Oppstart ble forskjøvet fra vår 2010 til høst 2010 fordi finansieringen ble forsinket.

Arbeid med å gi indikatorene en standardisert utforming

Den ansatte i enheten for pasientsikkerhet som sa seg villig til å bidra med dette, sluttet i stillingen uten at det var mulig å rekruttere en annen person til arbeidet. Vi har derfor ikke fått laget standardisert utforming av indikatorene, bortsett fra en (vedlegg 3).

Utvikling av spesialrapport i RAVE3 for automatisk uttrekk fra fastlegekontorenes elektroniske pasientjournal av aktuelle indikatorer

Før oppstart av læringsnettverket utviklet Mediata AS en spesialrapport for automatisk uttrekk av data for åtte av de 19 indikatorene. Svein Gjelstad og prosjektleder definerte uttrekkene, og intensjonen var at Mediata skulle installerte RAVE - programmet på server ved de fire legekantorene. Pga ulike tekniske utfordringer, dels med definisjoner av noen av indikatorene og dels installasjonstekniske ting, ble det ikke mulig å få ut rapporter fra alle kontorene før første samling i læringsnettverket. Det ble nødvendig å bruke noe av tiden på nettverkssamlingene til å få på plass dette. Derved kunne vi ikke bruke resultater tatt ut fra EPJ med RAVE3 som planlagt, og utviklingen av disse indikatorene underveis kunne heller ikke følges.

Kantorene valgte imidlertid sine forbedringsområder på bakgrunn av de 19 angitte kvalitetsindikatorer.

Læringsnettverk

Fastlegekontorer i alle kommuner i Telemark og i Larvik og Sandefjord i Vestfold ble pr mail invitert til læringsnettverket (vedlegg 2). Fire fastlegekontorer responderte positivt, tre fra Skien og ett fra Porsgrunn. Vi hadde planlagt å ha med bare tre kontorer, men aksepterte å ha med alle fire.

Vi hadde møter på tre av de fire kontorene før oppstart for å avklare forventninger til prosjektet og for å informere om praktiske detaljer. Vi satte som krav for å være med at minst to leger og to medarbeidere fra hvert kontor skulle delta på fellessamlingene, og at kontoret skulle sette av tid til forbedringsarbeid mellom samlingene.

Vi gjennomførte seks fellessamlinger i læringsnettverket – den første 8. september 2010 og den siste 18. februar 2011. Vi satte av 6 timer til første samling (fra kl. 12 til kl. 18), og 3,5 timer (fra kl. 16 til kl. 19.30) på de resterende samlingene. Det ble servert pizza og frukt på hver samling.

Samlingene ble gjennomført med undervisning og samtaler om forbedringsarbeid i plenum, samt presentasjon og drøfting av det hvert kontor holdt på med i sitt forbedringsarbeid. Det var også satt av noe tid på hver samling hvor deltakerne fra hvert kontor kunne sitte sammen og arbeide og få veiledning om de ønsket det.

På første samling ble de 19 kvalitetsindikatorne gjennomgått og hvert legekontor skulle velge å arbeide med temaer som hadde med en eller flere av indikatorene.

Legekontorene ble tilbudt veiledning pr mail eller telefon mellom samlingene. Dette tilbudet ble benyttet bare i begrenset omfang. Kontorene var altså i stor grad “selvgående” i sitt forbedringsarbeid mellom samlingene.

Intensjonen var at kontorene skulle kunne ta ut rapporter med uttrekk av data fra egen EPJ, og at disse dataene skulle være en del av grunnlaget for valg av temaer. Dette var ikke mulig fordi utviklingen av spesialrapporten i RAVE3 for automatisk uttrekk fra fastlegekontorenes EPJ ikke var slutført.

En annen intensjon var at legekontorene skulle velge ett felles tema som alle skulle jobbe med i læringsnettverkperioden. Utvelgelsen skulle skje i forkant med utgangspunkt av vurdering av alle de 19 indikatorene, noen av dem i form av rapport trukket ut ved hjelp av RAVE3. I tillegg skulle hvert kontor kunne jobbe med annet tema ved siden av. Utvelgelsesprosessen av felles tema ble ikke som planlagt særlig pga forsinkelsen i utviklingen av spesialrapporten i RAVE3 slik at det ble mer sprik i temaer enn det vi hadde planlagt.

Gruppearbeid om læringsnettverk under siste fellessamling

Under siste fellessamling foregikk et gruppearbeid hvor deltakere i de tre tilstedeværende team fra legekontorer skulle gi svar på hva som hadde fremmet og hva som hadde hemmet endringsarbeidet, og om det var noe de kunne ha gjort annerledes på eget kontor for å lykkes bedre.

Spørreundersøkelse om erfaring med læringsnettverk

De deltagende legekantorene fikk et spørreskjema med spørsmål om deltakernes erfaring med læringsnettverket og vurdering av nytten av de 19 kvalitetsindikatorerne.

Følgende spørsmål ble stilt omkring erfaringen med deltakelse i læringsnettverket:

1. Hva har vært bra med å delta i dette læringsnettverk?
2. Hva skulle vi ha gjort annerledes i dette læringsnettverket for at dere skulle hatt bedre utbytte i forhold til forbedring i egen praksis?
3. Hvordan synes du at dere/kontoret har lyktes med å involvere alle i forbedringsarbeidet?
4. Andre kommentarer i forhold til læringsnettverket

Svarene er gjengitt ubearbeidet i kapitlet Erfaringer og resultat.

Spørreundersøkelse om vurdering av kvalitetsindikatorer

I spørreskjemaet ble de også bedt om å vurdere hver av de 19 foreslåtte indikatorerne. Svaralternativene var:

- 0: Indikatoren har ingen nytte og bør ikke være med i indikatorsettet
- 1: Indikatoren er svært lite nyttig og bør neppe være med i indikatorsettet
- 2: Indikatoren kan ha noe nytte og kan være med i indikatorsettet
- 3: Indikatorene er nyttig og bør være med i indikatorsettet
- 4: Indikatoren er svært nyttig og bør absolutt være med i indikatorsettet

Det var også mulig å krysse av for: "Har ikke forutsetninger for å vurdere nytten av denne indikatoren"

Hvor mange som har vurdert indikatoren som nyttig eller svært nyttig i forhold til totalt antall svar finnes i beskrivelsen under hver indikator.

Erfaringer og resultat

A. Rapporter fra hvert legekantor om eget forbedringsarbeid

Vi har valgt å gjengi rapportene fra legekantorene slik de selv har skrevet dem.

Gulset legekantor

Målsetting:

Forbedre dokumentasjon om

- Medarbeiderråd
- Faste medisiner for pasienter over 70 år
- Tidligere sykdommer

Tiltak:

Kantoret har brukt to møter à 30 minutter og ett 2-timers møte pr mnd til arbeidet med dette.

