

Om helsetjenesten

Hvordan bedre kvalitet og videre- og etterutdanning i allmennpraksis?

Sammendrag

Bakgrunn. Forskning har vist at tiltakene som vanligvis brukes i videre- og etterutdanning og kvalitetsforbedring i allmennpraksis, som skriftlig informasjon og tradisjonelle forelesninger, har liten eller ingen effekt på praksis.

Materiale og metode. En arbeidsgruppe på Folkehelse tok initiativ til en konsensusprosess for å oppnå enighet om hvordan man kan bedre arbeidet med videre- og etterutdanning og kvaliteten i allmennpraksis.

Resultater og fortolkning. Konsensuspanelet utarbeidet en rapport og ble enige om ni konkrete tiltak: utarbeiding av en nasjonal plan, styrking av veilederfunksjonen, firmauavhengige praksisbesøk, andre praksisnære tiltak, personlig læreplan, kompetansesenter for legekantorene, samhandlingsprosjekt for bedre utnyttning av henvisninger og epikriser, tverrfaglighet som verktøy og økt brukermedvirkning.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Signe Flottorp

signe.flottorp@kunnskapssenteret.no
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004 St. Olavs plass
0130 Oslo

Deltakere i konsensusprosessen og ansvarlige for innholdet i rapporten og artikkelen

Evy Bjerkeland

Fagutvalget i Norsk Helsesekretærforbund

Anders Bærheim

Norsk selskap for allmennmedisin

Frode Forland

Sosial- og helsedirektoratet

Berit Forsgren

Helsesekretærprosjektet i Tromsø

Johan Hagerup

Kommunenes Sentralforbund

Ole Rikard Haavet

Fagutvalget i Alment praktiserende lægers forening

Kjeld Malde

Kvalitetssikringsfond I
Den norske lægeförening
og
Spesialitetskomiteen i allmennmedisin

Kjell Maartmann-Moe

Alment praktiserende lægers forening

Magne Nicolaisen

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke

Kristin Prestegaard

Seksjon for medisinsk pedagogikk
Den norske lægeförening

Janecke Thesen

Kvalitetsutvalg for primærmedisin
(Felles kvalitetsutvalg for Aplf og NSAM)

Linda Vinje

Norsk Helsesekretærforbund

Det brukes mye ressurser på videre- og etterutdanning i norsk allmennmedisin. Videre- og etterutdanningen er strukturert (1, 2). Det er krav om resertifisering etter oppnådd spesialitet; få andre land og ingen andre spesialiteter i Norge har en liknende ordning.

De mest brukte formene for videre- og etterutdanning, som skriftlig informasjon og tradisjonelle forelesninger, har imidlertid liten effekt når det gjelder å forandre praksis (3, 4). Andre strategier, for eksempel tilbakemeldinger, påminninger og smågruppemøter har varierende effekt. Studier har vist at det å reise ut og gi leger informasjon på legekantoret kan påvirke forskrivningspraksis, men slike praksisbesøk foretas i Norge hovedsakelig av legemiddelindustrien.

Materiale og metode

Det ble gjennomført en konsensusprosess etter initiativ fra en gruppe ved Folkehelse (nå i Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten) for å oppnå enighet om hvordan arbeidet med videre- og etterutdanning i allmennpraksis kan forbedres (5). Organisasjonene som representerer allmennlegene, medarbeiderne, pasientene og myndighetene ble invitert og utpekte deltakerne i konsensuspanelet. Metoden, prosessen og resultatene er nærmere beskrevet i rapporten fra konsensusprosessen (6).

Resultater og diskusjon

Grupper og personer som i utgangspunktet stod langt fra hverandre i mange spørsmål knyttet til kunnskapssyn og bruk av ord som evidens og metaanalyser, kom nærmere hverandre i forståelse og respekt for hverandres syn gjennom denne konsensusprosessen. Dette ble av deltakerne i prosessen oppfattet som et viktig resultat av arbeidet.

Panelet kom frem til ni prioriterte tiltak for videre- og etterutdanning og kvalitetsforbedring som kort beskrives her.

Prioritering og utvikling av en langsiktig plan

Panelet foreslår at Legeföreningen tar initiativ til en nasjonal plan for prioritering av tilbud for videre- og etterutdanning til leger og medarbeidere. Medarbeiderforeninger, pasientorganisasjoner, Kommunenes Sentralforbund, Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet bør være med på å utarbeide en slik plan. Totalt bør beløpet som benyttes for videre- og etterutdanning og kvalitetsforbedring økes. Medarbeidere bør gis økt mulighet til å delta. De prioriterte tiltakene bør i større grad skje på legekantoret.

