

Lokale grupper som verktøy for kvalitetssikring i kommunehelsetjenesten

I artikkelen beskrives et forsøk med lokale kollega- og tverrfaglige grupper som metode for kvalitetsforbedring.

I alt 56 leger, fysioterapeuter og sykepleiere deltok i ni lokale grupper. Disse hadde som formål å bedre kvaliteten i den enkeltes praksis og å bedre kvaliteten på samhandlingen mellom faggruppene.

Det ble arrangert i alt 62 møter, og gjennomsnittlig deltok hver deltaker på 5,7 møter. Alle gruppene satte i gang eller forsøkte å sette i gang prosjekter med kvalitetsforbedrende siktemål. Selv om gruppene initialt hadde høy aktivitet og stort initiativ, så kom det lite konkret ut av tiltaket. Flere av de tverrfaglige gruppene rapporterte dog om bedret samhandling deltakerne imellom.

Erfaringene fra prosjektet kan oppsummeres slik:

- Deltakerne bør ha mest mulig ensartet bakgrunn, og det rådes til forsiktighet med tverrfaglige grupper der deltakerne ikke arbeider i samme praksis.
- Tverrfaglige grupper bør bruke god tid på «å bli kjent».
- Jo mer uensartet gruppen er, desto større krav må stilles til gruppeleders erfaring med å lede slike grupper.

Formålet med prosjektet var å prøve ut hvordan kontinuerlig kvalitetsforbedring kunne innarbeides i de daglige rutiner i helsetjenesten i en kommune. Hensikten var å utarbeide en helhetlig modell for kvalitetsledelse og kvalitetsforbedring i primærhelsetjenesten og å forsøke denne i praksis. Hovedprinsippene i modellen var kollegabasert læring og tverrfaglige grupper.

Total Quality Management var et paradigmeskifte da det ble introdusert i industrien i 1960-årene. Til helsetjenesten kom begrepet i slutten av 1980-årene. Begrepet er blitt oversatt til «kvalitetsledelse» (1). Kvalitetsledelse er en filosofi og en ledelsesform som skal inspirere alle som arbeider i avgrensede deler av helsevesenet til å etterleve enkelte prinsipper for vedlikehold, utvikling og fornying av kvalitet på helsetjenester innenfor sin praksis, avdeling eller sykehus. Brukerperspektivet vektlegges, ved at kvalitetsledelse skal sørge for at tjenestene gjen-speiler brukernes behov (1–3).

Johnny Mjell
jomjell@online.no
Stokke legesenter
Postboks 153
3161 Stokke

Per Hjortdahl
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0317 Oslo

Mjell J, Hjortdahl P.

Audit groups as a tool for quality enhancement in primary health care.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1707–9.

Background. The aim of this study was to assess the use of local interprofessional or audit groups as a tool of quality enhancement.

Material and methods. Fifty-six doctors, physiotherapists and nurses attended nine local interprofessional groups. The aim was to improve the quality of each professional's practice and to improve communication between the professions.

Results. The groups had a total of 62 meetings with each professional attending on average 5.7 meetings. All groups initiated quality enhancement projects. Initially the groups were very active and showed great initiative, but there were few final results. However, many groups reported improved communication and cooperation between the participating professionals.

Interpretation. The experience from this project may be summarised as follows: The professionals within one and the same group should have more or less the same background and speciality. We recommend caution with organising interprofessional groups unless their participants work in the same practice. Interprofessional groups should spend adequate time for the members to get to know each other, and they should be guided by an experienced leader.

☞ Se også side 1667

Deming fikk sine teorier om kvalitetsledelse viden kjent etter at Japan brukte ham som rådgiver i oppbyggingen av landet etter krigen. Demings «14 punkter» kan oppsummeres med fire: kunde, organisasjonskultur, kontroll og kontinuerlig kvalitetsforbedring (2, 3). Kolleger og samarbeidspartnere ble av Deming også oppfattet som kunder, han kalte dem «interne kunder». I Demings verden er variasjon kvalitetsens viktigste fiende, derfor er kontroll av variasjon et av de viktigste elementene i teoriene bak kvalitetsledelse (3).

