

Tverrfaglig analyse av pasientforløp: En grunnleggende arbeidsmetode i Praksiskonsulentordningen

AV ODD JARLE. KVAMME

All kunnskap om PKO er allemannseie

Praksiskonsulentordningen er på full fart inn som viktigste modell for samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sekundærhelsetjenesten (også kalt spesialisthelsetjenesten). Ordningen er primært innrettet for å bedre samspillet mellom fastleger og sykehusleger. Etter hvert blir det naturlig å inkludere privatpraktiserende spesialister. Det kan bli aktuelt for andre faggrupper å arbeide etter samme metode. Men akkurat nå gjelder det å stable på beina en bærekraftig modell for lege-samarbeid, bygget på en nasjonal rammeavtale, og med et landsdekkende nettverk.

Rammeavtalen skal det forhandles om høsten 2004. Nettverket er opprettet i regi av Aplf, og administreres av foreningens nettredaktør. Der kan alle som er involvert i PKO registrere seg og få passordbeskyttet tilgang til det nyopprettede web-nettverket.

Det er gledelig å registrere at Aplf, Legeforeningens sentralstyre, Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene er alle innstilt på å etablere PKO i norsk helsetjeneste. Her skal det ikke være revirer, men likeverdige samarbeid. All kunnskap om samarbeid skal deles og brukes fritt.

Kunnskaper om pasientforløp er grunnleggende for å forbedre samarbeid

Hva gjør de egentlig, disse fastlegene som påtar seg oppgaven med å fungere som «motorer» i samarbeidet mellom sykehusavdelinger og fastlegene i lokalsykehusets opptaksområde?

Unni Ringberg har beskrevet oppgaver og arbeidsmåter (Utposten nr 6, 2004). Jeg vil her konsentrere meg om det som bør bli deres viktigste oppgave: Tverrfaglig analyse av Pasientforløp (TAP).

Å skaffe seg kunnskaper om forløpene til pasientene gjennom første- og andrelinje, er selve grunnlaget for å kunne



Odd Jarle Kvamme

Spesialist i allmennmedisin. Veileder i allmennmedisin. Dr.med. Allmennlege Kvinnerad/Stord 1979– Lege for flyktninger ICM Thailand/Fiippinene 1980/81. Distriktslege øst-Grønland 2000. Doktorgrad «Samarbeid mellom legar» 2000. Praksiskordinator Helse Fonna 2003– Nestleder Aplf 2003– Medlem Nasjonalt råd for prioritering 2001– Medlem nasjonal gruppe for samhandling og desentralisering 2203–4. Sjefflege Stord sjukehus 1996–2002 (deltidsstilling). Tidlegare delegat til EQUIP.

endre/forbedre systemer og prosesser, og dermed kunne nærme oss målet for linjeovergrepene samarbeid, som er:

Bedre utredning, behandling og omsorg, god logistikk, alle tiltak basert på LEON-prinsippet). Det går ut på at all medisinsk utredning og behandling skal skje på Laveste Effektive OmsorgsNivå (derav forkortelsen LEON).

Uten kunnskaper om pasientforløpene, forblir vi «synsere» som bygger våre synspunkter, holdninger og handlinger på anekdoter og implisitte kriterier. Da kan vi ikke vite om vi skyter blink eller på feil skive. (Var det noe vi en gang lærte om reliabilitet og validitet?). Vi trenger derfor eksplisitte kriterier våre valg i utredning og behandling

Tverrfaglig analyse av Pasientforløp

De danske legene Lars Rytter og Torben Sejr utviklet i sin tid en enkel modell for audit av pasientforløp, og det er deres arbeid som TAP bygger på.

Enkel, retrospektiv analyse

TAP kan anvendes i sin enkleste form som en retrospektiv, kvalitativ vurdering av den uberørte medisinske hverdagen, der vurderingsgrunnlaget (rådata) er opplysninger som finnes i sykehus-journaler. Rådata blir systematisert til enkle oversikter over pasienters møter med deler av helsetjenesten. En kortfattet metodebeskrivelse finnes på:



(www.legeforeningen.no/aplf, under «PKO». Erfaringer fra noen slike undersøkelser finner på www.dsam.dk)
 Det velges en pasientgruppe som krysser linjegrensene flere ganger med utredninger og behandlinger. Eksempler på pasientgrupper er ryggpasienter, cancer coli KOLS, diabetes, hjertesvikt, apoplexia cerebri.

10–15 av de siste journalene for valgt pasientgruppe analyseres, forløpene kartlegges og systematiseres. Dette grunnarbeidet kan utføres på mindre enn en uke.