Medarbeiderne:

- Tidligere prosedyrer er gjennomgått
- Nye maler er laget
- Dokumentasjon av medarbeiderråd i journalen er innskjerpet

Legene:

- Skrevet ut liste over pasienter over 70 år
- Gjennomgått journalene og oppdatert
 - Tidligere sykdommer
 - Faste medisiner

Resultater:

- Bedre journalføring av råd gitt av medarbeidere
- Laget flere maler for råd

- Oppdatering av faste medisiner godt innarbeidet
- Faste medisiner er første bilde i reseptmodulen – gir god oversikt

Konklusjon:

- Bedre dokumentasjon i journalen gjør pasientarbeidet enklere og bedrer kvaliteten på arbeidet
- Lærerikt å dele erfaringer med andre legekontorer

Heistad legesenter

Målsetting:

Forbedre og systematisere indre rutiner ved kontoret, revidere eksisterende dokumenter og skrive nye der det mangler

Tiltak:

Deltakelse på samlingene i læringsnettverket

3 halvdagsmøter for hele kontoret, både leger og medarbeidere

Bilder fra fellessamling ved Heistad legekontor:



Nedsatt seks arbeidsgrupper i forhold til ulike temaer:

1. Resepsjonen
2. Skiftestua

3. Laboratoriet
4. Legerelaterte prosedyrer
- 5- Datarelaterte prosedyrer
6. Overordnede administrative prosedyrer

Mange arbeidsgruppemøter samt individuelt arbeid med dokumenter før godkjenning i fellesskap

Resultater:

- Svært mange av eksisterende dokumenter på rutiner er revidert og flere nye er skrevet

Konklusjon:

- Laringsnettverket satte i gang en viktig prosess for å få bedre orden på felles rutiner
- Vi utnyttet samlingene i læringsnettverket i liten grad fordi få fra oss var med på samlingene og hadde nok å gjøre med våre egne prosesser og ikke trengte noe særlig innspill utenfra til dem

Kirkegaten legekontor

Målsetting

- Bedret kvalitet på våre tjenester
- Større forutsigbarhet for ansatte og pasienter

Arbeid i forhold til følgende fire områder:

1. Personalmøter/kontormøter
2. Timeboka – ”Time samme dag”
3. Oppdatering av faste medisiner
4. Rutiner for informasjon til vikarer
 - Medarbeidere
 - Leger

Tiltak

- Brukt fredagsmøtene samt fellessamlingene i læringsnettverket
- Innført referat fra personalmøter/kontormøter
- Systematisk arbeid med timeboka – særlig med planlegging av fravær som ferier og kurs, for å holde ventetiden nede.
- Systematisk arbeid med oppdatering av medisinlister og ordinasjonslister til pasienter og hjemmetjeneste
- Skriftlige rutiner for informasjon til vikarer ved kontoret, både medarbeidere og leger

Erfaringer

- Forbedringsarbeid krever at det settes av nødvendig tid – det kommer ikke av seg selv!
- Forbedringsarbeid gir resultater når det jobbes med det
- Endringsarbeidet må hele tiden evalueres og korrigeres ved nye erfaringer
- Vi ønsker mer utveksling av informasjon mellom de ulike kontorene

Klosterhagen legesenter

Mål

- Opplæringsplan/sjekkliste for nyansatte leger/legevikarer
- Brukerundersøkelse med tema Marevan-bruk og måling av INR
- Vi har med dette ønsket å kvalitetssikre opplæring av nye leger og å undersøke pasienttilfredshet og sikkerhet rundt våre INR-rutiner

Tiltak

- Vi har arbeidet fram dokument med opplæringspunkter for nye leger – som en sjekkliste med ansvarlig og dato
 - Det har skjedd ved at de som har sett mangler, både blant medarbeidere og leger, har skrevet ned punkter som burde være med. En person har samlet dette og laget et utkast som så er diskutert med alle tilstede. Vi har også fått ideer fra et annet kontor i læringsnettverket som har jobbet med det samme.
- Gjennomføring av to fokusgruppeintervjuer med fokus på INR-måling og Marevanbruk

Erfaringer

- Viktigheten av tverrfaglig samarbeid rundt kvalitetsarbeid på legekontoret
- Vi har lært hvordan fokusgruppeintervju foregår, inkludert forberedelser og etterarbeid og har erfart at denne formen for innhenting av pasienterfaringer kan være nyttig
- Det er mye arbeid med planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervjuer, men også morsomt og lærerikt – og ikke uoverkommelig!
- Vi har fått innsikt i hvordan pasienter kan tenke om behandling, særlig i forhold til hva slags og hvor mye kunnskap de har: Pasientene hadde mindre kunnskap om Marevan-behandling enn det vi var klar over
- Vi har opplevd at det er nyttig å arbeide på tvers av profesjoner – vi ser at vi utfyller hverandre
- Det er ikke uoverkommelig arbeidsmengde å lage prosedyre for nye leger

- Vi har hatt god nytte av å se hvordan andre legekontorer organiserer seg og arbeider med kvalitetsutvikling
- Nyttig å følge andres prosesser parallelt med at vi har jobbet med våre
- Vi har lært at det er riktig for oss å jobbe med avgrensede temaer

Resultater

- Vi har laget dokument med opplæringspunkter for vikarer og nyansatte leger
- Vi har endret på rutinene i forhold til informasjon om Marevan-bruk for å kvalitetssikre best mulig informasjon. Dette gjøres ved å
 - Gi pasienter nytt skriv om legesenterets rutiner i forhold til Marevan-bruk
 - Undersøke om de trenger Nycomeds informasjonsgehefte
 - Alle nye Marevan-brukere innkalles til legetime med denne behandlingen som tema
 - Ved større avvik i INR eller ved mistanke om usikkerhet rundt behandlingen tilbys pasienten legetime

Veien videre

Vi vil installere TrinnVis og jobbe med å oppdatere/utfylle våre prosedyrer ved hjelp av dette verktøyet

Vi vil ha kvalitetsarbeid og innføring av TrinnVis som et punkt ved de faste møtene i tiden framover

Vi vil sannsynligvis bruke fokusgruppeintervju som metode ved brukerundersøkelser

B. Erfaringer med læringsnettverket

Resultat av gruppearbeid om læringsnettverk under siste fellessamling

Under siste fellessamling hadde vi et gruppearbeid hvor deltakere fra tre legekontorer (ett av kontorene var pga sykdom og ferie ikke representert på siste samling) skulle gi svar på hva som hadde fremmet og hva som hadde hemmet endringsarbeidet, og om det var noe de kunne ha gjort annerledes på eget kontor for å lykkes bedre.

Hva har fremmet endringsarbeidet for dere i læringsnettverket – både i forhold til gode prosesser og gode resultater?

Kontor 1:

- Utveksling av erfaringer og gode rutiner
- Vi blir stimulert til å jobbe da det forventes

- Fått en større forståelse for endringsarbeid gjennom teoriframlegging på første møte
- Det er satt av tid for gruppearbeid på fellesmøtene
- God pizza
- Vi har fått satt av tid i praksis til arbeidet

Kontor 2:

- Blitt satt av tid på kontoret + samlinger
- Fokus har vært på forbedringsarbeid
- Alle medarbeiderne har deltatt; det har gitt felles forståelse, eierskap og trygghet
- Positivt å kunne lære av andre kontorer
- Positivt med teoretisk påfyll fra veilederne

Kontor 3:

- Tidsintervallene 1 x pr mnd bra
- Teamer som engasjerer – velge tema selv var viktig
- Fått nok tid – både i samlingene og mellom, inkl. vårt seminar
- Dere lyttet ut våre tanker og ideer, var på tilbudssiden i forhold til råd og veiledning, vært oppmuntrende
- Nettverket har lagt til rette for at medarbeidere og leger skal jobbe tett både i forhold til hvilke temaer som bør jobbes med og under prosessen
- Lite avgrenset område
- Delvis foregått i arbeidstiden
- Flere legesentre sammen

Hva har hemmet endringsarbeidet for dere i læringsnettverket – både i forhold til gode prosesser og gode resultater?

