

Én-til-én-visit

Hvordan ivareta taushetsplikten ved legevisit

Gruppe K-8, kull V-07



KloK-oppgave ved Medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

07.05.12

Sammendrag

Ivaretagelsen av taushetsplikten kan være en utfordring i den daglige sykehuspraksisen, spesielt ved legevisitt på flermannsrom. Lovverket er imidlertid tydelig: Sensitiv pasientinformasjon skal ikke gis så uvedkomne kan få det med seg. Helsedirektoratets anbefaling er at legevisitt bør foregå på egne samtalerom. Hvordan kan man få til dette på en travel avdeling med begrenset med plass? Vi vil se på hvordan legevisitten gjennomføres på Gastrokirurgisk avd., Oslo universitetssykehus, Ullevål. Hva er dagens praksis, hvilke utfordringer har de, og hvilke tiltak kan settes inn for å drive en praksis i samsvar med lovverket og Helsedirektoratets anbefalinger? Vi konkluderer at den beste løsningen er å innføre én-til-én-visitter, da dette ivaretar pasientenes verdighet, pasienters rett og helesepersonellens plikter. I tillegg til at de rent juridiske krav oppfylles, kan man tenke seg at det bidrar positivt i form av mer fortrolig lege-pasient-samtale, legen kan anføre endringer på kurve og diktere fortløpende, hvilket kan gjøre legens arbeid mer effektivt og mindre utsatt for feil og glemsler. Likevel kan dette være en tidkrevende ordning, og det er viktig å vurdere dette opp mot de positive effektene.

Innholdsfortegnelse

1	Problemstilling	4
2	Kunnskapsgrunnlag.....	5
2.1	Litteraturen	5
2.2	Lovverket.....	7
2.2.1	Pasientenes rettigheter.....	8
2.2.2	Helsepersonells taushetsplikt	8
2.2.3	Virksomhetens ansvar for organisering.....	9
2.3	Tilsynsrapporter.....	10
3	Dagens praksis, tiltak og indikator	11
3.1	Dagens praksis ved Gastrokirurgisk avd., Ullevål	11
3.2	Tiltak.....	12
3.2.1	Endringer som kan gjøres på Gastrokirurgisk avd., Ullevål:	13
3.3	Kvalitetsindikatorer	14
3.3.1	Alternative kvalitetsindikatorer.....	15
4	Prosess, ledelse og organisering.....	16
4.1	Ledelse.....	16
4.2	Forankring i ledelsen	16
4.3	Prosess	16
4.3.1	Planlegging.....	16
4.3.2	Utførelse	17
4.3.3	Kontrollere	17
4.3.4	Korrigere	17
5	Diskusjon.....	19
	Litteraturliste	20
	Vedlegg	22
	Figur 1 Årsaker til at visitt gjennomføres som den gjør	12
	Figur 3 Hovedårsaker til motstand mot endring (38).....	18
	Figur 2 Utdfordringer ved endring	18

1 Problemstilling

Legevisitten er en sentral del av arbeidshverdagen på sykehus, og er et av de viktigste fora for utveksling av informasjon mellom helsepersonell og pasienter. Legevisittens utforming har gjennomgått få endringer gjennom de siste hundre årene, og har forbausende like elementer i forskjellige medisinske tradisjoner og land i verden. Mange steder er det tradisjon for at legevisitten foregår på flersengsrom med andre pasienter til stede, ofte bare adskilt av et forheng. Det er klart at denne arbeidsformen utgjør en utfordring i forhold til overholdelse av taushetsplikten, som er både etisk og juridisk svært sentral i tillitsforholdet mellom pasient og lege. Legeforeningens etiske regler og gjeldende lovverk sier klart og tydelig at alle pasienter har krav til vern mot spredning av sensitive opplysninger.

I et landsomfattende tilsyn utført ved gastrokirurgiske avdelinger i 2006 ble det funnet at mer enn en tredjedel av sykehusene brøt taushetsplikten i forbindelse med legevisitten. Hovedårsaken var at informasjon ble formidlet i påhør av andre, enten på flersengsrom eller korridor. Rapporten konkluderte med at problemet var alvorlig, og at tiltak måtte iverksettes raskt. Flere faktorer er med på å forklare hvorfor sykehusene har den praksisen de har. Dels skyldes det krav til produksjon i helsevesenet og medfølgende tidspress for leger og sykepleiere. Mange av landets sykehus ble bygget i en tid som stilte andre krav til sengekapasitet. Dette gjør at pasientene ofte ligger på flermannsrom og at enkeltmannsrom utgjør en mangelvare. Videre er det sjeldent det finnes alternative rom som er tilgjengelig som samtalerom for én-til-én-visitt. Utover de nevnte punktene må man også tolke legenes arbeid inn i en klinisk tradisjon som er med på å opprettholde dagens praksis.

