STIFTELSEN

GRUK

GRUPPE FOR KVALITETSUTVIKLING I SOSIAL- OG HELSETJENESTEN

Rapport nr. 5 - 2004

# Kontinuerlig forbedring av pasientprosesser i legevaktordning og den akuttmedisinske kjede.

## Delrapport 2, fase 2

Et oppdrag for Sosial- og helsedirektoratet

Prosjektrapport

”Kvalitetsutvikling i Legevakt”

Delprosjekt 2 Kontinuerlig forbedring av pasientprosesser i legevaktordning og den akuttmedisinske kjede

Prosjektperiode:
April 2003 – april 2004.

Prosjektleder Vegard Høgli
Prosjektmedarbeider Elisabeth H Hansen og Bjørnar Nyen
Stiftelsen GRUK
Nedre Hjellegate 1
3724 Skien

Tlf. 35 58 40 40
firmapost@gruk.no
**Rapporten kan lastes ned fra internett: www.gruk.no.**

**Sammendrag** ..... **3**
**1.0 Innledning** ..... **4**
1.1. Bakgrunn for prosjektet ..... 4
1.2. Oppbygging av rapporten ..... 4
**2.0 Mål med prosjektet og bruk av forbedringsmetoder** ..... **5**
2.1. Mål ..... 5
2.2. Prosessforbedring som metode for forbedring ..... 5
**3.0 Organisering av prosjektet** ..... **8**
3.1 Læringsnettverk ..... 8
3.2 Styringsgruppe ..... 8
3.3 Prosjektgruppene ..... 8
3.4. Brukerrepresentanter ..... 9
3.5. Gjennomføring og framdrift i prosjektet ..... 9
**4.0 Forbedringsarbeid med utgangspunkt i Ringerike interkommunale legevaktordning** ..... **11**
4.1. Pasienter med brystsmerter ..... 11
4.1.1.Kartlegging ..... 11
4.1.2. Målet for behandling av pasienter med brystsmerter ..... 11
4.1.4. Registrering av avvik ..... 11
4. 2. Informasjonsflyt i den akuttmedisinske kjede ..... 12
4.2.1. Kartlegging ..... 12
4.2.2. Mål for å bedre informasjonsflyten ..... 12
4.2.3. Forbedringstiltak ..... 12
4.2.4. Evaluering og oppfølging av ny rutine ..... 12
4.3. Interne prosesser på legevakta ..... 13
4.3.1. Registrering av personalia på legevakt ..... 13
4.3.2. Forbedringstiltak ..... 13
4.3.2. Journalnotat på legevakt og epikrise til fastlegen. ..... 13
4.3.3. Samhandling for leger/medarbeidere i 1. og 2. linjetjenesten- Møteserier ..... 13
4.3.4. Delegasjon av behandling av ukomplisert urinveisinfeksjon ..... 14
4.4 Deltakernes læring og erfaringer ..... 14
4.4.1 Forankring ..... 14
4.4.2 Prosessforbedring som metode ..... 14
4.4.3 Frikjøpt tid til tilretteleggere ..... 15
4.4.4 Veiledning ..... 15
4.4.5 Læringsnettverket ..... 15
4.4.5. Videre arbeid ..... 15
**5.0 Forbedringsarbeid ved Drammen Legevakt og Sykehuset Buskerud HF** ..... **16**
5.1. Kartlegging ..... 16
5.4 Interne prosesser på legevakta ..... 20
5.5. Læring og erfaringer ..... 21
5.5.1 Forankring ..... 21
5.5.2 Prosessforbedring som metode ..... 22
5.5.3 Frikjøpt tid for tilretteleggere ..... 22
5.5.4. Veiledning ..... 22
5.5.5 Læringsnettverk ..... 23
5.6 Synspunkter fra sluttkonferansen – *bare for Drammen?* ..... **Feil! Bokmerke er ikke definert.**
**6.0 Konklusjoner og anbefalinger** ..... **23**
**Litteraturhenvisning** ..... **26**

# Forord

Skrives av Sosial- og helsedirektoratet ??

# Sammendrag

Dette prosjektet har hatt som mål å prøve ut prosessforbedring i den akuttmedisinske kjede med utgangspunkt i legevaktordninger. Prosessforbedring dreier seg om å kartlegge sentrale arbeidsprosesser, finne forbedringsområder, iverksette forbedringstiltak på en systematisk måte og dokumentere resultatene. Vi ønsket å få erfaring med prosessforbedring i denne spesielle konteksten og samtidig få erfaringer med læringsnettverk på tvers av de ulike tjenestenivåene.

De akuttmedisinske kjedene i Drammen og Ringerike har deltatt i prosjektet. Man har forankret arbeidet gjennom en styringsgruppe, informert topplederne for hver enhet og gjort avtale om deltakelse i prosjektet. Fra hvert område har det blitt nedsatt tverrfaglige arbeidsgrupper med representanter fra legevakt , ambulanse, AMK-sentral og akuttmottak. De to arbeidsgruppene har til sammen utgjort et læringsnettverk. Det har også deltatt representanter for pasientene i læringsnettverket.

Arbeidsgruppene har selv valgt sine forbedringsområder. Begge gruppene har arbeidet både med interne prosesser og pasientprosesser mellom tjenestenivåene. Internt på legevaktene har man blant annet arbeidet med journaldokumentasjon, delegasjon og ventetider og mellom tjenestenivåene har ledere og medarbeidere for den akuttmedisinske kjede arbeidet med flyt for pasienter med akutte magesmerter og pasienter med brystsmerter, samt informasjonsflyt.

Erfaringene og konklusjonene fra de enhetene som har deltatt tyder på at de har vært igjennom en bevisstgjøringsprosess når det gjelder systematisk forbedringsarbeid. De har lært seg metoder og verktøy for forbedring som de kan benytte i videre arbeid, og samtidig har de etablert gode samarbeidsarenaer som grunnlag for forståelse og innsikt i de ulike tjenesteenhetene. De har imidlertid ikke rukket å gjennomføre forbedringstiltakene og evaluere og dokumentere effekten av disse på alle valgte områder. Dette henger sammen med at det er komplisert å få kjeden til å henge sammen. Det hadde derfor vært nyttig å utvide læringsnettverkets varighet fra 12 til 18 måneder.

Når det gjelder forankring av prosjektet har det vist seg at ikke alle tilretteleggerne har hatt nok tid til forbedringsarbeidet. Det er avgjørende at ledere etterspør arbeidet og legger til rette for at forbedringsarbeidet skal kunne gjennomføres. Jevnlig informasjon begge veier, etterspørring og oppfølging fra toppledelsen er viktig for å sikre arbeidet og framdrift.

Prosjektgruppene har sett det som nødvendig å få veiledning underveis og læringen i prosjektet har vært tilfredstillende. Gruppene er i stand til å fortsette med prosessforbedring på egen hånd.

# 1.0 Innledning

## 1.1. Bakgrunn for prosjektet

Stiftelsen GRUK har i en 3 års periode arbeidet med prosjekt om kvalitetsutvikling i legevakt som et satsingsområde fra Sosial- og helsedirektoratet. Helsedepartementet og Sosial- og helsedirektoratet har i perioden 1999-2002 ytt stimuleringstilskudd over statsbudsjettet til etablering av interkommunale legevaktordninger. Om lag 35 legevaktordninger med 175 kommuner har mottatt tilskudd. I Stortingsmelding 43 (1999-2000) løftet regjeringen fram ønsket om å styrke den prehospitale tjenesten der man endret fokus fra organisering av tjenestene til å se på faglig innhold og kvalitet på legevakttjenesten. GRUK's oppdrag har vært et tiltak for å realisere dette. Prosjektet har vært tredelt og har bestått av følgende delprosjekter:

*Delprosjekt 1*

- Utarbeide veileder for etablering og drift av interkommunale legevaktordninger. Veilederen ble trykket og distribuert høsten 2003 (15-13/2003) (2)

*Delprosjekt 2*

Kontinuerlig forbedring av pasientprosesser i legevaktordninger. Dette prosjektet har bestått av 3 faser:

- Fase 0 Forberedelse til modellforsøk
- Fase 1 Modellforsøk for utvikling av en tilpasset forbedringsmetode
- Fase 2 Pilotfase

Fokus i starten var legevakt. Sosial- og helsedirektoratet ønsket å utvide prosjekt til hele den akuttmedisinske kjede. Denne rapporten omhandler delprosjekt 2.

*Delprosjekt 3*

- IT-hjelpeverktøy for kvalitetsutvikling i legevaktordninger

Gjennom et samarbeid med Den norske lægeforening og Lærdals fond for akuttmedisin er det utviklet et nytt elektronisk verktøy for håndtering av telefonhenvendelser til legevakter: «Telefonråd for legevakter og allmennlegekontorer» Gjennom å samle Medarbeiderråd for alminnelige kontaktårsaker og Norsk indeks for medisinsk nødhjelp som er en strukturert utspørring for utløsning av respons, er «Telefonråd» blitt et omfattende verktøy som dekker både akutte og mer alminnelige problemstillinger. Verktøyet ble ferdigstilt våren 2004 og ble distribuert til alle landets legevakter/legevaktsentraler.

## 1.2. Oppbygging av rapporten

Kapittel 2 tar for seg mål med prosjektet og bruk av forbedringsmetoder, og kapittel 3 beskriver organisering, framdrift og forankring av prosjektet.
Konkrete forbedringsområder og hvordan disse er gjennomført beskrives i kapittel 4 og 5. Her omtales læring og erfaringer fra de to prosjektområdene Drammen og Ringerike. Kapittel 6 inneholder konklusjoner og anbefalinger fra GRUK.

# 2.0 Mål med prosjektet og bruk av forbedringsmetoder

## 2.1. Mål

Målet med prosjektet var å prøve ut prosessforbedring i den akuttmedisinske kjede.
I 2001-2002 ble det gjennomført et modellforsøk der vi tilpasset og prøvde ut metoden i en mindre, interkommunal legevaktordning, sammen med ambulansetjenesten i samme område. Modellforsøket er beskrevet i en tidligere rapport til Sosial- og helsedirektoratet (1).

