

Kompetanseheving i kunnskapsbasert praksis blant primærleger

Gruppe K2: Marius Dalby (leder), N.N.ž

Kathrine Gjertsen, Lone Eriksdatter Wilberg, Thea Forr, Roy

Beng Leong Sieh, Benedicte Wardemann



Oppgave i KLoK, Det Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

28.11.12

Kompetanseheving i kunnskapsbasert praksis blant primærleger

Marius Dalby (leder)

N.N.

Kathrine Gjertsen

Lone Eriksdatter Wilberg

Thea Forr

Roy Beng Leong Sieh

Benedicte Wardemann

Copyright Gruppe K2

År 2012

Kompetanseheving i kunnskapsbasert praksis blant primærleger

Gruppe K2

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn. Kunnskapsbasert praksis, evidence-based clinical practice, er et viktig fundament for god medisinsk praksis. Allmennpraktikere jobber med et stort antall problemstillinger innen mange ulike fagfelt, og i en travel hverdag kan det være utfordrende å følge kunnskapsutviklingen. Denne oppgaven gjennomgår hvordan allmennleger holder seg oppdatert i dag. Videre diskuteres hvordan kunnskap ervervet fra arbeidet med å innføre kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten, kan videreføres til allmennpraksis.

Kunnskapsgrunnlag. Vi har tatt for oss en omfattende rapport om kunnskapshåndtering i spesialisthelsetjenesten, Foretaksrapporten, og supplert med annen tilgjengelig relevant litteratur om kunnskapsbasert praksis med vekt på allmennpraksis. I tillegg har vi diskutert med fagpersonell med relevant bakgrunn.

Resultater. Via samtaler med praksisfeltet, egne erfaringer og tilgjengelig litteratur har vi fått en forståelse for dagens status i allmennpraksis. Gjennomgang av epikriser, kurs og seminarer, samt NEL er blant de viktigste kildene til faglig oppdatering. De viktigste motivasjonsfaktorene for oppdateringsaktiviteter var å lære noe nytt, forbedre praksis og samle poeng til resertifiseringen. Basert på forståelsen av dagens praksis har vi sett behov for endring. Vi har skissert et undervisningstilbud som søker å heve kompetansen og gjøre allmennlegene i stand til å drive kunnskapsbasert praksis på egenhånd.

Fortolkning. Medisinsk kunnskap er i stadig utvikling og det kan være utfordrende å holde seg oppdatert i en travel hverdag i primærhelsetjenesten. Denne gjennomgangen viser til et omfattende prosjekt om kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten, hvor strategien for økt fokus på KBP er klar. Vi mener effektiv kunnskapshåndtering er nødvendig også i allmennpraksis, og vil bli stadig viktigere i årene som kommer. Denne oppgaven skisserer et pilotprosjekt som første ledd i et kvalitetsforbedringsprosjekt for allmennleger. Videre diskuteres mulige strategier for nasjonal implementering.

Forord

Vi vil gjerne rette en takk til Alexander Wahl på Helsebiblioteket, Signe Flottorp på Kunnskapssenteret og Allmennlegeforeningen [for](#) konstruktive innspill. Vi vil også rette en ekstra stor takk til vår veileder Per Olav Vandvik for som har bidratt med rask, konkret og nyttig veiledning. Gruppen hadde store ambisjoner på egne vegne. Da problemstillingen er et omfattende tema har det vært nødvendig å [begrense](#) oppgaven noe. Vi tror prosjektet har stort potensiale og kanskje vil noen i gruppen dra prosjektet videre i fremtiden.

Innholdsfortegnelse

1	Kapittel	2
2	Kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Kompetansehevingstiltak i KBP	5
2.2	Helsebiblioteket og kunnskapspyramiden	6
2.3	Norsk elektronisk legehåndbok (NEL)	7
3	Dagens praksis, tiltak og indikator	8
3.1	Dagens praksis.....	8
3.2	Tiltak	10
3.3	Valg av indikator	11
4	Prosess, ledelse og organisering.....	13
4.1	Pilotprosjektet.....	13
4.2	Neste steg: Nasjonal implementering.....	14
4.3	Utfordringer/mulig motstand.....	15
5	Diskusjon / konklusjon.....	17
	Litteraturliste	19

1 Kapittel

Samfunnet og den enkelte pasient har en forventning til at helsepersonell til enhver tid yter helsehjelp basert på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap. Kunnskapsbasert praksis (KBP), på engelsk evidence-based clinical practice, oppfyller nettopp dette - å ta i bruk den "beste" kunnskapen som finnes, kombinert med klinisk erfaring, og pasienters verdier(1).



Figur 1: De tre komponentene som inngår i begrepet kunnskapsbasert praksis.

I en travel hverdag innen et fagfelt som stadig er i endring, kan det være vanskelig å holde seg faglig oppdatert, og dermed kunne praktisere evidensbasert medisin. Ikke minst gjelder dette i allmennpraksis, hvor arbeidspresset er høyt, problemstillingene varierte og tiden knapp. Samhandlingsreformen stiller ytterligere krav til en effektiv primærhelsetjeneste, og allmennleger trenger tidseffektive kunnskapsverktøy for sin praksis.

