

Kunnskap redder liv ("Foretaksprosjektet")

*Utvikling av Kunnskapssenterets tjenester for å støtte kunnskapshåndtering, kvalitetsforbedring og implementering av kunnskapsbasert praksis i helseforetakene¹
Eller: Har (ennå mer) brukertilpassede støttetiltak for kunnskapsbasert praksis noen effekt?
Eller: Kunnskapssenterets kunnskapservice: en tjeneste for deg som ennå ikke vet at du trenger den.*

Bakgrunn

Helsetjenestens oppgave er å møte pasienter på en god måte, og bistå dem med nyttige tiltak for å forbedre helsetilstanden. Kunnskap om hvilke tiltak som gjør mer nytte enn skade er derfor en avgjørende innsatsfaktor eller ressurs i helsetjenesten. Slik kunnskap har potensialet til å ta liv, redde liv, og til å bedre – eller forverre – folks livskvalitet.

Med Sykehuset Innlandet (SI) som partner arbeider Kunnskapssenteret (K) for å utvikle et program eller en tjeneste som skal bidra til en mer systematisk og eksplisitt håndtering av kunnskap i spesialisthelsetjenesten. Vi ønsker å:

- knytte sammen praktisk forbedringsarbeid og forskning om kvalitetsforbedring
- lage et sett av verktøy og hjelpemidler som bidrar til at foretakene systematisk kan få tak i og utnytte "den beste tilgjengelige kunnskap i verden"
- bygge kompetanse i kunnskapshåndtering blant personalet
- bidra til en ennå mer kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten.

Dette notatet beskriver noen utfordringer – og skisser av delprosjekter (på side 3) for å vise hvordan de henger sammen og antyde hva de enkelte elementene kan bli. Skisser er ikke det samme som planer; de må detaljeres videre og først og sist påvirkes av samarbeidspartnere. Vi ønsker også diskusjoner i Kunnskapssenteret og tilstrømning av folk som vil være med på å utvikle denne tjenesten. Der vi har satt tilsynelatende ambisiøse mål, er det ren ønsketenkning.

Utfordringen

Det er vanskelig for organisasjoner, institusjoner, fagmiljøer og andre praksisfelleskap i helsetjenesten å fange opp viktig ny kunnskap som bør påvirke praksis. Vi mangler bl.a. fullgode "systemer" i verden for å overvåke kunnskapsutviklingen og lokalt mangler vi strukturer, prosesser, kompetanse og kapasitet til å flytte nyttig kunnskap inn i vårt "system". Teknisk sett er det fremgang; kognitivt henger vi etter. Våre evner til å finne, lagre og dele overgår langt våre evner til sortere, destillere og utnytte informasjon.

30.9. 2004 trakk legemiddelfirmaet Merck rofecoxib (Vioxx) fra markedet. Hvor lang tid tok det før norske pasienter fikk avvirket sin bruk av medikamentet?² I dette tilfellet var det nok å lese aviser for å analysere kunnskapsutviklingen. Men alt i flere år hadde vi visst (hvis vi hadde hatt oversikt) at det var ekstra fare forbundet med store doser og at pasienter som brukte visse andre legemidler samtidig også var spesielt utsatt for alvorlige bivirkninger. Forsatt er det en "privatsak" om legene greier å følge med i slike tilfeller og i hvilken grad slik informasjon preger beslutninger i praksis. Forsatt mangler koplingen mellom kunnskapstilfanget på den ene siden og på den andre siden; den elektroniske pasientjournalen, kvalitetssikringssystemet, samlingen av rutiner og prosedyrer, pasientinformasjonen eller andre systemer.

Det er ikke bare Kunnskapssenteret som er kunnskapssenter. Alle medisinske institusjoner er kunnskapssentre. De har et ansvar for å følge, dele, formidle og utnytte den beste kunnskap som finnes. For å greie oppgaven trenger man formelle strukturer og eksplisitte prosesser som avgjør når, og hvordan, ny kunnskap skal innlemmes i "systemet". Og man

¹ Dette notatet bygger på skisse til plan for foretaksprosjektet, brev til fagdirektørene, innspill til ledermøtet fra John-Arne Røttingen, møter med ledere og praktikere i SH Innlandet, møter med fagdirektørene i regionale helseforetak, samarbeid med designerne Sarah Rosenbaum og Lavrans Løvlie, joggeturer med Andy Oxman, samtaler med andre gode folk.