Vi ønsket å få erfaring i hvordan lokale prosjektgrupper fra hele den akuttmedisinske kjeden selv kunne analysere egen virksomhet og gjennomføre forbedringstiltak under veiledning. Vi valgte å etablere et *læringsnettverk* der prosjektdeltakere fra to geografiske områder fikk felles opplæring og lærte av hverandres erfaring. Vi ønsket å få erfaring med forankring og opplæring i denne konteksten og på tvers av kjeden. Den kommende nye nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ... *og bedre skal det bli!* peker på at vi må utvikle ordninger som sikrer en sammenhengende tiltakskjede mellom ulike deltjenester og på tvers av nivåer. Strategien anbefaler at man må kartlegge prosesser og skape slike felles samarbeids- og refleksjonsarenaer mellom utøverne, på tvers av tjenester og nivåer (3).

Gjennom deltakelse i læringsnettverket ville vi tilby deltakerne følgende:
- Å delta på en felles arena for å løse felles problemer
- Å lære en felles metode: prosessforbedring.
- Å få veiledning i denne metoden i forhold til minst en sentral prosess
- Å kunne arbeide videre med prosessforbedring etter prosjektets slutt.

I dette ligger det læring og viktige erfaringer for både GRUK og deltakerne i læringsnettverket.

## 2.2. Prosessforbedring som metode for forbedring

Fokuset i prosessforbedring er pasientenes forløp på tvers av profesjoner og avdelinger. Forbedringsarbeidet er tverrfaglig for å samordne de ulike yrkesgruppene og skape et mer helhetlig tilbud. Metoden består i å kartlegge, analysere og forbedre de prosessene pasientene opplever.

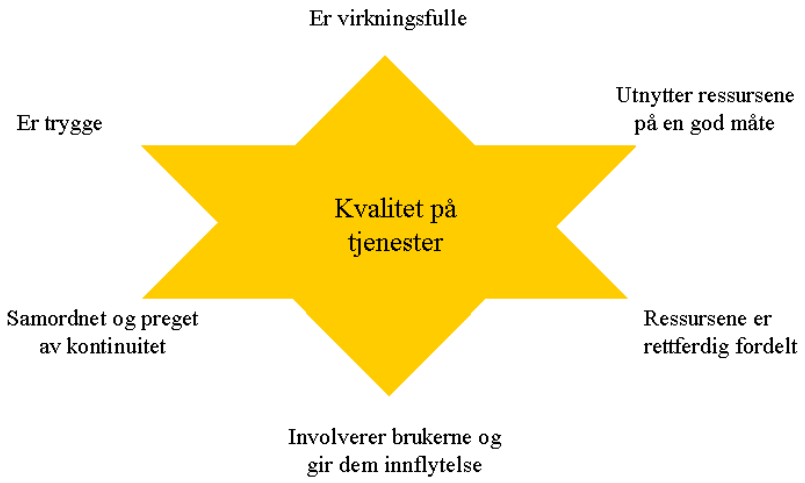
Prosessforbedring er egnet til å forbedre kvaliteten på ulike områder og tjenestenivå, men det kreves at man tilpasser den til konteksten. Stiftelsen GRUK har erfaring med metoden fra kommunehelsetjeneste, somatiske og psykiatriske sykehus, samt medikamenthåndtering på tvers av ulike etater innen en kommune. Prosessforbedring av psykiatriske sengeposter er beskrevet av Stiftelsen GRUK i Statens helsetilsyns utredningsserie (4). Man kan også måle pasientenes tilfredshet for å finne forbedringsområder (5).

Når man skal velge ut prosesser for forbedring bør man prioritere områder som er
- vanlig: omfatter mange pasienter
- viktig: har betydning for pasientenes helse og livskvalitet
- vanskelig**:** området har erkjente mangler, kan være vanskjøttet
- virkelighetsnært: det skal være realistisk å få til endring.

Prosessforbedring kan brukes både til å forbedre deler av prosessen på ett tjenestested og til å se på hele flyten på tvers av flere tjenestesteder og nivåer. Man kan også forbedre utvalgte

sider ved hele pasientens opphold eller flyt, for eksempel hvordan man ivaretar pasientenes rett til medbestemmelse eller hvordan informasjon overføres mellom tjenestene. Eller man kan begrense seg til å forbedre en sentral aktivitet, for eksempel et behandlingsmøte.

I arbeidet med å sette mål for forbedringsarbeidet, er det nyttig å vurdere hvordan kvaliteten er i utgangspunktet i forhold til de ulike dimensjonene av kvalitet og sørge for å ivareta alle disse dimensjonene i forbedringsarbeidet. Mål ift de ulike dimensjonene vil fungere som en lederstjerne i forbedringsarbeidet. Se figur 1




*Figur 1*

*Kvalitet på tjenester definert av Sosial og helsedirektoratet(3) . Figuren er framstilt av GRUK.*

Etter at forbedringsområdet er valgt, beskrives arbeidsprosessen i et flytskjema. I denne kartleggingen deltar alle som er ansvarlige for deler av pasientens forløp. Dette gir et felles bilde av virkeligheten og en kartlegging av nå-situasjonen. Et flytskjemaet kan også være et nyttig utgangspunkt for kritisk tenkning i forhold til verdisyn, behandlings-former og hvorfor man egentlig gjør det man gjør.

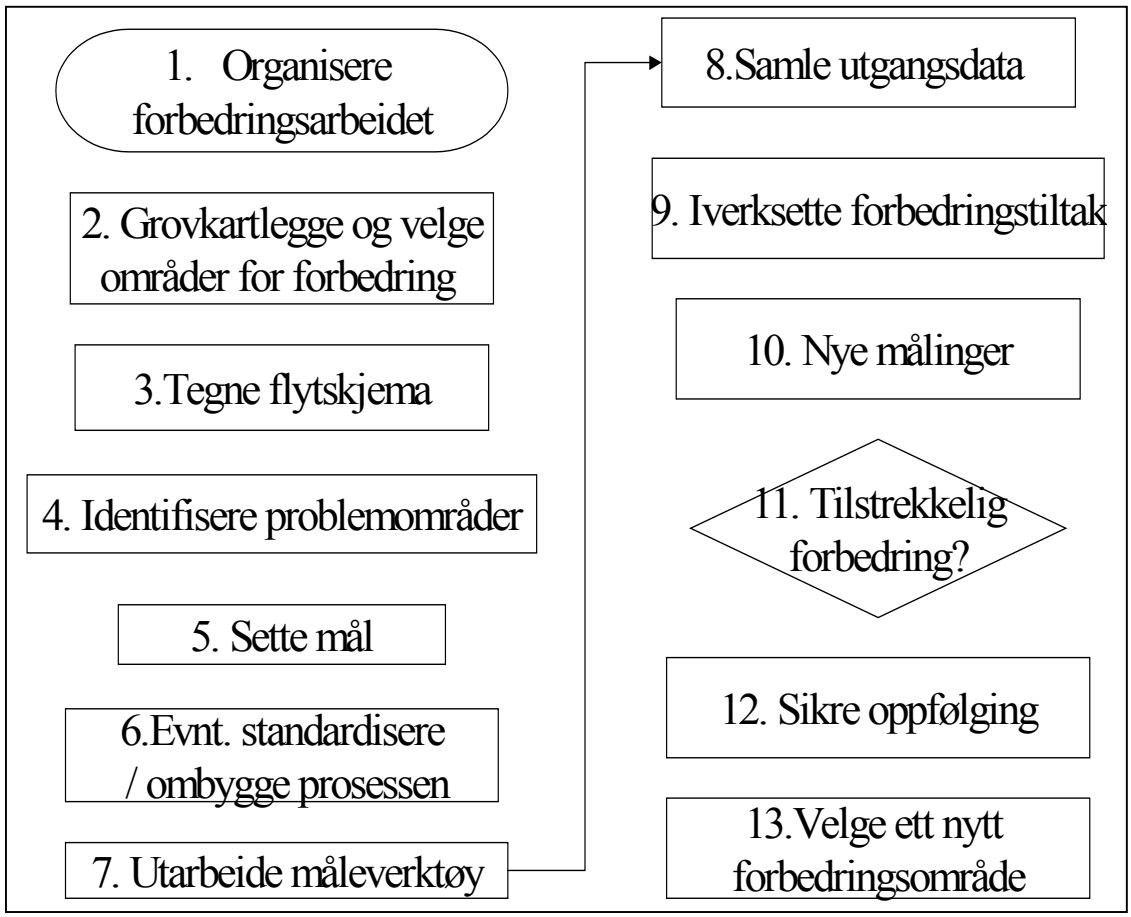
Ofte vil det være nyttig å gjøre målinger i forbindelse med kartlegging av situasjonen og ikke minst etter igangsatte tiltak for å evaluere og dokumentere effekten. Målinger vil være viktige for å kunne si med sikkerhet at "slik er det" og for å kunne bekrefte eller avkrefte det man i utgangspunktet synes eller tror. En annen faktor er at målinger kan gi kunnskap om hvordan prosessen fungerer og om årsakene til at ting er som de er. Vår nye nasjonale strategi understreker behovet for at vi monitorerer og evaluerer tjenestene på denne måten (3).

Hvordan kan vi vite om en endring er en forbedring?
Vi trenger altså et instrument som kan fortelle oss om de endringer vi innfører bringer oss nærmere målet eller ikke. Til dette bruker vi en metode som kalles *statistisk prosess-styring* eller *statistisk prosesskontroll* (forkortes ofte SPC). Den innebærer å fremstille indikatorer som angir oppnåelse av målsettingene i punkt 1 ovenfor grafisk langs en tidsakse for raskt å kunne forstå dataene.
På denne måten kan en lettere analysere og forstå prosessen, og finne frem til svar på hva vi kan gjøre for å frembringe en endring.