Vi ville ta for oss legevisitten ved Gastrokirurgisk avdeling ved OUS, Ullevål. Dagens praksis innebærer at taushetsplikten utfordres ved at visitten foregår på flersengsrom. I tillegg forekommer det at kapasiteten er sprengt, og at pasienter blir lagt på korridor. Det finnes et rom for samtaler av en mer alvorlig karakter, men det eksisterer ingen konkrete retningslinjer for når dette skal brukes, og heller ingen instruksjoner for visitten i forhold til overholdelse av taushetsplikten. Det er derfor klart at den i flere tilfeller brytes, og at det finnes et klart potensial for forbedring. Denne oppgaven vil omhandle problemer knyttet til utveksling av sensitive helseopplysninger under legevisitten, og målet er å skissere mulige løsninger som kan harmonere forholdet mellom utførelse av legevisitten og ivaretagelse av taushetsplikten under visitten.

2 Kunnskapsgrunnlag

2.1 Litteraturen

Vi ønsket å belyse kunnskapsgrunnlaget for hvordan pasientens interesser ivaretas på et flermannsrom versus et enkeltmannsrom under legevisitten med hensyn på etiske, juridiske, praktiske og psykososiale aspekter. Dette gjorde vi ved å benytte oss av PICO-modellen for strukturerte litteratursøk, der vi fikk følgende tabell med søkeord for hvert PICO-element(1):

Population	Ward round
Intervention	Multiple-bed room, shared room, bedside presentation, multiple-occupancy room
Control	Single-bed room, private room, conference room, single-occupancy room
Outcome	Patient and staff preference / satisfaction, patient care, medication error, quality of sleep, patient outcome and recovery rate, operating cost

Vi kombinerte alle ordene innenfor hvert PICO-element med logiske operatører og fikk tilslutt følgende søkestreng, som ble benyttet i søkemotorene McMaster Plus, Medline og Cochrane Library:

(Ward round) AND (multiple-bed OR shared room OR bedside presentation OR multiple-occupancy room) AND (single bed OR private room OR conference room OR single-occupancy room) AND (((medical staff OR patient) AND (preference OR satisfaction)) OR patient care OR patient outcome OR recovery rate OR operating cost)

Vitenskapelig litteratur ble identifisert ved hjelp av strukturerte PICO-søk i databasene nevnt over, og ble senere supplert med manuelle søk og gjennomgang av referanselister i de inkluderte studiene. KLoK-gruppen vurderte i fellesskap den foreliggende litteratur med henblikk på relevans, kvalitet og validitet etter underviste kriterier fra tidligere KLoK-forelesninger. 36 studier ble identifisert som relevante for oppgaven vår, og av disse ble 19 funnet å være av akseptabel kvalitet og inkludert i kunnskapsgrunnlaget.

Kunnskapsgrunnlaget inneholder en systematisk litteraturstudie, fire kvantitative studier basert på spørreskjemaer, og de resterende som kvalitative observasjonsstudier med strukturert og semi-strukturert intervjueteknikk eller som meningsytringer angående problemstillingen. Grunnlaget inkluderer også relevante lovtekster, forskrifter og rundskriv(2).

Litteratursøket vårt avslørte et sammensatt og heterogent kunnskapsbilde i forhold til den skisserte problemstillingen. Legevisitten og dens karakter er et produkt av avhengige og uavhengige variabler som inkluderer pasientens alder og kjønn, sykdomspanorama på sengeposten, økonomiske rammebetingelser for sykehuset, samfunnsmessig kulturell kontekst og arkitektoniske vurderinger gjort under bygging av sykehuset. Dagens trend ved nybygg av

sykehus i Norge går mot å bygge sengeposter som utelukkende har enkeltmannsrom(3). Videre viser økonomiske beregninger at dette kun medfører en økning i 5-10% i byggekostandene(4). Sammen med bevilgninger over statsbudsjettet utgjør dette fysiske og strukturelle barrierer for hvordan legevisitten utføres på den enkelte sengepost(5-7). I en systematisk litteraturoversikt som omhandler nytten av enkeltmannsrom for pasienter, rapporterer forfatterne at det ikke er knyttet noen registrerte negative konsekvenser av å legge pasienter på enkeltmannsrom(8). Likevel slår forfatterne fast at ensomhet på pasientrommet kan være en negativ, umålt konsekvens av dette. Flere studier viser at det er knyttet større tilfredshet til behandling blant pasienter som bor på enkeltmannsrom enn de som bor på flermannsrom(9-14). Her er det viktig å ta i betraktning pasientens alder, kjønn og innleggelsesårsak. Yngre pasienter vil oftere ønske en mer privat ramme rundt legevisitten enn eldre, kvinner ønsker oftere enkeltmannsrom enn menn, og innleggelsesårsak vil ofte diktere pasientens behov for vern av sensitive opplysninger(15-17). Det verdt å fremheve at de ulike studiene er utført i vidt forskjellige kliniske hverdager som f.eks akuttmottak, fødestuer, somatiske og psykiatriske sengeposter, og at dette nødvendigvis vil være et bakteppe for pasientens preferanser for enkeltmannsrom. Spesielt kan det være verdt å merke seg en enkelt studie som ble utført på en psykiatrisk sengepost(16). Dobbelte så mange av deltakere i denne studien vurderte legevisitt på pasientrommet som best, men gruppen med de som ikke ønsket legevisitten på rommet utgjorde 41% av deltakerne i studien. Videre er det også verdt å nevne at deltakerne gjennomgående ønsket et fast klokkeslett å forholde seg til og at mer enn fire helsepersonell på legevisitten ble ansett som negativt.(16, 18).

