

Om helsetjenesten

Gjensidig evaluering som kvalitetssikringsmetode for sykehusenheter

Sammendrag

Bakgrunn. Gjensidige besøk har vært mye benyttet som kvalitetssikringsmetode i allmennpraksis, men lite i sykehus. Vi har undersøkt om gjensidige besøk og skriftlig rapport etterfulgt av lokal og felles bearbeiding (gjensidig evaluering) er en egnet kvalitetssikringsmetode for sykehusenheter.

Materiale og metode. Fire medisinske gastroenterologiske regionsykehusenheter deltok i undersøkelsen, som omfattet både sengeposten og laboratoriet. Alle fikk og foretok ett besøk. To sykepleiere og en lege utførte besøkene, som varte i to dager. Ved vurderingen stod pasienten i sentrum. Besøket resulterte i en skriftlig rapport, som først ble bearbeidet lokalt, senere i fellesskap på seminar. Deretter fulgte en ny lokal bearbeiding. Evalueringen var basert på meddelelser, forbedringsforslag og tiltak samt undersøkelser av pasienterfaringer før og etter den gjensidige evalueringen. Det ble utviklet en metode for å undersøke pasienterfaringer i forbindelse med poliklinisk endoskopi.

Resultater og fortolkning. Den gjensidige evalueringen skapte entusiasme og førte til økt innsikt, mange forbedringsforslag og enkelte konkrete tiltak. Det var ikke endringer i pasienterfaringene ved sengepostene, men det ble påvist økt tilfredshet med laboratorienes informasjon om undersøkelsen og om eventuelle plager og mulige tiltak etter utskrivning. Undersøkelsen tyder på at gjensidig evaluering er en egnet kvalitetssikringsmetode for sykehusenheter.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 1150

Hermod Petersen

hermod.petersen@medisin.ntnu.no

Kirsti Pleym Schumacher

Helge L. Waldum

Gastroenterologisk seksjon
Medisinsk avdeling
St. Olavs Hospital
Trondheim

Arnold Berstad

Gastroenterologisk seksjon
Medisinsk avdeling
Haukeland Universitetssykehus

Jon Florholmen

Gastroenterologisk seksjon
Medisinsk avdeling
Universitetssykehuset Nord-Norge

Bodil Selbekk

Gastromedisinsk avdeling
Ullevål universitetssykehus

Marijke Veenstra

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Gjensidig evaluering med gjensidige praksisbesøk har i mange land vært benyttet med godt resultat i allmennpraksis (1–6). I Norge har man også gjort positive erfaringer med metoden i kvalitetssikring av utdanningsavdelinger for spesialister (7). Gjensidig evaluering har imidlertid vært lite benyttet i kvalitetssikring av sykehusavdelinger (8, 9). På bakgrunn av dette ønsket det tidligere Sosial- og helsedepartementet og regionsykehusdirektørene et forsøk med gjensidige besøk som kvalitetssikringsmetode i sykehusenheter. Et slikt forsøk ble i 1998–99 gjennomført ved de gastromedisinske enhetene ved fire regionsykehus. Prosjektets målsetting var å undersøke om gjensidige besøk, skriftlig rapport og en bearbeidingsprosess (gjensidig evaluering) er en egnet metode til å kvalitetssikre pasientbehandlingen i en sykehusavdeling. I denne artikkelen beskriver vi våre erfaringer med og resultater av prosjektet.

Materiale og metode

Deltakere i prosjektet var de gastromedisinske enhetene ved Ullevål universitetssykehus, Haukeland Universitetssykehus, Universitetssykehuset Nord-Norge og St. Olavs Hospital i Trondheim. Alle enhetene omfattet én sengeenhet og én diagnostisk laboratorieenhet, som blant annet utfører endoskopiske undersøkelser. Prosjektet ble ledet av en styringsgruppe som bestod av både sykepleiere og leger.

