

# 25 år med EQUIP

## – kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten

■ NICOLAS ØYANE • Spes. i allmennmedisin, PhD, leder for Senter for Kvalitet i Legekantor (SKIL) ■ TOR CARLSEN • Spes. i samfunnsmedisin, spesialrådgiver ved SKIL

■ KARIANNE GETHER • Administrasjonskonsulent ved SKIL ■ ULRİK BAK KIRK • Manager, European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQUIP)

### I 2016 feiret European Society for Quality and Safety in Family Practice sitt 25-års jubileum. Da er det på sin plass å vurdere og kommentere dagens kvalitets- og pasientsikkerhetsutvikling i primærhelsetjenesten – sett med norske øyne.

Den organisatoriske historien til European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQUIP) kan deles inn i tre hovedfaser:

- Produksjonsfasen (1991–2006)
- Refleksjonsfasen (2006–2011)
- Nettverksfasen (2011 til i dag).

#### Produksjonsfasen (1991–2006)

I denne første fasen var hovedinteressen å utvikle «one size fits all»-verktøy for å evaluere og forbedre kvaliteten i primærhelsetjenesten.

#### EUROPEP

Foregangsmodellen til EQUIP var *EUROPEP (European Patients Evaluates Patient care)*, et internasjonalt anerkjent og standardisert instrument for å måle pasienters vurderinger av allmennpraksis, utviklet i årene 1995–99. En så at et slikt instrument først og fremst bør gjengi pasientenes oppfatning av kvaliteten på tjenestene. På bakgrunn av dette ble en studie (1) utført i åtte europeiske land: Norge, Sverige, Danmark, Storbritannia, Nederland, Tyskland, Portugal og Israel – for å identifisere pasientens prioriteter og systematisk gjennomgå litteraturen på området (2).

#### MATURITY MATRIX

Etter årtusenskiftet er *The International Family Practice Maturity Matrix (IFPMM)* blitt bygget opp med bidrag fra EQUIP. Dette er et organisatorisk vurderingsverktøy som tar sikte på å stimulere praksisledet kvalitetsforbedring i primærhelsetjenesten. Det var basert på den britiske Maturity Matrix, utviklet mellom 1996 og 2003 av Glyn Elwyn med kolleger. Verktøyet setter fokus på en rekke organisatoriske dimensjoner, hver satt ut langs en trinnvis skala som måler

organisasjonens utvikling. For å teste verktøyet, ble det benyttet testbrukere som anga individuelt hvor organiseringen var på hver skala. Deretter ble resultatene diskutert i hele teamet for å bygge en felles poengsum for praksisen (3).

#### EPA

*European Practice Assessment (EPA)*, utviklet i 2002–05, var et verktøy for praksisledelse i primærhelsetjenesten. Verktøyet tilbød et system for akkreditering, ved å bruke kvalitetsindikatorer for å fremheve god praksis. EPA-verktøyet er utviklet for å lukke gapet mellom ekspertkunnskap og daglige rutiner og praksis, herunder identifisere områder der forbedring var mulig (4).

#### Refleksjonsfasen (2006–11)

I denne perioden skiftet man fokus fra verktøy med individuell tilnærming og beslutningstaking til helsevesenets metoder for planlegging og gjennomføring av endringer. Kunnskap om kvalitetsforbedring dukket opp med målinger og tilbakemelding for småskalatester av endringer ved hjelp av Plan-Do-Study-Act-sykluser (5).

Da Tina Eriksson fra Danmark ble den femte presidenten for EQUIP i 2007, markerte det begynnelsen på en ny æra. Undervisningskvalitet kom for fullt på agendaen. Fra desember 2010 til november 2012, inngikk EQUIP et samarbeid med det EU-finansierte inGPiQI-prosjektet (6). Prosjektet produserte et moderne teoretisk rammeverk, eGuidebook, for implementering av nye retningslinjer for behandling av hypertensjon og diabetes mellitus (7), e-læring etc.

I samme periode ble EQUIPs sommerskoler et formalisert konsept og en etablert læringsplattform for undervisning av kvali-

tetsforskning. Det begynte i 2009 i Tuusula, Finland og fortsatte frem til 2011 i Gent, Belgia, mens to forskerkurs (et på engelsk og det andre på fransk) ble gjennomført i 2013. I 2014 ble den engelske sommerskolen holdt i Danmark, samtidig som en fransk sommerskole ble holdt i nærheten av Paris.