I en spesifikk studie utfordret forfatterne bruken av den tradisjonelle legevisitten på flermannsrom versus å gjøre denne på et eget konsultasjonsrom(15). Denne studien ble utført med et intervensjonsdesign der pasienter deltok i visitt på flermannsrom den ene dagen og på et konsultasjonsrom den andre dagen. Studien viste at et signifikant antall ($p = 0.04$) av deltakerne foretrakk at legevisitten ble utført på konsultasjonsrommet fremfor på flermannsrommet. Videre foretrakk yngre pasienter oftere legevisitt på konsultasjonsrommet enn det eldre pasienter gjorde ($p = 0.03$). 69 % av deltakerne i studien ga en begrunnelse for ønsket lokalisasjon av legevisitten. Av disse inkluderte årsaker som favoriserte konsultasjonsrommet: bedre privatliv (55%), bedre behandling (23%), legen fulgte mer med (10%). Den eneste grunnen gitt av de som foretrakk legevisitten på flermannsrommet var at dette medførte færre anstrengelser fra deres side (13%). Interessant nok peker forfatterne på at rammene for legevisitten de skisserer kan utløse økt bruk av personell til koordinering av pasienter og en dertil økning i kostnader ved sengeposten. I en annen studie ble tidsbruk under en ordinær legevisitt analysert(19). Her finner man at legen i snitt bruker 58 % av tiden på pasienten, mens 15 % av tiden brukes til å forflytte seg til neste pasient. En modell for legevisitten som baserer seg på bruk av konsultasjonsrom kan frigjøre tiden som benyttes til forflytning, men dette vil antakelig skje på bekostning av at det opptar tilsvarende tid hos annet helsepersonell.

Det finnes få studier som beskriver hvordan det er å være pasient på et flermannsrom. I en kvalitativ studie trekkes det frem hvordan pasienter på flermannsrom utvikler strategier for å håndtere nærheten til fremmede på sengeposten i et forsøk på å skape en privat sfære(20).

Slike strategier inkluderer adferd der pasienten later som vedkommende ikke hører på samtalen i nabosengen, skrur av høreapparatet, senker stemmen ved samtaler, later som om man sover ved samtale i nabosengen, skrur på radioen eller forlater rommet. Likevel beskriver studien også hvordan mange pasienter setter pris på det sosiale fellesskapet på et flermannsrom, og hvordan de fant glede og trygghet i å utveksle sykehistoriene med hverandre. Det er fin balanse mellom de positive og negative aspektene av opphold på et flermannsrom. Faktorer som økt sykkelighet eller demens hos pasienten i nabosengen, og nye pasienter på rommet i løpet av natten bidro negativt til pasientenes vurdering av opphold på flermannsrom. I forhold til selve legevisitten svarte flertallet av deltakerne at denne ble gjennomført altfor raskt. At det brukes kort tid på visitt vises også i andre studier, og her ser man at legen i snitt bruker fra 4.5 minutter til 7.5 minutter per pasient(19, 21). Videre forteller forfatterne av den kvalitative studien over at sykepleiere ofte følte seg oppgitt over legens ensidige fokus på medikamenter, uskrivninger mm. under legevisitten. Sykepleierne følte ofte ansvar for å forhindre at pasienten i nabosengen skulle få høre resultater fra undersøkelser, samt dersom vedkommende avbrøt pasienten under legevisitten.

