

Felles refleksjon over kvaliteten på eget legekontor

AV KRISTIN PRESTEGAARD, *Gulset legekontor, Skien*

JANECKE THESEN, *Valestrand legekontor, Osterøy* og EDVARD LØCHEN, *Kirkegaten legekontor, Skien*

Her vil vi presentere en metode som får alle på legekontoret til å reflektere sammen om egen kvalitet på kontorets tjenester. Leger og medarbeidere opplever det som engasjerende og inspirerende når de sammen diskuterer det de faktisk gjør til daglig.

Enhver som yter helsetjeneste skal sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav. Alle virksomheter innenfor allmennmedisin er lovpålagt å lage et internt kontrollsystem (1).

Flere legekontorer er i gang og har laget rutiner for kontinuerlig kvalitetsarbeid. Mange av oss opplever dette som et noe tungt arbeid både fordi vi ikke har erfaring i slikt arbeid og fordi det tar tid. Hvordan komme i gang og hvordan få tid til slikt arbeide?

JT og KP har fra 2004 vært engasjert i Referansegruppa for praktisk kvalitetsarbeid i Norsk Forening for Allmennmedisin. Fokuset har vært praktisk kvalitetsarbeid som er mulig å gjøre på eget legekontor. De har blant annet jobbet med telefонтilgjengelighet, ventetid på venterommet og laboratoriekvalitet. Gruppa har laget presentasjoner som beskriver hvordan dette er gjort og resultatene av det (2).

Referansegruppa ville prøve ut metoden Maturity Matrix (MM). Det er en metode for å komme i gang med kvalitetsarbeid eller for å definere status for kvalitetsarbeide på legekontoret gjennom en felles refleksjon med legene og medarbeiderne på kontoret. Under utprøvingen av metoden fikk vi med oss EL.

Metoden Maturity Matrix (MM)

MM er et kvalitetsverktøy som stimulerer til diskusjon om hvor velorganisert legekontoret er. Det gjennomføres på et møte med legene og medarbeiderne på eget legekontor.



Janecke Thesen

Valestrand legekontor, Osterøy
Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin. Uni Helse, tilknyttet Universitetet i Bergen.

Kristin Prestegaard og Edvard Løchen er presentert på s. 24

MM kan beskrives som en strukturert diskusjon om hvilket nivå legekontoret befinner seg på for hvert av følgende syv organisatoriske tema:

- A. Kunnskapsbasert praksis
- B. Pasientdata
- C. Personalpolitikk
- D. Teamarbeide
- E. Brukerperspektiver
- F. Forbedringsarbeid
- G. Prosedyrer

For hvert tema er det definert seks «utviklingsstadier» fra det primitive (1) til det avanserte eller ønskelige (6 = Maturity). Hvert tema tildeles skår fra 1–6 etter bestemte regler og markeres i et ruteark-skjema (Matrix) (se øverst t.h.).

Metoden er utviklet i samarbeid med European Association for Quality in General Practice (EQuIP), the Centre for Quality of Care Research Cardiff University i Wales og nasjonale foreninger inkludert Den norske Legeforening. Tema og skår er fastsatt internasjonalt og deretter oversatt til norsk. Det ligger en omfattende prosess bak utviklingen. Dette er beskrevet i nylig publisert artikkel (3).

Starten for Maturity Matrix i Norge

JT ble engasjert i dette arbeidet gjennom EQuIP og fikk finansiering via Legeforeningens Kvalitetssikringsfond. MM ble oversatt til norsk. På et dagsseminar ble fem av medlemmene i Referansegruppa for Praktisk Kvalitetsarbeid i Norsk Forening for Allmennmedisin (NFA) utdannet til veiledere i Maturity Matrix (MM-veiledere). Tre av

Maturity Matrix – Kvalitetsverktøy for gjennomgang av allmennlegekontorets organisering – norsk versjon 1.0 www.mahultmatrrix.com

