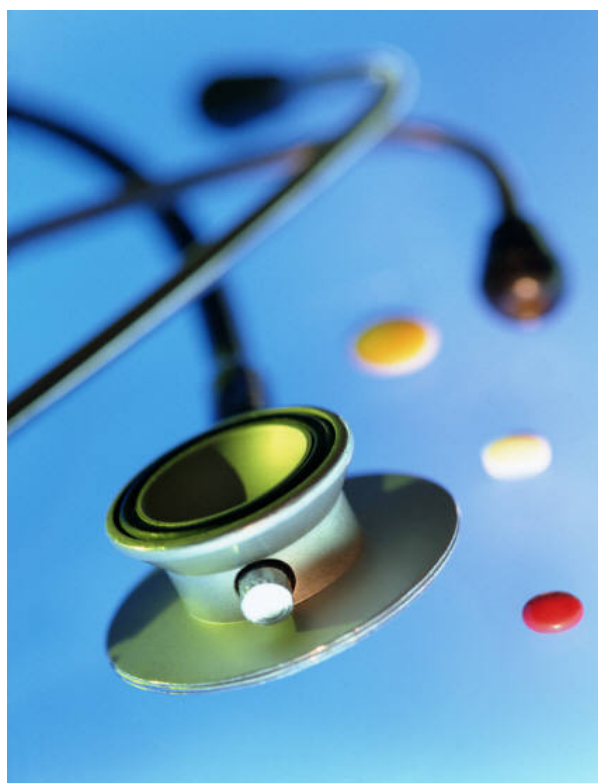




*KLoK*

## **PROFESJONSUTØVELSE**

*Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitetsforbedring*



Veileder for studentenes kliniske KLoK-læring  
i 10., 11. og 12. semester

**2007**

# *KLoK*

## PROFESJONSUTØVELSE

### *Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitetsforbedring*

#### **1 Forord**

Legestudiet er et profesjonsstudium.

I tillegg til det faglige innholdet skal du introduseres til hvordan du utfører legearbeidet.

En viktig del av ditt profesjonelle liv blir å gjøre en så god legejobb som mulig, og hele tiden prøve å gjøre den enda bedre.

Dette innebærer at du må ha forståelse for og ferdigheter relatert til nye fagområder.

#### *Kunnskapshåndtering*

Medisinsk praksis er tuftet på forskningsbasert kunnskap. Denne kunnskapsbasen er hele tiden i endring. Vite når du trenger ny faglig kunnskap og hvordan innhente denne kunnskapen som del av en livslang læringsprosess er en viktig del av profesjonskunnskapen.

#### *Ledelse*

Forstå betydningen av god samhandling med pasienter og med andre helsearbeidere, samt å ha innsikt i ledelse på lokalplanet og i et makroperspektiv er av tilsvarende stor betydning for alle medisinerere gjennom hele yrkesutøvelsen.

#### *Kvalitetsforbedring*

Evnen til kontinuerlig og planmessig å kunne evaluere og å forbedre eget og andres legearbeid, samt å ha fokus på pasientsikkerhet er i økende grad etterspurt av pasienter, det offentlige og av profesjonen selv. Kvalitetsforbedring skjer ikke av seg selv, men må gjøres bevisst og planmessig gjennom hele yrkeslivet.

Det er dette vi ønsker å gripe fatt i med KLoK undervisningen. Hensikten er ikke at du skal lære alt dette i løpet av de neste tre semestrene, meningen er å plante et ”profesjonsfrø” nå i grunnutdannelsen som så kan spire og gro under spesialistutdannelsen for tilslutt å bli en integrert del av ditt daglige virke som lege. Dette er ikke noe som skal gjøres i tillegg til ditt vanlige legearbeidet, men være en måte du gjør jobben på gjennom hele yrkeslivet.

Det handler om å bli lege – ingen liten oppgave.

Det er en spennende og utfordrende tid du har foran deg.

Lykke til.

*Per Hjortdahl*

*Professor i almenmedisin*

## 2 Innholdsfortegnelse

1	Forord .....	2
2	Innholdsfortegnelse .....	3
3	Hva vil vi med KLoK? .....	4
3.1	Overordnede mål .....	4
3.2	Læringsmål for KLoK .....	4
3.3	Delmål for semestrene .....	6
4	KLoK undervisningen .....	7
4.1	Generelt om undervisningen .....	7
4.2	Praktisk gjennomføring .....	7
4.3	Kontakt og spørsmål .....	8
5	Grunnleggende om KLoK når du begynner i 10. semester .....	9
5.1	Samspillet Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitetsforbedring .....	9
5.2	Kvalitetsforbedring .....	10
5.2.1	Profesjonell kunnskap .....	11
5.2.2	Forbedringskunnskap .....	11
5.2.3	Mikrosystem – grunnsteinene i helsevesenet .....	12
5.2.4	System og prosess .....	13
5.3	Ledelse .....	16
5.4	Kunnskapshåndtering .....	17
6	Oppgavene i 10. semester .....	19
6.1	Om oppgavene .....	19
6.2	Oppgave 1 .....	20
6.3	Oppgave 2 .....	22
6.4	Oppgave 3 .....	24
6.4.1	Del 1 .....	24
6.4.2	Del 2 .....	24
7	Oppgavene i 11. / 12. semester .....	26
7.1	Oppgave .....	26
7.2	Prosjektplan – frist 15. juni .....	26
7.3	Prosjektoppgave – frist 15. november .....	27
7.4	Prosjektoppgavens struktur og innhold .....	27
8	Detaljert om undervisningen i 11. / 12. semester .....	29
9	Vedlegg .....	32
9.1	Vurdering av retningslinjer .....	32
9.2	Flytskjema .....	36
9.3	Pasientforløp .....	39
10	Litteratur og lenker .....	44

Hefтет er redigert av Hans Asbjørn Holm, J.Frederik Frøen og Per Hjortdahl, med bidrag fra Gro Jamtvedt, Dag Hofoss, Arild Bjørndal og Pål Gulbrandsen.  
Siste revisjon 8. mars 2007. Neste revisjon 1. september 2007.

## 3 Hva vil vi med KLoK?

### 3.1 Overordnede mål

Overordnet mål for profesjonsstudiet i medisin ved UiO er

*”studentene etter endt grunnutdanningen og turnustjeneste skal kunne fungere selvstendig som leger. Studenten skal i løpet av studiet, gjennom praktisk og teoretisk utdanning, og gjennom kontakt med pasienter ha:*

- 1) ervervet nødvendige kunnskaper og ferdigheter som grunnlag for senere spesialisering innen alle spesialiteter og for å kunne gjennomføre turnustjenesten og deretter fungere adekvat i helsetjenesten*
- 2) utviklet holdninger og arbeidsformer som avspeiler selvstendighet, evne til vitenskapelig tenkemåte og ansvarsbevissthet*
- 3) kunnskap om og erfaring i samarbeid innenfor helsearbeidets viktigste områder*
- 4) utviklet de nødvendige holdninger og ferdigheter for livslang læring.”*

De tre siste elementene er spesielt relatert til kvalitetsbevissthet rundt egen fagutøvelse, hvilket blant annet innebærer evne til kritisk refleksjon, forstå betydningen av og å kunne bruke forbedringskunnskap, kunnskapshåndtering og ledelse. Disse emnene er til nå i varierende grad undervist og integrert i studiet.

*Visjon for KLoK i medisinerstudiet UiO*

Som fremtidige leger skal studentene ha lært seg grunnlaget for å utøve brukerorienterte tjenester som deltagere i et tverrfaglig team, med vekt på kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedring samt se seg selv som aktør i en helhetlig helsetjeneste med store ledelsesutfordringer.

*Overordnet mål for KLoK i medisinerstudiet UiO*

Studentene skal etter gjennomgått undervisning ha kunnskap om hva kvalitetsforbedring, kunnskapshåndtering og ledelse i helsetjenesten innebærer. De skal forstå betydningen av disse elementene hver for seg, men også hvordan de henger sammen i legers praktiske yrkesutøvelse. De skal gjennom denne undervisningen tilegne seg grunnleggende kunnskap, holdninger og ferdigheter som senere i yrkesutøvelsen setter dem i stand til - kontinuerlig og gjennom sitt profesjonelle liv- å evaluere og forbedre egen og andres praksis ved å initiere kvalitetsforbedringsprosjekt, oppdatere egen kunnskap og å delta i ledelsesutfordringer i helsetjenesten. Studentene skal utvikle holdninger og ferdigheter i å samarbeide med pasient, pårørende og annet helsepersonell, både innenfor grupper og innenfor en linjestruktur.

### 3.2 Læringsmål for KLoK

Etter læringsperioden (ved slutten av 12. semester) skal studentene

1. Kunne beskrive de viktigste trekk ved helsetjenestens oppbygging, organisering, finansierings- og styringssystem
2. Ha kunnskapsmessig grunnlag for tverrfaglig samarbeid innen en faglig organisasjon og på tvers av organisasjoner som innenfor et sykehus, mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og innen en kommune. Herunder inngår
  - ved egne observasjoner å kunne beskrive og evaluere pasientflyten og tverrfaglig samhandling gjennom helsesystemet

3. Kjenne ulike aspekter ved ledelse og lederroller innenfor en faglig organisasjon og offentlig forvaltning, både fra ledernes og fra underordnet synspunkt. Herunder inngår
  - teamledelse, nettverk, endringsledelse og kvalitetsforbedring
  - å kunne beskrive og drøfte karrieremuligheter og kunnskapskrav for leger innenfor ledelse
4. Kunne presentere noen prioriteringsdilemmaer og tilnæringsmåter for å fatte prioriteringsbeslutninger på ulike nivå. Herunder inngår
  - prinsippene for kostnad/nytteanalyser og deres anvendelse
  - å kunne beskrive opplegg for å utvikle legitime beslutninger ved vanskelige normative problemstillinger
  - å gjøre rede for hensynet til det beste for den enkelte pasient versus fordeling av ressurser i en befolkning
  - faglige beslutninger mellom legeautonomi, tverrfaglig samarbeid, pasientmedvirkning og faglige retningslinjer
5. Kunne forstå og begrunne kunnskapsgrunnet for beslutninger på ulike nivå: i konsultasjoner med pasienter, på organisasjons og ledelsesnivå, i utforming og bruk av veiledere og retningslinjer og ved godkjenning av legemidler og medisinsk teknisk utstyr
6. Kunne identifisere informasjonsbehov i praksissituasjoner og bruke elektroniske kilder til oppsummert forskningsbasert kunnskap
7. Kjenne til forbedringskunnskap som en viktig og integrert del av all medisinsk virksomhet
8. Ha kunnskap og erfaring med å evaluere og bedre kvalitet i systemer og i tjenestekjeden. Herunder inngår
  - kunnskap om ønsket og uønsket variasjon i medisinsk praksis
  - å kjenne til nasjonale og lokale kvalitetsindikatorer, kvalitetsregistre og faglige retningslinjer, akkreditering og sertifisering
  - å kunne etterspørre, finne og bruke forskningsbasert kunnskap om tiltak for kvalitetsforbedring
9. Ha kunnskap og erfaring med å evaluere og bedre kvaliteten av egen klinisk praksis. Herunder inngår
  - å ha deltatt i utformingen av en protokoll for evaluerende praksis og vært med på å planlegge og om mulig gjennomføre et enkel personlige/lokalt kvalitetsforbedringsprosjekt
  - å være i stand til å identifisere områder i egen fagutøvelse som har et forbedringspotensial og å kjenne de ulike verktøyene som brukes i forbedringsprosessen.
  - å presentere en strategi for livslang læring
10. Kunne involvere pasienten og pårørende i forebygging, behandling og forbedring av tjenestene. Herunder inngår
  - å forstå brukermedvirkning og familien som en viktig ressurs
  - å kunne innhente pasienterfaringer, for eksempel via spørreskjema

11. Vite at det medisinske beslutningsgrunnlag i ulik grad er tuftet på usikkerhet og basert på risikovurderinger. Herunder inngår
  - å tilegne seg ulike mestringsteknikker for å håndtere og å leve med klinisk usikkerhet, for eksempler gjennom simuleringsøvelser
  
12. Kunne beskrive og drøfte ulike elementer av pasientsikkerhet og håndtering av utilsiktede hendelser i medisinen. Herunder inngår
  - de personlige aspektene for legen, pasienten og de pårørende
  - samfunnets og medias perspektiv på medisinske feil
  - bruk av avvik og avviksmeldinger som forbedringsarbeid, både lokalt og i et nasjonalt perspektiv.

### **3.3 Delmål for semestrene**

#### *Delmål for KLoK i 10. semester*

Introduksjon til læringsmålene ovenfor, med innhenting av egen, erfaringsbasert kunnskap i form av seminarer og oppgaveløsning i praksisperioden. Særlig skal studenten etter 10. semester ha opparbeidet evne til å *observe og drøfte* problemstillinger innen KLoK.

#### *Delmål for KLoK i 11./12. semester*

Utdyping av læringsmålene ovenfor, med innhenting egen, erfaringsbasert kunnskap i form av seminarer og oppgaveløsning i grupper. Særlig skal studenten etter 11./12. semester ha opparbeidet evne til praktisk *håndtering / problemløsning* av problemstillinger innen KLoK.