I 2009 undersøkte Ulvenes et al. norske legers kjennskap til begrepet KBP(2). Resultatene viste at 84% var enig i at nyeste forskning er et viktig aspekt ved KBP, men kun 53% vektlegger klinisk erfaring som viktig. Videre regner bare 19% pasientens verdier som en del av begrepet. Studien avdekker at 35% har deltatt på kurs om KBP, 51% ønsker å delta på slike kurs, mens 23% ikke ønsker dette. Forfatterne konkluderer dermed med at legenes kjennskap til KBP er begrenset, men at en stor del av legene ønsker mer kunnskap om dette. Antallet deltakere i undersøkelsen var 966, men forfatterne har ikke differensiert mellom

ulike spesialiteter. Det er derfor usikkert om dette materialet er representativt for allmennleger, men det er mulighet for en viss overførbarhet.

Vårt inntrykk etter praksisperioden i 10. semester stemmer godt overens med resultatene i Ulvnes studie. Metodene de ulike fastlegene bruker til faglig oppdatering er svært varierte og personavhengige. Mange bruker Tidsskriftet for Den norske legeforening, Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) og kurs eller seminarer i forbindelse med resertifiseringen som hovedkilder for oppdatert klinisk kunnskap. Noen fastleger bruker også smågrupper til faglig oppdatering. Videre holder legemiddelindustrien såkalte “outdoor visits”, ofte ukentlig, med markedsføring kombinert med informasjon om nye studier.

På bakgrunn av dette ønsker vi i denne KLoK-oppgaven å utforme et kvalitetsforbedringsprosjekt som strukturerer, forbedrer og forenkler fastlegers arbeidsmåter for faglig oppdatering og kunnskapshåndtering i egen praksis. Mer spesifikt vil vi pilotere et læringstilbud som gir kompetanseheving i kunnskapshåndtering gjennom klinisk integrert læring med arbeidsfiler for å besvare kliniske spørsmål i egen praksis. Dette læringstilbudet utvikles som en modell for senere implementering i den formaliserte spesialistutdanningen i allmenntidmedisin, dersom tiltaket viser seg gjennomførbart og vellykket mht kompetanseheving.

2 Kunnskapsgrunnlag

Det er ikke utført en systematisk kartlegging av hvordan man kan heve kompetansen i å finne beste tilgjengelige evidens på en rask måte i allmennpraksis. Vi har derfor vurdert "Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten" som det beste kunnskapsgrunnlaget for å understøtte våre målsettinger som har til hensikt å øke ferdigheter i kunnskapshåndtering i allmennpraksis(3).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) ble i 2005 kontaktet av Regionalt Helseforetak Helse Øst med ønske om støtte til forbedring av kunnskapshåndteringen i helseforetakene. Dette ledet til et fireårig samarbeid kalt Foretaksprosjektet(3). Prosjektet hadde som mål å bidra til å forbedre kunnskapshåndteringen i spesialisthelsetjenesten, blant annet ved å kartlegge mulighetene for å bruke kunnskapsbasert praksis i en travel hverdag, foreslå måter å sikre at fagprosedyrer baseres på gyldig forskningsbasert kunnskap, samt at disse implementeres og gjøres lett tilgjengelige i praksis. Samarbeidet resulterte i en rapport som foreslo et rammeverk for systematisk arbeid med KBP, på bakgrunn av de eksisterende systemer og verktøy for KBP. Rapporten konkluderer med at mye arbeid gjenstår med implementeringen av kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra Foretaksprosjektet er også at helsepersonell i hovedsak benytter seg av lokale rutiner og fagprosedyrer.

Med innføring av Samhandlingsreformen, hvor stadig mer ansvar overføres til primærhelsetjenesten, anser vi det spesielt viktig å implementere kunnskapsbasert praksis hos allmennpraktikere på en enkel og effektiv måte, for å fasilitere en kunnskapsbasert og oppdatert primærhelsetjeneste.

Vi har utviklet vår modell for kompetanseheving med utgangspunkt i konklusjonen fra Foretaksprosjektet(3). Rammeverket som foreslås i rapporten er inndelt i fire hovedområder, med varierende relevans for allmennpraksis.

1) Kompetanseheving i form av kurs, nettkurs, lærebøker og arbeidsfiler (se nedenfor for mer om arbeidsfiler). Vi ser for oss kompetanseheving ved bruk av kurs i kunnskapsbasert

praksis med veiledning og obligatoriske arbeidsfiler, ledet av representanter fra Kunnskapscenteret, evt. kursede allmennpraktikere.

2) Organisering av eget foretak, hvilket innebærer en rekruttering av tverrfaglige grupper og "ildsjeler", samt lønnsmidler. Punktet er mindre relevant for allmennpraksis, men holdningsendring er viktig for allmennpraktikere, dog på individnivå mer enn på avdelingsnivå

3) Teknologisk infrastruktur, altså økt tilgjengelighet hva gjelder PC og internett, samt e-læring, lokale prosedyrer og behandlingslinjer. Den teknologiske infrastrukturen, særlig i form av nettilgang, er på plass hos så og si alle allmennpraktikere, og forutsettes mindre relevant for vårt prosjekt.

4) Verktøy for kunnskapsstøtte, der McMaster PLUS står sentralt, både som søkemonitor og tilhørende e-postvarsler. Når det gjelder verktøy for kunnskapsstøtte har alle allmennleger tilgang til Helsebiblioteket. Staten betaler for denne tjenesten, men det er grunn til å tro at mange ikke er klar over at de har tilgang, og dermed ikke benytter seg av den. Opplæring i bruk av Helsebiblioteket vil være en del av kurset vi foreslår, slik at legene blir informert om tilgangen.

