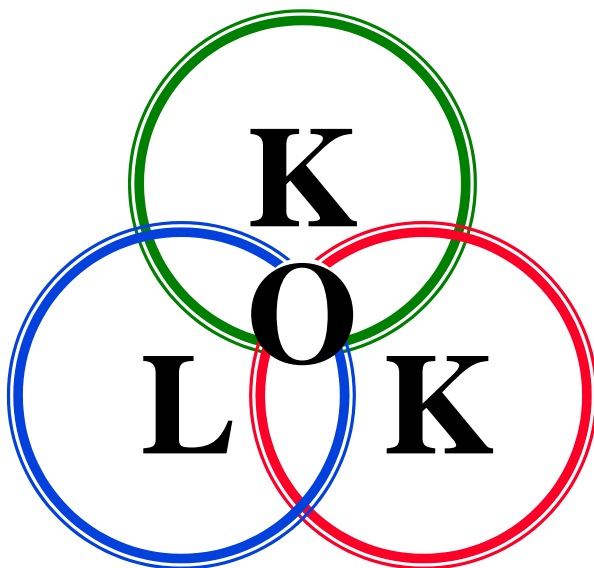




KLoK

PROFESJONSUTØVELSE

Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitetsforbedring



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

Innholdsfortegnelse

1	Innholdsfortegnelse	2
2	KLoK i et nøtteskall	3
3	Målsetninger og læringsmål	4
3.1	Målsetninger	4
3.2	Læringsmål for KLoK	4
3.3	Delmål for semestrene	5
4	KLoK undervisningen	6
4.1	Generelt om undervisningen	6
4.2	Praktisk gjennomføring	6
4.3	Kontakt og spørsmål	7
5	Grunnleggende konsepter i KLoK	8
5.1	Samspillet Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitetsforbedring	8
5.2	Kvalitetsforbedring	9
5.2.1	Profesjonell kunnskap	10
5.2.2	Forbedringskunnskap	10
5.2.3	Mikrosystem – grunnsteinene i helsevesenet	11
5.2.4	System og prosess	12
5.3	Ledelse	16
5.4	Kunnskapshåndtering	16
6	Oppgavene i 10. semester	18
6.1	Om oppgavene	18
6.2	Oppgave 1	19
6.3	Oppgave 2	21
6.4	Oppgave 3	23
6.4.1	Del 1	23
6.4.2	Del 2	23
7	Oppgavene i 11. / 12. semester	25
7.1	Tidsfrister	25
7.2	Oppgave	25
7.3	Ledervalg	25
7.4	Prosjektplan	25
7.5	Prosjektoppgave	26
7.6	Prosjektoppgavens struktur og innhold	26
8	Vedlegg	30
8.1	Vurdering av retningslinjer	30
8.2	Flytskjema	34
8.3	Pasientforløp	37
9	Litteratur og lenker	42

Heftet 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 24.01.08. Neste revisjon 1. oktober 2008.

2 KLoK i et nøtteskall

I 10. – 12. semester skal all fagkunnskapen du har tilegnet deg om helse, sykdom og behandling integreres og styrkes. I tillegg skal faget Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitetsforbedring (KLoK) tilføre forståelse og kunnskap om utøvelse av ditt fremtidige yrke som lege. De overordnede mål for profesjonsstudiet i medisin ved UiO sier at:

”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 er spesielt relatert til de tre elementene i KLoK. Undervisningen vil gi deg forståelse og ferdigheter innen sentrale fagområder for ditt virke som lege:

Kunnskapshåndtering

Medisinsk praksis er tuftet på forskningsbasert kunnskap. Denne kunnskapsbasen er hele tiden i endring. Som lege må du hele karrieren vite når du trenger ny faglig kunnskap, og hvordan innhente denne kunnskapen som del av en livslang læringsprosess.

Ledelse

Som lege må du ha bakgrunn for å forstå betydningen av god samhandling med pasienter og med andre helsearbeidere, og ha innsikt i ledelse og organisering av helsevesenet på lokalplanet og i et makroperspektiv.

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. Som lege må du vite at kvalitetsforbedring ikke skjer av seg selv, og ha ferdighetene til å gjøre det bevisst og planmessig gjennom hele yrkeslivet.

Det er dette vi griper fatt i med KLoK undervisningen. Hensikten er ikke at du skal være utlært i løpet av de neste tre semestrene, men at du skal oppleve å kjenne de grunnleggende prinsippene som vil gjøre deg i stand til å inkludere dette i ditt daglige virke som lege.