## 4 KLoK undervisningen

### 4.1 Generelt om undervisningen

- Dette er **viktig**. Alle vil, som utdannede leger komme i berøring med disse emnene. Deltagelse i KLoK-prosjektet er **obligatorisk**. For å få godkjent 10. semester, må du få godkjent din ”mappe” av din universitetslektor på sykehuset. For å få gå opp til avsluttende eksamen må din gruppes besvarelse av oppgaven i 11./12. semester være godkjent. KLoK temaene som er gjennomgått i dette semesteret er eksamensrelevant for eksamen i 10. semester, og det som er gjennomgått i 10. og 11./12. semestrene ved avsluttende eksamen i 12. semester.
- Dette er **nytt**. Det medfører at vi må prøve oss frem og at ”veien blir til mens vi går”, særlig for dette kullet. Vi er derfor helt avhengig av **tilbakemeldinger** fra dere. I 10. semester prøver vi å informere dere så godt vi kan i forkant av praksisen. Det er viktig at dere er aktive og diskuterer opplegget med universitetslektor på sykehuset underveis. Vi vil ha møte med dere i etterkant for å samle de erfaringer dere har gjort. Vi vil ta dette med i den videre utformingen av KLoK-opplegget. I 11./12. semester får dere ved semesterets start undervisning i det som danner grunnlaget for gruppeoppgaven, vi legger opp til flere ”poliklinikker” for de som ønsker personlig og konkret veiledning, og underveis får dere mer undervisning om emner dere kan bruke i oppgaveløsningen.
- Dette er **annerledes** undervisning. Den har som målsetting å være nyttig og lystbetonet. Mye av det dreier seg om er forståelsen av ”Den medisinske kultur”. Det er ikke alt ved dette som bør eller kan foreleses. Det må oppleves. Dere må delta i og observere denne kulturen fra innsiden på en strukturert måte for å kunne analysere og å forstå den. Annet er basale verktøy som helsevesenet dere kommer ut til vil forvente at dere mestrer. Dette er essensen av praksisen og KLoK-prosjektet. For å få til det må dere **bruke godvilje og være nysgjerrige**. Dere vil ganske sikkert møte utfordringer underveis, prøv å ta dem med et smil.

### 4.2 Praktisk gjennomføring

KLoK undervisningen i 10. semester består av 3 hovedbolker

- **Forundervisning.** Tre halvdagsseminarer hvor KLoK tankegangen presenteres og noen grunnleggende prinsipper om kunnskapshåndtering, ledelse og forbedringskunnskap fremlegges. Dette er ikke obligatorisk undervisning, men deltagelse her er av stor betydning for å kunne gjennomføre oppgavene i praksisperioden. Denne forundervisningen er samtidig en introduksjon til de praktiske oppgavene du skal gjøre i praksisperioden på sykehuset
- **Praksisperioden.** Under praksisperioden på sykehus er det 3 oppgaver relatert til KLoK-prosjektet. Du skal løse 2 av dem. I den ene skal du på individuell basis følge et pasientforløp hos en inneliggende pasient. I den andre skal du, sammen med medstudenter på sykehuset enten vurdere kunnskapshåndtering i praksis og evaluere en faglig retningslinje, eller dere skal observere hvordan samarbeidsklimaet og læringsmiljøet på avdelingen fungerer. Disse oppgavene skal presenteres for avdelingen og/eller medstudenter, og skrives som en rapport. Disse rapportene skal

danne grunnlag for etterundervisningen når dere kommer tilbake fra praksisperioden og i KLoK undervisningen i 11./12. semester. Denne delen av undervisningen er obligatorisk

- **Etterundervisning.** To halvdagsseminarer tar for seg KLoK erfaringene fra praksisperioden og setter dem inn i en større faglig sammenheng. Dette vil også danne grunnlag for den KLoK undervisningen du får i 11./12. semester.

KLoK undervisningen i 11./12. semester består også av 3 hovedbolker

- **Forundervisning.** Etter en introduksjon med oversikt over semesteret får dere i tett rekkefølge to heldagsseminarer og ett halvdagsseminar i hhv. kvalitetsforbedring, kunnskapshåndtering og ledelse som skal gi grunnlaget dere trenger for å sette i gang med gruppeoppgaven. Dernest et halvdagsseminar som er viet forberedelse til gruppeoppgaven. Dette er ikke obligatorisk undervisning, men gir en konsentrert grunnlag for det videre arbeidet i KLoK i 11./12. semester.
- **Gruppeoppgave.** Hoveddelen av denne oppgaven består i å utarbeide en konkret prosjektbeskrivelse for et forbedringsprosjekt for en spesifikk helsetjeneste. I motsetning til i 10. semester er ikke gruppeoppgaven ”bundet” spesifikt til en praksis, men dere velger fritt hva oppgaven skal dreie seg om, hvor dere vil gjøre det, og når dere vil gjøre det innen innlevering i oktober 2007 når 12. semester starter. Alle PBL-oppgaver i 11./12. semester er fjernet for å gi tid til denne oppgaven, og det finnes faste ”poliklinikker” undervises der dere kan få veiledning.
- **Etterundervisning.** Når gruppeoppgaven er levert, overtar nye former og temaer for KLoK-undervisningen i 12. semester. Totalt fem hele dager som inkluderer et spenn av KLoK-elementer fra simuleringsøvelse for samhandling i akutsituasjoner og overlevelseskurs for når man skader en pasient, til økonomiske prioriteringer i helsevesenet. KLoK-undervisningen ved UiO avsluttes den aller siste undervisningsdagen du får som medisinstudent, der de beste KLoK gruppeoppgavene presenteres og premieres!

### 4.3 Kontakt og spørsmål

Dersom du har spørsmål om undervisningen i KLoK, er dette de rette å snakke med:

- 10. semester:
  - Generelt om undervisningen
    - Professor Per Hjortdahl (mob tel 916 76 803)
  - Om oppgavene
    - Kontakt først din universitetslektor
    - Evt. Professor Per Hjortdahl (mob tel 916 76 803)
    - Evt. Seniorrådgiver Hans Asbjørn Holm (mob tel 915 51 378)
- 11./12. semester:
  - Generelt om undervisningen
    - Førsteamanuensis J. Frederik Frøen (tel 23 40 81 94)
  - Om oppgavene
    - Førsteamanuensis Pål Gulbrandsen (tel 67 92 94 61)
- Generelle spørsmål om KLoK:
  - Prosjektsekretær Morten Lykke Nielsen (mob tel 95 12 53 65)
  - Prosjektleder J. Frederik Frøen (tel 23 40 81 94)



## 5 Grunnleggende om KLoK når du begynner i 10. semester

### 5.1 Samspillet Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitetsforbedring

Den kunnskapen, eller de kunnskapsdomener, som KLoK-begrepet dekker, har i liten grad vært eksplisitte i den praktiske, kliniske undervisning. Det ønsker fakultetet å gjøre noe med, fordi den innsikt og kompetanse KLoK-programmet forsøker å formidle, er grunnlaget for at vi til enhver tid er i stand til å levere trygge tjenester av høy kvalitet, drive og utvikle en evaluerende praksis. På den måten blir vi i stand til å gjøre to viktige jobber samtidig:

**Gjøre en god jobb parallelt med at vi hele tiden forsøker å forbedre den jobben vi gjør.**

KLoK-opplegget er i helt i tråd med tenkningen i den nye *Nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*: ”...OG BEDRE SKA DET BLI!” som ble lansert på en stor nasjonal konferanse høsten 2005 .

[http://www.ogbedreskaldetbli.no/Om\\_kvalitetsstrategien/IS-1162\\_4390a.pdf](http://www.ogbedreskaldetbli.no/Om_kvalitetsstrategien/IS-1162_4390a.pdf)

Her beskrives forbedringskunnskap som et eget kunnskapsområde, som må kobles med solid fagkunnskap for å nå et godt resultat for pasientene. Et godt resultat, slik strategien beskriver, vil si at tjenestene er

- Virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

**Å kunne vurdere og å anvende medisinsk kunnskap i forhold til den enkelte pasients behov er en forutsetning, men ikke nok, for at resultatet skal bli godt.**

Mye kan gå galt i et behandlingsforløp. God organisering av behandlingsskjeden og ledelse som tilrettelegger for høy kvalitet i behandlingsskjedene er forutsetninger for gode pasientforløp. Hvorfor ett pasientforløp er av høy kvalitet, mens et annet framstår som mindre vellykket, vil som regel inneholde flere forklaringsfaktorer som kan knyttes til ledelse (organisering) og faktorer som har med måten vi omsetter kunnskap til praktisk handling (kunnskapshåndtering), og får sitt praktiske uttrykk i hvordan vi planlegger og organiserer pasientforløpene (behandlingslinjer/ behandlingsskjeder).

**Forbedringskunnskap er et redskap for å kunne analysere og forbedre behandlingsskjeder (gjøre diagnostikk og behandlingen tryggere og mer effektiv).**

For å gi mening til begrepet som kunnskapshåndtering, kvalitetsforbedring og ledelse i klinisk virksomhet, er det en ubetinget fordel å knytte læringen til praksis. Problemstillinger knyttet til den enkelte pasient, er det som har størst mulighet for å gi begrepene mening. Pasienter vet mye om hvordan behandlingsforløpene (pasientprosessene) er i praksis, og ofte er de annerledes enn slik utøverne av tjenestene tror de er.

## Effektivt forbedringsarbeid forutsetter at vi er i stand til å innhente og bruke pasientenes erfaringer på en systematisk måte.

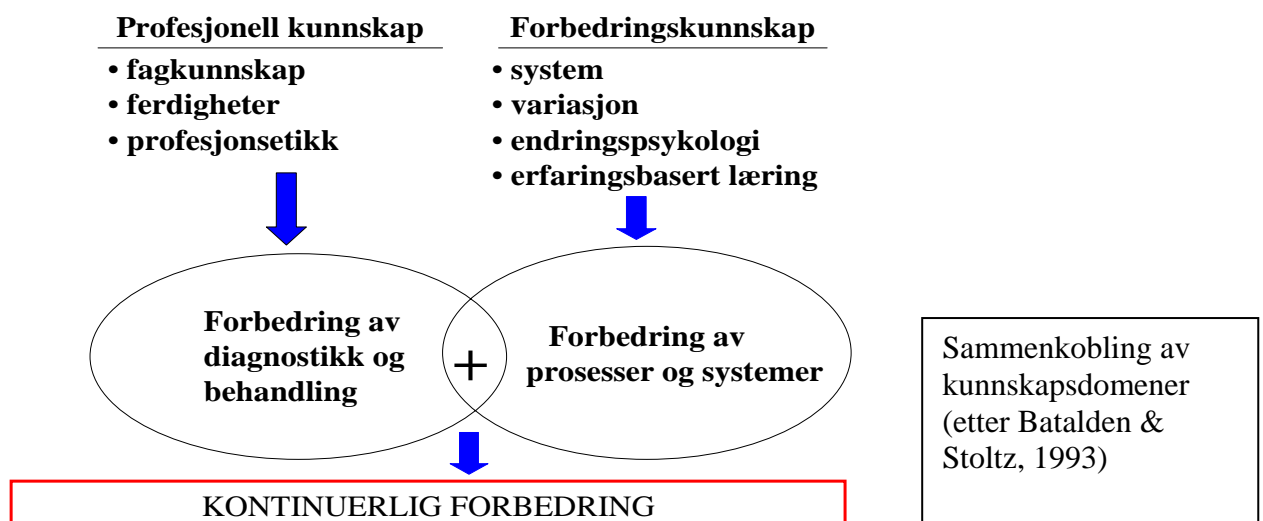
Kunnskap om pasientforløpet basert på pasientens erfaringer kommer sjelden fram i et vanlig journalopptak eller journalnotat. Kartlegging av pasientprosesser krever en annen tilnærming enn det tradisjonelle journalopptaket, som fortsatt er basisverktøyet i vår kliniske virksomhet. Men i arbeidet med å forbedre pasientprosessen, trenger vi også kunnskap om hvordan pasientene (og ofte også pårørende) opplever ulike sider av behandlingen og omsorgen de får.

Å lære seg å se arbeidet vi gjør i et system- og prosessperspektiv er for mange av oss en ny utfordring, og det er ikke mindre krevende å bli bevisst på hva som kreves av meg for å bli en god leder av kliniske prosesser. Selv om i realiteten alle leger får et medisinsk lederansvar på forskjellige nivåer, har denne utfordringen vært lite fokusert på i utdanningen.

**Ledelse av medisinske prosesser krever innsikt i både kunnskapshåndtering, forbedringskunnskap og et bevisst forhold til selve ledelsesprosessen (sette mål, stimulere og veilede medarbeidere og sørge for god dokumentasjon av virksomhetens kjerneparametre).**

### 5.2 Kvalitetsforbedring

Den modellen for forbedring som er på vei inn i medisinen, har hentet kunnskap fra arbeidet med systematisk forbedring av industrielle prosesser som startet for alvor for ca 50 år siden, knyttet til navn som Shewart, Juran og Deming. For ca 20 år siden ble denne tenkemåten introdusert i medisinen, men utviklingen har vært svært langsom. I 1993 publiserte Batalden og Stoltz en modell for forbedring som vi legger til grunn for vårt arbeid i dag. Denne modellen klargjør og tydeliggjør innholdet i to kunnskapsdomener, **profesjonell kunnskap** og **forbedringskunnskap**, som begge er nødvendig for å få til kontinuerlig forbedring



### 5.2.1 Profesjonell kunnskap

Dette er kunnskapen vi er fortrolig med gjennom noen år på medisinerstudiet. Det er en stor utfordring å sørge for at den virksomheten vi driver, anvender vitenskapsbasert kunnskap som er oppdatert, basert på kunnskapshåndtering tuftet på moderne prinsipper. Dette er et sentralt medisinsk ledelsesansvar, og det er viktig i opplæringsperioden å lære noe om hvordan dette gjøres i praksis, og hvordan systemet er på praksisstedet. Dere har i studiet fått en innføring i vitenskapsteori og har blitt opplært til (i hvert fall et stykke på vei) å vurdere om en virksomhet er kunnskapsbasert. Men den virkelige verden er ikke alltid helt lik den vitenskapelige verden. Medisinen utfolder seg i ulike kontekster, det skjer tilpasninger, som har med forskjellige kulturer å gjøre, og ikke minst at pasientene er forskjellige. Likevel, avviker man fra det som er godt dokumentert, skal det være godt begrunnet.