2.1 Kompetansehevingstiltak i KBP

Arbeidsfiler, utviklet av Vandvik i 2007, er skjemaer som fylles ut hvor en gjennom skjemaet kommer frem til kjernen i et klinisk spørsmål(4). Videre identifiseres relevante studier og retningslinjer, og det foretas en kritisk vurdering hva angår hvor godt de identifiserte studiene og retningslinjene belyser det kliniske spørsmålet i det konkrete tilfellet. Det vurderes aspekter som resultater, validitet og appliserbarhet. Filene åpner samtidig for tilbakemeldinger og evaluering fra veileder, og utgjør således et verktøy i kunnskapshåndtering.

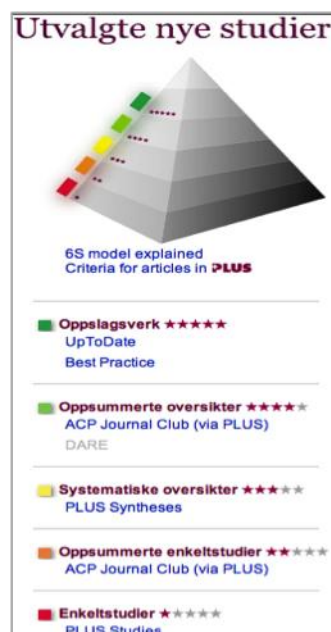
I løpet av 10. semester gjennomgikk vi et kurs med opplæring i bruk av arbeidsfiler i sykehuspraksis, der vi fant to aktuelle kliniske problemstillinger vi ønsket svar på. Fortrinnsvis med spørsmål om effekt av behandling. Veileder var tilgjengelig på praksisstedet underveis i prosessen, for å sikre relevans og gjennomførbarhet. Vi gjennomgikk dermed klinisk integrert læring med arbeidsfiler som kompetansehevingstiltak for

kunnskapshåndtering. En nylig gjennomført studie under publisering viser at majoriteten av medisinstudentene i Oslo på slutten av studiet klarer å utføre gode litteratursøk, og finne svar på kliniske spørsmål i anbefalte kunnskapskilder (5).

På bakgrunn av dette, ser vi fordelene med at arbeidsfiler inkluderes i allmennlegers grunn- og etterutdanning; ikke minst da disse godt kan integreres i klinisk praksis.

2.2 Helsebiblioteket og kunnskapspyramiden

Det finnes stadig flere portaler som tilbyr tilgang til forskningsbasert kunnskap. Én av disse er Helsebiblioteket (www.helsebiblioteket.no), som er en nasjonal portal for helsefaglig kunnskap med flere tusen tidsskrifter, medisinske databaser, kliniske retningslinjer og oppslagsverk; disse er fritt tilgjengelige og gratis å bruke for helsepersonell. For å forenkle informasjonssøkene, er det konstruert en modell som kalles kunnskapspyramiden. Denne plasserer informasjonskilder i et hierarki, med oppslagsverk og retningslinjer øverst, og enkeltstudier nederst. Pyramiden graderer således informasjonens kvalitet og relevans. Helsebiblioteket benytter seg av søkemonitoren McMaster PLUS til dette formålet.



Figur 2. Kunnskapspyramiden

På profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Oslo får studenter nå en grundig innføring i bruken av kunnskapspyramiden i McMaster PLUS, og hvordan formulere gode kliniske

spørsmål ved hjelp av PICO, en skjematisk metode for utforming av en problemstilling. Vi er usikre på i hvilken grad leger kjenner til og tar i bruk dette tilbudet.

2.3 Norsk elektronisk legehåndbok (NEL)

NEL er et abonnementsbasert oppslagsverk på norsk som er enkelt i bruk, og som oppdateres med ujevne mellomrom. Oppslagsverket er kortfattet, oversiktlig og brukervennlig. Det omfavner vanlige sykdomstilstander og problemstillinger en kan i møte allmennpraksis, og inkluderer nasjonale retningslinjer, lovverk og trygderegler. Det kan være et godt verktøy for å finne svar på konkrete kliniske spørsmål og har også et omfattende utvalg av pasientinformasjon. Imidlertid er det usikkert om det alene kan sies å danne en god nok basis for kunnskapsbasert praksis.

