FOND FOR KVALITETSFORBEDRING OG PASIENTSIKKERHET

Årsmelding 2016

DEN NORSKE LEGEFORENING

Forsidefoto: Colourbox

FORORD

Legeforeningens engasjement i kontinuerlig kvalitetsforbedring av legers virksomhet er en naturlig følge av foreningens arbeid med legers videre- og etterutdanning. Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring ble først opprettet i 1991. Siden etableringen er det samlet avsatt 300 millioner kroner til kvalitetsfondene til mer enn 820 små og store prosjekter i primær- og spesialisthelsetjenesten. Prosjekter finansiert av fondene har utgjort en vesentlig del av kvalitetsforbedringsprosjekter i helsesektoren.

Fondet har gitt startbevilgninger til mange kvalitetsregistre som har vist seg levedyktige og siden er blitt en integrert del av helsetjenestens kvalitetsregistre. Fondsutvalget vil fortsette med bevilgninger til kvalitetsregistre hvor det er et faglig behov og innenfor prioriterte områder i helsetjenesten.

Gjennombruddsprosjekter tar utgangspunkt i at ethvert fagområde der det er et gap mellom det en vet er god praksis og det en virkelig gjør, er en potensiell kandidat for et gjennombrudds-prosjekt. I samarbeid med aktuelle fagmiljøer etableres en tverrfaglig ressursgruppe som identifiserer problemer og forbedringsmuligheter. Avdelingene/enhetene som deltar etablerer hvert sitt tverrfaglige forbedringsteam. Legeforeningen har totalt gjennomført 11 landsomfattende gjennombruddsprosjekter siden 1998, hvorav 10 er støttet av fondet. Metoden har vært viktig for kvalitetsforbedring i en rekke fagmiljøer. I 2015-2016 ble det gjennomført et gjennombruddsprosjekt innen fødselshjelp.

SKIL – Senter for kvalitet i legekontor, som ble etablert i 2014, var i drift fra 1.1.2015. Senteret er organisert som et selskap med Norsk forening for allmennmedisin, Allmennlegeforeningen, Den norske legeforening, Praktiserende spesialisters landsforening og Norsk samfunnsmedisinsk forening som medeiere. Målet er hele tiden å tilby systemer for systematisk kvalitetsforbedring på norske legekontor. Systemet består av både verktøy for bedre oversikt over egen praksis og kunnskap om stadig forbedring av kvalitet og sikkerhet. I tillegg tilbyr SKIL aktiviteter i form av e-læringskurs og aktiviteter som legekontoret kan sette i gang på egen hånd. SKILs visjon er at kontinuerlig kvalitetsarbeid på sikt er en del av egen profesjonalitet.

Med lave administrasjonskostnader og nært samarbeid med institusjoner og medarbeidere i helsetjenesten har Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet på en god måte medvirket til at pasientene får en stadig bedre diagnostikk og behandling.

Ole Strand
leder av fondsutvalget

INNHOLD

	Side
Etablering av fondet	7
Fondsutvalgets sammensetning	7
Prinsipper lagt til grunn for bevilgningene	7
Avsetninger	8
Søknader og bevilgninger	8
Prosjekter støttet av fondet	9
Avslutning av prosjekter	28
Gjennombruddsprosjekter	33
Forbedringsprosjekt obstetrikk	34

Etablering av fondet

Sentralstyret ga i 2008 sin tilslutning til at Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II skulle slås sammen til ett fond med betegnelsen Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Fondets vedtekter ble vedtatt av sentralstyret og godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 og er oppdatert i 2012.

Fondsutvalgets sammensetning 2016

Oppnevnt av Legeforeningen:
Stein Tore Nilsen (leder), Ole Strand (medlem), Rolf Kirschner (medlem), Petter Brelin (medlem), Maria Gaard, (medlem), Vibeke Dons Wankel (varamedlem), Terje Tollåli (varamedlem).

Oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet:
Hilde Skyvulstad (medlem), Helge Haarstad (medlem), Elisabeth Arntzen (varamedlem).

Oppnevnt av KS: Sigrid Askum (medlem), Kari Rolstad (varamedlem).

Stein Tore Nilsen er oppnevnt for perioden 1.1.2015-31.12.2016.
Petter Brelin er oppnevnt for perioden 14.9.2015-31.12.2018.
De resterende medlemmene er oppnevnt for perioden 1.1.2013-31.12.2016.

Fondsutvalget har hatt to møter i 2016.

Legeforeningens sekretariat administrerer fondet. Arbeidet er forankret i Medisinsk fagavdeling ved fagdirektør Bjarne Riis Strøm. Seniorrådgiver Anne Sofie Torp har den daglige oppfølging av, og saksbehandling for fondet.

Foran fra venstre: Stein Tore Nilsen, Anne Sofie Torp, Ole Strand, Hilde Skyvulstad.
Bak fra venstre: Maria Gaard, Petter Brelin, Helge Haarstad, Sigrid Askum, Rolf Kirschner.

Prinsipper lagt til grunn for bevilgningene

Fondsutvalget utarbeidet sitt strateginotat i tråd med vedtektene i 2009. Vedtekter og strateginotat er tilgjengelig på Legeforeningens hjemmeside www.legeforeningen.no (Fag og fagutvikling, Kvalitet).

Fondsutvalget vil, slik det fremgår av vedtektenes punkt 3, gi bevilgninger til norske helseinstitusjoner og enkeltleger til hel eller delvis dekning av utgifter forbundet med:

- Utredning, utvikling, igangsetting og evaluering av metoder for kvalitetsvurdering, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i den daglige drift.
- Kompetanseheving innenfor forbedringskunnskap, herunder ledelse, system- og prosessveiledning.
- Utprøving og forbedring av metoder og teknikker i konsultasjonen, veiledning av og samarbeid med andre grupper, helseopplysning m.v.
- Utprøving og forbedring av metoder for læring og vedlikehold av praktiske ferdigheter.
- Utarbeiding av veiledere innenfor det medisinske fagområdet.
- Prosjekter initiert av Legeforeningens organisasjonsledd som skal bedre kvalitet og pasientsikkerhet i de medisinske tjenestene.

Fondsutvalget foretar tildelinger etter innstilling fra Legeforeningens sekretariat. Ved vurdering av søknaden legges det særlig vekt på at:

- Prosjektet er i samsvar med fondets vedtekter og satsningsområder.
- Prosjektet har et klart forbedringsaspekt og således kan skilles fra et tradisjonelt forskningsprosjekt.
- Prosjektet har allmenn nytteverdi og fører til erfaringer som kan formidles og tas i bruk av andre.
  Prosjektet medfører metodeutvikling eller oppstart av ny aktivitet – det gis vanligvis ikke støtte til drift.
- Prosjektet medfører utløsning av midler fra andre finansieringskilder.
- Prosjektet er forankret i ledelseslinjen.

Bevilgningene gis til prosjekter i en tidsavgrenset periode og ikke utover tre år. Prosjekter som går over flere år, søker om midler for ett år om gangen.

Avsetninger

Avsetningen til fondet skjer i henhold til Avtale mellom staten ved Arbeids- og inkluderingsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene på den ene side, og Legeforeningen på den annen side, om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og spesialister med avtalepraksis (statsavtalen). Fondet skal bidra til systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. For 2016 ble det avsatt 10,617 millioner kroner til fondet. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning. Bevilgningsperioden for fondet følger forhandlingsåret (1. juli-30. juni), mens regnskapsåret følger kalenderåret.

Søknader og bevilgninger

Fondet har to årlige søknadsfrister, 1. april og 1. oktober. Fondet ble i 2016 annonsert én gang i Tidsskrift for Den norske legeforening. Søknadsskjema og informasjon om fondet ligger på Legeforeningens nettside.

Det totale antall søknader til fondet var 43, med samlet søknadssum på 20,7 millioner kroner. Det ble bevilget kr 12,1 millioner kroner til 22 av disse søknadene.

Mange av prosjektene er bare delfinansiert av fondet. Dette fordi fondsutvalget må prioritere blant innkomne søknader, og legger vekt på at igangsettingen av prosjekter også utløser midler fra andre.

Etter søknad kan kr 30 000 stilles til disposisjon til kvalitetsarbeid i fagmedisinske foreninger og spesialforeninger. Fire foreninger ble tildelt slik støtte i 2016.

Prosjekter støttet av fondet

Søker: Erik L. Werner/Morten Dag Nilsen, fastleger
Prosjektets tittel: Behandling av overvekt i allmennpraksis
Bevilget beløp: kr 532 000

Dette prosjektet ønsker å samle inn kunnskap om pasienter med overvekt i allmennpraksis, og har særlig vekt på behandling. Det vil teste ut en enkel behandlingsmodell for å undersøke om en enkel intervensjon hos fastlegen gir ønsket resultat, og det vil gjennom kvalitative studier få frem legers og pasienters perspektiver på behandling av overvekt i allmennpraksis.

Overvektige pasienter som henvender seg til fastlegen vil ofte få ustrukturerte og lite vitenskapsbaserte råd, eller bli henvist til spesialisthelsetjenesten. Studier tyder også på at mange kvier seg for å ta opp sitt vektproblem med fastlegen, og at fastleger generelt er lite flinke til å spørre pasienter om de opplever problemer knyttet til overvekt. Denne studien vil undersøke om en enkel intervensjon i allmennpraksis er mulig å gjennomføre, og om den fører til ønsket vektreduksjon hos pasientene. Fastleger vil bli opplært i behandlingsmodellen og skal rekruttere pasienter i sin praksis til å gjennomføre intervensjonen. Et tilsvarende antall fastleger skal utgjøre kontrollgruppe og behandle pasientene etter vanlig praksis, og registrere de samme utfallsmål.

Studien er en cluster randomized controlled trial (klyngerandomisering) hvor fastleger i Østfold blir randomisert til enten intervensjonsgruppe eller kontrollgruppe. Hver lege rekrutterer ti pasienter til studien, og utfallsmålene vil bli målt på pasientene. Alle fastleger i Mosseregionen blir invitert til å delta i studien. Halvparten av de som aksepterer invitasjonen vil bli randomisert til intervensjonsgruppe og den andre halvparten til kontrollgruppe. Randomiseringen skjer ved loddtrekning gjennomført ved Institutt for Helse og Samfunn, UiO. I begge gruppene blir pasienter forespurt om å inngå i studien fortløpende i inklusjonsperioden. Alle som blir forespurt blir registrert med kjønn, alder og vekt. Pasientene blir informert muntlig og skriftlig om studien. De som samtykker til å delta, vil få oppfølging i henhold til hvilken gruppe fastlegen er randomisert til. I intervensjonsgruppen vil legene gjennomgå grundig opplæring i studiens formål og innhold. Det vil bli gjennomført kateterforelesninger, gruppearbeid og rollespill for å sikre mest mulig lik intervensjon utført av legene. Det vil bli utarbeidet skriftlig, detaljert manual som skisserer innholdet i hvert legebesøk. I kontrollgruppen vil legene bli informert om studien og spesielt om registrering og datainnsamling. De vil bli oppfordret til å benytte sin vanlige tilnærming til problemet. De skal registrere antall legebesøk pasientene har i studieperioden, i tillegg til dataene som søkes innsamlet til denne.

Det primære utfallsmålet er 10% vektreduksjon målt som endring i absolutte kilo. Sekundære utfallsmål er blodtrykk, HbA1c, midjemål og totalkolesterol. Det vil også bli registrert antall legebesøk i begge grupper, og det vil bli vurdert å gjennomføre enkle helseøkonomiske analyser. Det vil bli gjennomført dybdeintervju av både leger og pasienter som deltar i studien, med sikte på å samle materiale til en kvalitativ studie. Prosjektet inngår i et ph.d. prosjekt og alle resultater vil bli publisert i internasjonale, fagfellevurderte tidsskrift.

Søker: Norsk hjerteinfarktregister (fire helseregioner) v/Tormod Aarlott Digre
Prosjektets tittel: Norsk hjerteinfarktregister – Monitorregister
Bevilget beløp: kr 205 000

Norsk hjerteinfarktregister består av ca. 107 variable som omhandler pasientens sykehistorie, tilstand og funn ved innleggelsen, hvilken behandling som ble gitt, og eventuelle komplikasjoner. Hensikten med dette prosjektet er å kvalitetssikre de opplysninger som sykehusene melder til registeret. Registermonitorene skal gjennomgå opplæring ved det nasjonale registersekretariatet.

Prosjektoppstart er høsten 2016 – og monitoreringen vil gjennomføres høsten/vinteren 2016-2017.

I perioden 2014-2015 gjennomførte Norsk hjerteinfarktregister en reproduserbarhetsstudie ved utvalgte sykehus (http://www.hjerteinfarktregisteret.no/Nyheter/Registrerer-ulike-personer-samme-pasient-likt/). Studien viste at ved disse sykehusene var det for mange variable tilfredsstillende samsvar når to personer gjennomførte innregistrering av samme pasient uavhengig av hverandre. For andre variable var interobserver reliabilitet imidlertid ikke tilfredsstillende. I tillegg var andel ubesvart eller ukjent for høy for enkelte variable. Studien begrenset seg til noen få av alle sykehusene som registrerer i registeret (14 av 53). For opprettholdelse av høy kvalitet og valide data må slike reliabilitetsanalyser gjennomføres regelmessig.