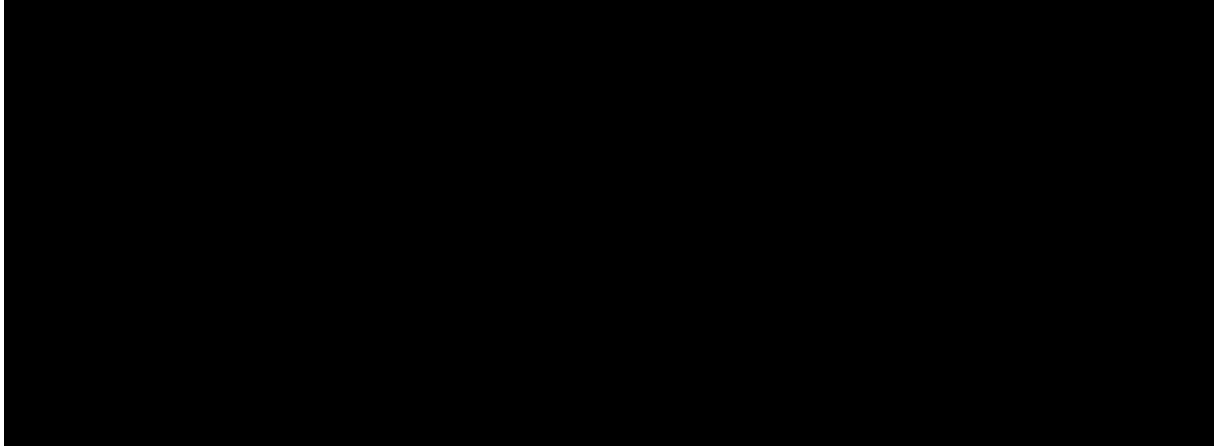
I en annen studie tar forskere for seg hvilke preferanser sykepleiere har i forhold til å behandle pasienter på enkeltmannsrom versus flermannsrom i et akuttmottak(22). Her svarer 84 % av sykepleierne at enkeltmannsrom er mer egnet for undersøkelse. Videre sier 43 % av deltakerne at sannsynligheten for medisineringsfeil antakeligvis er lavere på enkeltmannsrom enn det den er på flermannsrom.

2.2 Lovverket

Helsepersonells taushetsplikt innebærer at pasienter skal vernes mot spredning av opplysninger vedrørende helsemessige og personlige forhold. Som det fremkommer i et rundskriv utgitt i 2010 av Helsedirektoratet, som omhandler taushetsplikt, har det vært stort fokus på personvern og journalinnsyn i forbindelse med innføring av elektronisk journal(2). Overholdelse av taushetsplikten i den daglige dialogen med pasientene har ikke fått samme oppmerksomhet. Dagens praksis av legevisitt på sykehusavdelinger innebærer at informasjonsutveksling ofte skjer i nærvær av andre pasienter. Dette medfører en risiko for at taushetsplikten brytes. I Helsedirektoratets rundskriv beskrives lovgrunnlaget og mulige tiltak for forbedring. Rundskrivet kom som et resultat av at Stortinget hadde bedt Regjeringen om å sikre pasienters rett til at sensitive opplysninger ikke blir formidlet i nærvær av andre, blant annet under legevisitten. I tillegg forelå et ønske om å sikre opplærings- og holdningsskapende tiltak som ledd i kvalitetsforbedring i virksomhetene. Som helsedirektøren skriver i sin innledning av dokumentet, er det enkelte helsepersonells kunnskaper og holdninger grunnleggende for ivaretagelse av taushetsplikten. I tillegg hviler et ansvar på virksomhetene for å legge forholdene best mulig til rette (2).

2.2.1 Pasientenes rettigheter

Pasientenes rettigheter er nedfelt i lov om pasient- og brukerrettigheter (pasrl). Sentralt er vernet mot spredning av opplysninger, som er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 (23):




Samtidig som pasientene skal beskyttes mot spredning av sensitive opplysninger, har de også en lovfestet rett til informasjon, omtalt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (23).

Paragrafen sier blant annet at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. I tillegg skal pasienten informeres om mulige risiki og bivirkninger. Paragrafenes motstykke er å finne i helsepersonelloven (hlspl) § 10, som sier at informasjon skal gis til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4 (24).

2.2.2 Helsepersonells taushetsplikt


Taushetsplikten er en viktig del av arbeidet som helsepersonell. Den er sentral i tillitsforholdet mellom pasient og lege, og bidrar til at informasjonssinnhenting blir så åpen og fullstendig som mulig. Helsepersonells taushetsplikt er omtalt i en rekke lover. Man skiller mellom den profesjonsbaserte taushetsplikten etter helsepersonelloven, den alminnelige taushetsplikten etter forvaltningsloven og de særlige taushetspliktreglene etter tjenestelovgivningen (2).

Forvaltningslovens § 13 går i korte trekk ut på at alle som utfører arbeid for et forvaltningsorgan skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger som han eller hun blir kjent med i sin tjeneste (25). Taushetsplikt etter tjenestelovgivningen er omtalt i spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1. Disse går i all hovedsak ut på at man har taushetsplikt etter forvaltningslovens § 13(26, 27). Mest kjent for leger er nok den profesjonsbaserte taushetsplikten som er nedfelt i helsepersonelloven § 21 (24):



Denne plikten må anses som en avspeiling av pasientenes rett til vern mot spredning av opplysninger etter pasientrettighetsloven § 3-6. Det er viktig å merke seg at taushetsplikten ikke bare innebærer å passivt bevare taushet, men også aktivt å hindre at andre får tilgang til opplysninger (28).