Konkrete forbedringstiltak kan redusere variasjonen i prosessen og bedre prosessens (gjennomsnitts)ytelse.

Dette krever at alle som er delaktige i en prosess i fellesskap prøver ut tiltak for å forbedre en prosess gjennom en gjentatt prøve- og feile-prosess.

Figur 2 illustrerer gangen i prosessforbedring



# 3.0 Organisering av prosjektet

## 3.1 Læringsnettverk

Prosjektet har vært gjennomført og organisert som et *læringsnettverk*. Et *læringsnettverk* er en modell for å bringe organisasjoner gjennom en styrt læringsprosess. Gjennomføringen av *læringsnettverket* skal sikre at man lærer om og av hverandre på tvers av tjenesteenhetene, og således kan utnytte og spre den kompetansen som finnes i organisasjonen. Ved å tydeliggjøre ansvar og oppgaver for alle ledd i organisasjonen i forbedringsarbeidet, vil endringer som oppnås lettere innarbeides i vanlig drift. Læringsnettverket har bestått av deltakere fra både første- og annenlinjetjenesten. For å forankre prosjektet ble det tatt kontakt med direktørene for Sykehusene Buskerud og Ringerike og ledere av helsetjenesten i Drammen. Det ble informert om prosjektet i et brev med tilbud om å delta og i tillegg ble de bedt om å peke ut tilretteleggere for prosjektet. Det ble også holdt et informasjonsmøte om prosjektets mål og hensikt.

## 3.2 Styringsgruppe

I løpet av våren 2003, før prosjektet startet, ble det opprettet en styringsgruppe for prosjektet med representanter fra henholdsvis Drammen kommune, Buskerud sykehus HF, Krødsherad kommune og Ringerike Sykehus HF. Denne besto av direktør Bjarne Riis Strøm, Overlege SBHH Sindre Mellesmo, Spesialrådgiver i Drammen Kommune Inger Johanne Flintorp og Helse- og sosialsjef i Krødsherad kommune Oddveig Størdal. Styringsgruppa har hatt som oppgave å sikre forankringen og gi deltagerne gode rammevilkår. Det har ikke vært naturlig å sammenkalle hele styringsgruppen under prosessen, men representantene fra de ulike institusjoner har vært benyttet for å sikre gjennomføring på det enkelte sted.

## 3.3 Prosjektgruppene

Både i Drammen og Ringerike ble det opprettet en *prosjektgruppe*. I Drammen har denne prosjektgruppen bestått av lederne for legevakten, akuttmottaket, ambulansetjenesten og AMK-sentralen. På Ringerike har prosjektgruppen bestått av lederne på legevakten. Gruppen på Ringerike har blitt supplert av leder for akuttmottaket og ambulansetjenesten ved behov. Man har også i prosjektet lagt stor vekt på å kontinuerlig involvere resten av personalet gjennom møter og diskusjoner i avdelingene.

Som en del av forarbeidet til prosjektet ble det utnevnt en lokal prosjektkoordinator eller *tilrettelegger* av den sentrale ledelsen i hver legevaktordning. Forutsetningen i prosjektet var at tilretteleggerne skulle få frigjort ½ - 1 dag i uka.

Tilrettelegger skal arbeide på delegasjon fra ledelsen, og hovedoppgavene i prosjektet er:

- Informasjon om prosjektet inn i egen organisasjon
- Informasjon til ledelsen om framdrift og status i prosjektet
- Pådriverarbeid i forhold til prosjektet sammen med ledelsen
- Måle- og skrivearbeid
- Være kontaktpersoner for ekstern prosjektledelse fra Stiftelsen GRUK

Ringerike har hatt en tilrettelegger med avsatt tid en dag i uka, mens Drammen har hatt 2 tilretteleggere ( en fra legevakten og en fra sykehuset) som ikke i samme grad har fått tid til rådighet.

Prosjektgruppen fra Ringerike har bestått av

- avdelingsleder for legevakten Vigdis Jægersborg
- medisinsk faglig ansvarlig for legevakten Ole Langdalen
- fastlege / tilrettelegger Pål Steiran
- avdelingsleder i akuttmottaket Ringerike Sykehus, Hilde Tangen
- ambulansesjåfør/underviser Jostein Haugen
- ass. avd.leder Hanne Redner
- leder av ambulansetjenesten Dennis Frydenberg

Prosjektgruppen i Drammen har bestått av

- daglig leder av legevakten Inger Lise Hallgren
- medisinsk faglig ansvarlig på legevakten Per Magne Michaelsen
- assisterende avdelingssykepleier Torunn Lauritsen
- tilrettelegger / AMK-sykepleier Marit Hammarstrøm
- seksjonsoverlege (Buskerud sykehus Helseforetak) Einar Gunnarson
- daglig leder for ambulansetjenesten Dagfinn Ruud
- avdelingssykepleier i akuttmottaket ved Buskerud Sykehus Helseforetak, Ingunn Rese
- Ingunn Rese sluttet i stillingen i prosjektperioden, og Aslaug Henneseid trådte inn i gruppen.

Prosjektgruppen i Buskerud valgte å forbedre prosesser som ikke omfattet ambulansetjenesten og denne deltakeren gikk ut av prosjektet etter ca seks måneder. Akuttmottaket på Ringeriket ble involvert i prosjektgruppen etter oppstart fordi pasientprosessene som ble valgt omfattet akuttmottaket og ambulansen.

## 3.4. Brukerrepresentanter

For å styrke pasienter og pårørendes innflytelse, har også representanter for brukerorganisasjoner deltatt i starten og slutten av læringsnettverket.
Legevakten og den akuttmedisinske kjede ivaretar og behandler alle typer akutte sykdommer, skader og lidelser. Det ble tatt kontakt med FFO som er en paraplyorganisasjon for organisasjoner av funksjonshemmede og kronisk syke. FFO pekte ut to representanter som skulle ivareta pasientenes interesser og "stemme" i prosjektet. For å tydeliggjøre deres rolle i prosjektet ble det informert om hensikt og mål før prosjektstart.

## 3.5. Gjennomføring og framdrift i prosjektet

Læringsnettverket har vart i 12 måneder, fra april 2003 til april 2004. Det har foregått ulike aktiviteter i læringsnettverket. Gjennom en strukturert aktivitetsplan ble det lagt til rette for at deltakerne skulle lære av hverandre, og at roller skulle tydeliggjøres gjennom utveksling av erfaringer og gjennom nødvendig problemløsning underveis.

*Forkurs for tilretteleggere* dreide seg om å gi tilretteleggerne en innføring i tegning av flytskjemaer, bruk av Excel og Power Point, Epi Data etc.

*Oppstartseminar* besto av to dagssamlinger med en ukes mellomrom og var lagt til Drammen Rådhus. Styringsgruppa, prosjektgruppa og brukerrepresentanter deltok på åpningen. Her ble teori om prosessforbedring gjennomgått og prosjektgruppene startet på arbeidet med å velge forbedringsområde, kartlegge prosessen i flytskjemaer og utarbeide overordnede mål.

*Erfaringsseminarer* er en felles læringsarena for begge prosjektgruppene der gruppene har lagt fram arbeidet sitt for hverandre og fått veiledning og tilbakemelding etter behov både fra de andre gruppene og fra GRUK. I denne sammenhengen har blant annet reflekterende team

vært brukt. Deler av dagene har også vært brukt til arbeid i gruppene. Det har vært avholdt fem erfaringsseminarer.

*Tilbud om ukentlig veiledning av tilretteleggere over telefon, e-mail og videokonferanse*. Her har tilretteleggerne fått veiledning på rollen sin og på det metodiske i forbedringsarbeidet.

Hver prosjektgruppe ble anbefalt å *ha ukentlige møter à ½ time*. Gruppene har arbeidet jevnt og trutt med forbedringsarbeidet, selv om alle har opplevd travle perioder hvor man har måttet prioritere arbeidet med pasienter og interne oppgaver.

Læringsnettverket ble avsluttet med *en sluttkonferanse* der erfaringene og resultatene som blir omtalt i denne rapporten ble lagt fram. Deltakere på konferansen var arbeidsgruppene i læringsnettverket, representanter for Helsetilsynet i Buskerud, ledere fra Buskerud sykehus, kommuneoverlege på Ringerike, tillitsvalgte ved avdelingene, Helse- og sosialsjefer og representant fra Sosial- og helsedirektoratet .

| **Måned** | **Aktiviteter** | **Deltakere** |
|---|---|---|
| April | Opplæringsseminar 2 dager | Styringsgruppe, ledere, prosjektgrupper, brukere |
| Juni 03- april 04 | Erfaringsseminar<br>1 dag hver annen måned | Prosjektgrupper, brukere |
| Mai 03- April 03 | Telefonveiledning, mail hver måned + videokonferanser | Tilretteleggere |
| April 04 | Sluttkonferanse 1 dag | Alle + gjester |

# 4.0 Forbedringsarbeid med utgangspunkt i Ringerike interkommunale legevaktordning

## 4.1. Pasienter med brystsmerter

Prosjektgruppen på Ringerike valgte ut i fra kartlegging av flyt av pasientprosesser å arbeide med to hovedområder: pasienter med brystsmerter og informasjonsflyt i den akuttmedisinske kjede. Ulike erfaringer med pasientflyten for pasienter med brystsmerter gjorde at de ønsket å se nærmere på rutiner og i hvilken grad disse ble fulgt i praksis. Pasienter med brystsmerter har mulighet for å ringe enten legevakt, AMK-sentral eller akuttmottak. De ulike enhetene pasientene ringte til viste seg å ha ulik praksis for vurdering og videre henvisning.