#### Nettverksfasen (2011–)

Den siste fasen startet april 2011 og pågår fortsatt. I løpet av denne perioden har man rettet oppmerksomhet mot samarbeid og involvering av interessenter og nettverk i stedet for produkter. Et eksempel er *Wonca Europe's Anniversary Research Fund Project*, hvor EQUIP vant anbudet på et prosjekt som ble utviklet i 2012–15. Prosjektet ble offisielt lansert i løpet av Wonca-kongressen i Istanbul i 2015 som *Patient Empowerment in Chronic Conditions – Wonca Europe (PECC-WE)*. Et felles elektronisk register ble også produsert.

Selv om pasientsikkerhet kun er ett aspekt av kvalitetsutvikling i allmennpraksis, har det vært fremhevet som en kjernekompetanse for allmennleger (8). Dette forskningsfeltet, utviklet av mange tidligere EQUIP-delegater, har ikke lenger am-

bisjoner om å identifisere et enkelt mål rundt sikkerhet, men å tilpasse beregningene til lokale rammer og omstendigheter, også for å la klinikere selv utvikle slike sikkerhetsberegninger (9).

EQUIPs mål innenfor pasientsikkerhet er å se på legenes og de ansattes tretthet og utbrenthet – «second victim syndrome», et konsept introdusert av Albert Wu ved Johns Hopkins University i 2000 – som risikomomenter for pasientsikkerheten (10):

«Patients, their families and friends are those who suffer most from adverse events (first victims). However, they are not the only ones affected. Second victims are health care providers who are involved in an unanticipated adverse patient event, in a medical error and/or a patient related injury and become victimized in the sense that the provider is traumatized by the event. Frequently, these individuals feel personally responsible for the patient outcome. Many feel as though they have failed the patient, second guessing their clinical skills and knowledge base.» (10).

Det mangler tilstrekkelig anerkjennelse og passende mestringsstrategier for å redusere pasientsikkerhetsrisikoen som følge av overbelastede og slitne allmennleger (11).

I 2015 etablerte EQUIP en ny arbeidsgruppe, *Quality Circles*, ledet av legen Adrian Rohrbasser. Dr. Rohrbasser prøver å identifisere hvilke kontekstuelle faktorer som fremmer og hindrer et kvalitetsforbedringsnettverk i å bli oppfattet som givende og nyttig. Det er ikke nødvendigvis et behov for å utvikle nye verktøy, men behov for en helhetlig forståelse av hvordan vi utnytter de tilgjengelige verktøyene, avhengig av lokale forhold, historie og tradisjon.

Det stadig voksende EQUIP-nettverket vil mest sannsynligvis spille en viktig rolle i verdibasert kvalitet i fremtiden. Per mai 2016 har EQUIP 89 aktive og engasjerte medlemmer fra 25 europeiske land. Vi oppfordrer deg som leser dette til å utforske vår nye nettside ([equip.woncaeurope.org](http://equip.woncaeurope.org)), og bli en del av vår 'familie' med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet.

#### SKIL – Hva skjer i Norge?

Den norske legeforening har organisert og finansiert kvalitetsutviklingsprosjekter for allmennpraksis siden begynnelsen av

1990 tallet. Helsemyndighetene er blitt invitert til å delta i utvikling av en organisasjon som støtter lokalt kvalitetsarbeid. Så langt har dette ikke lyktes.