Kontor 1:

- Hemmende og noe demotiverende når info gjentas mange ganger – presentasjon fra legekantorene har ofte vært gjentakelser
- RAVE – opplevde det lite matnyttig så langt. Brukt relativt mye tid på RAVE.
- Kvantitere endringsarbeidet har manglet
- Vi mangler metode for å måle endring i arbeidet vårt

Kontor 2:

- Hvis alle legene hadde deltatt ville noe mere legerelaterte rutiner kunnet vært jobbet med

Kontor 3:

- RAVE – uinteressant for spesielt medarbeiderne – prematurt
- Vi har formidlet litt lite referat til de som ikke har vært til stede

Er det noe dere som legekantor kunne ha gjort for å lykkes bedre?

Kontor 1:

- Hvis flere legekantorer jobber med samme tema, tenker vi at vi ville ha større utbytte av å jobbe sammen i læringsnettverk
- Velge et felles tema for hele legekantoret

Kontor 2:

- Helst satt av tid i ordinær arbeidstid
- Mer utveksling av informasjon mellom ulike kontorer

Kontor 3:

- Referat etter hvert møte til de andre på kontoret

Svar på spørreundersøkelse om erfaringen med læringsnettverk

1. Hva har vært bra med å delta i dette læringsnettverket?

MEDARBEIDERE:

- Endret noen rutiner, forandringer til det bedre, delt erfaringer og ideer
- Fått innblikk i at vi alle har forbedringspotensiale og kan lære av hverandre
- Fått til litt forandringer
- Godt utbytte, fått igang og mye på plass i forbedringene
- Erfaringer på tvers av kontorer. God erfaring ved det vi har gjort
- Man blir kanskje mer bevisst på sin arbeidssituasjon og lærer å gjøre mer aktivt for at arbeidsdagen skal bli bedre.
- Det har vært sosialt
- Fått i gang diskusjoner
- Mulighet for å kunne forbedre enkelte områder
- Setter mer fokus på hva vi burde jobbe/forbedre oss på.
- Erfaringer fra andre

LEGER:

- Inspirasjon til forbedringsarbeidet. Tid sammen med MA. Ideer fra andre kontorer
- Truffet andre legekantorer, leger og MA. Nytte av å se hva andre har gjort
- Fått bedre innsikt i egne og andre legesentres kvalitetsarbeid. Kunnet dra nytte av hverandre. Blitt kjent med andre legesentre.
- Bli stimulert til å jobbe med kvalitetsarbeid.
- Få ideer
- Satt av tid til arbeidet
- Bedring av egne prosedyrer

- Hele kontorets leger og personale har samarbeidet om å lage kvalitetssikringsystem
- Sette fokus på flere områder som klart kan forbedres
- Vi fikk en dytt i baken til å komme i gang med kvalitetsforbedring på eget kontor

2. Hva skulle vi ha gjort annerledes i dette læringsnettverket for at dere skulle hatt bedre utbytte i forhold til forbedring i egen praksis?

MEDARBEIDERE:

- Kanskje litt færre legekontorer?
- Greit nok
- Høre om rutiner ved andre legekontorer, få system på egne
- Kanskje dele medarbeidere og leger innimellom. Det som passet for medarbeiderne var litt for seg og temaet for legene for seg. Var ikke lett å følge med hele tiden.
- Vanskelig å si

LEGER:

- RAVE3 ferdig før vi startet
- Mer om metoder vi kunne benyttet
- Mer om forskjellige metoder å jobbe med kvalitet
- Ha oppfølging også mellom møtetidspunktene
- Bedre mulighet for å vurdere endring i egen praksis
- Vi var for dårlig organisert overfor læringsnettverket (pga sykdom)
- RAVE3 burde vært oppe å gå hos alle før vi startet

3. Hvordan synes du at dere/kontoret har lykket med å involvere alle i forbedringsarbeidet?

MEDARBEIDERE:

- Ganske bra
- Bra
- Slutført med alle tilstede og alle involvert.
- Stort sett bra. De fleste har vært med hver gang.

LEGER:

- Mangelfullt på legesiden (vikarer)
- Satte av mye tid på møter og faglige seminarer - derfor god involvering
- Godt, synes dette har vært et felles prosjekt og til nytte for de fleste ved kontoret
- Alle har deltatt. Entusiasmen har vært noe delt.
- Bra

- Internt har arbeidet gått veldig bra og fått stor involvering fra alle
- Alle har vært godt involvert i vårt arbeid med å lage kvalitetsprosedyrer, men få har vært engasjert i nettverket

4. Andre kommentarer i forhold til læringsnettverket

MEDARBEIDERE:

- Veldig mange spørsmål, vanskelig å svare

LEGER:

- RAVE mest nyttig for legene? Kunne vi delt inn i leger/medarb?
- Jeg ser at vi i større grad burde ha skrevet ned hvem gjør hva innenfor noen tidsfrister
- Vi ble veldig fokusert på eget arbeid med prosedyrer for kvalitetssikring og mistet interesse/overskudd ift nettverket. Opplevde at det etter hvert ga oss lite. Men som sagt et viktig utgangspunkt for å komme i gang.

C. De foreslåtte kvalitetsindikatorerne

Vurdering av de 19 kvalitetsindikatorerne

Vi har ordnet gjennomgangen av de 19 indikatorerne etter følgende mønster:

1. Beskrivelse av indikatoren
2. Kan indikatoren trekkes ut fra EPJ?
 - a. Hvis automatisk uttrekk er mulig angis kriteriene for uttrekket
3. Kommentarer gitt i spørreskjemaet av deltakerne i forhold indikatoren
4. Angivelse av nytte av indikatoren
5. Prosjektledelsens anbefaling med drøfting

Indikator 1:

Systematisk evaluering av data fra egen praksis

Automatisk uttrekk?

Ikke mulig med automatisk uttrekk fra EPJ

Kommentarer fra deltakere:

- Håper programmet er brukervennlig slik at uthenting av data er enkelt
- Det gir de beste muligheter for å diskutere hva vi reelt gjør

- Vi vil bruke det i smågruppevirksomhet framover

Deltakernes vurdering av nytte

10 av 11 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig

2 av 4 medarbeidere mente denne indikatoren er nyttig

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Den sier riktignok ikke noe om hvordan kontoret bruker dataene, og man bør vurdere om indikatoren skal utvides med noe om det
- Indikatoren bør kunne aggregeres på kommunenivå som utgangspunkt for drøfting

Indikator 2:

Andel av legene som er spesialister eller under spesialisering

Automatisk uttrekk?