1. Kunnskapsbasert praksis	2. Pasientliste	3. Personelpolitikk	4. Teamarbeid	5. Brukerperspektiver	6. Forbedringsarbeid	7. Prosedyrer
Kontoret innehar en best mulig praksis, det er en god praksis og det er en god praksis basert på kunnskap og kvalitet	Klinisk analyse av regelmessig gjennomgang av journalene og andre dokumentasjon	Ansettelse, ansvars- og arbeidsdeling mulighet for utvikling på jobben og evaluering av den jobben som gjøres	Kommunikasjon innen legekontoret ved bruk av munn, materielle og dokumenterte tilfeller.	Pasientens erfaringer og synspunkter strategier for håndtering av klager, søkk og feilbehandling	Kvalitetsforbedring med mål for pasientbehandling og praksis (FORSKUNGSPLAN, FOKUS-UTVALG, FOKUS-UTVALG)	Dokumentasjon av prosedyrer for praksis og pasientbehandling
Kontoret innehar bare utvalgte forskningsbasert kunnskap som støtte for pasientbehandling. Det gjøres ingen forsøk på å forstå eller legge til rette for anvendelse av slik kunnskap	Klinisk data fra pasientkonsultasjoner samles ikke i en database. Klinisk data er ikke kodet og kan ikke analyseres.	Prosedyrer for ansettelse er uklare, ikke åpne for kommentar og ikke tilgjengelige for diskusjon. Ansvars- og arbeidsdeling er uklare og ikke nedskrevet. Ingen muligheter til kurs og annen fagutvikling. Tilbakemelding forekommer ikke ifølge medarbeiderintervjuer.	Kontoret har ingen mater for alle for diskusjon. Det er ingen diskusjoner eller felles forberede om hva som er god pasientbehandling.	Pasientens erfaringer og synspunkter innhentes ikke. Klager går registrert, men det gjøres lite for å forebygge tilsvarende uheldige hendelser.	Kontoret deler ikke skilte i kvalitetsforbedringsarbeid ved mål for pasientbehandling og praksis (FORSKUNGSPLAN, FOKUS-UTVALG)	Det finnes ingen skilte prosedyrer ifølge en innarbeidd, autorisert, respektfull. Ved feil er kunnskap om sytterne ikke tilgjengelig for de andre på kontoret.
Kontoret innehar en god til forskningsbasert kunnskap som støtte for pasientbehandling, men dette diskuteres ikke utstyrt. Det gjøres forsøk på å forstå eller legge til rette for anvendelse av slik kunnskap for å bedre pasientbehandling	Klinisk data fra pasientkonsultasjoner samles, men ikke det er en database eller kodet. Det er ikke lett å finne eller analysere data.	Prosedyrer for ansettelse er klare og gjennomførbare. Ansvars- og arbeidsdeling er nedskrevet med oppdaterte system. Uke kurs og annen fagutvikling. Utdelt om tilbakemelding ifølge medarbeiderintervjuer forekommer.	Kontoret har lite til annen mater for alle for diskusjon av pasientbehandling. Materne er for gamle, uten dagorden, referater og forklarende beslutninger.	Pasientens synspunkter og erfaringer innhentes ikke systematisk. Klager blir registrert, men det er ingen strategier for forebygging av tilsvarende uheldige hendelser. Ingen prosedyrer for gjennomgang av klager.	Enkelte på kontoret gjennomfører i ny og ne kvalitetsforbedringsarbeid for styrking av pasientbehandling. Forbedringsarbeid tinger ikke i legekontorets strategi.	Enkelte sentrale prosedyrer er nedskrevet ifølge en innarbeidd, autorisert, respektfull. Ved feil er kunnskap om sytterne ikke tilgjengelig for de andre på kontoret.