Gjennom helselovgivningen er sykehusene pålagt å drive forsvarlig virksomhet, Et viktig grunnlag for å oppfylle lovens bestemmelser er dokumentasjon for at den behandling som gis, er kunnskapsbasert. Det er en krevende oppgave og en stor utfordring for helsemyndighetene og faggruppene å bidra til at sykehusene har tilgang til oppdaterte faglige retningslinjer (clinical guidelines), som kan ha forskjellige betegnelser (veiledere, standarder, behandlingsprogrammer). Noen retningslinjer er utarbeidet nasjonalt og representerer nasjonale anbefalinger, mens andre er utviklet lokalt.

Internasjonalt er det utarbeidet sjekklister for å vurdere kvaliteten på fagartikler og faglige retningslinjer. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har oversatt og tilpasset slike sjekklister til norske forhold. Du finner sjekklisene på Kunnskapssenterets hjemmeside (<http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?show=52&expand=14,20,52>)

Praksisperioden i 10. semester er en god mulighet for å finne ut av hvordan retningslinjer fungerer i praksis og å vurdere kvaliteten på slike retningslinjer. En av de tre oppgavene i praksisperioden i 10. semester er derfor relatert til faglige retningslinjer på sykehuset der du er, og i 11. semester vil du ha bruk for slik kunnskap for selv å planlegge kvalitetsforbedring i praksis.

### 5.2.2 Forbedringskunnskap

Tradisjonelt skjer forbedring av medisinsk virksomhet gjennom at vi tar i bruk bedre diagnostikk og behandlingen som forskning og ny teknologi har gitt oss tilgang til. Det er forbedring basert på det som her er kalt ”profesjonell kunnskap”, og som er helt avgjørende for god medisinsk praksis

Forbedringskunnskap, som et eget kunnskapsdomene (improvement knowledge på engelsk), er – om ikke nytt – i alle fall ikke vært løftet fram så eksplisitt tidligere. Begrepet ”å gjøre mer av det samme” er sikkert kjent av de fleste. Det ligger i dette utsagnet at innefor en gitt setting (= system) kan vi komme et stykke på forbedringens vei, men så nytter det ikke å verken jobbe hardere eller tilføre mer av andre ressurser. Resultatet påvirkes ikke. Paul Batalden, som har laget figuren ovenfor, har formulert en ”lov” som beskriver denne situasjonen:

*Every system is perfectly designed to get exactly the results it gets.*

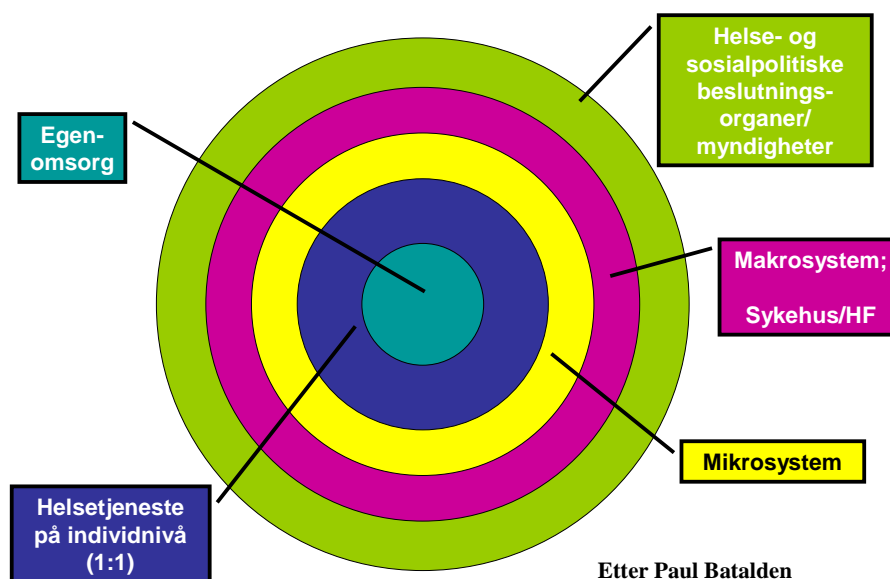
Denne erkjennelsen er grunnlaget for alt moderne forbedringsarbeid. Og det betyr at vi i stor grad må interessere oss for og forstå systemene som er rammene for vårt arbeid, for å utnytte den kunnskapsbasen forskningen har gitt oss på en bedre og mer effektiv måte. Endringspsykologi vil ikke bli spesielt knyttet til noen oppgave i praksisen i 10. semester. Men endringsvilje eller motstand mot endring er et sentralt tema i alt forbedringsarbeid, og vil bli et emne vi kommer tilbake til i 11. semester.

Heller ikke variasjonsbegrepet vil vi gå i dybden på. Men det er viktig å være klar over at alle prosesser og resultater varierer, av og til mer enn det som "rimelig" er. For å monitorer kliniske prosesser, benyttes i økende grad det som kalles statistisk prosesskontroll (en type tidsserieanalyse) som dere lærer mer om i 11. semester. Heller ikke det vil inngå i oppgavene denne gang. Men for de som ønsker å sette seg mer inn i dette stoffet, kan de laste ned Ada Schreiners bok: "Kom i gang. Kvalitetsforbedring i praksis" fra Legeforeningens hjemmesider på denne adressen

<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=41881&subid=0>

### 5.2.3 Mikrosystem – grunnsteinene i helsevesenet

Hele helsevesenet er et stort system med forskjellige nivåer, som kan fremstilles slik:



Det nivået vi skal lære mer om i praksisperioden på sykehus er **mikrosystemnivået**, som svarer til avdeling/seksjon på sykehuset, eller gruppepraksiser utenfor sykehus.

*"Kliniske mikrosystemer er de små funksjonelle "frontlinjeenhetene" som samlet står for det meste av de samlede helsetjenestene til majoriteten av befolkningen. De er de grunnleggende byggesteinene i de større organisasjonene og helsevesenet som helhet. Det er der pasientene møter helsepersonellet. Kvaliteten på helsetjenesten blir ikke bedre enn den kvaliteten som skapes i alle de små enhetene som helsetjenesten består av."*

I denne tenkningen er pasientene en del av systemet og ikke bare ”noen” som er på besøk. Likeledes er det eller de informasjonssystemet vi bruker en viktig del av systemet og ikke ”bare” hjelpemidler.

De siste 5 årene har det vært forsket mye på hva som kjennetegner de enheter som utmerker seg med å levere helsetjenester av spesiell høy kvalitet. Denne forskningen har gitt oss noen kjennetegn som karakteriserer de enheter (mikrosystemer) som utmerker seg:

- klar forståelse av hva de ønsker å oppnå (visjon og mål)
- det satses på forbedringsarbeid (skape kontinuerlig læring forbedring og, som også innebærer en åpen kultur for rapportering av feil og avvik)
- det sørges for at de ansatte får den opplæring og trening som er nødvendig for å gjøre en god jobb (både profesjonell) og forbedringskunnskap)
- gode på samhandling (tverrfaglig og mellom ulike enheter (mikrosystem)) for å imøtekomme pasientenes behov (pasientene en del av systemet)
- gode informasjonssystemer integrert i arbeidsprosessene (eks. gode journalsystemer – rask tilgang til strukturert informasjon)
- løpende registrering av resultatene av behandlingen
- god støtte fra sykehuset som helhet
- god samhandling med helsevesenet/helsepersonell i opptaksområdet

De kjennetegnene som beskriver det gode mikrosystemet faller sammen med karakteristika for gode læringsorganisasjoner som har kommet langt i å forstå og legge til rette for det som vi kaller **praksisbasert læring**.

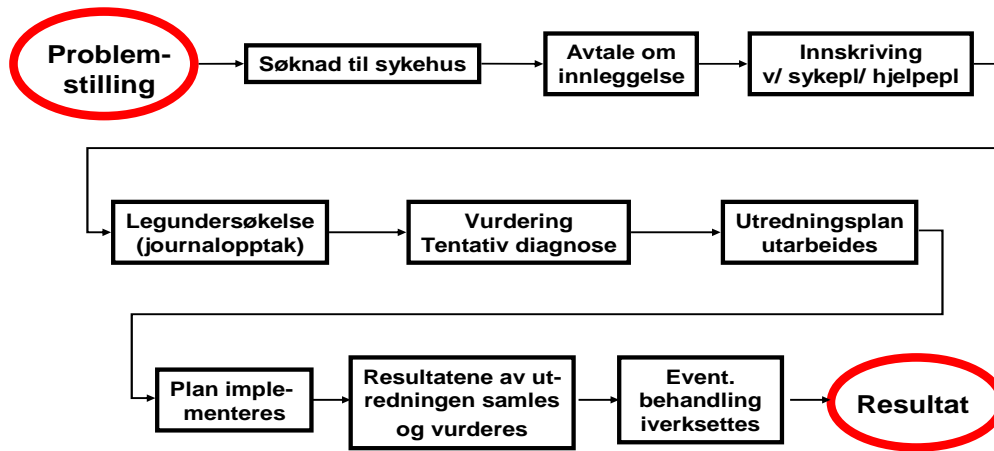
I praksisen i 10. semester skal vi benytte anledningen til å ”utforske” det mikrosystemet vi er en del av, og på den måten forstå mer av hvordan en avdeling fungerer, hvilke faktorer som bidrar til å skape gode behandlingseenheter. Dette er grunnlaget for evaluering og forbedring av systemet vi arbeider i, og som er nødvendig for å gi gode og trygge helsetjenester. Et mikrosystem kan i en del sammenhenger være et godt utgangspunkt for planlegging av et prosjekt i 11. semester.

#### **5.2.4 System og prosess**

I forbedringskunnskapen interesserer man seg for systemer og prosesser, forklarbare og uforklarbare variasjoner i kvaliteten på tjenestetilbudet. Hva er det som gjør at folk endrer – eller ikke endrer – praksis, hva kan endringspsykologien bidra med? Hvordan legger vi til rette for å dokumentere og utnytte den kompetansebyggingen som ligger i erfaringsbasert læring, og som er helt grunnleggende for god medisinsk praksis?

Når vi skal knytte dette til praksisstedet, vil vi gjerne ha et så konkret bilde som mulig av pasientprosessen/ pasientflyt. En generell modell (flytdiagram) kan se slik ut:

## Planlagt innleggelse

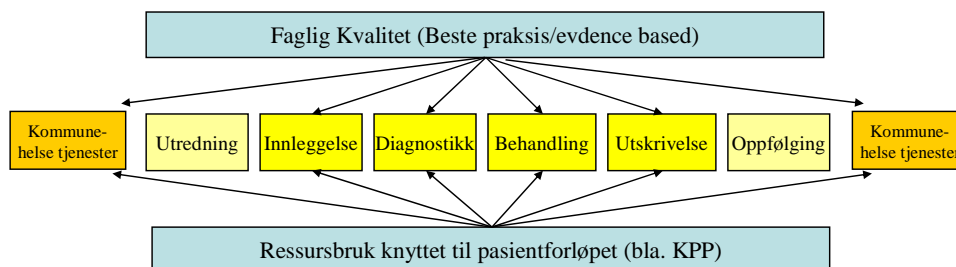


Avdelingene har i varierende grad tatt i bruk denne type kartlegging som grunnlag for å forbedre ("redesigne") pasientflyt/ pasientprosesser. Men det skjer i økende grad. Sykehuset i Hønefoss er i stor grad fysisk bygget opp rundt behandlingslinjer og ved sykehuset i Fredrikstad er behandlingslinjer en klar og tydelig del av den medisinske kjernevirksomheten.

Sykehuset Østfold kartlegger og beskriver behandlingslinjer etter en generell modell som ser slik ut:



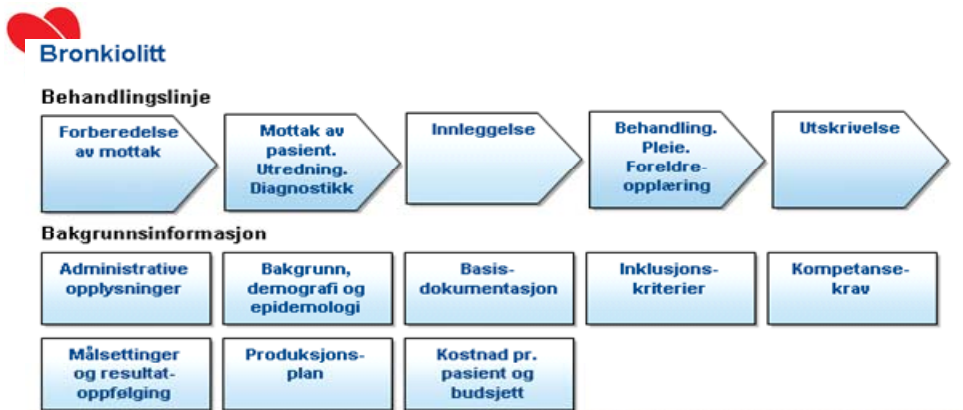
## Behandlingslinjer = kjernevirksomheten



Gro Sævil Helljesen  
og Truls Korsgaard



Behandlingslinjen for barn med bronkiolitt ser slik ut:



Denne behandlingslinjen er laget for barn med Bronkiolitt. Ved å følge behandlingslinjen får barn og foreldre den beste behandling, pleie, informasjon og opplæring bygd på kunnskapsbasert medisin og best practice. Har du spørsmål/kommentarer til behandlingslinjen : kontakt Helge Stene-Johansen (helste@so-hf), seksjonsoverlege Barneavdelingen.