3 Dagens praksis, tiltak og indikator

3.1 Dagens praksis

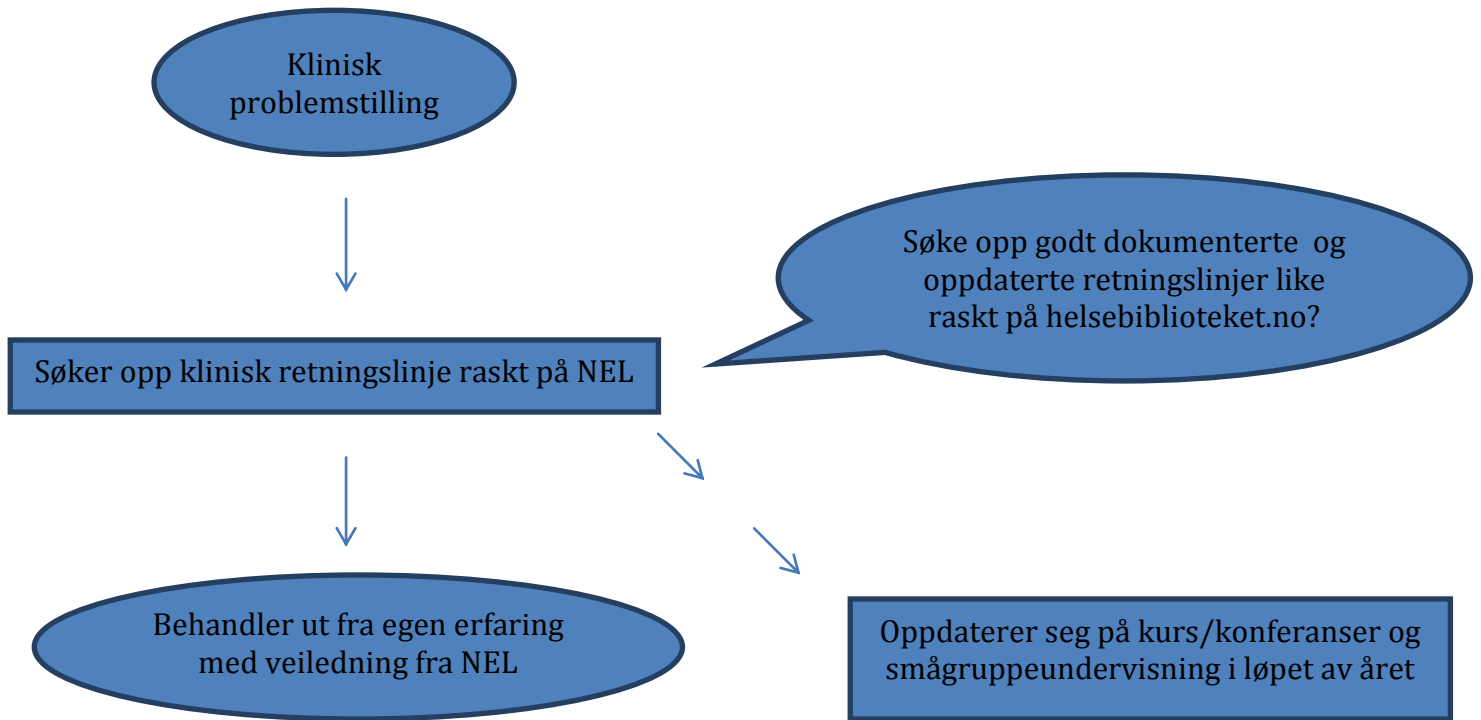
Vi ønsket spesielt å forstå hvordan fastleger holder seg faglig oppdatert. Vi har vært i kontakt med flere allmennleger med interesse for temaet, blant annet allmennleger med tilknytning til Kunnskapssenteret og Helsebiblioteket. Vi har også egen erfaring fra allmennpraksis på ulike kontor i sør-øst Norge våren 2012.

Vårt inntrykk fra våre samtaler med praksisfeltet samt egen erfaring fra praksisperioden bekreftes av Treweek et al. som i 2005 undersøkte hvordan fastleger holdt seg faglig oppdatert, og hva motivasjonen bak dette var(6). Studien ble gjennomført ved hjelp av spørreskjema sendt til 1500 tilfeldig utvalgte fastleger i Norge. Av disse fylte 857 ut skjemaet helt eller delvis. Dette representerte 23% av fastlegene i Norge på dette tidspunktet.

Studien viste at legene i gjennomsnitt brukte 2,3 timer ukentlig på oppdateringsaktiviteter. En stor del av tiden gikk med til gjennomgang av epikriser, noe som av legene ble regnet som viktig for faglig oppdatering. En annen viktig kilde var kurs og seminarer, hovedsakelig bestående av tradisjonelle forelesninger. Denne passive formen for læring har imidlertid vist seg å ha liten effekt på klinisk praksis(7). Halvparten av legene deltok aktivt i smågrupper. Dette har vist seg å være mer effektivt når det gjelder endring av praksis(8). De viktigste motivasjonsfaktorene for oppdateringsaktiviteter var å lære noe nytt, forbedre praksis og samle poeng til resertifiseringen.

Det er laget omlag 50 nasjonale retningslinjer myntet på primærhelsetjenesten som ligger tilgjengelig på helsedirektoratets sider. Det viser seg imidlertid at retningslinjene ikke alltid er utviklet på en systematisk måte, og ikke nødvendigvis bygger på god dokumentasjon. Dessuten fører ikke retningslinjer til endret praksis i seg selv, blant annet fordi de ikke blir tatt i bruk(9).