I 10. semester vil du gjennom undervisningen og oppgaveløsning i utplasseringsperioden få øve deg i å observere helsevesenets organisering, ledelse, praksis og gapene som finnes mellom hva som gjøres i praksis og hvordan det burde være. Du vil også bli bedt om å se helsevesenet gjennom andre øyne enn som student og lege, og følge hvordan det å være pasient i helsevesenet oppleves. I 11. og 12. semester vil fokus endre seg noe, og du vil introduseres ikke bare til å observere problemstillinger, men delta i planlegging av hvordan man skaper endring til det bedre, i form av en gruppeoppgave. Du vil også få være med på simuleringsøvelser for akuttmedisin og overlevelseskurs for når det går galt.

Det handler om å bli lege – ingen liten oppgave.

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

Lykke til.

3 Målsetninger og læringsmål

3.1 Målsetninger

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, tverrfagligsamarbeid, pasientmedvirkning og faglige retningslinjer
5. Kunne forstå og begrunne kunnskapsgrunnlaget 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 av 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

- Alle vil i sitt arbeid som lege måtte forholde seg til og forstå de emnene som KLoK-programmet gir dere innsikt i. 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.
- I dette heftet har vi beskrevet noen enkle metoder knyttet til de enkelte oppgavene og som vi tror vil være til hjelp for dere i gjennomføringen.

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” underveis der dere kan få veiledning.

- **Etterundervisning.** Når gruppeoppgaven er levert, overtar nye former og temaer for KLoK-undervisningen i 12. semester. Totalt fem dager som inkluderer et spenn fra simuleringsøvelse for samhandling i akuttssituasjoner 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 utvalgte KLoK gruppeoppgavene presenteres.

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:
 - 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 konsepter i KLoK

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.ogbedreskalidetbli.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.

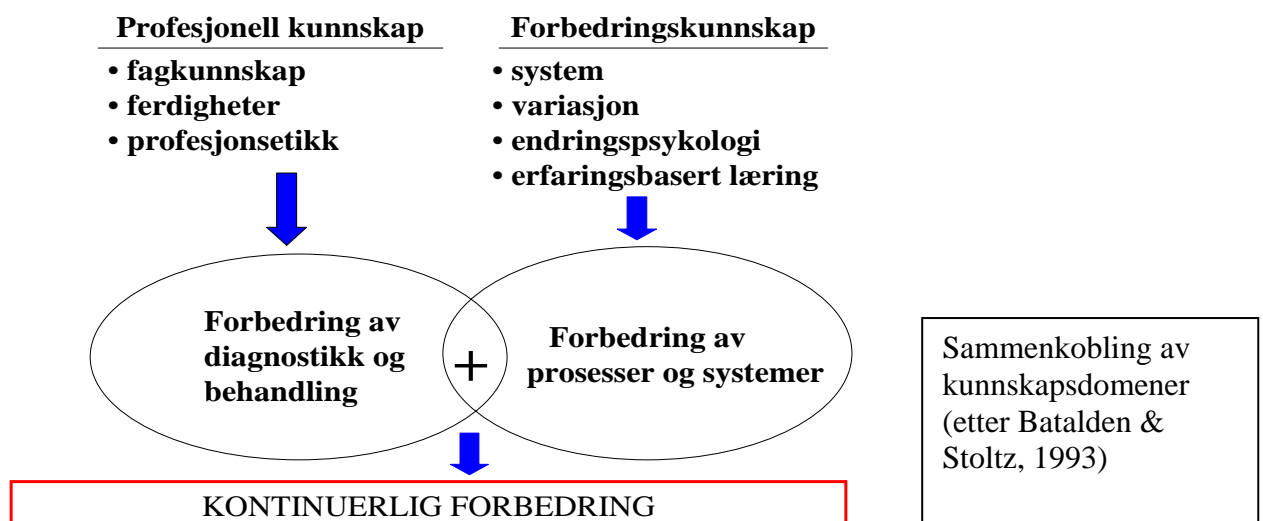
Kunnskap om pasientforløpet basert på pasientens erfaringer kommer sjelden fram i et vanlig journalopptak eller journalnotat. Kartlegging av pasientprosesser krever en annen tilnærming enn det tradisjonelle journalopptaket, som fortsatt er basisverktøyet i vår kliniske virksomhet. Men i arbeidet med 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, er forankret i vitenskapsbasert kunnskap som er oppdatert, basert på anerkjente metoder for kunnskapshåndtering. 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 (se senere) Den er hentet fra Kunnskapssenterets hjemmeside (www.kunnskapssenteret.no) på adressen:

<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.