Et ekspertpanel vurderer kvaliteten av forløpene ved å velge ut noen kriterier:

- hvordan er tidsbruken, er det unødvendig lange forsinkelser?
- henvisningskvalitet?
- epikrisekvalitet?
- gjorde fastlegen jobben sin før og ved henvisning?
- hvordan var den faglige kvaliteten i sykehusavdelingen?
- unødvendige/forsinkende prosedyrer?
- hvordan organiseres oppfølging og kontroller?

Hvert forløp får karakter «godkjent» eller «ikke godkjent». Er ikke forløpet godkjent, følger en begrunnelse og forslag om hva som skal forbedres, hvem som er ansvarlig,

og hvordan man kan kontrollere om valgte endringer fører til forbedring av prosesser og resultater.

Ekspertpanelet er tverrfaglig. Her bør de som er involvert i daglig behandling av valgt pasientgruppe være med, eksempelvis fastleger, kommunal pleie- og omsorgstjeneste, sykehusleger og sykepleiere i avdelingen, fysioterapeuter eller privatpraktiserende spesialister. Gruppens sammensetning blir bestemt av problemstilling/pasientgruppe. Det er viktig at ledere inkluderes. Da sikrer man kortest vei fra erkjennelse til endring. Erfaringer viser at et ekspertpanel bruker ca fire timer på å gjennomgå 10–15 systematisert pasientforløp.

Praksiskonsulentens oppgaver i TAP

Sammen med avdelingens leger, og etter innspill fra andre fastleger, velger konsulenten pasientgruppe. Han/hun er med og forbereder journalgjennomgangen og deltar i systematiseringen av opplysningene, sitter i ekspertpanelet og faciliterer de endringer som ekspertgruppen foreslår. Konsulentene er mao. svært sentrale i dette arbeidet.

Prospektiv pasientforløpsstudie som forskning på samarbeid

I stedet for en retrospektiv gjennomgang, kan man gjøre prospektive studier.

Nå er vi i gang med forskning på hvordan deler av helsetjenesten samarbeider, og en eller et sett av intervensjoner evalueres.

Datagrunnlaget utvides med utskrifter fra fastlegejournal, spørreskjema til fastleger og pasienter, eller intervjuer med fastleger og pasienter. Man velger kvalitative og kvantitative endemål på grunnlag av erfaringene ved første undersøkelse. Så innføres konkrete intervensjoner som virker i en tidsperiode, for eksempel 12 måneder. Etterpå gjøres det etterundersøkelser med samme metode og ekspertgruppe som første gjennomgang. Før- og etterundersøkelsen sammenlignes for å spore resultater av intervensjonene.

Hvorfor TAP?

TAP er kvalitetsutvikling som også kan designes som forskningsprosjekter. Dette er praksisnær evaluering av hva vi holder på med i vår daglige praksis. Vi mangler kunnskaper om samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sekundærhelsetjenesten, både lokalt og generelt. Det drives lite nasjonalt eller internasjonal systematisk forskning på dette feltet, samtidig som mange har til dels sterke meninger om hva som skal forandres for å kunne samarbeide bedre. Vi skal selvsagt bruke vårt skjønn og våre erfaringer, men det er ikke nok. Når vi praktiserer et kunnskapsbasert fag, må krav til samarbeid også være kunnskapsbasert.

Min visjon:

PKO må aldri bli et mål i seg selv, men være en måte å drive målrettet og systematisk arbeid for bedre utredning, behandling og omsorg.

Innen 2008 har 90% av norske somatiske og psykiatriske avdelinger tilsatt praksiskonsulenter.

Arbeidsbetingelser og lønn er forankret i nasjonale rammeavtaler.

Ved hver avdeling har en av overlegene tildelt hovedansvaret for samarbeid med primærhelsetjenesten sammen med praksiskonsulenten. De utgjør et «samarbeids-par».

Arbeid som praksiskonsulent er i fastlegeforskriften likestilt med offentlig allmenntilleggsarbeid, innenfor tilpiktede 7.5 timer per uke.

Virke som praksiskonsulent teller atskillige poeng i allmenntilleggsarbeid etterutdanning.

PKO har forbedret samarbeidet fra «søvnløst» til «sømløst», ikke minst ved at vaktarbeidet i allmenntilleggsarbeid og i lokalsykehusene fungerer bedre. Ved alle sykehusavdelinger gjennomføres det minst to pasientforløpsstudier hvert år.

Pasientforløpsstudier konkurrerer om forskningsmidler på like fot med basalforskning og klinisk forskning.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com



www.nidarosfondet.no

Nidarosfondet fremmer allmenntilleggsarbeid