

11.8 Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL) – Fra idé til sentral nasjonal aktør i kvalitetsarbeidet (2014)

Michael 2022; 19: Supplement 29, 379–86.

Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) ble etablert av Legeforeningen i 2014. Senterets formål er å tilby verktøy for kvalitetsarbeid og opplæring i disse til norske legekontor. Både fastlegekontor og kontorene til privatpraktiserende spesialister er i målgruppen. Senteret ble i starten finansiert gjennom avsetninger i legeforeningens Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Fra 2022 er SKIL sikret videre drift gjennom tilskudd over statsbudsjettet. SKIL går da også fra å være et aksjeselskap til å bli en stiftelse, og skiftet navn til Senter for kvalitet i legetjenester, med samme forkortelse. Nicolas Øyane, fastlege i Bergen og med ph.d.-grad i allmennmedisin, har vært tilsatt som leder av SKIL siden starten. Her forteller han historien om senteret.

SKIL ble lagt til Bergen etter en konkurranse om hvem som hadde de beste forutsetninger for å oppfylle det planlagte senterets formål og målsettinger. Et samlet allmennmedisinsk akademisk miljø i Bergen gikk sammen om søknaden som vant frem hos oppdragsgiverne.

Bakgrunnen: Hvorfor et SKIL?

Det såkalte SAK-prosjektet i Legeforeningen (Senter for allmennmedisinsk kvalitet, 2010–12) hadde forberedt et nasjonalt kompetansesenter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet gjennom utvikling og utprøving av verktøy og metoder. Dette var igjen en oppfølging av Legeforeningens statusrapport 2009 *Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet*. Som ledd i styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020 ble opprettelse av et slikt senter et mål. Legeforeningen besluttet i november 2013 å opprette et slikt senter med omdisponerte midler fra Fond for kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet.

SKIL ble formelt opprettet som aksjeselskap i januar 2014 etter vedtak i legeforeningens sentralstyre november 2013, og Marit Hermansen (Norsk selskap for allmennmedisin) ble leder i styret. SKIL AS fikk disse eierne: Den norske legeförening 26%, Norsk forening for allmennmedisin 26%, Allmennlegeföreningen 26%, Norsk samfunnsmedisinsk forening 11% og Privatpraktiserende legers landsforening 11%. SKIL skulle stå utenfor legeföreningens ordinære organer, og ha et eget styre og et separat sekretariat. Legeföreningen ønsket at senteret skulle bygges opp i et miljø med god allmennmedisinsk forankring og god forskningskompetanse. Selskapets styre skulle senere ta standpunkt til lokaliseringen. Navneendringen fra «SAK» skyldtes at dette samtidig var betegnelsen på Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, og forvekslinger ville unngås.

Konkurransen om å bli vertsmiljø for SKIL: Seier til Bergen!

Allerede ved årsskiftet 2013/2014 inviterte interimsstyret i SKIL til konkurranse blant organisasjoner og akademiske miljøer knyttet til allmennmedisin med tanke på å finne et vertsmiljø med allmennmedisinsk og vitenskapelig kompetanse. Søknadsfristen var i februar 2014. Søknaden gjeldt ikke penger, men de faglige forutsetningene. Følgende forhold skulle vektlegges:

- Mulighet for samarbeid om forskningsmessig evaluering.
- Kontaktflate med allmennmedisinsk praksisfelt.
- Kompetanse i tilrettelegging og uttrekk av data fra pasientjournaler og tilgang til databasekompetanse.
- Interesse for og erfaring med pedagogisk arbeid i grupper.
- Vertsorganisasjonens samarbeidsrelasjoner og samarbeidserfaringer utad, dens forventninger til samarbeid med SKIL, samt vertsorganisasjonens evne til innovasjon og kreativitet.

I tillegg skulle søknaden inneholde opplysninger om rammebetingelsene for etablering i form av mulige arealer, tilgang til kompetente medarbeidere og synergieffekter i et større faglig miljø.

De samlede allmennmedisinske fag- og forskningsmiljøene i Bergen hadde et sterkt ønske om å være vertsorganisasjon for SKIL. Oppbyggingen av Noklus, NKLM og AFE hadde vist at allmennmedisinnmiljøet i Bergen evnet å ta på seg store nasjonale oppdrag med suksess. En søkerkomite ble raskt etablert og disse utarbeidet søknaden. Gruppen besto av lederne i Forskningsgruppe for allmennmedisin (ALFO), Faggruppe for allmennmedisin (ALFA), Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus), Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE) og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). Alle var professorer

i allmennmedisin: Sverre Sandberg (Noklus), Bjørn Bjorvatn (ALFO), Sabine Ruths (ALFA), Guri Rørtveit (AFE) og Steinar Hunskaar (NKLM).