Styrking av (gruppe)veilederfunksjonen

Legene deltar i toårige veiledningsgrupper i videreutdanningen, og deltakelse i smågrupper er obligatorisk i etterutdanningen. Medarbeiderne har tilbud om en toårig gruppebasert etterutdanning. Det bør videreutvikles et tilbud om en pedagogisk utdanning for (gruppe)veiledere som bør bygge på Legeföreningens veilederprogram, gjerne i samarbeid med akademiske miljøer og andre miljøer som driver beslektet virksomhet (7).

! Hovedbudskap

- Forskning har vist at tiltakene som hyppigst brukes i videre- og etterutdanning og kvalitetsforbedring i allmennpraksis, som skriftlig informasjon og tradisjonelle forelesninger, har liten eller ingen effekt når det gjelder å forandre praksis
- Representanter for allmennlegene, medarbeiderne, pasientene og myndighetene ble enige om en rapport med konkrete forslag til tiltak for å forbedre arbeidet med videre- og etterutdanning og kvalitet i allmennpraksis
- Rapporten har vært til høring og forslagene er blitt positivt mottatt
- Det er en felles utfordring å sørge for at forslagene blir gjennomført

Oppsøkende virksomhet på legekantorene

Å besøke leger og medarbeidere på legekantoret for å gi faglig informasjon, kalles gjerne praksisbesøk, på engelsk «outreach visits» (8). I enkelte land brukes dette for å gi uavhengig legemiddelinformasjon. Slike metoder bør implementeres også i Norge, gjerne som en del av Nasjonal kvalitetsstrategi i regi av Sosial- og helsedirektoratet.

Praksisnære tiltak inkludert kurs

Praksisnære tiltak kan være særskilte praksisorienterte kurs, gjensidige praksisbesøk og støtte til forbedringsopplegg ved det enkelte legekantor, og auditprosjekter som bygger på data fra egen praksis. Forskning har vist at slike praksisnære kurs kan føre til endring i praksis (3, 4). Kurs i praktiske ferdigheter er prøvd ut i et prosjekt i Bergen (9, 10). Panelet anser dette som et godt tiltak som bør startes opp på nytt.

Personlig læreplan

Leger og medarbeidere må stadig arbeide for å vedlikeholde og styrke sin kompetanse. Dette er et personlig ansvar, samtidig som det er et lederansvar å legge forholdene til rette. Studier har vist at leger ikke søker opplæring i det de har mest behov for å lære noe om. Vi foreslår derfor at hver enkelt medarbeider og hver enkelt lege utarbeider sin egen personlige læreplan. Finansieringen må være avklart. Ekstern finansiering ved offentlige midler må man jobbe videre med å få til. I Danmark har allmennlegene prøvd personlig læreplan (11). Mange leger får øynene opp for hva de ikke kan, og utdanningen kan bli mer målrettet og effektiv. Kompetanseutvikling med personlige læreplaner bør være en viktig del av virksomhetsplanen for praksisen.

Kompetansesenter for legekantorene
Legene står som arbeidsgivere eller medisinskfaglige ledere ansvarlig for at summen av den enkelte leges og medarbeiders kompetanse blir brukt på en tilfredsstillende måte i pasientarbeidet. Sentralt i dette er å lage gode rutiner for den daglige driften av legekantoret. Flere kontorer har laget systemer for dette, mens andre har kommet atskillig kortere. Legeforeningens kvalitetsforbedringsutvalg (KUF), Kvalitetsutvalget for primærhelsetjenesten (KUP) og aktører i den offentlige forvaltning arbeider alle med kvalitetsforbedring som mål. Det hadde vært en fordel hvis man kunne ha samlet kunnskap og ideer om kvalitetsforbedringsarbeidet til et kompetansesenter. Vi ønsker at man kan dokumentere at metodene som benyttes i arbeidet med kvalitetsforbedring er effektive. Kvalitetsutvalget for primærhelsetjenesten har som mål å samle informasjon om kvalitetsforbedringsarbeid på sin hjemmeside (www.kup.no). Slik kan utvalget kanskje bli en sentral komponent i et slikt kompetansesenter.