Ikke mulig med automatisk uttrekk fra EPJ

Kommentarer fra deltakere:

- Hvor vanlig er det at fastleger ikke er ferdig spesialister eller under spesialisering?
- Det har vi alltid oversikt over
- Alle legene er spesialister eller under opplæring

Deltakernes vurdering av nytte

2 av 8 leger mente denne indikatoren er nyttig

Bare en av medarbeidere ga svar om denne indikatoren

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- De fleste kontorer vil ha en oversikt over dette og vil nok ikke oppleve indikatoren som viktig i seg selv. Men den er enkel å registrere. Den kontinuerlige videre- og etterutdanningen som denne spesialiseringen innebærer er indirekte et kvalitetsstempel på virksomheten.

- Bør kunne aggregeres på kommunenivå som utgangspunkt for drøf-ting
- *Informasjon fra Dnlf: Pr 15.02.11 var 32,3 % av fastlegene verken spesialister eller under spesialisering*

Indikator 3:

Det holdes regelmessige møter med hele praksisteamet med referat

Automatisk uttrekk?

Ikke mulig med automatisk uttrekk fra EPJ

Kommentarer fra deltakere:

- Viktig å diskutere ting sammen
- Viktig å vite hvor legekantoret er i dette. Men trenger vi en indikator for dette?

Deltakernes vurdering av nytte

9 av 11 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

6 av 6 medarbeidere mente denne indikatoren er svært nyttig.

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Det er nødvendig med jevnlig møter med både leger og medarbeidere som deltakere for å kunne drive systematisk kvalitetsarbeid.
- Skal vi sette opp hva som kreves for å oppfylle kriteriet – kanskje minst en gang pr 2 måneder?
- Bør kunne aggregeres på kommunenivå som utgangspunkt for drøf-ting

Indikator 4:

Antall dager til tredje ledige ordinære time

Automatisk uttrekk?

Uttrekk fra EPJ med RAVE3:

- RAVE3 leser ledige timer (i WinMed merket P) for hver lege på alle dager med timeliste; rapporten gir gjennomsnittlig antall dager i rapportperioden.

Kommentarer fra deltakere:

- Ikke aktuelt siden vi bruker "timesammedag"
- Godt til bruk internt mellom legene og over tid

Deltakernes vurdering av nytte

8 av 9 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

2 av 5 medarbeidere mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- For å få fornuftige resultater må avtalekode brukes standardisert. Fordi legekontorer bruker timeboka ulikt, bør ikke sammenlikning mellom kontorer gjøres uten å ta med i vurderingen eventuelle forskjeller i bruken av timeboka.
- For dem som bruker timesammedag-konseptet, vil indikatoren ikke ha noen verdi, annet enn som en bekreftelse på at de ikke har ventetid
- For vurdering av ventetid, kan innhenting av pasienttilfredshet kanskje være like viktig
- Bør kunne aggregeres på kommunenivå, men ikke for sammenlikning mellom legekantorene, men som utgangspunkt for drøfting av utvikling over tid.

Indikator 5:

Rutiner for informasjonsoverføring fra lege til hjemmetjenesten om medisiner

Automatisk uttrekk?

Uttrekk fra EPJ med RAVE3:

- Teller: Antall pasienter over 65 år i rapportperioden hvor det er dokumentert i korrespondanseloggen at det er skrevet ut enten medisin-

kort eller ordinasjonskort pluss at takst 1f er brukt på pasienten på samme dato.

- Nevner: Antall pasienter på lista over 65 år hvor taksten 1f er brukt i løpet av siste år.

Kommentarer fra deltakere:

- Jeg tror takst 1F indikerer noe av spørsmåls-stillingen, men ikke presist
- Sier bare noe om en begrenset del av kommunikasjonen med hj.spl. - sier ikke noe om kvalitet og tilgjengelighet
- Kommunikasjon med hj.s.pl. foregår også uten at vi skriver medisinkort, derfor kanskje koblingen blir gal her. Men jeg har ikke alternativt forslag for telling.
- Usikker på kvaliteten/totalmengde da mange henvendelser ikke fører til nytt medisinkort.

Deltakernes vurdering av nytte

8 av 10 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

4 av 4 medarbeidere mente denne indikatoren er svært nyttig.

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Navnet på indikatoren bør endres. Det som måles er volumet på informasjonsoverføring og ikke om man har rutiner for det.
- Bør kunne aggregeres på kommunenivå, men ikke for sammenlikning mellom legekantorene, men som utgangspunkt for drøfting av utvikling over tid.

Indikator 6:

Tilgang til og bruk av dokumenterte retningslinjer og prosedyrer

Automatisk uttrekk?

Ikke mulig med automatisk uttrekk fra EPJ

Kommentarer fra deltakere:

- Utfordring hvordan dette skal måles.
- Lett å måle tilgjengelighet, men bruk er noe annet

Deltakernes vurdering av nytte

9 av 10 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

6 av 6 medarbeidere mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Indikatoren sier dog ikke noe om i hvilken grad retningslinjer og prosedyrer brukes ved kontoret.
- Bør kunne aggregeres på kommunenivå som utgangspunkt for drøfting

Indikator 7:

Rutiner for innhenting og behandling av avviksmeldinger

Automatisk uttrekk?

Ikke mulig med automatisk uttrekk fra EPJ

Kommentarer fra deltakere:

- Vi har ingen rutiner på dette
- Må beskrives nærmere for å sikre kvalitet
- Viktig å ta opp på fagmøter. God arena for læring.
- Varierende grad av bruk – ”skippertak”
- Er innført som følge av prosessen

Deltakernes vurdering av nytte

9 av 10 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig

6 av 8 medarbeidere mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis

- Et godt meldesystem som blir fulgt opp vil være nyttig for systematisk kvalitetsarbeid ved et fastlegekontor.
- Bør kunne aggregeres på kommunenivå som utgangspunkt for drøfting

Indikator 8:

Rutiner for mottak av og behandling av klager fra pasientene

Automatisk uttrekk?

Ikke mulig med automatisk uttrekk fra EPJ

Kommentarer fra deltakere:

- Viktig pga pasientens sikkerhet og tillit til lege og MA
- Klager kommer svært sjelden. Slås sammen med ind 11?
- Er planlagt, men ikke gjennomført

Deltakernes vurdering av nytte

8 av 11 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig

7 av 8 medarbeidere mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Bør kunne aggregeres på kommunenivå som utgangspunkt for drøfting

Indikator 9:

Legen deltar i ansvarsgruppemøter og basismøter for sine egne pasienter

Automatisk uttrekk?

Uttrekk med RAVE3:

- Teller: Antall ganger takst 14 er brukt i rapportperioden. Om takst 14 er brukt flere ganger på en dag på samme pasient, blir dette registrert bare som en
- Nevner: Antall pasienter på legens liste

Kommentarer fra deltakere:

- Avhenger av hvilken type praksis en har; hvis mange LAR-pas -> mange møter

Deltakernes vurdering av nytte

5 av 10 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

Bare en av medarbeidere ga svar om denne indikatoren.

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Vi mener at indikatoren er nyttig som utgangspunkt for refleksjon over egen praksis. Den kan også brukes for å sammenlike leger, men indikatoren sier mer om praksisprofil og hva slags personer som er på legens liste enn kvaliteten på legens virksomhet.
- Bør kunne aggregeres på kommunenivå som utgangspunkt for drøfting – ikke for direkte sammenlikning mellom leger

Indikator 10:

Rullestolbrukere har enkel tilgang til legekantoret

Automatisk uttrekk?