Taushetsplikten har en del innskrenkninger. I prinsippet bortfaller den kun av tre grunner: Når den som har krav på hemmelighet samtykker i at opplysningene kan gis videre, når det er fastsatt i lov at taushetsplikten bortfaller, og dersom det av andre særlige grunner må anses rettmessig å meddele opplysninger som er underlagt taushetsplikt (28). Mest aktuelt for vår problemstilling som omhandler legevisitten er den førstnevnte, som er nedfelt i helsepersonelloven § 22 (24):



For at samtykket skal være gyldig må pasienten ha fått informasjon om hvilke opplysninger som skal gis videre og forstått formålet med dette. Det må være frivillig, og det kan når som helst trekkes tilbake. Samtykkets form kan være skriftlig eller muntlig, og uttrykkelig så vel som stilltiende. (2)

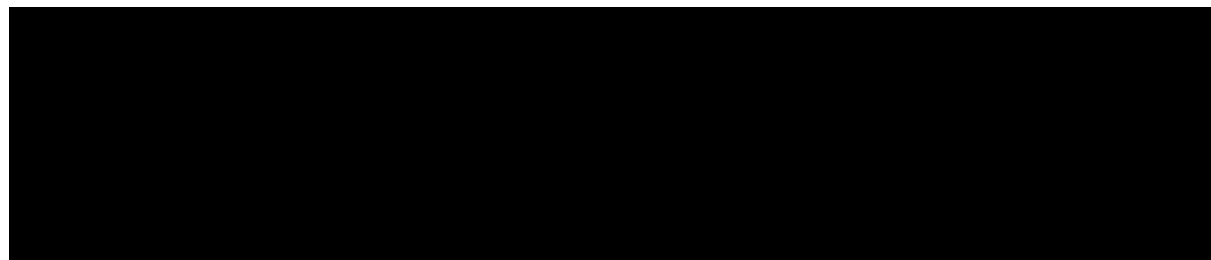
Helsepersonelloven § 23 omtaler videre en rekke begrensninger i taushetsplikten (24). Blant disse kan nevnes at opplysninger kan gis den som fra før er kjent med opplysningene, og at opplysninger gis når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighet. Selv om man kan anta at det foregår informasjonsutveksling vedrørende sykdomsforhold mellom pasienter på flersengsrom, skal man aldri anta at pasienten aksepterer eller samtykker i at informasjon blir gitt i nærvær av andre. Dette understrekes i veileder om taushetsplikt utgitt av helsedirektoratet (2).

2.2.3 Virksomhetens ansvar for organisering

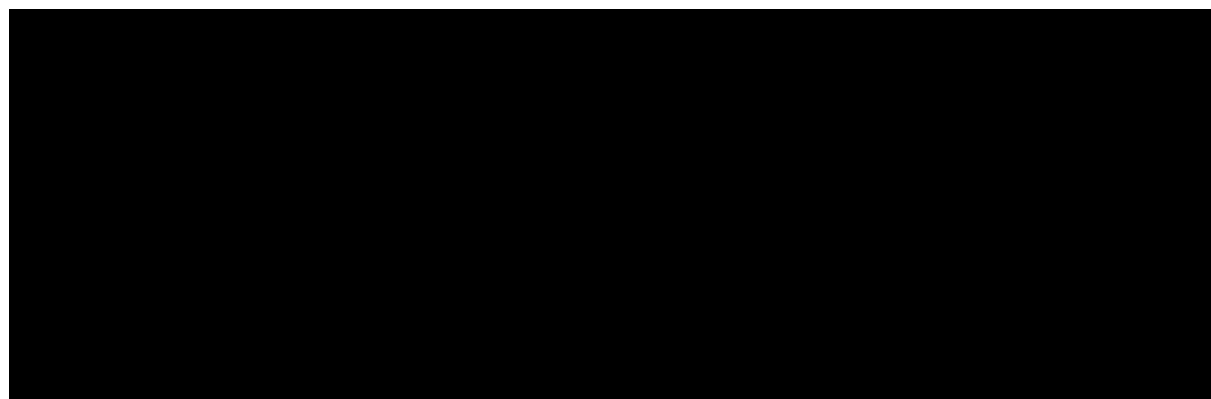
I tillegg til at den enkelte helsearbeider har en lovfestet plikt til å hindre spredning av opplysninger, påligger det også virksomheten et ansvar for å organisere slik at taushetsplikten i best mulig grad blir overholdt. Helsepersonelloven § 16 sier at virksomheter som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (24). Dette følger også av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (26).

2.3 Tilsynsrapporter

Det ble i 2005 utført et landsomfattende tilsyn med kommunikasjon mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pasienter ved gastrokirurgiske avdelinger. I rapporten, som ble utgitt i januar 2006, blir det påpekt at det ved en rekke sykehus foreligger mangler ved måten informasjon blir formidlet til pasientene (29):



Det ble ved mer enn en tredjedel av disse tilsynene påpekt at forholdene ikke var tilrettelagt for at pasientene kunne gi eller motta informasjon uten at uvedkommende var til stede. Dette gjaldt primært pasienter på flersengsrom og korridorpasienter (29). Rapporten konkluderte:



I forbindelse med det samme landsomfattende tilsynet, er det publisert en rapport fra Gastrokirurgisk avdeling ved Sørlandet sykehus. Også her ble det funnet avvik i form av at informasjon om alvorlig sykdom ble formidlet til pasienter på flersengsrom. Avvikene ble begrunnet ut fra følgende myndighetskrav: Specialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf pasientrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2 og internkontrollforskriften § 4 (30).

På bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget over trekker vi følgende konklusjoner:

1. Rundskriv fra Helsedirektoratet og gjeldende lovverk legger klare føringer for vern av pasientopplysninger. Legevisitt på flermannsrom tilfredsstillter ikke disse kravene.
2. Enkeltmannsrom er ofte ønskelig fra både helsepersonell og ledelse ved et sykehus. Dette begrunnes oftest i økt pasientsikkerhet og økt pasienttilfredshet.
3. Pasientens ønske om enkeltmannsrom eller flermannsrom varierer i forhold til alder, kjønn og innleggelsesårsak.
4. Legevisittens karakter må tilpasses den enkelte sengeposts sykdomspanorama, fysiske utforming, pasientens og personalets ønsker, samt tilpasses økonomiske driftsrammer.

3 Dagens praksis, tiltak og indikator

3.1 Dagens praksis ved Gastrokirurgisk avd., Ullevål

Gastrokirurgisk sengepost består av to lag. Lag 1 (blå gruppe) har fire sengerom - ett enkeltrom og tre flermannsrom – til sammen ni sengeplasser. Lag 2 er delt i grønn og rød gruppe. Til sammen på lag 2 er det fire enkeltrom og fem flermannsrom som samlet utgjør 22 senger.

Det er visitt hver dag på alle gruppene fra kl. 9.00 (tverrfaglig visitt mandager). På hver gruppe går én lege visitt, bortsett fra rød gruppe som er delt mellom to leger. Det er alltid med minst én sykepleier. Previsitt foregår på egne rom for lege og sykepleier. Visitten gjøres på pasientrommene. Samtale og undersøkelse (f.eks. palpasjon av mage, inspeksjon av sår) skjer ved sengen. På flermannsrommene er pasienten adskilte med forheng eller flyttbare skillevegger. Alle pasientene er til stede i rommet når visitten gjennomføres. Rommene er små, og det er mulig for pasientene å høre hva som blir sagt ved nabosengene. Besøktid for pårørende er mellom kl. 14 og 19, men skulle det likevel være pårørende på besøk under visittgang, bes de forlate rommet.

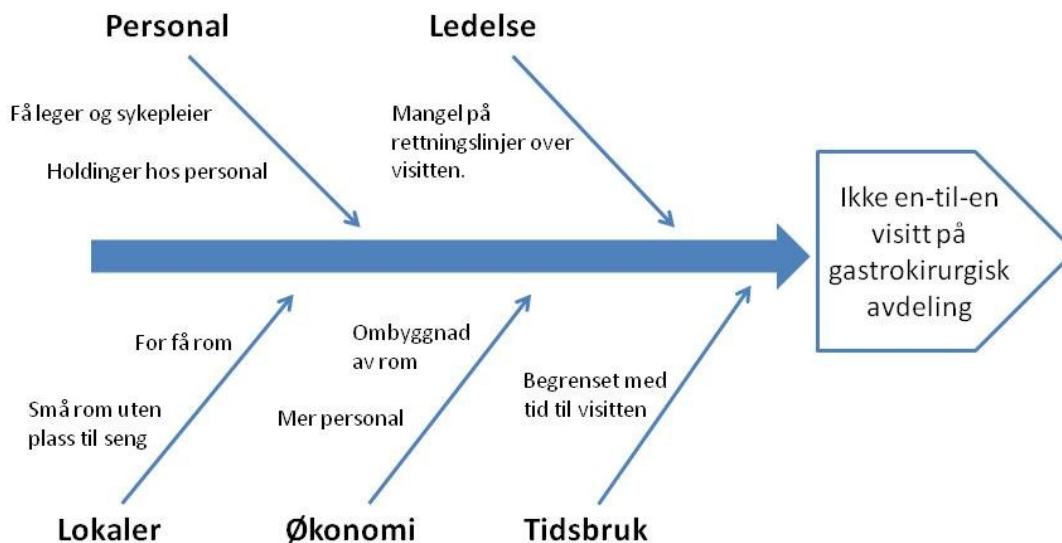
Av og til er det fullt på avdelingen, og pasienter må ligge på gangen. Det kan gå uker mellom hver gang dette er tilfelle. Visitt på korridorpasienter foretas på gangen.

