



RF – Rogalandforskning. <http://www.rf.no>

**Et konsept for
kvalitetsutvikling i allmennpraksis
med utgangspunkt i en sentral reseptbasert
legemiddeldatabase**

RF-2000/291



RF – Rogalandsforskning. <http://www.rf.no>

| | | |
|---|--|---------------------------------------|
| Vår referanse: 7201810 - 30 | Forfattere: Svein R. Kjosavik og Torger Gjefsen, | Dato: 12.12.2000 |
| Ant. sider: 52 | Faglig kvalitetssikrer: Else M. Tunglund | Gradering: Åpen |
| ISBN: 82-490-0075-7 | Oppdragsgiver(e): Det kongelige sosial og helsedepartement | Åpen fra (dato): 15.12.2000 |
| Prosjektittel: Et konsept for kvalitetsutvikling i allmennpraksis med utgangspunkt i en sentral reseptbasert legemiddeldatabase | | |

Emne:

- Kvalitetsutvikling av legemiddelforskrivning basert på tilbakemelding til leger om deres egen forskrivningspraksis
- Beskrivelse av erfaringer fra en begrenset utprøving med vekt på
 - Praktisk og pedagogisk gjennomførbarhet
 - Opplevet egen nytte
- Oppdraget er avgrenset til :
 - Allmennpraksis

Emne-ord: Kvalitetsutvikling, legemiddelbruk, allmennpraksis

RF - Rogalandsforskning er sertifisert etter et kvalitetssystem basert på NS - EN ISO 9001



Prosjektleder

Svein R. Kjosavik



For RF- Rogalandsforskning

Kåre Netland

Innhold

| | |
|--|----|
| Rapportens hovedinnhold | 1 |
| 1 MANDAT OG ORGANISERING AV PROSJEKTET | 3 |
| 1.1 Mandat..... | 3 |
| 1.2 Organisering av prosjektet | 3 |
| 1.3 Prosjektgruppen for dette delprosjektet..... | 4 |
| 2 BAKGRUNN..... | 5 |
| 2.1 Innledning..... | 5 |
| 2.2 Forskrivning av legemidler | 6 |
| 2.3 Erfaringer fra noen andre land | 6 |
| 3 GRUNNLAGET FOR KVALITETSUTVIKLING | 8 |
| 3.1 Kvalitetsforbedring som prosess | 8 |
| 3.2 Motivasjon og adferdsendring..... | 11 |
| 3.3 Barrierer mot endring og strategier for forbedring..... | 12 |
| 3.4 Praktiske prinsipper for arbeid med kvalitetsforbedring..... | 14 |
| 4 TIDLIGERE PROSJEKTER VED RF- ROGALANDSFORSKNING / NORSK RESEPTANALYSE A/S | 16 |
| 4.1 Piller på avveie | 16 |
| 4.2 Antibiotikaforskrivning i allmennpraksis..... | 17 |
| 5 ERFARINGER FRA ET BEGRENSET UTPRØVNINGSPROGRAM I BÆRUM KOMMUNE..... | 18 |
| 5.1 Praktisk gjennomføring | 20 |
| 5.2 Forskrivning av kolesterolsenkende legemidler..... | 22 |
| 5.3 Forskrivning av antidepressiva..... | 27 |
| 5.4 Bærums egen evaluering så langt : | 33 |
| 6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER | 38 |
| 6.1 Innsamling og bearbeiding av data fra resepter..... | 38 |
| 6.2 Målsetting med et tilbakemeldingssystem fra databasen | 39 |
| 6.3 Motivasjon av deltakerne i et tilbakemeldingssystem..... | 40 |
| 6.4 Struktur..... | 41 |

| | | |
|-----|-----------------|----|
| 6.5 | Metode..... | 43 |
| 6.6 | Innhold | 43 |
| 6.7 | Form | 44 |
| | REFERANSER..... | 46 |
| | VEDLEGG | 48 |

Rapportens hovedinnhold

Utviklingen innen farmasøytisk industri skjer raskt. Nye legemidler kommer stadig på markedet, og overgang fra eldre til nyere preparat driver opp kostnadene for legemidler i samfunnet ⁽¹⁾. Moderne legemidler er ofte meget effektive, og kan gi betydelige nytteeffekter både for den enkelte pasient og for samfunnet. Samtidig vil interaksjoner ved kombinasjoner av legemidler, feilbruk og bivirkninger være potensielt skadelige og tidvis direkte farlige ⁽²⁾.

Utvikling av resistens blant mikrober som følge av antibiotikabruk er også et stort potensielt problem for folkehelsen ⁽³⁾, noe som medfører behov for kontinuerlig overvåkning og oppfølging av bruken av denne typen legemidler.

Det er i mange undersøkelser påvist manglende samsvar mellom kjent kunnskap om hvordan legemidler bør brukes og aktuell praksis ⁽⁴⁾. Dette medfører at det er et potensiale for fagutvikling og kvalitetsutvikling i helsetjenesten.

Alle apotek i Norge har i dag innført elektronisk resepthåndtering ⁽⁵⁾. Gjennom en sentral reseptbasert legemiddeldatabase kan disse data samles og brukes blant annet som grunnlag for et system for kvalitetsutvikling og fagutvikling av reseptforskrivning.

Allmennpraktiserende leger skriver ut omlag 90 % av de reseptene som innløses i apotek. Disse legene arbeider selvstendig, de har som regel beskjedne faglig kontakt med kollegaer for drøfting av konkrete kasus, og er generelt individfokustert i sitt arbeid. Dette er ett av de områdene der arbeidssituasjonen for allmennpraktiserende leger skiller seg vesentlig fra situasjonen for institusjonsleger. Den enkelte allmennpraktiserende leges mulighet til å integrere summen av enkelthendelser overfor egne pasienter til en strukturert og helhetlig vurdering av egen praksis, er begrenset ⁽⁶⁾.

Et kvalitetsutviklingssystem for fagutvikling og forbedring av reseptforskrivning bør, først og fremst av de nevnte årsaker, rette seg mot allmenntmedisin.

Våre pilotstudier viser at legene er svært interessert i å få tilbakemeldinger og hjelp til å vurdere sin egen praksis, og at de er motivert for å drive aktiv kvalitetsutvikling av egen praksis på grunnlag av slike tilbakemeldinger.

I rapportens kapittel 1 blir det gjort rede for mandatet for dette prosjektet, og for hvordan arbeidet er blitt organisert.

I kapittel 2 blir det beskrevet hvordan dette dokumentet er tenkt å danne et grunnlag for kvalitetsutvikling av legemiddelforskrivningen i allmennmedisin. Det blir gjort rede for erfaringer med kvalitetssikring i allmennlege-tjenesten i en del andre land.

I kapittel 3 drøftes begrepet kvalitetsforbedring og betydningen av at dette utvikles gjennom en prosess i nært samarbeid med fagmiljøene. Det oppsummeres noen prinsipper som vi anbefaler blir lagt til grunn for arbeid med kvalitetsutvikling. Det pekes på nødvendigheten av å ha klare målsettinger, at det utvikles standarder og kliniske retningslinjer, og at disse videreutvikles i samspill med de aktørene det angår. Arbeidet med kvalitetsutvikling må gjennomføres systematisk og kontinuerlig.

I Kapittel 4 gjøres det rede for tidligere erfaringer ved RF-Rogalandforskning fra lignende prosjekter med innsamling av reseptdata og tilbakemelding til leger.

Kapittel 5 beskriver erfaringer fra en utprøving som er gjennomført i Bærum kommune i forbindelse med dette prosjektet. Her beskrives en måte å gå fram på i en slik prosess. Det gis eksempler på tilbakemeldinger som er gitt til legene i dette prosjektet. Beskrivelsen avsluttes med konkrete synspunkter fra prosjektledelsen i Bærum på arbeidsmåten, dens muligheter og begrensninger.

Kapittel 6 oppsummerer våre konklusjoner og anbefalinger. Vi mener at målsettingen med et tilbakemeldingssystem bør være å styrke faglig utvikling og kvalitetssikring, og å sørge for mer rasjonell bruk av legemidler. Det pekes på at det er en prinsipiell motsetning mellom det å anvende en slik database til kvalitetssikring eller kontroll. Det konkluderes med at en bør fokusere på kvalitetsutvikling, da det gir best effekt i forhold til de angitte målsettingene.

Betydningen av å motivere deltakerne for å oppnå kvalitetsutvikling understrekes. Det vil være en fordel om arbeidet integreres i allerede etablert ordning for videre- og etterutdanning i allmennmedisin. Det vil være fordel om det opprettes regionale veilederstillinger knyttet til ordningen. Innholdet i tilbakemeldingene bør være fleksibelt, og tilpasses ønsker fra de aktuelle smågruppene. Det er viktig at den enkelte lege føler trygghet for at de tilbakemeldinger som utarbeides, gis en form som ivaretar den enkeltes anonymitet.

1 Mandat og organisering av prosjektet

1.1 Mandat

Norsk Reseptanalyse A/S er et firma som eies av Den norske lægeforening, Norges Apotekerforening, Den norske veterinærforening, Den norske tannlegeforening og RF Rogalandforskning. Norsk Reseptanalyse a/s har påtatt seg et oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet med å utrede et system for tilbakemelding til leger fra en reseptbasert database og å beskrive krav til data som skal inngå i en slik reseptbasert database.

I mandatet for den delen av prosjektet som omhandler tilbakemeldingssystemet, og som er besvart ved denne rapporten, er oppgaven formulert på følgende måte:

- Et pedagogisk og praktisk gjennomførbart konsept for, på grunnlag av beste kunnskap på området, å sette tilbakemelding om egen forskrivning i system på en målrettet og variert måte.
- Beskrivelse av erfaringer fra en begrenset utprøving av dette konseptet mtp.
 - praktisk og pedagogisk gjennomførbarhet
 - opplevd egennytte

Oppdraget er avgrenset til allmennpraksis

1.2 Organisering av prosjektet

For å gjennomføre oppdraget, har Norsk Reseptanalyse A/S opprettet en prosjektorganisasjon som består av:

- En styringsgruppe
- En referansegruppe
- En prosjektgruppe for delprosjektet som omhandler krav til reseptdata

- En prosjektgruppe for delprosjektet som omhandler kvalitetsutvikling i allmennpraksis, og som den foreliggende rapporten er et resultat av

I vedlegg 1 til delrapporten om reseptdata, er det gjort nærmere rede for hvordan hele prosjektorganisasjonen er bygd opp, og hvem som er deltakere i de ulike gruppene.

Den praktiske gjennomføringen av prosjektet har blitt utført av RF-Rogalandforskning, som et prosjekt med Norsk Reseptanalyse AS som oppdragsgiver.

1.3 Prosjektgruppen for dette delprosjektet

Denne prosjektgruppen er satt sammen utfra ønske om en bred medisinskfaglig og pedagogisk vurdering av de problemstillinger som skal belyses. Den består av:

| | |
|--------------------------------|---|
| Svein R. Kjosavik | Seniorforsker, RF- Rogalandforskning (Prosjektleder) |
| Jørund Straand | Førsteamanuensis, Seksjon for allmennmedisin, UiB ut juli 2000 og UiO fra 01.08.2000 |
| Per Hjortdahl | Professor, avdeling for fagutvikling og kvalitetsforbedring, Legeforeningen |
| Bjørn Oscar Hoftvedt | Avdelingsleder, pedagogisk avdeling, Legeforeningen |
| Åse Brinchmann-Hansen | Fagsjef, pedagogisk avdeling, Legeforeningen |
| Christian Berg | Prosjektkoordinator, Norges Apotekerforening |
| Anne Cecilie Dahl Bryne | Prosjektleder, Bærum kommune / daglig lederConrad AS |
| Torger Gjefsen | Seniorforsker, RF- Rogalandforskning Han har deltatt på de fleste av gruppens møter i forbindelse med sin funksjon som koordinator for prosjektet |

2 Bakgrunn

2.1 Innledning

Målsettingen med dette dokumentet er at det skal kunne tjene som et grunnlagsdokument for arbeidet med å opprette et system for fagutvikling og kvalitetsutvikling av legemiddelforskrivningen i allmennpraksis i Norge. Ordningen bygger på analyse av reseptdata fra apotek. Det forutsettes at slike data samles i en sentral landsdekkende reseptbasert database. En slik database kan utnyttes blant annet i forvaltning, forskning og fagutvikling/ kvalitets sikring av legemiddelforskrivning. Dokumentet tar ikke sikte på å gi en endelig beskrivelse av hvordan et slikt kvalitetsutviklingssystem kan bli, men fokuserer først og fremst på hva som synes å være et godt startpunkt for en slik ordning, og generelle prinsipper for drift og videre utvikling av ordningen. Allmennmedisin er et stort og omfattende fagfelt, og løsninger som ansees ferdige og beskrevet i detalj, har lett for å bli statiske og vil derfor neppe kunne bli så gode at fagmiljøene vil synes de er optimale over tid. Prosjektgruppen har derfor den oppfatning at det er formålstjenlig å legge opp til en dynamisk prosess omkring videreutviklingen av et slikt system, i en åpen dialog med brukerne. Bare slik mener vi at en kan oppnå det beste resultatet.

Kostnadene til etablering og drift av et kvalitetssikringssystem er ikke vurdert, men prosjektgruppen er av den oppfatning at dette bør sees i sammenheng med kostnadene for bruk av legemidler her i landet. I 1999 var omsetningen på ca. 10,7 milliarder NOK⁽¹⁾. Den har økt med omlag 10 % i hvert av de seinere årene. I lys av slike tall vil kostnadene til et system for kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i bruken av disse midlene være marginale; ordningen vil trolig kunne etableres og drives for en kostnad som representerer en eller noen få promille av de nevnte 11,0 milliarder NOK.

Til sammenligning brukes det i dag et beløp til kvalitetssikring av laboratoriebruk utenfor sykehus som er i underkant av 2 % av totalkostnaden for slike laboratorieprøver⁽⁸⁾.

2.2 Forskrivning av legemidler

Forskrivning av legemidler er en av de viktigste behandlingsmetoder i allmennpraksis. Det kommer stadig nye legemidler på markedet, og kostnadene til bruk av legemidler stiger. Det er ønskelig for samfunnet og for pasientene at legemidlene utnyttes på best mulig måte. Hvordan en kan forbedre bruken av legemidlene overfor den enkelte pasient og hvordan en kan få mest nytte ut av de økonomiske ressursene som går til legemidler, er derfor et meget viktig spørsmål. De utfordringene en her i landet står overfor i denne sammenhengen er beskrevet og drøftet inngående i Offentlige utredninger i 1997^(9,10). Samtidig er det bebudet fra helseministeren at det systemet med referansepris som vi har hatt i noen år, skal avvikles etter en grundig evaluering av ordningen gjennomført av ECON^(11,12).

Totalkostnaden for bruk av legemidler tilsvarer summen av det antall døgndoser som blir konsumert, multiplisert med prisen for hver av disse dosene. Av de årlige statistikkene over legemiddelforbruket i Norge som utgis av Norsk Medisinaldepot ASA⁽¹⁾, går det klart fram at her i landet er det pris per daglig dose (DDD) av legemidler mer enn antall daglige doser som øker. Derfor er det prisen per dose som relativt sett bidrar mest til økningen i totalkostnaden for bruk av legemidler.

2.3 Erfaringer fra noen andre land

Svenske myndigheter ved ”Institutet för hälso och sjukvårdsøkonomi” har nylig gjennomført en analyse av de ulike tiltak som er gjort i England, Tyskland og Holland vedrørende kostnadskontroll over legemiddelforskrivningen⁽¹³⁾. Blant de viktige og interessante konklusjonene i denne rapporten, kan nevnes:

- Over tid er det innføringen av nye og dyrere legemidler som i hovedsak påvirker kostnadsutviklingen.
- I Tyskland har det vært gjennomført tre større reformer i helsetjenesten som også omfatter legemiddelforskrivning. Først gjennomførte de i 1989 en ordning med referansepriser. Dernest innførte de i 1993 rammebudsjett for reseptbelagte legemidler for den enkelte lege og det enkelte sykehus, samt prisstopp for legemidler. I 1997 gikk de bort fra rammebudsjettet og innførte et ”skyggebudsjett” knyttet til legenes forskrivningsvolum. Ved hver endring ble egenandelen økt for

pasienten ved kjøp av reseptbelagte legemidler. Resultatet av hver av de nevnte endringene ble at økningstakten i kostnadsutviklingen forbigående ble bremsset noe ned, men den gikk hver gang etter noe tid tilbake til den økningstakten den hadde før tiltakene ble iverksatt.