Registeret ønsker å bygge opp en desentralisert modell for kvalitetssikringsarbeid. Ideen er at erfarne registratorer fra sykehus i Norge kan gjennomføre en slik monitorering. Med den nye pasientjournallovgivningen vil det på sikt legges til rette for at alle sykehus innad i helseregionene kan se journaler på alle sykehus. Det å ha monitorer innad i hver helseregion vil derfor forenkle valideringsarbeidet betraktelig og redusere reisekostnadene forbundet med prosjektet.

Registeret skal håndplukke én representant fra hver helseregion (to fra Helse Sør-Øst) som blir registermonitor for sin region. Det vil bli gjennomført en to-dagers samling for disse monitorene, hvor man gjennomgår prosedyrer for valideringsarbeidet. Etter samlingen skal monitorene gjennomføre monitorering ved sykehus i sin region. I dette arbeidet vil de fylle ut hjerteinfarktregisterets innregistreringsskjema for 20 tilfeldig utvalgte pasienter med hjerteinfarkt ved fire tilfeldig utvalgte sykehus i sin region. Hvis prosjektet videreføres vil det ta ca. 2 ½ år å gå gjennom alle de 53 sykehus som registrerer i registeret.

Resultatene av monitorering vil bli publisert i årsrapporten for Norsk hjerteinfarktregister, samt som rapporter til de enkelte sykehus etter hver monitoreringsrunde.

Søker:	Samarbeidsprosjekt v/Gunnar Tschudi Bondevik, fastlege
Prosjektets tittel:	Sikkerhetskultur i primærhelsetjenesten (SIP)
Bevilget beløp:	kr 300 000

Prosjektet er et samarbeid mellom Forskningsgruppe for allmennmedisin/Universitetet i Bergen, Uni Research Helse og Pasientsikkerhetsprogrammet.

Uheldige hendelser i primærhelsetjenesten er vanlige. Man kan kartlegge pasientsikkerhetskulturen med spørreskjemaet Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), som måler de fem pasientsikkerhetsfaktorene *teamarbeid, sikkerhetsklima, jobbtilfredshet, arbeidsforhold og syn på ledelse*. En god pasientsikkerhetskultur fører til lavere risiko for uheldige hendelser og pasientskade. Prosjektet vil validere SAQ for fastlegekontor, legevakt, sykehjem, helsestasjon, pleie-/omsorgstjeneste og kommunal psykisk helse. Det skal utvikles rapporteringssystemer hvor behandlingsenhetene får tilsendt resultater med forslag til områder for kvalitetsforbedring. I tillegg vil en bruke innsamlede data til forskningsprosjekt.

Prosjektet består av en fagutviklingsdel og en forskningsdel med seks primærmedisinske "søyler":

1. fastlege, 2. legevakt, 3. sykehjem, 4. helsestasjon 5. pleie-/omsorgstjeneste, 6. psykisk helse.

En bygger på prosjektgruppens erfaringer med fagutvikling og forskning innenfor pasientsikkerhetskultur og tidligere bruk av måleverktøyet Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) ved sykehus, fastlegekontor og legevakt – hvor en allerede har gjennomført valideringsstudier. Det er publisert flere artikler fra disse prosjektene. De neste årene vil prosjektgruppen validere SAQ for de resterende søylene av primærhelsetjenesten: sykehjem, helsestasjon, pleie-

/omsorgstjenesten og kommunal psykisk helse. En vil da få validerte SAQ skjema for hver av de nevnte seks søylene i primærhelsetjenesten.

I den første perioden vil en gjennomføre analysene av valideringsstudien SAQ ved 5 sykehjem i Tønsberg (SIP-sykehjem). Datainnsamlingen er avsluttet, og det er 334 helsearbeidere ved 34 sykehjemsavdelinger som har deltatt. Data vil bli overført til elektronisk versjon, før en vil analysere data og skrive artikler fra denne valideringsstudien. Parallelt med dette vil en utvikle et elektronisk rapporteringssystem hvor hver enkelt av de 34 sykehjemsavdelingene vil motta egne resultatrapporter.

Basert på erfaringene fra denne pilotstudien skal det utvikles et system hvor legevakter (SIP-legevakt), fastlegekontor (SIP-fastlegekontor) og sykehjemsavdelinger (SIP-sykehjem) over hele landet vil kunne melde seg på SAQ kartlegging elektronisk – gjennomføre den på egen hånd – og i etterkant motta en rapport for egen behandlingsenhet – hvor en også får en sammenligning med alle andre enheter som har gjennomført undersøkelsen, dvs. – et "landsgjennomsnitt".

En vil også starte arbeidet med å gjennomføre en valideringsstudie av SAQ på helsestasjon, og utvikle rapporteringssystem (SIP-helsestasjon). Deretter vil prosjektet gjøre tilsvarende valideringsstudier og utvikle rapporteringsløsninger for SIP-pleie/omsorgstjeneste og SIP-kommunal psykisk helse.

Det vil ikke bli samlet personidentifiserbar informasjon. Prosjektet vil bli søkt godkjent av Personvernombudet for Forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Det vil bli opprettet en database med innsamlede SAQ besvarelser og registrerte uheldige hendelser/pasientskader på forskningsserveren UHEADS (Uni Health Data Storage). Denne er spesielt utviklet for å oppfylle kravene til lagring av data i forskningsprosjekter.

Alle deltagende behandlingsenheter vil få tilsendt rapporter med egne resultater og forslag til forbedringsområder fra fagutviklingsdelen. Forskningsdelen vil bli publisert i internasjonale tidsskrift.

Søker:	Norsk barnelegeforenings kvalitetsutvalg v/Unni Mette Stamnes Köpp
Prosjektets tittel:	Nasjonalt nettverk for pasientsikkerhet for barn og ungdom (PedSAFE)
Bevilget beløp:	kr 294 000

Det finnes i dag ikke en enhetlig nasjonal tilnærming til pasientsikkerhetsarbeid for barn og ungdom. Barn og ungdom har så langt ikke vært prioritert i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

Barnelegeforeningens kvalitetsutvalg vil opprette et nasjonalt nettverk rundt en tiltakspakke for tverrfaglig kvalitetssikring av observasjon og behandling av syke barn og ungdommer: Pediatric systematic assessment and communication for preventing emergencies (PedSAFE) som alt er etablert i en rekke av landets barneavdelinger.

Formål med nettverkets arbeid:

- Helsepersonell, på tvers av profesjoner og erfaringsnivå, skal være i stand til å gjenkjenne og forebygge en negativ sykdomsutvikling hos barn og ungdommer.
- Gjennom presis og objektiv kommunikasjon med fokus på avvik fra normalfysiologi forhindre at pasientskader oppstår som følge av kommunikasjonssvikt.

Hvordan kan PedSAFE føre til færre pasientskader og/eller bedre overlevelse?
Presis og objektiv kommunikasjon bygget rundt en felles forståelse av betydningen av avvik fra normalfysiologi kan forhindre pasientskader som følge av misforståelser og kommunikasjonssvikt gjennom hele behandlingskjeden, fra førstelinje via AMK til andrelinje og tilbake. PedSAFE bygger på enkle, velkjente konsepter (ABCDE, ISBAR, simulering), men dersom det

implementeres som et tiltak i hele helse- og omsorgstjenesten i Norge vil dette være unikt i internasjonalt pasientsikkerhetsarbeid. Bedret kommunikasjon og pasientflyt mellom første- og andrelinjetjenesten, inkludert bedre og mer velbegrunnete valg av behandlingsnivå (fastlege, generell barneavdeling, intermediær- og intensivavdeling) gjør at ressurser avsettes til de som trenger det mest: 'rett behandling - på rett sted - til rett tid'.

Implementering av PedSAFE krever ressurser i form av frikjøp av tid, men etter at PedSAFE er kommet inn i de respektive avdelingers rutiner er tanken at den kontinuerlige læringen og opprettholdelse av kompetanse skal inngå i rutine klinisk hverdag, inkludert ukentlige korte treninger i bruk av ABCDE, PEVS og ISBAR (casetrening).

Resultatene ønskes publisert i fagfellevurderte tidsskrifter. Det blir viktig å synliggjøre barn og ungdom som en viktig pasientgruppe i nasjonalt og internasjonalt pasientsikkerhetsarbeid. Arbeidet vil være av spesiell interesse for tidsskifter for medisinsk pedagogikk og interprofesjonell læring og vil i hovedsak beskrive prosessutfall.

Søker: Einar Amlie, Lovisenberg Diakonale Sykehus
Prosjektets tittel: TellMe
Bevilget beløp: kr 200 000

Lovisenberg Diakonale Sykehus benytter en elektronisk operasjonsprotokoll med systematisert koding av operasjonsdetaljer. Dette prosjektet er med støtte fra Legeforeningens fond i operativ drift. Vi har benyttet papirbaserte scoringsskjema både pre- og postoperativt og sender ut ca. 15.000 brev per år. Papirbaserte rutiner er ressurskrevende og innsamlingen mangelfull (responsrate 50-90%). Vi utvikler nå elektronisk scoreregistrering på mobil plattform. Prosjektet er definert innenfor sykehusets brannmur og preoperativ scoring og komplikasjonsregistrering ved fremmøte kan gjøres på PC/iPad og følges opp på informasjonstavler på post. Utvalg av pasienter til scoringsapplikasjonen er tett integrert mot DIPS

Papirbaserte rutiner gir mangelfull datafangst og skaper usikkerhet i analyse av operasjonsresultatet. Analyse av operasjonseffekt kan identifisere pasienter som har dårlig eller uheldig effekt av operasjon og bidra til riktig indikasjonsstilling og behandlingsform.

Det finnes mange applikasjoner for utsending av web-baserte spørreundersøkelser på mobil plattform, ofte kombinert med e-post eller SMS. Dette er applikasjoner utviklet "utenfra og innover" med utgangspunkt i generell web-basert funksjonalitet, men med manglende integrasjon mot pasientsystemet. Dette prosjektet baserer seg på en "innenfra-ut" tilnærming, dvs.

- Prosjektet tar utgangspunkt i erfaringer fra utsendelse av 20.000 spørreskjema fra lokalt kvalitetsregister
- Applikasjonen er tett integrert mot DIPS og pasientutvalget defineres ut fra operasjonsregistrering i DIPS (dvs. utvalget som skal scores hentes automatisk til riktig tid)
- Pasienter som skal scores vises på informasjonstavler på posten
- Applikasjonen distribueres via Intranett (innenfor sykehusets brannmur) med brukerdefinert oppsett av spørreskjema

Status for registrering vises på informasjonstavler for berørte enheter. Her vises også resultat av operasjonseffekt målt som differanse mellom postoperativ og preoperativ status som en del av rullerende virksomhetsrapporter

Data kan overføres til forskningsregister i samsvar med prosjektprotokoll og resultatene benyttes som grunnlag for foredrag (høstmøtet og internasjonale konferanser) samt vitenskapelige publikasjoner.

Søker:	Legeforeningens sekretariat v/Audun Fredriksen, fagsjef/lege
Prosjektets tittel:	Deltakelse på National Forum on Quality Improvement in Healthcare 2016
Bevilget beløp:	kr 550 000

Kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet har vært et av satsningsområdene for Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet samtidig som metodeutvikling som fører til forbedring og utvikling både i primær- og spesialisthelsetjenesten har vært sentralt i fondets virke. Legeforeningen har i en årrekke vært representert med leger og studenter som på National Forum som arrangeres årlig av Institute for Healthcare improvement (IHI) i Boston, www.ihi.org. Konferansen som samler mer enn 5000 deltagere er et referansested for de fleste aspekter innen kvalitetsforbedringsarbeid.

Tilbakemeldinger fra tidligere deltakere på National Forum viser til verdien av muligheten til å utvikle faglige nettverk, både gjennom kontakt med Legeforeningens deltakere og andre norske og utenlandske deltakere. Ideer som er fanget opp og mer eller mindre er tatt i bruk er bl.a. WHOs sjekkliste for trygg kirurgi, Global Trigger Tool (som benyttes i Pasientsikkerhetsprogrammet og som tilpasses norsk primærmedisin med støtte fra fondet) og kvalitetsprogrammet for kirurgi fra American College of Surgeons. I tillegg er programmet EpiData som brukes til statistisk prosesskontroll blitt videreutviklet i samarbeid med det amerikanske SPC-miljøet.

Hensikten med stipendene er å stimulere interessen for og kunnskapen om forbedringsarbeid blant norske leger og studenter. Studentene møter forberedt på konferansen ved at de for å bli kjent med terminologien har gjennomgått flere av nettkursene fra IHI Open School om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Tidligere studentdeltakere har startet opp pasientsikkerhetsgrupper for studentene ved universitetene, og det utarbeides nå nettkurs i pasientsikkerhet til bruk ved alle fakultetene.

Stipendene er utlyst i Tidsskriftet. Legeforeningens fagdirektør tildeler stipender til søkere som i søknaden kan dokumentere interesse for forbedringsarbeid og gjerne har en tillitsvalgt- eller lederfunksjon. Søkere som kan vise til planlagte prosjekter eller har ideer til aktuelle prosjekter vil bli prioritert. Søkerne må gjøre rede for hvordan erfaringene fra konferansen er tenkt formidlet og nyttiggjort. Det tilstrebes en rimelig geografisk fordeling av studentstipendene.

Sekretariatet vil som tidligere søke Legeforeningens seksjon for utdanning om godkjenning av tellende kurstimer ved deltakelse på konferansen.