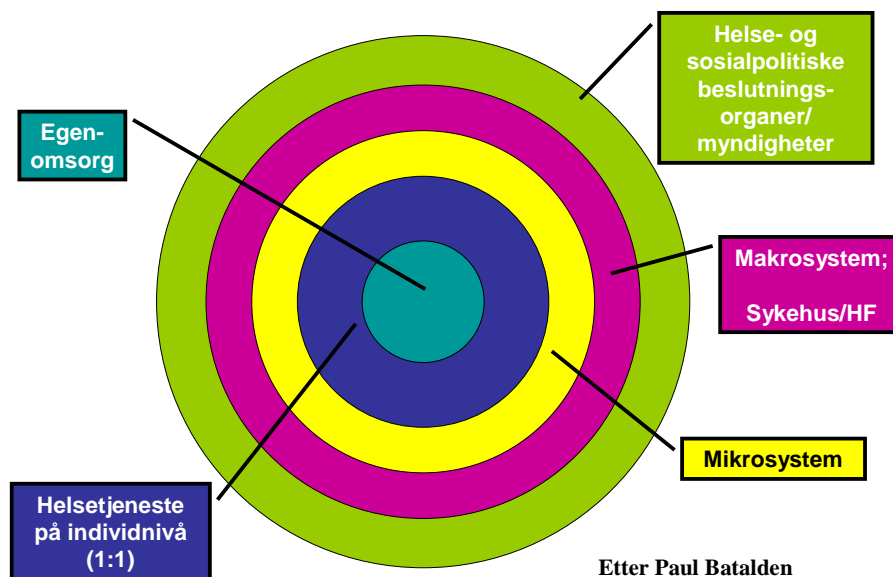
Denne erkjennelsen er grunnlaget for alt moderne forbedringsarbeid. Og det betyr at vi i stor grad må interessere oss for og forstå systemene som er rammene for vårt arbeid, for å utnytte den kunnskapsbasen forskningen har gitt oss på en bedre og mer effektiv måte. Endringspsykologi vil ikke bli spesielt 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 byggsteinene 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 fagkunnskap 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**.

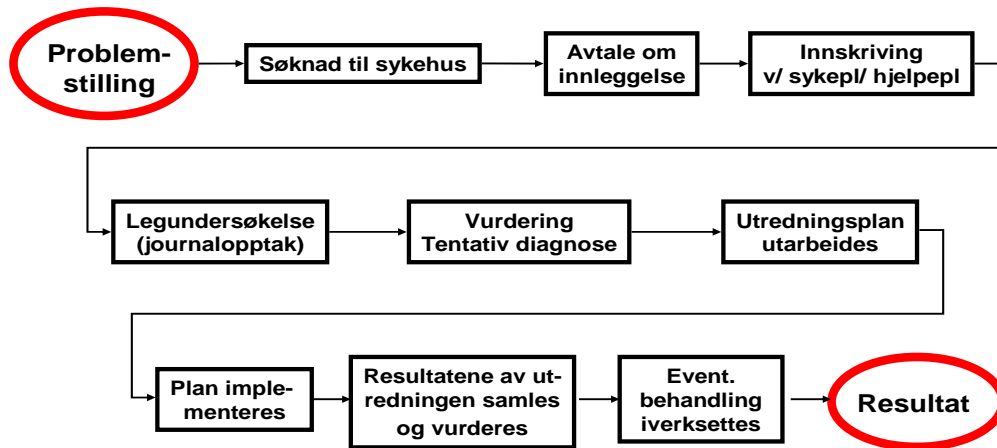
I praksisen i 10. semester skal vi benytte anledningen til å ”utforske” det mikrosystemet vi er en del av, og på den måten forstå mer av hvordan en avdeling fungerer, hvilke faktorer som bidrar til å skape gode behandlingsenheter. Dette er grunnlaget for evaluering og forbedring av systemet vi arbeider 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

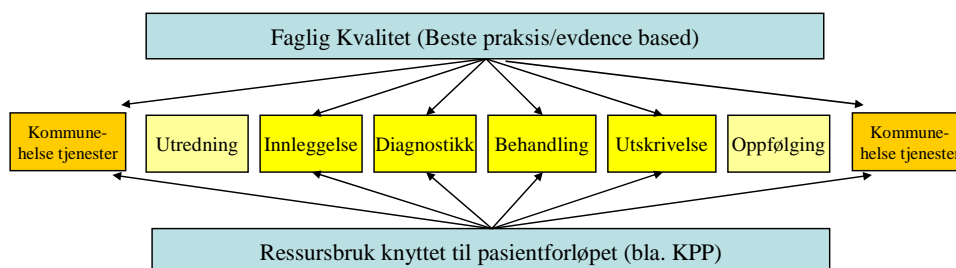


Avdelingene har i varierende grad tatt i bruk denne type kartlegging som grunnlag for å forbedre ("redesigne") pasientflyt/ pasientprosesser. Men det skjer i økende grad. Sykehuset i Hønefoss er i stor grad fysisk bygget opp rundt behandlingslinjer og ved sykehuset i Fredrikstad er behandlingslinjer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

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



Behandlingslinjer = kjernevirksomheten



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.