Kontoret innehar regelmessig forskningsbasert kunnskap som støtte for pasientbehandling, men dette diskuteres sjelden. Det gjøres forsøk på å forstå og legge til rette for anvendelse av slik kunnskap for å bedre pasientbehandling ifølge en innarbeidd eller hendingssammenheng.	Klinisk data fra pasientkonsultasjoner samles, og mange sider av disse er systematisk kodet. Det er mulig å finne og analysere data, og dette gjøres regelmessig som del av kvalitetsarbeid.	Prosedyrer for ansettelse og medarbeidere er basert på kontorets behov. Ansvars- og arbeidsdeling er nedskrevet og oppdaterte jevnl. Kurs og annen fagutvikling gjennomføres regelmessig. Tilbakemelding ifølge medarbeiderintervjuer forekommer fra tid til annen.	Kontoret har fleste mater for alle for diskusjon av pasientbehandling. Materne er for gamle, uten dagorden, referater og forklarende beslutninger.	Pasienterfaringer innhentes (spørreskjema, fokusgrupper), men resultatene for ingen konsekvenser. Klager blir registrert, men det er ingen strategier for forebygging av tilsvarende uheldige hendelser. Ingen prosedyrer for gjennomgang av klager.	Kontoret gjennomfører i ny og ne kvalitetsforbedringsarbeid. Resultatene gjennomgås i fellesskap.	Enkelte viktige prosedyrer er nedskrevet, men de fleste av kontorets beste rutiner tinger som del av den beste kunnskap hos medarbeiderne. Det finnes en mal for dokumentasjon av prosedyrer.
Kontoret innehar regelmessig forskningsbasert kunnskap som støtte for pasientbehandling, og dette diskuteres regelmessig. Kvalitet og bruk av kunnskapen evalueres jevnl.	Klinisk data fra pasientkonsultasjoner samles, og det er mesteparten av systematisk kodet. Det er mulig å finne og analysere data, og dette gjøres regelmessig som del av kvalitetsarbeid.	Prosedyrer for ansettelse og medarbeidere er basert på kontorets behov. Ansvars- og arbeidsdeling er nedskrevet og oppdaterte jevnl. Medarbeiderne oppmuntres til å delta i kurs og annen fagutvikling. Tilbakemelding ifølge medarbeiderintervjuer skjer regelmessig.	Kontoret har fleste mater for alle for diskusjon av prosedyrer for pasientbehandling. Materne er for gamle, uten dagorden, referater og forklarende beslutninger.	Pasienterfaringer innhentes (spørreskjema, fokusgrupper), og resultatene brukes regelmessig til å implementere, forbedre og forebygge. Klager gjennomgås med sikte på forebygging av tilsvarende uheldige hendelser.	Kontoret har et felles engasjement i kvalitetsforbedringsarbeid. Resultatene analyseres regelmessig som del av kontorets strategiske planlegging.	De fleste prosedyrer finnes nedskrevet. Det finnes en mal for dokumentasjon av prosedyrer som også inneholder oppdaterte av disse.
Kontoret innehar regelmessig forskningsbasert kunnskap som støtte for pasientbehandling, og dette diskuteres regelmessig. Kvalitet og bruk av kunnskapen evalueres regelmessig. Retningslinjer oppdateres jevnl.	Klinisk data fra pasientkonsultasjoner samles, og det er mesteparten av systematisk kodet. Det er mulig å finne og analysere data, og dette gjøres ofte som del av kvalitetsarbeid. Resultater samles i rapporter som diskuteres for å forbedre praksis.	Alle kjenner til hvilke prosedyrer som gjelder for ansettelse, som er basert på kontorets behov. Ansvars- og arbeidsdeling er nedskrevet og oppdaterte jevnl. Alle deltar i personlig og organisatorisk utvikling. Tilbakemelding ifølge medarbeiderintervjuer skjer regelmessig.	Kontoret har fleste mater for alle for diskusjon av prosedyrer for pasientbehandling. Materne er for gamle, uten dagorden og forklarende beslutninger. Tema for materne er en balance mellom aktuelle hendelser og en strategisk plan.	Pasienterfaringer (spørreskjema, fokusgrupper) brukes regelmessig til å forbedre praksis. Pasienter deltar i utvikling av legekontoret ifølge brukerguppen. Klager gjennomgås på systematisk måte med sikte på forebygging av tilsvarende uheldige hendelser.	Kontoret har et felles engasjement i kvalitetsforbedringsarbeid. Resultatene analyseres regelmessig som del av kontorets strategiske planlegging, offentliggjøres og er tilgjengelige for innsyn for pasienter.	Alle viktige prosedyrer finnes nedskrevet. Det finnes en mal for dokumentasjon av prosedyrer. Kontoret har en systematisk metode for å oppdatere disse prosedyrer i samsvar med endringer i faglig forutgående praksis.