- I England innførte de i 1991 et desentralisert kostnadsansvar for legemiddelforbruket. Såkalte "GP foundholders" fikk et budsjett som vedkommende kunne forskrive legemidler for (GP er forkortelse for General Practitioner). Den største effekten kom første året, men avtok andre og tredje året etter innføringen av ordningen.
- Potensielle effekter av delegert økonomisk ansvar for legemiddelforskrivningen påvirkes i vesentlig grad av ansvarsfordelingen og det faglige samarbeidet mellom allmenntjenestemedisin og institusjonshelstjenesten.
- Når eventuelle effekter av substitusjon til billigste synonympreparat er utnyttet, kreves et helhetssyn på forskrivning og legemiddelbruk for at kvaliteten av forskrivningen og kostnadene ved denne skal holdes under kontroll. For å etablere et slikt helhetssyn, kreves imidlertid personlig informasjon til terapeutene gjennom rådgivere eller andre informatører
- I Nederland deltar omlag 90 % av allmennlegene i lokale smågrupper av leger og farmasøyter. Det er etablert 650 slike grupper i landet, basert på frivillig medvirkning med tilrettelegging fra det offentlige.

Harris og Scrivener⁽¹⁴⁾ konstaterte i 1996 i en retrospektiv undersøkelse over samtlige allmennleger i England i perioden 1990 til 1995, at kostnadsøkningen blant "GP foundholders" for legemiddelforskrivning var lavere enn for andre allmennleger.

Utgiftsveksten for bruk av legemidler er så stor at det er enkelt å forstå den politiske oppmerksomheten dette har fått i mange land. Likevel er det viktig å huske på at bruk av legemidler bare er ett av flere virkemidler som helsevesenet tar i bruk for å behandle pasienter. Kostnaden for samfunnet er knyttet til totalkostnaden i helsetjenesten. En må derfor ikke legge ensidig og overdreven vekt på å redusere kostnadene forbundet med bruk av legemidler, da det kan medføre at andre utgifter i helsetjenesten øker mer enn innsparingene, slik at totalkostnaden går opp, jfr. ECON sin vurdering av referansepris systemet⁽¹¹⁾. Det er dessuten viktig at helsetjenesten har viktige målsetninger som ikke

uten videre kan måles i kroner og ører, men i livskvalitet og redusert lidelse. Mange av de ressurskrevende og kroniske lidelsene koster enorme summer for samfunnet, men betyr også svært mye for den det rammer. Hvis bedret behandling med legemidler bedrer prognosen og / eller reduserer den enkeltes lidelse, kan det godt tenkes at en i Norge burde hatt høyere utgifter til legemidler. Beregnet ut fra grossistenes innkjøpspris er legemiddelutgiftene pr. innbygger i Norge lavere enn i de fleste vesteuropeiske land. Alle våre nordiske naboland har høyere gjennomsnittlige legemiddelutgifter pr. innbygger enn Norge⁽¹⁵⁾.

Arbeidet med å begrense kostnadsveksten for bruk av legemidler og å sørge for effektiv og målrettet bruk av disse kostnadene, er kompliserte spørsmål der mange faktorer spiller inn. Nettopp derfor er det viktig å få bedret muligheten for å finne svar på denne typen spørsmål, og å øke kvaliteten på legemiddelforskrivning og legemiddelbruk der det finnes dokumentasjon på at forbedringspotensial finnes.

3 Grunlaget for Kvalitetsutvikling

3.1 Kvalitetsforbedring som prosess

En organisasjons grunnleggende filosofi har større betydning for dens resultat enn teknologi og/eller økonomiske ressurser, organisasjonsstruktur, innovasjon eller valg av rett tidspunkt. (Thomas I Watson Jr., grunnleggeren av det moderne IBM)

En definisjon på kvalitet er at gjennomføring og resultat av en prosess skal være i samsvar med definerte forutsetninger og spesifikasjoner, eller ”Helhet av kjennetegn en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille angitte krav eller behov som er antydnet”⁽¹⁶⁾.

Holdningen til og gjennomføring av kvalitetsarbeid i praksis har vært gjenstand for betydelig utvikling og endring de siste tiår⁽⁴¹⁾. Moderne tenkning og praksis omkring kvalitet, innebærer at for å oppnå kvalitet, må en integrere fokus på strategi i en organisasjons grunnleggende filosofi, la arbeid med kvalitet være en naturlig del av det daglige arbeidet, og kontinuerlig arbeide for at samtlige oppgaver og aktiviteter innenfor ens virksomhet utføres i samsvar med gitte spesifikasjoner^(41,42,43). I

allmennlegers praksis innebærer dette at ikke bare legen, men også hjelpepersonalet bør trekkes inn i arbeidet. Da blir alle på ulike vis en del av arbeidet med å planlegge, utføre, følge opp og vurdere arbeidets kvalitet - i en kontinuerlig prosess.

I forbindelse med fokusering på kvalitet og forbedring av denne, brukes blant annet begrepene kvalitetskontroll, kvalitetssikring og kvalitetsutvikling. Disse tre begrepene representerer ulike faser og synspunkter på hvordan man kan arbeide med kvalitet, heller enn ulike teorier eller systemer som utelukker hverandre. I dagens kvalitetsutviklingsperspektiv finnes fortsatt mange av kontroll- og sikringssystemene som en forutsetning for utvikling av et mer komplekst kvalitetsarbeid. Hvis man tar for seg ordene kontroll, sikring og utvikling, kan man få inntrykk av at det bare er gjennom kvalitetsutvikling man utvikler kvalitet. Det er ikke riktig. Kvalitet utvikles naturligvis også gjennom kvalitetskontroll og sikring.

Nærmere beskrivelse og presisering av de tre begrepene og forskjeller og ulikheter mellom dem, kan skisseres med følgende oversikt:

| | KVALITETS KONTROLL | KVALITETS SIKRING | KVALITETS UTVIKLING |
|----------------------------|---|---|---|
| FOKUS | Kontroll i ettertid, reagerer på feil som er gjort. | Kontroll av arbeidsprosessene med sikte på å unngå feil. | Alle bidrar kontinuerlig og proaktivt med å forbedre og utvikle tjenesten i forhold til nye muligheter, behov og krav. |
| STYRING | Ledelsen eller det offentlige kontrollerer, instruerer og belønner/straffer | Manualer, standarder og rutinebeskrivelser. | Ledelse gjennom verdier, visjoner og langsiktige mål. Fagprofesjonene selv utfordres, gis mulighet, ansvar og frihet til selv å utvikle tjenestene. |
| HVA MÅLES OG HVORDAN | Produksjons – og økonomiske måleparametre. | At standarder, manualer og rutiner følges. Intern eller ekstern kontroll og revisjon. | Resultater. Mest mulig nytte for pasienter og andre interessenter. Egenkontroll, benchmarking, brukerundersøkelser, lærende nettverk/kvalitetsnettverk. |
| MÅL | Riktige tjenester | Riktige tjenester første gangen | Levere de riktige tjenestene riktig. |

Det er mange ulike interessenter som har krav og ønsker knyttet til helsetjenesten; blant annet tilsynsmyndigheter, politikere, pasienter og helseprofesjonene selv. Som

aktører har disse ulike roller i sitt arbeid, noe som gjør at de også har det i kvalitetsarbeidet

I organisasjonsteoretisk litteratur^(17,18,19,20) sies det ofte at en organisasjons fremgang for en stor del avhenger av hvor godt ledelsen lykkes i å ”balansere” kravene fra de ulike interessenter. I kvalitetsarbeidet er det viktig å ha en bevisst holdning til, og ta hensyn til de ulike gruppers interesser. Avhengig av hvilke interessenter man spør, vil man få ulike svar på hva som menes med god kvalitet.

Tilsynsmyndigheter er opptatt av at politiske beslutninger i form av lover og retningslinjer følges samt at helsetjenesten i minst mulig grad gjør feil som medfører klager mot helsetjenesten. Den politiske ledelsens interesse i kvalitetsarbeidet vil blant annet være at ressurser nyttes så effektivt som mulig. Fra pasientperspektiv har helsetjenestene god kvalitet når pasientene får det de forventer seg, slik de selv ønsker det. Ser vi kvalitet utfra et profesjonsperspektiv, flyttes fokus over mot personellens kompetanse, arbeidsform og fagmedisinsk håndtering.

Det er naturlig at de ulike grupperinger har ulike syn på hva som er god kvalitet på helsetjenestene, både fordi de har ulike perspektiv og fordi de ikke alltid har sammenfallende interesser. Spørsmålet blir da hvem som skal ha retten til å definere hva som er god kvalitet.

I privat sektor har man, i hvert fall i teorien, lenge satt likhetstegn mellom god kvalitet og kundens opplevelse av god kvalitet. I offentlig sektor er det i prinsippet like enkelt ; uten brukere som etterspør organisasjonens tjenester har ikke organisasjonen lenger noen eksistensberettigelse.

Helsetjenestene har vært preget av et noe annet syn. I hovedsak har det vært profesjonenes syn på hva som er god kvalitet som har dominert det utviklingsarbeidet som har vært drevet.

I det praktiske kvalitetsarbeidet handler det ofte om å skape en prosess for å finne en felles forståelse av hva som er god kvalitet, og et felles syn på hvordan man skal utvikle, forandre og fornye virksomheten for å oppnå den gode kvaliteten. Et av kvalitetsarbeidets store fordeler er nettopp at ny kunnskap som interessenter får når de sammen bidrar med sine ulike perspektiv i utviklingsarbeidet, ofte gir endrede syn på

hva som er god kvalitet hos den enkelte. Grunntanken er at kvalitetsarbeidet ikke skal styres gjennom autoriteters definisjon av standarder og direktiver alene. Isteden skal en forbedre og forandre egen adferd gjennom å dele den kunnskap og erfaring hver enkelt har og produsere ny kollektiv og individuell kunnskap.

Vår tids krav om delaktighet, selvstyrt virksomhet og eget ansvar for kvalitet, stemmer godt overens med denne grunntanken. For at erfaringer fra situasjoner i arbeidshverdagen skal forvandles til kunnskaper og kvalitetsforbedringer via læreprosesser, kreves en organisering som oppmuntrer til kontinuerlig utforskning og læring, heller enn kontroll.

3.2 Motivasjon og adferdsendring

En gjennomgang av litteraturen om ulike utdanningstiltak i allmennmedisin, konkluderte med at tilbakemelding på egen praksis kombinert med kollegabasert læring ("peer review") var blant tiltakene som hadde størst effekt ⁽²¹⁾.

Styrken ved denne typen utdanningstiltak er at de er knyttet til legens egen arbeidssituasjon. Det er avgjørende for å kunne lære noe nytt at man har en sammenheng (kontekst) å sette det nye inn i. Ved at ny kunnskap koples til kunnskap legen allerede har, vil dette lette innlæringen.

Tidligere lært kunnskap aktiveres og restruktureres så den passer det foreliggende problemet eller problemstillingen legen skal lære av. Bearbeidingen av kunnskapen samtidig med læringen bedrer legens muligheter for å huske og senere kunne hente frem kunnskapen i relevante situasjoner. Erfaringer tilsier også at den indre motivasjonen for å lære øker når leger får arbeide med problemstillinger knyttet til egen praksis ⁽²²⁾.

En annen side ved denne typen tiltak er at deltakerne selv er aktive i læringsprosessen. De får anledning til å uttrykke sin kunnskap om feltet, få tilbakemelding fra kollegane og eventuelt justere kunnskapen i forhold til hva de andre legene mener. Bare det å måtte formulere sin forståelse av feltet gjør at de oppdager hva de ikke har forstått og hva de må arbeide videre med. Kollegagrupper kan derved fungere godt som verksteder for kunnskapskonstruksjon.

3.3 Barrierer mot endring og strategier for forbedring

Det kan være ulike barrierer mot endring hos den enkelte ⁽²³⁾.

Noen barrierer er personlige som f.eks. relatert til kompetanse, innstilling og motivasjon samt alder, erfaring og ulike måter å tilegne seg ny kunnskap på. Andre barrierer kan være knyttet til rammevilkår, organisatoriske og strukturelle forhold. I tillegg kan kollegiale kulturer, forventninger fra pasienter og andre lokale forhold bety en del.

For å overvinne slike barrierer og bedre allmennlegers aksept for nye retningslinjer er blant annet følgende metoder brukt :

- Møter /kurs/konferanser for å oppdatere kunnskap på ulike felt
- Distribusjon av dokumentasjon om ny eller bedret kunnskap innen ulike felt
- Lokale konsensus-prosesser basert på faglige diskusjoner
- Praksisbesøk mellom kolleger
- Utvikling av lokale opinionsledere
- Audit og tilbakemeldingssystemer der den enkelte lege mottar oversikt over egen praksis
- Påminninger rettet mot den enkelte terapeut eller mot spesielle faglige forhold
- Markedsføring av ny kunnskap der den enkeltes barrierer lokaliseres og det deretter arbeides målrettet for å forsøke å overvinne disse. forsøkes overvunnet.

Mye er skrevet om effekten av de ulike strategiene ^(24,25,26).

Effekten av utsendt trykt materiale er oftest beskjeden, selv om dette er en av de mest brukte metoder fordi den er rimelig og enkel å gjennomføre. Slik påvirkning kan forberede endringer, men skaper som regel lite endring i seg selv. Det betyr at nytte kan økes hvis den kombineres med andre metoder, men hvilken kombinasjon som er mest effektiv, er usikkert ⁽²⁷⁾

Effekten av kurs og møter er også begrenset. Det er avgjørende hvor praktisk rettet slike møter er. Mer praktiske ”work-shops” gir lettere endring enn teoretisk undervisning. Mest effektivt er lokale møter for å drøfte lokale standarder (konsensus). ^(26,28)

Konsulentbesøk er en mye brukt strategi for markedsføring av legemidler med sikte på å endre legers forskrivning. Leger har beskrevet representanter for legemiddelindustrien som den nest viktigste kilden til informasjon om legemiddelbruk ⁽²⁹⁾.

Selv om leger ofte bagatelliserer industriens innvirkning på deres forskrivningspraksis har "the American College of Physicians" påpekt at det er vesentlig dokumentasjon som bekrefter den effektive virkningen personlig kontakt mellom en profesjonell selger og legen har på utformingen av legens forskrivning av legemidler ⁽³⁰⁾.

I tråd med de ovenfor beskrevne erfaringer, har ordningen for kvalitetssikring av laboratoriebruk utenfor sykehus (NOKLUS), blitt utvidet med en fylkesbasert del (FOKLUS), der en laboratoriekonsulent tilknyttet et sentrallaboratorium i hvert fylke, bistår de ulike praksisene, ved behov ⁽³¹⁾.

Konsulentbesøk er en kostbart og tidkrevende metode, men den utstrakte bruken av denne metoden innen farmasøytisk industri sin markedsføring viser at industrien vurderer dette som en god og kostnadseffektiv strategi.

For å bidra til at pasientene bruker legemidler på den måte de er tiltenkt, er det viktig at informasjonen hun/han mottar fra lege og apotek er konsistent, og at den er i samsvar med annen kunnskap eller informasjon. Det er grunn til å tro at effekten av informasjon til pasienter innen et emne blir betydelig forbedret dersom den kombineres med samtidig oppdatering av legene og hjelpepersonellet på legekantorene og de ansatte i apotek slik at det er konsensus om innholdet i den informasjon som gis. Dermed vil en oppnå at den informasjon pasienten har fått på legekantoret understøttes av informasjon som gis muntlig eller skriftlig fra apoteket ved utlevering av legemidler. Hvis pasienten derimot møter ulik informasjon ved legekantoret og i apotek, kan det skape utrygghet og uriktig bruk av legemiddelet ⁽²⁶⁾. For å sikre slik konsistens, vil det være en fordel at farmasøyter inviteres til å delta i de lokale smågruppene av leger som etableres for å følge opp tilbakemeldinger, på samme måte som de har god erfaring med fra Nederland – slik som nevnt i avsnitt 4.1 foran.

Nytteeffekten av tilbakemeldingsordninger er i stor grad avhengig av den sammenheng og struktur som ordningen er satt inn i. Bruk av ulike strategier og intensiteten i påvirkningen for å endre adferd synes å ha avgjørende betydning. Det betyr at en ren tilbakemelding i seg selv, ikke trenger å ha noen signifikant klinisk effekt på adferd ⁽³²⁾. Samtidig vil en tilbakemeldingsordning som er satt inn i et system, der innholdet

diskuteres og gjennomarbeides i mindre grupper, kunne ha et betydelig potensiale⁽²¹⁾. I allmennpraksis synes en slik ordning å være hensiktsmessig⁽⁷⁾. Det er viktig å få mulighet til å diskutere og bli enig om hvordan generelle retningslinjer for bruk av et medikament eller behandling av et fagområdet skal tilpasses egne lokale forhold. Verdiene av en slik prosess økes når den kan speiles mot en oversikt over den reelle lokale praksis på området. Økt nærhet og egenforståelse i tilknytning til slike faglige diskusjoner kan bedre motivasjonene og viljen til å endre egen praksis og minke tendensen til å bare skape akademiske diskusjoner uten praktiske effekter. Det er også slik at det å gjennomarbeide et tema på en slik måte kan avdekke noen av de barrierer mot endring som kan eksistere hos den enkelte, og lette muligheten for å komme over disse. Det kan også være svært fordelaktig å ha med andre profesjoner i slike grupper, for eksempel farmasøyter⁽³³⁾.