² Eksempelet er hentet fra Badgett R, Mulrow C. Using information technology to transfer knowledge: A medical institution steps up to the plate. Ann Int Med 2005; 142: 220-1.

trenger å utvikle ny og egen kompetanse i kunnskapshåndtering; ingen helseprofesjon er systematisk trenet i å finne, vurdere og bruke forskningsbasert informasjon. De lokale strukturene må få støtte fra det nasjonale, dvs. Kunnskapssenteret og andre som ønsker å samarbeide om å utvikle bindeledd, tjenester og kompetanse – dvs. å bygge broen mellom mellom kunnskapsproduksjonen og praksis.

Sett fra Kunnskapssenterets side må vi utvikle samarbeid, tjenester og forskning der den største utfordringen kanskje er kapasitet. Vi må være den nasjonale inspirator, tenker og systemutvikler. Men vi kan selvsagt ikke reise rundt overalt hele tiden.

Tidligere forskning har vist at det er vanskelig å skape endring hos fagutøvere. Ny kunnskap (om komplekse adaptive systemer) beskriver organisasjoner som summen av mange små selvregulerende enheter. Samhandling i selvregulerende systemer (læring) kan i beskleden grad styres eller endres utenfra.

Det er derfor viktig for oss – i møtet med helsepersonell – ikke å være for "preskriptive". Vi ønsker at de skal utvikle sin egen agenda om kunnskapshåndtering og kvalitetsforbedring, ikke overta vår. Stikkordet er: "let it happen", snarere enn "make it happen". "Hvordan få en fugl til å fly tvers over en plass?" er et godt spørsmål. Vi trenger å få til reell samhandling. Vi må være medspillere, ikke hovedaktører. Det er en viktig utfordring å ta vare på og bruke dette perspektivet samtidig som vi er nødt til å sette ned spaden noen steder og komme i gang.

Mål

Målet for Kunnskapssenterets arbeid på dette området må være å bedre helseutbyttet og øke jobbtilfredsheten i spesialisthelsetjenesten. Vi ønsker at helsepersonellet skal bruke forskningsbasert informasjon mer systematisk og eksplisitt i kliniske beslutninger, at de skal bygge kompetanse i Kunnskapshåndtering, at de skal oppleve at det er spennende og nyttig – og at de støttes av ledelse, "systemer", verktøy og strukturer som gjør det mulig å praktisere på grunnlag av oppdatert, oppsummert forskning. Vi ønsker at dette skal påvirke pasientbehandlingen; at virksomme nye tiltak blir tatt i bruk, at uvirksomme tiltak droppes, at det blir mindre usystematisk variasjon i pasientbehandlingen, og at pasienter i større grad får et bilde av fordeler og ulemper ved ulike behandlingsalternativer og trekkes med i beslutninger som er viktige for dem.