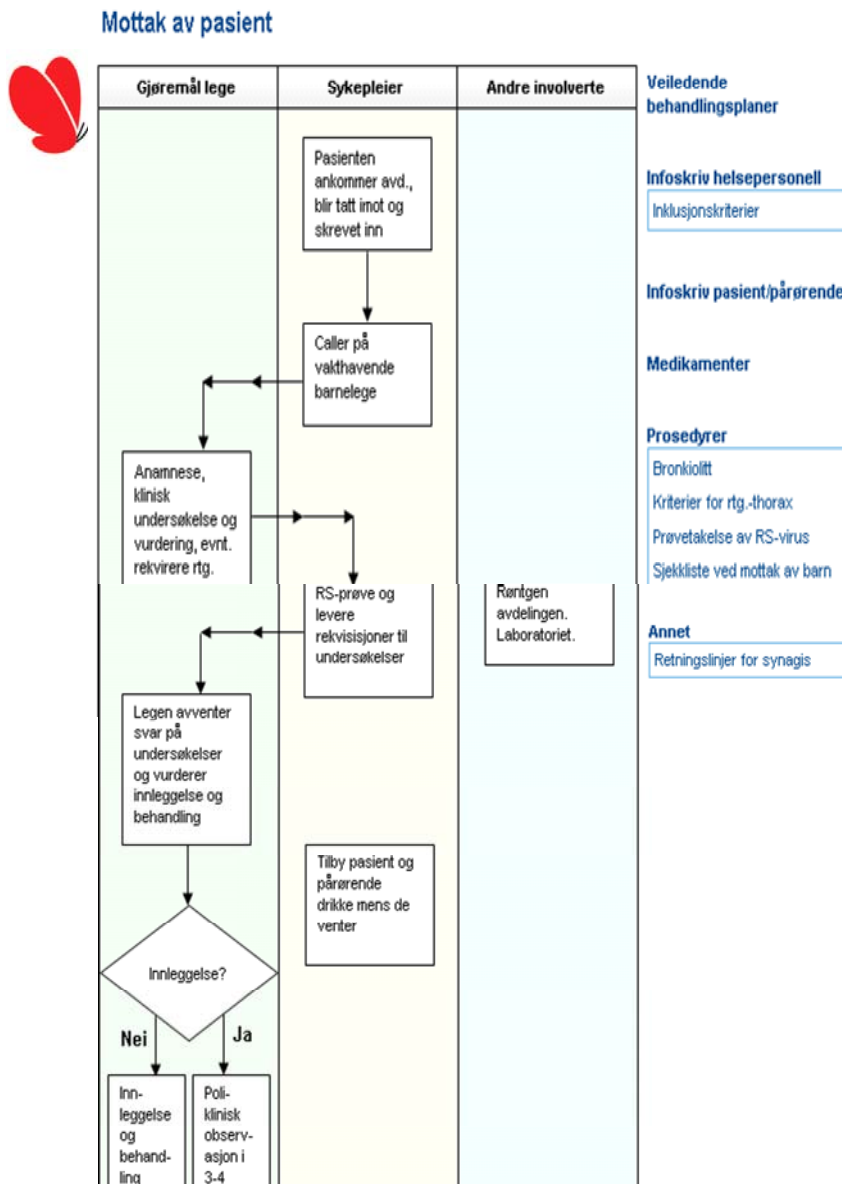
Siden er blitt lastet 495 ganger.

[Helge Stene-Johansen](#) Sist endret: 31.03.2005 12:53:52

[Skriv ut](#)



Hvert ledd i prosessen, har ofte flere underliggende trinn som involverer ulike typer personell og avdelinger som i dette eksempelet som dreier seg om "Mottak av pasient".



For at du skal få oversikt og forståelse for hendelser, avgjørelser, samhandling som finner sted rundt pasienten, skal du i praksisen i 10. semester følge ett pasientforløp både ut fra det medisinskfaglige perspektivet og fra pasientperspektivet, og hvor du skal legge vekt på prosess og samhandling rundt pasientforløpet. I 11. semester vil kartlegging av pasientflyt være et grunnleggende verktøy i enkelte typer forbedringsprosjekter.

### 5.3 Ledelse

Å lede kliniske virksomheter krever innsikt og kompetanse både på det kliniske fagområdet og hvordan man best kan lede komplekse organisasjoner, som kliniske virksomheter er. Kort



kan man si at målet for denne ledelsen er å få virksomheten til oppfylle i størst mulig grad de trekkene som kjennetegner de gode mikrosystem;

- ha en klar visjon og klare mål og kunne kommunisere disse til medarbeiderne
- sørge for at infrastrukturen svarer til oppgavene som skal løses
- legge til rette for kompetansebygging, fag og prosess (eks. praksisbasert læring, teambygging og –funksjon)
- sørge for at forbedringskunnskap blir en integrert del av kunnskapsgrunnlaget som virksomheten hviler på (en forutsetning for en god evaluerende virksomhet)

Disse utfordringene møter ledere på alle nivåer. I vårt perspektiv skal vi konsentrere oss om avdelingen der du har praksis i 10. semester, mens i 11. og 12. semester skal vi se mer på både legen som leder og legen som ledet i et tverrfaglig samarbeid. Ledelse handler også om å forstå mikrosystemer, som vi har introdusert over.

## **5.4 Kunnskapshåndtering**

Medisinsk praksis er i stor utstrekning basert på kunnskap fra forskning. Men slik kunnskap er ferskvare. Gjennom studiet trener vi deg derfor i kunnskapshåndtering. Du skal bli i stand til å fornye dine kunnskaper.

I 1. semester drøftet vi blant annet hvilke hovedtyper av praktisk medisinsk kunnskap som finnes (leger kan noe om sykdomsårsaker, diagnostikk, effekter av forebygging og behandling, prognose og opplevelser av sykdom). Du lærte også noe om ulike design som anvendes i praktisk medisinsk forskning.

I 8. semester hadde vi et tre dagers kurs og en test i kunnskapshåndtering. Da trente vi bl.a. på:

- Hvordan du stiller et presist faglig spørsmål
- Sammenhengen mellom ulike typer spørsmål og ulike forskningsdesign
- Hvordan du søker i ulike kilder etter forskningsbasert informasjon
- Hvordan du vurderer sannhetsverdien og relevansen i det du finner

Mange av dere har også skrevet oppgave der dere lærte mer om forskning; noen om hvordan man samler inn egne data, andre om hvordan man gjør en kunnskapsoppsummering (litteraturoversikt).

I 10. semester skal vi ha et lite, men nyttig innslag om kunnskapshåndtering:

- Dere skal løse to oppgaver (se senere)
- Vi skal ha en diskusjon (når dere er tilbake) om det dere fikk øye på – av måter å håndtere kunnskap på – mens dere var i praksis, både i primærhelsetjenesten og på sykehus.

I 11. og 12. semester skal vi trene på livslang læring og forskningsbasert kvalitetsforbedring.

Her er noen andre spørsmål vi ønsker å drøfte med dere i de tre siste semesterne:

- Er det pålitelig kunnskap eller rutiner og tradisjon ("slik gjør vi det hos oss") som styrer praksis på en sykehusavdeling?
- Er det vanskelig for underordnede leger å utfordre kunnskapsgrunnlaget?? Hva er kunnskapsbasert praksis?
- Hvilke "systemer" for du øye på, som er på plass for å støtte legene i kunnskapshåndtering?

- Driver legene eller avdelingene kvalitetsforbedring med utgangspunkt i ”den beste” kunnskap som finnes?
- Får dere øye på faglig ledelse (og hvordan arter den seg i praksis) eller er det for det meste rent administrative lederroller legene fyller?
- Hva er forskning?
- Hvorfor er vi så opptatt av denne måten å lære på?
- Hva annet enn forskning må brukes for å treffe ”gode” kliniske beslutninger?

## 6 Oppgavene i 10. semester

### 6.1 Om oppgavene

Å få bevisstgjort og integrert den tenkningen som ligger til grunn for KLoK-programmet kommer ikke av seg selv. Det bygger på en annen type "diagnostikk" enn den biomedisinske (som naturlig nok er helt sentral i et legestudium). KLoK-programmet skal oppøve evnen til å se pasientprosessene og systemene med andre "briller". Dette tar nødvendigvis litt tid, som kan oppleves som en krevende læringsprosess. Den skal ikke gå på bekostning av den biomedisinske læring. De to "kunnskapsdomenene" er komplementære og forsterker hverandre. Etter hvert som systemperspektivet blir en del av ens diagnostiske armamentarium, blir medisinen enda mer spennende.

KLoK-veilederen inneholder 3 oppgaver for 10. semester.

**Alle** studentene skal utføre oppgave 1 på individuelt grunnlag.

Studentene i hver praksisperiode på sykehuset deler seg i to jamnstore grupper. Dette ordner studentene selv i løpet av de første dagene på sykehuset. Den ene gruppen tar for seg oppgave 2, den andre oppgave 3.

- Oppgavene diskuteres med u.lektor fortløpende og godkjennes av u.lektor før praksisperioden er over.
- Oppgavebesvarelsen skal anonymiseres, dvs skal ikke inneholde pasientens navn eller fødselsdato/personnummer. Kjønn er ok, rund av alder til nærmeste tiår.
- Studentene samler sine oppgavebesvareelser i en mappe, som de selv tar vare på.
- Mappen danner grunnlag for videre diskusjon og refleksjon senere i 10.-12. semestre.

Når det gjelder oppgave 1:

- Alle studentene skal følge og sette seg godt inn i minst ett pasientforløp hver
- Det er ønskelig, men ikke obligatorisk at studenten følger pasienten gjennom *hele* innleggelsen
- Utvelgelse av pasient bør skje relativt tidlig i praksisperioden. Lektor er med på å plukke ut en interessant pasient som regnes å være utskrivningsklar i løpet av to til tre uker. Dette kan være en pasient i mottakelsen eller en allerede inneliggende pasient
- Studenten følger denne pasienten nært, inklusive utskrivelsen og oppfølgingsplanene etter utskrivningen
- Studenten skriver loggbok på pasienten inklusive epikrise
- Hver loggbok skal inneholde et flyttdiagram over pasientforløpet
- Forventet lengde av loggboken er 3-5 sider. Den skal inneholde observasjoner rundt de medisinske faglige beslutninger som fattes om pasienten, samt observasjoner og refleksjoner rundt pasientforløpet sett fra pasientens perspektiv
- Oppgaven skal presenteres på et sykehusmøte og/eller for medstudentene på sykehuset

Når det gjelder oppgave 2 og 3:

- Studentene er delt i 2 grupper som enten tar for seg Oppgave 1 eller Oppgave 2
- Studentene samler materialet de 3-4 første ukene
- Sammenfatter og diskuterer med u.lektor den neste uken
- Legger frem sine resultater for hele gruppen av medstudenter på sykehuset og eventuelt postens/avdelingens/sykehusets ansatte der det er naturlig
- De 2-3 beste besvarelsene på hvert praksiskull blir med u.lektorenes hjelp valgt ut til å presenteres for alle medstudentene som del av undervisningen etter praksisperioden.

## 6.2 Oppgave 1

# *Sammenhengende pasientforløp*

Vi ønsker med denne oppgaven at du dokumentere et helt pasientforløp slik det fortoner seg fra pasientens perspektiv. Dersom pasienten har en diagnose som har en definert behandlingslinje, vil det være av spesiell interesse å se **hvordan virkeligheten fortoner seg i forhold til den definerte linjen.**

Utvelgelse av en pasient vil normalt skje i samarbeid med lektor og eventuelt den som har behandlingsansvaret for pasienten. Selve forløpet dokumenteres enklest med et flytdiagram (som vist i eksemplet fra Fredrikstad). Mer om flytdiagrammer finner du vedlagt og på linken: [http://www.legeforeningen.no/asset/23256/1/23256\\_1.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/23256/1/23256_1.pdf)  
Utdrag finnes også som Vedlegg i denne veilederen.

Alle skal tegne et flytskjema over sin pasients forløp på sykehuset, og i den grad det er praktisk mulig å få belyst noen av de hendelser som fant sted i forbindelse med innleggelsen, utskrivelsen og etterpå.