3.4 Praktiske prinsipper for arbeid med kvalitetsforbedring

Det er flere viktige prinsipper som bør legges til grunn for et godt kvalitetsutviklings system innen allmennpraksis.⁽³⁴⁾

1. Det er avgjørende for forbedring å ha målsetninger, standarder og kliniske retningslinjer.

Slike målsettinger, standarder og kliniske retningslinjer er nødvendige som kriterier for å evaluere avvik fra ønsket praksis som utgangspunkt for den enkeltes vurdering av seg selv⁽³⁵⁾. Det finnes både internasjonale og nasjonale "evidence based guidelines" for mange ulike lidelser^(36,37). Der det mangler forskningsbasert dokumentasjon, kan konsensus basert på klinisk erfaring danne grunnlag for retningslinjer⁽³⁸⁾.

2. Generelle retningslinjer bør videreutvikles i integrert samspill med de aktørene de angår, og tilpasses lokale forhold.

Kunnskap om retningslinjer som er beskrevet av utenforstående er i seg selv ikke nok til å endre praksis blant allmennpraktiserende leger. Det er avgjørende at retningslinjene oppleves praktiske og relevante for deltagerne i systemet⁽³⁹⁾. På den måten kan det skapes et eierforhold mellom aktørene og de målsetninger en legger til grunn for forbedringsprosessen. Det er derfor viktig å tilpasse generelle retningslinjer til egen lokal situasjon og om mulig skape konsensus om hvordan retningslinjer bør brukes lokalt. Slik lokal enighet har i seg selv stor betydning⁽³³⁾.

3. Implementering av kvalitetssystemer bør gjennomføres systematisk og kontinuerlig.

Selv etter at god kvalitet er oppnådd, er det dokumentert⁽⁴⁾ at kvaliteten kan minske igjen dersom kvalitetsarbeidet ikke opprettholdes som en kontinuerlig prosess. Gode kvalitetssystemer kan i seg selv også danne grunnlag for forbedrede retningslinjer.

4. Målemetoder trengs for å kunne dokumentere samsvar eller manglende samsvar mellom aktuell praksis og målsetninger, samt for å evaluere effekter av endring av praksis.

Det er viktig å kunne dokumentere overfor deltagerne i systemet om det oppnås forbedringer eller ikke ved bruk av systemet. Disse målemetodene bør rettes mot hva den enkelte faktisk gjør, og ikke mot den teoretiske kompetansen de måtte besitte. Her er et tilbakemeldingssystem over egen forskrivning et godt verktøy for å registrere atferd, og som grunnlag for refleksjon over egen atferd..

5. Motivasjon er avgjørende for å oppnå resultater. Det er derfor viktig å bygge systemet på frivillighet, samarbeid og lokal medvirkning.

Systemer som er forsøkt i enkelte land der tilbakemeldinger er laget på en generell basis og sendt til den enkelte lege, synes ikke å ha signifikant klinisk effekt⁽³²⁾. Dette til forskjell fra mer spesifikke ordninger på deltakernes premisser⁽⁷⁾. Konsekvensen av denne erfaringen er at en må legge avgjørende vekt på å utvikle systemer som bygger på frivillighet og på aktiv medvirkning fra de som skal påvirkes og bruke systemet. Bare på den måten vil et kvalitetssikringssystem for allmennpraksis bidra til aktiv og målrettet kvalitetssikring.

4 Tidligere prosjekter ved RF- Rogalandforskning / Norsk Reseptanalyse A/S

Norsk Reseptanalyse A/S er utviklet som en videreføringen av prosjekter ved RF-Rogalandforskning rettet mot reseptdata og legemiddelforskrivning. Vi finner det derfor riktig å gi en kortfattet redegjørelse for de prosjekter som tidligere har vært gjennomført ved RF Rogalandforskning, og som dermed danner basis for den kompetanse som finnes i vårt miljø i Stavanger.

4.1 Piller på avveie

Høsten 1994 ble det tatt et initiativ til samarbeid mellom RF-Rogalandforskning, Samkom (samarbeidskomiteen for legemiddelinformasjon) og Sandnes Sunn by for å utvikle et forskningsprosjekt kalt : ”Piller på avveie” - om illegal omsetning og utilsiktet bruk av vanedannende legemidler.

Gjennom dette prosjektet startet RF sitt arbeid med å utnytte reseptdata fra apotek til forskningsformål og til praktiske tiltak for å bedre kvaliteten av reseptforskrivning hos leger.

Dette arbeidet krevde en metodikk for å hente ut og bearbeide reseptdata fra apotek på en slik måte at en ikke kom i konflikt med de krav til taushetsplikt og personvern som gjelder for dette området. Metoden som ble utviklet, blir beskrevet nærmere i den andre delrapporten om reseptdata. Datatilsynet og helsetilsynet gav sin godkjenning til bruk av metoden.

Prosjektet hadde to hoveddeler, en kartleggingsfase og en tiltaksfase. Basert på de funn en gjorde i første fase og det som ble ansett som relevant praksis på området, ble det utviklet flere ulike tiltak. Et av de viktigste tiltakene var utviklingen av et tilbakemeldingssystem til allmennlegene over deres egen forskrivning. Det var prosjektets håp at en slik ordning kunne være et nyttig ledd i kvalitetssikring og fagutvikling innen dette feltet.

Hovedproblemet med en slik tilbakemelding var å fremstille forskrivningsdata på en måte den enkelte lege kunne finne nyttig og konstruktiv. Siden de ulike legene hadde

ulik praksis størrelse, ulik alderssammensetning i sine praksiser, ulik arbeidstid, ulik grad av deltagelse i legevakt etc. ville en ren tilbakemelding over totalforskrivning av vanedannende legemidler gi dårlig grunnlag for sammenligning legene imellom. Det ble derfor drøftet hvordan en kunne finne en ”nevner” som totalforskrivningen til den enkelte lege kunne vurderes mot. En slik mulighet ville bedre sammenligningsgrunnlaget mellom leger, men det var vanskelig å definere den enkelte leges praksis da legene i liten grad hadde oversikt over sin egen pasientpopulasjon.

For å komme rundt denne utfordringen, valgte vi å introdusere en ”pseudonevner”. Pasientene som hadde fått vanedannende legemidler ble delt inn i tre ulike grupper etter hvor store mengder slike legemidler de hadde fått. Legenes praksis kunne så vurderes utfra den enkelte leges antall pasienter i hver av gruppene og det innbyrdes forhold mellom dem. Dette gav et mye mer nyansert bilde av den enkelte leges praksis. Noe som førte til at refleksjonen og dialogen legene imellom, ble mer konkret og fruktbar.

Et av resultatene fra prosjektet ble også et pedagogisk verktøy til bruk i konsultasjoner. Dette er en videreutviklingen av inndelingen av pasientene etter hvor store mengder vanedannende legemidler de brukte, for å bedre refleksjonen om bruken av slike legemidler, både for legen og pasienten.

En grundigere beskrivelse av dette prosjektet er tatt med som vedlegg 3 til denne rapporten.

4.2 Antibiotikaforskrivning i allmennpraksis

Prosjektet ”Piller på avveie” førte til utvikling av et konsept som kunne nyttes vedrørende tilbakemelding og kvalitetsutvikling av reseptforskrivning innen et hvilket som helst legemiddelområde.

Neste pilotprosjekt i forhold til denne tenkningen ble knyttet til bruk av antibiotika. Den viktigste grunn til dette, var at antibiotikabruk og resistensutvikling er blitt fokusert både nasjonalt og internasjonalt. British Medical Journal hadde et helt nummer om resistensproblemer i september 1998⁽⁴⁰⁾, og i Norge har Folkehelse på oppdrag fra Sosial og Helsedepartementet utarbeidet ”Plan for å motvirke antibiotikaresistens” i vårt land⁽³⁾.

Også i forbindelse med dette pilotprosjektet, ble reseptdata fra flere apotek samlet i en felles database hvorfra en genererte tilbakemelding til hver enkelt av de 35 allmennlegene som deltok i prosjektet.

”Pseudonevneren” i tilbakemeldingen i dette prosjektet ble en inndeling av de ulike antibiotika i første hånds, annen hånds og tredje hånds preparater. På den måten kunne den enkelte lege se sin profil og relative tendens til bruk av mer spesielle preparat i forhold til bruken av de mindre problematiske førstehånds preparatene.

De viktigste funnene fra dette pilotprosjektet var at en tilbakemeldingsordning syntes å være et velegnet verktøy for reduksjonen av bruk av mer spesielle antibiotikatyper da disse i stor grad ble forskrevet av et lite antall leger, men at andre virkemidler sannsynligvis var nødvendig for å dempe bruken av antibiotika mer generelt. Rapporten fra dette prosjektet er tatt med som vedlegg 2 bak i denne rapporten

5 Erfaringer fra et begrenset utprøvningsprogram i Bærum kommune

Sosial og Helsedepartementet anbefalte Norsk Reseptanalyse å gjennomføre en begrenset utprøving av det konseptet for fagutvikling og kvalitetsutvikling av allmennlegers reseptforskrivning som oppdraget skulle beskrive. En slik utprøving ble derfor igangsatt i samarbeid med kommunen og legene i Bærum. Bærum kommune ble valgt fordi de allerede hadde tatt fatt på arbeidet med å utvikle et kvalitetsutviklings system. Det var i den forbindelse etablert smågrupper for allmennleger, men uten at metodikk og faglig innhold var avklart. Vår metodikk for innsamling, bearbeiding og tilbakemelding av reseptdata passet meget godt inn i forhold til de planer avdeling Levekår i Bærum kommune hadde. Det var derfor en gevinst for begge prosjekter ved å samarbeide om dette.

Denne utprøvingen pågår fortsatt, men har allerede gitt en del erfaringer.

Data fra de seks apotekene i Bærum samt de to nærmeste apotekene i Oslo Vest har dannet grunnlaget for pilotprosjektet. Reseptdata fra disse apotekene er blitt innhentet og systematisert i en egen database ved RF- Rogalandforskning. Databasen består av alle resepter innløst ved de aktuelle apotek i perioden 01.04.99 til 31.03.00.

Data herfra er så bearbejdet videre og danner grunnlaget for tilbakemeldinger til de involverte legene. Interessen for å delta i ordning fra allmennlegene sin side har vært stor også i Bærum, slik den var i de to prosjektene som tidligere har vært gjennomført i kommunene Sandnes og Gjesdal.

Legenes arbeidsdag er travel, og overskudd og engasjement til "unødvendige" aktiviteter er liten. Motivasjon for egeninnsats som man ikke umiddelbart ser nytten av, er beskjeden. Det at legene i denne ordningen kan få tilrettelagt informasjon fra en sentral database uten at legen selv må bruke tid og krefter på registrering av data først, er trolig en viktig årsak til at så mange ønsker å delta. Erfaringen er at når informasjonen gjelder den enkelte, er nysgjerrigheten stor nok til å vekke engasjement.

Det har vært vurdert som avgjørende for verdien av ordningen, å skape tilhørighet og eierforhold til denne hos den enkelte lege. Det har tidligere vært et noe anstrengt forhold mellom kommuneadministrasjonen og allmennlegene i Bærum. Det var derfor med noe spenning dette prosjektet ble besluttet lokalisert dit. Kommunen beveget seg dessuten gjennom dette prosjektet nær inn på det som tradisjonelt har vært ansett for å være legenes faglige arena. Dette ble likevel godt mottatt av allmennlegene. Informasjonsmøtet om ordningen hadde bedre oppmøte enn noe annet tilsvarende møte som i de seinere årene har vært arrangert av kommunen for legene i Bærum.

60 leger ble invitert til å delta i prosjektet. 54 har meldt seg inn i ordningen. 48 meldte seg inn før første tilbakemelding, mens ytterligere 6 har kommet etter i løpet av prosessen. 47 av disse legene har driftsavtale med Bærum kommune fra halv stilling og oppover til full stilling, mens 7 er uten slik avtale.

Legene i styringsgruppen for prosjektet i Bærum har bestemt hvilke fagområde som skulle prioriteres for tilbakemelding og rekkefølgen på disse. Den første av tilbakemeldingene gjaldt bruk av lipid- (kolesterol-) senkende legemidler. Den andre tilbakemeldingen gjaldt bruk av antidepressive legemidler. Våren 2001 planlegges det å følge opp med tilbakemeldinger om bruken av kvinnelig kjønnshormoner og midler mot beinskjørhet til kvinner i overgangsalder samt midler mot høyt blodtrykk.

5.1 Praktisk gjennomføring

Legene som deltar i ordningen er delt inn i fire grupper. Disse gruppene har hatt separate møter. Prosjektleder fra kommunen har deltatt i møtene og i noen av møtene har også en representant for legeforeningens pedagogiske avdeling vært med. Det har vært en måte å bedre evalueringen av ordningen og av gruppenes arbeid .

Måten tilbakemeldingene har blitt brukt på har vært noe ulik i de fire gruppene. På forhånd var det utarbeidet en anbefaling for hvordan møter i gruppene kunne gjennomføres, med følgende hovedstruktur :

Oversikt over egen praksis.

Før første møte i de enkelte gruppene ble alle deltagerne bedt om å skaffe seg en oversikt over sin egen praksisprofil med fokus mot det aktuelle emne. Utfra eget elektronisk journalsystem kunne legen danne seg et bilde over aldersfordelingen i sin egen pasientpopulasjon, praksisens totale størrelse, antallet som legen hadde gitt diagnoser som syntes relevante for temaet og liknende data. Dette ble anbefalt for å lette tolkningen og forståelsen for de funn tilbakemeldingene viste.

Innleder til møtene

En innleder ble utpekt til hvert møte i hver gruppe. Innlederen skulle forberede seg noe mer grundig til hvert gruppemøte innen det aktuelle tema, for å kunne starte arbeidet i gruppen. Innledningen kunne for eksempel fokusere på aktuelle retningslinjer for bruk av de legemidlene en skulle få tilbakemelding om, hovedtrekk i utviklingen innen feltet, hovedutfordringer på området, kasuistikker og liknende.

Generell refleksjon

Etter innledningen var anbefalingen at gruppen kunne diskutere og reflektere omkring temaet og forsøke å finne en felles forståelse om hva som var vanlig praksis, anbefalt praksis og eventuelle forskjeller mellom disse. Det var også aktuelt å forsøke å definere hvilke problemer en ofte kunne oppleve i hverdagens praksis, og mulige forklaringer på forskjeller mellom den praksis en trodde der var på området og den anbefalte praksis retningslinjer, spesialister og forskningsmiljøer eventuelt gav innen det aktuelle terapiområde.

Forventning til egen praksis

Etter en slik generell refleksjon var det et ønske at hver enkelt skulle vurdere hvordan de trodde egen forskrivningsprofil ville se ut og hvorfor de trodde profilen ville være slik. Tanken med dette punktet var å få frem hvilken forventning den enkelte hadde til egen praksis som et grunnlag en senere kunne vurdere tilbakemeldingene sin dokumentasjon av den praksisen legen faktisk hadde.

Presentasjon av reell forskrivningspraksis

Fra reseptdatabasen ved RF-Rogalandforskning ble opplysninger om de aktuelle deltagerne sin forskrivningspraksisen hentet ut og bearbeidet. Tilbakemeldinger for praksis innen det aktuelle tema ble så systematisert og presentert. Denne tilbakemeldingen ble først vist for hele gruppen, men uten at noen kjente enkeltlegenes identitet. Først kunne den enkelte komme med korte spørsmål til presentasjonen, før to og to diskuterte og reflekterte mer grundig over hva de så og hvordan de tolket de aktuelle data. Helt frem til hit i prosessen var det anbefalt at den enkelte ikke fikk kjennskap til hvilke data som var ens egne. Dette for at refleksjonen skulle være minst mulig påvirket av hvilken praksis en selv faktisk hadde. Hensikten med dette var å hjelpe den enkelte til å avklare sine egne holdninger og tanker om hvordan en burde håndtere det aktuelle fagområdet. Denne erkjennelsen kunne så danne et grunnlag for videre fortolkning av ens egen praksis når en fikk avklart hvilke data som var ens egne.

Tildeling av pin kode

For at hver enkelt deltager i ordningen skulle kunne gjenfinne egne data uten at uvedkommende skulle kunne få kjennskap til dette, ble alle tilbakemeldinger utstyrt med "pin koder". Dette var tallkoder der hver enkelt lege fikk sitt eget nummer. Dette ble så meddelt den enkelte på den samme måten som bankene bruker når en mottar personlige koder til bank kort. En forseglet konvolutt med navn påført på utsiden, inneholder kodennummeret, og forseglingen må brytes for å kunne få tilgang til dette.