På lag 1 er det et samtalerom tilgjengelig. Her er det ikke mulig å kjøre seng inn. Dette rommet brukes mest til lengre samtaler rundt mer komplekse tema som kreftdiagnose, prognose mm. Det finnes et såkalt klystérom med undersøkelsesbenk, som brukes til større undersøkelser. I tillegg er det tilgang på rom i poliklinikken, som ligger i tilslutning til sengeposten, som kan brukes til samtaler eller undersøkelser.

De fleste pasienter er mobile og trenger bare litt støtte for å flyttes fra ett rom til et annet. Av og til er det også pasienter som er avhengig av seng.

Det er ingen tydelig instruks eller retningslinje på avdelingen for hvordan visitt skal gjennomføres. Derfor er det opp til hver enkelt lege hva slags informasjon som gis og hvordan. Det er imidlertid vanlig å be pårørende forlate rommet under visitt, og lengre samtaler tas ofte på samtalerom.

Ivaretagelse av taushetsplikt er et tema som har vært oppe til diskusjon på avdelingen. Det har vært ansett som vanskelig å gjøre noe for å bedre situasjonen. Sykehusbygget er gammelt, det er dårlig plass og små rom på avdelingen. Man har også ment at man trenger mer ressurser på både lege- og sykepleiersiden for å organisere dette på en annen måte.



Figur 1 Årsaker til at visitt gjennomføres som den gjør

3.2 Tiltak

Det finnes flere alternative tiltak som kan implementeres i avdelingen, slik at kravet om taushetsplikt blir oppfylt ved visitten.

På Sykehuset Innland HF, Medisinsk avdeling, ble det gjennomført en prosjektperiode med én-til-én-visitter, der pasientene ble ført til egne visittrom for å unngå legevisitt på flersengrom. Pasientene fikk fast oppmøtetid, og det ble satt av 15-20 minutter per pasient. Hjelpepleier/sykepleier fulgte pasientene til visittrommet. De fant at én-til-én-visitt ga pasienten større medvirkning og en opplevelse av mer tid sammen med lege. Ordningen ga pasienten større verdighet, da pasienten var påkledd og sittende, istedenfor sengeliggende i pyjamas. Det var noe usikkert om ordningen var tidsbesparende for legen, men den ga bedre oppfølging og mer tid til hver pasient. Legen kunne følge pasientene bedre over tid, samt gjøre bedre kliniske vurderinger. Informasjonen til pasientene ble bedret. Ordningen ga de fleste pasientene bedre plan for oppholdet. Det var lettere å innhente utfyllende informasjon om hjemmesituasjon, planlegge hjemreise, samt stille utfyllende spørsmål til pasienten. Av organisatoriske fordeler fremheves det at diktering ble gjort fortløpende, noe som ga korte og konsise dikteringer, samt at videre oppfølging rundt pasienten ble avklart tidlig på dagen. I tillegg kunne utskrivningspapirer ordnes under visitt på ”enkle pasienter”, eventuelt gjøres klar dagen i forveien. Pårørende kunne bli med på visitten om pasienten ønsket dette. Eventuelle endringer i medikasjon kunne påføres kurven under visitt. Av problemer nevnes at tidsskjema sprekker og at det ble mer hektisk for pleierne som måtte hente pasientene til visittrommet.

3.2.1 Endringer som kan gjøres på Gastrokirurgisk avd., Ullevål:

- 1) Det er som nevnt tre grupper på avdelingen. Det finnes allerede tre rom som kan omgjøres til visittrom, henholdsvis samtalerom, klystérrum og undersøkelsesrom på poliklinikken. Hver gruppe kan tildeles sitt faste visittrom, disse kan merkes med fargene korresponderende til hver gruppe. Hvert visittrom bør utstyres med datamaskin med tilgang til PasDoc, diktafon, undersøkelsesbenk, rullestol, klokke på veggen, samt pult og stoler. Kurvene for hver pasient bør ligge tilgjengelig på visittrommet. Dersom det skulle være vanskelig å omgjøre de tre ovennevnte rom til visittrom, kan man vurdere å omgjøre en eller flere enkeltrom til visittrom.

Visitten kan foregå ved at legen sitter på visittrommet. Sykepleier/hjelpepleier vil ha ansvaret for å følge pasientene til visittrommet. Hver pasient vil få satt av ca. 15 minutter med legen. Pasienten vil også kunne stille sine spørsmål uhemmet, uten å være redd for at andre pasienter vil overheøre disse. Særlig på gastrokirurgen kan pasienter ha spørsmål det kan være pinlig å stille i flermannsrom, f.eks. om avføring/avføringsmønster osv. Klokken på veggen vil bidra til å overholde den avsatte tiden. Det som kan være problematisk er at dette vil kreve ressurser i starten (utstyr til rommene) samt kreve en arbeidsom omlegging av strukturen på den daglige rutinen på avdelingen. Man kan heller ikke utelukke at dette vil være tidskrevende, og slik stjele tid fra en ellers presset hverdag.