For å få frem pasientperspektivet, **i tillegg til de medisinske tiltakene i forløpet**, har vi satt opp **forslag** til noen spørsmål som kan stilles til pasientene. Disse spørsmålene er delvis hentet fra spørreundersøkelser som er brukt ved store pasientundersøkelser i Norge som PasOpp-prosjektene i Kunnskapssenteret. På Kunnskapssenterets hjemmeside ligger skjema lett tilgjengelig og til bruk for alle:  
<http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?back=2&artikkelid=124>

Det må presiseres at dette i denne sammenheng ikke er en vitenskapelig undersøkelse, men kun ment som et hjelpemiddel for student og lege for å få et inntrykk av hvordan pasienten opplever sykehusoppholdet. Det vil kunne gi en bedre innsikt i hva som er viktig - fra pasientens perspektiv – for å kunne gi best mulig behandling og omsorg. Det kan gjerne også presiseres overfor pasienten at dere gjerne vil stille noen spørsmål som kan gi dere et bedre inntrykk av hvordan det er å være pasient på sykehus, blant annet for å bli bedre på de områdene som pasientene opplever ikke er så bra som de burde være. Ikke vær for lenge sammen med pasientene hver gang, eller trøtt dem ut unødvendig, kom heller tilbake til dem flere ganger i løpet av sykehusoppholdet; følg dem over tid.

### **Forslag til spørsmål:**

- Hvor fornøyd er du, alt i alt, med den pleie og behandling du får ved sykehuset?
- Synes du at du får fortalt personalet alt som er viktig om din tilstand?
- Snakker pleiepersonalet til deg slik at du forstår dem?
- Snakker legene til deg slik at du forstår dem?
- Får du vite det du synes er nødvendig om hvordan undersøkelser som må gjennom, skal foregå?

- Blir du tatt med på råd i forbindelse med behandling og pleie, eller opplever du at sykehuspersonalet tar bestemmelsene over hodet på deg?
- Får du vite det du synes er nødvendig om resultater og undersøkelser?
- Føler du pleiepersonalet har omsorg for deg?
- Synes du personalet har tid nok når du trenger det?
- Føler du at legene har omsorg for deg?
- Opplever du at det er en lege som har hovedansvaret for deg?
- Opplever du at personalet samarbeider godt om den behandlingen du får?

Når pasientforløpene diskuteres i samlet møte, vil det være spesielt interessant å observere om det er trekk i pasientenes opplevelser som er felles, positive eller negative, og således gir en indikasjon på at det foreligger noen ”systemegenskaper”. Er det f. eks. noen negative trekk som går igjen, og som gir grunnlag for å tenke systematisk forbedring?

## 6.3 Oppgave 2

# *Avdelingen i et mikrosystem-perspektiv*

Denne oppgaven forsøker å kartlegge en del forhold som forskning på såkalte mikrosystemer (de enheter der pasientbehandlingen skjer), har vist seg å være viktige faktorer for å få til gode behandlingsmiljøer, som beskrevet i heftet:

- Har mikroteamene en klar forståelse av hva de ønsker å oppnå (visjon og mål)
- det satses på forbedringsarbeid (skape kontinuerlig læring og forbedring, som også innebærer en åpen kultur for rapportering av feil og avvik)
- det sørges for at de ansatte får den opplæring og trening som er nødvendig for å gjøre en god jobb (både profesjonell kunnskap og forbedringskunnskap)
- gode på samhandling (tverrfaglig og mellom ulike enheter (mikrosystem)) for å imøtekomme pasientenes behov (pasientene en del av systemet)
- gode informasjonssystemer integrert i arbeidsprosessene (eks. gode journalsystemer – rask tilgang til strukturert informasjon)
- løpende registrering av resultatene av behandlingen
- god støtte fra sykehuset som helhet
- god samhandling med helsevesenet/helsepersonell i opptaksområdet

Dette er forhold som *den gode leder* må arbeide for å virkeliggjøre.

I mikrosystemforskningen blir det bl a brukt spørreskjemaer og fokusgruppeintervjuer. I denne oppgaven baserer vi oss på studentenes observasjoner og eventuelt uformelle samtaler med de som arbeider på avdelingene. Det kan f eks være forhold du observerer som du ønsker å forstå bedre, og som du kan snakke med en ansatt om. Hvordan dere går fram, drøftes og avtales med lektor.

Vi har nedenfor skrevet inn noen utsagn/påstander som er hentet fra forskningsprosjekter på kliniske mikrosystemer og det tidligere HELTEFs spørreskjema om arbeidsmiljø på sykehus ("Å jobbe på sykehus....."). Disse utsagnene er ment å gi et bilde av de forhold som er viktig å interessere seg for som grunnlag for å øke bevisstheten om hva som er av betydning for å skape et godt miljø for samarbeid, fagutvikling, trivsel og personlig vekst. Mikrosystemforskningen har vist at avdelinger som skårer høyt på slike kjennetegn, er de som utmerker seg med å levere helsetjenester av høy kvalitet:

- Jeg føler meg verdsatt av mine arbeidskolleger
- Min nærmeste leder er en viktig inspirator
- Jeg får ofte ros og "blir sett" av leder(ne)
- Vi fungerer meget godt som tverrfaglige team
- Det er lett å be om hjelp når jeg trenger det
- Det legges stor vekt på den enkeltes faglige utvikling
- Arbeidsoppgavene mine er klart definert

- Jeg synes jeg får utnyttet min kompetanse på en god måte
- Avdelingen har et godt informasjonssystem som gjør at vi får den informasjonen vi trenger når vi trenger den
- Vi er svært lydhøre for pasientenes ønsker og behov
- Pasientsikkerhet har høy prioritet i avdelingen
- Åpenhet om feil og avvik er en del av vår kultur
- Vår avdeling er et godt sted både for våre pasienter og oss ansatte

## 6.4 Oppgave 3

# *Kunnskapshåndtering i praksis og evaluering av en faglig retningslinje*

Hva preger praksis? Hvem avgjør faglige valg? På basis av hva? Helsetjenesten er i en viss forstand én million møter hver dag, mellom helsepersonell og pasienter. I mange av de disse møtene treffes det viktige beslutninger om liv og helse. Hva avgjør slike faglige valg? Ingen kan ha alle de ”riktige” svarene i hodet til enhver tid. Hva annet enn eget hode er det man støtter seg på dersom en lege er i tvil?

### 6.4.1 Del 1

Her er tre temaer dere kan gå løs på ved å observere én dag, oppsummere i en kort rapport (1/2 side) som legges i ”mappen” som lektor skal godkjenne, og diskutere. Fordel ev. oppgavene mellom dere. Gjør dette:

1. Ta på ”kunnskapshånderingsbrillene” på morgenmøtet og på internundervisningen. Er det som foregår der god læring i en kunnskapsbedrift? Hva er bra? Hva kan gjøres bedre?
2. Ta på ”kunnskapshånderingsbrillene” under visitten. Få tak i hva som ligger bak faglige valg om utredning, medisiner, utskrivning, oppfølging? Det er ikke bare forskningsbasert kunnskap som skal styre beslutninger; hvordan håndteres f.eks. pasientens rett til medvirkning?
3. Ta på ”kunnskapshånderingsbrillene” på en akuttenhet der det ofte må treffes raske avgjørelser; f.eks. i mottakelsen eller på intensivenheten. Er prosedyrer og rutiner tilgjengelige? Hvordan treffes beslutninger (både mht. hva som styrer faglige valg – og balansen mellom fag og pasientmedvirkning)?

### 6.4.2 Del 2

Praksis på sykehus er i noen grad preget av rutiner, prosedyrer, lokale retningslinjer. Hvor mye? Hva slags forhold har ditt sykehus til slike ”veivisere”? Er retningslinjer egnet som beslutningsgrunnlag? Hva er fordeler, ulemper, alternativer?

Ta utgangspunkt i den pasienten dere har kartlagt pasientforløpet for. Beskriv hvilke faglige valg som ble truffet for denne pasienten. Bli enige om tre beslutninger som ble fattet (eller vurderinger som ble gjort) og finn fram sykehusets retningslinje (rutine, prosedyre, veileder) for ett av de aktuelle problemene. Pass på at det er en klinisk retningslinje; ikke en administrativt eller etisk preget retningslinje. Hvis ikke dette opplegget lar seg gjennomføre, ta tak i samlingen av retningslinjer og plukk ut én av dem.

1. Gjør en vurdering av retningslinjens faglige holdbarhet med basis i Kunnskapssenterets sjekkliste (vedlagt). Når øvelsen er over; reflekter over og diskuter ulike krav til nasjonale og lokale retningslinjer. Er det rimelig å ha de samme metodekravene?
2. Diskuter med hverandre og med lektor hvilke andre ”systemer” enn retningslinjer som er på plass og som ev. kunne tenkes som et fundament for fagutøvelsen. Beskriv et kort scenario for en ”ideell” organisering av kunnskapshåndteringen på ditt sykehus.



Ta med tilbake til resten av kullet "læring" på punktene 1-5. Noen av gruppe har 10-15 min. i én av forelesningene til å presentere sine erfaringer etter at dere har vendt tilbake til den grå studiehverdagen.

## 7 Oppgavene i 11. / 12. semester

I 11-12. semester skal hver smågruppe levere en obligatorisk Prosjektoppgave. I disse semestrene er all PBL-undervisning tatt ut til fordel for KLoK, og den samlede tid som forventes å gå med til oppgaven tilsvarer omtrent den tid som ville ha gått med til PBL-arbeidet i perioden.

Målet med den obligatoriske oppgaven er at studentene skal prioritere en type arbeid som er en nødvendig del av profesjonelt legevirke. Videre skal den gi praktisk øvelse i å observere behov for kvalitetsforbedring, kunnskapshåndtering og utøvelse av ledelse. Sist skal oppgaven gi trening i å utarbeide gode arbeidsdokumenter for praksisforbedring, som kan nyttes av studenten/legen selv, arbeidskolleger eller en avdeling.

Av de overordnede læringsmålene som er omtalt tidligere, forholder oppgaven seg særlig til læringsmål 3 første strekpunkt, læringsmål 4 første og siste strekpunkt, læringsmål 5, 6, 7, 8, 9 og 12.

### 7.1 Oppgave

Smågruppen skal arbeide sammen om oppgaven gjennom hele semesteret. Før 22. mars skal gruppen ha valgt seg en leder, og meddelt dette til Prosjektsekretær Morten Lykke Nielsen ([m.l.nielsen@studmed.uio.no](mailto:m.l.nielsen@studmed.uio.no)). Lederen leder arbeidet med oppgaven fra start til levering. Ledervervet kan ikke gå på omgang mellom gruppemedlemmene.

Bruk våren til å identifisere og bli enig i smågruppen om et emneområde som er aktuelt eller interessant, og utarbeide en begrunnet preliminær plan ("Prosjektplanen") for hva dere ønsker å jobbe med. Dette kan eksempelvis være en særskilt problemstilling der dere har observert et behov for forbedring av praksis, enten basert på egenobservasjon under avdelingstjeneste, el. annen praksis, gjennom samtaler med helsepersonell dere møter, eller andre temaer dere har faglig interesser for eller har vært omtalt i media / litteraturen / rapporter fra Helsetilsynet som problemområder. Det kan være en fordel om dere i samme tankeprosess tenker på om dere kjenner til en avdeling, post, helsesenter eller en klinisk gruppe ("Mikrosystem", se tidligere omtale) dere kunne tatt konkret og praktisk utgangspunkt i for planlegging av et forbedringsprosjekt. Ta stilling til hvordan problemstillingen kan observeres, for eksempel forsøk å beskrive gapet mellom gjeldende kunnskap og praksis, usikre eller tilfeldige (variable) resultater og prosesser, eller presiser et samhandlingsproblem i helsetjenesten. Utform deretter Prosjektplanen for et prosjekt som har som mål å føre til bedret praksis i en definert avdeling eller mer generelt (dersom det konkrete eksempelet ikke er identifisert ennå).

Det gis ingen klar føring på hvilke emneområder eller problemstillinger som kan velges. Vi antar likevel at det kan være en fordel å se på noe som ikke er for avdelingsspesifikt, men et tema som kan være aktuelt for mange forskjellige avdelinger, slik at alle i gruppen blir like involvert i oppgaven.

### 7.2 Prosjektplan – frist 15. juni

Prosjektplanen kan utarbeides over samme lest som er beskrevet nedenfor for den endelige besvarelsen av oppgaven ("Prosjektoppgaven"), men bør ikke overstige 5 A4-sider og skal kun være relatert til Del I.

Prosjektplanen kan leveres elektronisk til fakultetet ved Prosjektsekretær Morten Lykke Nielsen ([m.l.nielsen@studmed.uio.no](mailto:m.l.nielsen@studmed.uio.no)) innen 15. juni (ikke obligatorisk). To dager før dette er det en åpen ”Poliklinikk” for de som ønsker veiledning. Gruppen med den beste Prosjektplanen levert innen fristen premieres med et prosjektstøttebeløp på NOK 6000. Tilbakemelding, dersom det er behov for viktig korleksjon eller gruppen premieres med prosjektstøtte, gis innen 20. juni til gruppens leder dersom planen er levert innen fristen.

### **7.3 Prosjektoppgave – frist 15. november**

Nesten ferdig Prosjektoppgave kan innleveres elektronisk til fakultetet ved Prosjektsekretær Morten Lykke Nielsen innen 22. oktober (ikke obligatorisk). En uke før dette er det arrangert poliklinikk for gruppene dersom man ønsker veiledning. Tilbakemelding om forbedringsbehov eller nødvendige justeringer for å kunne forvente å få godkjent oppgaven gis innen 1. november til gruppens leder dersom utkastet ble levert innen fristen.

Endelig oppgaveinnlevering skal skje elektronisk til fakultetet ved Prosjektsekretær Morten Lykke Nielsen innen 15. november (obligatorisk).