Det er viktig å presisere at alle leger får nye pin koder ved hver ny utsendelsen. Legenes nummer er derfor ikke de samme fra gang til gang. Dette er gjort for å forhindre at den enkeltes identitet kan bli avslørt utilsiktet for eksempel ved sykdom eller om en lege flytter fra distriktet eller liknende. Det vil også gjøre det enkelt å bestemme når i de ulike prosessene den enkelte skal få kjennskap til sine egne reelle data.

Stille refleksjon over egen praksis

Etter at hver lege hadde fått sin egen konvolutt med den personlige koden, ble det gitt anledning til en kort egenrefleksjon. Gjennom denne kunne en vurdere sin egen reelle praksis opp mot de refleksjoner en tidligere hadde gjort over hvordan en mente denne praksisen var / burde være.

Åpen refleksjon med kollegene

Etter en slik stille egenrefleksjon var det anbefalt å reflektere åpent sammen. Dette kunne for eksempel gjøres ved at to og to par diskuterte og reflekterte, utfordret og støttet hverandre utfra hva de så og hvordan de fortolket sine egne funn.

Oppsummering og utvikling av konsensus

Den faglige delen av møte ble anbefalt avsluttet med en felles oppsummering. I den grad det var mulig kunne en forsøke å oppnå konsensus om hvordan en syntes at praksis burde være på område, samt å sette fokus på hva som burde arbeides videre med og hvor endringsbehov eventuelt var avdekket.

Fremtidig tilleggsmulighet

I pilotprosjektet i Bærum er det foreløpig ikke planlagt mer enn fire enkeltstående tilbakemeldinger for fire ulike temaområder. I en fremtidig ordning vil ny en revidert tilbakemelding innen de samme tema være en viktig måte å følge opp den enkeltes egenkontroll og fagutvikling på. Ved enn slik ny runde omkring samme tema, vil en kunne se om praksis har endret seg, og hvor stor læringseffekt den enkelte synes å ha hatt i ordningen.

5.2 Forskrivning av kolesterolsenkende legemidler

Den første tilbakemeldingen legene ønsket, var en oversikt over forskrivningspraksis for lipid / kolesterol senkende behandling. Dette er et område som er av interesse fordi forbruket av slike legemidler har blitt 10 ganger så stort i perioden fra 1994 til 1999. (fra 4,9 DDD/1000 innbyggere i 1994 til 49 DDD/1000 innbyggere i 1999) ⁽¹⁾.

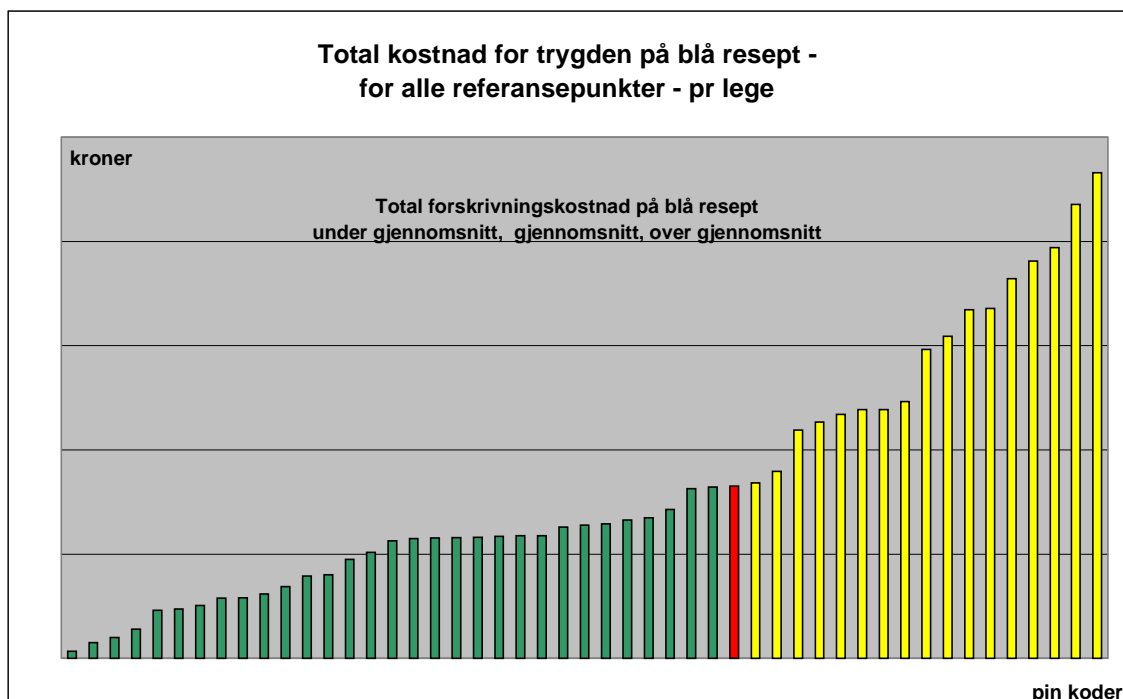
For å gi den enkelte lege en bakgrunnsvariabel / ”pseudonevner” å vurdere egen forskrivning i forhold til i denne tilbakemeldingen, ble total forskrivning av legemidler

på blå resept holdt opp mot den enkeltes forskrivning av lipidsenkende behandling. Total forskrivningskostnad som den enkelte lege genererer for trygden, avspeiler indirekte legens praksis. Hvordan forskrivningen av kolesterolsenkende midler er i forhold til denne totalen vil derved kunne danne ett tilleggsgrunnlag for innbyrdes dialog legene imellom.

Struktur og layout av tilbakemeldingene har vært gjenstand for diskusjon. Blant annet er det reist spørsmål om disse burde ha en mer vitenskapelig bearbeidet utforming hvor det framgår statistiske beregninger som standardavvik og variasjonskoeffesienter. Det kan godt tenkes at dette vil bli en naturlig utvikling når det gjelder tilbakemeldingene. Erfaringen så langt er imidlertid at fremstilling av den enkelte leges data i et søylediagram er en form som allmennlegenes er fortrolige med og har utbytte av som grunnlag for refleksjon over egen forskrivning.

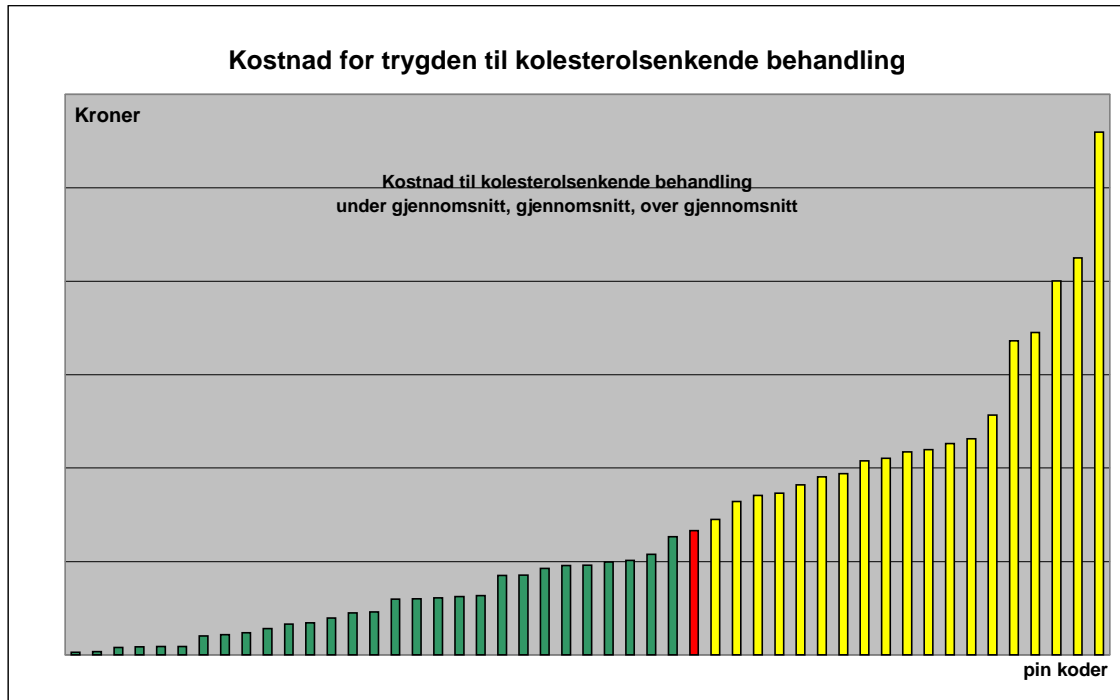
Nedenfor er det tatt med en del eksempler fra tilbakemeldingene. Formålet med dette er å beskrive et system og gi eksempler på utforminger slike tilbakemeldinger kan ha. Av den grunn, og etter et uttalt ønske fra legene som har vært med i prosjektet, er alle pinkoder og benevninger fjernet fra eksemplene. Dette er gjort for å unngå at resultatene kan trekkes ut av sin sammenheng, som er tilbakemelding til den enkelte lege, som grunnlag for refleksjon over egen forskrivning og faglig kvalitetsutvikling.

Eksempel 1 viser forskjellen i total kostnad for trygden for hver enkelte lege i perioden 01.04.1999 til 31.03.2000 for alle referansepunkter på blå resept

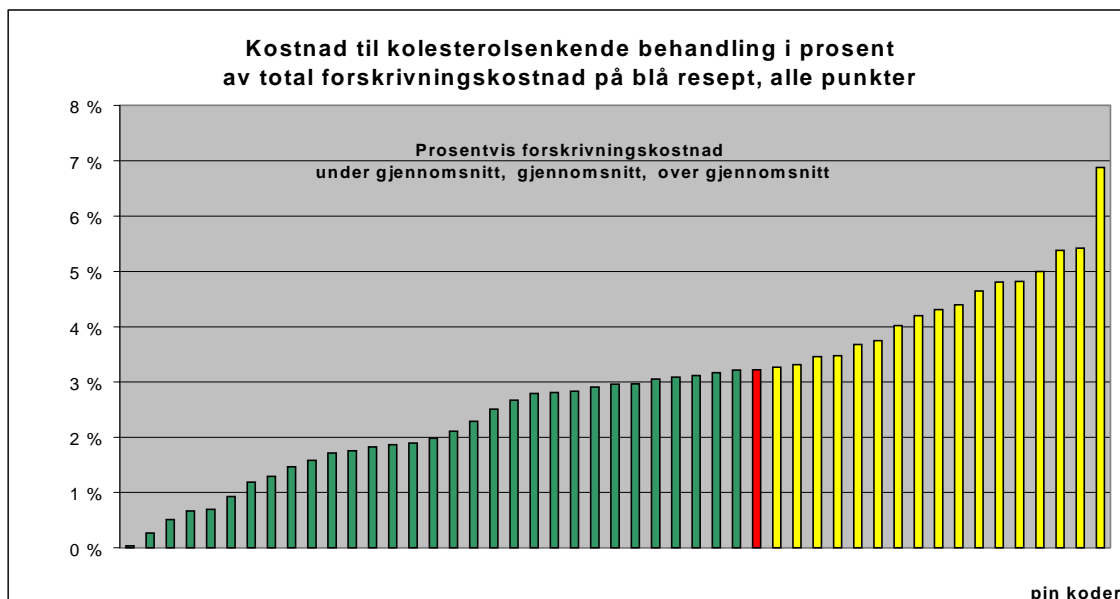


Denne oversikten ble tatt med som en referanse for den enkelte leges ”totale produksjon” som dataene over forskrivning av kolesterolsenkende legemidler kunne sees i lys av. Oversikten viser at det er betydelig variasjon i total forskrivningskostnad, men sier ikke noe om årsaken til dette.

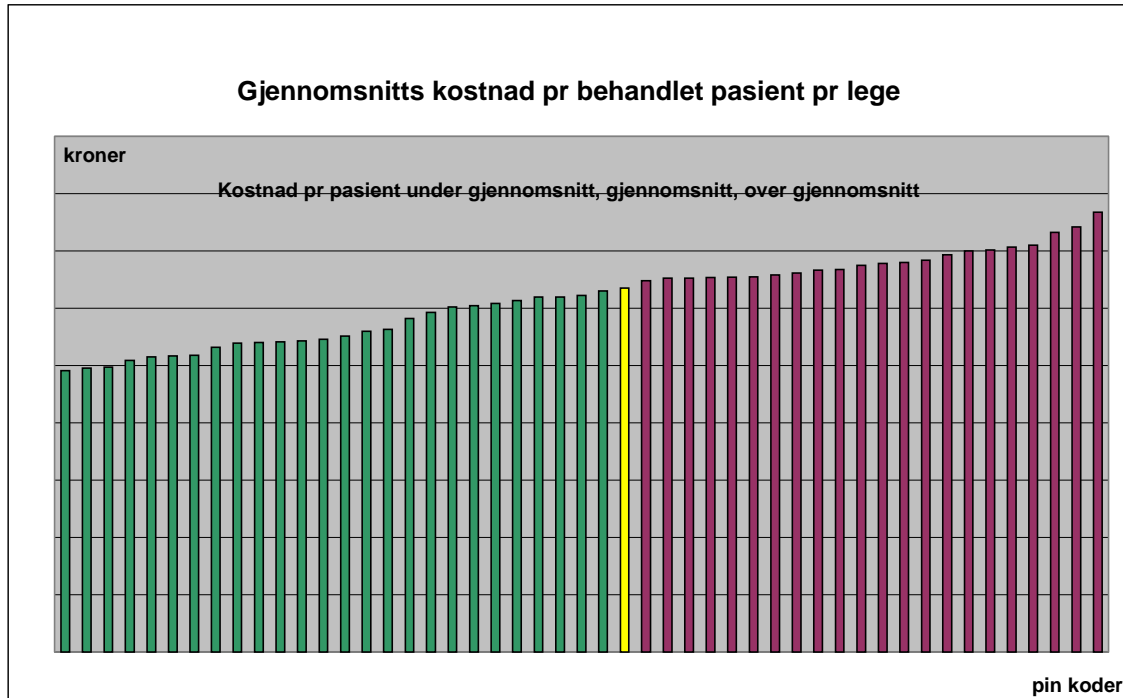
Eksempel 2 viser forskjellen i kostnaden for trygden til forskrivning av kolesterolsenkende behandling for den enkelte lege i perioden 01.04.1999 til 31.03.2000.



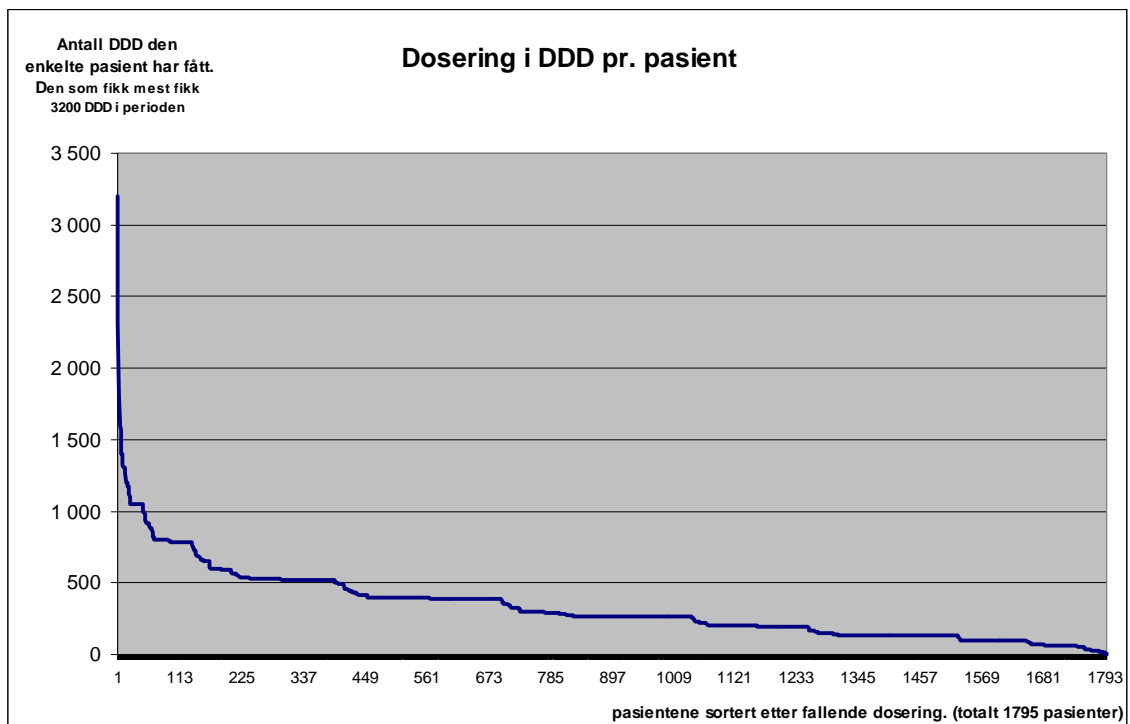
Eksempel 3 viser ratio mellom de to første figurene, og er således et slags mål på om den enkelte lege foreskriver relativt mye eller relativt lite av disse midlene i forhold til sin totalforskrivning av legemidler på blå resept. .