Gjensidig evaluering

De gjensidige besøkene ble gjennomført januar 1999. Alle avdelingene gjennomførte ett og mottok ett besøk. Rekkefølgen var tilfeldig, men ingen enhet besøkte den enheten de selv mottok besøk fra. Besøket varte i to dager og ble gjennomført av en lege med erfaring fra både senge- og laboratorieenheten, en sykepleier fra sengeenheten og en sykepleier fra laboratorieenheten. I vurderingen konsentrerte man seg ikke om medisinske spørsmål, kun om pasienten – dvs. pasientene som tenkende og følende medmennesker. Utgangspunktet var separate fokuslister for sengepostene og laboratorieenhetene. Listene var detaljerte og innholdt avsnitt om ytre forhold, bemanningsplaner samt arbeids- og informasjonsrutiner. De tjente også som bakgrunn for en skriftlig rapport som enhetene mottok innen en måned etter besøket. Rapporten ble først gjenstand for en uformell lokal bearbeiding med bred deltakelse. Omtrent to måneder etter besøkene ble det arrangert et seminar over halvannet døgn, der sykepleiere og leger som hadde gjennomført besøkene, personalet ved avdelingene, styringsgruppen og representanter for Stiftelsen for helsetjenesteforskning (HELTEF) deltok. Programmet omfattet gjennomgang av besøksrapportene og gruppearbeid rettet mot hvordan pasientfokus kan forbedres samt gjensidig evaluering som kvalitetssikringsmetode. Gruppearbeidene ble tilslutt diskutert i plenum. Etter seminaret fulgte ny lokal bearbeiding og en implementeringsfase.

Pasienterfaringundersøkelser

Evalueringen ble delvis basert på pasienterfaringundersøkelser ved sengepostene og laboratorieenhetene før og etter besøkene.



Hovedbudskap

- Gjensidige besøk er en velprøvd kvalitetssikringsmetode i allmennpraksis
- Gjensidige besøk sykehusenheter imellom, rapportskrivning og bearbeiding skapte entusiasme og førte til innsikt, forbedringsforslag og muligens bedre informasjonsrutiner
- Gjensidig evaluering synes å være en egnet kvalitetssikringsmetode for sykehusenheter

Tabell 1 Eksempler på forbedringsforslag og gjennomførte tiltak i 1999 ved enkeltsykehus

<i>Sengeposten</i>
Bedre informasjonsmaterieill
Nye legevisittrutiner
Skriftlig utredningsplan
Postvakt
Bedre kontinuitet i legetjenesten
Bedre utskrivningssamtale
<i>Laboratoriet</i>
Bedre informasjon om premedikasjon
Skriftlig informasjon til pasientene etter undersøkelsen
Bedre supervisjon av leger i utdanning
System for overvåking etter endoskopi
Mer tid til hver undersøkelse

Ved sengepostene ble undersøkelsene gjennomført i en tremånedersperiode høsten 1998 som ledd i HELTEFs undersøkelser (10) og i en tilsvarende periode høsten 1999 i egen regi med identisk verktøy. Alle utskrevne pasienter ble inkludert. Undersøkelsene ved laboratorieenhetene gikk over to tilsvarende seksukersperioder og omfattet alle pasienter med polikliniske gastro- og koloskopier. En metode for å undersøke pasienterfaringer i forbindelse med poliklinisk endoskopi ble utviklet med basis i HELTEFs metode (10, 11). I likhet med denne skulle alle spørsmålene besvares på en tidelt visuell-analog skala, der 1 og 10 identifiserte det henholdsvis mest negative og mest positive svaralternativet (10, 11). Metodens egnethet og reproduserbarhet ble undersøkt i en pilotundersøkelse. Det endelige spørreskjemaet inkluderte, som metoden for sengepostene (10, 11), variabler som alder, kjønn, røykeatferd, allmennutdanning og helserelatert livskvalitet undersøkt ved hjelp av SF-36 (12).