Kvalitetssikring oppfattes ofte som en form for kontroll, der formålet er å påvise

feil og mangler. Berwick mener at vi i stedet må se kvalitetssikring og kvalitetsforbedring som en kontinuerlig forbedringsprosess (4). I denne form for tankegang må enhver feil eller mangel sees som en ressurs for forbedring (4). I et kontinuerlig kvalitetsforbedrende system spør man ikke «Ble jeg godkjent ved kontrollen?», men heller «Hvordan kan jeg gjøre dette bedre?» (5).

Allmennpraktiserende leger og fysioterapeuter kan se på sitt arbeid som ledd i en «produksjonsprosess» (4). Organiseringen av timebok og timebestilling kan sees som en prosess, det samme gjelder prøvetaking og -forsendelse. Organiseringen av et legekontor, organiseringen av hjemmebasert omsorg og organiseringen av helsetjenesten i kommunen er delelementer i en helhetlig prosess som kan kalles pasientflyt (6).

Det er vist at positive forandringer lettere skjer dersom det lokale fagmiljøet involveres (7). Endringer i klinisk praksis er vist best stimulert ved kontinuerlig gruppebasert læring, ved informasjon og tilbakemelding, ved personlig kontakt og ved økonomiske incentiver (7, 8). Aller mest effektivt er individuell instruksjon kombinert med et av de andre tiltakene eller kombinasjonen av audit og feedback (8). Samtidig er det et klart definert behov for å utvikle metoder for å integrere kvalitetssikring og kvalitetsforbedring på lokalplanet og på praksisnivå (9).

Teoriene bak kvalitetsledelse bygger på anerkjente prinsipper fra blant annet industrien samt fra fagområdene sosialpsykologi, statistikk og systemteori (5). Kontinuerlig, helhetlig kvalitetsforbedring bygger derfor på fire hovedteser:

- Organisasjonsmessig suksess avhenger av å møte brukernes behov.
- Kvalitet (evnen til å møte brukernes behov) er en effekt av produksjonsprosessen.
- De fleste arbeidende mennesker er egentlig motivert til å forsøke hardt og å gjøre det godt.
- Enkle statistiske metoder koblet med detaljert samling og analyse av prosessdata kan gi verdifullt innsyn i årsaksforholdene i en prosess, og på denne bakgrunn kan prosessen forbedres.

Hva vil så kreves av «nye kliniske ferdigheter» for at kvalitetsledelse skal bli en realitet i kommunehelsetjenesten? Berwick og kolleger skisserer stikkordsmessig følgende (10):

- Evne til å arbeide effektivt i det gjensidige avhengighetsforhold som er i tverretattlig og tverrfaglig samarbeid.

- Evne og vilje til teamarbeid.
- Evne og vilje til å se sitt arbeid som ledd i en prosess.
- Ferdigheter i å samle, analysere og offentliggjøre data om pasienttilfredshet og behandlingsresultater.
- Ferdigheter i å utvikle prosedyrer og handlingsplaner.
- Ferdigheter i å samle, analysere og offentliggjøre data om arbeidsprosessen.
- Ferdigheter i gjensidig informasjonsutveksling med pasientene.
- Ferdigheter i samarbeid med administratører uten medisinsk-faglig bakgrunn.
- Utdanning av leger i ledelse, og bruk av konsulenter.

Kvaliteten på samhandlingen og arbeidsfordelingen mellom de ulike aktørene og nivåene i helsetjenesten blir ofte avgjørende for kvaliteten på hele omsorgen (11). Det er i pasientbehandlingen kunstig å isolere kvalitetsvurderingen til én enhet, i stedet bør man følge pasienten fra enhet til enhet, og vurdere og evaluere pasientflyt – sett fra pasientens ståsted (12). Jan Mainz mener at kvaliteten av pasientflyt i helsetjenesten avhenger av de fire k-er: den helsefaglige kjerneytelse, kontinuitet, koordinasjon og kommunikasjon (13).