Tre miljøer konkurrerte om lokaliseringen, men styret mente søknaden fra Bergen var den beste. Dette skyldes flere forhold, blant annet at Bergen hadde et godt allmennmedisinsk forsknings- og undervisningsmiljø, samt at Noklus allerede var lokalisert til Bergen. Sistnevnte hadde allerede kontakt med mange legekantor, og mange synergieffekter kunne derfor oppnås.

Etablering i SMU-bygget på Haraldsplass sammen med Noklus

Jeg ble invitert til en samtale med fire professorer ved det allmennmedisinske forskningsmiljøet sommeren 2014 og oppfordret til å søke lederstilling for SKIL. Jeg fikk senere tilbud om stillingen, og ble ansatt fra januar 2015.

SKIL flyttet da inn sammen med Noklus i SMU-bygget ved Haraldsplass Diakonale Sykehus. I starten arbeidet jeg og en administrasjonskonsulent i til sammen ett årsverk. Det ble tidlig opprettet en referansegruppe med representanter fra Legeforeningen, UiB, Noklus og Bergen kommune. Da vi startet opp hadde knapt noen fastleger hørt om SKIL, og opplysningsarbeid til legekantorene og testing av verktøy for kvalitetsforbedring var første målsetning.

De første prosjektene

Basert på tidligere kvalitetsprosjekter i regi av blant annet Legeforeningen, testet vi ut en modell som bygget på refleksjon rundt data fra egen praksis i kollegagrupper. Før møtene skulle deltakerne få kunnskapsoppdatering med e-læringskurs. Etter råd fra kolleger i Danmark startet vi med et avgrenset tema, som var legemiddelgjennomgang. For å kunne teste ut forbedringer i praksis laget vi et klinisk emnekurs bestående av tre møter spredt i tid over totalt ca. 8 måneder. Bakgrunnen for valget var betydningen for pasientsikkerhet, unngå skadelig behandling, samt at legemiddelgjennomgang ble ansett å være et viktig kvalitetshevende tiltak.

I utviklingen av den faglige delen av temaet ble det etablert samarbeid med både Statens legemiddelverk, UiB, NTNU og Noklus. For SKIL har det siden også vært viktig å involvere fagmiljøer bredt, da vi utvikler nasjonale tilbud. Det ble utviklet et indikatorsett som ble tilgjengeliggjort for legene med programvaren Medrave 4.

Utvikling av systemer og oppbygging av organisasjonen

Høsten 2015 startet første gruppe med fire legekantor i Bergen, bestående av totalt 17 leger. Det ble rekruttert en lokal kollega til å veilede gruppene. Det viste seg raskt at refleksjon i kollegagrupper var det viktigste for kol-

legene. Samtidig var det tydelig forbedringspotensial. Mye var uoversiktlig for deltakerne, da de måtte forholde seg til ulike systemer for å gjennomføre kvalitetspakken. E-læringskursene ble publiserte på Legeforeningens kursportal og datarapporter ble skrevet ut med Medrave 4. I tillegg måtte deltakerne fylle ut to skjema på papir, ett skjema for å planlegge kvalitetsarbeidet og ett evalueringsskjema. Innkalling til møtene foregikk på epost. Flere etterlyste en tydeligere struktur og agenda for møtene. Det var også tidkrevende administrasjon rundt møteorganisering og oppdatering av kurs.

SKILs stab ble derfor utvidet med tre nye deltidsansatte i 2016, en IT-utvikler, en veilederkoordinator og en fagrådgiver. Vi etablerte onlineportalen *SKIL ePortal* for å holde oversikt over deltakere. Dette ble etter hvert videreutviklet til å bli et sentralt styringsverktøy for både leger, legekontor, kommuner og SKIL. SKIL ePortal omfatter i dag ut alle ledd i kvalitetspakken, inkludert systemer for påmelding, møteorganisering, arbeidslogg, evalueringsskjema, publisering av e-læringskurs samt produksjon av kursbevis. Nå kunne vi følge både fremdrift og tilbakemelding fra deltakerne i sanntid. Gjennom pålogging med helse-ID er det også mulig å gå direkte til aktuell statistikk fra ulike registre for legen.