Tabell 2 Pasienterfaringer ved sengeenhetene før (n = 341) og etter (n = 252) gjensidig evaluering. Utvalgte spørsmål. Skåreverdiene er angitt som prosent av forventet og presentert som gjennomsnittsverdier med standarddeviasjon (SD)

Spørsmål	Før gjensidig evaluering		Etter gjensidig evaluering		Forskjellen (før og etter gjensidig evaluering)
	Gjennomsnitt	SD	Gjennomsnitt	SD	
Tillit til sykehuset	99	25	98	25	Ikke-signifikant
Tilfreds med pleie og behandling	98	28	97	28	Ikke-signifikant
Informasjon om hvordan undersøkelser skulle foregå	99	20	99	30	Ikke-signifikant
Informasjon om resultatet av undersøkelser	94	38	98	38	Ikke-signifikant
Informasjon om legemidler	97	53	95	54	Ikke-signifikant
Informasjon om sykdommen	95	35	91	37	Ikke-signifikant
Sykepleiernes omsorg	96	22	97	22	Ikke-signifikant
Sykepleiernes faglige dyktighet	99	23	99	22	Ikke-signifikant
Legenes omsorg	99	33	101	34	Ikke-signifikant
Legenes faglige dyktighet	98	25	98	25	Ikke-signifikant
Medisinsk feilbehandling	100	25	97	27	P < 0,05

Statistisk bearbeiding

Sammenlikningen av resultatene fra pasienterfaringundersøkelsene før og undersøkelsene etter den gjensidige evalueringen ble basert på en ikke-parametrisk test (Mann-Whitneys U-test). For sengepostene ble svarene angitt som prosent av forventet svar beregnet ved hjelp av multipl linear regresjon på grunnlag av et stort materiale av innlagte pasienter under hensyntaken til alder, kjønn, allmennutdanning, røykeatferd samt fysisk og mental helse (10, 11). For laboratorieenhetene ble svarene angitt som rå skåreverdier. Multipl linear regresjon ble benyttet til å justere for de samme variablene som ble brukt for sengepostene. I tillegg ble det justert for sykehus og undersøkelsestype. Reproduserbarheten ble angitt som andelen like svar.

Resultater

Gjensidige besøk og rapporter

De muntlige tilbakemeldingene fra dem som gjennomførte besøkene var entydig positive. Det ble presisert at det hadde vært inspirerende å se hvordan man hadde løst problemene ved andre sykehus, og de fikk mange nye ideer. I rapportene ble det pekt på positive og negative sider ved avdelingenes situasjon og rutiner, og samlet ble det identifisert til dels betydelige forskjeller sykehusene imellom når det gjaldt ytre rammebetingelser. Alle senge- og laboratorieenhetene syntes stort sett å ha vel gjennomtenkte og velfungerende rutiner. Noen enheter hadde imidlertid åpenbart funnet frem til bedre løsninger på enkelte områder enn andre. For legene ble det registrert noe variasjon mellom sykehusene hva gjelder teaminndeling, visitt og supervisjonsrutiner, men samarbeidet mellom sykepleiere og leger fungerte ikke vesentlig forskjellig. Samlet etterlot rapportene imidlertid liten tvil om at det ved alle enhetene var et forbedringspotensial.

Lokal og felles bearbeiding

Tilbakemeldingene tydet på at den lokale bearbeidingen hadde vært en noe varierende, men stort sett inspirerende prosess. På seminaret deltok 21 sykepleiere og ni leger samt representanter fra HELTEF. Det var preget av mye tverrfaglig diskusjon og et betydelig engasjement. Mange forbedringsforslag fremkom, og tilbakemeldingene var entydige med henblikk på at gjensidig evaluering er en verdifull kvalitetssikringsmetode.

Implementering

Rapportene og seminaret resulterte i en rekke forbedringsforslag som senere ble bearbeidet videre lokalt. Den etterfølgende prosessen resulterte også i noen konkrete tiltak ved enkeltsykehus (tab 1).

Pasienttilfredsheten ved sengepostene

Det ble før og etter gjensidig evaluering mottatt henholdsvis 341 (50%) og 252 (53%) svar. Det var en tendens til at pasientene var noe mindre overbevist om at de var blitt feilbehandlet etter den gjensidige evalueringen enn før (p < 0,05). Ingen av de øvrige 29 spørsmålene ble besvart statistisk signifikant forskjellig før og etter den gjensidige evalueringen (tab 2).