Odd Kvamme viste i sin avhandling at det var flest kvalitetsproblemer og lavt kvalitetsnivå i overgangene mellom allmennleger og sykehus (14), og det er all grunn til å anta samme forhold mellom ulike tjenester i primærhelsetjenesten og mellom allmennleger og privatpraktiserende spesialister. Viktige innsatsområder er derfor utarbeiding av faglig enighet på ulike nivåer, etablering av tverrfaglig samarbeid, klar ansvarsfordeling, god, fortløpende toveiskommunikasjon og delaktighet fra pasientens side (11). Disse områdene vil kunne dekkes innen rammen av kollegagrupper og tverrfaglige grupper.

I Storbritannia ble det for noen år siden startet flere prosjekter innen kvalitetsledelse og kontinuerlig kvalitetsforbedring. I disse prosjektene er den enkelte allmennpraksis «enheten» (15). Fra 1991 ble alle allmennpraksiser i England pålagt å ha «audit», som ble organisert som tverrfaglige grupper innen praksisen (16). Dette kan gjøres fordi mange allmennpraksiser er store, med 5–10 allmennpraktikere og 30–40 øvrige ansatte. Det er vist at bruk av prinsippene fra kvalitetsledelse kan brukes til å forbedre service og samarbeid i engelske allmennpraksiser, men at det gjenstår arbeid for å implementere metoden til den daglige primærlegepraksis (17).

I Norge er kommunen den naturlige enhet for kvalitetsledelse i primærhelsetjenesten. Hensikten med dette prosjektet var derfor at kollegagruppene skulle fungere som kvalitetsforbedrende ledd for den enkelte praksis, mens de tverrfaglige gruppene skulle bidra til å bedre kvaliteten av primærhelsetjenesten som helhet i kommunen.

Metode

Sandefjord kommune i Vestfold ble valgt som prosjektkommune.

Metodologisk var hovedprinsippet gruppebasert og kollegabasert læring. Det ble etablert to typer grupper, kollegagrupper og tverrfaglige grupper.

Kollegagrupper. Disse ble etablert for:

- Leger: allmennpraktiserende leger, kommuneleger og privatpraktiserende spesialister

- Fysioterapeuter

Tverrfaglige grupper. Fem av de ni gruppene var tverrfaglige, og besto av leger og fysioterapeuter. Tanken var opprinnelig å invitere samarbeidspartnere på ulike nivåer til å delta, men påmeldingen fra legene og fysioterapeutene var så stor at bare en av gruppene ble utvidet til å inkludere tre hjemmesykepleiere.

Gruppedeltakerne fikk detaljert informasjon om kvalitet, kvalitetsforbedringsprosesser, definisjoner og formålet med gruppene. Informasjonen var skriftlig, og omfattet også grundig beskrivelse av formålet med prosjektet og hva gruppene skulle gjøre.

I løpet av våren 1995 ble kollegagruppene og de tverrfaglige gruppene satt sammen. Arbeidet viste seg å være omfattende, da påmeldingen til deltakelse i gruppene var over forventning. I alt 25 leger (68 %) og 28 fysioterapeuter (77 %) sa ja til å delta. Disse ble fordelt på ni grupper, og avhengig av ønske deltok de i kollegagruppe eller i tverrfaglig gruppe. I den ene tverrfaglige gruppen deltok også tre hjemmesykepleiere. Totalt var det 56 deltakere. Møtene i gruppene startet høsten/vinteren 1995/96.

Gruppene ble satt sammen av de tillitsvalgte for legene og fysioterapeutene (som begge også var medlemmer av styringsgruppen) på bakgrunn av ønskene. Å sette sammen gruppene var vanskelig. De fleste fysioterapeutene ønsket å delta i tverrfaglige grupper, mens legene helst ville i kollegagrupper. Det skapte ytterligere vansker at legene ikke var en homogen gruppe – fordi privatpraktiserende spesialister også deltok. I alle de tverrfaglige gruppene ble det derfor et stort flertall av fysioterapeuter. Gruppene bestod av 5–8 personer, de tverrfaglige gruppene var størst.