Oppgaven bedømmes med bestått-ikke bestått. Oppgaver levert etter fristen bedømmes som ikke bestått. Bedømmelsen av Del I som bestått eller ikke bestått følger grunnspørsmålene: Er dette prosjektet tilstrekkelig godt planlagt? Er det realistisk at man ville klart å gjennomføre dette prosjektet, og ville man faktisk fått til en viktig forbedring dersom man brukte Prosjektoppgaven som plan?. Bedømmelsen av Del II følger grunnspørsmålene: Har studentene arbeidet sammen om dette prosjektet som gruppe? Har de vært bevisste både på hva gruppen har arbeidet med og hvordan de arbeidet?

På studiets siste undervisningsdag 30. november faller sensuren, og utvalgte oppgaver presenteres. Den beste oppgaven premieres med et premie av en verdi på NOK 6000. Gruppemedtakerne får eget diplom for beste prosjektoppgave og lederen et særskilt diplom som leder av beste prosjektoppgave fra Universitetet i Oslo.

### **7.4 Prosjektoppgavens struktur og innhold**

Oppgavens disposisjon er ikke obligatorisk, men vi foreslår:

- Tittelside
  - Hvem som har levert oppgaven
- Sammendrag (1-2 A4-sider)
- Del I (se nedenfor)
  - Introduksjon av fagområdet, kunnskapsgrunnlaget og bakgrunn
  - Observasjoner og begrunnet valg av problemstilling
  - Variasjon og gap mellom kunnskap og praksis
  - Forslag til prosess mot bedre praksis
  - Diskusjon av fordeler og ulemper, forutsigbare problemer ved gjennomføring og etablering som ny praksis
- Del II
  - Beskrivelse
- Konklusjon

Samlet omfang bør ikke overstige 30 A4-sider. Visse elementer må være med:

Del I – Problemstilling og forslag til kvalitetsforbedringsprosjekt (skal kunne brukes av en avdeling eller enhet)

- Bakgrunn for valg av emneområde og problemstilling
- Hvordan man har observert praksis, og identifisert gap mellom kunnskap og praksis
- Hvordan man mener praksis best kan forbedres, inkludert ledelsesmessige utfordringer, kvalitetsmålinger, tidsperspektiv, kostnader og gevinster

Del II – Smågruppens egen prosess (intern, skal ikke brukes av andre)

- Gruppen skal beskrive sin egen prosess, inkludert ledelsesmessige utfordringer, problemer knyttet til kunnskapshåndtering og prosessen og hvordan de ble løst, hva man lærte om kvalitetsforbedringsprosesser av gruppearbeidet.

Det må gå frem av oppgaven at studentene har brukt verktøyene som er omtalt i dokumentene i litteraturlisten i dette arbeidet. Annen litteratur i tillegg er ingen ulempe.

## 8 Detaljert om undervisningen i 11. / 12. semester

Dato	Ansvar	Tid og sted	Emne	Innhold
12.03.07	<b>Pål gulbrandsen</b> pal.gulbrandsen@ahus.no	RH 10.30-11.15	Introduksjon	Intro før avd. tjeneste 11. Presentasjon av undervisning og planlagte oppgaver for avdelingstjenesten
15.03.07	<b>Frederik Frøen</b> Frederik.Froen@fhi.no	RH 08.30-15.00	Hvordan forbedre egen klinisk praksis.	Intro før avd. tjeneste 11. Metoder for kontinuerlig forbedring i klinisk praksis. Prosessevaluering; flytdiagrammer, SPC og pasientevalueringer
19.03.07	<b>Frederik Frøen</b> Frederik.Froen@fhi.no	RH 08.30-15.00	Kunnskapsbasert medisin: Hvordan kan jeg forbedre min egen bruk av kunnskap og bruk av kunnskap i den virksomheten jeg leder?	Intro før avd. tjeneste 11. Studentene skal jobbe med kliniske scenarier og innhente svar og vurderinger på konkrete spørsmål. De skal bruke og vurdere ulike kunnskapskilder som retningslinjer, systematiske oversikter, pasientinformasjon, konsensusrapporter mm
22.03.07	<b>Frederik Frøen</b> Frederik.Froen@fhi.no	RH 08.30-11.15	Legen som leder og som ledet	Intro før avd. tjeneste 11. Legens rolle som leder og som samarbeidspartner. Fokus på systemforståelse, prosess og samhandling
22.03.07	<b>Pål gulbrandsen</b> pal.gulbrandsen@ahus.no	RH 11.45-14.30	Forberedelse til KLoK i avdelingstjenesten	Intro før avd. tjeneste 11.
29.03.07	<b>Per Hjortdahl</b> per.hjortdahl@medisin.uio.no	RH 08.30-11.30	Medisinske feil, Når noe går galt del B	Kvalitetskontroll fra det offentlige side, arbeidsgiver. Faglige, politiske og juridiske aspekter. Internkontroll. Legens møte med det offentlige, erstatningsrett.
13.06.07	<b>Pål gulbrandsen</b> pal.gulbrandsen@ahus.no	Seminarrom 3 B1.1017 RH og Ahus 12.30-14.30	”Poliklinikk” for KLoK-oppgaven	Veiledning av grupper. ”Spørsmål og svar” knyttet til KKL-oppgaven
15.10.07	<b>Pål gulbrandsen</b> pal.gulbrandsen@ahus.no	Seminarrom 3 B1. 1017 RH 09.30-11-30	”Poliklinikk” for KLoK-oppgaven	Veiledning av grupper. ”Spørsmål og svar” knyttet til KLoK-oppgaven

<b>Dato</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Tid og sted</b>	<b>Emne</b>	<b>Innhold</b>
22.10.07	<b>Per Hjortdahl</b> per.hjortdahl@medisin.uio.no	Aud 2 rødt RH 08.30-11-15	Medisinske feil, Når noe går galt Del A	Beskrive og drøfte ulike dilemmaer knyttet til håndtering av med feil. Fra legens og pasientens/pårørendes ståsted
22.10.07	<b>Per Hjortdahl</b> per.hjortdahl@medisin.uio.no	Aud 2 rødt RH 11.45-15.00	Medisinske feil, Når noe går galt del B	Kvalitetskontroll fra det offentlige side, arbeidsgiver. Faglige, politiske og juridiske aspekter. Internkontroll. Legens møte med det offentlige, erstatningsrett.
23.10.07	<b>Per Hjortdahl</b> per.hjortdahl@medisin.uio.no	Aud 2 rødt RH 08.30-15.00	Om å leve med usikkerhet	Utfordringer for den enkelte, overgang fra student til lege. Hvordan møte pressen. Hjelpemiddelet tilgjengelig for leger i vanskeligheter
24.10.07	<b>Frederik Frøen</b> Frederik.Froen@fhi.no	Aud 2 rødt RH 08.30-15.00	Innhenting og bruk av forskningsbasert kunnskap i kvalitetsarbeidet	Forskningsbasert kunnskap om kvalitetsarbeid. Vurdering av fagartikler som evaluerer kvalitetsforbedring i kliniske setinger. Kan vi bruke resultater fra forskning i praktisk kvalitetsarbeid?
25.10.07	<b>Frederik Frøen</b> Frederik.Froen@fhi.no	Aud 2 rødt RH 08.30-11.15	Økonomiske prioriteringer i helsevesenet	Kostnad/nytte evalueringer i helsevesenet. Prioriteringer
25.10.07	<b>Frederik Frøen</b> Frederik.Froen@fhi.no	Aud 2 rødt RH 11.45-15.00	Kontinuerlig forbedring i praksis	Drøfting av kvalitetsforbedringselementer knyttet til KLoK-læringsoppgaven
05.11.07	<b>Per Hjortdahl</b> per.hjortdahl@medisin.uio.no	Ferdighetssenteret 08.30-10.00	BEST - intro A	Heldagssamling; simulering; samhandling og tverrfaglighet rundt akuttisituasjoner
05.11.07	<b>Per Hjortdahl</b> per.hjortdahl@medisin.uio.no	Ferdighetssenteret 10.20-11.50	Simuleringsøvelse; Student BEST - Gruppe A	Heldagssamling; simulering; samhandling og tverrfaglighet rundt akuttisituasjoner
05.11.07	<b>Per Hjortdahl</b> per.hjortdahl@medisin.uio.no	Ferdighetssenteret 12.30-14.00	Simuleringsøvelse; Student BEST - Gruppe A	Heldagssamling; simulering; samhandling og tverrfaglighet rundt akuttisituasjoner
05.11.07	<b>Per Hjortdahl</b> per.hjortdahl@medisin.uio.no	Ferdighetssenteret 14.15-15.30	BEST - debriefing A	Heldagssamling; simulering; samhandling og tverrfaglighet rundt akuttisituasjoner

<b>Dato</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Tid og sted</b>	<b>Emne</b>	<b>Innhold</b>
09.11.07	<b>Per Hjortdahl</b> per.hjortdahl@medisin.uio.no	Ferdighetssenteret 08.30-10.00	BEST - intro B	Heldagssamling; simulering; samhandling og tverrfaglighet rundt akuttsituasjoner
09.11.07	<b>Per Hjortdahl</b> per.hjortdahl@medisin.uio.no	Ferdighetssenteret 10.20-11.50	Simuleringsøvelse; Student BEST - Gruppe B	Heldagssamling; simulering; samhandling og tverrfaglighet rundt akuttsituasjoner
09.11.07	<b>Per Hjortdahl</b> per.hjortdahl@medisin.uio.no	Ferdighetssenteret 12.30-14.00	Simuleringsøvelse; Student BEST - Gruppe B	Heldagssamling; simulering; samhandling og tverrfaglighet rundt akuttsituasjoner
09.11.07	<b>Per Hjortdahl</b> per.hjortdahl@medisin.uio.no	Ferdighetssenteret 14.15-15.30	BEST - debriefing B	Heldagssamling; simulering; samhandling og tverrfaglighet rundt akuttsituasjoner
30.11.07		Aud 2 rødt RH 08.30-13.00	Fremlegging av KLoK- læringsoppgaven i plenium	

## 9 Vedlegg

### 9.1 Vurdering av retningslinjer

Kritisk vurdering - faglig retningslinje

#### SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN FAGLIG RETNINGSLINJE

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på retningslinjene?  
Hva forteller retningslinjene?  
Kan retningslinjene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. The Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the medical literature. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2002.
- Evaluering av faglige retningslinjer. AGREE Instrumentet. The AGREE Collaboration/ Sosial- og helsedirektoratet Juli 2003.



## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Kommer det klart frem hva retningslinjen handler om og hvem som er målgruppen?</b>	<b>Ja</b> <input type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>2. Er det gjort rede for hvem som har utarbeidet retningslinjen?</b>  <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det gjort rede for prosessen som har vært benyttet for å utarbeide retningslinjen?</li> <li>• Er det gjort rede for hvem som er finansieringskilden for arbeidet?</li> <li>• Er det gjort rede for mulige interessekonflikter?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>

## KAN VI STOLE PÅ RETNINGSLINJENE?

<b>3. Er det forskningsbaserte dokumentasjonsgrunnlaget innhentet på en tilfredsstillende måte?</b>  <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det søkt etter vitenskaplige studier (dokumentasjon) ved bruk av relevante kilder (databaser, referanselister, andre retningslinjer på samme felt, ressurspersoner)?</li> <li>• Er søkestrategien ved databasesøk beskrevet (benyttede søkeord og tidsrom for søk)?</li> <li>• Er kriteriene for inklusjon og eksklusjon av studier beskrevet?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>4. Er den metodiske kvaliteten til inkluderte studier vurdert og er det beskrevet hvilke kriterier man har benyttet?</b>  <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ble en eksplisitt og pålitelig prosess brukt for å identifisere, velge ut og stille sammen de forskningsresultatene som er relevante for hver beslutning?</li> <li>• Ble en eksplisitt og pålitelig prosess brukt for å belyse verdien av de forskjellige utfall?</li> <li>• Studier kan sammenstilles ved bruk av statistiske metoder (meta-analyse) eller sammenstillingen kan være rent beskrivende. Har forfatterne begrunnet hvorfor de har valgt å gjøre det ene eller det andre?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>

<p><b>5. Er retningslinjene basert på oppdatert kunnskap?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se på retningslinjens publikasjonsdato</li> <li>• Vurder publikasjonsdatoen for nyeste referanse</li> <li>• Foreligger det planer for oppdatering av retningslinjen?</li> </ul>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p><b>6. Er dokumentasjonsgrunnlaget for retningslinjene eksplisitt vurdert og gradert?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Dokumentasjon kan for eksempel graderes slik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meget god. Det finnes en god systematisk oversikt med minst én god studie</li> <li>• God. Det finnes minst én god studie</li> <li>• Manglende. Det finnes ingen gode studier</li> </ul>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

## HVA FORTELLER RETNINGSLINJENE?

<p><b>7. Hva er anbefalingene?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det samsvar mellom anbefalingene og den dokumentasjonen som er hentet inn og vurdert?</li> <li>• Hvor sterke er anbefalingene (jmfør spm 5)?</li> <li>• Er det brukt en eksplisitt prosess for å veie gunstig helsegevinst mot bivirkninger/ risiko/ kostnader?</li> </ul>			
<p><b>8. Er retningslinjen eksplisitt med hensyn til eventuell usikkerhet i dokumentasjonen?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vurder om retningslinjen diskuterer ev. mangel på dokumentasjon på enkelte områder</li> <li>• Er forskjellige tolkninger av funn diskutert, og har arbeidsgruppen kommet frem til enighet ved konsensus?</li> </ul>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