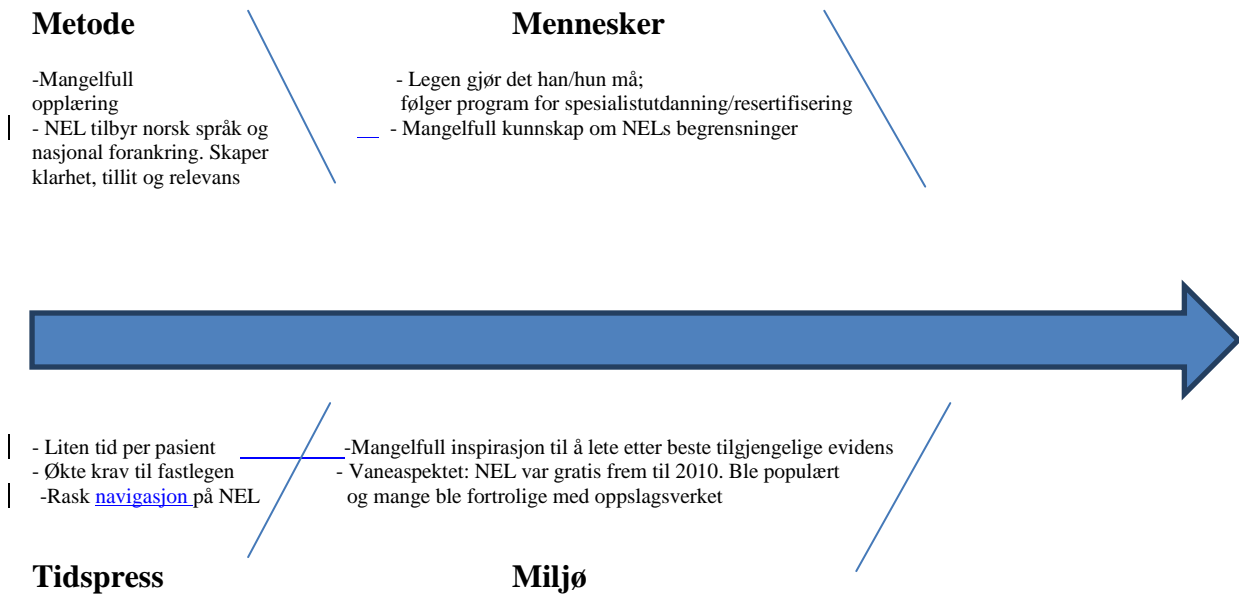
I følge allmennlegeforeningen bruker nær 100% av fastleger i Norge NEL som sin primære kunnskapskilde til å oppdatere seg på forskningsbasert kunnskap. Litteraturens beskrivelse av dagens praksis illustreres på flytskjema under.



Studier har vist at fastlegers faglige oppdateringer er preget av det programmet de er pliktet til å følge under spesialisering eller ved resertifisering i allmennmedisin(6). Det er dette som i dag, fra foreningens side, skal sikre faglig oppdatering hos fastlegen.

Vi har laget et fiskebensdiagram for å kartlegge mulige årsaker til dagens praksis(10).

Hvorfor bruker ikke fastlegen en mer pålitelig, gratis og tilgjengelig kilde til kunnskapsoppdatering slik Helsebiblioteket tilbyr?



3.2 Tiltak

Basert på antatte årsaker til dagens praksis, som illustrert i fiskebensdiagrammet, presenterer vi følgende tiltak. Vi ønsker å gjennomføre et undervisningstilbud med introduksjonskurs, utfylling av arbeidsfiler som klinisk integrert læring i kunnskapshåndtering, og oppfølging. Samtidig vil allmennpraktikerne bruke Helsebiblioteket og McMaster PLUS. Vi vil gjennomføre tiltaket i et mikrosystem, det vil si blant en gruppe allmennpraktikere. Med tiltaket ser vi for oss å øke kompetansen med hensyn til kunnskap og ferdigheter i kunnskapshåndtering. Dersom tiltaket har effekt, og modellen er godt gjennomarbeidet, vil det kunne implementeres på nasjonalt nivå.

1. Et introduksjonskurs gir opplæring i hva kunnskapsbasert praksis er, nemlig oppdatert medisinsk kunnskap, klinisk erfaring og hensynet til pasientens verdier. Dessuten gis informasjon om hvordan man stiller gode kliniske spørsmål ved bruk av PICO, innhenting av relevant litteratur via Helsebiblioteket/ McMaster PLUS ved å benytte kunnskapspyramiden og bruk av arbeidsfiler. Kurset vil i tillegg til foredrag fra kursholder kreve aktiv deltakelse fra kursdeltakerne, eksempelvis praktiske øvelser med litteratursøk.

2. Arbeidsfiler. Etter kurset i kunnskapshåndtering skal deltakerne lage egne arbeidsfiler fra sin praksis. Vi foreslår tre arbeidsfiler, for å bli godt kjent med arbeidsverktøyet og bli komfortabel med metoden.

3. Oppfølging. I arbeidet med arbeidsfiler tilbys oppfølging fra veileder som holdt introduksjonskurset. Veileder vil være tilgjengelig for å rette opp i uklarheter, og støtte legene i arbeidet med arbeidsfiler. To måneder etter introduksjonskurset arrangeres et oppsummeringsseminar der et utvalg gode oppgaver gjennomgås, og man kan utveksle erfaringer og diskutere utfordringer.

Egen erfaring fra medisinstudiet ved UiO tilsier at dette vil være nok til å kunne drive kunnskapsbasert praksis videre på egenhånd, og dette støttes av en fersk artikkel som er til publisering(5). Nettkurset på www.kunnskapsbasertpraksis.no er fritt tilgjengelig, og kan brukes til å friske opp kunnskap etter kurset. Noen vil kanskje dra nytte av å kunne utveksle erfaringer med andre kursdeltakere eller en ildsjel i etterkant.

3.3 Valg av indikator

Vi ønsker å vurdere effekten av tiltaket vårt ved bruk av en kvalitetsindikator. En kvalitetsindikator er definert som et indirekte mål på kvalitet og sier noe om kvaliteten på det området som måles. Indikatoren kan fungere som støtte til kvalitetsforbedring og kan deles inn i tre ulike typer; strukturindikator, prosessindikator samt resultatindikator (11). Gjennom vårt gruppearbeid har vi kommet frem at arbeidsfiler er en relevant kvalitetsindikator som vi mener er egnet til å si noe om kvaliteten på vårt tiltak.