Møtene ble avholdt på kveldstid, og deltakelse var frivillig og uten betaling. Allmennpraktikerne fikk tellende kurstimer for spesialiteten i allmennmedisin, men deltakerprosenten blant spesialistene var like høy, og blant fysioterapeutene høyere, selv om disse gruppene ikke fikk noen faglig merittering for å delta.

Det viste seg å være vanskeligere enn forventet for deltakerne i gruppene å finne møtetidspunkter som passet for alle. De fleste av gruppene måtte stadig endre møtedato.

Prosjektleder deltok på og koordinerte innkallingen til de første 3–4 møtene i alle gruppene. I alle gruppene ble det valgt en

gruppeleder som skulle ha en koordinerende rolle for de etterfølgende møtene.

Resultater

I startfasen var det stort og positivt engasjement fra alle deltakerne. De første møtene ble brukt til en åpen diskusjon rundt ordene og begrepene brukt innen kvalitetssikring og internkontroll.

Deretter valgte gruppene å konsentrere sitt arbeid rundt forhold knyttet til deltakerne i gruppene. De fleste av «fordommene» mellom de ulike gruppene av fysioterapeuter, allmennpraktikere, spesialister, fastlønede, med avtale, uten avtale etc. kom frem tidlig i møteserien. Det var spesielt interessant å se at det blant fysioterapeutene er de samme diskusjoner mellom de fastlønede og dem med driftstilskuddsavtale som blant legene. Dette er også kjent fra andre land (18, 19).

Gruppene skulle selv velge tema for hva de ønsket å arbeide videre med som et første kvalitetsforbedringstiltak. Gruppene valgte følgende temaer:

- Venteværelset.
- Kommunikasjon/samarbeid mellom privat og offentlig fysioterapeut.
- Kvalitetshåndbok for medisinsk virksomhet.
- Samhandling mellom allmennpraktiker og spesialist.
- Kunnskap/samarbeid/system for slagpasienter.
- Kunnskap om hverandres arbeidsmetoder og faglige kunnskaper (mellom leger og fysioterapeuter).
- Prioritering av pasienter hos fysioterapeut.
- Henvisning/epikrise mellom lege og fysioterapeut.

Totalt avholdt de ni gruppene 62 møter. Gjennomsnittlig deltok hver deltaker på 5,7 møter. Samlet utgjorde møtene 957 kurstimer, gjennomsnittlig hadde hver av deltakerne 17 kurstimer.

Alle gruppene hadde i starten stort engasjement, men engasjementet avtok raskt etter at gruppene selv skulle drive videre uten at prosjektleder deltok. Etter hvert avsluttet alle gruppene sitt arbeid, de fleste avsluttet i løpet av vinteren 1996/97. Alle gruppene kom i gang med det tema de hadde valgt, men for de fleste gruppene førte dette ikke til noe konkret resultat. Deltakerne i gruppen som skulle utarbeide kvalitetshåndbok, kom godt i gang med å lage slik håndbok for egen virksomhet, og to grupper fortsatte samarbeidet i en mer uformell sammenheng.

Diskusjon

Prosjektet bygde på en metode som i vårt tilfelle ikke førte til det ønskede resultat, nemlig bedret kvalitet på helsetjenesten i Sandefjord. Kan vi lære noe av dette? Hvorfor ble det slutt på arbeidet i gruppene, til tross for det opprinnelige store engasjementet?

På bakgrunn av samtaler i to av gruppene og samtaler med flere enkeltpersoner i de andre gruppene kan følgende årsaker identifiseres:

Grupesammensetningen. Det at fysioterapeutene stort sett ønsket å delta i tverrfaglig gruppe og legene i kollegagruppe gjorde at de tverrfaglige gruppene ble skjevt sammensatt, med bare en til to leger og mange fysioterapeuter. Dermed ble diskusjonene i disse gruppene naturlig nok preget av fysioterapeutenes tilnærming, spesielt hvis en av de to legene i gruppen var borte.