**KAN RETNINGSLINJENE VÆRE TIL HJELP I PRAKSIS**

<p><b>9. Er det i prosessen for utarbeiding av anbefalinger benyttet en metode som sikrer at alle involverte parter blir hørt?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det benyttet fokusgrupper eller lignende metoder som sikrer at det blir tatt hensyn til brukergruppens verdier og preferanser?</li> <li>• Har man i prosessen benyttet metoder som ivaretar en god balanse mellom involverte parter?</li> </ul>	<p><b>Ja</b> O</p>	<p><b>Uklart</b> O</p>	<p><b>Nei</b> O</p>
<p><b>10. Er retningslinjen prøvd ut i praksisfeltet</b></p> <p><i>TIPS: Foreligger en evaluering / utprøving av retningslinjen i praksisfeltet i form av et pilotprosjek?. En slik pilot vil kunne skaffe til veie nyttig tilbakemelding på hva som fungerer og hva som ikke fungerer / er mangelfullt, og man kan foreta en justering før retningslinjen implementeres til praksisfeltet i stor skala.</i></p>	<p><b>Ja</b> O</p>	<p><b>Uklart</b> O</p>	<p><b>Nei</b> O</p>
<p><b>11. Er denne retningslinjen relevant og gjennomførbar i praksis?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er anbefalingene lette å forstå?</li> <li>• Stemmer formålet med anbefalingene overens med hva du prøver å oppnå i din kliniske praksis?</li> <li>• Er anbefalingene akseptable for dine pasienter/ populasjon?</li> <li>• Hvilke hindringer foreligger som vil gjøre det vanskelig å implementere retningslinjene, og kan de overvinnes?</li> </ul>	<p><b>Ja</b> O</p>	<p><b>Uklart</b> O</p>	<p><b>Nei</b> O</p>

## **9.2 Flytskjema**

Fra Ada Schreiner ”Kom i gang. Kvalitetsforbedring i praksis”. Den norske lægeforening, 2004

### **7.3 Flytskjema**

#### ***Hensikt:***

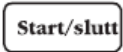



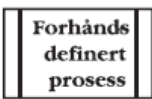

Gi en visuell og lettfattelig oversikt over prosesser eller deler av prosesser. Det kan brukes på alt fra pasientens «vei» i et sykehus, til hvordan vi går frem for å bestille en vare.

#### ***Flytdiagrammet kan:***

- vise uventet kompleksitet, problemområder, unødvendige gjøremål og hvor forenkling og standardisering kan gjennomføres.
- sammenligne den aktuelle kontra den ideelle gangen i en prosess for å identifisere forbedringsmuligheter.

- skape enighet om arbeidsprosessen
- identifisere trinn i en prosess hvor tilleggsdata kan bli samlet inn og analysert.
- fungere som opplæringshjelpemiddel for å forstå komplekse prosesser.

#### Basissymboler for flytskjema:

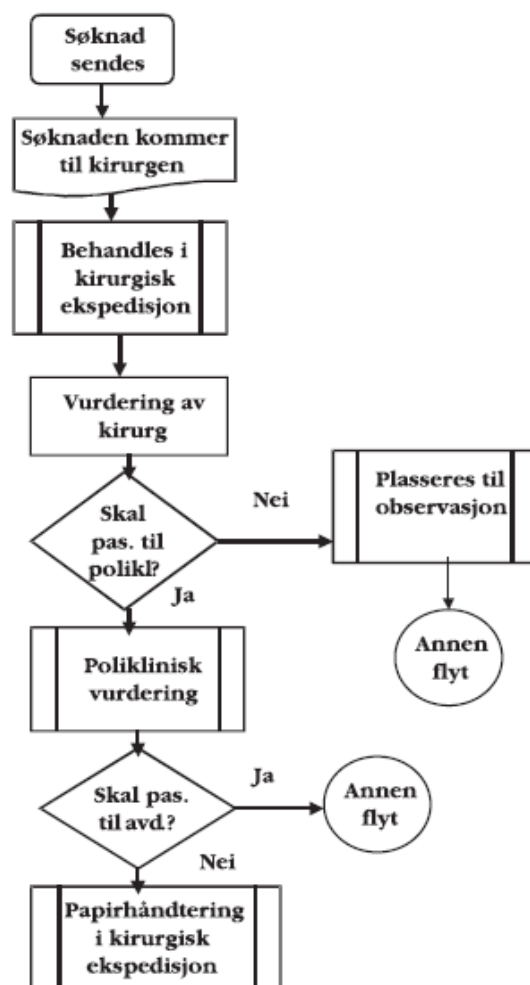
	<b>Start/slutt</b> Viser hva prosessen gjelder (start), og hvor den slutter.
	<b>Aktivitet</b> En firkant eller rektangel som beskriver en oppgave eller aktivitet i prosessen. Selv om det kan komme mange piler inn i boksen, er det normalt kun en pil som går ut fra boksen. Beskrives med kort tekst inne i firkanten.
	<b>Beslutning</b> En "diamant" viser de punktene i prosessen hvor ja/nei spørsmål må bli stilt eller en avgjørelse må tas. Ved "ja", fortsett prosessen. Ved "nei" føres pilen til siden/bakover.
	<b>Piler</b> Angir prosessretning
	<b>Forhåndsdefinert prosess</b> I litt mer avanserte flytdiagrammer kan det være hensiktsmessig å fremheve hvilke prosedyrer og lignende som allerede er nedtegnet på papiret. Symbolet for dette er et rektangel med dobbel strek på de vertikale sidene.
	<b>Dokument</b> Et "rektangel" med buet linje på nedre side viser et dokument som er knyttet til prosessen. Dokumentets tittel skrives inn i "rektangelet".

#### Fremgangsmåte:

- 1) Bli enige om hva skjemaet skal brukes til. Lag det så enkelt som mulig. Tilpass detaljeringsnivå etter behov og hva som er hensiktsmessig.
- 2) Definer yttergrensene for skjemaet: Vis start/første aktivitet og sett den til venstre eller øverst på arket  
Vis slutten og sett symbolet nederst eventuelt helt til høyre på arket
- 3) Beskriv hvert trinn i prosessen – gjerne ved hjelp av idédugnad. Hva er neste trinn i prosessen?
- 4) Alle beslutninger som innvirker på neste ledd / senere aktiviteter må vises med beslutningssymbol. Når det kommer et beslutningspunkt, velg et svar og fortsett skjemaet.
- 5) Arranger de ulike trinnene i rekkefølge slik de er i dag.
- 6) Repeter punktene 3, 4 og 5 inntil du har nådd slutten på skjemaet.

- 7) Gå tilbake og konstruer de andre veiene fra beslutningssymbolene. Beskriv alle ekstra aktiviteter ut av beslutningssymbolene.
- 8) Sjekk om du har fått med deg alt.
- 9) Heng det foreløpige flytskjemaet opp på et synlig sted, f.eks. på sengeposten slik at andre ansatte har mulighet for å komme med kommentarer. Er det virkelig slik vi gjør det i dag?
- 10) Test flytskjemaet og sjekk aktivitetene opp mot det daglige arbeidet.
- 11) Når du er sikker på at flytskjemaet er korrekt:
  - Analyser det! Hva viser skjemaet?
  - Er det trinn som er unødvendige?
  - Er det trinn / aktiviteter som kan forbedres?

La oss vise et *eksempel på et flytskjema* om en pasient som skal til undersøkelse på en kirurgisk poliklinikk:



## 9.3 Pasientforløp

Tittel: <b>SAMMENHENGENDE PASIENTFORLØP</b>	Dato: 25.02.2004
Utarbeidet av: <b>Nasjonal gruppe for samhandling</b>	Godkjent: <b>30.09.2004</b>

Sammenhengende pasientforløp er et felles mål. Det kreves systematiserte tverrfaglig analyser av pasientforløp for å oppnå målet.

### **Bakgrunn og metode for pasientforløpsanalyser:**

Hensikten med dette dokumentet er todelt:

- Å belyse betydningen av at ulike aktører har felles perspektiv på helseproblem og tiltak når den medisinske situasjonen krever innsats fra flere aktører og nivåer.
- Å beskrive en metode for å kartlegge og evaluere pasientforløp på en slik måte at erfaringer enkelt kan gi læring og omsettes til endret praksis.

Det bør være et overordnet og eksplisitt mål for alle deler av helsetjenesten å bidra til effektive og kvalitativt gode pasientforløp. Dette betyr å legge til rette for og å utøve koordinert rådgivning, utredning, behandling og oppfølging av pasienter. Alle aktører har ansvar for dette i sitt daglige arbeid. Godt koordinerte pasientforløp bidrar til høy kvalitet, effektiv ressursbruk, god service og stimulerende arbeidsmiljøer. Samhandling mellom delene av helsetjenestekjeden skal innrettes mot å skape gode pasientforløp.

Befolkningen forventer å møte en "sømløs" helsetjeneste der de kan krysse grenser mellom linjer eller avdelinger uten det oppstår kommunikasjons- eller koordineringsproblemer. Flaskehalser i behandlingsskjeder kan ofte forklares ut fra begrensede ressurser, forvaltningsskiller, rekrutteringsproblemer, spesialisering, profesjonsstrid, lovverk, holdninger eller kulturforskjeller. Ingen av disse systembaserte forklaringene gir fullgodt svar på hvorfor samhandling fungerer dårlig. Problemene skyldes sannsynligvis langt oftere svikt i prosesser og forskjeller i holdninger.

### **Hva hindrer koordinerte tjenester?**

Uklare ansvarsforhold.

Manglende etterfølgelse av retningslinjer (faglige og administrative).

Manglende ivaretagelse av hele pasienten.

Organisering / strukturer i helsevesenet som skaper mange gråsoner.

Manglende indre samarbeid, både i kommuner og på sykehus.

### **Hva fremmer koordinerte tjenester?**

Klare ansvarsforhold.

Klare avtaler.

Omforente faglige retningslinjer som dekker større deler av pasientforløpene.

Godt indre samarbeid i primærhelsetjenesten og mellom avdelinger i sykehus.

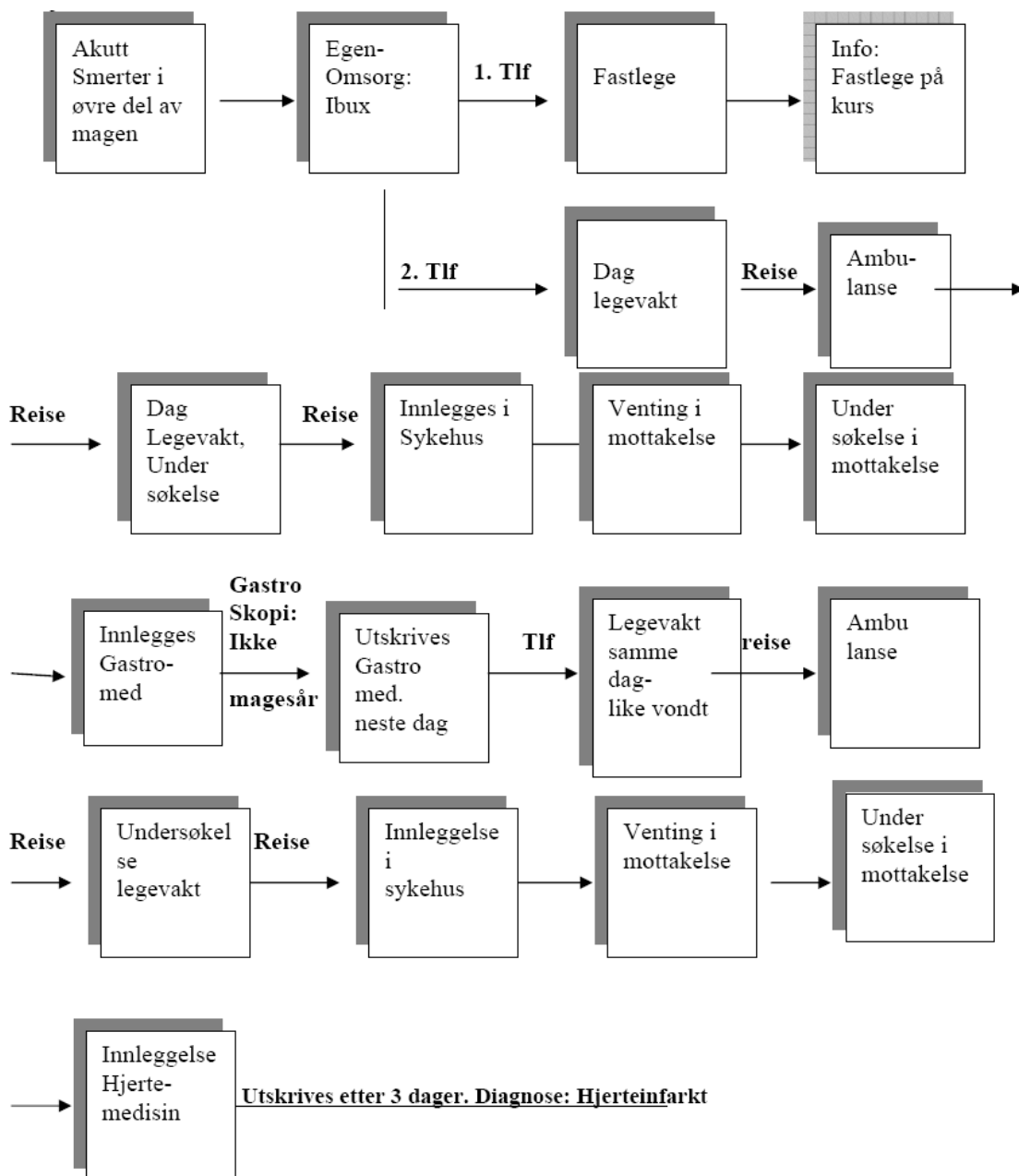
### **Definisjon av pasientforløp**

"En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode".