KUNNSKAP REDDER LIV: Hovedspor

HVA	AQUIP: Alliance for Quality Improvement Partnerships. A Seventh Framework Programme (FP7) proposal Det pågår et arbeid for å lage en søknad til EU om en del av det nye rammeprogrammet der målet er å knytte sammen praksis og forskning om kvalitetsforbedring. Man skal utvikle, i hvert land, partnerskap mellom forskere (som er interessert i implementering av kunnskap) og praktikere (faglige ledere og fagmiljøer i tjenestene). Man skal utvikle nye systemer for samhandling i hvert land/område, lage internasjonale sammenlikninger, beskrive og vurdere utvikling over tid. Et vesentlig moment er kapasitetsoppbygging der det bl.a. er planen at "par" av land støtter hverandre. Man skal utvikle verktøy for å støtte denne type arbeid; f.eks. hvordan benytte rutinedata i kvalitetsforbedring. Følgende fokusområder har hittil vært diskutert: Bruk av laboratorietester, bruk av legemidler, henvisninger, utskrivninger fra sykehus, sikkerhet, håndtering av kronisk syke.	BRANN: Ildsjelprogrammet For å få til endring må det sterk lokal forankring til. Vi vil rekruttere x ildsjeler i SI, og trene halvparten nå og halvparten senere. De skal bygge kompetanse i kunnskapshåndtering og kvalitetsforbedring. De skal være med å inspirere til endring, men også bygge systemer sammen med oss, f.eks. for å fange opp ny forskning (samarbeide med BMJ/McMaster), forbedre prosedyrer mm. Dette er folk som kan identifisere mulige problemer (hva man bør gjøre mer og mindre av). Vi kan trene dem til å bli sterke lokale opionionsledere. Kunnskapssenteret skal støtte de som støtter andre; vi må prøve å invitere f.eks. fagansvarlige sykepleiere, andre faglige ledere, nøkkelpersoner i faglige nettverk, de som lokalt er ansvarlige for kvalitetsarbeid, F&U-personer osv.	ROP: Rutiner og prosedyrer Av og til er det viktig å gjøre ting forskjellig fra pasient til pasient, men ofte er det ønskelig å gjøre ting relativt likt. Derfor lages det rutiner og prosedyrer. I SI er det flere tusen av dem, og de er elektronisk tilgjengelige. Vi ønsker å lage et system for utvikling av lokale rutiner som kan brukes av andre. Det skal bl.a. inneholde (vi kan snu spm. fra WHO-arbeidet:) • prosesser for å prioritere hvilke spm. det bør lages rutiner for • hvem som bør involveres i å lage dem • gruppeprosesser • fremskaffing av evidence • integrering av annen relevant informasjon og oppdatering. Vi skal tenke på hva som bør skje sentralt (ev. i K) og hva som bør foregå lokalt, og på muligheter for å fordele oppgavene rundt om i landet (der vi utvikler, ev. står for, koordinering).	BUT: Biblioteksutvikling Gitt Helsebiblioteket; hva bør da lokale sykehusbibliotek drive med? Det finnes selvsagt et utall muligheter for å utnytte fline bibliotekarer til verdifull virksomhet innenfor rammen av systemendringer for å fremme en mer kunnskapsbasert praksis. Det kan være grunn til å prøve å knytte prosjektene her sammen; og se hvordan det er mulig å utvikle en bibliotekstjeneste som støtter opp om BRANN og ROP. Det er også viktig å ta på alvor behovet for å utvikle en ny "profesjon" som noen har kalt "informationist". Kan det være aktuelle nye roller? Se Davidoff F. The Informationist. Ann Int Med 2000; 132: 996-8.	Annet Oversette og bearbeide NorthStar til et web-basert støtteverktøy for ledere i helse-tjenesten som vil drive kvalitetsforbedring. Lage workshop for å ta det videre? Utvikle screeningverktøyet "Redder kunnskap liv hos dere?" basert på "Is research working for you?" Se egen protokoll Utvikle samarbeid med BMJ/McMaster Jobbe videre med implikasjoner av "chronic care modell". SI har bl.a. pekt på problemer knyttet til gamle pasienter i indremedisinsk avdeling. Diskutere med Odd-Arild Haugen. Hjelp til å drive "plan,
HVEM	SI skal bli vår partner i dette prosjektet. Den norske delen av prosjektet ledes av Andy Oxman som samarbeider bl.a. med R Grol og M Eccles. Per Vandvik skal bli med.	Per Vandvik kan være prosjektleder for dette. Ressurspersoner: Arild, Andy, Atle, Øystein, Sarah, Lavrans.	Arild, Atle og Andy må kanskje ta ansvaret for å lage en plan? Men vi trenger en person her til å være prosjektleder og drive prosjektet framover	Elin Opheim, Monica Stolt-Nielsen i SI er gode bibliotekarer interessert i endring. Men det er litt uklart om de begrensede ressurser som eg. finnes i biblioteket kan brukes til annet enn kjerneoppgaver	

EVALUERING	Opp til hvert enkelt land.	Kan evalueres i forhold til hvordan man når mål om at disse folkene vil bli gode til å identifisere "gaps", fange opp ny forskning og bidra til lokal endring. Kan randomiseres til venteliste.	Hvordan er ting i dag (hva finnes det rutiner for?, hvordan ser de ut?, er de utviklet fornuftig?, stemmer de overens med systematiske oversikter?) basert på dokumentanalyse og intervjuer. Ekstern evaluering av planen for å komme videre. Hvordan ble ting etter at vi hadde holdt på i noen år?		do, study, act"-runder. Bare en helt løs idé. Hjelp til å kartlegge praksisvariasjon. Igjen: løst i fisken foreløpig.
NÅR	Foreligger eget notat. SI må bekrefte i høst om de vil være med. Igangsetting våren 2007.	Planlegging og rekruttering høsten 2006. Oppstart 1.1. 2007 for første pulje og ett år senere for andre			Systemer for pasientinformasjon (utskrivningstjeneste). Eg. en svær oppgave, kan koples til Cochrane-arbeid, men eg. trenger man et stort og krevende "system". Mal for ass.legers bidrag til lokal undervisning. Andre ideer som handler om å støtte pågående faglig samhandling. Støtte andre som støtter andre (kvalitetsrådgivere, fagsykepleiere) og andre prosesser som når mange. Ideer mottas.