### 4.1.1.Kartlegging

Kartlegging ved hjelp av flytskjema og måling av avvik ved eksisterende rutiner viste at dette var et klart område for forbedring både med hensyn til samordning mellom de ulike nivåene, felles forståelse av rutine og ansvarsavklaring. Det var allerede utarbeidet en godkjent rutine fra sykehusets side som sa at alle pasienter med brystsmerter skulle henvises direkte til akuttmottaket i sykehuset. Dette var det ulike oppfattelser av, spesielt når brystsmertene var diffuse eller der brystsmertene tydelig hadde andre årsaker. Dette skapte usikkerhet både blant ambulansepersonellet, legevakt og akuttmottak. Resultatet av denne usikkerheten var at pasienten ble kjørt til legevakten i stedet for akuttmottaket, og når de ble sendt til akuttmottaket ble de sendt tilbake til legevakten. Det var ulike oppfatninger av hvor pasienten hørte hjemme. Ved å tegne pasientflyt fikk de et felles bilde av virkeligheten og en oversikt over prosessen gjennom tjenestesystemet

### 4.1.2. Målet for behandling av pasienter med brystsmerter

Følgende mål ble utarbeidet:
*Hurtig, effektiv og lik hjelp til pasienter som angir brystsmerter*

### 4.1.3. Forbedringstiltak

Det ble etablert samarbeidsmøter for ledere mellom Medisinsk avdeling, akuttmottaket, ambulansetjenesten og legevakten der rutinene ble diskutert og erfaringer og synspunkter ble vurdert. Pasientflyten ble kartlagt, og interne prosedyrer og rutiner ble gjennomgått og samordnet i alle nivåene. Det ble tatt utgangspunkt i den allerede eksisterende rutiner

Gruppen kom fram til en felles hovedforståelse**:**
*Pasienter med brystsmerter hvor koronar årsak med sikkerhet ikke kan utelukkes skal raskest mulig direkte til sykehusets akuttmottak.*
Er ambulansepersonellet i tvil kontakter de fastlege eller legevaktlegen for rask og avklarende vurdering. Det ble gitt informasjon til alle medarbeidere i de ulike leddene om gjeldende rutiner og forståelse for samordningen og koordinering.

### 4.1.4. Registrering av avvik

For å sikre resultatoppfølging og vedlikehold av rutiner og god flyt for pasientene, var det enighet om å registreres avvik fra besluttet rutine. I tillegg skulle fellesmøter mellom legevakt, akuttmottaket og ambulansetjenesten fortsette.
Det er avholdt 2 møter hvor registrerte avvik er tatt opp med hensyn til ytterligere forbedring av informasjon og rutiner. Målingene viste at det kommer avvik fra besluttet rutine, men det er brukt tid på å innføre avviksbehandling i systemet som en del av forbedringsarbeidet. Det

synes som om informasjon ut til alle arbeidstakerne i de enkelte deltjenester (akuttmottak, ambulanse, legevakt ) er blitt ivaretatt på forskjellig måte. Ikke alle har fått nødvendig informasjon. Det oppleves også en del motstand mot å foreta skriftlig avviksregistrering, dette hemmer fullverdig avviksoppfølgning, men det arbeides videre med avviksmelding som et ledd i systemforbedringer. Legevakten opplever ikke lenger at det er uklarheter mellom akuttmottaket og legevakten.

## 4. 2. Informasjonsflyt i den akuttmedisinske kjede

### 4.2.1. Kartlegging

Bakgrunnen for valg av dette forbedringsområdet var en kartlegging av informasjonsflyten mellom de ulike leddene i tiltakskjeden. Det ble tegnet flytskjema, og det viste seg at pasientene i verste fall måtte gi opplysninger om personalia og fortelle deler av sykehistorien sin opp til 8 ganger ved innleggelser. Å få bekreftet riktige opplysninger er både viktig og nødvendig mellom leddene, men pasientene bør slippe å fortelle sykehistorien sin på nytt og gi de samme opplysningene i hvert ledd og til hver ny person de møter underveis. Det kom fram at alle nivåene i den akuttmedisinske kjede hadde ulik dokumentasjonsprosedyrer og skjemaer: legevakten, AMK-sentralen, ambulansetjenesten og akuttmottaket. Dette er både slitsomt for pasientene, viser en lite sammenhengende kjede og lite effektiv bruk av ressurser. Arbeidsgruppen kom fram til en felles hovedforståelse og satte mål for forbedringene.

### 4.2.2. Mål for å bedre informasjonsflyten

1. Sammen arbeide for at pasienten slipper å gjenta sine personalia og mye av sin sykehistorie <u>for</u> mange ganger
2. Sammen utarbeide prosedyrer / skjema som gjør at mottatt informasjon sikkert kommer neste ledd i behandlingskjeden effektivt til nytte

### 4.2.3. Forbedringstiltak

Det ble avtalt 4 forpliktende samarbeidsmøter a 2 timer for alle aktuelle tjenestenivåene. Det ble utarbeidet et nytt felles henvisningsbrev som fastleger på dagtid og legevaktlegen skulle benytte ved innleggelser fra legevakten. Skjemaet hadde to gjennomslag der forsiden skulle gå til sykehuset, side 2 beholdes av innleggende lege (legevakten) og side 3 skulle til akuttmottaket. I skjemaet var det opplysninger som ambulansepersonellet kunne benytte til spesielle observasjoner, samt innleggende leges navn og telefonnummer, slik at denne var lett å få tak i ved behov. Dette hadde ofte manglet. Opplysninger i skjema til innleggende lege var også nyttig for akuttmottakets leger og sykepleiere. Skjemaet er nå til trykking og vil man vil starte å benytte det høsten 2004.

### 4.2.4. Evaluering og oppfølging av ny rutine

Det er planlagt følgende aktiviteter for å evaluere i hvilken grad de nye rutinene følges opp.
- Måle i hvor stor grad skjemaet ble benyttet
- Evaluere og se på nytteverdi for ambulanse, akuttmottak, sykehusavdeling
- Vurdere pasientens opplevelse av informasjonsoverføring gjennom intervju
- Systematiske tilbakemeldinger til innleggende leger

## 4.3. Interne prosesser på legevakta

Mens man ventet på at arbeidsgruppa skulle utvides slik at de kunne arbeide med hele flyten (4.3.1) ble det jobbet med interne prosesser på legevakten.

### 4.3.1. Registrering av personalia på legevakt

Tilrettelegger gikk gjennom ca 450 tilfeldige journaler i legevaktens datasystem for å kartlegge i hvilken grad de var fullstendig utfylt. Det viste seg at 92 % manglet deler av personalia i journalen: fullstendig navn, riktig adresse, fødselsnummer, (nødvendig for resepter, røntgenrekvisisjoner) og fastlege.

### 4.3.2. Forbedringstiltak

Tiltakene som ble gjennomført var at pasientene fylte ut et skjema med nødvendige opplysninger ved fremmøte på legevakten. I tillegg ble legevaktdistriktets fastlege disketter med pasient-personalia lagt inn på legevaktens datasystem.

Måling etter gjennomførte tiltak reduserte svikten til 5 %. Måloppfyllelse fra 8 til 95 % .

Sykepleierne førte pasientdata på papir og ikke PC. Det var et behov for å dokumentere sykepleierarbeidet og informasjon i samme system som legenes pasientjournal. Hensikten var at leger i vakt skulle se og vurdere pasientkontakter som endte i telefonråd eller henvisning. Dette er viktig for å sikre nødvendig informasjon dersom pasientene ringte igjen, og for senere henvendelser og oppfølging. Rutine for dokumentasjon ble innført og sykepleiernes journaldokumentasjon i datasystemet økte fra 0 til 100 % i løpet av de første ukene etter iverksetting.

### 4.3.2. Journalnotat på legevakt og epikrise til fastlegen.

Det var ønske om å øke antall journalnotater etter sykebesøk i hjemmet. Målene var:

1. Fullstendig journalnotat på alle pasienter innen 24 timer etter pasientkontakten.

2. Kopi av journalnotat skal, med samtykke fra pasienten, sendes som epikrise til fastlegen senest dagen etter journalføring

Det ble laget rutine for hvordan dette skulle gjøres rent praktisk og det ble gitt informasjon til alle legevaktlegene. Måloppnåelse på fullstendig journalnotat var etter implementering 95 % noe som fortsatt overvåkes.

### 4.3.3. Samhandling for leger/medarbeidere i 1. og 2. linjetjenesten- Møteserier

Det ble etablert en egen møteserie for å øke samarbeid og samhandling, og gjensidig informasjon der alle fastleger i kommunene, eksterne legevaktleger, helsepersonell ved legevakten, helsepersonell fra delegasjonssykehjem ble invitert. Målet var å informere om prosjektet, men møteseriene skulle også være en generell samarbeidsarena der andre saker var aktuelle. En lege fra en sykehusavdeling ble invitert på hvert møte hvor de tok opp ulike temaer. Det ble iverksatt 2 møter høsten 2003 og 2 møter våren 2004.

Målet med møteseriene var å :
•Få informasjon fra og diskusjon med ulike sykehusavdelinger
•Ta opp aktuelle arbeidsfokus for informasjon og diskusjon
•Utvikle felles samvær for å lette samhandling i daglig praksis.

Det ble gitt godkjente kurstimer for legene for disse samlingene og kurset var gratis.

### 4.3.4. Delegasjon av behandling av ukomplisert urinveisinfeksjon

Bakgrunnen for tiltaket var store avstander fra kommunene i randsonen av legevaktsområdet. Ved å delegere behandlingen av friske, ikke- gravide kvinner mellom 16-55 år for ukompliserte nedre urinveisinfeksjoner til legevaktsykepleierne og sykehjemsansatte i kommune, kunne man spare pasientene for lange reiser og mye venting. En annen effekt var økonomiske lønnsomhet.