Stipendmottakerne forplikter seg til:

- I løpet av konferansen å delta på felles oppsummeringer/idéutvekslinger som Legeforeningen organiserer.
- På konferansen å søke etter ideer som kan bringes tilbake og følges opp i egne fagmiljøer og/eller i Legeforeningen. Dette kan f.eks. dreie seg om prosjekter som knytter tradisjonell forskning sammen med forbedringsarbeid, eller prosesser som medvirker til kontinuerlig forbedring.
- Å lage en kort rapport som beskriver ovennevnte. Rapporten formidles til Legeforeningens sekretariat innen én måned etter avsluttet konferanse.
- Å presentere inntrykk fra konferansen på eget arbeidssted.

Søker:	Kjartan Koi, leder av Leger i ortopedisk spesialisering (LIOS)
Prosjektets tittel:	Gi kniven videre
Bevilget beløp:	kr 50 000

SERUS-rapporter fra flere av landets avdelinger og meddelelser fra kolleger hevder at leger i spesialisering (LIS) ikke slipper til på operasjon, spesialt ved de elektive inngrepene. Dette fører til at det i dag tar ca. 8 år å bli spesialist i ortopedisk kirurgi, på tross av at «normert» tid er satt til 6 år. Trolig er det i liten grad pedagogisk tilnærming før, under eller etter inngrepet, og dette fører til at læringseffekten ved inngrepene blir suboptimal og usystematisk.

I Norge, Sverige og Danmark har LIS-legeforeningene innen gynekologi og obstetrikk gjennomført kampanjen "Gi kniven videre", for å sette fokus på og legge til rette for at overlegenes kunnskaper og ferdigheter overføres til LIS. Det er laget en power-point-presentasjon av prosjektet, et informasjonsskriv og lommekort med sjekkliste som LIS og spesialist skal gjennomgå sammen før og etter inngrepet. Kampanjen har vært svært vellykket og gitt gode resultater. Vi ønsker å kjøre en lignende kampanje for ortopedi. I en travel kirurgisk hverdag har man som LIS mange oppgaver, og det skjer ofte at man ikke har mulighet til å møte forberedt til operasjoner, spesielt der man ikke står som førsteoperatør. Dette gjør at man får ikke hentet ut like mye ferdighetstrening som man burde ha gjort.

Alle ortopediske avdelinger i landet med utdanningsfunksjon vil få tilbud om å delta i kampanjen. Det vil oppnevnes en kontaktperson, gjerne en som sitter i utdanningsutvalget. Det forutsettes at ledelsen ved avdelingen støtter prosjektet. I første omgang utarbeides det et spørreskjema som skal sendes til LIS og spesialister. Dette besvares via QuestBack, og inneholder en del markører på kvaliteten på opplæring i operative ferdigheter. Etter endt prosjekt sendes det samme spørreskjemaet ut på nytt for å evaluere effekten av tiltakene av prosjektet. Det utarbeides lommesjekklister og en felles power-point-presentasjon som skal brukes ved sykehusavdelinger som deltar.

Kampanjen foregår i 18 måneder. Vi planlegger å lansere prosjektet under ortopedisk høstmøte i oktober. Før oppstart orienterer den ansvarlige LIS/overlege for kampanjen på avdelingen ved hjelp av en standard presentasjon, gjerne i forbindelse med internundervisning. Alle vil få utdelt lommesjekklister som skal gjennomgås før og etter operasjonen av LIS og overlege (hovedoperatør og assistent) sammen. Operasjonsavdelingen må informeres om kampanjen, og det er ønskelig at det henges opp plakater i operasjonsavdelingen med presentasjon av kampanjen og lommesjekklisten. Vi vil oppfordre til å holde fokus på opplæring av kirurgiske ferdigheter i den gitte perioden. Måter det kan gjøres på må tilpasses forholdene på den enkelte avdeling. Det kan gjøres avtaler med ledelsen om at man skal prioritere at en LIS deltar på alle inngrep, enten som hovedoperatør eller assistent. Der hvor LIS ikke er satt opp til faste operasjonsdager kan det settes inn i vaktplanen, og derved forhindre å dekke poliklinikk eller vakt på kort varsel. Det kan eventuelt utnevnes en ansvarlig overlege til å fordele inngrepene på LIS slik at de kan settes på samme type inngrep, gjerne med samme overlege, flere ganger på kort tid for å bedre kontinuiteten i opplæringen.

Resultatene fra Questback-undersøkelsen planlegges publisert i Norsk Ortoped Post, samt på Norsk Ortopedisk Forenings nettsider høsten 2018.

Søker:	Kristina Riis Iden, fastlege/forsker, Uni Research Helse
Prosjektets tittel:	Implementering av faste rutiner for vurdering av depresjon hos sykehjemspasienter
Bevilget beløp:	kr 410 000

Prosjektets overordnete målsetting er å bedre depresjonsdiagnostikken i sykehjem for å sikre rett og adekvat behandling av sykehjemspasienten. Forskning har vist at depresjonsdiagnostikken i sykehjem er tilfeldig. Cornell-skala er et godt verktøy til hjelp i diagnostikken, men dette brukes sjelden. Forprosjektet tar sikte på å undersøke kontekstspesifikke faktorer som er avgjørende for at regelmessig bruk av CSDD lar seg implementere i sykehjem.

Sammen med klinikere skal vi etablere og bearbeide strategi for innføring av Cornell-skala ved rutinemessig oppfølging av sykehjemspasienter. Vi inviterer 4-6 sykehjemsleger og sykehjemssykepleiere fra kommuner i Rogaland til et fokusgruppemøte. Først holder vi en kort introduksjon om depresjon hos eldre, om diagnostikk og behandlingsvalg. Deretter utfordrer vi praktikere på hvordan intervensjonen best kan utformes for at leger og sykepleiere vil ta i bruk Cornell-skala. Vi vil ha fokus på hvordan intervensjonen blir akseptert, er praktisk gjennomførbar og at den er relevant for klinikere i sykehjem. Transskriptet fra møtet gjennomgås, systematiseres og danner grunnlag for den konkrete oppskriften for intervensjonen.

I hovedprosjektet skal vi implementere intervensjonen slik den har blitt utarbeidet i forprosjektet, og undersøke implementeringsfaktorer. Vi vil invitere 2-4 sykehjem til å delta. Sykehjemslegene og sykepleiere i sykehjemmene vil få opplæring i depresjonsdiagnostikk av sykehjemspasienten og Cornell-skala. Vi vil hente ut variabler før studiestart, underveis og etter avslutning. Vi vil bruke fokusgruppeintervju og individuelle forskningsintervju av leger og sykepleiere i de aktuelle sykehjemmene.

Implementering av intervensjonen skal gjennomføres i samarbeid med Aldring og Helse, Nasjonalt kompetansesenter.

Det tas sikte på å presentere resultatene i kurs og forelesninger for allmennleger, sykehjemsleger og psykogeriatere, samt publisere resultatene i fagfellevurderte tidsskrifter og på internasjonale kongresser.

Søker:	Senter for Kvalitet i Legekontor (SKIL) v/Nicolas Øyane, leder
Prosjektets tittel:	Senter for kvalitet i legekontor – videreutvikling av selskapet, inkludert videreføring av prosjekt Legemiddelgjennomgang og oppstart av prosjekt innen rett antibiotikaforbruk
Bevilget beløp:	kr 5 304 000

SKIL har hatt en omfattende utvikling i 2015, og har etablert kontakt med både legekontorer og fremtidige kommunale og statlige samarbeidspartnere. SKIL er nevnt i både primærhelsemeldingen, statsbudsjettet og regjeringens handlingsplan for redusert antibiotikaforbruk innen 2020.

SKIL har etablert en modell som skreddersyr kvalitetsarbeid for legekontor. Modellen innebærer uttrekk av egne data til diskusjon i kollegagrupper, hvor man veiledes i systematisk kvalitetsarbeid innenfor bestemte kliniske tema. Forut for samlingene får deltakerne tilgang til e-læringskurs innenfor det aktuelle faglige temaet. Det første lanserte temaet er legemiddelgjennomgang.

Innsamlede data fra både Medrave og kollegagruppesamlingene leveres også til SKIL i anonymisert aggregert form. Dataene kan benyttes til å lage normalmateriale, samt oversikter på

bydels- og kommunenivå, til evaluering av tiltakene, og er også interessante i forskningssammenheng.

Vi har også innledet samarbeid med Antibiotikasenteret for Primærmedisin (ASP) om å lage et tema innen riktig antibiotikaforbruk, som sannsynligvis vil bli SKILs neste tema.

Et annet viktig innsatsområde er etablering av en e-portal som organiserer legekontor i grupper, og hvor det er mulig for både deltakere, veiledere og SKILs personell å ha oversikt over grupper, møter, påmeldte legekontor, innleverte skjema etc. Portalen www.eportal.skilnet.no er lansert, den vil i løpet av 2016 også inneholde en e-læringsportal.

Et tredje viktig innsatsområde har vært å lage en tydelig profil, både hva gjelder nettside, logo, grafiske elementer etc. Vi har nylig fornyet nettsidene www.skilnet.no og har etablert et nyhetsbrev med 235 abonnenter hittil. Vi vil fortsette å jobbe for å profilere selskapet som et seriøst firma som jobber for både legekontorenes og offentlige myndigheters interesse. På den måten bidrar SKIL til at kvalitetsarbeid foregår på flere nivåer i helsetjenesten, og bidrar til økt oppmerksomhet på tverrfaglig samarbeid.

SKIL kommer til å lage oversikter over normalverdier for de ulike parameterne som samles inn, først og fremst for at legekontorene selv kan benytte dette som «benchmarking» av egen praksis. I tillegg vil vi ha mulighet til å levere aggregerte data på bydels- og kommunenivå til de kommunene som ønsker samarbeid. Vi legger til rette for samarbeid med forskningsmiljøer i Norge, spesielt har vi et tett samarbeid med Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin ved universitetet i Bergen om vitenskapelige publiseringer basert på innsamlede data.

Søker:	Kvalitetsutvalget, Norsk forening for nevrofysiologi v/leder Kristian Bernhard Nilsen
Prosjektets tittel:	Nettpublisering av Retningslinjer for metoder i klinisk nevrofysiologi
Bevilget beløp:	kr 90 000

Legeforeningen har tidligere publisert "Retningslinjer for metoder i klinisk nevrofysiologi" bind 1 og bind 2 (i henholdsvis 2004 og 2008) i papirformat. Kvalitetsutvalget i Norsk forening for klinisk nevrofysiologi har de siste 3 årene arbeidet med å revidere disse retningslinjene. Det er besluttet å videreføre retningslinjene i digitalt format med Legeforenings nettsider som plattform. Digitaliseringsarbeidet har vist seg å være relativt tidkrevende og bremser revisjonsarbeidet betydelig.

Kvalitetsutvalget har gjennomført litteratursøk og har siden 2012 hatt jevnlige møter for en kritisk gjennomgang av publiserte internasjonale anbefalinger for metoder i klinisk nevrofysiologi. Gruppen reviderte i 2013 det spesielt omfattende kapitelet om nevrofysiologisk utredning av ulike perifere muskel- og nervelidelser, og arrangerte i 2014 et stort konsensusmøte med støtte fra Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I 2015 reviderte vi kapitlet om søvnundersøkelser. Begge disse reviderte kapitlene har blitt publisert på foreningens nettsider. Vi har i 2016 revidert ytterligere 4 mindre kapitler, i alt ca. 200 sider med faglige anbefalinger.

Det resterende arbeidet består av kritisk revisjon av ca. 200 sider med faglige råd og anbefalinger, samt å gjøre dette tilgjengelig i digitalt format. Revisjonsarbeidet vil bli fordelt på medlemmene av kvalitetsutvalget, og gjennomgått på videokonferanser. Vi ønsker å gjennomføre et fysisk møte hvor vi samles for å sluttføre eventuelle vanskelige punkter.

De reviderte retningslinjene vil bli publisert på nettsidene til vår fagmedisinske forening (Legeforeningens nettsider). Vi vil samle bind 1 og bind 2 slik at retningslinjene framstår som enhetlige. Figurer og tabeller vil framstilles slik at de vil være tilgjengelige også fra smarttelefoner og dermed mer tilgjengelig for flere i den kliniske hverdagen.

Søker:	Revmatologisk seksjon, OUS, Rikshospitalet v/Øyvind Palm
Prosjektets tittel:	Register for **Med**isinsk **U**tprøvende **B**ehandling (MEDUB)
Bevilget beløp:	kr 150 000

Prosjektet Register for Medisinsk Utprøvende Behandling (MEDUB) skal bedre pasientsikkerheten ved å kvalitetssikre behandlingen når godkjente medikamenter brukes utenfor offisielt godkjent indikasjon. MEDUB har vært utprøvd i revmatologisk seksjon siden 2007. Prøveperioden har avdekket at nåværende tekniske løsning er beheftet med feil og mangler som hindrer at registeret fungerer etter intensjonene. En ny, erfaringsbasert, fremtidsrettet, funksjonell og rimelig registerstruktur kan imidlertid bli realitet i løpet av 2016.

Til nå inneholder MEDUB 26 diagnoser, 28 ulike medikamenter og 586 inkluderte pasienter. Blant de seks mest brukte medikamentene er fem biologiske legemidler som også i henhold til Legemiddelverket er under spesiell overvåkning. Vi har avdekket at enkelte medikamenter seponeres raskt, til dels på grunn av bivirkninger eller manglende effekt. Resultatene fra MEDUB bidrar dermed til endring i valg av behandling. Likevel har erfaring vist at registeret mangler essensielle funksjoner for å fungere etter hensikten og at en ny registerstruktur er nødvendig for å rette dette.