FIGUR 1. Maturity Matrix på norsk. Det er ikke meningen at teksten på skjemaet kan leses. Det er viktig at den sees for første gang når en gjennomfører prosessen.

oss og EL (som ble utdannet noe senere) har gjennomført metoden på syv legekantor i Norge.

Gjennomføring av Maturity Matrix

MM-veileder avtalte tidspunkt for gjennomføring av Maturity Matrix med hvert enkelt legekontor. De fikk før møtet tilsendt en kort informasjon om metoden. Det ble satt av 90–120 minutter. Det ble presisert at det er viktig at alle legene og medarbeiderne på kontoret er til stede.

Møtet ble ledet av MM-veileder. Etter en generell informasjon om hva metoden består av, fikk alle utlevert rutearket (MM-skjemaet) med de syv temaene og skårssystemet (FIGUR 1). Veileder forklarte hvordan skjemaet er bygd opp og hvordan skåringen skal skje (FIGUR 2, SE S. 30). De neste 10–15 minuttene jobbet alle for seg selv med skåring av skjemaet før diskusjonen startet.

Alle skårverdiene for hvert tema ble skrevet ned. Veileder styrte diskusjonen og stimulerte til at alle fikk fortalt grunnen til sitt skår. Det ble en felles refleksjon over hvordan legekontoret var organisert og hvordan de ulike temaene var ivaretatt. Både medarbeiderne og legene var aktive og

kom med ulike innspill i diskusjonen som sammen ga et godt bilde av hvordan legekontoret var organisert.

Skårverdiene på det enkelte legekontor varierte noe. På slutten av diskusjonen måtte alle bli enige om et felles utviklingsnivå/skår som kontoret befant seg på for hvert tema og vurdere hvilke områder kontoret ønsket å videreutvikle.

Etter møtet registrerte MM-veileder resultatet fra skåringen elektronisk på nettsiden for Maturity Matrix (4). Dette var tilgjengelig for veilederne fordi vi er en del av et internasjonalt samarbeid (3). På skårskjemaet var det også tegnet inn gjennomsnittsskår fra andre legekontor i samarbeidsland samt verdiene fra det beste legekontoret slik at man kunne sammenligne seg med andre (bench-marking). Skjemaet ble enten skrevet ut på slutten av møtet eller sendt legekontoret sammen med et referat fra møtet (FIGUR 3, SE S. 30).

Legkontoret kunne velge om de ville jobbe videre på egenhånd, eller be MM-veilederen komme tilbake til et møte nummer to med gjennomgang av hva som skulle til for at kontoret skulle forbedre seg innenfor et spesielt tema. Ett legekontor valgte dette.

A. Kunnskapsbasert praksis	B. Pasientdata	C. Personalpolitikk	D. Teamarbeid	E. Brukerperspektiver	F. Forbedringsarbeid	G. Prosedyrer
Innherite kunnskap om best mulig praksis dele denne og videre profesjonellitet og kvalitet	Koding, analyse og regelmessig gjennomgang av journaldata og andre konsultasjonsdata	Ansettelse, ansats og arbeidsdeling, mulighet for utveksling på jobben, og evaluering av den jobben som gjøres	Kommunikasjon innen legeskontoret ved bruk av møter, møtereferater og dokumenterte tilbak	Pasientens erfaringer og synspunkter, delegier for håndtering av klager, avvik og feilbehandling	Kvalitetsbedring etter motpasientbehandling og praksisdrift (kvalitetsstiler, Plan-Do-Study-Act stiler, PDCA stiler)	Dokumentasjon av prosedyrer for praksisdrift og pasientbehandling
1.						Eksempel
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						Eksempel

Det finnes ingen skriftlige prosedyrer angående timebestilling, akuttrespons eller reseptbestilling. Ved fravær er kunnskap om rutinene ikke tilgjengelig for de andre på kontoret

Alle viktige prosedyrer er nedskrevet. Der er mål for dokumentasjon av prosedyrer. Kontoret har en systematisk metode for å oppdatere i samsvar med endringer i faglig forsvarlig praksis

FIGUR 2. Eksempel på skåring av temaet om prosedyrer. Det er ikke meningen at teksten på skjemaet kan leses. Det er viktig at den sees for første gang når en gjennomfører prosessen.

FIGUR 3. Skårverdi med benchmarking for et legekantor. Det er ikke meningen at teksten på skjemaet kan leses. Det er viktig at den sees for første gang når en gjennomfører prosessen.

	Using information	Using patient data	Managing Staff	Working as a team	Listening to patients	Improving the practice	Operating procedures
1	Rare access	No record	Unclear roles	No meetings	Not collected	No participation	No documentation
2	Occasional access	Records	Roles documented	Not documented	Not systematic	Some individuals	Some documentation
3	Regular access	Some coding	Needs assessed	Informal meetings	Views collected	Some projects	Key procedures
4	No evaluation	Regular analysis	Regular appraisal	Formal agendas	Views considered	Reactive	Policy exists
5	Occasional evaluation	Frequent analysis	Staff development	Content reactive	Views used	Regular	Policy updated
6	Regular evaluation	Routine analysis	Staff involved	Content strategic	Patients involved	Integrated	Systematic policy

Gul linje: Dette legekantoret sin score

Blå linje: Gjennomsnittsscore alle legekantorer i databasen

Rød linje: De aller beste legekantorene sin score

Erfaringer med metoden

Legekontorene ga tilbakemelding om at metoden gir et godt innblikk i kontorets organisering og at den er egnet til bruk ved oppstart eller vurdering av kvalitetsarbeid på legekontorer. En viktig forutsetning er at både medarbeidere og leger sammen diskuterer disse syv temaene og gjennom en refleksjon setter et felles skår for legekontoret. Flere av legekontorene ble overrasket over hvor mye kvalitetsarbeid de faktisk bedriver. Metoden hjalp de til å huske hva de faktisk har gjennomført av ulike kvalitetstiltak over flere år. Dette skapte energi inn i diskusjonen. Kommentarer som «husker dere ikke da...» var det flere av etterfulgt av latter og positive kommentarer.

