

Flere legekantor er i gang med rutiner for kontinuerlig kvalitetsarbeid. Det er uvant og tidkrevende og vi trenger gode og kreative innspill. La oss derfor hjelpe hverandre gjennom en kvalitetsstafett! Vi utfordrer legekantor til å fortelle om noe de har gjort for å bedre eller opprettholde god kvalitet. Det kan være små endringer som har gitt stor gevinst, nye rutiner som oppleves positivt, brukerundersøkelser som er gjennomført eller erfaringer som gjør at legekantoret fungerer bedre som en enhet. Den som skriver – gjerne en medarbeider – får i oppgave å utfordre et annet legekantor til å fortelle sin kvalitetshistorie. Slik kan vi få innblikk og inspirasjon og dra nytte av hverandres erfaringer.

Velkommen til de gode kvalitetshistoriene!

Ventetid på venteværelset

Kvalitetsarbeid kan være morsomt. Det erfarte vi da vi på Gulset Legekantor sammen med Kirkegaten legekantor i Skien og Fjellsiden legesenter i Bergen registrerte ventetiden på venterommet. Våre medarbeidere hadde i lang tid registrert variasjon legene imellom på hvor lang tid pasientene måtte vente på venterommet før de kom inn til den avtalte timen. De stilte spørsmål om det er mulig at alle legene er presise da det ville bedre logistikken på kontoret samt gjøre pasientene mer fornøyd. Vi hadde dette som tema på et fagmøte og bestemte oss for å registrere ventetiden for hver lege. En lege tok ansvaret for å finne ut hvordan dette skulle gjøres. Vi valgte et enkelt auditskjema hvor legene selv registrerte ventetiden fra oppsatt time i boka til tidspunktet pasienten kom inn til legen (1). Skje-

maene ble tallet opp, vi lagde figurer for hver lege og for hvert senter og for alle tre legesentrene. Underveis i registreringen ble det heiarop fra medarbeiderne slik som «her går det unna» eller «i dag er du presis». Det skapte positiv stemning, latter og god dugnadsånd. Resultatene ledet til nyttige diskusjoner om hva som er akseptabel ventetid og hvordan timebøkene bør settes opp for i størst mulig grad holde tidsplanen. Samarbeidet med de andre kontorene medførte flere innspill til diskusjon. Det var lærerikt å sammenligne resultatene og plassere sitt eget kontor i dette og det var lite arbeidskrevende å gjennomføre registreringen og gjøre oppsummeringen. Ideelt sett bør våre medarbeidere gjøre registreringen en tilfeldig dag for å finne ut den sanne forsinkelsen.

Hvordan vi gjorde dette, samarbeidet mellom legekantorene og resultatene er tidligere beskrevet i Utposten (2) og det er laget en lysbildeferie om dette (3).

Vi anbefaler flere legekantorer til å gjøre det samme.

Vi gir stafettspinnen videre til Klosterhagen legesenter i Skien.

REFERANSER

1. Skeie I. To år sammen. <http://www.legeforeningen.no/id/166162.0>
2. Malterud K, Prestegard K, Løchen E. Ventetid på venterommet. Audit for kvalitetsforbedring på allmennlegekantor. Utposten 6 2010.
3. Prestegard K. Ventetid på venterommet. NFA referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid. 2009. <http://www.legeforeningen.no/id/156075>.