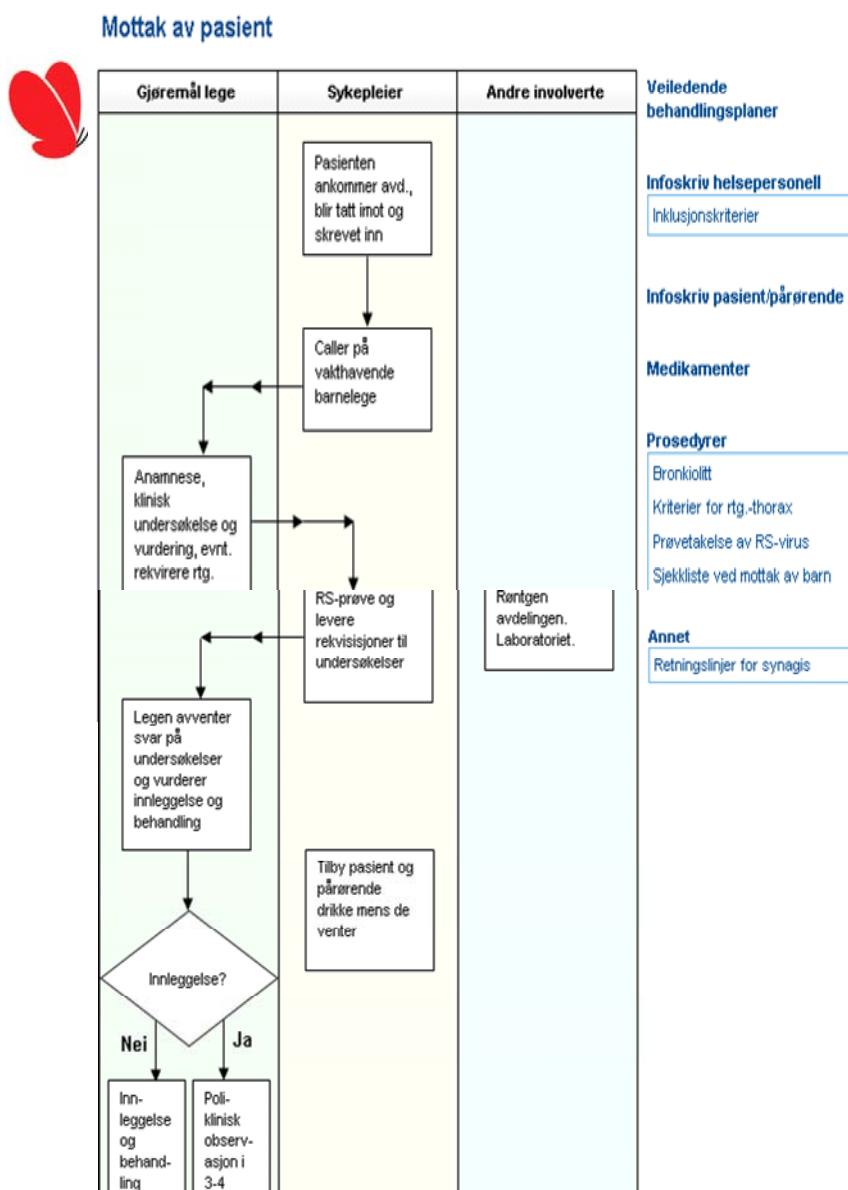
Siden er blitt lastet 495 ganger.

[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 mikrosystemer;

- 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 vi bedre forstår systemperspektivet, og det også blir en del av vår diagnostiske utrustning,, 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, eller i samarbeid med lektor, i løpet av de første dagene på sykehuset. Den ene gruppen tar for seg oppgave 2, den andre oppgave 3.

- Oppgavene diskuteres med u.ektor fortløpende og godkjennes av u.ektor 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 oppgavebesvarelser 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 flytdiagram 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.ektor 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 slik den er beskrevet i tilgjengelige dokumenter.**

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
 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, få belyst noen av de hendelser/prosesser som fant sted i forbindelse med innleggelsen, utskrivelsen og etter utskrivelsen der det er spesielt relevant for å forstå hele pasientforløpet.

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 akuttetthet 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.