Deltakelse av privatpraktiserende spesialister. I ettertid ser det ut til å ha vært uklokt å invitere med de privatpraktiserende spesialistene. Dette er en så uensartet gruppe i forhold til samarbeid og samhandling med allmennleger og fysioterapeuter at deltakelse fra legesiden burde vært begrenset til allmennleger. Noe tilsvarende er også funnet i England og Wales, der tverrfaglige audit-grupper med deltakere fra første og annenlinje ikke førte til endringer i klinisk praksis (20).

Gruppeledelse. Gruppene valgte selv gruppeleder. De hadde stor grad av autonomi, dette med bakgrunn i den filosofi som lå bak prosjektet. Gruppelederne hadde i liten grad erfaring i dette, og kun et fåtall av deltakerne hadde selv erfaring fra arbeid i gruppe. Ved evaluering kom dette frem som en klar ulempe. Bare noen av allmennlegene hadde deltatt i kollegiale grupper tidligere, de andre var ikke fortrolige med denne arbeidsformen, med de forventninger og krav som den stiller til den enkelte deltakers aktivitet.

I en oversiktsartikkel skriver Grol i sin konklusjon at lite er kjent om hvilke elementer som virker, og eventuelt hvorfor, i prosesser for å endre og bedre klinisk praksis (21). Det er grunn til å tro at vi heller ikke i tilstrekkelig grad hadde forutsett de hindringene som lå i gruppenes sammensetning. Det er vist at det lar seg gjøre å finne en vei til videre- og etterutdanning som kombinerer den profesjonelle utvikling med tverrfaglig samarbeid (22), men i disse vellykkede tverrfaglige gruppene arbeidet alle deltakerne i samme praksis. Vår erfaring er at en slik utvikling er betydelig vanskeligere når deltakerne ikke deler praksis.

I flere av gruppene i Sandefjord gikk mye av deltakernes frustrasjoner på kommunens og andre offentlige myndigheters mangel på tilrettelegging for å bedre samhandling og kvalitet. Det er beskrevet en lang rekke barrierer fra helsemyndighetenes side som hindrer bedring av kvaliteten i allmennpraksis (23). Total kvalitetsledelse som teori er vanskelig å omsette i praksis slik den norske helsetjenesten nå er organisert (24). Det er også hevdet at den norske helsetjenesten må omorganiseres om kvaliteten skal sikres og bedres (24). Det er i USA fremkommet mange av de samme tanker, der konklusjonen er at allmennlegene må ha en hovedrolle i hel-

setjenesten for å forbedre helsetjenestens kvalitet (25).

En av Berwicks hovedteser er at profesjonelle har et eget innebygd ønske om å gjøre en best mulig jobb (10). Litteraturen om kvalitetssikring har vist at å bygge på dette ønsket alene ikke er nok (26). Dette kan være en av grunnene til at gruppene ikke fungerte særlig lenge etter at prosjektleder overlot organiseringen av møtene til gruppen selv.

En norsk studie viser at den kollegiale kommunikasjonen er ulik hos allmennleger og sykehusleger (27). Privatpraktiserende spesialister kan beholde den kollegiale kommunikasjon de utviklet under spesialistutdanningen i sykehus. Kommunikasjonen mellom kolleger er også påvirket av endringer i organisering av tjenesten, og kommunikasjonsatmosfæren mellom kolleger kan påvirke kvaliteten av den tjenesten som ytes. Ulik kollegial kommunikasjon kan også være en av årsakene til vanskelighetene i gruppene.

Teorier om hvordan voksne lærer, og kunnskap om hvordan leger vedlikeholder og utvikler kompetanse legger økende vekt på selvvalgt læring, nærhet til praksis og problembasert læring (28, 29). Det kritiske element i alle kvalitetsforbedringsmetoder i allmennpraksis er at man etablerer et sett med empiriske data som danner en basis for sammenlikning, refleksjon, dialog og diskusjon mellom kolleger (30). Ved å videreutvikle praksisbaserte og gruppebaserte metoder kan legers videre- og etterutdanning og kvalitetsforbedring kombineres slik at det både gir bedre kvalitet og bedre medisinsk kompetanse.