Ikke mulig med automatisk uttrekk fra EPJ

Kommentarer fra deltakere:

- Kanskje mye annet som kunne etterspørres i den forbindelse?

Deltakernes vurdering av nytte

6 av 11 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig

5 av 5 medarbeidere mente denne indikatoren er svært nyttig

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Vi foreslår at den utvides ved å ta med noen elementer av ”universell utforming”, for eksempel:
 - Tilgjengelighet for rullestolbrukere

- Automatiske døråpnere
 - Ledelinje for synshemmede
 - Skilter også med blindeskrift
 - Handicap-toalett
 - Handicap-parkering
 - Teleslynge (minislynge/skrankeslynge/samtaleforsterker/ Hø-
rat)
- Bør kunne aggregeres på kommunenivå

Indikator 11:

Praksis innhenter aktivt brukererfaringer fra pasientene

Automatisk uttrekk?

Ikke mulig med automatisk uttrekk fra EPJ

Kommentarer fra deltakere:

- Nyttig med råd om metoder som egner seg til ulike problemstillinger
- Mangler et enkelt standardisert spørreskjema

Deltakernes vurdering av nytte

7 av 11 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

6 av 7 medarbeidere mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Det er avgjørende for utviklingen av kvalitet på legekontor at brukerne har innflytelse og at deres erfaringer aktivt innhentes.
- Bør kunne aggregeres på kommunenivå

Indikator 12:

Praksis gir pasientene mulighet til å gi uttrykk for sine meninger og forslag til forbedringer

Automatisk uttrekk?

Ikke mulig med automatisk uttrekk fra EPJ

Kommentarer fra deltakere:

- Viktig at pas. blir hørt
- Sammenfaller en del med ind. 11

Deltakernes vurdering av nytte

6 av 9 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig

5 av 8 medarbeidere mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Aktiv innhenting av brukererfaringer og spontane tilbakemeldinger fra brukere er to ulike ting. Derfor mener vi at det kan være plass for både indikator 11 og indikator 12 og at de utfyller hverandre.
- Bør kunne aggregeres på kommunenivå

Indikator 13:

Kroniske diagnoser er registrert i journalen

Automatisk uttrekk?

Uttrekk med RAVE3:

- Teller: Antall diagnoser som er merket som kroniske diagnoser
- Nevner: Antall diagnoser som er gitt pasienter av de diagnosene som er definert som kroniske

Kommentarer fra deltakere:

- Lite hensiktsmessig - ser ingen spes. gevinst v/dette.
- Upraktisk i WinMed
- Sier ikke så mye om kvaliteten.
- Velredigert tidl. sykdommer er vel så viktig

Deltakernes vurdering av nytte

2 av 10 leger mente denne indikatoren er nyttig

4 av 5 medarbeidere mente denne indikatoren er svært nyttig.

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales ikke tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Det må et aktivt valg til for å få diagnosene registrert som kroniske i journalsystemet WinMed, og vi tror nytten av å få ut denne indikatoren er såpass beskjeden at merarbeidet med å gjøre registreringene ikke rettferdiggjøres.

Indikator 14:

Oppdatert medisinliste finnes i journalen

Vi foreslår å dele denne indikatoren i to separate indikatorer (14a og 14b) for å gi et best mulig bilde av oppdateringen av medikamenter i journalen.

Indikator 14a:

Andel av pasienter over 65 år der medisinlista er oppdatert ved at medikament er utskrevet fra, lagt til eller endret i rapportperioden

Automatisk uttrekk?

Uttrekk med RAVE3:

- Teller: Antall pasienter over 65 år der medisinlista er oppdatert ved at medikament er utskrevet fra, lagt til eller endret i rapportperioden
- Nevner: Alle pasienter over 65 år

OBS: I WinMed blir ikke fjerning av et medikament fra lista registrert, derfor blir ikke den endringen tatt med i denne indikatoren.

Kommentarer fra deltakere:

- Stort forbedringspotensiale - svært viktig indikator
- RAVE teller uten at kvaliteten sikres. Diff mellom a og b løser ikke problemet
- Vanskelig å måle det en ønsker

Deltakernes vurdering av nytte

10 av 10 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig

3 av 4 medarbeidere mente denne indikatoren er svært nyttig.

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Bør kunne aggregeres på kommunenivå som utgangspunkt for drøfting

Indikator 14b:

Andel av oppføringer i medisinlista på pasienter over 65 år der medikament er utskrevet fra, lagt til eller endret i rapportperioden

Automatisk uttrekk?

- Teller: Antall oppføringer i medisinlista på pasienter over 65 år der medikament er utskrevet fra, lagt til eller endret i rapportperioden.
- Nevner: Alle medisinoppføringer under faste medisiner hos pasienter over 65 år

OBS: I WinMed blir ikke fjerning av et medikament fra lista registrert, derfor blir ikke den endringen tatt med i denne indikatoren.

Kommentarer fra deltakere:

- Jeg har problem med forståelsen av forskjellen mellom 14a og 14b
- Vanskelig å måle det en ønsker

Deltakernes vurdering av nytte

7 av 7 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig

Bare en av medarbeidere ga svar om denne indikatoren

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Selv om det kan være vanskelig å skjønne forskjellen mellom 14a og 14b, mener vi at begge bør være med i et indikatorsett da de sammen gir et bedre bilde av medisinlistene enn bare en av dem.

- Bør kunne aggregeres på kommunenivå som utgangspunkt for drøfting

Indikator 15:

Alle pasienter med diabetes gjennomgår årskontroll etter spesifikasjon i handlingsprogram

Automatisk uttrekk?

Uttrekk med RAVE3:

- Teller: Antall pasienter i rapportperioden hvor det er registrert HbA1C, BT-måling og mikroalbumin og/eller at ordet ”årskontroll” står i notatet eller at NOKLUS-skjema er utfylt pluss at diabetesdiagnose er brukt på pasienten på samme dato
- Nevner: Alle pasienter med diabetes-diagnose på legens pasientliste

Kommentarer fra deltakere:

- De ulike parametrene gir en indikasjon, men ikke sikkert tegn på gj.gått årskontr
- Usikker på om RAVE fanger opp nok. Hva med føtter og øyelege-ktr?
- Bra

Deltakernes vurdering av nytte

9 av 10 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig

2 av 3 medarbeidere mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Vi bør drøfte om det skal være med flere elementer i NOKLUS - skjemaet for å konkludere med at årskontrollen er gjennomført med tilstrekkelig bra kvalitet (mer enn HbA1C, BT-måling og mikroalbumin).
- Bør kunne aggregeres på kommunenivå som utgangspunkt for drøfting

Indikator 16:

Praksis har et fleksibelt avtalesystem

Automatisk uttrekk?

Ikke mulig med automatisk uttrekk fra EPJ

Kommentarer fra deltakere:

- Usikker på hvordan dette tenkes målt; jfr indikator 4. Hva er forskjellen?

Deltakernes vurdering av nytte

7 av 8 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig

5 av 5 medarbeidere mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales ikke tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Vi mener at indikatoren er for upresist formulert til å gi mening. Indikator 4 og 17 gir et bedre bilde av tilgjengeligheten og muligheten for å få time tilpasset behov.

Indikator 17:

Antall ledige timer ved starten av en praksisdag

Automatisk uttrekk?