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 Tidsfrister

De nøyaktige datoene (tidsfristene) for ulike ”milepæler” i Prosjektoppgaven i 11./12. semester vil bli opplyst ved undervisningsstart i KLoK i 11. semester. Angivelser av slike frister videre i teksten er kun veiledende for å vise forventet fremdriftsmal.

7.2 Oppgave

Hovedformålet med oppgaven er å utforme en prosjektbeskrivelse av et konkret og gjennomførbart prosjekt som med rimelig sannsynlighet ville føre til forbedring av klinisk eller samfunnsmedisinsk praksis. Avhengig av hvilket tema dere velger (og hvordan dere velger å løse oppgaven), kan dere legge hovedvekt enten på kunnskapshåndtering, kvalitetsutvikling eller ledelse.

7.3 Ledervalg

Smågruppen skal arbeide sammen om oppgaven gjennom hele semesteret. Gruppen skal selv velge seg en leder, og meddele dette valget til Prosjektsekretær Morten Lykke Nielsen (m.l.nielsen@studmed.uio.no). Lederen leder arbeidet med oppgaven fra start til levering. Ledervervet kan ikke gå på omgang mellom gruppemedlemmene.

Tidsfrist: (Obligatorisk). Om lag en uke etter introduksjonsseminarene i KLoK i 11. semester (om lag ultimo mars/ medio oktober).

7.4 Prosjektplan

Bruk hoveddelen av 11. semester til å identifisere og bli enig i smågruppen om et emneområde som er aktuelt eller interessant, og utarbeid 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 som 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.

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). Det er frivillig å levere en Prosjektplan, men anbefales sterkt for å kunne få tilbakemelding på om man planlegger et prosjekt som vil kunne godkjennes.

Tidsfrist: (ikke obligatorisk). To dager etter den første åpne "Poliklinikken" for veiledning i KLoK-oppgaven (om lag medio juni / medio desember). Tilbakemelding gis til gruppens leder innen to uker etter innleveringsfristen.

7.5 Prosjektoppgave

Innlevering av Prosjektoppgaven skal skje elektronisk til fakultetet ved Prosjektsekretær Morten Lykke Nielsen.

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? Vil metoden for å måle endring fungere? 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? Viser elevene basal kunnskap om ledelsesmessige og relasjonelle utfordringer og funksjoner?

Tidsfrist og sensur: (obligatorisk). Prosjektoppgaven skal innleveres en uke etter den siste "Poliklinikken" for veiledning i KLoK-oppgaven (om lag ultimo oktober / ultimo april) Sensuren faller innen tre uker etter innleveringsfristen, og på studiets siste undervisningsdag presenteres utvalgte oppgaver i plenum.

7.6 Prosjektoppgavens struktur og innhold

Omtalen av en typisk prosjektbeskrivelse nedenfor er verken i innhold eller rekkefølge en "obligatorisk" disposisjon, men ulike temaer man bør ha vurdert å ta med avhengig av prosjektets egenart. ALLE elementer 1-15 må være med, mens bokstavnene under disse er veiledende. Samlet omfang bør ikke overstige 30 A4-sider i Times New Roman (str. 12 og halvannen linjeavstand).

Tittelside

1. Hvem som har levert oppgaven

Sammendrag (1-2 A4-sider)