- Vi ønsker at MEDUB ikke lenger skal være bygget opp omkring diagnosene som hovedvariabler, men i stedet omkring medikamentene. Dette vil sikre at registrerte parametere i større grad fanger opp medikamentrelaterte effekter og bivirkninger. I tillegg vil MEDUB da lettere kunne tilpasses bruk innen andre fagfelt enn revmatologi.
- Automatiske påminnelser. Vi ønsker at laboratorieverdier hentes automatisk fra journalsystemet, og at parametere som faller utenfor referanseområdene utløser et varsel. Påminnelser om oppfølgende kontroll vil også være nyttig.
- Informert samtykke for registrering ønskes så langt som mulig. Samtykke vil åpne flere muligheter for kobling av resultater mot andre registre (Kreftregister, Dødsårsaksregister). Resultater av slik kobling kan øke kunnskapen om medikamentene for oss og lettere publiseres slik at de blir mer tilgjengelige også for andre.
- Automatiske rapportfunksjoner basert på diagnoser og seponeringsårsaker, "medikamentoverlevelse" med automatisk genererte diagrammer både for enkeltpasienter og grupper vil gi tydeligere oversikt.
- Mulighet til å bruke MEDUB i andre avdelinger. Vi får tilbakemeldinger som viser at andre seksjoner og avdelinger er interessert i MEDUB eller tilsvarende konsept for egen praksis. Vi kjenner ikke til at dette er gjort. Vi har imidlertid innledet samarbeid med seksjon for hudsykdommer som injiserer botulinumtoxin på spesielle manifestasjoner ved bindevevssykdommen systemisk sklerose. Behandlingen gjøres på hudseksjonen og vi registrerer i MEDUB. Innen samme sykdom er det også aktuelt å registrere pasienter som får autolog benmargstransplantasjon i samarbeid med avdeling for blodsykdommer (som utfører behandlingen).

MedInsight (www.medinsight.no) er et ikke-kommersielt registerverktøy for håndtering av strukturert informasjon til bruk i forskning og kvalitetsforbedring av pasientbehandling. Vi har gjennom drift av et annet register, Norsk systemisk bindevevssykdom og vaskulittregister (NOSVAR), nylig samarbeidet med gruppen som utvikler og drifter MedInsight. MedInsight bekrefter at de kan lage et MEDUB-register i henhold til vårt behov, våre ønsker og innenfor den aktuelle finansielle rammen.

Erfaringene fra MEDUB blir årlig sammenfattet i årsrapporter som distribueres til seksjons- og avdelingsledere, samt seksjonens leger. Med nye funksjoner skal registeret gi forskrivende leger og

administrativt medansvarlige bedre oversikt over omfanget av medikamenter brukt utenfor godkjent indikasjon. MEDUB skal også varsle dersom tegn til bivirkninger oppstår.

Registeret er kjent internt i seksjon for hudsykdommer og seksjon for infeksjonsimmunologi, og eksternt i Nevrologisk avdeling OUS og i Norsk revmatologisk forening. Resultater fra en ny MEDUB vil gjennom bredere publisering kunne nå flere.

Søker:	Maria B. Ræder, avtalespesialist, Bergen
Prosjektets tittel:	Etablering av "Register i gynekologisk spesialistpraksis" – Et forsknings- og kvalitetsregister
Bevilget beløp:	kr 90 000

Registeret har som målsetting å systematisk registrere og integrere informasjon fra pasient og behandler for pasienter henvist til spesialistpraksis innen gynekologi og obstetrikk. Vi ønsker å kunne evaluere behandlingens kvalitet og utfall, og hvordan denne moduleres utfra pasientrapporterte og medisinske prediktorer.

Registeret vil systematisk levere data som beskriver kvaliteten på den behandlingen som tilbys. Det er en utfordring i dag at vi baserer evalueringen av det vi produserer på åpenbart utilstrekkelige kvalitetsindikatorer, slik som ventetid. Det er et behov for å ha bedre kontroll på den behandling som tilbys, for å kunne påse at den er i tråd med det en forventer utfra publisert litteratur og egne forventninger.

Registerets populasjon er pasienter henvist til spesialistsenteret.

Spørreskjema til pasientene vil utformes med prinsipielt tre deler:
1) Generelle pasientopplysninger av typen navn og yrke.
2) Symptom-/tilstandsfokusert del.
3) Vurdering av livskvalitet ved validerte spørreskjema.

Del 1 og 3 vil være felles for alle skjema, mens del 2 vil være avhengig av tilstand. I tillegg vil behandlere (lege og hjelpepersonell) registrere resultatet av egne undersøkelser. All datainnsamling vil foregå elektronisk ved hjelp av Ipad og elektronisk skjema for behandler.

Registeret vil eksportere flate resultatfiler til statistiske analyseformål. Disse vil bli lagret på samme server, tilhørende legesenteret, som databasen. Man vil påse at alle lovmessige krav i henhold til personvern og datasikkerhet ivaretas.

Registeret vil regelmessig evalueres med hensyn til kvalitetsindikatorer og utfall. Dette vil brukes internt til kvalitetsforbedrende tiltak. Resultater vil også bli delt med lokale miljøer (sykehus og primærhelsetjenesten), samt på nasjonale arenaer, f.eks. Norsk Gynekologisk Forening. Det vil bli etablert en webside for pasientrettet informasjon,

Registeret vil være av stor forskningsmessig betydning, og resultater vil publiseres i nasjonale og internasjonale tidsskrifter, og vil kunne bidra til å fylle et kunnskapshull innenfor kvinnehelse.

Søker:	Utvalg for transkulturell psykiatri, Norsk psykiatrisk forening v/Morten Sandbu, OUS
Prosjektets tittel:	Utenlandske leger i norsk psykiatri
Bevilget beløp:	kr 181 000

I Norge, som i de fleste andre vestlige land, har antall leger med utenlandsk bakgrunn økt kraftig de siste 10-15 årene. I 2014 var 17 % av alle leger i yrkesaktiv alder i Norge utenlandske statsborgere. I 2013 gjaldt 38 % av alle spesialistgodkjenninger i Norge utenlandske statsborgere. I psykiatri var andelen utenlandske statsborgere 46 %. I samme periode har også pasientpopulasjonen endret seg og blitt mer sammensatt kulturelt og språklig. I denne

virkeligheten kan legers ulike språk- og kulturbakgrunn representere en ressurs og kan tilføre helsetjenesten verdifull kunnskap og nye perspektiver. Samtidig vil svak språkkompetanse og kulturrelaterte misforståelser kunne føre til problemer i forholdet til kolleger og pasienter. Vi ønsker å undersøke dette nærmere for å se på problemområder, men også belyse de positive sidene ved denne utviklingen. Vi tror ev. funn vil kunne være generaliserbare til andre medisinske spesialiteter og kunne bedre kvaliteten på disse delene av helsetjenesten.

Temaet er lite undersøkt, også internasjonalt. Aasland, Javo og Larsen publiserte i 1997 i Tidsskriftet for legeforeningen en undersøkelse om utenlandske leger ved norske sykehus, som konkluderte med at det var ønskelig med etablering av støtteordninger for utenlandske leger, uten at dette har blitt fulgt opp. Esperanza Diaz, forsker ved NAKMI og førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen, har gjort kvalitative undersøkelser av utenlandske legers konsultasjoner i allmennpraksis i Norge, men har etterlyst pasientperspektivet i tverrkulturell behandling i psykiatri. Prof. Bruce Wampold, University og Wisconsin, Madison, USA har også omtalt tverrkulturell behandling i psykiatri som et område det er lite kunnskap om internasjonalt, også i USA (pers. meddelelse 2015).

Vi ser for oss at prosjektet vil kunne være praktisk nyttig, da innslaget av både utenlandske pasienter og behandlere er økende. Det vil kunne si noe om hva som skal til for å kunne få til en vellykket integrering av klinikkenes utenlandske leger. Og det vil mulig kunne identifisere faktorer ved pasientbehandlingen som kan være av betydning både for pasienters opplevelse av konsultasjonen og antagelig også for resultatet av behandlingen. Det har sånn sett et brukerperspektiv både for lege og pasient. Vi oppfatter prosjektet som klinikknært og håper og tror det kan være med på å styrke videre pasientrettet forskning på dette området.

Vi har allerede publisert en originalartikkel rundt dette temaet i Tidsskrift for den norske legeforening, "Utenlandske leger i norsk psykiatri-behov for en mentorordning?" Artikkelen er oversatt til engelsk og indeksert i PubMed. Resultatene fra dette prosjektet vil bli søkt publisert dels i Tidsskrift for den norske legeforening, dels i internasjonale tidsskrift.

Søker:	Eva Astrid Øverland, Ahus
Prosjektets tittel:	NEWS, Eary warning Score, for gravide, fødende og barselkvinner
Bevilget beløp:	kr 250 000

Early Warning Score skal implementeres i alle sykehus i Helse Sør Øst som et verktøy for å øke pasientsikkerhet. På Ahus innføres dette i løpet av 2016 på alle avdelinger. Formålet er å redusere omfang og frekvens av alvorlige komplikasjoner. Early Warning Score kan ikke brukes på kvinner som er gravide eller i barseltid. Vi ønsker å gjøre en kunnskapsoppsummering av det som finnes om en tilsvarende bruk for kvinner som er gravide, fødende eller i barseltid. Kvinneklinikken på Ahus ønsker å starte et prosjekt med å utvikle Early warning score for gravide, fødende og barselkvinner til en norsk løsning.

Det er gjort et omfattende arbeid på utvikling av MEWS (Modified Early Warning Score) for gravide og fødende i Storbritannia og Irland. Vi vil ta utgangspunkt i dette i vårt prosjekt. Kunnskapsoppsummeringen i det britiske arbeidet virker solid, men må sannsynligvis suppleres. Oversettelse og tilpasninger til norske forhold er nødvendig. Vi ønsker å benytte småskalatesting i implementeringen, både for å tilpasse det britiske systemet og for å sikre at dette blir benyttet på korrekt måte.

Når resultater foreligger vil vi kunne bygge en publikasjon ut fra SQUIRE-retningslinjene, enten i Tidsskriftet eller et internasjonalt fagfellevurdert tidsskrift. Årsmøtene i Norsk gynekologisk forening og Jordmorforeningene er andre naturlige fora for publikasjon, eventuelt også andre nasjonale eller internasjonale fora.

Søker:	Kommunelegene i Porsgrunn og Skien kommuner, Bjørnar Nyen og Vegard Høgli
Prosjektets tittel:	Utprøving av praksiskonsulentordning i større bykommuner
Bevilget beløp:	kr 475 000

Samhandlingsreform og befolkningsutvikling medfører at kommunehelsetjenesten og fastlegene får et mer omfattende ansvar for sykere pasienter og mer kompleks oppfølging i hjemmet. Stortingsmelding 26 foreslår nye samarbeidsformer i kommunehelsetjenesten, blant annet gjennom samlokalisering og etablering av tverrfaglige team. I større kommuner må dette konkretiseres, og en må etablere løsninger for å sikre jevnt høy kvalitet. Praksiskonsulentordningen i sykehus har vært verdifull i å strukturere samhandlingen mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten, og er en god struktur for å bedre samhandling i helsetjenesten. I de store bykommunene kreves tydeligere strukturer og en særlig oppmerksomhet på hvordan samarbeidet fungerer i store organisasjoner med mange aktører.

Telemark har vært aktive i utvikling av «praksiskonsulentordningen» på sykehus. Vi ønsker å videreutvikle metoden gjennom utvikling av «kommunal praksiskonsulentordning». Prosjektet bygger på det som er utviklet og erfaringer som er gjort i samhandlingsprosjektet.

Satsningen fortsetter i begge kommuner fordi vi ser at den nødvendige endring i praktisk samarbeid og samhandling er mer enn utarbeidelse av skriftlige prosedyrer og skjemaer; det er snakk om endring av kultur. For å formidle og få samarbeidsformene som er utviklet i prosjektet til "å sette seg" hos alle involverte, ser vi at vi trenger å følge opp og videreutvikle arbeidet på en systematisk måte. Det gjennomføres kursing av ansatte i geriatrisk vurderingskompetanse og i praktiske prosedyrer og det utarbeides nå rutiner for hvordan denne kompetansen kan vedlikeholdes og også gis til nyansatte. Kartleggingsskjemaet som brukes på alle nye pasienter i hjemmetjenestene og ved endring i tilstand hos de som allerede er brukere skal digitaliseres.

De kommunale praksiskonsulentene er underlagt kommuneoverlegene i de to kommunene. Prosjektet har styringsgruppe med kommunalsjefene i helse og omsorg/helse og velferd og kommuneoverlegene. Praksiskonsulentene har faglig samarbeid med praksiskonsulentordningen ved Sykehuset Telemark HF.

En tverrfaglig arbeidsgruppe i hver kommune arbeider på systemnivå med samhandlingen omkring mennesker med kroniske lidelser (i forlengelse av prosjektet "Bedre samhandling omkring kronikergrupper med utgangspunkt i primærhelsetjenesten"). Praksiskonsulenten vil være en del av den arbeidsgruppen. Arbeidsgruppene i de to kommunene har felles møter to ganger per halvår. Kommuneoverlegene har møte med praksiskoordinator ved Sykehuset Telemark to ganger i halvåret.