Det ble holdt kurs for både legevaktsykepleiere og sykehjemsansatte i aktuell kommune. Symptomskjemaer og sjekklister ble utarbeidet både for legevakten og sykehjemmene i kommunene. I tillegg ble det utarbeidet et informasjonsbrev som pasienten fikk med seg når hun kom for å hente medisinene på sykehjemmet.
Pasienter med symptomer på ukomplisert nedre urinveisinfeksjon (oppsatte kriterier) skulle få utdelt medisiner på et lokalt sykehjem uten å måtte reise til Ringerike legevakt. Symptomsjekklister og informasjon til pasientene ble kryssjekket både på legevakten og i sykehjemmet. (Jfr Helsepersonellovens § 5. )

Foreløpig evaluering for perioden 20.01.04 – 16.08.2004 viser at 70 pasienter har henvendt seg med symptomer på urinveisinfeksjon. Av disse ble 33 ( 47 %) behandlet delegert. Av de 37 pas ( 53 %) som ble vurdert av lege hadde 63 % enkel UVI, og disse kunne sannsynligvis blitt behandlet delegert med små justeringer av innledende spørreskjema. Dette er nå gjort.

Man har også laget et skjema hvor pasientene kan evaluere selve ordningen. Så langt har man fått tilbake 20 svar. 95 % av disse opplevende tiltaket som bra og 100 % var tilfredse med kommunikasjonen med legevaktpersonalet. 80 % ble kvitt sine urinveisplager. Tiltaket utprøves fortsatt og viser en positiv utvikling.

## 4.4 Deltakernes læring og erfaringer

Etter læringsnettverkets avslutning evaluerte deltakerne i arbeidsgruppa hva de hadde lært og oppsummerte sin erfaringer slik:

### 4.4.1 Forankring

Som beskrevet i punkt 3.3. ønsket gruppen å forbedre prosesser som involverte akuttmottaket. Dette fikk en vanskelig start, siden de ikke var involvert fra starten av og prosjektet følgelig ikke var forankret i ledelsen for akuttmottaket. Det optimale hadde vært å ha hatt alle med i starten, men man visste ikke på det tidspunktet hvilke områder man skulle jobbe med. Prosjektgruppa synes det har vært et savn å få avdelingsledelsen i akuttmottaket til å styre og følge opp beslutninger. Forankringen har ikke vært god nok i denne delen av ledelsen, slik at det har gitt seg utslag i en for stor avstand fra direktørens beslutning om deltakelse til praktisk aktiv deltakelse på grunnplanet.

Sykehuset opplevde prosjektet som noe som angikk legevakten, og det var derfor mindre engasjement derfra i starten. Dette endret seg.

### 4.4.2 Prosessforbedring som metode

Hele gruppa synes at de har lært en meget nyttig metode som kan brukes til mye. Det har vært nyttig å bruke forbedringstenkningen i andre sammenhenger. Det har vært behov for gode

verktøy som de nå endelig har fått. Prosjektet har gjort tankene om kvalitetsarbeid mer konkret og man ser at flytskjema og målinger/statistikk er praktiske verktøy.
”*Jeg jobber best sammen med noen som kan lære meg ting. Det har jeg opplevd i dette prosjektet.*” sier tilrettelegger. Han har ofte savnet slike verktøy tidligere. Metoden og verktøyene vil bli brukt videre i arbeidet på Legevakten.

### 4.4.3 Frikjøpt tid til tilretteleggere

Arbeidsgruppa er fornøyde med at de har fått satt av tid til forbedringsarbeid og gjort avtaler om møtetider og møteplasser. Det har vært veldig nyttig å ha en person frikjøpt til dette og annet forbedringsarbeid (1 dag i uka). De andre har dog brukt mer tid enn det som var avsatt.

### 4.4.4 Veiledning

Gruppa har opplevd veiledningen fra GRUK som veldig bra. De har følt veiledningen som støttende – og det har vært godt å ha en ”mentor”.
De synes de har fått god opplæring og veiledning for å se på de ulike pasientprosessene, både internt på legevakten og i samhandling med andre. Det har vært effektivt og nyttig med fast telefonveiledning, og videokonferanser var en spennende samarbeidsform.
Støtten utefra har hjulpet til å drive arbeidet og ønske om å fortsette, til tross for vanskene gruppa har møtt i samhandling med andre deltjenester.

### 4.4.5 Læringsnettverket

Gruppa synes det har vært nyttig med kontakten med Drammen for å utveksle erfaringer, men påpeker at fordeling av tid til begge arbeidsgruppene burde vært mer strukturert i læringsnettverket.

### 4.4.5. Videre arbeid

Det er et ønske om og vilje til å jobbe videre med prosessforbedring som metode i andre sammenhenger, samt å følge opp forbedringstiltakene som allerede er iverksatt.
Styret for den interkommunale legevakten har imidlertid valgt å avslutte oppdragskontrakten med tilsatt tilrettelegger, så det er derfor usikkert i hvor stor grad styret vil prioritere det videre arbeid og hvordan det skal bli koordinert.

# 5.0 Forbedringsarbeid ved Drammen Legevakt og Sykehuset Buskerud HF

Utgangspunkt for deltakerne var et gjensidig ønske om å bedre kontakten og samarbeidet mellom Legevakten og sykehuset. Man ønsket å

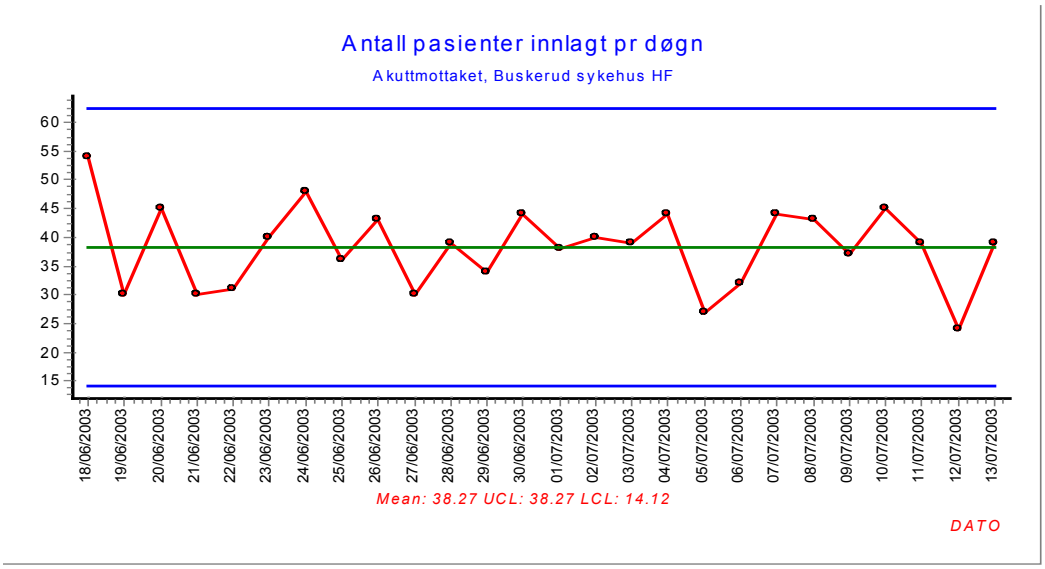
- Løse felles problemer
- Lære en felles metode
- Få veiledning i metoden
- Arbeide videre med prosessforbedring etter prosjektet

## 5.1. Kartlegging

Gruppen ønsket å forbedre pasientforløpet til en stor og viktig pasientgruppe som trenger akutt sykehusbehandling, og å se på forhold som involverer både legevakten og sykehuset, særlig akuttmottaket. For å få et bedre bilde av samhandlingsflaten mellom legevakt og akuttmottak ble det gjort ulike kartlegginger.

### 5.1.1 Innleggelser

Antall innleggelser pr døgn i perioden 18.06.-13.07.03 var forholdsvis jevnt, med et gjennomsnitt på 38 innleggelser i  døgnet med spredning fra 25 til 54. Se tabell 1.




**Tabell. 1**: *Totalt antall pasienter innlagt pr døgn ved SBHF juni/juli 2003.*

### 5.1.2 Akuttinnleggelser – hvem legger inn?

Fra sykehusets side hadde man inntrykk av at det mange pasienter ble innlagt fra Drammen legevakt. Ved en registrering av alle innleggelser gjennom akuttmottaket i perioden 04.06.-24.07.03 (1715 innleggelser) fant man at beskjedne 17,7 % ble innlagt fra Drammen legevakt. 38,0 % ble innlagt fra fastlege, 14,7 % fra AMK-sentralen og 11,5 % fra andre legevakter enn Drammen legevakt.

Andel av innleggelser fra Drammen legevakt var lavere enn man hadde antatt.

### 5.1.3 Akuttinnleggelser – hvor legges de inn?

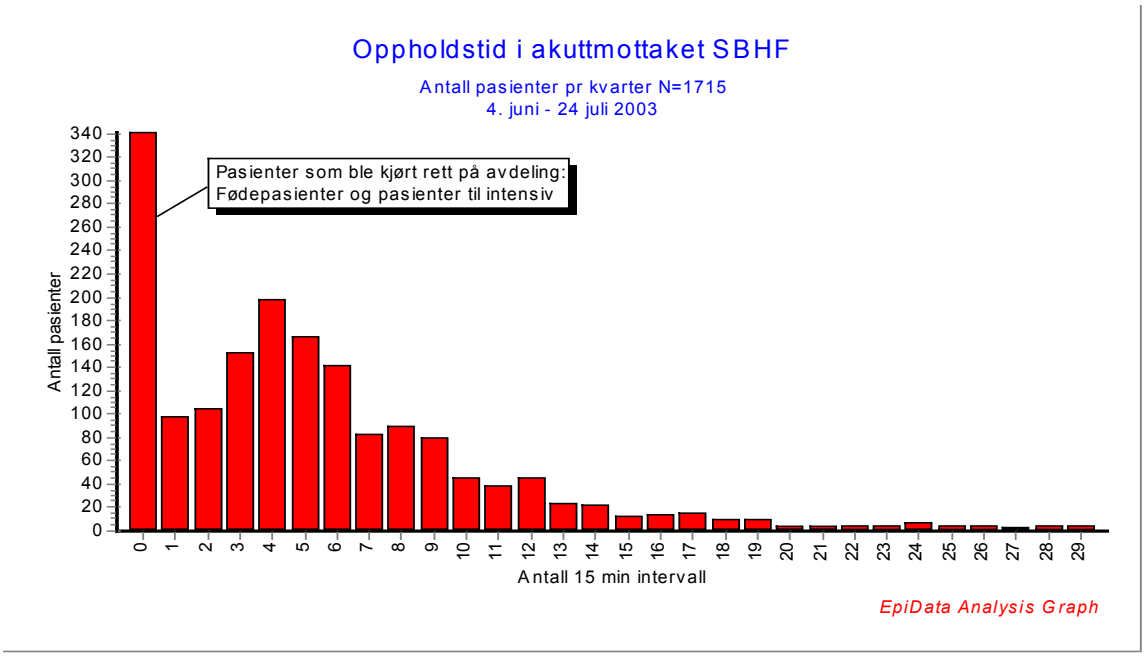
Av de 1715 innleggelsene ble 35,9 % innlagt på Medisinsk avdeling, 26,4 % ble innlagt på observasjonsposten, 10,9 % ble innlagt på kirurgisk avdeling. Forøvrig: Nevrologisk avd 8,8 %, Ortopedisk avdeling 8,2, Barneavdelingen 6,8 % og Fødeavdelingen 3,0 %.