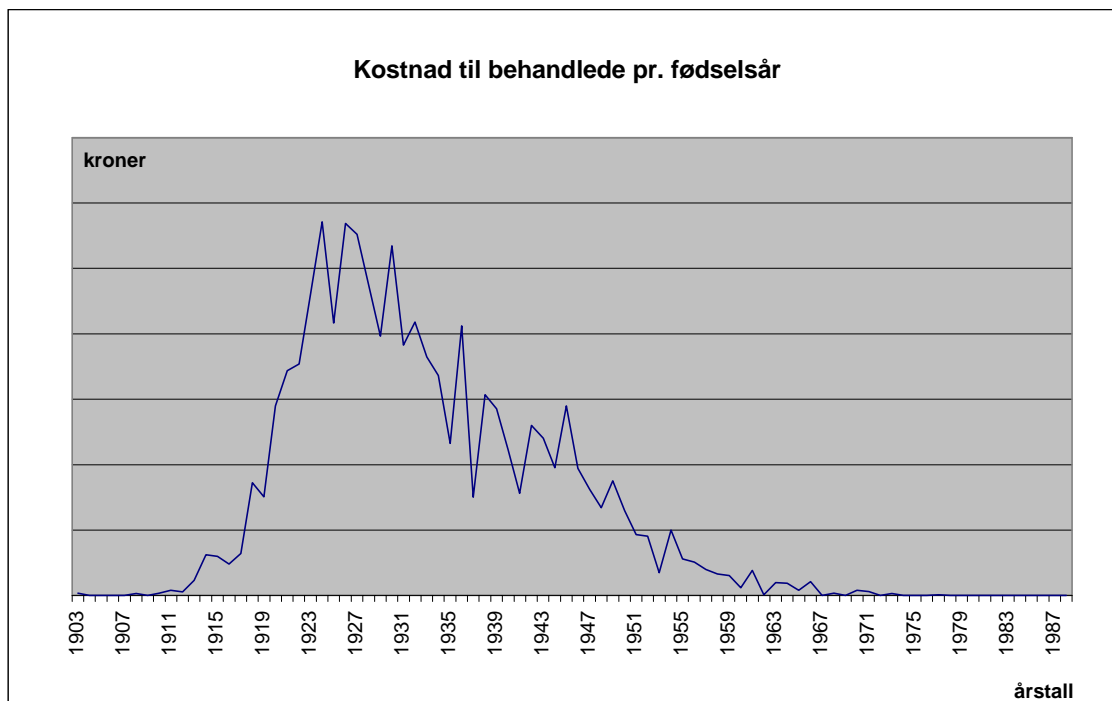
Eksempel 4 viser gjennomsnittskostnaden per behandlet pasient hos hver lege. Dette reflekterer til en viss grad valg mellom dyrere eller billigere legemidler samt intensitet i behandlingen den enkelte pasient har fått.



Figur 5 viser fordelingen av mengde legemiddel per behandlet pasient i perioden. Dette dokumenterer at noen svært få pasienter får store doser slike legemidler.



Figur 6 viser fordelingen av omsatte lipidsenkende legemidler etter kostnad per fødselsår. Den dokumenterer at den eldre del av befolkningen, fra 65 år og opp til 80 år, tar ut mest av disse legemidlene.



I tillegg til disse oversiktene, fikk legene tilbakemelding over bruken av de ulike preparatene fordelt per lege, både i absolutte tall og relativ fordeling av total forskrivning for hver enkelt.

Det var også grafer som lignet de to siste figurene, men der kostnaden per pasient og antall pasienter per årskull ble vist.

Av faglige refleksjoner som kom fram under gjennomgangen av disse tilbakemeldingene, er det særlig grunn til å nevne at mange ble overrasket over aldersfordelingen av de pasienter som har mottatt slike midler. På forhånd hadde de fleste trodd at en større del av forbruket av slike legemidler hadde gått til yngre pasienter enn det apotekdataene viser.

Etter at de første møtene var avholdt kom det påmeldinger fra seks leger som ikke hadde gitt sitt svar innen første tidsfrist, og flere av disse gav klart uttrykk for at de gjerne skulle ha vært med i tilbakemeldings-ordningen fra starten.

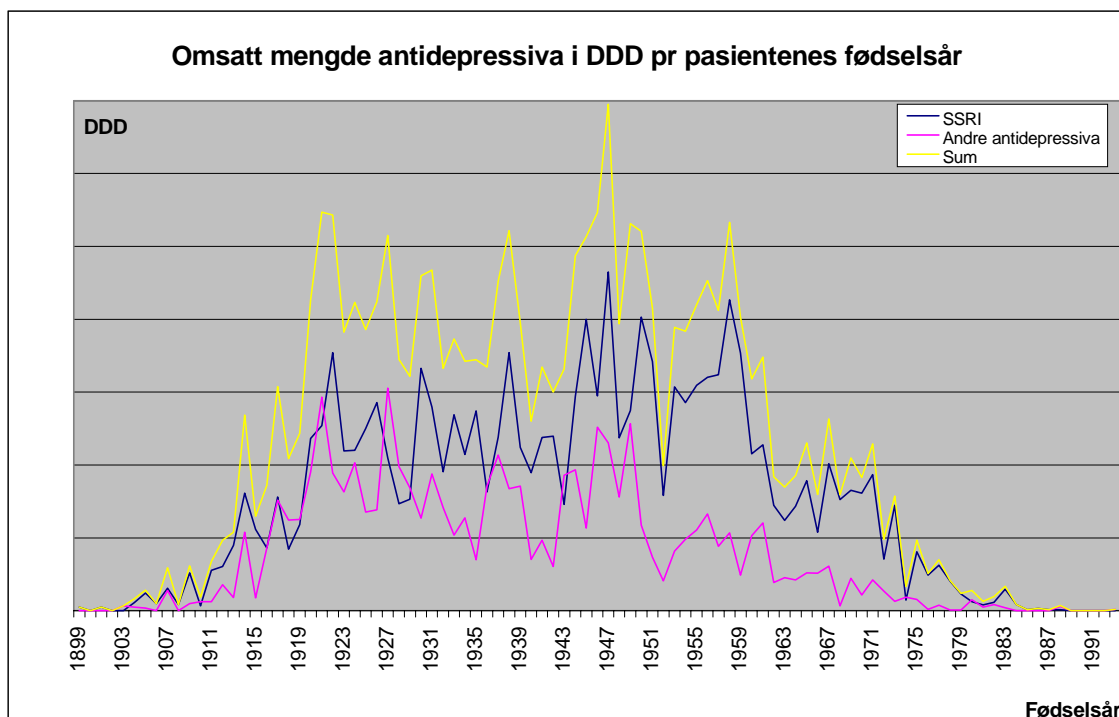
5.3 Forskrivning av antidepressiva

Dette er et av de andre fagområdene hvor legene ønsket en tilbakemelding. Dette er også et felt der forbruket av legemidler har økt svært mye de senere årene. Når det gjelder selektive serotonin reopptaks-hemmere (SSRI), har økningen i Norge vært fra ca. 6,0 DDD / 1000 innbyggere i 1994 til 25,6 DDD / 1000 innbyggere i 1999⁽¹⁾. De andre antidepressive midlene har kun hatt små endringer av forskrevet mengde.

I Bærum er det fra tidligere et pågående selvmordsforebyggende arbeid. I den forbindelse er det gjennomført en løpende kartlegging av antall selvmord. Bruk av legemidler mot depresjon er derfor et tema som har interesse på flere måter. Diskusjonen omkring forskrivningsdataene har engasjert legene og økt interessen omkring den kliniske konsekvensen og de diagnostiske forholdene som legges til grunn for bruk av slike midler, og medført diskusjon omkring videre strategier for å bedre situasjonen innen dette alvorlige fagområdet.

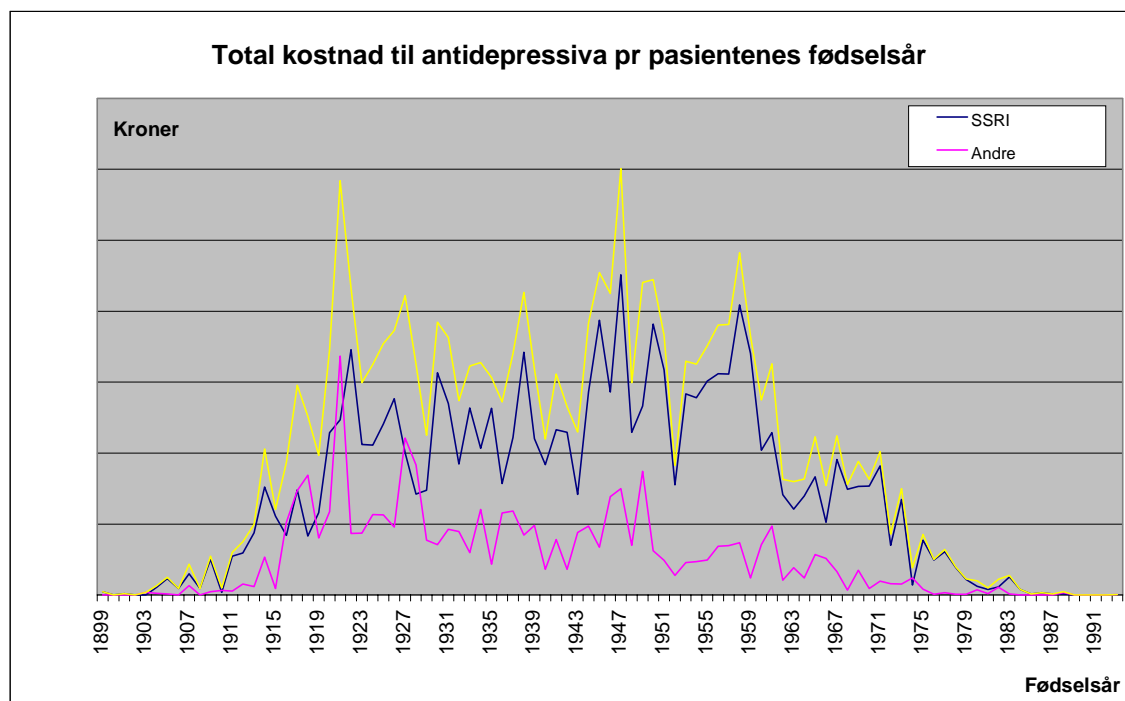
Nedenfor er det tatt med de fleste eksemplene fra tilbakemeldingen over forskrivning av antidepressive legemidler. Som i den foregående tilbakemeldingen, baseres også denne seg på reseptdata for perioden 01.04.1999 til 31.03.2000 fra de åtte apotekene som ble anbefalt tatt med i pilotprosjektet. Også her er pinkoder og benevninger utelatt, etter ønske fra legene som har deltatt i prosjektet.

Eksempel 7 viser mengde antidepressive legemidler fordelt på pasientens fødselsår.



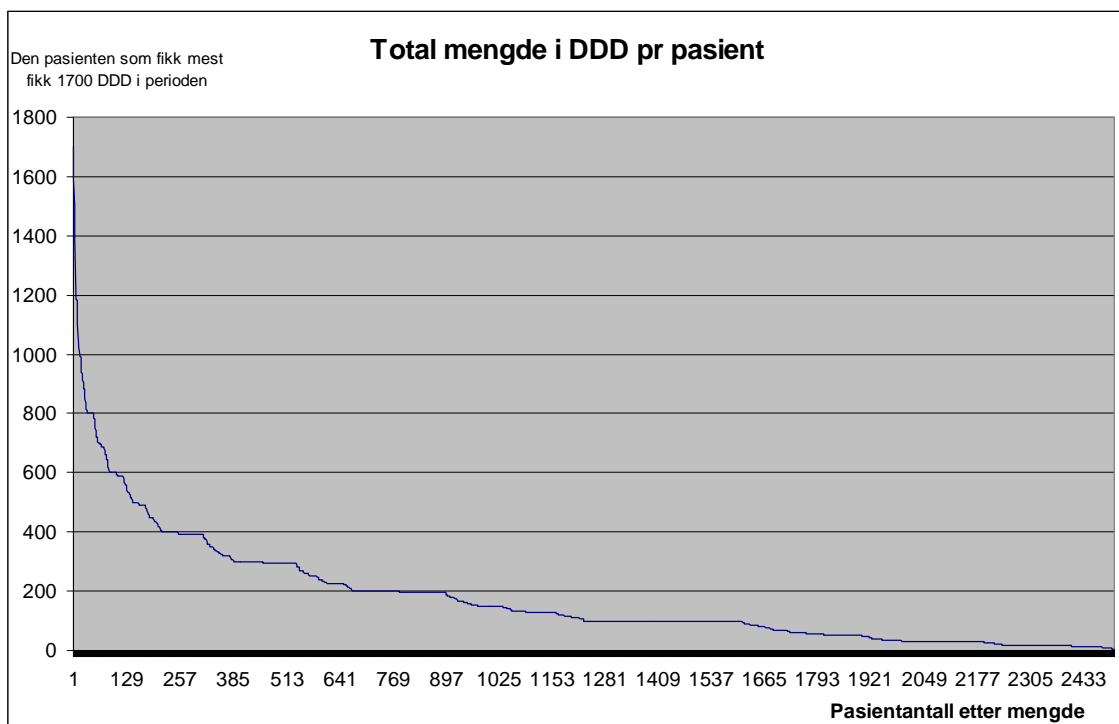
Trenden i denne kurven viser at totalforbruket av antidepressiva for befolkningen er relativt stabilt for pasienter født mellom 1920 og 1960. Imidlertid er det en fallende tendens for forbruk av eldre typer antidepressiva fra den eldre pasientpopulasjonen mot den yngre, og motsatt en tendens til at de nyere antidepressiva brukes i størst grad av yngre pasienter. Noe av forklaringen på dette kan være at de som har brukt de eldre preparat-typene lettere fortsetter med disse, mens legene i større grad starter opp antidepressiv behandling med de nyere SSRI preparatene til pasienter som ikke har brukt slike midler tidligere.

Eksempel 8 viser kostnaden for trygden til antidepressive legemidler per årskull pasientene er født i.

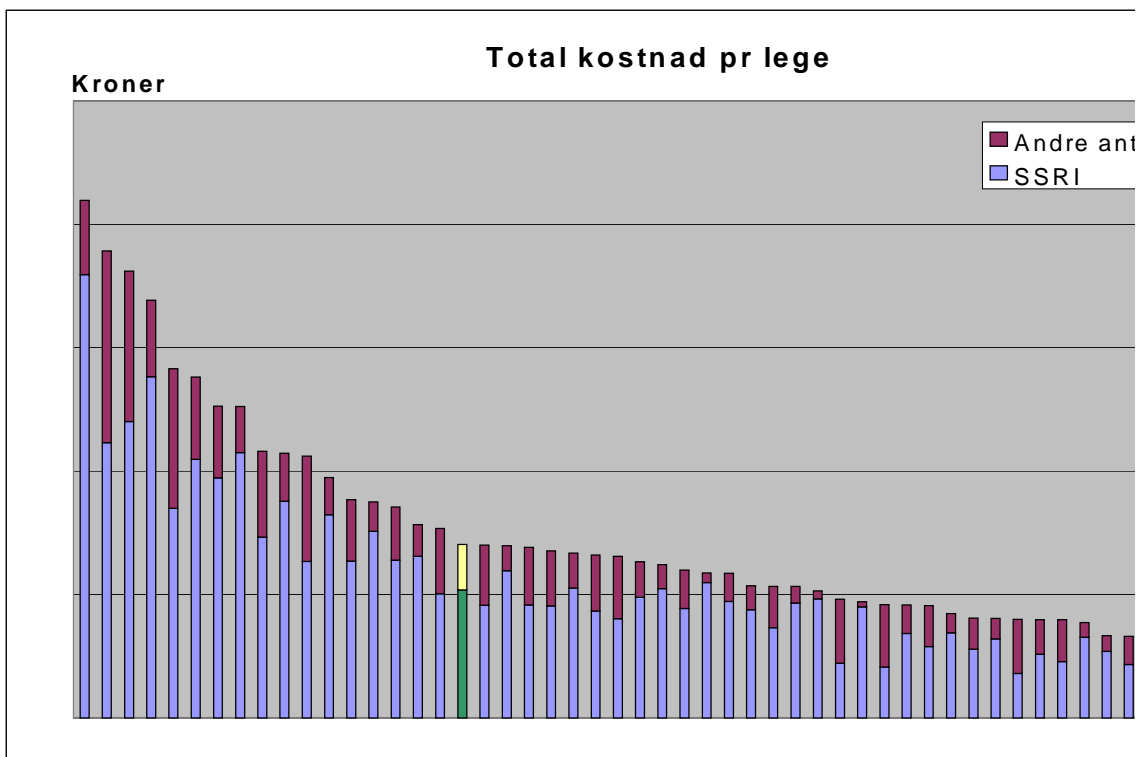


Denne kurven er relativt lik den som er vist i eksempel 7, og avspeiler den samme trenden. Imidlertid viser eksempel 8 at kostnadene forbundet med antidepressiv behandling viser sterk sammenheng med bruken av de nye og relativt kostbare SSRI-preparatene. Kun i noen få årskull i den eldre del av befolkningen er kostnaden for de eldre preparatene like stor som for de nyere.