Det er søkt midler fra allmennmedisinsk forskningsfond med tanke på forskningsdesign som kan gi publisering av resultater i form av forskningsartikler. Videre vil en dele utviklede rutiner og informasjonsmateriell, eventuelt tilby erfaringsformidling og kurs til andre kommuner.

Søker:	Tonje Rambøll Johannessen, Legevakten i Oslo
Prosjektets tittel:	Bruk av 1-times algoritme for Troponin T for raskere avklaring av NSTEMI på Observasjonsposten ved Legevakten i Oslo
Bevilget beløp:	kr 400 000

Formålet med studien er å effektivisere og forenkle dagens rutine for bruk av troponiner på Observasjonsposten ved Oslo Legevakt. Vi ønsker å undersøke om primærhelsetjenesten raskere kan avklare pasienten med tanke på akutt NSTEMI ved å ta i bruk ny 1-times algoritme for vurdering av endringer i høysensitiv Troponin-T (hs-cTnT). Studier som omhandler denne

algoritmen baseres hovedsakelig på pasienter i sykehus. Vi ønsker nå å teste denne algoritmen på en lavprevalenspopulasjon prehospitalt. Algoritmen innebærer to sett med troponiner tatt med kun én times mellomrom. Vi ønsker også å vurdere om akutt NSTEMI kan utelukkes prehospitalt med kun ett enkelt troponinsett dersom pasienten har hatt symptomer i mer enn tre timer og første troponinverdi er <5 ng/L.

Dersom studien kan avdekke at samme konklusjon vedrørende NSTEMI kan fattes på et tidligere tidspunkt ved å ta i bruk den nye algoritmen for troponin-T, kan man se for seg betydelig raskere overføring til sykehus og behandling for pasienter med mistenkt NSTEMI, mer effektiv og økonomisk drift av Observasjonsposten med økt kapasitet for observasjon av andre pasienter, noe som igjen vil avlaste lokalsykehusene i Oslo ytterligere. Raskere avklaring vil også medføre redusert tid med bekymring hos pasienter med akutte brystsmerter.

Vi ser også for oss at dette kan være overførbart til andre sykestuer og kommunale akutte døgnenheter/KAD-avdelinger rundt om i landet dersom algoritmen blir validert for bruk i en primærhelsetjenestepopulasjon. Ved å ta i bruk troponinalgoritmen prehospitalt, har man mulighet til observere pasienter med uspesifikke brystsmerter lokalt mens blodprøvene sendes samlet til sykehuset for analyse. Dersom prøvene avkrefter mistanken om NSTEMI kan dette spare pasienter og pårørende for unødvendig lang reisevei samt frigjøre flere ambulanser til andre oppdrag, noe som særlig er relevant i distriktene.

Pasienter som kan inkluderes i studien er pasienter som blir overført til Observasjonsposten av legevaktslegen for «obs cor». Dette er pasienter med symptomer der det ikke er entydige indikasjoner for sykehusinnleggelse, men der en alvorlig årsak til symptomene ikke kan utelukkes uten observasjonsopphold og ev. supplerende prøver.

Den enkelte legevaktslege avgjør hvilke pasienter som overføres til Observasjonsposten for «obs cor» og troponiner, uendret fra dagens praksis. Det vil bli tatt totalt tre separate troponinsett. Da 1-times algoritmen for Troponin-T allerede er validert for bruk i sykehus, må denne algoritmen implementeres for bruk ved oppstart av studien. Dette da det vil være etisk vanskelig å ikke forholde seg til en troponinverdi som anbefaler innleggelse i sykehus før alle tre troponinverdier foreligger. Videre skal ingen inkluderte pasienter sendes hjem før alle tre troponinsettene er tatt. Vi vil innhente epikriser med endelig diagnose av alle pasientene som innlegges på sykehus. Dersom pasientens klinikk forverres med styrket mistanke om NSTEMI, skal pasienten innlegges direkte før troponinsvar foreligger.

Resultatene planlegges i første omgang publisert som enkeltartikkel.

Søker:	Tverrfaglig arbeidsgruppe v/Olav Slettvold, St. Olavs hospital
Prosjektets tittel:	Utarbeiding av Veileder for ortogeriatrisk hoftebruddbehandling i Norge
Bevilget beløp:	kr 100 000

Målsettingen er å utarbeide en tverrfaglig veileder for såkalt "ortogeriatrisk" behandling av hoftebruddpasienter. Vi mener en slik veileder vil gi en sterkt ønsket kvalitetsforbedring av behandlingen for norske hoftebruddpasienter, og gi økt pasientsikkerhet.

I lang tid har det vært argumentert for at strukturert ortopedisk-geriatrisk samarbeid vil være gunstig i arbeidet med denne pasientgruppen, og etter hvert har begrepet ortogeriatri vokst frem. Norsk praksis er i dag heterogen, og sentrale elementer av helhetlig ortogeriatrisk tenkning og behandling kan mangle. Det er nødvendig å få avklart hva som konkret bør inngå i en framtidsrettet ortogeriatrisk behandlingsmodell.

Geriatere, ortopeder og anestesiologer er samstemte i at hoftebruddbehandlingen i Norge nå må opp på nivå med praksis i Norden for øvrig og Storbritannia. I første omgang ønsker vi å gå sammen i arbeidet om utarbeiding av en norsk veileder for et ortogeriatrisk pasientforløp.

Vi ser også behovet for en DRG for ortogeriatri. Denne bør knyttes til et standardisert pasientforløp for hoftebruddpasienter. Den nasjonale hoftebruddsdatabasen bør også ta inn kvalitetsindikatorer relatert til ortogeriatri.

Materiale:

1. Publikasjoner fra de ortogeriatriske hoftebruddstudiene fra Ullevål (BMC 2014) og St. Olavs Hospital (Lancet 2015).
2. Faglig vurdering fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; det søkes om forskningsoppsummering.
3. Den britiske Blue Book og NICE-vurderinger.
4. Eksisterende veiledere/prosedyrer fra ortopediske avdelinger i Norge.

Tverrfaglig sammensatte arbeidsgrupper med representanter for flere spesialforeninger skal gjennomgå grunnlagsmaterialet, ekstrahere data og deretter utforme veilederen. Ekstern review/harmonisering skal skje i samarbeid med Norsk forening for anestesiologi og relevante aktører for fysioterapi og sykepleie. Resultatene planlegges implementert som gjeldende veileder for behandling av hoftebrudd i Norge.

Søker:	Mark Fagan, Tromøy legesenter
Prosjektets tittel:	Evaluation of safety and effectiveness of automatic stop of antibiotics after 3 days of therapy in nursing home settings
Bevilget beløp:	kr 60 000

Unødvendig forskrivning av antibiotika er uheldig for den aktuelle pasient, institusjonen pasienten befinner seg i og miljøet ellers. Prosjektet sikter på en automatisk reevaluering av indikasjon, valg av og dosering av antibiotika etter tre dager. Dette vil kvalitetssikre antibiotikaforskrivning, noe som i sin tur kan også redusere mulige bivirkninger/interaksjoner og unødvendige kostnader. Første delen av studien er prosjektplanlegging (litteratursøk, drøfting med kommunen, samarbeid med IT-ansvarlig for GERICA, søknad til REK). Hovedprosjektet vil foregå i perioden april 2017-april 2019.

Resultater fra dette prosjekt kan ha relevans for behandling av sykehjemspasienter både i Norge og i andre land. Resultatene ønskes publisert i et engelskspråklig tidsskrift.

Søker:	LEFO – Legeforskningsinstituttet v/Karin Isaksson Rø
Prosjektets tittel:	Bra for leger – bra for pasienter?
Bevilget beløp:	kr 1 246 000

Bedring av kvaliteten på medisinsk behandling er en av de viktigste utfordringene for helsevesenet. Forskere fremhever nå betydningen av gode arbeidsforhold for helsearbeidere som vesentlige for det kvalitetsforbedrende arbeidet, men dette trenger å studeres i en klinisk sammenheng.

Bedring av kvaliteten på medisinsk behandling er til enhver tid en av de viktigste utfordringene for helsevesenet. Tradisjonelt har man operert med et såkalt «Triple Aim» for kvalitetsarbeid:

i) å forbedre pasientbehandling (kvalitet og opplevelse),

ii) å forbedre populasjonens helse og

iii) effektiv ressursbruk.

De siste årene peker forskere på «The Quadruple Aim», der gode arbeidsforhold for helsearbeiderne også må inkluderes som et sentralt mål.

Vi vil i dette prosjektet derfor studere samspillet mellom organisatoriske faktorer, legers jobbtilfredshet og disses betydning for kvalitet i pasientbehandlingen. Siden studien gjøres i tett samarbeid med et sykehus og utformes slik at lokal klinisk praksis og erfaring integreres med forskningserfaring – vil studien være nyttig lokalt for leger, øvrige ansatte og pasienter samtidig som den gir vitenskapelig kunnskap. Det vil si at noe av læringen fra prosjektet vil være lokalt nyttig kunnskap, mens både den interaktive forskningsmetoden som utvikles og deler av resultatene vil kunne generaliseres både til andre sykehusmiljøer i Norge og også internasjonalt. Vi ønsker i prosjektperioden også å inkludere ytterligere ett til to sykehus i studien, for å sikre generaliseringsverdien.

Vi utvikler prosjektet i tett samarbeid med klinikere i deres daglige arbeid i sykehuset (medisinsk og kirurgisk avdeling ved Diakonhjemmets sykehus), og prosjektet er forankret i ledelsen. Vi vil bruke en interaktiv arbeidsmåte med både kvalitative og kvantitative metoder for å belyse samspillet mellom organisatoriske faktorer, tilfredshet og kvalitet i behandlingen. Vi vil samle inn data gjennom intervjuer, observasjoner, spørreskjemaer, målinger og gjennomgang av intern dokumentasjon og rutiner, for å sikre mest mulig praksisnær kunnskap. Analysene av datamaterialet vil presenteres for legene, slik at forskere og klinikerne i fellesskap kan identifisere og utvikle de problemstillingene og tiltakene som er relevante og nyttige. Prosessen fortsetter på denne måten i interaksjon mellom forskere og klinikere for å nå konklusjoner om samspillet mellom organisatoriske faktorer, legers jobbtilfredshet og kvalitet i pasientbehandlingen.

En lignende arbeidsmåte er beskrevet i en tysk studie, der leger gjennom gjentatte gruppemøter analyserte problematiske arbeidsforhold, utviklet løsninger og implementerte disse. Underveis ble legenes arbeidsforhold og pasientenes tilfredshet målt, og man så bedringer både for leger og pasienter sammenlignet med avdelinger der man ikke hadde slike prosesser.

Prosjektet legger stor vekt på tilbakemelding til legene og sykehuset. Vi vil også publisere funn i vitenskapelige artikler, nasjonalt og internasjonalt (3-4 artikler). Endelig vil vi formidle resultater for et bredere norsk publikum.

Søker:	Torild Skrivarhaug, Barnediabetesregisteret
Prosjektets tittel:	Sammen om bedre diabetesbehandling for barn og ungdom ved bruk av eksisterende ressurser i barneavdelingene
Bevilget beløp:	kr 403 000

I Norge oppnår kun en av tre barn og ungdommer med type 1 diabetes (T1D) behandlingsmål på HbA1c <7,5%. Barnediabetesregisteret (BDR) har vist at det er store forskjeller i gjennomsnitts HbA1c ved forskjellige barneavdelinger og i å innføre nasjonale retningslinjer ved norske barneavdelinger.

Nasjonale kvalitetsregistre gir mulighet til å studere kliniske variabler og resultatet av behandling. Barnediabetesregisteret gir hver barneavdeling mulighet til å følge resultatene sine og sammenligne seg med de andre barneavdelingene. Data blir samlet inn prospektivt og blir fulgt longitudinelt. I 2014 deltok 97 % av alle barn og ungdommer ved norske barneavdelinger i registeret. Erfaring med både barnediabetes og andre medisinske spesialiteter har vist at et systematisk samarbeid om forbedring i kombinasjon med nasjonale kvalitetsregistre kan forbedre kliniske resultat.

Hovedmål i prosjektet er å oppnå bedre HbA1c ved deltagende avdelinger; å oppnå at en høyere andel barn og ungdommer oppnår behandlingsmål HbA1c < 7,5 %.

Delmål er å implementere klare behandlingsregimer og klare behandlingsmål for HbA1c og å bedre og standardisere kvaliteten på diabetesomsorgen ved norske barneavdelinger.

Norske barneavdelinger, Barnediabetesregisteret og Diabetesforbundet samarbeider i prosjektet. Et team med fire eksterne forbedringskonsulenter deltar sammen med prosjektledelsen i planlegging av prosjektet og opplæringstiltakene. I prosjektperioden vil forbedringskonsulentene delta på heldagsmøtene, og holde foredrag og gi veiledning til de deltagende diabetesteamene. De vil også gi veiledning til diabetesteamene mellom heldagsmøtene. Intervensjonen består i bevisstgjøring om hvordan et diabetesteam bør fungere. Hvordan de skal innføre klare behandlingsregimer (skriftlige prosedyrer/avtaler) og innføre klare behandlingsmål for HbA1c. Diabetesteamet må lære å være helt klare og entydige når de gir råd til pasient og pårørende. Diabetesteamet må ha et avklart forhold til hvordan man informerer pasient og pårørende om lavt blodsukker og hvilke råd man gir. Diabetesteamet må også ha et avklart forhold til hvordan de forholder seg til redsel hos pasient og /eller pårørende. Diabetesteamet må ha en bevisstgjøring rundt betydningen av å kartlegge det de gjør og betydningen av å vurdere resultatene av det man gjør.