Pasienttilfredsheten ved laboratorie

Reproduserbarheten ble undersøkt i forbindelse med pilotundersøkelsen hos 31 pasienter. Andelen like svar var for de enkelte spørsmålene gjennomsnittlig 59% (31–81%). I alt besvarte 779 pasienter (75%) spørreskjemaet før og 690 (70%) etter den gjensidige evalueringen. Ventetiden for endoskopisk undersøkelse var før og etter gjensidig evaluering henholdsvis 7,6 og 7,0 uker (p < 0,001). De fleste spørsmålene oppnådde en gjennomsnittverdi på over 8 (tab 3). Lavere gjennomsnittsverdi ble funnet for smerter og ubehag under undersøkelsen og for spørsmål vedrørende informasjon og rådgiving. Statistisk signifikant høyere skåreverdier (større tilfredshet) etter gjensidig evaluering i forhold til før ble funnet for tre spørsmål om informasjon (tab 3).

Diskusjon

Allerede i 1983 oppfordret Steinar Westin allmennpraktikerne til å invitere en kollega på praksisbefaring (13). Norske allmennpraktikere har de siste årene tatt i bruk gjensidige praksisbesøk i den obligatoriske etterutdanningen som alternativ til kurs. Det forutsettes at to leger går sammen om gjensidige praksisbesøk, at det lages praksisbeskrivelser og at besøket resulterer i en rapport som gjøres tilgjengelig for den besøkte legen. Erfaringen er gode, men ordningen har likevel vært lite benyttet, muligens pga. lav poenghonorering (5). En ordning med praksisbesøk kun konsentrert om konsultasjonen og ikke belastet med

Tabell 3 Pasienterfaringer ved laboratorieenhetene før (n = 779) og etter (n = 690) gjensidig evaluering. Angitt som gjennomsnittsskåre med standarddeviasjon (SD)

Spørsmål	Før gjensidig evaluering		Etter gjensidig evaluering		Forskjellen (før og etter gjensidig evaluering)
	Gjennomsnitt	SD	Gjennomsnitt	SD	
Den skriftlige innkallingen	8,72	1,81	8,74	1,77	Ikke-signifikant
Mottakelsen ved laboratoriet	8,94	1,51	9,00	1,42	Ikke-signifikant
Informasjonen om venting på laboratoriet	5,17	4,26	5,64	4,24	Ikke-signifikant
Fikk selv fortalt det viktige	8,03	2,38	7,96	2,36	Ikke-signifikant
Informasjonen om hvordan undersøkelsen skulle foregå	8,89	1,82	9,11	1,50	P < 0,05 (p < 0,01 ¹)
Informasjon om resultatet av undersøkelsen	8,10	2,62	8,17	2,53	Ikke-signifikant
Lindring av smerter/ubehag	7,94	2,70	7,82	2,72	Ikke-signifikant
Undersøkelsen innfridde forventningen	8,46	2,19	8,51	2,25	Ikke-signifikant
Forstod personalet	9,17	1,28	9,17	2,26	Ikke-signifikant
Forstod legen	8,83	1,82	8,84	1,75	Ikke-signifikant
Sykepleierens omsorg	9,17	1,30	9,11	1,41	Ikke-signifikant
Sykepleierens tid for deg	8,97	1,68	8,98	1,66	Ikke-signifikant
Sykepleierens faglige dyktighet	9,30	1,21	9,26	1,33	Ikke-signifikant
Legens omsorg	8,41	2,09	8,51	2,00	Ikke-signifikant
Legens faglige dyktighet	9,18	1,47	9,18	1,41	Ikke-signifikant
Organiseringen av arbeidet	8,92	1,56	9,00	1,44	Ikke-signifikant
Informasjon om legemidler	7,00	3,30	6,88	3,37	Ikke-signifikant
Informasjon om hva man skulle gjøre om noe ekstra hendte etter at man kom hjem	5,97	3,89	6,80	3,71	P < 0,01 (p < 0,001 ¹)
Informasjon om hvilke plager man kunne regne med fremover	5,94	3,80	6,51	3,66	P < 0,05 (p < 0,01 ¹)
Informasjon om hva man selv kunne gjøre for å bli bedre eller hindre tilbakefall	3,83	4,16	3,84	4,15	Ikke-signifikant

¹ Etter justering for ulikheter mellom gruppene

krav om skriftlig rapport har fått god oppslutning (6).