For alle deltakerne er det to nødvendige oppgaver i SKIL ePortal; e-læringskurs og arbeidsark. Arbeidsarket benyttes på møtene og inneholder kjøreplan, refleksjonsoppgaver og evalueringsskjema. Det leveres anonymt, men må leveres for å få møtene godkjente og motta kurspoeng. Arbeidsarket har vært verdifullt for SKIL, både for å utbedre kvalitetspakkene og få innsikt i kvalitetsarbeidet på legekontoret på en ny måte. To artikler er per 2021 publisert på data fra arbeidsarkene, og flere er under utarbeidelse. I 2017 ble SKIL tildelt Legeforeningens Kvalitetspris for vår modell for kvalitetsarbeid (figur 1).

Kommunalt og statlig samarbeid

En utfordring vi møtte raskt var behov for ledelse av kvalitetsarbeidet for å oppnå kontinuerlig forbedring over tid. I tillegg er mye av kvalitetsarbeidet avhengig av godt samarbeid med helsepersonell utenfor legekontoret. Vi erfarte som mange andre et fysisk og organisatorisk skille mellom legekontor og øvrig primærhelsetjeneste. Samtidig tok flere kommuner kontakt med oss for å samarbeide om kvalitetsarbeidet på legekontorene.

I 2017 innledet vi det første kommunesamarbeidet med Stavanger kommune, hvor kommunen betalte for legenes deltakelse på kvalitetspakker. Til gjengjeld fikk kommunen en rapport med aggregerte oversikt over kvalitetsindikatorer i kommunen. Det har vært og er fortsatt et viktig prinsipp ikke å utlevere opplysninger om enkeltleger til andre, ved at alle rapporter



Figur 1: På landsstyremøtet i Legeforeningen i 2017 fikk SKIL kvalitetsprisen for primærhelsetjenesten. Prisen ble tildelt for arbeid som har til formål å heve kvaliteten på tjenestene med vekt på pasientfokus. På bildet ser vi fra venstre legeforeningens president Marit Hermansen, sentralstyremedlem Jon Helle og leder for SKIL Nicolas Øyane. Foto: Thomas Barstad Eckhoff/Legeforeningen.

skal inneholde data fra minst 10 leger og 2 legekontor. Etter hvert kom flere kommuner til, og til sammen har vi hatt samarbeid med 15 kommuner.

Vi så et behov for møte mellom fastlegene og andre i kommunene, og testet derfor i 2019 ut et halvdagsseminar. Her skulle legene i samarbeid med kommunene diskutere hvordan de best kunne samarbeide om kvalitetsarbeidet. Som ledd i halvdagsseminaret kartla også legekantorene egen praksis knyttet til blant annet pasientsikkerhet, tilgjengelighet og ledelse. Dette ble godt mottatt, men utfordrende å gjennomføre grunnet behov for ekstern foredragsholder fra SKIL. Derfor ble seminaret endret slik at det kan holdes av kommuneoverlege lokalt, og omdøpt kvalitetsseminar.

Etter hvert har SKIL også deltatt i flere nasjonale referanse- og arbeidsgrupper og vært rådgiver for flere viktige prosjekter. Blant annet deltok SKIL på opprettelse av Kommunalt pasient- og brukerregister, brukerrepresentasjon på EPJ-løftet. Vi er representert i referansegruppene for utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for fastlegetjenesten og i utvikling av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten som skal starte i 2022.

Samarbeid med forskningsmiljøene

Det bergenske allmennmedisinske forskningsmiljøet har vært sentralt siden før SKIL ble stiftet. Etter etablering har vi også fulgt miljøet tett. Da vi ble flere ansatte, ble det etter hvert mindre plass, og vi flyttet i 2017 inn i Folke-

helseinstituttets tidligere lokaler i Kalfarveien 31, sammen med Institutt for global helse og samfunnsmedisin og alle de allmennmedisinske enhetene. Høsten 2020 flyttet SKIL til Alrek helseklynge, hvor vi sitter fysisk tett på Praksisnett. Det gir store muligheter for å studere effektene av kvalitetsarbeid både på helsetjenestenivå og pasientnivå. Nylig ble SKIL tildelt oppgaven å utvikle et «Customer Relationship Management»-system (CRM, kundeadministrasjon) for praksisnett i vår nettportal. Fra høsten 2020 ble jeg selv ansatt i bistilling som førsteamanuensis II ved Universitetet i Bergen, noe som har gitt en enda tettere tilknytning til det akademiske miljøet. Med to nyansatte høsten 2021 er det nå 8 ansatte i 7,1 årsverk i SKIL.