Diabetesteamet må ha klare behandlingsmål: Større andel pasienter med HbA1c <7,5% og mindre andel pasienter med HbA1c > 9,0%.

En modifisert form av Gjennombruddsmetoden vil bli brukt. Metoden inkluderer fire heldags læringssesjoner og to oppfølgingssesjoner i løpet av 18 måneder. Barnediabetesregisteret (BDR) registrerer årlig kvaliteten på diabetesbehandling hos barn i Norge. Det er 97 % kompletthet på pasientdeltagelse og 97 % kompletthet på HbA1c. Rapportering av data i prosjektperioden skjer til BDR som vil analysere og rapportere tilbake til deltagende avdelinger.

Prosjektdeltakerne er tverrfaglig sammensatte diabetesteam ved 9 barneavdelinger i Norge. Antall personer i hvert diabetesteam varierer. Totalt er det ca. 2700 barn med T1D ved norske barneavdelinger. Antallet pasienter per avdeling varierer.

Resultatene vil bli formidlet til deltagende barneavdelinger underveis i prosjektet og før hver læringssesjon. Etter ferdig prosjektperiode vil resultatene bli offentliggjort som en rapport til SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering). Resultatene vil også bli presentert på nasjonale kongresser med abstrakt/foredrag/poster og publisert i internasjonale tidsskrift med review vurdering etter Vancouver konvensjonen.

Søker:	Norsk forening for medisinsk mikrobiologi v/Astrid Louise Wester
Prosjektets tittel:	Mikrobiologiportalen. Norsk internettportal for mikrobiologiske analyser.
Bevilget beløp:	kr 100 000

Hensikten med prosjektet er å etablere en felles internettportal (Mikrobiologiportalen) med oversikt over tilgjengelige mikrobiologiske analyser i Norge, samt en oversikt over analyser som nordiske land tilbyr, hvis vi selv ikke har etablert slik type diagnostikk.

Portalen vil forbedre kvaliteten innen det mikrobiologiske analysetilbudet på nasjonalt nivå, noe som vil komme både pasienten, rekvirenten og fagmiljøene til gode. Den vil gjøre det enklere for rekvirenter (og for de ulike laboratoriene som mottar prøver) å finne ut om en analyse kan utføres i Norge, og eventuelt hvor. Der det er relevant, ønskes at portalen linkes opp mot beskrivelse i den mikrobiologiske brukerhåndboka som er under utarbeidelse, og som gir informasjon om prøvetakingsprosedyrer og tolkning av prøvesvar for hver enkelt analyse.

Mikrobiologiportalen vil gi nødvendig informasjon om utførende laboratorium. Informasjonen vil til enhver tid være oppdatert og kvalitetssikret av det enkelte laboratorium. Både Genetikkportalen og Farmakologiportalen har lyktes med denne arbeidsmodellen, og har oppnådd full tilslutning i sitt fagmiljø. Genetikkportalen utgjør i dag en flittig brukt samhandlingsplattform mellom det genetiske miljøet og rekvirentene.

Mikrobiologiportalen vil kunne stimulere til økt grad av funksjonsfordeling av sjeldne analyser laboratoriene imellom, slik at kostnadene ved disse dyre lav-volum-analysene holdes nede, samtidig som analysetilbudet opprettholdes eller økes.

Mikrobiologiportalen vil også kunne fungere som et samlingspunkt og en viktig brobygger mellom de ulike laboratoriene og stimulere til samarbeid, både i rutine og forskning.

Veien frem til en ferdig Mikrobiologiportal ser ut som følger:
1. Etablere kontakt med opphavspersoner bak Genetikkportalen og Farmakologiportalen og innlede samarbeid med disse.
2. Engasjere konsulent som kan ekstrahere og foreta nødvendig forarbeid under veiledning av mikrobiolog.
3. Engasjere web-designfirma.

Analyseoversikten gjøres tilgjengelig så fort den er oppdatert og godkjent for publisering av "eier-laboratoriet" for de enkelte analysene.

Søker: Jörg Kessler, Haukeland universitetssykehus
Prosjektets tittel: Klassifikasjon av keisersnitt i fødsel
Bevilget beløp: kr 300 000

Riktig bruk av keisersnitt er viktig for ikke å utsette fødende kvinner og deres nyfødte barn for unødig morbiditet og mortalitet. De fleste keisersnitt i Norge utføres som akutt inngrep i fødsel. Vi mangler så langt et enkelt, entydig og reproduserbart klassifikasjonssystem for keisersnitt i fødsel, som både beskriver fødselsforløp, behandling med ri-stimulerende medisin og indikasjon for inngrepet. Et slikt klassifikasjonssystem er nå utviklet, og prosjektet vil introdusere dette klassifikasjonsverktøyet på norske fødeavdelinger. Introduksjon av klassifikasjonsverktøyet vil kunne bli et unikt hjelpemiddel i kvalitetsarbeidet på den enkelte avdelingen. På lik linje med 10-gruppe-inndelingen vil den muliggjøre en standardisert sammenlikning av utfall ved fødsel på tvers avdelingene.

Utvikling av en fødsel, håndtering av fødselskomplikasjoner og valg av forløsningsmetode er en kompleks prosess. En videre kvalitetsforbedring av fødselshjelpen i Norge krever at vi kan beskrive håndtering av fødsel og indikasjon for keisersnitt på en enkel, reproduserbar og entydig måte. Bare gjennom en standardisert klassifikasjon av behandling gjennom fødselen vil vi være i stand å identifisere årsaker til behandlingsvariasjonen, f. eks. bruk av keisersnitt.

Et nytt klassifikasjonssystem for keisersnitt i fødsel skal brukes på alle deltakende avdelinger. Klassifikasjonen skal i prosjektperioden kun gjøres av spesielt utdannet personale. Disse vil bli gjort kjent med klassifikasjonssystemet gjennom tilsendt utdanningsmateriale i form av vitenskapelig publikasjon, skriftlig instruksjon og en kasussamling med tilhørende korrekt klassifikasjon. Legene som skal stå for klassifiseringen vil bli invitert til et seminar, der klassifiseringssystemet gjennomgås i detalj. Seminaret avsluttes med en sertifiseringstest, som vil sikre en tilfredsstillende overenstemmelse i klassifiseringen av samme kasus. Selve datainnsamlingen vil vare i 6 måneder. Prosjektdeltakerne vil bli fulgt opp med to telefonkonferanser i innsamlingsperioden. På en avsluttende samling vil prosjektresultater bli presentert og diskutert.

Alle avdelinger vil få sine egne resultater levert tilbake fra Medisinsk Fødselsregister til eget forbedringsarbeid. Resultatene samlet vil bli publisert i et internasjonalt fagfellevurdert tidsskrift. Etter et forhåpentlig vellykket prosjekt vil en jobbe for at klassifiseringsverktøyet inkluderes i elektronisk fødejournal og rapportering til Medisinsk Fødselsregister.

Søker:	Legeforeningens sekretariat v/Jan Emil Kristoffersen
Prosjektets tittel:	Deltakelse på konferansen HiMSS17 Conference and Exhibition, USA
Bevilget beløp:	kr 230 000

Legeforeningen har de siste årene engasjert seg sterkt i hvordan klinisk IKT (informasjons- og kommunikasjonsteknologi) og elektronisk pasientjournal kan brukes for å forbedre arbeidsprosesser slik at klinikere målbart forbedrer kliniske resultater og bruker data fra EPJ-systemer til å analysere og sammenligne egen praksis med andres.

Det vil i årene fremover komme en større investering i IKT i helsetjenesten for å øke kvaliteten på behandling og effektiviteten i helsetjenesten. Disse effektene kommer kun hvis man understøtter bedre klinisk arbeid, og da behøves leger for å definere hvordan systemene skal brukes. Legene må derfor forstå informasjons- og kommunikasjonsteknologiens muligheter og begrensninger for å kunne lede et slikt arbeid.

Legeforeningen ønsker derfor å invitere 5 leger til verdens største konferanse om klinisk IKT, HiMSS 17 Conference & Exhibition. Konferansen arrangeres årlig på senvinteren av Healthcare Information and Management Systems Society, HiMSS, www.himss.org. Konferansen, som samler mer enn 40.000 deltagere over 4 dager med over 300 sesjoner, er et referansested for de fleste aspekter innen kliniske IKT-systemer og bruk av disse i kvalitetsarbeid.

Hensikten med konfeansedeltakelsen er å øke norske legers kompetanse i hvordan man kan bruke kliniske IKT-systemer for å øke kvalitet i pasientbehandlingen og samhandling i helsetjenesten. På konferansen kan man lære om andre helsesystemers erfaringer med konkrete prosjekter som kan fungere som modell for tilsvarende prosjekter i Norge.

I Norge investerer myndighetene stort sammen med RHFene i klinisk IKT blant annet for å øke kvaliteten på behandlingen og bedre pasientsikkerheten. Et eksempel er den første stortingsmeldingen om klinisk IKT, Mld.St. nr 9 2012-13 én innbygger én journal. Der beskrives følgende: "Betydning for pasientsikkerhet og kvalitet. Gode IKT-systemer skal bidra til at helsepersonell har tilgang til oppdatert informasjon som henvisninger, epikriser, legemiddelbruk, prøvesvar og røntgenbilder. Manglende tilgang til nødvendig informasjon kan føre til at pasienter ikke får riktig helsehjelp."

Parallelt med denne stortingsmeldingen legger regjeringen fram en egen stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet. Det er en rekke berøringspunkter mellom disse stortingsmeldingene. Gode IKT-systemer er et viktig verktøy for å oppnå bedre kvalitet og pasientsikkerhet.»

I Helse Midt-Norge RHF startes nå opp et stort prosjekt for anskaffelse av ny felles løsning for elektronisk pasientjournal for alle ledd i helsetjenesten, fra kommunal sektor og fastleger til spesialisthelsetjeneste. Programmet skal koste omtrent 3 mrd kroner over flere år. I Strategi 2030 omtaler RHFet denne satsingen som det viktigste tiltaket i sin strategi. I dette prosjektet behøves klinisk kompetanse for å definere arbeidsflater for leger, hvilke beslutningsstøtteregler som behøves og generell forståelse av hvordan man bruker klinisk IKT for å bedre kvaliteten på behandlingen.

I 2012 bevilget fondet finansiering av en workshop for å spesifisere bedre funksjonalitet i EPJ-systemer. Tiltaket hadde sin bakgrunn i Legeforeningens satsningsområde "Bedre IT-verktøy for trygg pasientbehandling" i forrige sentralstyreperiode. Satsningsområdet ble valgt fordi «dagens EPJ og andre IT-systemer ikke i tilstrekkelig grad støtter opp under arbeidsoppgavene som inngår i utredning, diagnostikk og behandling, og således ikke bidrar optimalt til pasientsikkerhet og kvalitet.»

Søker:	Merethe Ravlo, NTNU
Prosjektets tittel:	Erstatningssaker i gynekologi, hva kan vi lære?
Bevilget beløp:	kr 315 000

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og Norsk gynekologisk forening ønsker en gjennomgang av alle sakene som NPE mottar, og hvor skadelidende har vært behandlet for en gynekologisk lidelse. Hensikten er å finne årsaken til feilbehandlingen og på den måten bidra til økt kvalitet på helsetjenesten for gynekologiske pasienter.

Alle saker i gynekologi som har vært behandlet hos Norsk Pasientskadeerstatning siden oppstart 1988 skal gjennomgås systematisk. Først skal skaffes en total oversikt over panoramaet av saker, som oftest vil dreie seg om vevsskader, funksjonsforstyrrelser, blødning, infeksjon eller forsinket eller feil diagnose. Deretter karakteriseres medholdsakene i hht type sak, hvilket nivå i helsetjenestekjeden svikten oppstod, og sammenheng med svikt i retningslinjer, rutiner, veiledning, utilstrekkelig kompetanse, utstyr, kommunikasjon og journalføring undersøkes.

Systematisk gjennomgang av pasientskadesaker vil kunne vise hva som oftest fører til skade/komplikasjon og derved vise hvor det er viktig å sette inn kvalitetsforbedrende tiltak. Å se hele landet under ett vil kunne gi kunnskap som den enkelte avdeling hver for seg ikke kan erverve alene. Finner man fellestrekk ved saker er det sannsynlig at tiltak vil kunne foreslåes som vil være nyttig å implementere flere steder enn på bare den avdeling hvor den enkelte sak har foregått: man kan lære av både egne og andres erfaringer.

Avslutning av prosjekter

For at Fondsutvalget formelt kan avslutte et prosjekt skal utvalget forelegges en sluttrapport fra prosjektansvarlig. Fondets regnskap er en del av Legeforeningens regnskap og kontrolleres av Legeforeningens revisor. Ubenyttede prosjektmidler tilbakeføres fondet ved prosjektavslutning.

I 2016 ble følgende syv prosjekter avsluttet:

Rutinemessig dobbeltgranskning av radiologiske undersøkelser, en evaluering av fordeler og ulemper
Prosjektleder: Peter Mæhre Lauritzen, lege i spesialisering, Ahus

---

Tolkning av radiologiske undersøkelser gjennomføres av mennesker og innebærer bruk av skjønn. Dette innebærer at det forekommer både tolkningsvariasjoner og feil. Tolkningsprosessen kvalitetssikres ved at røntgenleger legger fram sine rapporter for kollegaer som regransker undersøkelsene og gjør rettelser i rapportene der det er nødvendig. Denne kvalitetssikringsmetoden kalles dobbeltgransking, og er meget ressurskrevende.