I Norge er gjensidig evaluering også blitt forsøkt som kvalitetssikringsmetode i forhold til spesialistutdanningen. I et prøveprosjekt besøkte legene ved to øyeavdelinger og to barneavdelinger hverandre i to dager (7). Alle sider ved spesialistutdanningen ble vurdert, og besøkene ble avsluttet med et felles evalueringsmøte. Det ble konkludert med at den gjensidige evalueringen hadde ført til økt oppmerksomhet omkring mangler og hadde gitt det puff som skulle til for å få endringsprosessen i gang. Ordningen ble gjort til et frivillig tilbud.

I Sverige er gjensidig evaluering også forsøkt som kvalitetssikringsmetode for sykehusavdelinger. I 1992 foretok tre akuttavdelinger gjensidige besøk av to dagers varighet (8). Besøkene ble gjennomført av 9–16 personer tilhørende mange profesjoner, inklusive leger og sykepleiere. Besøkene ble avsluttet med et møte mellom alle involverte, og besøksteamets vurdering ble dessuten oppsummert i en skriftlig rapport. Erfaringene beskrives som meget positive. I perioden 1993–94 foretok leger og sykepleiere ved tre svenske barneavdelinger to gjensidige besøk med ett års mellomrom (9). Man konsentrerte seg om rammebetingelser, prosess og resultat. Også i denne undersøkelsen beskrives utbyttet av besøkene som stort.

Erfaringene i forbindelse med vårt forsøk med gjensidig evaluering var entydig positive. Rapportene identifiserte et betydelig

forbedringspotensial, og prosessen førte til mange forbedringsforslag. Effekten av forsøket ble forsøkt dokumentert ved hjelp av pasienterfaringundersøkelser. Ved sengepostene var det ingen overbevisende endringer. Heller ikke når det gjelder den polikliniske endoskopiske virksomheten fikk man holdepunkter for å anta at det hadde skjedd en generell endring i måten å arbeide på. Tre spørsmål rettet mot aspekter ved informasjon viste imidlertid positiv endring etter den gjensidige evalueringen. Funnene kan skyldes påvirkning i forbindelse med den gjensidige evalueringen, men fordi man kun hadde en historisk kontroll, kan de også skyldes en uavhengig holdningsendring til informasjon i observasjonsperioden. En sammenlikning mellom pasienterfaringene for pasienter innlagt ved norske sykehus i perioden 1996–2000 viser en liknende endring som i vår undersøkelse (14).

Flere forhold kan forklare at vi ikke lykkes i å frembringe overbevisende holdepunkter for å tro at den gjensidige evalueringen hadde påvirket helsepersonellens holdninger og måte å arbeide på. Metoden som ble benyttet for å måle endringer i pasienterfaringer kan være uegnet. Det er vist at metoden som ble benyttet hos innlagte pasienter, kan identifisere endringer over tid, forskjeller mellom avdelinger og effekt av intervensjon (10, 11, 14). Den liknende metoden som ble brukt i forbindelse med polikliniske endoskopier, gav godt reproduerbare svar, men hvorvidt den kan

påvise effekten av en intervensjon, er ikke kjent. Det er også mulig at implementeringsperioden var for kort. Den siste undersøkelsen ble foretatt kun et halvt år etter bearbeidingsseminaret. Det å endre holdninger og rutiner tar vanligvis lang tid. Ressurskrevende endringer betinger dessuten ofte en ny budsjettperiode. For å få en vedvarende effekt av en type prosesses som den aktuelle må den dessuten trolig gjentas med med 1–2 års mellomrom, dvs. gjøres til en del av et kvalitetssikringssystem.