SKIL har samarbeid med mange andre norske forskningsmiljø, både når det gjelder fagutvikling, formidling og forskning. Gjennom utvikling av kvalitetspakkene støtter vi oss på ny kunnskap og samarbeid med sentrale fagpersoner er helt nødvendig. Etter hvert har vår metode for datainnsamling og kvalitetsarbeid vært utgangspunkt for forskningsprosjekter. Den første artikkelen basert på SKIL-data ble publisert høsten 2020 med utgangspunkt i et kurs i Covid-19-håndtering (Alsnes, 2020). Våren 2021 publiserte vi en studie som viste effekt av kvalitetspakken i legemiddelgjennomgang når alle legene i Molde deltok (Øyane, 2021). Det ble funnet effekt både på bruk av takst for legemiddelgjennomgang og utleverte medikamenter med høy bivirkningsfare til eldre (Dagens Medisin, 2021). Flere artikler er under utarbeidelse og SKIL er dermed godt i gang med akademisk publisering.

SKIL deltar også i NFR-prosjektet «The large-scale implementation of e-consultations with the GP: a mixed-methods evaluation of the impact on health system, GPs and patients» som blant annet skal vurdere pasientsikkerhet ved bruk av videokonsultasjoner i allmennpraksis.

SKIL i dag og i fremtiden

Fra å være en relativt ukjent organisasjon i 2015, har omtrent alle fastlegene hørt om SKIL i dag. Vi har utviklet totalt seks kvalitetspakker i tillegg til at tre nye kvalitetspakker er under produksjon. Norske leger har per 2021 fullført over to tusen kvalitetspakker registrert i SKIL ePortal, mange leger har tatt flere pakker. Stort sett erfarer 80–90 prosent av deltakerne å innføre positive endringer i praksis som følge av kvalitetspakkene.

Våren 2021 meddelte Helse- og omsorgsdepartementet at SKIL skulle motta øremerket tilskudd over statsbudsjettet mot at SKIL omdannes til stiftelse (*Dagens Medisin*, 2021), noe som ble fulgt opp ved lansering av statsbudsjettet for 2022 (figur 2). Arbeidet med omdannelse til stiftelse ble



Figur 2: En del av staben feirer at SKIL skal få fast plass på statsbudsjettet fra 2022 og i den forbindelse omdannes til en stiftelse. Fra SKILs kontorer i Alrek helseklynge. Fra venstre Camilla Christensen, Janicke Lyngøy, Nicolas Øyane, Roger Veiby og Misha B. Østervold. Foto: Alvilde Gether.

fullført i september 2021, inkludert en mindre navneendring til *Senter for kvalitet i legetjenester*, med samme forkortelse som før.

Vi arbeider nå tett med nasjonale aktører for å bli en del av det fremtidige systemet for kvalitetsarbeid i Norge. I tillegg jobber vi med å sikre og stabilisere de nødvendige elementene i kvalitetspakken. Spesielt har vi tett samarbeid med ulike miljøer som ønsker å gi leger oversikt over data fra egen praksis, noe som vil være viktig fremover.

SKILs rolle vil fortsatt være å tilby verktøy for kvalitetsarbeid for norske legekontor, samtidig er det viktig å videreføre samarbeidet med forskningsmiljøene. Gjennom SKILs nettverk og infrastruktur vil det også være mulig å gjennomføre forskning på kvalitetsarbeid inkludert hvilke effekter dette har på pasientene, vi gleder oss til videre samarbeid med forskningsmiljøene i eksisterende og nye prosjekt.

Litteratur

- Alsnes IV, Munkvik M, Flanders WD, Øyane N. How well did Norwegian general practice prepare to address the COVID-19 pandemic? *Fam Med Community Health* 2020; 8(4): e000512. doi: 10.1136/fmch-2020-000512.
- Dagens Medisin 30.04.21: *Får finansiering over statsbudsjettet*: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/04/30/far-finansiering-over-statsbudsjettet/>
- Dagens Medisin 29.06.21: *Deltok på kurs – reduserte medisinforordningen til eldre*: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/06/29/kvalitetskurs-for-te-til-signifikant-reduksjon-i-utleverte-dagsdoser/>
- Øyane NMF, Finckenhagen M, Ruths S, Thue G, Lindahl AK. Improving drug prescription in general practice using a novel quality improvement model. *Scand J Prim Health Care* 2021; 39: 174-83.