Formålet med prosjektet var å kartlegge omfanget av denne kvalitetssikringsmetoden og ressursene som brukes, og å vurdere variasjoner mellom avdelinger og radiologiske undersøkelser. Dessuten ønsket vi å vurdere om det var sammenheng mellom bruken av dobbeltgransking og andre kvalitetssikringsmetoder. Videre ønsket vi å vurdere frekvens og klinisk betydning (for pasientene) av endringer som blir gjort i radiologiske svarrapporter i forbindelse med dobbeltgranskingen.

Metode og design: Det ble gjennomført to parallelle spørreundersøkelser til henholdsvis overleger ved radiologiske sykehusavdelinger og avdelingslederne for disse avdelingene. Spørreundersøkelsene kartla kvalitetssikringspraksis ved norske radiologiske avdelinger med spesielt fokus på dobbeltgransking. Det ble gjort to påfølgende retrospektive multisenter observasjonsstudier som identifiserte og graderte endringer i radiologiske svarrapporter etter dobbeltgransking (hhv CT thorax av indremedisinske pasienter og CT abdomen av kirurgiske pasienter).

Materiale: To spørreundersøkelser (svar fra alle avdelingsledere i Norge og ca. 55 % av overleger i norske radiologiske avdelinger). Foreløpige og endelige radiologiske svarrapporter samt ledsagende data fra >1000 CT thorax undersøkelser og >1000 CT abdomen undersøkelser.

Viktigste funn: Vi fant at ca. 1/3 av radiologiske undersøkelser i norske sykehus dobbeltgranskes. Metoden brukes mest ved universitetssykehusene og for moderne flerplansundersøkelser som CT og MR. Dobbeltgransking ble minst brukt ved avdelinger som ikke utdanner radiologspesialister og for dynamiske undersøkelser som ultralyd og intervensjon. Det var ingen sammenheng mellom bruken av dobbeltgransking og andre kvalitetssikringsmetoder. Vi fant endringer av klinisk betydning i 9% av CT thorax undersøkelser og 14% av CT abdomen undersøkelser. Forekomsten av endringer var høyere blant øyeblikkelig hjelp undersøkelser og når det var subspesialister som kontrollerte tolkningene.

Spørreundersøkelsene ble presentert på kongressen Management in Radiology i Barcelona i 2013 og på Radiologisk høstmøte i Oslo i 2014, og til slutt publisert i Acta Radiologica i 2015 (artikkelen ble omtalt i Tidsskrift for Den norske legeforening og i Noraforum – medlemsbladet til Norsk radiologisk forening). De to retrospektive multisenterstudiene ble presentert på European Congress of Radiology i Wien i 2015 og på Radiologisk høstmøte 2015, og til slutt publisert i hhv European Journal of Radiology og akseptert for publikasjon i BMJ Quality and Safety. Publikasjonen i European Journal of Radiology er omtalt i Dagens Medisin og på

radiologinettstedet www.auntminnieeurope.com. Prosjektet og resultatene er også presentert i fagmiljøene på Ahus, OUS og Vestre Viken og hos Fylkeslegen i Oslo og Akershus. Prosjektet har også resultert i en PhD-avhandling.

Kontaktperson: Peter Mæhre Lauritzen, peter.m.lauritzen@gmail.com

---

Nasjonal veileder i endokrinologi

Prosjektleder: Anders Palmstrøm Jørgensen, leder, Norsk endokrinologisk forening

---

Alle medlemmer i Norsk endokrinologisk forening (NEF) ble invitert til å delta på de to første samlingene på Soria Moria i januar og mai 2014 for å utarbeide veilederen. Her ble grunnlaget for et bredt samarbeid lagt. Siden har det vært jobbet godt i mindre arbeidsgrupper. Veilederen er et produkt av en stor frivillig og ulønnet arbeidsinnsats.

Nasjonal veileder i endokrinologi er et produkt som tilhører NEF, og som foreningen har kopirettigheter til. Målgruppen for veilederen er norske endokrinologer, leger under utdanning i endokrinologi og andre leger som behandler pasienter med endokrine sykdommer. Rådene som gis er veiledende og ikke bindende. Veilederen fratar ikke den enkelte lege et selvstendig ansvar overfor legeloven eller vedtatte forskrifter. Behandling av diabetes mellitus utenfor sykehus er dekket av Helsedirektoratets retningslinjer og er ikke omtalt i denne veilederen.

Veilederen baserer seg i stor utstrekning på internasjonale behandlingsanbefalinger. Vi har ikke selv benyttet GRADE-metodikk eller gjort annen systematisk evaluering av våre anbefalinger. Hele dokumentet har vært på høring før endelig ferdigstilling.

Dokumentets 163 sider er samlet i hovedkapitler med endokrinologiske testprosedyrer i et eget kapittel. Vi har lagt inn lenker for raskere navigasjon i dokumentet. Referansene til hvert enkelt kapittel er samlet til slutt i veilederen. Første utgave av veilederen kommer i PDF-format og ligger på foreningens hjemmeside. Dette gir mulighet for kontinuerlig oppdatering. Veilederen kommer foreløpig ikke til å bli trykket. Vi håper Den norske legeforening etablerer en felles plattform for slike veiledere i nær fremtid, og vi ønsker å lage en mobilapplikasjon.

Dokumentet ligger som et søkbart PDF-dokument på nettsiden
http://legeforeningen.no/PageFiles/234597/Nasjonal%20veileder%20i%20endokrinologi,%201.%20utgave%20%20-%20webversjon.pdf

Kontaktperson: Anders Palmstrøm Jørgensen, andjoe@ous-hf.no

Deltakelse på National Forum desember 2015, Orlando, Florida

Prosjektleder: Audun Fredriksen, fagsjef/lege, Legeforeningens sekretariat

---

Formål med deltakelse på konferansen var å øke kunnskapen om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i norske fagmiljøer. Stipend til leger og studenter ble utlyst i Tidsskrift for Den norske legeforening. Deltakende leger og studenter var før konferansen oppfordret til å gjennomgå noen av de åpent tilgjengelige nettkursene i IHI Open School for å gjøre seg kjent med begreper og terminologi som benyttes innenfor dette området. I løpet av konferansen arrangerte sekretariatet felles daglige, korte møter for oppsummering og erfaringsutveksling. I disse møtene deltok også deltakerne fra SKIL, sentralstyret og Overlegeforeningens styre. Sekretariatet arrangerte en felles middag for deltakerne. I tillegg arrangerte sekretariatet en mottakelse der også andre norske og svenske deltakere var invitert.

Legeforeningens deltakere på konferansen. Foto: Ida Susanna Fattah

Følgende leger mottok stipend fra fondet:

Anne-Karin Rime, overlege, Sykehuset Østfold,
Gunnar Tschudi Bondevik, fastlege/professor, Bømlo/UiB,
Inger Lyngstad, Ringerike, fastlege/praksiskonsulent,
Janne Dahle-Melhus, kommuneoverlege, Sola,
Line Christiansen, fastlege, Stavanger,
Marianne Stave, LiS, SiV,
Sissel Hjelle, seksjonsoverlege, Ålesund,
Stig Tyvold, overlege, Aleris.

Studenter med stipend:
Eivind Valestrand, UiB,
Helene Kolstad Skovdahl, NTNU,
Ida Susanna Fattah, UiO

Ida Susanna Fattah tilrettela studentgruppens deltakelse med bl.a. praktiske forberedelser før konferansen, hotellbestilling og eget program i løpet av oppholdet. I tillegg deltok Anne Sofie Torp, sekretariatet, som koordinator/reiseleder for gruppen.

Deltakerne har sendt individuelle rapporter til sekretariatet og har bl.a. forpliktet seg til å presentere erfaringer i egne fagmiljøer og på eget arbeidssted.

I tillegg til hver enkelt deltakers vurdering av det faglige utbyttet av konferansen, legger deltakerne vekt på verdien av nettverksbyggingen som blir muliggjort, både nasjonalt og internasjonalt. Både legene og studentene fant at de felles samlingene som sekretariatet arrangerte var nyttige møtepunkter.

Se omtale av konferansen på tidsskriftet Norsk overlegeforenings nettside: https://legeforeningen.no/yf/overlegeforeningen/ (Overlegen 1-2016).

Oppdatering av Veileder i generell gynekologi

Prosjektleder: Anny Spydslaug, Norsk gynekologisk forening

Arbeidet med revisjon av Nasjonal veileder i generell gynekologi startet høsten 2013 og ble sluttført i september 2015. 40 kapitler er revidert. Forfatterne ble rekruttert etter kompetanse og geografisk spredning. Arbeidet involverte ca. 150 norske gynekologer, som alle har nedlagt stor arbeidsinnsats.

Den reviderte veilederen ligger på Legeforeningens nettside https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/ Veilederen foreligger også som App.

Kontaktperson: Anny Spydslaug, uxansp@ous-hf.no

Erstatningsavhengighet – en utilsiktet effekt av fedmeoperasjon?

Prosjektledere: Marte Hanche-Olsen, Ålesund behandlingssenter

Formålet med prosjektet var å utvikle bedre kartleggings- og behandlingskomponenter for pasienter som skal gjennomføre gastric operasjon, og pasienter i rusbehandling med gjennomført gastric operasjon. Det viste seg at pasientgrunnlaget var mye mindre enn forventet og prosjektet ble ikke gjennomført slik som det var beskrevet i søknaden.

Det kan være aktuelt å følge opp hypotesen i et nytt prosjekt innenfor andre deler av helsevesenet med rus- eller psykiatritilbud. Vi tror fortsatt at forekomsten av gastric opererte med rusproblem er større enn det som fremkommer i vår studie. Bivirkninger og utilsiktede effekter av gastric operasjon har vært sterkt på agendaen de senere årene, også alkoholbruk etter operasjon. Mange pasienter og spesialister både innen rusbehandling, fedmekirurgi og behandling for spiseforstyrrelser har rettet fokus på fenomenet nasjonalt og internasjonalt. Det ser også ut som alkoholbruken og erstatningsavhengigheten inntreffer noen år etter operasjon. Kanskje havner mange gastric opererte aldri i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men fanges opp av kommunalt hjelpeapparat, fastleger eller psykisk helsevern? Vi vet også at mange kvinner kommer seint inn i rusbehandling, og er ofte veldig psykisk syke når de først får behandling. Kanskje gjelder dette også gastric opererte, som vi vet er flere kvinner enn menn? Vi har mange antakelser.

Kontaktperson: Marte Hanche-Olsen, marte.hanche.olsen@helse-mr.no

Reinnleggelser hjertesvikt

Prosjektleder: Eirik Nesset og Erik Shetelig, praksiskonsulenter

Målet med prosjektet var å redusere antallet uønskede reinnleggelser for pasienter fra Asker og Bærum kommuner, innlagt Medisinsk Hjerte-Lunge post (MHL) ved Bærum sykehus med diagnosen hjertesvikt i perioden mai 2013 til juni 2014. Programmet besto av en tiltakspakke for informasjon, støtte og oppfølging på sykehuset før utskriving og i kommunene etter utskriving.

Prosjektrapportens konklusjon er følgende: Man klarte ikke å redusere antall reinnleggelser av pasienter med hjertesvikt i prosjektet. Årsakene er mange. I dette prosjektet forsøkte man å skape forhold som skulle hindre reinnleggelse ved hjelp av en omfattende tiltakspakke (program). Vi har kartlagt graden av programoppfyllelse gjennom omhyggelige registreringer i hele prosjektperioden og etterpå.

Sykepleiernes dokumentasjon av utskrivingsprosessen tyder på at den gjennomsnittlige oppfyllelsen av programmet aldri ble bedre enn 50 %, og at man kun oppnådde dette i den tredjedelen av prosjektperioden da programoppfyllelsen var på sitt beste.

Fokusgruppeintervjuet med sykepleierne etter prosjektslutt tyder på at de forsto hvor viktig programmet/tiltakspakken var for pasientene, men at den var krevende og vanskelig å gjennomføre i en travel klinisk hverdag. Man i dette prosjektet ikke dokumentere at tiltakspakken fremmer pasientens helse og derved hindrer reinnleggelse, siden programmet ikke er gjennomført i sin helhet. Det er imidlertid fortsatt grunn til å prøve ut disse forbedringstiltakene.

Ved utskriving av pasienter fra sykehus er god og forståelig informasjon til pasient og pårørende sentralt. Tilstrekkelig tid må settes av til dette, og det må innarbeides en kultur i sykehusene som gjør det mulig å gjennomføre dette i praksis. Dersom dette innarbeides i gode rutiner, vil også tidsbruken rundt slik informasjon kunne effektiviseres. Kortere liggetid stiller store krav til videre

oppfølging av pasienten etter utskriving. Det er viktig å ha et kritisk blikk på rutinene rundt overføring av behandleransvar fra spesialhelsetjeneste til kommunal helsetjeneste.

Kvaliteten på behandlingen må opprettholdes i kommunen i ukene etter at pasienten er utskrevet. Spesielt de første sju dagene etter utskriving er kritiske. Kvalitetssikring baserer seg på god faglig kompetanse og oppfølgning i sykehjemmene. Like viktig er kommunikasjon og samarbeid rundt pasientene mellom hjemmesykepleie og fastleger. Kompetanseoverføring imellom alle ledd i behandlingskjeden står derfor sentralt.