Kvaliteten på arbeidsfiler vil være en prosess og resultatindikator som vil si oss noe om effekten av tiltaket. Tiltaket søker å heve legens kompetanse om kunnskapshåndtering. Det endrer forutsetningen og rammen for diagnostikk og behandling, og vi tolker dermed arbeidsfilene som både en prosess og strukturindikator. Ordningen forutsetter at prosessen ledes av en godt opplært veileder. Det må foreligge et krav til godkjent arbeidsfil, som må være av høy kvalitet. Flere studier har vist at arbeidsfiler har god effekt på kompetanseheving i KBP, både hos medisinstudenter og blant leger (3, 5). Vi ser for oss at dette kan overføres til fastleger også.

Ved systematisk å gå gjennom kravene som stilles til en kvalitetsindikator, finner vi at denne indikatoren er relevant, da den illustrerer evnen til å kvalitetsvurdere kliniske studier eller retningslinjer. Arbeidsfilen og annen nyttig informasjon, eksempelvis mal på utfylte

arbeidsfiler og hvordan forme PICO spørsmål, vil kunne være fritt tilgjengelig for kursdeltakerne. Man kan utveksle dokumenter med kursdeltagere på en enkel måte via nettbaserte fildelingstjenester. Veileder vil systematisk kunne gå gjennom kvaliteten på arbeidsfilen, kvaliteten vil være målbar, samt mulig å tolke. Det finnes allerede mange slike veiledere i dag som har vurdert kvaliteten av arbeidsfiler og som har opparbeidet seg erfaring på området. En systematisk vurdering av arbeidsfilen ansees som pålitelig. Kvaliteten er mulig å påvirke, og er sensitiv for endring gjennom god veiledning med konstruktive tilbakemeldinger. Kvaliteten på arbeidsfilene vil være sensitiv for hvor stor kompetanse klinikerne har oppnådd. Forutsetningen for at dette skal være en god indikator er at veileder på en systematisk måte kan kvalitetsvurdere arbeidsfilen.

4 Prosess, ledelse og organisering

I første omgang vil vi gjennomføre et pilotprosjekt for å få erfaring med KBP for allmennleger. Etter en pilot vil man kunne evaluere, og eventuelt tilpasse modellen. Ved vellykket pilot bør en nasjonal integrasjon vurderes.

Det er hensiktsmessig at prosjektet ledes av Kunnskapssenteret, fordi de har kjernekompetanse i KBP. De kan også dra nytte av erfaringer fra eksempelvis Foretaksprosjektet og annen opplæring i KBP blant helsepersonell. Pilotens ledergruppe bør ha kvaliteter som utfyller hverandre, og bestå av tre nøkkelpersoner. I tillegg til prosjektansvarlig fra Kunnskapssenteret, består ledergruppen av en representant fra allmennmedisin med interesse for kunnskapshåndtering, og en pedagogisk leder med ansvar for gjennomføringen av kurset. Allmennlegens ansvar vil være å sørge for at opplegget er tilpasset allmennlegers behov, og innenfor realistiske rammer.

For pilotprosjektet er det hensiktsmessig at medlemmer av ledergruppen deltar i feltarbeidet. Det viktigste er at pedagogisk leder og allmennlegen er tilstede. Allmennlegen bidrar til å skape allianse med kursdeltakerne. For å kunne gjøre gode evalueringer er det nyttig at ledergruppen har deltatt aktivt i hele prosjektet.

4.1 Pilotprosjektet

Kvalitetsforbedringsprosjektet struktureres ut fra PUKK-modellen (planlegging, utførelse, kontroll, korreksjon).

P: Plan for implementering, beskrivelse av kursets struktur, utvalg av deltakere

U: Kurs inkludert innlevering av arbeidsfiler

K: Arbeidsfilenes kvalitet og oppsummeringsmøte

K: Basert på arbeidsfiler og oppsummeringsmøte utformes eventuelt ny PUKK-sirkel

Vi vil teste ut kvalitetsforbedringsprosjektet vårt på et mikrosystem bestående av et lite antall leger, for eksempel 10 stykker. Et større antall deltakere vil vanskeliggjøre nødvendig

individuell veiledning. Legene kan enten være fra samme legekantor eller en gruppe leger fra ulike kontor.

Legene oppfordres til å velge relevante problemstillinger fra egen praksis, for utfylling av arbeidsfiler. De får utdelt en mailadresse til veilederen for å løse problemer og utfordringer som dukker opp underveis. Etter 1-2 måneder samles kursdeltakerne igjen for gjennomgang av arbeidsfilene og oppsummering. Nettkurset på www.kunnskapsbasertpraksis.no er fritt tilgjengelig, og kan brukes til å friske opp kunnskap etter kurset. Noen vil kanskje dra nytte av å kunne utveksle erfaringer med andre kursdeltakere eller ildsjel i etterkant.

I pilotprosjektet ønsker vi å evaluere vårt skisserte utdanningsprogram som søker å gi allmennleger en innføring i kunnskapsbasert praksis, som de kan bruke i sitt daglige virke som leger. Kontrollindikator vil som nevnt være kvaliteten på legenes arbeidsfiler. Hvis pilotprosjektet viser at arbeidsfiler gir økt kompetanse i kunnskapsbasert praksis vil det være et godt argument for å innføre en nasjonal implementering, eventuelt kan det gjennomføres et mer raffinert pilotprosjekt for å besvare nye spørsmål. Eventuelle forbedringer kan gjennomføres ved hjelp av en ny PUKK-sirkel.

4.2 Neste steg: Nasjonal implementering

Vi ser for oss et poenggivende kurs integrert i både spesialistutdanningen og resertifiseringen ledet av Kunnskapssenteret. Først et obligatorisk introduksjonskurs som gir inntil 50 poeng i selve spesialistutdanningen, deretter valgfrie kurs på 25 poeng i resertifiseringen. Kurset blir ikke en del av den eksisterende smågruppeundervisningen både fordi smågruppeundervisningen i utgangspunktet skal dreie seg om kliniske utfordringer, samt at det blir vanskelig med meritteringen når det gis 1 poeng per time inntil maksimumsgrensen.