### 5.1.4 Innleggelser fra Drammen legevakt

Drammen legevakt har registrert at samlet legges ca 6 % av pasientene inn i sykehus som øyeblikkelig hjelp. Dette er lavt i nasjonal sammenheng. Se også punkt 5.1.2.

### 5.1.5 Oppholdstid i akuttmottaket

Gjennomsnittlig oppholdstid i avdelingen var 1,2 timer. Fordeling av antall pasienter etter oppholdstid, fremgår av tabell 2




**Tabell 2:** *Oppholdstid i akuttmottaket for pasienter innlagt i SBHF juni/juli 2003*

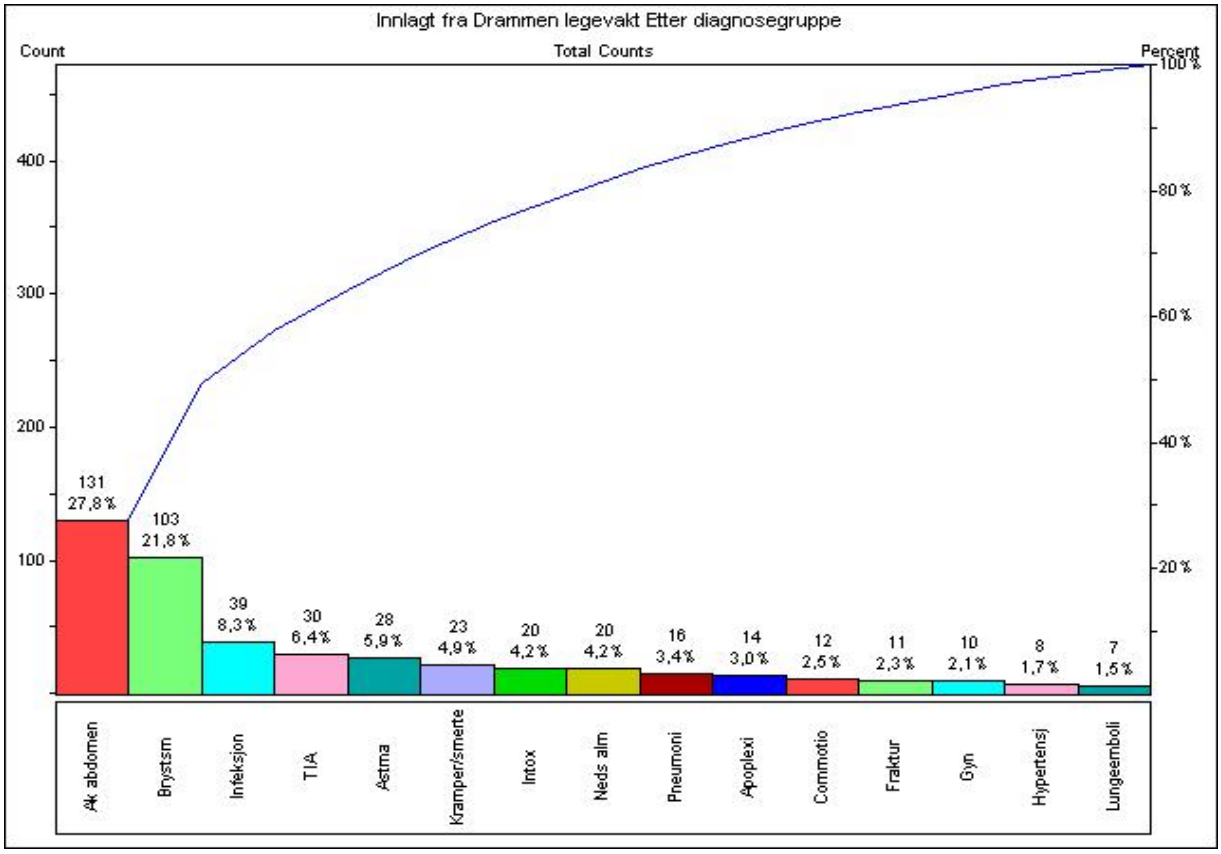
På grunn av samtidighetskonflikter må det nødvendigvis bli noe ventetider for pasienter i akuttmottaket. Likevel synes det å være et ikke ubetydelig forbedringspotensiale da ganske mange pasienter oppholder seg lenge i akuttmottaket.

Når man gikk inn på detaljer enkelte døgn, fant man som forventet markert kortere gjennomsnittlig oppholdstid i akuttmottaket på natt enn på dagtid.

### 5.1.6 Diagnoser ved akuttinleggelser

Sommeren 2003 ble det gjort registrering av diagnoser ved alle akuttinnleggelser ved Akuttmottaket ved SBHF. Det ble registrert 472 pasienter innlagt fra Drammen legevakt fordelt på 15 ulike diagnosegrupper, se fig. x. To diagnosegrupper skilte seg ut som mer

hyppige enn andre, nemlig akutte magesmerter og brystsmerter; de utgjorde samlet 50 % av alle akuttinnleggelser fra legevakten.

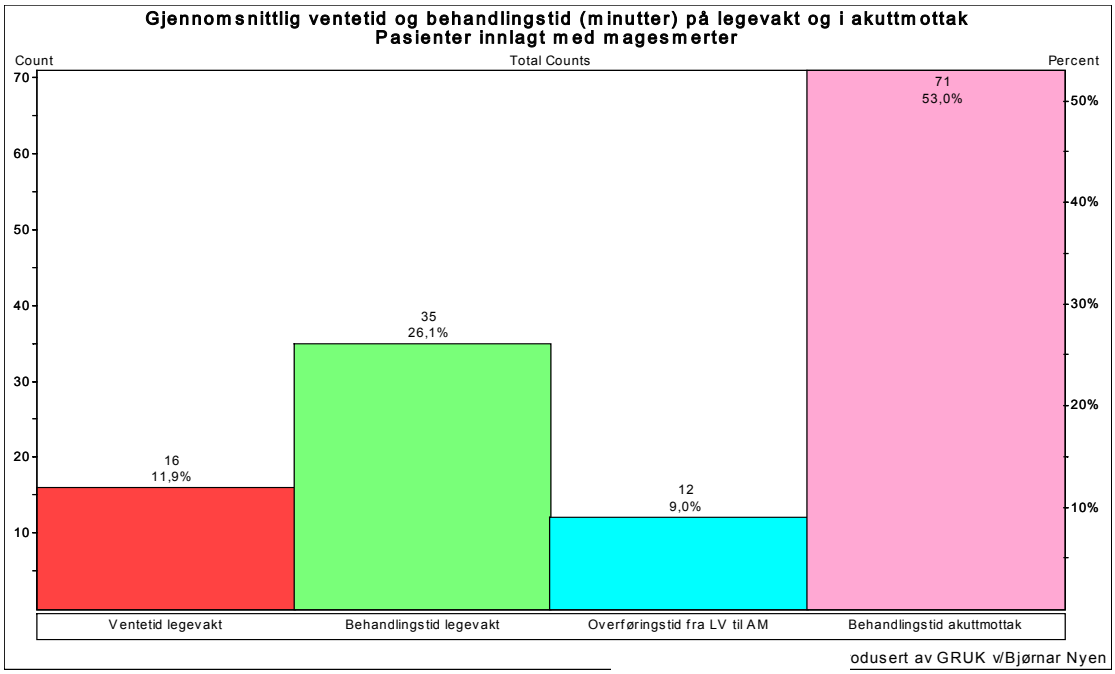



**Tabell 3:** *Pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp ved SBHF fra Drammen legevakt sommeren 2003 fordelt på diagnosegrupper.*

### 5.1.7 Pasienter med akutte magesmerter

Arbeidsgruppen valgte å arbeide med gruppen pasienter innlagt med magesmerter. Begrunnelsen var at dette var en pasientgruppe som det var mange av, som hadde behov for rask diagnose og behandling og fordi man antok at man hadde et forbedringspotensialet i samhandlingen mellom legevakt og akuttmottak

Gruppen tegnet flytskjema over de ulike hendelsene i pasientforløpet for pasienter som kom til Drammen legevakt med akutte magesmerter. Man ble da interessert i å se på hvor lang tid det tok fra pasienten kom til legevakt og til han var ferdig vurdert i akuttmottaket. Man fulgte derfor 16 påhverandrefølgende pasienter som ble innlagt i sykehuset fra Drammen legevakt med akutte magesmerter. Gjennomsnittlig tidsbruk for disse 16 pasientene gjennom systemet er fremstilt i tabell 4.




**Tabell 4:** *Gjennomsnittlig tid medgått ved Drammen legevakt og ved akuttmottak ved SBHF for pasienter med akutte magesmerter*

Man fant altså at pasientene ventet gjennomsnittlig 16 minutter på legevakta. Behandlingstiden var 35 minutter der. Det tok 12 minutter fra pasienten var ferdig ved legevakta til han ble registrert i akuttmottaket, og pasientene var ferdig vurdert ved akuttmottaket etter gjennomsnittlig 71 minutter.