Vi konkluderer derfor med at følgende tiltak vil kunne ha positiv effekt:

- Strukturert, planlagt og målrettet pasientinformasjon i forbindelse med utskriving fra sykehus.
- Bestilling av kontrolltime hos fastlege eller ved poliklinikk før pasienten forlater sykehuset.
- Nær og god dialog mellom sykehusavdeling og kommune rundt den enkelte pasient i forbindelse med overføring av behandler- og omsorgsansvar.
- Kvalitetssikring av kommunikasjonslinjer mellom de ulike aktørene i den videre oppfølgning av pasientene utenfor sykehus. Dette sikrer blant annet mulighet for rask beslutningsstøtte når det skulle være nødvendig. Elektronisk informasjonsutveksling må utvikles.
- Kompetansehevning innen alle ledd i behandlingsapparatet rundt pasienten. På sykehus vil dette i første omgang omfatte forhold rundt selve utskrivingsprosessen. I kommunene vil forsterkede sykepleierteam (hjertesviktteam) være et slikt kompetansehevingstiltak. En tanke kan være også å inkludere fastlegen i slike team.

Disse tiltakene vil kunne bidra til å gi denne pasientgruppen økt følelse av trygghet og mulighet til å mestre sin kroniske sykdom i hverdagen på en bedre måte. Prosjektet oppnådde ikke noen signifikant reduksjon i antall reinnleggelser for pasienter med hjertesvikt. Det ga imidlertid verdifull læring om ulike forbedringstiltak når det gjelder overføring av behandleransvar og oppfølging av pasienter etter en sykehusinnleggelse.

Prosjektet ga verdifull erfaring om hvordan slikt forbedringsarbeid bør gjennomføres i praksis. Dette vil man kunne nyttiggjøre seg i fremtidig virksomhet i «en lærende organisasjon».

Fullstendig rapport ligger på nettsiden
http://www.vestreviken.no/fagfolk_/samhandling_/fastleger-henvisere_/Documents/Rapport%20-%20Reinnleggelse%20hjertesvikt.pdf

Kontaktperson: Eirik Nesset, einess@vestreviken.no

Gi kniven videre!

Prosjektleder: Tiril Tingleff, Norsk gynekologisk forening

Formålet med prosjektet var å bidra til mer målrettet og strukturert opplæring. Ved å sette fokus på hvordan avdelingene kan prioritere at leger i spesialisering får delta på operasjoner, hva som kan gjøres bedre fra instruktørens (overlegens) side ved tilbakemeldinger/evaluering og hvordan kandidaten selv kan tilegne seg ferdigheter og be om tilbakemeldinger vil vi få dyktigere og tryggere spesialister på kortere tid

Før og etter kampanjen ble det sendt to spørreundersøkelser, en til hver enkelt utdanningskandidat og en til hver avdelings kontaktperson. Dette ble gjort for å evaluere hvordan den kirurgiske opplæringen prioriteres og gjennomføres og for å se om det var noen endringer etter kampanjen. I tillegg ble det registrert hvilke roller kandidat og spesialist hadde ved utvalgte inngrep som er obligatoriske i utdanningen. Kampanjen er presentert muntlig under NGFs årsmøte i 2014 i 2016.

Kampanjens materiale er lagt ut på FUGOS hjemmeside:
http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/fugo/Nyheter---FUGO/Gi-kniven-videre/

Foreløpig er det publisert fire artikler i Gynekologen:
27.2.2014, s 61: http://legeforeningen.no/PageFiles/177236/Gynekologen%2027-2%20WEB.pdf
27.3.2014, s 57: http://legeforeningen.no/PageFiles/177236/Gynekologen%2026-3%20WEB.pdf
27.4.2014, s 40: http://legeforeningen.no/PageFiles/177236/33136%20Gynekologen%2027-4%20WEB.pdf
28.3.2015, s 6: http://legeforeningen.no/PageFiles/209156/Gynekologen_nr%203_2015_Interactive_spread.pdf

Det er skrevet en artikkel i FORUM nr. 5 2014 s 28-29

Abstrakt om kampanjen ble akseptert som posterpresentasjoner under EBCOG kongressen i mai 2016 og NFOG kongressen i juni 2016.

En artikkel om kampanjen en planlegges sendt inn til Tidsskriftet.

Kontaktperson: Tiril Tingleff, tirilt@hotmail.com

Gjennombruddsprosjekter

Arbeidet i et gjennombruddsprosjekt følger en modell der en tverrfaglig ressursgruppe identifiserer «best practice» innen det valgte forbedringsområdet. Institusjoner/avdelinger inviteres til å delta med et lokalt tverrfaglig forbedringsteam. Hvert forbedringsteam velger et forbedringsområde, vurdert ut fra erfaringer og behov på egen arbeidsplass, og gjennomfører et lokalt prosjekt. Dette skjer under oppfølging av en kvalifisert prosessveileder.

Metoden muliggjør målbare forbedringer av ulike tiltak ute i sykehusavdelingene. Den egner seg for alle områder der det er et gap mellom eksisterende kunnskap (f.eks. retningslinjer, faglig konsensus) og behandlingen som faktisk blir gitt.

Legeforeningen har fra 1998 organisert og gjennomført prosjekter som har brukt gjennombruddsmodellen for å bedre prosessene og resultatene innenfor utvalgte områder i helsetjenesten. Som eksempel kan nevnes «Keisersnitt» (det første gjennombruddsprosjektet), «Tvangsbruk i psykiatrien» og «Bedret rusbehandling». Gjennombruddsprosjekter bygger på en anerkjent modell for kvalitetsforbedring som er utviklet ved Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, USA (www.ihi.org).

Gjennombruddsprosjektenes utgangspunkt er begrepet "Achievable Benefits Not Achieved": Ethvert fagområde der det er et gap mellom det en vet og det en gjør, er en potensiell kandidat for et gjennombruddsprosjekt. I samarbeid med aktuelle fagmiljøer etableres en tverrfaglig ressursgruppe som identifiserer problemer og forbedringsmuligheter. Avdelingene som deltar etablerer hvert sitt tverrfaglige forbedringsteam. Deres lokale forbedringsarbeid blir støttet av prosessveiledere, som er eksperter på de sosiale og psykologiske aspekter ved endringsprosesser.

Følgende gjennombruddsprosjekter er gjennomført i regi av fondet og sekretariatet:

1998-1999	Keisersnitt
1999-2000	Intensivmedisin
2000-2001	Psykiatri – Bruk av tvang
2002-2003	Psykiatri – Alvorlige stemningslidelser
2003-2004	Allmennmedisin – Vond rygg
2004	Psykiatri – ADHD
2005-2006	Bedre rusbehandling
2008	Sykehjemsmedisin
2009-2012	Første gangs psykose
2014-2016	Forbedringsprosjekt obstetrikk

Forbedringsprosjekt obstetrikk

Årlig utføres det rundt 10 000 keisersnitt i Norge, som et av de hyppigst utførte større operative inngrep her i landet. Det er imidlertid store variasjoner i keisersnittfrekvens mellom sammenliknbare fødeavdelinger. Flere forklaringer har vært lansert, blant annet ulik kultur og praksis på den enkelte avdeling, vaktordning for obstetrikere, tilgang på neonatalekspertise og erfaringen til fødselshjelperne.

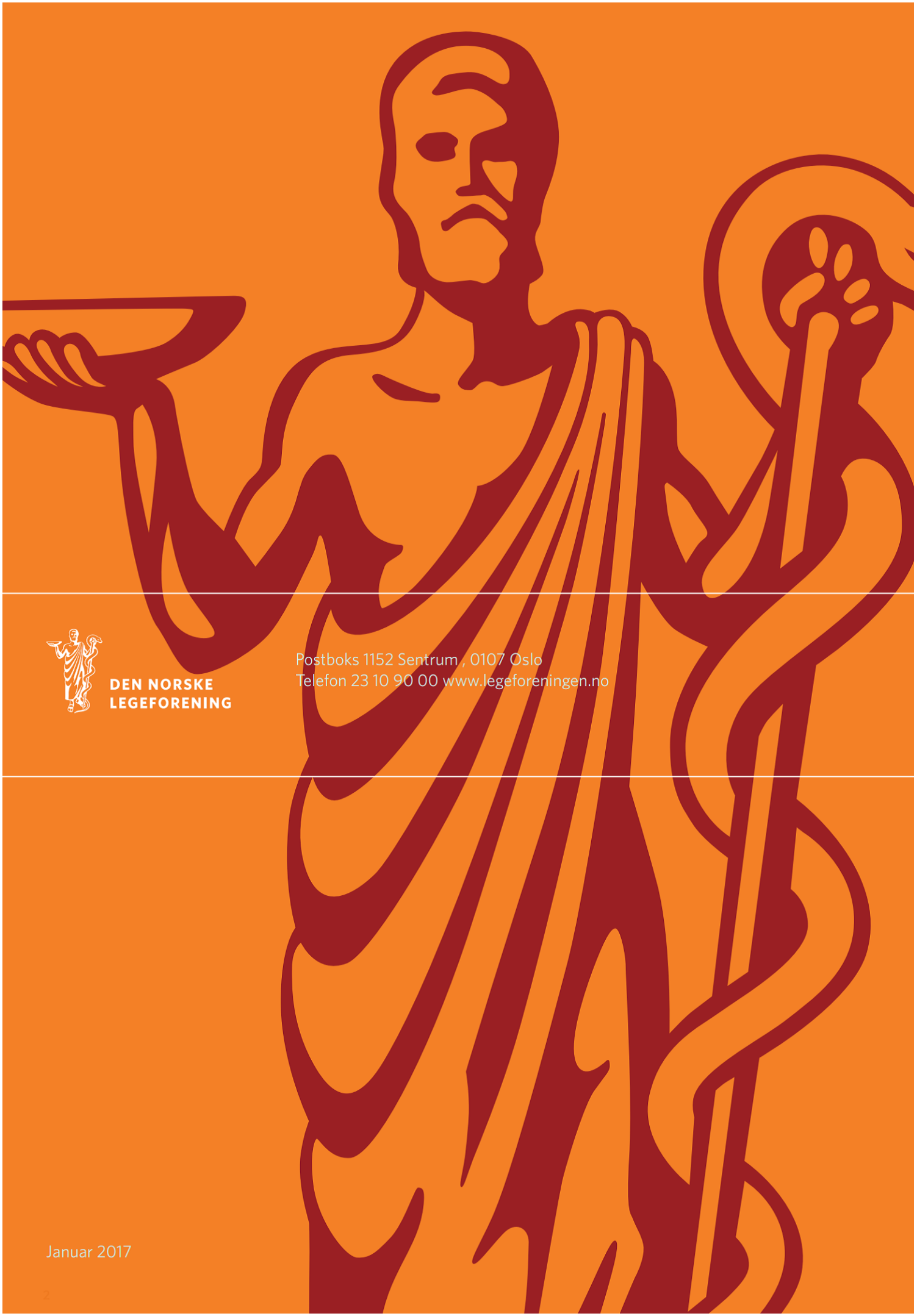
Målet med dette prosjektet var å redusere variasjon i keisersnittfrekvens i sammenliknbare, veldefinerte grupper og medvirke til at keisersnitt kun utføres når det er tilstrekkelig begrunnet. Prosjektgruppene kunne velge å gjennomføre forbedringstiltak ved håndtering av langsom fremgang av fødsel og bruk av oxytocin, fosterovervåkning og diagnose av truende asfyksi og ikke-medisinske årsaker til keisersnitt. Likeledes indikasjoner og metoder for induksjon av fødsel, eller kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor under aktiv fødsel.

I prosjektet deltok helsepersonell fra 25 helseforetak. De fleste foretakene var representert ved jordmødre og én til to leger. Initiativ til prosjektet kom fra Norsk gynekologisk forening, og arbeidet er et samarbeid med blant andre Norsk sykepleierforbund og Den norske jordmorforening. Prosjektet ble planlagt i dialog med sekretariatet for det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» og med Program for pasienttryggleik i Helse Vest RHF.

I september 2014 ble første fellessamling i det landsomfattende Forbedringsprosjekt obstetrikk arrangert på Gardermoen med deltakelse av lokale prosjektgrupper, ressursgruppe og veiledere. De to neste samlingene i prosjektet fant sted henholdsvis på Flesland, Bergen i januar 2015 og på Værnes, Hell i juni 2015.

I september 2016 arrangerte Legeforeningen, på oppfordring fra prosjektdeltakerne, en todagers oppfølgingskonferanse på Gardermoen. 20 av de opprinnelig 25 avdelingene som deltok i prosjektet meldte seg på konferansen. Avdelingene leverte før konferansen statusrapport for prosjektet og tre av gruppene presenterte i plenum hva som hva som var gjort siden sist og hvordan de opprettholdt målingene.

I løpet av prosjektperioden besluttet prosjektdeltakerne at de ønsket å fortsette registreringer i 2017 og innføre et felles klassifikasjonssystem for keisersnitt i fødsel. Klassifikasjonssystemet beskriver fødselsforløp, behandling med ri-stimulerende medisin og indikasjon for inngrepet, og vil muliggjøre en nasjonal standardisert sammenlikning av utfall ved fødsel på tvers av avdelinger.



DEN NORSKE
LEGEFORENING

Postboks 1152 Sentrum , 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00 www.legeforeningen.no

Januar 2017