Senter for Kvalitet i Legekantor (SKIL) ble etablert i 2015 av Legeforeningen for å fremme kvalitetsutvikling i norske legekantor. Hovedforskjellen mellom SKIL og andre initiativ er at SKIL legger vekt på å gi helsepersonell kvalitetskunnskap fremfor å innføre kvalitetsmålinger. Målinger er selvsagt en nødvendig del av kvalitetsarbeid, men det må anses som sekundært til å spre kompetanse om kvalitetsarbeid. SKIL samler imidlertid data om kvalitet i legekantor. Disse blir brukt både for å etablere referanseverdier og for å evaluere effekten av SKILs initiativer overfor kontorene. SKILs første satsing er et kurs i legemiddelgjennomgang – som består av følgende:

- Et elektronisk program (Medrave 4) koblet til pasientjournalen gir legene bedre oversikt over pasienter med polyfarmasi (i.e. data om hyppighet av legemiddelgjennomgang og antall eldre pasienter som får høyrisiko-medikamenter).
- Tre gruppemøter med veileder hvor legene diskuterer data fra egen praksis og arbeider med planer for å forbedre kvaliteten. Møtene er adskilt i tid med ca. fire måneder slik at hver enkelt lege kan følge endringer i data som følge av forandringer i praksis.
- E-læringskurs med oppdatert medisinsk kunnskap gjennomgås før hvert møte. Gode rutiner for medikamentbehandling er en viktig del av allmennpraksis, og sentralt for å ivareta pasientsikkerheten i primærhelsetjenesten. Dette kurset er blitt populært blant legene. Omkring 135 leger har startet allerede og 63 har gjennomført minst to møter. Foreløpige data viser at de fleste opplever positive endringer i sin praksis, og evaluering så langt indikerer at dette er en god måte å lære kvalitetsarbeid på. Kurset i legemiddelgjennomgang er nå tilgjengelig for alle allmennleger i Norge. 10 nye grupper er etablert høsten 2016. I tillegg arbeider SKIL med to nye initiativ:
  - Forbedring av antibiotikaforskrivning, som ledd i en nasjonal plan for å redusere antibiotikaresistens.
  - Forbedring av koordinerte tjenester og oppfølging til pasienter med alvorlig

kronisk sykdom. Dette planlegges i samarbeid med KS, kommunenes interesseorganisasjon. SKIL er i dialog med kommuner om å avgi rapporter vedrørende kvaliteten i allmennpraksis. Rapportene vil være aggregerte på kommune- eller bydelsnivå. Målet er å gi bedre innsikt i kvaliteten på den samlede tjenesten for politikere og administrasjon. Data om enkeltleger og enkeltpraksiser vil ikke bli utlevert fra SKIL.

SKIL samarbeider for øvrig med allmennmedisinske forskningsmiljøer for å fremme forskning om kvalitetsarbeid i Norge.

#### REFERANSER

1. Grol R et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Family Practice* 1999; 16: 4–11.
2. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1573–88.
3. Edwards A et al. Assessing organisational development in European primary care using a group based method: A feasibility study of the Maturity Matrix. *Int J Health Care Qual Assur* 2010; 23: 8–21.
4. Szecsenyi J et al. Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. *CMAJ* 2011.
5. de Koning H, Verver JP, van den Heuvel J, Bisgaard S, Does RJ. Lean six sigma in healthcare. *J Health Qua* 2006; 28: 4–11.
6. InGPiQI: Innovative lifelong learning of European General Physicians in Quality Improvement supported by information technology 2012. Available at: <http://ingpinqi.eu/> (accessed 18 August 2016).
7. Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Jozwiak J. Treatment targets in patients with Type 2 diabetes set by primary care physicians from Central and Eastern Europe. *Eur J Gen Pract*. 2014; 20: 253–59.
8. Eur J Gen Pract. Patient safety in primary care (supplement issue). 2015; 21: 1–77.
9. Vincent C, Esmail A. Researching patient safety in primary care: Now and in the future. *Eur J Gen Pract* 2015; 21: 1–2.
10. Second and Third Victim Research Group. Recommendations for providing an appropriate response when patients experience an adverse event with support for healthcare's second and third victims 2015. Available at: [http://www.segundasvictimas.es/data/documentos/segundas\\_victimas\\_maquetacion\\_ingles\\_impresion\\_v06.pdf](http://www.segundasvictimas.es/data/documentos/segundas_victimas_maquetacion_ingles_impresion_v06.pdf) (accessed 18 August 2016).
11. Royal College of General Practitioners. Patient safety implications of general practice overload 2015. Available at: <http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/2015/RCGP-Patient-safety-implications-of-general-practice-workload-July-2015.ashx> (accessed 20 August 2016).

■ NICOLAS.OYANE@SKILNET.NO