Ventetiden ved legevakten ble bedømt som tilfredsstillende. Også behandlingstiden ved legevakten ble oppfattet som adekvat. Det burde være mulig å redusere tiden for overføring fra legevakt og til akuttmottak, men totalt sett vil en slik reduksjon utgjøre lite.

53 % av total vente- og behandlingstid for pasienten utgjøres av behandlingstiden i akuttmottaket. Arbeidsgruppen mener at dette utgjør størstedelen av ”uønsket venting” for pasienten. Erfaringen er at pasienten ofte må vente ganske lenge før turnuslege kan komme og igangsette diagnostiske og terapeutiske tiltak. Arbeidsgruppen mente at bedre samhandling mellom legevakt og akuttmottak, samt noen endringer i akuttmottakets rutiner, kunne forkorte tiden i akuttmottaket.

Ved tegning av flytskjema fant man også at noen prøver som var tatt på legevakten ble rekvirert og tatt på nytt når pasienten kom inn i mottakelsen.

## 5.2 Mål for behandling av pasienter med akutte magesmerter

*Forbedre og kvalitetssikre pasientflyten gjennom den akuttmedisinske kjede*

Hensikten med å forbedre og sikre pasientflyten for pasienter med akutte magesmerter var å få pasienten raskere igjennom systemene i 1. og 2. linjetjenesten. Pasienten skulle være i

fokus og motta en tjeneste fra legevakt og sykehus som er samordnet og preget av kontinuitet. Ved å samordne prøver og undersøkelser ville man også oppnå en effektivisering og tidsbesparing. Dette ville igjen ha økonomiske konsekvenser ved mindre tids- og utstyrsbruk. Utfordringen var å bli bevisst kultur og holdninger, og prøve å utvikle disse på tvers av tjenestene.

## 5.3 Forbedringstiltak

I utgangspunktet hadde man tenkt at man kunne bruke innsamlede data til bedre å selektere pasienter for innleggelse, da man hadde en oppfatning av at det både var et overforbruk og et underforbruk av innleggelser. Man valgte å fokusere på pasienter med akutte magesmerter.

Forslag til tiltak var:

- Bedre utnyttelse av observasjonsposten
- Forhåndsrekvirering av prøver/undersøkelser i legevakten
- Direkte innleggelser fra legevakt
- Standardisering og koordinering av prosedyrer ved legevakt og sykehuset
- Forbedring av interne prosedyrer i legevakt og akuttmottak

Under arbeidet med prosjektet, ble observasjonsposten nedlagt.

Det ble utarbeidet og prøvet ut et eget skjema som følger pasienten med magesmerter. Skjemaet er til bruk for akuttmottakets personale. Skjemaet dokumenterer hva som har skjedd av undersøkelser. Det skal kunne brukes i sorteringen av pasienter, og det supplerer innleggende leges henvisning.

Ved prosjektets avslutning var arbeidsgruppen i dialog med kirurgisk klinikk om tiltak som kan redusere flaskehalser i akuttmottaket. Et mulig tiltak kan være å knytte legespesialist nærmere til akuttmottak – nå må ofte pasienter vente på vurdering av spesialist etter den første vurderingen av turnuslege.

Ved SBHF arbeides det med en større omorganisering av akuttfunksjoner, det såkalte ”akutt-torget”. Arbeidsgruppen har gitt en del innspill i forhold til den prosessen.

Det er startet opp en fortløpende dataregistrering i akuttmottaket for løpende å kunne følge med på oppholdstider og dermed effekt av forbedringstiltak.

Det er diskutert hvorvidt legevaktslegen kan rekvirerer undersøkelser etter avtale med vakthavende lege ved kirurgisk avdeling, men dette er ikke endelig avklart ved prosjektperiodens slutt.

## 5.4 Interne prosesser på legevakta

Drammen legevakt har som en del av prosjektet brukt tid på å se på ventetiden for pasientene. Det har foreligget to motiver for dette. For det første har man villet dokumentere ventetid for å sikre en tilfredsstillende tjeneste for pasientene. For det andre ville man bruke ventetidsundersøkelsen for å vurdere bruk av personellressursene på legevakta.

**Ventetider på legevakta**

I perioden 12. juli til 10. august 2003 ble det foretatt en fortløpende registreing av ventetiden fra pasienten ankom legevakten og til vedkommende ble tatt inn til legen. Dette ble gjort ved en skjemaregistrering der pasientene ble delt inn i 3 prioritetsgrupper:

kategori 1: akutt
kategori 2: haster
kategori 3: kan vente

De fleste pasienter blir satt i kategori 3 fordi noe venting ikke er til noen umiddelbar fare for pasienten. Man ønsket derfor å registrere alle i kategori 1 og 2 fordi de ikke er så mange, samt den første i hver klokketime for kategori 3. Ved opptellingen ble prioriteten satt av legevaktlegen.

| **Haste-grad** | **Antall pas** | **Minste vente-tid** | **10 % venter mindre enn** | **25 % venter mindre enn** | **50 % venter mindre enn** | **75 % venter mindre enn** | **90 % venter mindre enn** | **Lengste ventetid** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | 86 | 0 | 0 | 1 | 10 | 21 | 40 | 80 |
| **2** | 433 | 0 | 1 | 6 | 16 | 39 | 68 | 211 |
| **3** | 322 | 0 | 3 | 5 | 16 | 45 | 91 | 232 |

**Tabell 5** *Ventetid i minutter ved Drammen legevakt juli/august 2003*

En median ventetid på 16 minutter på uprioriterte henvendelser oppfattes som svært tilfredsstillende, og ligger lavere enn det som er vanlig ved bylegevakter. At ca 10 % av pasientene i kategori 3 (hvor det ikke er noen helsemessig risiko ved å måtte vente) må vente i mer enn 1,5 time oppfattes som akseptabelt.

Legevakten har likevel en utfordring i forhold til å sikre alle pasienter i kategori 1 hjelp uten ventetid – i registreringsperioden var det 9 % av pasientene i denne kategorien som måtte vente lenger enn 21 minutter. I ettertid ser man imidlertid at det hadde vært mer riktig å plassere dem i kategori 2 eller 3.

I denne registreringsperioden var det leger som satte prioriteringene. Framover vil vurderingen gjøres av sykepleier som har kontakt med pasienten først og styrer pasientstrømmen. Legen som så får pasienten til konsultasjon vil kunne gjøre sin vurdering av prioriteringen, og gi tilbakemelding til sykepleier på dennes vurdering og derved kvalitetssikre systemet.

## 5.5. Læring og erfaringer

Arbeidsgruppen har evaluert prosjektet slik:

### 5.5.1 Forankring

Det har vært utfordringer i to forskjellige kulturer der avsetting av tid til arbeidet har vært den ”tyngste” biten fra SBHFs side. Forankring til sykehusets ledelse har også vært en tung prosess. På sykehuset er det lengre vei til beslutningstakere enn på legevakten, og forankringen i ledelsen ved SBHF har ikke vært god nok. En av de største utfordringene har kanskje vært forskjeller i kulturen i sykehuset og legevakten. Beslutningsveien er kort i legevakten, mens i sykehuset måtte flere involveres før endringer kunne settes i verk.

Det som opplevdes som sentralt i prosessen var også å forbedre samarbeidet mellom tjenestene og det synes arbeidsgruppen de har lykkes med.

Erfaringene er også at implementerings-prosessen kom for sent i gang. Medarbeidere, faggrupper og ledelse skulle kommet inn på et tidligere tidspunkt.Ambulansetjenesten falt ut etter hvert, da man så at det ikke var aktuelt i forhold til valgt problemstilling. Avdelingssykepleier i akuttmottaket ble sykemeldt etter nesten halvgått arbeid og ny leder kom inn i prosjektet.

Det har vært jobbet i skippertak i forbindelse med samlingene fra sykehusets side på grunn av mange konkurrerende oppgaver. Det har vært vanskelig å få frigjort tid fra sykehusets til dette arbeidet. Legevakten var den som hele tiden var "drivkraften" i arbeidet. Etter nyttår ble det mer struktur over forbedringsarbeidet. Gruppa reiste bort på arbeidsseminar og fikk konsentrert seg mye mer rundt oppgavene. Det å bli godt kjent med hverandre styrket samarbeidet. Dette er absolutt å anbefale.

I prosjektet flaskehalser synliggjort og det ble enighet om forslag til forbedringer. Ikke alt ble gjennomført av de tiltak man hadde satt seg, men det er satt i gang en prosess i sykehuset, samarbeidet er styrket og det er satt fokus på den alt for lange ventetiden som pasienten utsettes for. Det er sådd små frø hele veien og modningsprosessen har vært nødvendig og viktig.

### 5.5.2 Prosessforbedring som metode

Det har vært en lang men nødvendig prosess. Fra å tenke "hva er det i det for meg" til "hva er best for pasienten?" Det har skjedd en bevissthet rundt pasientfokus og en holdningsendring internt. Bruken av metoden har vært en modning frem til fremlegg av prosjektet i april 2004. Arbeidet har vært spennende og lærerikt, og det er ønskelig å kunne jobbe videre med metoden i andre sammenhenger.

Gruppen har fått dokumentert en del av det som man i utgangspunktet har trodd og antatt, og fått noen overraskelser ved kartlegging. Hva som skjer på Legevakten og i samhandlingen mellom LV og sykehuset er nå belagt med fakta. Faglig innhold av tjenestene har blitt dokumentert. Alt for mye har vært styrt av synsing. Arbeidet har vært spennende når det først kom i gang, og det har vært artig å se målingene som en tilbakemelding på arbeidet. Gruppen har lært nyttige verktøy, som har synliggjort forbedringspotensiale i egne systemer, både på Legevakten og på sykehuset.

Arbeidsgruppen uttaler at de sitter igjen med mye viktig erfaring og kunnskap, og at klimaet for samarbeid er mye bedre enn tidligere.