For å oppmuntre til varig bruk av kunnskapsbasert praksis i daglig drift på allmennlegekontoret ser vi for oss arbeidsfiler som en poenggivende del av resertifiseringen. Da ved utfylling av for eksempel 5-10 arbeidsfiler i året, hvorav noen senere gjennomgås i en liten gruppe av allmennpraktikere. De arbeidsfilene som gjennomgås i gruppen bør være de som har hatt størst klinisk betydning og som har bidratt til endring av legens kliniske praksis. Dette vil være mindre ressurskrevende enn hvis en representant fra Kunnskapssenteret skal rette alle disse filene, og alle får glede og nytte av hverandres arbeid. Dessuten viser

forskning på kunnskapsoppdatering i allmennpraksis at arbeid i små grupper er effektivt når det gjelder innlæring av kunnskapsbasert praksis(6). Hvis legene har behov for repetisjon av innholdet i introduksjonskurset oppfordres de til å gjennomføre nettkurset på www.kunnskapsbasertpraksis.no.

4.3 Utfordringer/mulig motstand

Vi har vært i kontakt med praksisfeltet og diskutert våre tiltak og gjennomføringen av dem. Det vil være aspekter ved vårt foreslåtte forbedringsprosjekt som kan skape motstand hos mottakerne. Medisinens kontinuerlige utvikling kan virke overveldende og man kan ha problemer med å se hvordan man skal kunne navigere i denne jungelen av nye studier. Viktige endringer som er relevant for egen praksis kan forbli utilgjengelig i havet av ny kunnskap. Det vil derfor være sentralt å tydelig kommunisere at et viktig mål ved denne opplæringen er at leger skal trenes i verktøy for effektivt å komme frem til de beste tilgjengelige svar på sine kliniske spørsmål. I tillegg kan man abonnere på relevante artikler eller kunnskapsoppsummeringer innen eget fagfelt. Kunnskapspyramiden gjør en del av sorteringsjobben for klinikerne, som dermed vil bruke mindre tid på å finne frem til god oppdatert kunnskap om sine problemstillinger.

En del allmennleger vil se seg fornøyd med oppdatering gjennom kjente oppslagsverk. Noen vil synes at struktur med arbeidsfiler og søk i internasjonale databaser for å finne frem til den beste kunnskapen er for tungvint og lite egnet for allmennpraksis. Vi vet fra kontakt med Allmennlegeforeningen at det per i dag er en utstrakt bruk av NEL blant allmennpraktikere. NEL er trolig den mest brukte nettportalen for norske fastleger, og mange mener de finner den mest relevante informasjonen for sine kliniske spørsmål der.

Vi har flere kliniske verktøy utover NEL. Allmennpraksis kan bli enda bedre ved å supplere NEL med bruk av internasjonale oppslagsverk, som best gjøres gjennom søk i McMaster PLUS. Kunnskapsproduksjonen er rask, foregår stort sett utenfor Norges grenser og kvaliteten man kan få ut av søkemonitoren McMaster PLUS, overgår hva en kan forvente av en nettportal som NEL. BestPractice og UpToDate er mye større oppslagsverk og graderer kunnskapsgrunnlaget på en mer eksplisitt måte. BestPractice har dessuten en klarere inndeling i behandlingsalgoritmer, både når det gjelder grupper av pasienter, komorbiditet og alvorlighetsgrad. UpToDate utdyper og drøfter i større grad spørsmål fra

«forskningsfronten». Begge oppslagsverk oppdateres kontinuerlig av store redaksjoner. Disse oppslagsverkene er trolig kjent for en del allmennleger, og det bør presiseres at et søk i McMaster PLUS vil fange opp oppsummeringer fra disse sidene. Det er dog ikke alltid at problemstillingen man har foran seg dekkes av innholdet i de to oppslagsverkene. Fordi McMaster PLUS fanger opp resultater fra ulike kilder og sorterer dem etter en kunnskapspyramide med oppslagsverkene UpToDate og BestPractice på toppen. Dermed vil man kunne lete etter kunnskap om sine kliniske spørsmål på høyeste tilgjengelige nivå i kunnskapspyramiden.

Allmennleger vi har vært i kontakt med hevder det vil være vanskelig å rekruttere leger til piloten. Vi vet at det er stor interesse for deltakelse på kurs i KBP blant leger generelt(2). Hvorvidt det blir vanskelig å rekruttere til piloten vil kunne gi oss et signal om interessen blant allmennleger. Tid er et knapphetsgode i allmennpraksis, men dette kurset legger opp til å være svært lite tidkrevende. Dessuten vil det være stor grad av fleksibilitet når det gjelder disponering av tid til utfylling av arbeidsfiler. Man kan også argumentere for at tid brukt til arbeidsfiler ville måtte vært brukt til å finne svar på en klinisk problemstilling. Legene er interessert i korteste vei til beste tilgjengelige evidens, og bruk av McMaster Pluss vil kunne effektivisere dette arbeidet.