Gjensidig evaluering skiller seg positivt fra mange andre kvalitetssikringstiltak. Kanskje det viktigste er at dette er en type tiltak som det er lett å fatte hensikten med og som bare i liten grad gir følelsen av å bli kontrollert. En annen viktig positiv side ved metoden er gjensidigheten. Besøkeren er ikke bare motivert for å gi dem som besøkes en tilbakemelding, man er minst like motivert for å lære hva man selv kan gjøre bedre. Gjensidige besøk bidrar dessuten til å skape nyttig kontakt. Også andre har gjort liknende erfaringer (8, 9).

Sannsynligvis er det viktig at besøket blir dokumentert i en skriftlig rapport. Kravet om dokumentasjon skjerper de besøkede, og man får noe konkret å basere bearbeidingsprosessen på. Erfaringene fra dette prosjektet understreker spesielt betydningen av en felles bearbeidingsprosess i tillegg til den lokale. Seminaret sikret dessuten at problemstillingene ble gjenstand for en tverrfaglig prosess.

Gjensidig evaluering er trolig egnet som kvalitetssikringsmetode i forhold til mange typer problemstillinger. Valget av en problemstilling som angår både sykepleiere og leger var trolig en viktig årsak til de positive erfaringene.

Undersøkelsen resulterte i en omfattende rapport, som ble oversendt oppdragsgiverne i 2001. Mangel på tilbakemelding og finansiering har ført til at gjensidig evaluering siden ikke er blitt implementert eller videreutviklet som metode til kvalitetssikring av sykehusenheter. Med bakgrunn i våre erfaringer er dette å beklage.

Litteratur

1. Barnes RD. Interpractice visits by general practitioners. *Austr Fam Phys* 1994; 23: 1922–8.
2. Eliasson G, Berg L, Lindström K et al. Facilitating quality improvement in primary health care by practice visiting. *Qual Health Care* 1998; 7: 48–54.
3. Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen HJM et al. Practice visits as a tool in quality improvement: mutual visits and feedback by peers compared with visits and feedback by non-physicians. *Qual Health Care* 1999; 8: 161–6.
4. Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen HJM et al. Practice visits as a tool in quality improvement: acceptance and feasibility. *Qual Health Care* 1999; 8: 167–71.
5. Lundetræ N, Finckenhagen M, Hanstad AM et al. Gjensidige praksisbesøk – en ny og god kursform. En metode for kvalitetssikring i allmennmedisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 3437–8.
6. Schei E, Gulbrandsen A, Skjerven T. Praksis læres i praksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 2975–8.
7. Brinchmann-Hansen Å, Hoftvedt BO, Øien IJ et al. Gjensidig evaluering av utdanningsavdelinger. En velegnet metode for å bedre kvaliteten på spesialistutdanningen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 2180–2.
8. Andren-Sandberg Å, Bismar B, Larsson B. Triangelrevisjon av tre akuttmottagningar resulterade i betydande kvalitetsvinster. *Läkartidningen* 1992; 89: 1989–90.
9. Bergqvist G, Dimberg A, Hörnell H et al. Tre barnklinikker inspekterade varandra. *Läkartidningen* 1996; 93: 797–8.
10. Veenstra M, Pettersen KI, Sjetne IS. Pasienterfaringer ved 21 norske sykehus. HELTEF-rapport nr. 1/2000, Nordbyhagen: Stiftelsen for helsetjenesteforskning, 2000.
11. Guldvog B, Hofoss D, Pettersen KI et al. PS-RESKVA – pasienttilfredshet i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 386–91.
12. Loge JH, Kaasa S. Short form 36 health survey: normative data for the general Norwegian population. *Scand J Soc Med* 1998; 26: 250–8.
13. Westin S. Hvorfor ikke la en kollega se på din praksis? *Utposten* 1983; nr. 6/7: 24–5.
14. Pettersen KI, Hofoss D, Sjetne IS. Pasienterfaringer i norske sykehus – endringer over tid? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 3600–3.