### 5.5.3 Frikjøpt tid for tilretteleggere

Tilretteleggerne har fått mye ros av arbeidsgruppen, og har gjort en kjempejobb for å få ting gjort. Det er veldig viktig at ressurser settes av for å fortsette forbedringsprosjekt som dette – akkurat det har vært en stor frustrasjon.

Det tyngste i prosjektet har vært mangel på tid og informasjon i sykehuset, og det har vært interessant og nyttig å samarbeide med Legevakten. Det har satt i gang prosesser i sykehuset. Arbeidsgruppen i Drammen har også hatt glede og nytte av kontakten med Ringerike.

### 5.5.4. Veiledning

Engasjementet fra GRUK har vært bra, men kunne vært sterkere når det gikk trådt i Drammen. Gruppen savnet et tettere samarbeid med veilederne, men vi sitter igjen med mye

positivt og nyttig. Påtroppende avdelingssykepleier fra akuttmottaket fikk ingen innføring i bruken av metoden verken fra GRUK eller sykehuset, men er blitt informert i ettertid.

Arbeidsgruppen påpeker at det har vært en lærerik tid, og at samarbeid med sykehuset er bedret. Man er blitt godt kjent med hverandre, noe som gir et grunnlag for bedre samhandling framover. Engasjementet fra GRUK har vært nødvendig for å få rett fokus og nye impulser utenfra, og arbeidsgruppen mener at det er viktig å ha med veiledere i prosessforbedring videre.

### 5.5.5 Læringsnettverk

Det har vært for få treffpunkter for de to tilretteleggerne i vår gruppe. Det har vært delte meninger om mengde av mye teori først i prosjektet. Muligens kunne det vært lurt å bli enige om hva man skulle jobbe med og deretter komme inn med teori underveis. På den andre siden kunne det vært en fare for å gli ut om teorien ikke hadde kommet tidlig.

Samarbeidet i nettverket har vært både utfordrende og hyggelig. Det medførte mye frustrasjoner for å bryte ned muren mellom 1.linje og spesialisthelsetjenesten, men prosjektet har lykkes med å lage en bro mellom tjenestenivåene. Mange barrierer skulle brytes for å bedre samarbeid og holdning. Nå er det et klarere fokus på pasientene og man ser nytten av et godt samarbeid.

# 6.0 Konklusjoner og anbefalinger

**Samhandling og forankring**

Avgrensing av antallet aktører i prosjektet har vært en av dette prosjektets største utfordringer. Det har hele tiden vært en vanskelig avveining å avgjøre hvor langt inn i sykehuset vi skulle gå. I tidligere prosjektfaser har fokus vært primært på legevakt og noe på ambulansetjeneste.

Uten at forbedringsområdene var kjent var det vanskelig å vite hvor mange man skulle involvere fra starten. Vi valgte å starte med dem vi trodde var aktuelle i prosjektgruppen det ene stedet og har involvert aktuelle deltakere etter hvert. I dette prosjektet ønsket prosjektgruppene å trekke med akuttmottakene i sterkere grad, og også spesialavdelingene: I Drammen: kirurgisk avdeling.; ved Ringerike: medisinsk avdeling. Kontakten med spesialavdelingene har til tider vært vanskelig å holde i gang. Dette har gjort prosessene kompliserte, og skapt en viss frustrasjon underveis.

På den ene siden kan en hevde at GRUK burde ha vært tydeligere i veiledningen på å avgrense prosessene til *kun* å omfatte AMK-LV-AMB-Akuttmottak, men det ble tydelig at den akuttmedisinske kjede også omfatter spesialavdelingene. Problemet var at prosjektet ikke var forankret i spesialavdelingene. GRUK skulle nok ha tatt sterkere styringsgrep med denne delen av prosjektet. Man burde kanskje ha ”gjetet” prosessene mer. Det er en utfordring å holde trykket oppe og det føles vanskelig å mase på folk som en vet er travle. Konklusjonen på dette er at man enten må gjøre mer forarbeide ifm forankringen for å bestemme på forhånd hvilke prosesser som skal forbedres og forankre og sette sammen arbeidsgrupper ut fra det – eller så må man avstå fra mulighetene til å velge prosesser som omfatter andre enn de som sitter i arbeidsgruppa. Man kan da arbeide parallelt med å forankre arbeidet videre inn i systemene.

For å få til god samhandling mellom nivåer kreves det langsiktig arbeid og en gradvis modningsprosess. Det tar tid å utvikle kulturer hvor man er endringsvillige og arbeider med

kontinuerlig forbedringer. Det er atskillig mer komplisert og tidkrevende å forbedre prosesser på tvers av tjenestene enn internt, og vi ser derfor at læringsnettverkets varighet burde vært utvidet fra 12 til 18 måneder.

**Undervisning og veiledning**
Det burde har vært gjort fastere avtale om telefonkontakt med tilretteleggere i begge prosjektgruppene, og det er viktig å vite når tilrettelegger er til disposisjon. Dette har vært lettere å gjennomføre i Ringerike, hvor det har vært satt av tid og vært en frikjøpt tilrettelegger. Det har også gjort det lettere å ha faste avtaler pr. telefon utenom samlingene.

Graden av teori i oppstarten kan diskuteres, for noen var dette nyttig og gjorde forståelsen lettere, mens for andre var det viktigere å komme raskt i gang med arbeidet. Det har vært diskuterte internt i GRUK hva som er best: rikelig med teori først – deretter praktisk arbeid. Eller: kort introduksjon om teori og påfyll av teori etter hvert som behov for teori/kunnskap dukket opp. Det har vært delte meninger om dette i prosjektgruppen, men vi har fått erfaring fra flere sammenhenger der det viser seg at det siste både er nyttig og motiverende.

I framtiden kan det vært en ide å ha egne samlinger med tilretteleggerne.

**Om brukermedvirkning**
Vi hadde bedt FFO-Buskerud oppnevne brukerrepresentanter. Disse var med på oppstartseminar, ett erfaringsseminar og sluttkonferansen. Vi burde hatt et eget opplegg for brukerrepresentanter, både ved kartlegging av problemområder, og hjulpet disse mer til å vinkle seg inn på aktuelle spørsmål. Slik prosjektene utviklet seg fant vi ingen god arena for disse representantene. Begge representantene hadde også yrkesmessig tilknytning til akuttjenestene. Det var ikke nødvendigvis noen fordel, da det var lett for dem å gå over i helsepersonell-rollen. Når det er sagt, må vi ta ansvar for at forventningene til dem var utydelig formulert.

**Er prosessforbedring en egnet metode til forbedring av tjenestekjeder der flere aktører er med?**
Det har vært fristende å velge mer kortvarige metoder (redesign etc), men vi har vurdert etablering av varig samarbeidsrelasjon som viktig. Strukturert samarbeid om bedring av samhandling på tvers må være en naturlig del av avdelingenes arbeid. Dette krever modning og arbeid over tid. Ulike verktøy og trinnene i prosessforbedring gir gode resultater der rammen og forankringen er god. Det er gjort mye bra arbeid underveis og mange diskusjoner og refleksjoner har vært nyttig og nødvendig.

Vi har fått bekreftet at suksessfaktorene for forbedring av pasientprosesser fra tidligere prosjekter fortsatt er gjeldene:

- Involvering fra toppledelse
- Styring fra avdelingsledelse
- Tverrfaglig deltakelse
- Tverretatlig likeverd
- Fristilte tilretteleggere som kan drive prosessen
- Praksisnær opplæring og veiledning i metoder

**Videreføring av forbedringsarbeidet og anbefalinger fra GRUK**
En av hovedutfordringene i arbeid med utviklingsprosjekter er å sikre at erfaringer og kompetanse som vinnes blir videreført etter prosjektets avslutning. Dersom prosjektarbeidet ikke knyttes nært til den daglige virksomheten i de berørte linjeorganisasjonene, vil denne overføringen vanskeliggjøres.

Vesentlige forutsetninger for å lykkes med prosjektet, og med videreføringen, er at:

- Beslutning om tilslutning fattes i deltakerorganisasjonenes toppledelse, og det avklares hvilke forpliktelser beslutningen innebærer.
- Informasjon om beslutningen, og hva denne innebærer, blir gjort kjent i organisasjonene, på besluttende og på utøvende nivå.
- Informasjon om formålet med prosjektet gjøres kjent for alle
- Prosjektdeltakernes nødvendige rammebetingelser avklares og sikres
- Informasjon om framdrift og status i prosjektet føres fortløpende tilbake til besluttende nivå i deltakerorganisasjonene.

Arbeidet må bli anerkjent og innarbeidet i tjenestesystemene. Det må ikke bli enkeltpersoners ansvar at det vedtatte prosjektet får nødvendige rammer og rom. Ledere på ulikt nivå i organisasjonene vil lett kunne gi sin tilslutning til et prosjekt som bl.a. oppfyller kravene til arbeid med pålagte oppgaver eller forskrifter, men utfordringen for tjenestesystemene og lederne er å gjøre tilslutningen synlig og konkret i hverdagen. Ledelsens tilslutning og støtte kommer til uttrykk blant annet gjennom å vise anerkjennelse overfor deltakende medarbeidere og ved å innarbeide gode rutiner for å ivareta forbedringsarbeidet i den daglige driften. Deltakerne i læringsnettverket har lagt et godt grunnlag for videreføring, ikke minst når det gjelder det gode samarbeidsklima som nå er etablert. Verktøyene og prosessforbedring som metode for kontinuerlig forbedring har vist seg effektive og nyttige både når det gjelder forbedringsarbeid internt og mellom tjenestenivåene.

## Litteraturhenvisning


1. Delrapport 1
2. Veileder for etablering og drift av interkommunale legevaktordninger (Shdir 15-13/2003)
3. *... og bedre skal det bli!* En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet, mars 2004.
4. Prosessforbedring i klinisk virksomhet, Statens helsetilsyns utredningsserie 5 - 2001.
5. Pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter, Statens helsetilsyns utredningsserie 6 - 2001.
6. Helsepersonelloven