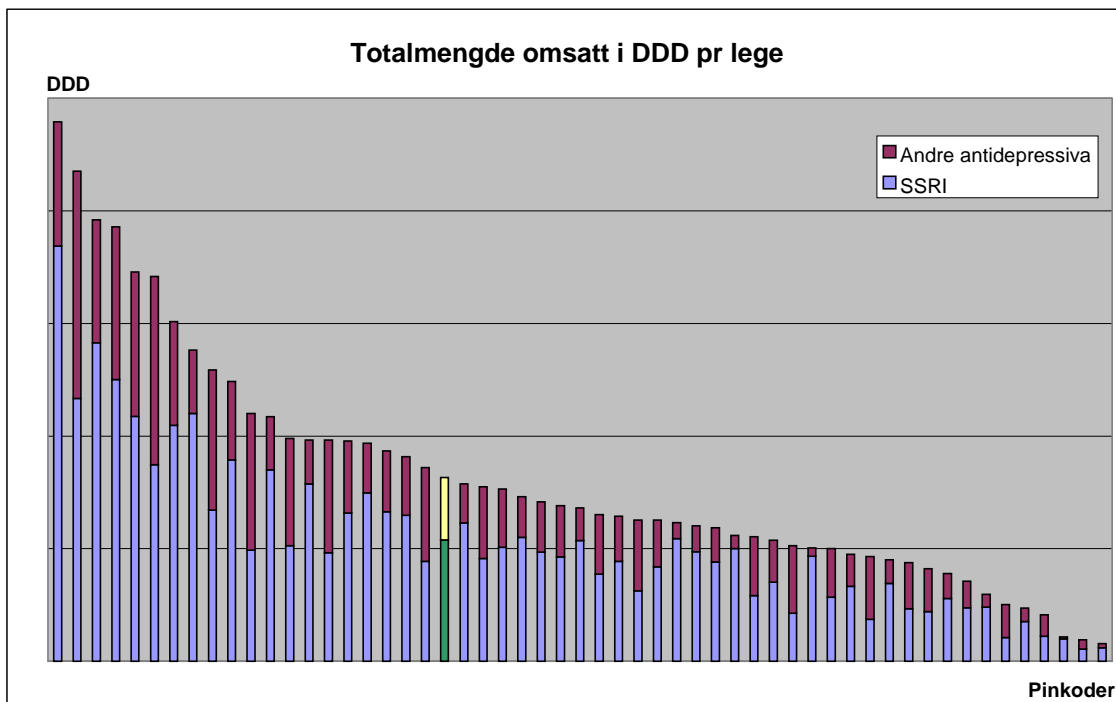
Eksempel 9 viser pasientene fordelt etter mengden antidepressive legemidler den enkelte har mottatt. På samme måte som for kolesterolsenkende legemidler, har et lite antall pasienter kjøpt svært store mengder av disse legemidlene.



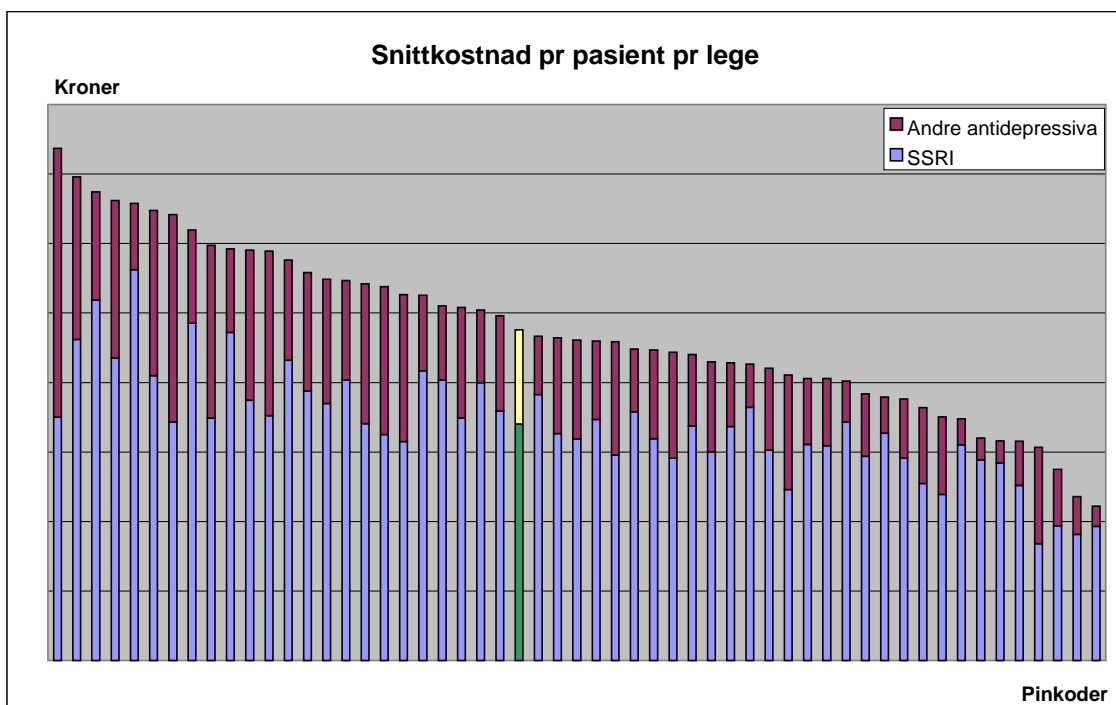
Eksempel 10 viser kostnaden den enkelte lege har generert for trygden ved sin forskrivning av antidepressive legemidler, fordelt på de eldre ("andre") og de nyere ("SSRI") preparatene. Den grønne og gule søylen representerer gjennomsnittet for legene i prosjektet.



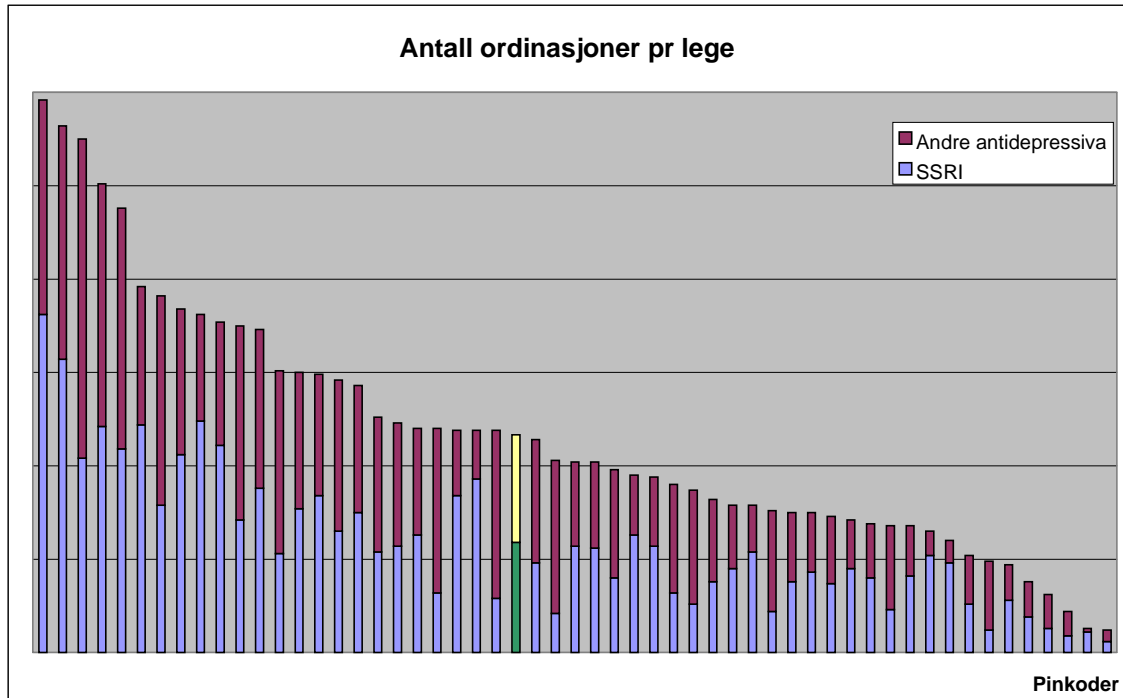
Eksempel 11 viser den tilsvarende fordelingen sortert etter mengde i definerte døgn doser.



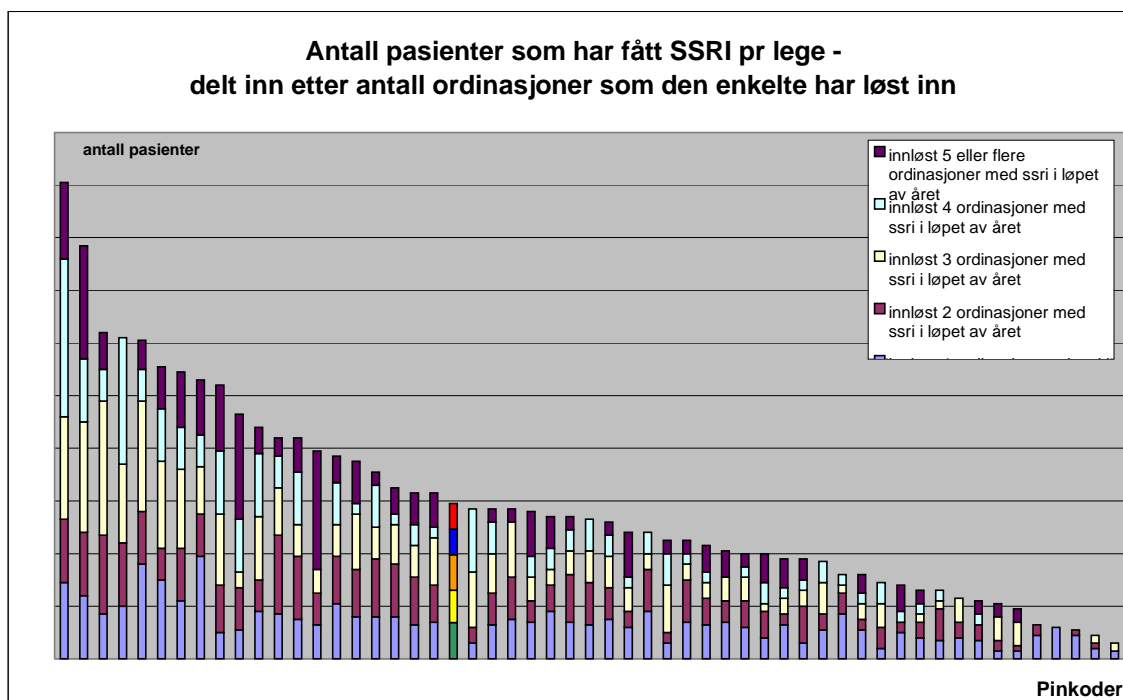
Eksempel 12 viser gjennomsnittskostnaden per behandlet pasient hos den enkelte lege, fordelt etter hvilken gruppe preparat pasienten har fått.



Eksempel 13 viser antall ordinasjoner (resepter) med antidepressive legemidler den enkelte lege har foreskrevet i perioden. I gjennomsnitt er det nesten ingen forskjell på de to gruppene legemidler.



Eksempel 14 viser hvor mange pasienter som har fått SSRI-preparater av den enkelte lege, fordelt med fargekoder som viser hvor mange av pasientene som har løst inn resepten en to, tre, fire eller fem ganger. Flere gangers innløsning av resepten indikerer at pasientene følger opp behandlingen over tid, noe som er i tråd med anbefalingen for slike legemidler.



Antidepressiv behandling vil normalt pågå over relativt lang tid, og gjennomsnittssøylen (søylen i midten med avvikende farger) viser at i snitt er fordelingen mellom de som har innløst en, to, tre, fire eller flere resepter, relativt lik. Dette reflekterer at det til en hver tid er noen pasienter som nettopp har begynt slik behandling, noen som har brukt det over litt tid, og noen over lengre tid.

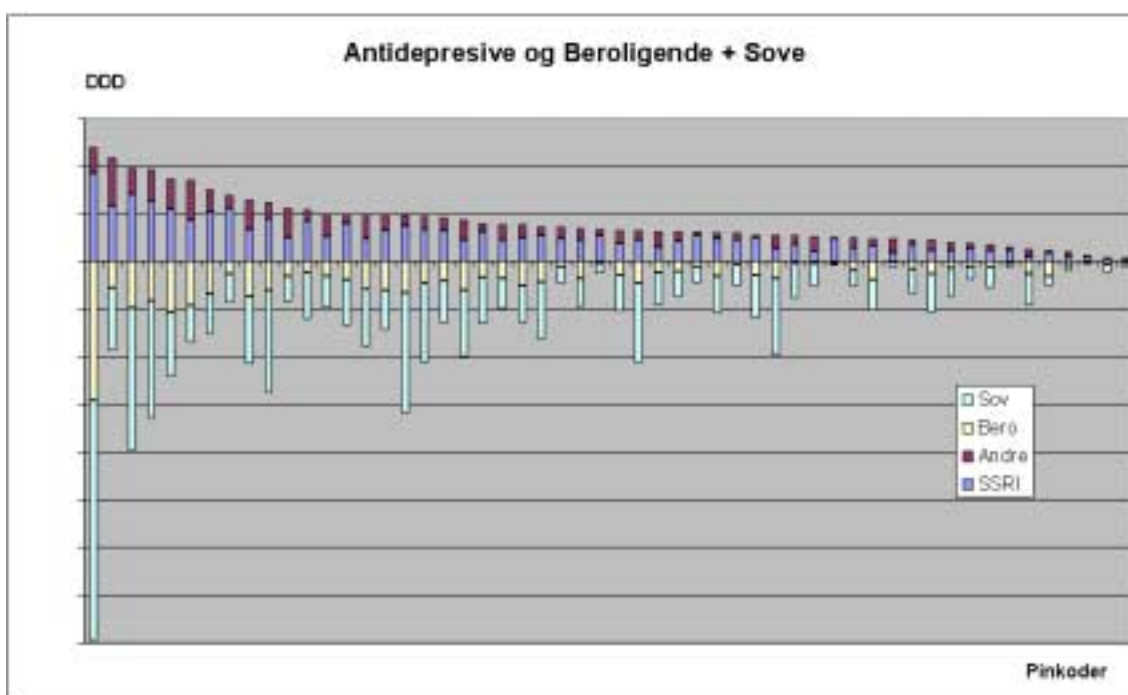
Forskyvninger av dette mønsteret hos den enkelte lege kan reflektere noe om graden av oppfølging fra pasientens og legens side, men også svingninger i diagnostisering og oppstart av slik behandling hos nye pasienter. En slik tilbakemelding som dette vil dermed kunne gi den enkelte lege en indikasjon om hvorvidt han er god eller dårlig til å få pasientene til å følge de anbefalinger som gis, eventuelt om vedkommende bør endre sin måte å kommunisere om slike spørsmål på.

Pasienter som er deprimerte klager ofte på søvnvansker samt på angst og indre uro. Det var derfor spennende å sammenligne legenes forskrivning av beroligende medisiner og midler mot søvnproblemer for å se om det var noen systematisk sammenheng i dette.

En kunne tenke seg at de som behandlet mange deprimerte med adekvat antidepressiv behandling, hjalp sine pasienter med slike plager i en grad som reduserte behovet av medisiner mot slike symptomer.

I den neste figuren er derfor disse legemidlene satt opp mot hverandre.

Eksempel 15



Stolpediagrammene er sortert per lege etter mengden antidepressive midler hver enkelt har forskrevet. Mengden av antidepressive legemidler er over x-aksen i diagrammet, mens mengden av beroligende legemidler og sovemedisin er under x-aksen.

Som eksempel 15 viser, er det ikke en slik sammenheng som antydning over, at de som skriver ut større mengder antidepressiva, skriver ut mindre symptom-dempende legemidler. Det er ikke lett å dra noen god konklusjon på sammenhengen, da det er en del leger som klart skriver ut mye mer beroligende og søvn - midler enn antidepressive midler både blant de som skriver ut mye og de som skriver ut mindre antidepressive legemidler. Likevel synes det å være en trend i retning av at de som skriver ut mye av det ene også skriver ut mer av de andre midlene. Dette er også et tema som kan gi godt grunnlag for diskusjon og refleksjon om egen praksis i en dertil egnet smågruppe av kollegaer.