2. Bakgrunn/emne
3. Kunnskapsgrunnlag
4. Begrunnet tiltak og metode
5. Organisering
6. Resultater / Vurdering

Del I

7. Introduksjon av fagområdet, bakgrunn og begrunnet valg av konkret problemstilling/spørsmål
 - a. Fagområdet og beskrivelsen av problemstilling (formulering av spørsmål)
 - b. Hvorfor er det et viktig?
 - c. Hvorfor er det et problem?
8. Kunnskapsgrunnlaget.
 - a. Kunnskapsgrunnlaget bør beskrives:
 - i. På en systematisk måte (ved å bruke en eksplisitt søkestrategi i viktige informasjonskilder og ved kritisk å vurdere gyldigheten av dokumentasjonen man finner –)
 - ii. Som regel ved å søke fram systematiske oversikter/metaanalyser (pluss enkeltstudier som er publisert etter oversikten)
 - iii. Ved å vise effektene med relative og absolutte tall, og tolke dem inn i en klinisk og samfunnsmedisinsk norsk virkelighet (i forhold til forekomst av risiko eller sykdom hos oss)
 - iv. Dersom problemstillingen/spørsmålet er av en slik karakter at det er vanskelig å måle og litteraturen derfor ikke gir relevant tallgrunnlag, fordres en særlig god beskrivelse av bakgrunn for valg av temaet og metode for å evaluere intervensjonen. Metoden bør være en etablert kvalitativ metode.
9. Forbedringsarbeidet
 - a. Observasjoner og praksis
 - i. Konkretiser problemstillingen med observasjoner / data fra én (eller flere) faktiske kliniske enheter. Bruk dette til å beskriv variasjon i praksis og/eller gap mellom kunnskap og praksis - forbedringspotensiale. Er det et entydig og stort gap mellom disse, eller dersom det er klar evidens for nytten av forbedringstiltaket dere vil foreslå, er det mindre behov for å innhente tall fra klinisk praksis enn dersom dere velger en forbedring som i sin helhet er basert på et lokalt behov (vis i så fall det lokale behovet). Vurder om dere har behov for egen datasamling, registre eller uthenting av data fra journaler, gjøre en enkel survey per telefon, mail eller brev til et utvalg av avdelinger eller instanser, foreta en gjennomgang av lokale og/eller nasjonale retningslinjer, handlingsprogrammer, veiledere e.l., publiserte oversikter over praksis eller gjøre et intervju med toneangivende eksperter.
 - ii. Vurder om spesifikke verktøy kan være av nytte for slik kartlegging (flytdiagram, statistisk prosesskontroll, Paretdiagram, etc)
 - b. Indikatorvalg
 - i. Begrunnet valg av indikator for forbedring. Vurder eksempelvis om indikatoren er relevant/representativ, valid/gyldig, målbar og pålitelig/reliabel, mulig å påvirke/sensitiv for forandring, mulig å tolke (obs feiltolking), er hensiktsmessig med tanke på dreining i

- prioriteringer, og egnet for å ha klare kriterier og standarder.
- c. Begrunnet tiltak
 - i. Vurder pro et contra, gjennomførbarhet, forventet motstand og barrierer, tidsperspektiv, kostnad-nytte.
 - ii. Beskrivelse av prosessen dere gikk gjennom for å finne det beste tiltaket.
10. Prosess og organisering for bedre praksis
- a. Organisering av selve forbedringsprosjektet - deltagere, setting i klinisk praksis, trinnvis eller syklisk (PDSA) tilnærming, milepæler, tidsperspektiv.
 - b. Ledelsesaspekter - forhold til ledelse, intern ledelse, organisering.
 - c. Hvordan skal eventuelle forbedringer som kommer i kjølvannet av prosjektet kunne inkluderes i daglig drift, sikres for fremtiden, og fortsatt forbedres fremover?
11. Evaluering
- a. Beskriv hvordan et slikt forbedringsarbeid bør evalueres for å gi pålitelig kunnskap om hvorvidt (1) det ga de ønskede resultater lokalt og (2) denne måten å forbedre praksis på er bedre enn andre måter.
12. Diskusjon
- a. Ved sammenligning av hvor viktig problemet var - er det fremdeles sikkert at prosjektet bør gjennomføres - gitt problemstillingene om organisering og ressursbruk som dere har skissert?
 - b. Hvilke forventninger har dere? Bør prosjektet gjennomføres? Bør dette forslaget om forbedring av praksis publiseres?
13. Referanser
- a. I tråd med mal fra Tidsskriftet
www.tidsskriftet.no/pls/lts/pdoc.printnotat?vp_id=34#manus

Del II

14. Beskrivelse av smågruppens egen prosess (intern, skal ikke brukes av andre)
- a. 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 er viktig at denne delen av oppgaven refererer til relevant litteratur om ledelse på en troverdig måte.
15. Konklusjon

Mulige temaer til prosjekter

Ideer til mulige prosjekter er presentert i undervisningen. Dere kan selv søke etter egnede temaer ved å gjennomgå de siste nummerne av BMJ (www.bmj.com), Evidence based medicine (ebm.bmj.com), Tidsskriftet eller Dagen Medisin. Et utvalg temaer kan også være:

- Marevan og atrieflimmer
- Appendektomi og antibiotika
- Nedsatt glukosetoleranse og forebygging av diabetes
- Egentesting og egenovervåking av antikoagulasjon
- Behandling av generalisert angst
- Varsling av partnere ved seksuelt overførbare sykdommer
- Måter å forebygge medisinske feil på (må velge subtema)
- Valg av abortteknikker ved gynekologiske poliklinikker
- Skrøpelige eldre og kosttilskudd
- Farlighetsvurdering av psykiatriske pasienter

- Slagpasienter i slagenheter
- Oppfølging av slagpasienter i forbindelse med utskrivning
- Forebygging av trykksår
- Behandling av premenstruelle plager
- Innføring mammografiscreening for kvinner i 40-årene
- Overvektsproblemet blant barn i vår kommune
- Dødspleien på sykehjem
- Internundervisning av assistentleger på sykehus

8 Vedlegg

8.1 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

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

KAN VI STOLE PÅ RETNINGSLINJENE?