Prosjektet ble økonomisk støttet av Den norsk lægeforenings fond for kvalitetssikring av legetjenester utenfor sykehus (Kvalitetssikringsfond I).

Litteratur

1. Kvamme OJ, Mjell J, Hjortdahl P. Hvilke medisinske kvalitetsbegreper bør vi bruke i Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3823–6.
2. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, 1986.
3. Townes P Jr., Benson DS. Implementing TQM in primary care. Paradigms and piranhas. Indianapolis, IN: Methodist Hospital of Indiana, 1995.
4. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. N Engl J Med 1989; 320: 53–6.
5. Berwick DM, Enthoven A, Bunker JP. Quality management in the NHS: the doctor's role – I. BMJ 1992; 304: 235–9.
6. Mainz J. Problemidentifikasjon og kvalitetsvurdering i sundhetsvæsenet. Teori, metode, resultater. København: Munksgaard, 1995.
7. Stocking B. Promoting change in clinical care. Int J Qual Health Care 1992; 1: 56–60.
8. Wensing M, Grol R. Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. Int J Qual Health Care 1994; 6: 115–32.
9. Grol R. Quality of care in general practice: into the next century. Huisarts en wetenschap 1993; 36: 46–51.
10. Berwick DM, Enthoven A, Bunker JP. Qual-

ity management in the NHS: the doctor's role – II. BMJ 1992; 304: 304–8.

11. Claudi T, Midthjell K, Øgar P, Hestvold P-I, Furuseth K, Hanssen KF. Kvalitetssikring av samhandling/arbeidsfordeling mellom primærhelsetjenesten og annenlinjetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3555–9.

12. Pollitt C. Business approaches to quality improvement: why they are hard for the NHS to swallow. Int J Qual Health Care 1996; 5: 104–10.

13. Mainz J, red. Det hensiktsmessige pasientforløb. Ugeskr Læger 1998; 160: 6627.

14. Kvamme O. Samarbeid mellom legar. Ein studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar, ved akuttinnleggningar i somatiske sjukehus. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2000.

15. Brooks J, Borgardts I. Total quality in general practice. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.

16. Baker R, Presley P. The practice audit plan. A handbook of medical audit for primary care teams. Bristol: Royal College of General Practitioners, 1990.

17. Lawrence M, Packwood T. Adapting total quality management for general practice: evaluation of a programme. Int J Qual Health Care 1996; 5: 151–8.

18. Safran DG, Tarlov AR, Rogers WH. Primary care performance in fee-for-service and prepaid health care systems. JAMA 1994; 271: 1579–86.

19. Kelly JT. Evaluating quality performance in alternate health care delivery systems. A critical challenge. JAMA 1994; 271: 1620–1.

20. Eccles MP, Deverill M, McColl E, Richardson H. A national survey of audit activity across the primary-secondary care interface. Int J Qual Health Care 1996; 5: 193–200.

21. Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. BMJ 1997; 315: 418–21.

22. Headrick LA, Wilcock PM, Batalden PB. Interprofessional working in continuing medical education. BMJ 1998; 316: 771–4.

23. Marshall MN. Improving quality in general practice: qualitative case study of barriers faced by health authorities. BMJ 1999; 319: 164–7.

24. Mjell J, Kvamme O. Bør den norske helsetjenesten omorganiseres for å sikre kvalitet? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3842–5.

25. Williamson JW. Issues and changes in quality assurance of health care. Int J Qual Health Care 1994; 6: 5–15.

26. Casalino LP. The unintended consequences of measuring quality on the quality of medical care. N Engl J Med 1999; 341: 1147–50.

27. Akre V, Falkum E, Hoftvedt BO, Aasland OG. The communication atmosphere between physician colleagues: competitive perfectionism or supportive dialogue? A Norwegian study. Soc Sci Med 1997; 44: 519–26.

28. Holm HA. Quality issues in continuing medical education. BMJ 1998; 316: 621–4.

29. Richards T, red. Continuing medical education. BMJ 1998; 316: 246.

30. Rethans JJ, Westin S, Hays R. Methods for quality assessment in general practice. Fam Pract 1996; 13: 468–76.

○