Uttrekk med RAVE3:

- Programmet leser antall ledige timer (uansett kode) for hver lege hver morgen. Rapporten gir gjennomsnittlig antall ledige timer i rapportperioden.

Kommentarer fra deltakere:

- Nyttig, men viktigst for kontoret samlet. Noen kontorer har ren ø.hj. for en lege en dag, mens de andre har lite.

Deltakernes vurdering av nytte

4 av 10 leger mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig

5 av 6 medarbeidere mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- På de fleste kontorer vil samlet antall timer ledige om morgenen være det mest nyttige. Men om ansvaret for ø.hj. fordeles mellom alle leger, vil gjennomsnittlig antall ledige timer for en tidsperiode gi mening også for den enkelte lege.
- Bør kunne aggregeres på kommunenivå som utgangspunkt for drøfting

Indikator 18:

Alt personell får opplæring og årlig trening i basal førstehjelp

Automatisk uttrekk?

Ikke mulig med automatisk uttrekk fra EPJ

Kommentarer fra deltakere:

- Nyttig med oppdatering og øvelse i praksis innimellom

Deltakernes vurdering av nytte

10 av 11 leger mente denne indikatoren er nyttig

8 av 9 medarbeidere mente denne indikatoren er nyttig eller svært nyttig.

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Bør kunne aggregeres på kommunenivå

Indikator 19:

Andel pasienter med luftveis - infeksjoner (diagn.koder R72, R75, R76 og R81) behandlet med penicillin V i forhold til totalt antall behandlet med antibiotika med samme diagnoser

Automatisk uttrekk?

Uttrekk med RAVE3:

- Teller: Antall pasienter med luftveis - infeksjoner (diagn.koder R72, R75, R76 og R81) behandlet med penicillin V i rapportperioden.
- Nevner: Antall pasienter med samme diagnoser behandlet med antibiotika i rapportperioden.

Kommentarer fra deltakere:

- Flere diagn.koder v/luftveisinfeksjoner hvor penicillin V benyttes
- Diagnosekodene blir for upresise
- Vil ikke antall luftveisinfeksjoner totalt i nevner også være interessant?

Deltakernes vurdering av nytte

9 av 10 leger mente denne indikatoren er nyttig

Bare en av medarbeidere ga svar om denne indikatoren

Prosjektledelsens vurdering

- Indikatoren anbefales tatt med i indikatorsett for allmennpraksis
- Bør kunne aggregeres på kommunenivå som utgangspunkt for drøfting

D. Forslag til andre indikatorer til bruk ved allmennlegekontorer

Under arbeidet med dette prosjektet har det på ulike måter kommet opp forslag til andre mulige kvalitetsindikatorer i allmennmedisin. Ingen av disse er prøvd ut i prosjektet, men de bør vurderes i det videre arbeidet med indikatorer.

1. **Antall faste medisiner hos alle over en viss alder** (for eksempel over 75 år).
 - a. Fornuftige tall forutsetter systematisk føring av faste medisiner, derfor vil ikke indikatoren egne seg for sammenlikning leger imellom, men vil være nyttig for å følge med på utfordringen med polyfarmasi hos eldre.
 - b. Automatisk uttrekk fra RAVE3 er mulig

2. **Kontinuitet i pasientkontakten**
 - a. Denne indikatoren kan speile i hvilken utstrekning pasienten får treffe samme lege ved gjentatte konsultasjoner. RAVE3 har denne indikatoren: kontinuitet er beregnet fra pasientgrunnlag med minst 3 konsultasjoner i observasjonsperioden, uttrykt som prosent. RAVE3 framstiller dette både av alle konsultasjoner og av planlagte konsultasjoner.
 - b. Automatisk uttrekk fra RAVE3 er mulig

3. **B-preparat-forskrivning**
 - a. Det kan være nyttig å følge med på forskrivningsprofilen over tid.
 - b. Automatisk uttrekk fra RAVE3 er mulig

4. **Sykemeldingsprofil**
 - a. Det kan være nyttig å følge med egen sykemeldingspraksis over tid.
 - b. Automatisk uttrekk fra RAVE3 er mulig

5. **Telefontilgjengelighet**
 - a. Det ville vært svært nyttig med en indikator for telefontilgjengelighet, men vi vet at det foreløpig ikke har ligget teknisk sett til rette for dette. Det som finnes av muligheter er enten svært dyrt eller for teknisk vanskelig til utbredt bruk.
 - b. Automatisk uttrekk fra RAVE3 er ikke mulig

6. Aktiv bruk av pasientinformasjoner

- a. Dette kan være en aktuell kvalitetsindikator
- b. Automatisk uttrekk fra RAVE3 er ikke mulig

7. Parkeringsmuligheter ved fastlegekontoret

- a. Dette kan for eksempel uttrykkes som antall tilgjengelige parkeringsplasser for kontorets brukere i forhold til gjennomsnittlig antall "legedager"
- b. Automatisk uttrekk fra RAVE3 er ikke mulig

Avslutning

Rammene for dette læringsnettverket var annerledes enn de fleste andre læringsnettverk. Kontorene som var med ønsket å kunne drifte kontorene tilnærmet normalt også de dagene vi hadde fellessamlinger. Samlingene strakte seg derfor over bare tre og en halv time på ettermiddagstid, bortsett fra første samling som varte i fem timer. Det som taler for slike korte samlinger er at det vil være mulig for de fleste fastlegekontorer å være med i denne typen læringsnettverk, det får mindre negative økonomiske konsekvenser og det går i liten grad ut over tilgjengelighet for pasienter og samarbeidsparter. Ulempen er at læringsutbyttet kan bli mindre.

I dette læringsnettverket hadde vi en samling i måneden, i alt seks samlinger. Vi vil for senere læringsnettverk for fastlegekontorer anbefale færre samlinger med noe lengre mellomrom og med litt lenger varighet hver gang, f.eks. fire eller fem timers samlinger hver annen måned over seks måneder med veiledning til kontorene i mellom.

Det er mest vanlig at man i læringsnettverk velger tema (7):

- der det finnes tiltak som har dokumentert effekt
- der det er et gap mellom nåværende og beste praksis
- der tiltak har vist seg virkningsfulle i praksis

I dette læringsnettverket tok vi utgangspunkt i 19 kvalitetsindikatorer, og kontorene valgte forbedringsområder i egen praksis ut fra disse indikatorene. Det ble derfor tatt opp mange ulike temaer i læringsnettverket. Fordelen med det var først og fremst at kontorene fikk arbeide med noe de syntes var relevant for seg selv. De kunne i stor grad ta med stoff fra andre kontorer i sitt videre forbedringsarbeid. Temaer for de korte undervisningsbolkene i samlingene ble prioritert ut fra prosessene og behovene ved legekontorene. Med ett eller to temaer kunne vi i læringsnettverket gått mer i dybden.

Det var uheldig at vi ikke hadde en fullt ut funksjonell modul for uttrekk av data fra EPJ ved oppstart. Vi brukte en del tid i samlingene til å drøfte kriterier for uttrekk. Dette var nyttig og nødvendig, men det var ikke planlagt slik, og det tok i noen grad bort fokus fra forbedringsarbeidet i samlingene og var ikke veldig interessant for medarbeiderne.