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

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

HVA FORTELLER RETNINGSLINJENE?

<p>7. Hva er anbefalingene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det samsvar mellom anbefalingene og den dokumentasjonen som er hentet inn og vurdert? • Hvor sterke er anbefalingene (jmfør spm 5)? • Er det brukt en eksplisitt prosess for å veie gunstig helsegevinst mot bivirkninger/ risiko/ kostnader? 			
<p>8. Er retningslinjen eksplisitt med hensyn til eventuell usikkerhet i dokumentasjonen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vurder om retningslinjen diskuterer ev. mangel på dokumentasjon på enkelte områder • Er forskjellige tolkninger av funn diskutert, og har arbeidsgruppen kommet frem til enighet ved konsensus? 	<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>9. Er det i prosessen for utarbeiding av anbefalinger benyttet en metode som sikrer at alle involverte parter blir hørt?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det benyttet fokusgrupper eller lignende metoder som sikrer at det blir tatt hensyn til brukergruppens verdier og preferanser? • Har man i prosessen benyttet metoder som ivaretar en god balanse mellom involverte parter? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>10. Er retningslinjen prøvd ut i praksisfeltet</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>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>11. Er denne retningslinjen relevant og gjennomførbar i praksis?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er anbefalingene lette å forstå? • Stemmer formålet med anbefalingene overens med hva du prøver å oppnå i din kliniske praksis? • Er anbefalingene akseptable for dine pasienter/ populasjon? • Hvilke hindringer foreligger som vil gjøre det vanskelig å implementere retningslinjene, og kan de overvinnes? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

8.2 Flytskjema

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

7.3 Flytskjema

Hensikt:

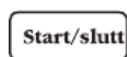
Gi en visuell og lettfattelig oversikt over prosesser eller deler av prosesser. Det kan brukes på alt fra pasientens «vei» i et sykehus, til hvordan vi går frem for å bestille en vare.

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:



Start/slutt

Viser hva prosessen gjelder (start), og hvor den slutter.



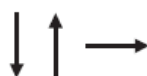
Aktivitet

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.



Beslutning

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.



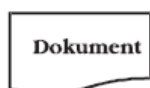
Piler

Angir prosessretning



Forhåndsdefinert prosess

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.



Dokument

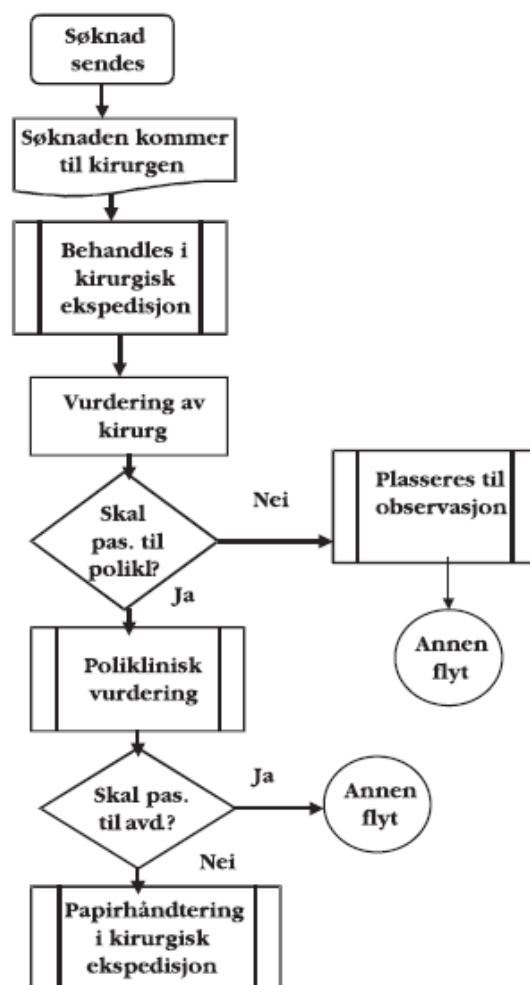
Et "rektangel" med buet linje på nedre side viser et dokument som er knyttet til prosessen. Dokumentets tittel skrives inn i "rektangelet".

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:



8.3 Pasientforløp

Tittel: SAMMENHENGENDE PASIENTFORLØP	Dato: 25.02.2004
Utarbeidet av: Nasjonal gruppe for samhandling	Godkjent: 30.09.2004

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 timulerende 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, forvaltningsskille, 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.