REFERANSER FRA DIABETESARTIKKEL S. 26–29

1. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010; 87: 4–14.
2. Wild S, Roglic G, Green A et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27: 1047–53.
3. Midthjell K, Lee CMY, Krokstad S et al. Obesity and type 2 diabetes continue to increase while other cardiovascular disease risk factors decline. The HUNT Study, Norway. Abstract, XI International Congress on Obesity, Stockholm 2010. *Obesity Reviews* 2010; 11 (Suppl 1): 58.
4. Stene LC, Midthjell K, Jenum AK et al. Hvor mange har diabetes mellitus i Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1511–14.
5. Claudi T, Cooper J, Skogøy K et al. Diabetesomsorg i norsk allmennpraksis. En tilstandsrapport fra Salten og deler av Rogaland. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3661–4.
6. Claudi T, Cooper J, Skogøy K et al. Risikointervensjon ved diabetes i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1508–10.
7. Claudi T, Cooper JG, Hausken MF et al. Kvaliteten på diabetesbehandlingen i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 2570–4.
8. Cooper JG, Claudi T, Jenum AK et al. Quality of care for patients with type 2 diabetes in primary care in Norway is improving. Results of cross-sectional surveys of 33 general practices in 1995 and 2005. *Diabetes Care* January 2009; 32: 81–83.
9. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1343–50.

10. Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006; 368: 1673–9.
11. Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF et al. Diabetes Prevention Program Research Group. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet.* 2009; 374: 1677–86. (Epub 2009 Oct 29)
12. Claudi T, Midthjell K, Furuseth K, Hanssen KF, Hestvold PI, Ørger P. NSAM's handlings-program for diabetes i allmennpraksis. Oslo: Norsk Selskap for Allmennmedisin, Norges Diabetesforbund, Statens Helsetilsyn, Statens Institutt for Folkehelse, Den Norske Lægeforening, 1995.
13. Claudi T, Cooper JG, Midthjell K, Daae C, Furuseth K, Hanssen KF. NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis. Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetssikring. Oslo: Norsk selskap for allmennmedisin, Den norske lægeforening, Norges Diabetesforbund, Statens institutt for folkehelse, 2000.
14. Claudi T (red.), Midthjell K, Cooper J, Furuseth K, Daae C, Hanssen KF. NSAMs handlingsprogram for diabetes, 2005.
15. Nasjonale kliniske retningslinjer. Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling. Oslo: Helse- direktoratet, 2009.
16. Tran AT, Diép LM, Cooper JG et al. Quality of care for patients with type 2 diabetes in general practice according to patients' ethnic background: a cross-sectional study from Oslo, Norway. *BMC Health Services Research* 2010, 10: 145.
17. Landøy E, Boonstra E, Graue M. Kvalitet i helsetenesta – er diabetesomsorg i samsvar med gjel-

- dande retningslinjer. Bergen: Skriftserien 2011 nr. 4, Fagrapport (Høgskolen i Bergen). Denne rapporten kan bestilles fra: Høgskolen i Bergen, www.hib.no/nettbutikk.
18. Gundersen F, Sørli K. Demografi og næringsutvikling i Sogn og Fjordane. NIBR-rapport 2009: 13 (www.nibr.no/uploads/publications/688517d7c53cc2758ced18bafd5ad43.pdf).
19. Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS): Registrering – NOKLUS Diabetesskjema (<http://noklus.firma-side.no/Hvatilbyrvi/Norskdiabetesregisterforvoksne/Forlegekantor/tabid/103/Default.aspx>)
20. Iversen MM, Tell GS, Riise T et al. History of and factors associated with diabetic foot ulcers in Norway: the Nord-Trøndelag Health Study. *Scand J Public Health* 2008; 36: 62–8.
21. Färnkvist LM, Lundman BM. Outcomes of diabetes care: a population-based study. *Int J for Quality in Health Care* 2003; 4: 301–7.
22. Lauvrak V, Frønsdal KB, Nordrehaug IN. Jevnlign testing av alle diabetespasienter for mikroalbuminuri. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten, 2009.
23. Jenssen T, Tønstad S, Claudi T et al. The gap between guidelines and practice in the treatment of type 2 diabetes. A nationwide survey in Norway. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2008; 80: 314–20.
24. Deakin TA, McShane CE, Cade JE et al. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003417. DOI: 10.1002/14651858.CD003417.pub2
25. Claudi T, Cooper JG, Daae C. Er diabetesbehandlingen for vanskelig for allmennpraktikeren alene? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2678–82.