Dette er også et eksempel som viser behovet for dialog mellom legene og de som har ansvaret for tilbakemeldingen. Et viktig spørsmål å få avklart er i hvor stor grad det er de samme pasientene som får ulike typer av de nevnte legemidlene. Dessuten vil det være et område som er spennende å følge over tid, med tanke på om refleksjonen omkring situasjonen endrer forskrivning. Siden dette er et avgrenset pilotprosjekt, har vi ikke hatt mulighet for å følge opp forskrivningen over tid i denne omgangen.

5.4 Bærums egen evaluering så langt :

Når vi oppsummerer erfaringer, er det med den begrensning at vi er midt inne i en prosjektperiode som ikke er ferdig før våren 2001.

Alle gruppene har i skrivende stund fått tilbakemeldingen over ”kolesterolforskrivningen”. To grupper har i tillegg gått igjennom tilbakemeldingen for antidepressiva. De øvrige gjenstår, og vil bli gitt fortløpende etterhvert som de ulike grupper har sine møter fremover.

En generell erfaring er at tilbakemeldingene blir svært positivt mottatt. Dette representerer noe nytt, det krever ikke ekstra arbeid av allmennpraktikerne og det gir viktig informasjon. Vi har grunn til å tro at disse tilbakemeldingene har stor betydning. Det vi ser så langt, er at de også synliggjør hvor viktig det er å få frem gode

oversiktsbilder og vise sammenhenger. Tilbakemeldingene gir ikke bare viktig individuell kunnskap, men ny kollektiv innsikt.

Allmenpraktikerne har hatt tradisjon på å møtes på kurs og i møter å få faglig ”påfyll”. Heks og tilbakemeldingene fra Reseptanalyse as, har lagt tilrette for at gruppene nå møtes og produserer ny kunnskap.

Noen leger som ikke har deltatt i gruppe, men som likevel har meldt seg inn i tilbakemeldingsordningen, har ytret ønske om å danne en ny gruppe for leger som ønsker å begynne i en slik. Det å få sin egen tilbakemelding ser ut til å ha fremmet et behov av å kunne reflektere sammen med kolleger om situasjonen og betydningen av det de kan se ut av tilbakemeldingene. Fra prosjektledelsen sin side er dette i seg selv et svært viktig resultat. Det er etter vår oppfatning ønskelig å få allmennleger inn i en kollegial faglig struktur. Videre og etterutdanningen for spesialiteten allmennmedisin har gjort deltagelse i faglig smågruppevirksomhet obligatorisk. Likevel er det leger som ikke deltar i slike sammenhenger. Det er derfor en svært ønsket effekt hvis en tilbakemeldingsordning kan være motiverende for disse til å melde seg inn i kollegagrupper.

Prosjektledelsen i Bærum har oppsummert sine erfaringer så langt på følgende måte :

MULIGHETER

- ◆ Tryggere pasienter
 - Det kan skape økt trygghet for pasientene å vite at legen driver et aktivt kvalitetsutviklingsarbeid og setter sin egen foreskrivningsprofil inn i en større sammenheng.
- ◆ Kunne lære av egen og andres praksis
 - Det å drive faglig dialog innenfor en trygg ramme kan gi gode rammevilkår for å lære både av refleksjon over egen praksis og av forskjeller mellom denne og kollegenes praksis
- ◆ Bli sett og få bekreftet antagelser
 - Allmennleger arbeider i ”det lukkede rom” og er i stor grad alene med sin pasient. Dette skiller allmennlegenes hverdag fra institusjonslegene som har et større og bedre faglig miljø. Å delta i slike kollegiale miljøer kan derfor bidra til å motvirke faglig ensomhet og stagnasjon.

- ◆ Få frem ”beste praksis”
 - Ulikheter kan skape undring over hva som er bakgrunnen for disse og skape nysgjerrighet på å lete frem flere opplysninger for i størst mulig grad finne ut av hva som er den beste måten å behandle ulike problemer på.
- ◆ Utfordre hverandre utfra konkrete opplysninger – ikke bare antagelser.
 - I faggrupper som driver faglig dialog på et teoretisk plan, kan en lett skjule seg bak ”synsing”, diskusjoner utfra anekdotiske fortellinger om enkeltkasus og faglige stereotyper. Ved å bli konfrontert med reelle data over egen praksis blir dette vanskelig, og kan gjøre den faglige dialogen mer ansvarlig
- ◆ Tettere samarbeid med apotekene.
 - Siden rådataene i tilbakemeldingene kommer fra apotekene, kan en slik ordning i seg selv virke stimulerende til økt samarbeid. Det kan også være aktuelt å invitere farmasøyter fra lokalt apotek med i gruppene for å kunne gjøre nytte av den spesialkompetanse farmasøytene har i den kollegiale dialogen.
- ◆ Tro på egne og kollegers kunnskaper.
 - Gjennom slike grupper blir kolleger bedre kjent. Dette i seg selv vil bidra til økt trygghet mellom kolleger og økt innsikt i hva den enkelte står for og gi mulighet for å få vurdere egne kunnskaper opp mot kollegiets samlede forståelse innen ulike temaer.
- ◆ Kunne korrigere adferd utfra de opplysninger som kommer frem.
 - Medisinsk forskning utvider stadig den samlede kunnskapen som finnes. Den enkelte lege har en faglig forpliktelse til å holde seg faglig oppdatert, men det er vanskelig å favne alt. Allmenntidning omfatter svært mange og ulike felt. Det er derfor lett for at en innen enkeltområder kan sakke akterut i ”gamle vaner”. Dette kan en gruppedialog være en motvekt mot.
- ◆ Kan få frem et bilde av de ulike medisinske firmaer sin markedsføring.
 - Farmasøytisk industri har store ressurser til markedsføring. Det kan derfor være mer enn bare faglige grunner til at enkelte legemidler blir brukt. Gjennom en kritisk faglig refleksjon over medikamentvalgene den enkelte gjør, kan det skapes mer bevissthet hos den enkelte i forhold til slik påvirkning.
- ◆ Både individuell og kollektiv innsikt i foreskrivningsmønstre.
 - Ved å få vurdere både ens egen praksis, og den kollegiale praksis i ens nærområde, kan en få plassert seg selv i det kollegiale ”landskapet”. Dette kan skape mer trygghet hos den enkelte lege for eksempel i forhold til opplevd risiko for å bli vurdert til å ha en utilbørlig praksis. Det kan også gjøre en bedre rustet til å møte kritikk fra media eller andre, ved å kunne være mer trygg på sitt eget faglige ståsted.

- ◆ Videreutvikler åpenhet og tillit leger imellom, og mellom legene og kommunen.
 - En del leger kjenner ikke hverandre annet enn av omtale. Denne ordningen kan gjøre kolleger kjent med hverandre, bedre den kollegiale forståelsen og danne grunnlag for lettere å kunne løse kollegiale utfordringer og bedre samarbeidet
 - Ved at kommunen engasjerer seg i en ordning for å hjelpe leger i sitt daglige arbeid, kan det legges grunnlag for mer positive relasjoner og enklere dialog også om andre problemstillinger.

TRUSLER

- ◆ Tilbakemeldingene brukt som ekstern kontroll vil undergrave hele utviklingstankegangen.
 - Ved å dokumentere realiteter kan uheldige forhold også avdekkes. Hvis dette øker risikoen for anklager eller sanksjoner mot den enkelte vil dette skape økt utrygghet og kunne stenge for de konstruktive prosessene.
- ◆ Tilbakemeldingene må ikke forveksles med resultater.
 - Tilbakemeldingen kan ikke gi noen fornuftig mening uten kunnskap om de bakgrunnsopplysninger som allmennpraktikerne selv legger til. Det vil kunne være helt galt å trekke konklusjoner utfra tilbakemeldingene som sådan, uten å se de i lys av de grunnlagsdata som preger den enkelte lege sin praksispopulasjon mm
- ◆ Ikke-fagpersoner eller andre ikke involverte kan fristes til å trekke enkle slutninger.
 - Det kan være risiko for at utenforstående som får se ulike dokumenter fra ordningen, kan trekke helt feilaktige og forhastede konklusjoner. Dette kan på feil grunnlag, skade både omdømme til leger og pasienters tillit til helsetjenesten.
- ◆ Legemiddelindustrien kan fristes til å bruke tilbakemeldingene i kommersielt øyemed.
 - Økt kunnskap om viktige segmenter i legemiddelmarkedet kan hjelpe de ulike legemiddelfirmaene til å ”spisse” sin markedsføring i betydelig grad.
- ◆ Tilbakemeldingene kan friste noen til å tro at det finnes ett ”fasit-svar” og bli unyansert.
 - Likhet kan bli et mål i seg selv, og ikke reelt forbedret kvalitet.
- ◆ Kan friste til å jakte på ”syndebukker”, blant egne kolleger.
 - Spesielt innen kontroversielle fagområder kan en slik ordning skjerpe faglige fronter og konflikter mellom ulike leger.

SVAKHETER

- ◆ Tilbakemeldingene krever en refleksjon i gruppe, og et pedagogisk opplegg
 - Det å få tilbakemeldinger er i seg selv ikke nok til å øke kunnskap og bedre praksis. Den enkelte må få satt innholdet i tilbakemeldingene inn i en sammenheng for hvordan den enkelte faktisk skal lære noe.
- ◆ Statistikkene kan være vanskelige å lese for ikke forskningskyndige.
 - Statistikk er et område som for mange oppleves tungt tilgjengelig. Det er derfor mulig at enkelte blir demotivert for å ta et slikt hjelpemiddel i bruk, om det blir for vitenskapelig eller pedagogisk feil utformet.
- ◆ Det trengs noen få ”Powerful -questions” til hver tilbakemelding.
 - Hvis tilbakemeldingen i seg selv ikke gir nok umiddelbare problemstillinger for den faglige dialogen i gruppen, kan ordningen bli stereotyp og demotiverende. Det er derfor viktig å få til en stadig utvikling i ordningen for å opprettholde nysgjerrighet og utfordre den enkelte faglig.

STYRKER

- ◆ Konkret informasjon om:
 - hvordan den enkelte faktisk skriver ut et gitt medikament
 - hvor mye legens praksis faktisk koster
 - hvilke pasienter og grupper som får den enkelte type medikament
 - hvordan de øvrige kollegenes foreskrivningspraksis er
- ◆ Gjennom refleksjon i grupper
 - Økt kunnskap om hva som ligger bak de ulike profiler
- ◆ Kobling til et eksternt forskningsmiljø og dyktige fagpersoner.
 - Kontakt med forskningsmiljøer kan øke interessen for vitenskapelig arbeid og høyne muligheten for at allmennleger tar del i vitenskapelig arbeid.
 - Kvalitetsutviklings prosesser i de enkelte gruppene kan utfordre forskningsmiljøer tilbake utfra den praktiske erfaring i felten.
- ◆ Morsom og enkel metodikk
 - Metoden inspirerer gjennom tilføring av kunnskap om den enkelte uten å måtte kreve for mye egenaktivitet først.

OPPSUMMERING

Etter de første erfaringene med tilbakemeldinger føler vi at vi er på rett vei – og at denne type tilbakemeldinger er et viktig virkemiddel for å skape utvikling og kvalitet i allmennpraksis. Opplegget har et stort potensiale, både for den enkelte allmennlege og for kommunen.

For kommunens del ser vi tilbakemeldingssystemet som et virkemiddel for å gjøre Bærum kommune til et attraktivt sted å jobbe. Bærum ønsker å være offensive på utviklingsstøtte og gjøre det spennende å samarbeide med en kommune som både utfordrer og støtter den enkelte allmennpraktiker.

Vi opplever at det er en forutsetning at denne type tilbakemelding fokuserer utvikling, ikke kontroll. Det må videre være et pedagogisk opplegg i grupper som danner arenaen for tilbakemeldingene. Vi ser det så langt som en fordel å tenke seg dette som et kontinuerlig system, hvor det også kan tenkes at det går an å koble seg til fylkes-, regions- og lands- oversikter, hvor det ikke lenger bare er bilde på hvordan foreskrivningsmønsteret er i egen kommune, men kunne skape lærende granskning mellom kommuner.

(En av deltagerne har også gitt sin personlige vurdering, se vedlegg 1)

6 Konklusjoner og anbefalinger

6.1 Innsamling og bearbeiding av data fra resepter

Apotekene har i dag en mengde data som blir registrert elektronisk i forbindelse med ekspedering av resepter. Vi anser at disse er av meget stor verdi, og at disse dataene bør samles og bearbeides slik at de kan nyttiggjøres innen forvaltning, forskning og kvalitetssikring.

Hvilke krav vi mener bør stilles til registrering og innsamling av data fra resepter ved norske apotek, er omtalt og drøftet i rapporten ”Krav til datakvalitet i en reseptbasert legemiddeldatabase” fra dette prosjektet. For ytterligere informasjon om dette temaet, henvises til den rapporten.⁽⁴⁵⁾

I følge målsettinger uttalt fra Sosial- og helsedepartementet og Stortinget, med anbefalinger fra offentlige utredninger og i tråd med konklusjonene i vår egen rapport om temaet, går vi ut fra at det innen relativt kort tid vil bli etablert en landsdekkende database for legemidler. Denne vil ha mange mulige anvendelser, blant annet vil den kunne benyttes som utgangspunkt for et systematisk arbeid for å utvikle kvalitetssikring og kvalitetsutvikling innen allmennmedisin gjennom at de innsamlede dataene bearbeides og benyttes i en systematisk form for tilbakemelding til allmennpraktiserende leger.

6.2 Målsetting med et tilbakemeldingssystem fra databasen

Basert på den foranstående gjennomgang og oppsummering av tilgjengelig informasjon fra litteraturen samt våre egne erfaringer, mener vi at målet med utviklingen av et tilbakemeldingssystem basert på reseptdata fra et sentralt legemiddelregister må være

- å styrke faglig utvikling og kvalitetssikring blant allmennpraktiserende leger
- å sørge for mer rasjonell bruk av legemidler.

Det å oppnå en bevisst holdning hos den enkelte forskriver som gir seg utslag i en kontinuerlig forbedringsprosess, mener vi bør være det viktigste målet med å ta i bruk dette konseptet. Det er gjennom å skape en konstruktiv kvalitetsutviklingsspiral at en kan utløse det betydelige potensialet en slik ordning kan representere. Vi oppfatter evalueringen fra de ansvarlige for prosjektet i Bærum som entydig av den samme oppfatning. Denne grunnleggende holdningen til arbeidet og prosjektet har vært avgjørende for å lykkes.

Vi mener at det er en prinsipiell motsetning mellom å anvende en reseptbasert database som utgangspunkt for kvalitetssikring eller for kontroll. Dersom systemet benyttes til kontroll vil det svekke muligheten for aktiv og effektiv kvalitetsutvikling. Derfor er det vår oppfatning at rapportering fra en sentral reseptbasert database over forskrivning av legemidler ikke bør ha fokus på kontroll eller overvåking av den enkelte forskrivers praksis, og at en reseptbasert database for Norge heller ikke bør utvikles som et kontrollsystem overfor den enkelte pasient. Selv om det kan være nyttig å ”luke ut”

enkelte som ikke holder faglig mål eller som misbruker systemene, vil dette, etter vår vurdering, ha beskjeden innvirkning på kvaliteten av den totale forskrivningen av legemidler. Vår vurdering er at det er gjennom kvalitetssikring og –utvikling at potensialet i en slik database utnyttes best mulig, og at en må søke å finne andre metoder for å gjennomføre kontroll og overvåkning, slik at ikke kvalitetsutviklingen blir skadelidende.

En annen fare ved å bruke en reseptbasert database for kontrollformål, kan være at den gir en direkte uheldig utvikling av faglig arbeid, ved at forskrivere over tid endrer praksis for å ”tekkes kontrolløren” mer enn for å gjøre det som er best for pasienten.

6.3 Motivasjon av deltakerne i et tilbakemeldingssystem

Det er etter vår oppfatning ikke mulig å vedta en kvalitetsutvikling - den må skapes gjennom aktiv medvirkning fra de som skal stå for jobben. Den viktigste enkeltfaktor for å lykkes i et kvalitetsutviklingsarbeid er motivasjonen hos den enkelte aktør. Mange faktorer kan ha betydning for å utvikle slik motivasjon.

Prosjektene som er gjennomført til nå, har vist at allmennpraktiserende leger har en meget positiv grunnholdning og motivasjon i forhold til å delta aktivt i kvalitetsutvikling. En overveldende majoritet av de legene som har fått tilbud om det, har ønsket å delta i ordningen med tilbakemelding og kvalitetsutvikling i når de har fått tilbud om det. Dette positive engasjementet har vi møtt både i Rogaland og i Bærum, og vi har grunn til å tro at de allmennpraktiserende legene i disse to områdene er representative for alle sine norske kollegaer. Dette gir i så fall et meget godt grunnlag å starte en slik ordning på.