For å få til en varig bruk av KBP blant allmennpraktikere er det viktig at de forstår behovet for å beherske dette verktøyet og at det vil være en svært nyttig metode for kunnskapsoppdatering på konkrete kliniske spørsmål. Noen leger vil ønske seg et opplegg som er tilpasset sine spesifikke behov. Etter innspill fra allmennlege har vi diskutert om kursingen bør være fokusert mot tre ulike situasjoner: i pasientmøtet (raske søk), ved fordypning og oppdatering (pyramidesøket). Vi mener en slik inndeling driver kompleksitet og er uhensiktsmessig i første omgang.

De foreslåtte endringene er ressurskrevende og vil sannsynligvis kreve en betydelig økonomisk satsning. Særlig ved en nasjonal implementering. Prosjektet forventes å ha potensiale for bedring av befolkningens helsetjenester. Det kan imidlertid være utfordrende å måle dette ved hjelp av resultatindikatorer som for eksempel økt overlevelse.

5 Diskusjon / konklusjon

Medisinsk kunnskap er i stadig utvikling og det kan være utfordrende å holde seg oppdatert i en travel hverdag i primærhelsetjenesten. Denne gjennomgangen viser til et omfattende prosjekt om KBP i spesialisthelsetjenesten, hvor strategien for økt fokus på KBP er klar. Vi mener effektiv kunnskapshåndtering er nødvendig også i allmennpraksis, og årene som kommer vil i økende grad kreve dette. Denne oppgaven skisserer et pilotprosjekt som første ledd i et kvalitetsforbedringsprosjekt for primærhelsetjenesten. Videre skisseres et opplegg der vi implementerer KBP som en del av spesialistutdanningen for allmennleger, og som kurs inkludert i resertifisering. Vi beskriver hvordan man skal måle resultatene effektivt med arbeidsfiler som indikator.

Vi tror at det er et stort behov for kompetanseheving i KBP. Et kurs i KBP gir en god innføring i et effektivt og målrettet arbeidsverktøy som vi mener bør være en vesentlig del av en allmennleges kompetanse og som vil kunne bidra til god kunnskapsbasert legepraksis. I forbindelse med Samhandlingsreformen står primærhelsetjenesten overfor nye oppgaver og høye krav. Litteraturen sier oss at aktiv læring, og spesielt egne arbeidsfiler, er gode tiltak for å endre praksis. Tradisjonell passiv læring gjennom kurs og forelesning har vist seg å være lite effektive for å endre praksis.

I vårt pilotprosjekt tester vi ikke ut implementering i resertifiseringsprogrammet. Vi vil derfor ikke få svar på om arbeidsfiler er egnet for økt bruk av KBP på lang sikt. Kanskje kreves ytterligere insentiver som motiverer til økt bruk over tid. Godkjente arbeidsfiler kan være en del av resertifiseringen. Det er uansett viktig å ha et program for opplæring i metodene, og hensikten med denne oppgaven var å belyse hvorfor og hvordan denne opplæringen bør gjøres.

Man kan stille seg spørsmålet om et prosjekt i KBP er realistisk på nasjonalt nivå. Kanskje løftes norsk allmennmedisin vel så godt ved å gjøre legene kompetente til å bruke de internasjonale oppslagsverkene (BestPractice og UpToDate), i tillegg til NEL. Vi mener at dersom man skal lære dette kan man like gjerne introduseres for søkemonitoren McMaster PLUS. Den søker blant annet i internasjonale oppslagsverk, retningslinjer, systematiske oversikter, og rangerer den mest pålitelige kunnskapen øverst i kunnskapspyramiden.

Etter vår mening er dette prosjektet gjennomførbart og vil bidra til mer kunnskapsbasert praksis i primærhelsetjenesten og dermed bedre pasientbehandling. Initiativet krever en engasjert prosjektgruppe og et samarbeid med ledelsen for spesialistutdanningen i allmenmedisin. Vi tror at et kurs på det format vi har skissert er en god basis for å lære metoden og gjøre seg kjent med KBP, søkemonitoren McMaster PLUS og kunnskapspyramiden.

Litteraturliste

1. Bjørndal Arild FS, Klovning Atle. Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag: Gyldendal akademisk; 2007.
2. Ulvenes LV, Aasland O, Nylenna M, Kristiansen IS. Norwegian physicians' knowledge of and opinions about evidence-based medicine: cross-sectional study. PLoS One. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2009;4(11):e7828.
3. Vandvik P. O. EØ, Nylenna M. Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten 2011.
4. Vandvik P.O., editor. Portfolios for clinically integrated teaching in evidence-based practice. International Conference of Evidence-based Health Care Teachers and Developers; 2007; Taormina, Italy.
5. Kongerud C. VP. Gode svar på kliniske spørsmål i praksis: Klinisk integrert læring med arbeidsfiler gir legestudenter kunnskap og ferdigheter i kunnskapsbasert praksis. 2012.
6. Treweek S, Flottorp S, Fretheim A, Havelrud K, Kristoffersen DT, Oxman A, et al. [What do general practitioners do to keep themselves up to date?]. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2005 Feb 3;125(3):304-6.
7. Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education - Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? Jama-J Am Med Assoc. 1999 Sep 1;282(9):867-74.
8. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Db Syst Rev. 2009(2).
9. Treweek S, Flottorp S, Fretheim A, Havelrud K, Kristoffersen DT, Oxman A, et al. [Guidelines in general practice--are they read and are they used?]. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2005 Feb 3;125(3):300-3.
10. Fiskebensdiagram Nkfh. 2007; Available from: http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Verktoykasse/Planlegge/Fiskebensdiagram.
11. Fagplanutvalget, KLoK: Kvalitetsindikatorer. 2011; Available from: <http://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitetsindikatorer.html>.