Samhandlingsprosjekt: Henvisninger, rekvisisjoner og epikriser som verktøy

Vi antar at det er et uutnyttet potensial for kvalitetsforbedring ved å utnytte henvisninger, rekvisisjoner og epikriser på en bedre måte. Studier har vist at tilbakemelding på rekvisisjoner for laboratorieprøver har redusert bruk av unødvendige prøver og at tilbakemelding vedrørende bruk av røntgenrekvisisjoner har ført til bedret praksis. Systematisk utarbeidede epikriser for bestemte diagnosegrupper, med faglig informasjon til fastlegen, kan kanskje bidra til både å bedre oppfølgingen av enkeltpasienter og å øke legens kompetanse. Et slikt prosjekt krever at informasjonen som formidles, er av god kvalitet. Dette krever vurderinger som bør gjøres i samarbeid mellom allmennpraktikere og spesialister. Prosjektet bør knyttes til elektronisk samhandling om henvisninger og epikriser, da vi antar at dette kan lette et system med tilbakemeldinger og informasjon.

Utvikling av tverrfaglighet som verktøy

Pasienter med sammensatte og kroniske problemer utsettes ofte for et fragmentert hjelpeapparat. Fastlegen har en viktig rolle ved å samordne de ulike helsetilbudene og må samhandle med annen- og tredjelinjeteam og med andre yrkesgrupper i helsevesenet. Det bør vurderes å nedsette en arbeidsgruppe med representanter for Den norske lægeforening, andre fagorganisasjoner, Kommunenes Sentralforbund og Sosial- og helsedirektoratet for å utvikle tverrfaglighet som et verktøy.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning – forstått som pasienters aktive medvirkning i beslutninger som angår dem – kan være en helt nødvendig

faktor når det gjelder tiltak for å forbedre allmennpraksis. Pasientene har ofte et annet og utfyllende perspektiv enn legen og medarbeideren. Brukermedvirkning er både en demokratisk rettighet for pasientene og en kilde til økt innsikt for helsepersonell. Forskning har vist at brukermedvirkning på individnivå fører til bedre helse (12). Alt etter hvilke prosesser det er snakk om, bør brukermedvirkning skje dels som høring blant brukere, dels som reell medvirkning i selve utrednings- og beslutningsprosessen. Men det er viktig å unngå at byråkratiserende ordninger fortrenger klinisk virksomhet og at brukermedvirkning blir et mål i seg selv. For å sikre konstruktiv brukermedvirkning bør erfaringer systematiseres og forskningen om temaet styrkes.

Konklusjon

Deltakerne i konsensusprosessen kom frem til enighet om konkrete forslag til tiltak for å forbedre arbeidet med videre- og etterutdanningen i norsk allmennpraksis. Forslagene har vært til høring i organisasjonene som har vært representert i prosessen. Kommentarene har gjennomgående vært positive, men organisasjonene har vektlagt de ni tiltakene ulikt. Alment praktiserende lægers forening og Norsk selskap for allmennmedisin har ikke sluttet seg til rapporten. Det er en felles utfordring å sørge for at tiltakene gjøres om til praktisk virkelighet.

Litteratur

1. Spesialistreglene i allmennmedisin. www.legeforeningen.no/index.db2?id=1124#spesialistreglene (17.6.2004).
2. Målbeskrivelse for allmennmedisin. www.legeforeningen.no/index.db2?id=1130 (17.6.2004).
3. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001; 39 (suppl 2): I12–45.
4. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA et al: No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can Med Assoc J* 1995; 153: 1423–31.
5. Flottorp S, Fretheim A, Håvelsrud K et al. Forskningsbasert etterutdanning og kvalitetsforbedring (FEK). Prosjektskisse. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 2001.
6. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kan arbeidet med videre- og etterutdanning og kvalitetsforbedring i norsk allmennpraksis forbedres? Rapport fra en konsensusprosess. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2004.
7. Meland E. Å utvikle kvalitet gjennom utvikling av veiledningspedagogisk kompetanse i primærhelsetjenesten. Prosjektskisse. Bergen: Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, 2001.
8. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane review). I: *The Cochrane Library*. Chichester: John Wiley & Sons, 2004.
9. Skjerven T, Schei E, Mjanger R. Kompetansesenter for kliniske ferdigheter hos praktiserende leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 1069–73.
10. Schei E, Gulbrandsen A, Skjerven T. Praksis læres i praksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 2975–8.
11. Errebo-Knudsen L, Thomsen J, red. Din personlige læreplan. www.dadinet.dk/2uddannelse/etteruddregistring/almenmedicin/plp.pdf (17.6.2004).
12. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152: 1423–33.