Det er dernest avgjørende for å få til et godt kvalitetsutviklings system at deltagerne i ordningen opplever seg trygge på konsekvensen av å delta i denne. Det må ikke innebærer en risiko for de som deltar, at resultatene kan bli brukt mot dem. Den enkelte legegruppe bør også ha stor innflytelse på hvilke fagfelt de ønsker å arbeide med, slik at en høyner muligheten for å treffe områder de er motivert for å arbeide med.

Utover positiv grunnholdning og opplevelse av trygghet, vil følgende momenter være viktig for å utvikle og beholde motivasjon over tid:

- ◆ Medvirkning i valg av tema
- ◆ Medvirkning i utvikling av arbeidsmåte
- ◆ Opplevelse av konkret nytteverdi og faglig utvikling
- ◆ At systemet og metoden gir formell faglig kompetanse som står i forhold til innsatsen (Godskrivning som etterutdanning som spesialist i allmennmedisin)
- ◆ At systemet og metoden er dynamisk og under stadig utvikling og forbedring

Vi tror at en vil oppnå dette ved å legge til grunn de tiltak som vi peker på i det følgende.

6.4 Struktur

Det må skapes tilhørighet til ordningen med en opplevd verdi og betydning for den enkelte i det å delta. Fokus på kvalitetsforbedring må fastholdes. Trygghet omkring motivet for ordningen er helt avgjørende. En slik trygghet kan skapes ved at ordningen administreres og struktureres i nært samarbeid med dem det angår. Det at de berørte faggruppene sine organisasjoner har gått sammen om å søke å utvikle en slik ordning er i seg selv et viktig skritt i rett retning.

Ordningen bør, slik vi ser det, samordnes på nasjonalt nivå, og staten bør ha et overordnet ansvar i dette arbeidet. Det er i statens interesse at resursene brukes best mulig og at en utvikler mer rasjonell bruk av legemidler. Potensialet for gevinst for staten og den enkelte pasient ved bedret kvalitet på forskrivningen synes langt høyere enn kostnadene. Utgiftene ved systemet anser vi å være marginale i forhold til de totale ressurser som brukes på legemidler. Vi er derfor av den oppfatning at staten bør i hovedsak bære kostnaden ved etablering og drift av en slik reseptdatabase.

Likevel kan ikke staten selv utøve fagutvikling, bare legge til rette for den. Fagutviklingen mener vi at det er fagmiljøene som må ta ansvaret for. Det er derfor viktig at den praktiske strukturen en velger for organiseringen av databasen og arbeidet utfra denne, utvikles i samarbeid med de som ordningen gjelder.

Overfor fagområdet allmennmedisin er det allerede en eksisterende struktur i allmennlegers videre og etterutdanning som en slik tilbakemelding kan innordnes i. Allmennlegene må delta i gruppevirksomhet som ledd i både spesialiseringen og resertifiseringen for tittelen ”spesialist i allmennmedisin”.

Ved selv å kunne velge temaer som ønskes belyst, påvirke møtehyppighet, samarbeidspartnere og lignende, har den enkelte legegruppe selv hovedansvaret for gruppens læring og funksjon. Det vil motvirke følelsen av at systemet oppleves å komme ”ovenfra og ned”.

Siden det har stor betydning for legenes inntekt å opprettholde spesialist tittelen, er majoriteten av allmennleger med i slike grupper. For å sikre oppslutning og styrke motivasjonen for å delta i tilbakemeldingsordningene, anses det å være avgjørende at det opprettes formelle koblinger som medfører at deltakelse i disse gruppene godskrives som etterutdanning i dette systemet.

Også farmasøyter / apotek har uttrykt ønske om å få tilbakemeldinger vedrørende egen drift og profil i sammenligning med andre apotek. Dette vil kunne være med på å øke motivasjonen og forståelsen for å sikre god kvalitet på inndata i apotekene. En har dessuten erfaring for at det kan være fordelaktig å etablere tverrfaglige grupper, slik at farmasøyter enten fast eller enkelte ganger deltar i legenes smågrupper. Dette kan bidra til å heve faglig innsikt, gi nye vinklinger på felles faglige utfordringer og styrke forståelse og samarbeid lokalt.

Basert på de gode erfaringer en allerede har her i landet med å benytte fylkesvise koordinatorene for arbeidet med kvalitetssikring av laboratorier for allmennpraktiserende leger (NOKLUS / FOKLUS), vil vi sterkt anbefale at en vurderer en lignende ordning også når det gjelder å følge opp et tilbakemeldingssystem fra en reseptbasert database.

Også i det utprøvningsprosjektet som er gjennomført i Bærum, har det vært en ekstern koordinator i forhold til arbeidet i gruppene. Det har vært meget nyttig i forhold til å fremme konstruktive prosesser mellom de impliserte terapeutene i arbeidet med egen kvalitet.

Systemet for tilbakemelding bør etter hvert utvikles som et verktøy og et tilbud til alle berørte profesjoner som hjelp til forbedring av egen praksis, ikke bare allmennmedisin. Det er vår oppfatning at alle reseptfor skrivere – enten de er veterinærer, tannleger eller

leger, vil kunne ha nytte av et slikt system, og at systemet sannsynligvis vil ha mange synergieffekter om det bygges opp som et integrert system for alle grupper. Disse forhold vil dog ikke berøres mer i dette dokumentet da det er utenfor mandatet for prosjektet.

6.5 Metode

Tilbakemeldingen til allmennpraktiserende leger fra en sentral database bør gi den enkelte lege informasjon om egen praksis samt mulighet for å sammenligne egen forskrivning med relevante grupper av kollegaer. Dette krever at dataene bearbeides av statistikere og presenteres av fagfolk med gode pedagogiske evner.

For å stimulere til refleksjon, læring og kvalitetsutvikling, er det viktig at tilbakemeldingen følges av relevante spørsmål og problemstillinger. Til dette bør en gjerne benytte spesialister innen det aktuelle fagfelt.

Tilbakemelding på egen praksis kombinert med kollegabasert læring ("peer review") er den metode som vi, på basis av litteraturstudier og egne undersøkelser, anbefaler at bør brukes i dette arbeidet. Dette tilsier at tilbakemeldingene bør gis og drøftes i mindre grupper av kollegaer.

Vi har tidligere understreket betydningen av at gruppene som skal arbeide med drøfting og oppfølging av tilbakemeldingene må ha stor grad av frihet til å utvikle og tilpasse sine egne arbeidsmetoder, og at medvirkning i metodeutvikling er viktig både for å utvikle motivasjon og å sikre effektiv kvalitetsutvikling. Samtidig er en avhengig av å tilfredsstille visse formelle krav, og de fleste ønsker å ha en struktur i sitt arbeid. For de som har behov for visse retningslinjer som utgangspunkt for avvikling av møtene, kan det henvises til det som tidligere er gjengitt som anbefalt dagsorden for møtene i smågruppene i Bærum, omtalt på side 18 i rapporten.

6.6 Innhold

Noe av grunnlaget for målrettet forbedring er å ha standarder og retningslinjer for god behandling som den aktuelle praksis kan vurderes opp imot. Det er utarbeidet mange slike innen ulike fagområder. Den enkelte allmennlege kan lett føle dette som et

problem. Informasjonsmengden er så stor at det blir vanskelig å sortere og tilegne seg den mest relevante informasjonen og å ta den i bruk ⁽¹⁶⁾.

Tilbakemeldingsordningen er derfor ikke nødvendigvis avhengig av at slike generelle retningslinjer finnes i starten. Selve arbeidet i gruppene kan gjerne være en del av det grunnlaget som over tid er med på å finne frem til eller generere verdifulle standarder for de ulike felt. Gruppene sine medlemmer kan bringe ulik informasjon fra ulike kilder inn i gruppen. Ved å vurdere slik informasjon, standarder og retningslinjer fra ulikt hold, opp mot egen dokumentert praksis, kan dette være med på å finne frem til de faglige normer som synes mest relevante og praktiske i bruk.

På den måten vil praksis påvirke normene, men også normene – praksis, i en konstruktiv kvalitetsutviklingsspiral.

Vi mener at systemet bør bygges opp som en fleksibel ordning med et bredt utvalg av temaer som de ulike gruppene kan velge mellom etter eget ønske.

Samtidig vil det være en del områder som har stor medisinsk viktighet og som derfor bør prioriteres i oppstart av ordningen. De større kroniske lidelsene synes her mest aktuelle ; diabetes mellitus, astma, hjerte kar etc. Antibiotikabruken er også et slikt spesialområde som bør bli satt i system rimelig raskt og gjerne i samarbeid med utviklingen av et overvåkningssystem for resistente mikrober.

Etter hvert som tiden går, er det viktig at en vender tilbake til temaer som har vært diskutert og bearbeidet tidligere. En må unngå at tema som har vært behandlet en gang ikke blir tatt opp igjen. Repetisjon med jevne mellomrom vil sikre bevissthet om behovet for kontinuerlig utvikling og vil kunne demonstrere effekten av det som er utført. Dette er viktig for å opprettholde interesse og motivasjon over tid.

6.7 Form

Det viktigste prinsippet for tilbakemeldingen er sikkerhet og anonymitet for den enkelte deltager. Det må være den det gjelder som avgjør hvem som kan få kjennskap til hennes eller hans data. Ved en form for tilbakemelding som bygger på en personlig ”pin kode” som kun den det gjelder får kjennskap til, sikres en slik trygghet. Dette er også nødvendig for å unngå at farmasøytisk industri får mer utstrakt kunnskap om den

enkelte leges praksis. Dette mener vi er viktig for å unngå at markedsføringen fra industrien kan komme inn i et uheldig spor overfor enkeltleger.

Vi har erfaring for at en tilbakemelding der hver enkelt leges forskrivning presenteres som et søylediagram sammen med et passe stort og relevant utvalg av kollegaer, har vært et meget positivt utgangspunkt for tilbakemelding. Etter hvert som en database blir etablert, vil det være naturlig å føye til flere data om statistiske parametre fra større grupper av kollegaer, enten for det enkelte fylke, for hele landet eller lignende.

Dataene som leveres bør selvsagt være valide. Dagens reseptdata fra apotekene har en del mangler. Blir disse forbedret vil det øke nytteverdien av tilbakemeldingene. Likevel er det de store linjer og trender i forskrivningsmønsteret som i første omgang er viktige. Legene har derfor opplevd tilbakemeldingene som nyttige selv med dagens datakvalitet.

I den begrensede utprøvingen vi har gjennomført, har det ikke vært mulig av tidsmessige grunner å få utarbeidet mer grundig pedagogisk materiale for arbeidet med tilbakemeldingene. Dette bør bli et viktig ledd i utviklingen av en slik ordning på sikt. Her vil det også være ønskelig å utnytte den erfaringen de ulike gruppene selv vil opparbeide seg. Dette kan gjøres ved å lage en tilbakemelding fra gruppene til ordningen f.eks. gjennom en fylkeskoordinator. På den måten kan en også få oversikt over hvilke emner som velges, hvor ofte gruppene har møter, hvilke konklusjoner som trekkes i ulike grupper og lignende. Når konsensus og erfaring i smågrupper samles og bearbeides, kan dette i neste omgang danne grunnlag for en ny tilbakemelding. Dermed vil sirkelen slutes og kvalitetsspiralen forhåpentligvis utvikle seg i en gunstig retning.

Referanser

- 1) Legemiddelforbruket i Norge, NMD 2000 .
- 2) Hallas, J. Drug related hospital admissions in subspecialities of internal medicine, (Doctoral thesis).Dep. of clinical pharmacology , University of Odense. 1995.
- 3) Hareide, B. Et al, Plan for å motvirke antibiotikaresistens, Statens institutt for folkehelse. 1999.
- 4) Straand, J. To prescribe or not to prescribe. The Møre & Romsdal prescription study Dep. of public health, University of Bergen 1999.
- 5) Naf-Data, oktober 2000, personlig meddelelse
- 6) Rutle O. Pasienten fram i lyset. Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 1, 1983.
- 7) Lagerløv P. Loeb M. Andrew M. Hjortdahl P. Improving doctors' prescribing behaviour through reflection on guidelines and prescription feedback: a randomised controlled study. Quality in Health Care 2000; 9: 159-165
- 8) Personlig meddelelse, Sverre Sandberg, Noklus.
- 9) NOU 1997: 6 , Rammevilkår for omsetning av legemidler.ISBN 82-583-0419-4.
- 10) NOU 1997: 7 , Piller, prioritering og politikk. ISBN 82-583-0420-8
- 11) Econ, senter for økonomisk analyse a/s; Evaluering av referanseprissystemet, rapport 44 / 2000,
- 12) Referanseprissystemet vrakes, Medisinen ble ikke billigere Aftenposten 15.08.2000
- 13) Anell A, Jendteg S og Nordling S ; Läkemedelsförskrivning och kostnadskontroll. Vad kan Sverige lära av England, Tyskland og Holland ? Institutet för hälso och sjukvårdsekonomi. 1999. ISBN 91-88042-14-6
- 14) Harris CM. Scrivener G. Fundholders' prescribing costs: the first five years. BMJ 1996 : 313;1531-1534.
- 15) Legemidler og helsevesen, Tall og fakta 1999, Legemiddelindustriforeningen.
- 16) Norsk Standard, 1994: NS-ISO 8402 Kvalitet Terminologi

- 17) David Kvæbek - Det myndiggjorte mennesket, Aventura forlag 1990.
ISBN 82- 588-0715-3
- 18) Gareth. Morgan - Organisasjonsbilder/images of organisations, Universitetsforlaget. 1996.
ISBN 82-00-02561-6
- 19) Glenn Parker .Cross- funksjonal teams. Jossey-Bass Inc. 1994 ISBN 1-55542-609-3
- 20) Jesper Kunde .Corporate religion. Oslo 2000. ISBN 82-7146-067-6
- 21) Wensing M, Grol R. Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. *Int. J Qual Health Care* 1994; 6 : 115-132.
- 22) Norman GR, Schmidt HG. The psychological basis of problem-based learning: a review of evidence. *Acad Med* 1992; 67:557
- 23) Veninga C.C.M., Improving prescribing in general practice. 2000.
ISBN 90-72156-77-3
- 24) Davis DA, Thomsen MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. *JAMA* 1995; 274:700-705,
- 25) Bero L, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998; 317: 465-468.
- 26) Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can. med. assoc. journal* 1995 ; 153:1423-1431
- 27) Freemantle N, Harvey EL, Wolf F, Grimshaw JM, Grilli R, Bero L, Printed educational materials to improve the behaviour of health care professionals and patients outcomes. *Cochrane review* 1998
- 28) Davis DA, Thomsen MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. *JAMA* 1995; 274:700-705,
- 29) Lexchin J. Doctors and detailers: Therapeutic education or pharmaceutical promotion? *Int J Health Services*. 1989;19:663-679
- 30) Health and public policy committee of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1988; 108: 145-7
- 31) <http://www.uib.no/isf/intern/noklus.html>

- 32) O'Connell DL., Henry D, Tomlins R. Randomised controlled trial of feedback on general practitioners' prescribing in Australia. *BMJ* 1999 ; 318:507-511.
- 33) Krogstad. Gjelsvik og Mjelva , *TNDLF* 1995; 115:3634-7.
- 34) Chassin MR. Quality of health care . Part 3: Improving the quality of care. *N Engl. J Med.* 1996 ; 335:1060-1063,
- 35) Fang E, Mittman BS, Weingarten S. Use of clinical practice guidelines in managed care physicians groups. *Arch Fam Med.* 1996; 5: 528-531
- 36) jfr. f.eks. The Cochrane Collaboration og
 NSAM's retningslinjer for ulike fagområder mfl.
- 37) Hibble A, Kanka D, Pencheon D, Pooles F. Guidelines in general practice : the new Tower of Babel ? *BMJ* 1998; 317: 862-863
- 38) Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *BMJ* 1999; 318: 593-596.
- 39) Langley C, Faulkner A, Watkins C, Gray S, Harvey I. Use of guidelines in primary care – practitioners perspectives. *Fam.Pract.* 1998;15:105-111
- 40) *BMJ* 1998;317.
- 41) Lindøe, P., 1996: Kvalitetssikring og internkontroll. Ad Notam Gyldendal, 269 s, ISBN 82-417-0641-3
- 42) Aune,A., 1996: Kvalitetsstyrte bedrifter. Ad Notam Gyldendal, 350 s
ISBN 82-417-051-6
- 43) Edvardsson, B., Thomasson, B., Øvretveit, J., 1994: Quality of service, 293 s
McGRAW-HILL Book Company Europe, ISBN 0-07-707949-3
- 44) Smith Solbakken M. et al.: Piller på avveie, RF rapport 097/1999.
- 45) Kjosavik, S. Et al: Krav til datakvalitet i en reseptbasert database, RF rapport 2000/290

Vedlegg

Vedlegg 1 : "EN SOLSKINNSHISTORIE", av Harriet Haukland

Vedlegg 2 : Antibiotika – forskrivningen i Sandnes og Gjesdal 1997

Vedlegg 3 : "Piller på avveie"