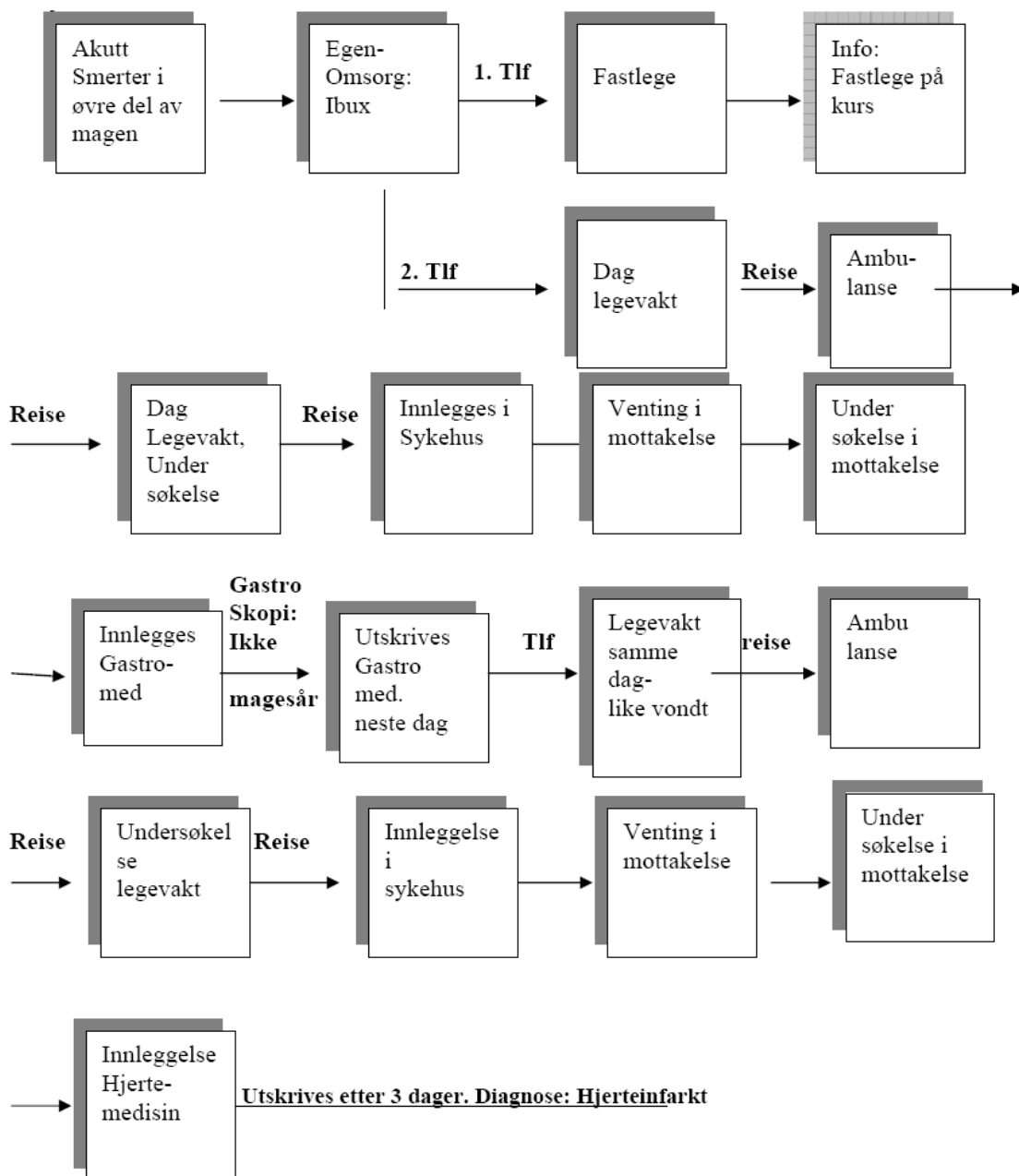
Definisjon av pasientforløp

"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).

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 organiske lidelser, 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 kasuistikken. 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.

9 Litteratur og lenker

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

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

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

Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner- til deg som leder. Statens helsetilsyn

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

Mye stoff om kvalitetsforbedring (metoder og fagområder)

Institute for Healthcare Improvement (IHI), Boston

<http://www.ihl.org> (klikk på 'SiteMmap' for å full oversikt)

Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. *Medisinsk kunnskapshåndtering.* Oslo: Gyldendal, 2000, ny utg. juni 2007.

Sackett D m fl. *Evidence based medicine. How to practice and teach EBM.* London: Churchill Livingstone, 2000.