Det som var planlagt av målinger i nettverket ble ikke gjennomført fordi modulen ikke var klar, og vi i prosjektledelsen tar ansvar for at vi ikke klarte å snu målefokuset til alternative måter å måle på.

Selv om det altså ikke ble utført målinger i prosjektet har alle kontorene dokumentert vesentlige endringer i egne rutiner som med stor sannsynlighet gir bedre kvalitet av tjenesten.

I invitasjonen til læringsnettverket var en av forventningene at "Hvert fastlegekontor må ha med en brukerrepresentant i endringsarbeidet". Ingen av kontorene oppfylte denne forventningen. Ett av kontorene valgte å bruke fokusgruppeintervjuer som utgangspunkt for noe av sitt endringsarbeid; det viste seg å være svært nyttig.

Det ble avtalt at Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skulle bidra til prosjektet ved å gi indikatorene en standardisert utforming. Dette klarte de dessverre ikke å levere, så det er bare gjort for en av indikatorene (vedlegg 3).

Målet med prosjektet var: "Det skal høstes erfaringer om hvilken nytte bruk av de 19 foreslåtte kvalitetsindikatorer har for legekantorers systematiske forbedringsarbeid ved deltakelse i et veiledet læringsnettverk over seks måneder."

Vi mener det er grunnlag for å konkludere med at det å ta utgangspunkt i kvalitetsindikatorene for et forbedringsarbeid var nyttig, og at det kan anbefales for senere læringsnettverk. Nyten vil bli større når læringsnettverk kan starte etter at de deltagende kontorene har fått installert en funksjonell modul for automatisk uttrekk av flere av indikatorene fra EPJ. Da vil man kunne før oppstart få og vurdere utgangsdata, sette inn tiltak i forhold til valgte forbedringsområder og så følge utviklingen over tid.

Læringsnettverket har også vært nyttig ved at de 19 foreslåtte kvalitetsindikatorene for allmennmedisin er gjennomgått i læringsnettverket og justert slik at man står igjen med 18 robuste indikatorer hvorav halvparten kan trekkes ut automatisk av EPJ. Dessuten har det i diskusjoner i læringsnettverket kommet opp forslag til andre indikatorer som bør vurderes tatt inn i et sett av kvalitetsindikatorer som kan være nyttig i systematisk forbedringsarbeid ved fastlegekontorer. Det er nødvendig at det arbeides videre med dette.

Referanser

1. Kasin, Randi: Kvalitetsindikatorer i norsk allmenntidisin, Den norske legeforening,
http://www.legeforeningen.no/asset/37527/1/37527_1.pdf
2. Nyen B. Kvalitetsutvikling hos fastleger: tilgjengelighet og telefonrådgiving. Et læringsnettverk av fastlegekontorer i Grenland 2004-2005. Prosjekt 2105/2003. Den norske legeforenings fond for kvalitetssikring 2005.
3. Læringsnettverk basert på gjennombruddmetoden med dens metodikk:
http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Andre_metoder/Gjennombruddsmetoden
4. Pedersen OP, Hovlid E. Læringsnettverk for bedre kvalitet i allmennpraksis. Tidsskr Nor Laegeforen 2008;128:1046-9.
5. The Australian Primary Care Collaboratives (APCC)
http://www.apcc.org.au/collab_background.html
6. Practice Support Program i British Columbia, Canada
<http://www.impactbc.ca/practicesupport>
7. J. Øvretveit, P. Bate, P. Cleary, S. Cretin, D. Gustafson, K. McInnes, H. McLeod, T. Molfenter, P. Plsek, G. Rober, S. Shortell, T. Wilson, *Quality collaboratives: lessons from research*, Qual. Saf. Health Care 2002;11; 345-351
8. Clinical Microsystems PHC Dartmouth: "The Place Where Patients, Families and Clinical Teams Meet"
<http://dms.dartmouth.edu/cms/materials/workbooks/>
9. Helsebiblioteket: Kvalitetsverktøy på allmennlegekontoret
<http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Metoder+og+verkt%C3%B8y/Allmennlegekontor>
10. Presentasjon av RAVE3:
http://www.legeforeningen.no/asset/41967/1/41967_1.ppt (utvikles videre og gis i 2012 ut som MedRave4)

Vedlegg

Vedlegg 1: Forslag til indikatorer i norsk allmenntidisin fra prosjektet ” Kvalitetsindikatorer i norsk allmenntidisin”

Praksisområde 1 – Praksisorganisering

Kvalitetsaspekt:	1.1 Kvalitetsforbedring og personalutvikling
Kriterium	<i>1.1.1 Praksis går inn for kvalitetsutvikling og kontinuerlig forbedring</i>
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 allmenntidmedisin.</i>
Eksempel	Deltakelse i NOKLUS-klinikk, SEDA, EPA
Bruksområde	Internt i praksis, praksisbesøk, etterutdanningsgrupper.
Kriterium	<i>1.1.2 God kommunikasjon mellom alle medarbeidere i praksisteamet</i>
	<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	<i>1.2.1 Ventetid på ordinær time</i>
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	<i>1.3.1 Gode rutiner i samarbeidet med andre nivå i primærhelsetjenesten</i>
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	<i>2.1.1 Bruk av retningslinjer og faglig anerkjente metoder i pasientbehandlingen.</i>
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	<i>2.1.2 Rutiner for registrering av feil og uønskede hendelser</i>
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	<i>3.1.1 Legen deltar i møter i tverrfaglige fora som ledd i behandlingen av den enkelte pasient.</i>
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	<i>3.1.2 God tilgjengelighet for rullestolbrukere</i>
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 – 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	<i>6.1.1 Praksis har et system for å sikre rask hjelp ved akutte tilstander</i>
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	<i>6.1.2 Regelmessig trening i basal førstehjelp</i>
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	<i>6.2.1 Riktig behandling og rett bruk av antibiotika</i>
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

Vedlegg 2: Mail sendt til fastleger i Telemark samt i Larvik og Sandefjord 14.10.09

Til fastleger i Telemark og sørlige del av Vestfold

Norsk forening for allmennmedisin har bedt Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten om å gjennomføre et implementeringsprosjekt for kvalitetsindikatorer i allmennmedisin på grunnlag av det tidligere gjennomførte prosjektet "Kvalitetsindikatorer i allmennmedisin" (se:

http://www.legeforeningen.no/asset/37527/1/37527_1.pdf), der Randi Kasin var prosjektleder. I det prosjektet ble det foreslått 19 kvalitetsindikatorer fordelt på ulike praksisområder (Praksisorganisering, Pasientsikkerhet, Rettferdige tjenester, Lege/pasientforholdet, Kliniske indikatorer – kronisk sykdom, Kliniske indikatorer – akutt sykdom).

Det har i møter mellom Legeforeningen og Kunnskapssenteret v/Nasjonale enhet for pasientsikkerhet vært drøftet muligheten for at dette kunne gjøres som et gjennombruddsprosjekt i Legeforeningens regi, og også at det kunne være et mulig satsningsfelt ved en nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Det viser seg at ingen av de nevnte alternativene er aktuelle de nærmeste årene pga andre prioriteringer fra beslutningstakere.

Fordi heller ikke Nasjonal enhet for pasientsikkerhet kunne ta på seg et større implementeringsprosjekt, har vi Seksjon for kvalitetsutvikling i Kunnskapssenteret søkt midler fra legeforeningens Fond for kvalitet og pasientsikkerhet til et pilotprosjekt for å undersøke hvordan de foreslåtte indikatorene kan brukes ved fastlegekontorer.