Deltakerne opplevde det morsomt og inspirerende å sammenligne seg selv med andre kontorer med benchmarking. Det ga et ytterligere stimulus til å tenke over hva som skal til for å øke kvaliteten et eller flere nivåer.

Skårverdiene for et legekontor sammen med benchmarking er vist i FIGUR 3. Dette legekontoret er slik de selv bedømmer seg, langt framme i forhold til gjennomsnittet. Skårverdiene kan tyde på at de burde jobbe mer med sin personalpolitikk (managing staff). Men gjennom diskusjon om dette punktet var de ganske fornøyde og valgte i stedet å jobbe mer med prosedyrene sine (operating procedures) da det var flere ting her som ikke fungerte. De planla et prosjekt der de vil overføre sine oppdaterte prosedyrer til det elektroniske kvalitetssystemet TrinnVis (5). En av legene fikk ansvaret med å gjennomføre dette.

To legekontorer i samme kommune valgte å møtes til en felles halv kvalitetsdag etter at begge kontorene hadde gjennomført metoden. De sammenlignet hverandres skår, kom med innspill til hverandre og delte viktige erfaringer. De opplevde en slik felles dag som inspirerende da de fikk gode råd til enkle forbedringer. De har laget avtaler om å fortsette med felles kvalitetsarbeid.

Veien videre for Maturity Matrix

Vi mener at MM kan gi nyttige og strukturerte diskusjoner som styrker samarbeidet mellom leger og medarbeidere og bringer kontoret som organisasjon videre. Pr i dag er det utdannet seks veiledere i metoden. De er tilgjengelig for å gjennomføre metoden på forespørsel. Informasjon om

hvem de er og hvordan de kan kontaktes står i den presentasjonen som JT og KP har laget om metoden (6). Det trengs en til to motiverte personer på legekontoret som kan videreføre den prosessen som sparkes igang med MM.

Vi tenker at Maturity Matrix kan gjennomføres som ledd i et praksisbesøk i videre- og etterutdanningen. Da vil flere leger kunne lære seg metoden gjennom at de først deltar i den på eget kontor for så i neste omgang å være veileder for et annet legekontor. Slik kan metoden spres og bli mer tilgjengelig. En viktig forutsetning er nok at den legen som blir veileder i metoden på denne måten har noe erfaring i å lede grupper.

Konklusjon

Maturity Matrix er en velegnet metode for å bevisstgjøre legekontoret på hvordan de er organisert og hvilke områder som trenger forbedringer. Den er egnet i starten av kvalitetsarbeide eller for å gjøre opp status underveis. Det kan bli ekstra inspirerende hvis legekontorer sammenligner seg med andre kontorer, gjerne lokalt og drar nytte av hverandres erfaringer. Da skapes i tillegg et nettverk av legekontorer som jobber sammen med kvalitet. Vår erfaring er at der leger og medarbeidere sammen jobber for kvalitet – ja der skjer det forbedringer.

Trenger ditt legekontor en kick-start for kvalitetsarbeid, så er Maturity Matrix en god metode. Vi oppfordrer dere til å ta kontakt (6).

Referanser

1. Forskrift om internkontroll. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/for/sf/ho/ho-20021220-1731.html&dep=hod&kort+,+titt=internkontroll&>
2. NFAs referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid 2004. <http://www.legeforeningen.no/id/151599.0>
3. Elwyn G et al. Facilitating organisational development using a group-based formative assessment and benchmarking method: design and implementation of the International Family Practice Maturity Matrix. Qual Saf Health Care published online May 28, 2010. <http://qshc.bmj.com/content/early/2010/05/28/qshc.2009.037580.full.pdf>
4. Maturity Matrix. <http://www.maturitymatrix.co.uk/>
5. NFAs referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid/TrinnVis. <http://www.legeforeningen.no/id/163259>
6. Thesen J, Prestegaard K. Hvor velorganisert er legekontoret ditt – Maturity Matrix. NFAs referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid 2010. <http://www.legeforeningen.no/id/158720>

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: prestegaardk@gmail.com