Synonym: pasientkarriere. (Engelsk: patient career, episode of care.)

Beskrivelser av pasientforløp kan være bygd på flere dokumentasjonskilder. Studier av pasientforløp kan brukes som metode for påvisning av kvalitetsbrudd i pasientbehandling, både innen helsetjenesteforskning og i praktisk kvalitetsforbedring.

*Et eksempel fra virkeligheten*





### **Kommentarer til pasientforløpet.**

Eksemplet viser at det oppstår problemer i pasientforløp pga:

- mangler i egenomsorg
- manglende prehospital beredskap
- manglende indre samarbeid i kommunen
- sannsynligvis mangler ved undersøkelsen i legevakt/mottakelse
- manglende indre samarbeid på sykehus
- manglende oppfølging etter sykehusopphold.

- **Egenomsorg.**

Alle pasientforløp starter med at pasienten selv vurderer sine plager ut fra tidligere erfaringer og søker informasjon, ofte i nærmiljøet, og enten avventer situasjonen eller behandler seg selv. Tidligere sykehistorie til personen i dette pasientforløpet er ikke kjent. Men i og med at han egenbehandler seg med Ibox, har han nok verken hatt magesår eller hjertesykdom tidligere. Ingen svikt kan sies å ligge her.

- **Kontakt med fastlege og legevakt (horisontal samhandling i kommunen).**

Her dokumenterer pasientforløpet en klar svikt i akuttberedskap i kommunen på dagtid. Det må være klare avtaler om akuttberedskap ved fastlegens fravær, slik at det ikke oppstår usikkerhet om hvem som til en hver tid har ansvaret. Dag-beredskap er ulikt organisert i forskjellige kommuner. Hovedprinsippet som er nedfelt i fastlegeavtalen, er at ved fastleges fravær skal annen lege på kontoret, annet legekantor eller daglegevakt ta over ansvaret. Pasienten skal oppleve god tilgjengelighet, spesielt ved akutt oppståtte medisinske problemer som krever øyeblikkelig hjelp.

- **Inn i sykehus (samhandling mellom linjene) og opphold på sykehus (indre samhandling).**

Pasienten ble adekvat undersøkt på legevakt uten at det ga sikre svar på årsak til magesmertene. Pga. intensiteten i det kliniske bildet (sterke smerter) ble han innlagt i sykehuset. Han ble undersøkt i mottakelsen. Pga. smerter i magen uten sikre holdepunkt for hjertesykdom, ble han innlagt i gastromedisinsk avdeling. Sykehusets organisering og fagfolk i fremste linje som hadde lite klinisk erfaring (turnuslege, assistentlege) kan ha ført til at utredningsforløpet ikke tok høyde for både mage- og hjerteproblemer. Uten noen tids observasjon i avdeling kan man ikke avskrive diagnosen hjerteinfarkt. Pasienten ble adekvat undersøkt for eventuelle problemer i magetarmsystemet (bl.a. med gastroskopi) uten at man fant sikre årsaker. Perspektivet til legene på gastromedisinsk avdeling/seksjon vil være snevrere enn på en generell indremedisinsk post eller intermediær observasjonspost. Pasientforløpet dokumenter her hvordan en seksjonert indremedisinsk avdeling kan gi svikt i diagnostikken, spesielt i starten av et utredningsforløp.

Pasientforløpet dokumenterer svikt i indre samhandling, i det pasienten ble utskrevet med smerter uten at man fant sikker årsak. Han skulle ha blitt overført annen avdeling, eller annen utredning skulle vært igangsatt på samme avdeling.

- **Utskrivelse og oppfølging (samhandling mellom linjene)**

Pasienten ble utskrevet første gang med smerter uten diagnose. Utskrivende avdeling burde da ha sikret oppfølging hos fastlege.

### *Indre samhandling*

Indre samhandling defineres som samhandling mellom enheter på samme forvaltningsnivå.

- **I kommunene.**

I kommunene er flere enheter involvert i behandling, pleie og omsorg av pasienter. På mindre steder er forholdene oversiktlige, og organiseringen er kjent for alle. Det er ofte lett å ta kontakt og kommunikasjonen er uformell, for de fleste aktørene kjenner hverandre godt og har utviklet relasjoner.

På større steder og i byer er dette mer uoversiktlig. De siste årene har mange kommuner delt opp større enheter, og hver del har fått ansvar for egen økonomi. Dette har mange steder ført til dårligere oversikt og ulik organisering innenfor samme forvaltningsenhet. Eksempelvis var pleie og omsorg i Tromsø tidligere inndelt i fire enheter, nå 13 enheter (se [www.tromso.kommune.no](http://www.tromso.kommune.no)).

Allmennleger, legevakt og helsestasjoner er egne enheter. Det er mange steder egne psykiatrienheter og rehabiliteringsenheter. Fysioterapeuter og kiropraktorer er ofte dårlig integrert i den øvrige førstelinjetjenesten. Det finnes mange alternative behandlere, eksempelvis homøpati, akupunktur, naprapati, soneterapi osv. Sosialtjeneste, barnevern, rusomsorg og helsetjeneste for asylsøkere er egne enheter.

Indre samarbeid i kommunene og med trygdekontor og arbeidsetat er avhengig av den enkelte behandlers interesse og erfaring med tverrfaglig arbeid, og mindre avhengig av avlønningsform. Fastlegeordningen brukes som eksempel:

Det ser ikke ut til at fastlegeordningen som system er et hinder for god indre samhandling eller for samarbeidet med sykehus. Tilgjengeligheten for tverrfaglig kontakt varierer hos fastlegene. Noen er lite tilgjengelige for hjemmesykepleie, mens andre har rutiner som skaper god tilgjengelighet, og de fungerer godt som koordinatører for sine listepasienter. Samhandling er mest avhengig av hvordan den enkelte organiserer sin praksis og av individuelle holdninger, og mindre avhengig av forvaltningsnivå eller økonomisk modell. Dette synspunktet støttes av en sammenlignende analyse av samhandlingsproblemer i ulike europeiske land. Den konkluderer med at viktige samhandlingsproblemer har universell karakter, og er lite påvirket av organisering eller økonomisk modell (1).

- **I spesialisthelsetjenesten.**

Sykehus er oppdelt i avdelinger langs flere akser, der psyke og soma er hovedaksene.

Den somatisk delen er inndelt etter arbeidsmetode (kirurgi / ikke kirurgi). Demest er inndelinger i hovedsak gjort etter organsykdommer (hjertemedisinsk avdeling / avdeling for mage-tarmsykdommer, etc.). I tillegg er noen avdelinger organisert etter aldersgrupper (barnavdelinger / geriatri). Endelig finnes det avdelinger for spesifikke sykdomstyper, f.eks. kreft.

Enhver måte å organisere sykehus og pasientflyt på, vil føre til at noen dimensjoner får lavere prioritet. Det er vanskelig å ivareta både helhet og organsykdom samtidig i klinisk arbeid, men det er ikke umulig.

Organisering etter organsykdommer skaper gråsoner dersom pasienter har flere lidelser, og spesielt dersom de presenterer uklare, ikke organ-relaterte symptomer. Inndelingen i psyke og soma bidrar til at psykiske faktorer ved organisering av organsykdommer, eller somatiske uttrykk ved psykisk sykdom, kan bli dårlig forstått og ivarettatt.

Det er viktig å hindre at syke pasienter blir dårlig ivarettatt / behandlet pga organiseringen av helsetjenesten. Pasientforløpsstudier vil bidra til oversikt over forhold som hindrer god pasientflyt, og de vil gi grunnlagsdata for målrettede endringer i organiseringen av helsetjenestekjedene.

### **Tverrfaglig analyse av pasientforløp (TAP), en metodebeskrivelse:**

Det er mange årsaker til at pasientforløp kan bli oppstykket og dårlig koordinert. En viktig årsak er at helsetjenesten er komplisert og fragmentert. Vi trenger bedre koordinering av oppgavene med utredning, behandling og oppfølging som skjer på tvers av faggrupper, avdelinger, sektorer og linjer.

Eksempler på forbedringsområder for pasientflyt er egenomsorg, rådgivning, ventetider, førstevalg av diagnostikk og behandling, behandlingsnivå, informasjonsflyt og kommunikasjon.

TAP er en metode som kan brukes til å identifisere og beskrive problemstillinger, og den kan brukes til å bedre problemer innen logistikk og kvalitet i helsetjenesten. Den er en kvalitativ, retrospektiv analyse av

den uberørte medisinske hverdag. Den utføres av fagfolk i klinisk praksis, og materialet som analyseres, kommer fra deres eget arbeidsfelt.

Metoden brukes til å justere arbeidsflyt, og er beslektet med andre metoder som "redesign" og "business process engineering". Den har også i seg elementer av audit. Det er et tverrfaglig, systematisk forbedringsarbeid som bør bli en del av kvalitetsarbeidet for sykehusavdelinger.

### **Styringsgruppe**

En gruppe på inntil seks erfarne fagpersoner, helst med lederansvar og spesialkunnskaper, planlegger og gjennomfører analysen. Styringsgruppen bestemmer hva den vil undersøke, og velger pasientgruppe eller diagnosegruppe. En utvidet styringsgruppe på inntil ti personer utgjør det ekspertpanel som vurderer pasientforløpene. Leger, sykepleiere, fysioterapeuter og andre relevante faggrupper deltar i ekspertgruppen.

### **Datainnsamling og presentasjon**

En person samler og strukturerer dokumentasjon fra 10-15 pasientforløp innen den valgte pasientgruppen. Pasientene kan velges fortløpende, eller ved tilleggskriterier. Datagrunnlaget er sykehusjournalen, eventuelle tilleggsopplysninger fra fastlege (spørreskjema) og eventuelle intervjuer med pasient / pårørende. Hvert pasientforløp blir presentert for ekspertgruppen som et enkelt flytskjema.

### **Analyse**

Ekspertgruppen vurderer pasientforløpene samlet. Man trenger ca. fire timer til gjennomgangen.

#### **1. Kriterier**

Styringsgruppen bør i sitt forberedende arbeid ha valgt kriterier og standarder for logistikk og kvalitet av pasientforløpene. Ekspertgruppen blir enig om hvilke kriterier og standarder som skal benyttes.

#### **2. Data**

Gruppen gjennomgår og diskuterer kasuistikkene. Hvert forløp gies karakter etter vurderingsskalaen "tilfredsstillende" og "ikke tilfredsstillende". Dersom resultatet er "ikke tilfredsstillende", skal det nevnes hva som etter gruppens oppfatning ikke fungerte godt nok.

#### **3. Avsluttende diskusjon**

På bakgrunn av erfaringene fra analysen diskuterer gruppen hva som skal forandres for å forbedre pasientforløpene. Den bestemmer også hvem som er ansvarlig for å utføre endringene.

#### **4. Oppfølging**

Etter ei tid skal styringsgruppen samles på nytt for å diskutere om endringene er gjennomført, og om de fungerer godt. For å evaluere tiltakene bedre, kan analysen etter en tid gjennomføres på nytt for samme pasient/diagnosegruppe.

#### **5. Delaktighet i endringsprosesser**

TAP krever felles deltakelse fra ledere og helsepersonell i klinisk arbeid. Uten slik deltagelse i utvikling og omstilling kan man ikke realisere ønskede endringer. Kunnskapsorganisasjoner styres av dokumentasjon, argumentasjon og dialog, ikke ved påbud.

### **Oppsummering**

Dette dokumentet omtaler viktige rammevilkår for å etablere sammenhengende pasientforløp. Det beskriver også en enkel metode for pasientforløpsstudier (TAP), som en analyse av en serie av systematiserte kasuistikker.

## 10 Litteratur og lenker

*Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.* Sosial- og helsedirektoratet

[http://www.ogbedreskaldetbli.no/Om\\_kvalitetsstrategien/IS-1162\\_4390a.pdf](http://www.ogbedreskaldetbli.no/Om_kvalitetsstrategien/IS-1162_4390a.pdf)

*Sjekkliste for retningslinjer.* Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

<http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?show=52&expand=14,20,52>

*Kom i gang, Kvalitetsforbedring i praksis.* Den norske lægeforening 1886

[http://www.legeforeningen.no/asset/23256/1/23256\\_1.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/23256/1/23256_1.pdf)

*Brukertilfredshet / Pasientundersøkelser.* Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

<http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?back=2&artikkelid=124>

*Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner- til deg som medarbeider.* Statens helsetilsyn

[http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-2616\\_1458a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-2616_1458a.pdf)

*Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner- til deg som leder.* Statens helsetilsyn

[http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/kvalitetsstyrte\\_helseorganisasjoner\\_til\\_deg\\_som\\_leder\\_ik2615.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/kvalitetsstyrte_helseorganisasjoner_til_deg_som_leder_ik2615.pdf)

*Design, use and performance of SPC.* JC Benneyan

[http://www1.coe.neu.edu/~benneyan/papers/intro\\_spc.pdf](http://www1.coe.neu.edu/~benneyan/papers/intro_spc.pdf)