Jeg blir prosjektleder for dette, og jeg får med meg vår seksjonsleder, Anders Vege, som er sykepleier og har mye leder- og forbedringskompetanse.

Vi forsøker nå å rekruttere tre legekontorer (fire hvis legekontorene er små) som ligger i rimelig avstand fra hverandre og til Grenland, med en maks reisetid på 1-1,5 t mellom hverandre (av hensyn til dere) og til Grenland (av hensyn til

oss). Legekontorene inviteres til å være med på å teste ut kvalitetsindikatorne koblet opp til praktisk forbedringsarbeid ved eget kontor.

Hva deltakende kontorer "får":

- Deltakelse i et "læringsnettverk" med to andre legekontorer
- Installering av RAVE3 med muligheter for diverse uttrekk av data fra egen virksomhet (se <http://www.legeforeningen.no/id/155228.0>).
- Før oppstart blir det utviklet en egen rapportmodul for uttrekk av noen av de foreslåtte kvalitetsindikatorne automatisk fra EPJ
- Veiledning i lokalt, praktisk kvalitetsarbeid ved eget kontor
- Legene som deltar i læringsnettverket vil få tellende poeng i videre- og etterutdanningen som smågruppevirksomhet

Hva som "forventes" av deltakende kontorer:

- Hvert deltagende legekontor må forplikte seg til å delta i prosjektet med deltakelse av både leger og medarbeidere fra kontoret over åtte måneder (jo flere fra hvert kontor jo bedre)
- Deltakelse i følgende samlinger: et oppstartsseminar fra kl. 12 til kl. 18 en gang i januar 2010, deretter 5 samlinger fra februar til september 2010 fra kl. 16 til kl. 19. Det serveres pizza ved oppstart av ettermiddagssamlingene
- Hvert fastlegekontor må ha med en brukerrepresentant i endringsarbeidet
- Fastlegekontorene må bruke WinMed som journalsystem, av hensyn til RAVE3

Jeg legger ved prosjektskisse til denne mailen slik at de som er interessert kan lese mer.

Ta kontakt så snart som mulig, senest 2. november, om ditt kontor er aktuelt for deltakelse!! Vi tror dette kan bli nyttig og bra !

Mvh

Bjørnar Nyen

GRUK - Seksjon for kvalitetsutvikling

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Tlf 970 78 036

Vedlegg 3: Eksempel på indikatorbeskrivelse (utarbeidet av

Anne Grimstvedt Kvalvik)

Indikatoradministrative opplysninger

Indikatornr:	Indikator relatert til: Primærhelsetjenesten, KUP/Kunnskapsenteret Praksisorganisering <i>(Navn på indikatorsett når indikatoren inngår i et sett av "beslektede" indikatorer)</i>	Indikator: Ventetid for ordinær konsultasjon
Versjonsnr 0.2	Godkjent av:	Godkjent dato:

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Tid i dager til tredje ledige time for ordinær konsultasjon

Begrepsavklaringer

"Ordinære konsultasjon" innebærer at pasienten har bedt om time for rutineundersøkelse, legeattest eller lignende og at det ikke er særlige medisinske opplysninger som gjør at pasienten må prioriteres foran andre

Begrunnelse, referanse, evidens

God tilgjengelighet er en dimensjon ved helsetjenester av god kvalitet (1-3) og et av satsingsfeltene for Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015).

[Riksrevisjonens rapport fra 2005](#) er ikke konklusiv på spørsmålet om tilgjengeligheten på legekontorene er endret etter fastlegeordningen

I Norge er området lovregulert av [Lov om pasientrettigheter](#), [Lov om helsetjenesten i kommunene](#), [Lov om Helsepersonell](#), [Forskrift om fastlegeordning i kommunene](#)

Ventetid for ordinær konsultasjon brukes som uttrykk for tilgjengelighet. For å oppnå et stabilt mål som ikke avhenger av tilfeldige avlysninger, brukes ventetid til 3. ledige time. Internasjonale erfaringer med bruk av [denne indikatoren](#) hentes fra Institute for Healthcare Improvement og fra [Wisconsin Collaborative for Healthcare Quality](#) i USA.

I Norge har lignende indikator, antall virkedager til en dag med to ledige timer i legens timebok, vært brukt ved Fjellsiden legesenter i Bergen. Framgangsmåte og illustrasjon er publisert av Referansegruppa for praktisk kvalitetsarbeid ved fastlege/forsker Kirsti Malterud som en lysbildeserie (<http://www.legeforeningen.no/id/144427>)

Hvor lang ventetid som er ønskelig, er det ikke allmenn enighet om. Norsk lærebok i allmennmedisin angir at 1-2 uker regnes som optimalt og at tiltak bør settes inn dersom ventetiden overstiger 3 uker. IHI setter som mål at tredje neste ledige time er samme dag. Den norske satsingen "[timesammedag](#)" med initiativtaker Aage Bjertnæs har samme målsetting og gjennomføres nå ved flere fastlegekontorer.

Type indikator

Strukturindikator

Indikatoren uttrykker

Tid i dager fra en pasient ber om time til tredje ledige ordinære time

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon (Aktuelt i forhold til definert målsetting)	Ekskludert populasjon
Teller	Antall pasienter som har fått time innenfor gitt målsetting	Øyeblikkelig hjelp pasienter. Pasienter som må prioriteres pga medisinske eller sosiale forhold
Nevner	Alle pasienter som har bedt om time	
Datakilde (kilde og måte som denne indikatoren hentes fra) Kan måles forskuddsvis via elektronisk avtalebok, for eksempel om morgenen en fast dag pr uke. Konsultasjoner øremerket haste/ øyeblikkelig hjelp skal ikke medregnes.		
Bearbeiding / aggregering av data Ventetid for tredje neste ledige time kan fremstilles grafisk med dato på X-aksen og antall dager ventetid på Y-aksen. For flerlege praksiser kan det lages en kurve for hver lege eller en med gjennomsnittsverdier for gruppen som helhet. For flere forslag se http://www.legeforeningen.no/id/144427		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som (for hvilken instans) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Intern ledelse, kvalitetsovervåking og –forbedring<input type="checkbox"/> Som utgangspunkt for kollegabasert audits<input type="checkbox"/> Som informasjon til pasienter<input type="checkbox"/> (Som styringsinformasjon?)
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Timer avsatt til øyeblikkelig hjelp pasienter eller hastekonsultasjoner kan variere<input type="checkbox"/> Sykdom / fravær hos lege / fagpersonell Epidemier
Analyse og presentasjon av data Ingen rapporteringskrav i øyeblikket. Kan brukes som benchmarking i åpne eller lukkede fora, se eksempel fra Wisconsin Collaborative for Healthcare Quality

Referanse liste

- (1) Donabedian A. Monitoring: the eyes and ears of healthcare. Health Prog 1988; 69(9):38-43.
- (2) Donabedian A. Monitoring: the eyes and ears of healthcare. Health Prog 1988; 69(9):38-43.
- (3) Maxwell RJ. Dimensions of quality revisited: from thought to action Qual Health Care 1992; 1(3):171-177.