Previsitten kan gjennomføres på visittrommet, slik at man gjør previsitt på pasienten først, deretter visitt direkte, for så fortløpende å anføre endringer på kurve, diktere mm. Dette vil skape kontinuitet ved at man har aktuell problemstilling friskt i minne, hver enkelt pasient blir holdt fra hverandre, legens arbeid blir mer effektivt og risikoen for å gjøre feil blant annet ved å blande pasienter eller glemme å anføre endringer minskes. Legen kan ha journalen fremfor seg på datamaskinen og lett slå opp om det skulle være spørsmål. Samtaler med pasient og pårørende kan lettere utføres i sammenheng med visitten og komparentopplysninger vil lett kunne innhentes. For noen pasienter vil det kunne føles godt å ha med pårørende. I tillegg kan man i enkelte tilfeller gjennomføre utskrivningssamtale i sammenheng med visitten. Plan for videre oppfølging kan være avklart tidlig på dagen, pasienten kan reise hjem tidligere og plass for nye pasienter klargjøres.

De fleste pasientene er mobile og skal mobiliseres i forbindelse med rehabilitering etter gastrokirurgi, dermed vil det være lite problematisk å be pasienter forflytte seg til visittrom. Pasientene vil også kunne få kledd seg og få alenetid med legen sittende i en stol istedet for sengeliggende. Dette vil bidra til å tilføre pasientene verdighet. Noen få pasienter er derimot sengeliggende. For disse pasientene kan man f.eks. velge å forflytte pasienten til visittrommet liggende i sengen. På de visittrommene det ikke er mulig å få seng inn på, vil man måtte overflytte pasienten i rullestol. Dette kan ta tid, og muligens skape ubehag for pasienten. En annen løsning er å legge sengeliggende pasienter på enkeltrommene og utføre visitten der. Det finnes til sammen fem enkeltrom på avdelingen. Det er ikke sikkert at dette til en hver tid vil være

tilstrekkelig for alle sengeliggende pasienter. Dessuten kan enkeltrommene behøves for andre pasienter i perioder. Man kan også tenke seg at et av de fem enkeltrommene omgjøres til visittrom for sengeliggende pasienter, da det vil være lett å flytte de sengeliggende pasientene hit. Dette vil derimot frata avdelingen et pasientrom, noe som kan være problematisk på en full avdeling.

- 2) Et annet alternativ er at visitten fortsatt utføres på flersengrom, dersom pasientene samtykker til å dele taushetsbelagt informasjon, ifølge hlspl § 22. Legen må da eksplisitt spørre pasienten om samtykke. Legene instrueres til å informere hver pasient om deres krav på taushet, og dersom pasienten ikke samtykker til å dele informasjonen, kan det finnes et samtalerom der visitten kan utføres. Det er allerede et samtalerom på avdelingen som kan benyttes til slik visitt. Dette kan tenkes å fungere, men det kan også lede til problemer. Etisk sett kan pasienten føle seg tvunget til å samtykke, da mange pasienter ikke vil "føle seg til bry". Da vil denne løsningen kun fungere på papiret, men ikke egentlig bedre kvaliteten i helsetjenesten. Samtykkekompetansen til hver pasient må også vurderes nøye. Man kan tenke seg at mange pasienter ønsker visitt i enerom, og dermed kan kapasiteten på det ene samtalerommet bli sprengt. Dette vil også medføre en uforutsigbar hverdag, da man ikke på forhånd kan si hvor mange av visittene som må gjennomføres på samtalerommet.
- 3) Man kan også tenke seg å be alle pasientene på flersengsrommene forlate rommet idet man utfører visitt på hver enkelt pasient. Spørsmålet er hvor de andre pasientene skal oppholde seg mens de venter, og om dette er noen bedre løsning, da det lett kan oppfattes som at man bare har flyttet problemet over på pasientene. Igjen oppstår problemet med de immobile pasientene – hva skal man gjøre med disse i en slik situasjon?

3.3 Kvalitetsindikatorer

En kvalitetsindikator er et indirekte mål på kvalitet innenfor et gitt område; en målbar variabel på et komplekst fenomen. Den kan brukes som redskap til å måle hvordan en prosess fungerer eller om bestemte resultater er oppnådd(31). For at en kvalitetsindikator skal være god må den oppfylle flere grunnleggende kriterier. Den må være relevant, gyldig, målbar, tilgjengelig, pålitelig, tolkbar, mulig å påvirke og sensitiv for endring. I tillegg bør ikke bruk av kvalitetsindikatoren medføre en uheldig dreining av oppmerksomhet og ressurser slik at kvaliteten synker på andre områder(32).

Vårt ønske er å bedre ivaretagelsen av taushetsplikten ved legevisitten gjennom å øke antall én-til-én-visitter. Vi har vurdert ulike resultat- og prosessindikatorer for å fange opp effekt av våre tiltak.

3.3.1 Alternative kvalitetsindikatorer

En mulig resultatindikator kunne vært å se om andel klagesaker rettet mot brudd på hlspl §21 om taushetsplikt ble redusert etter implementering av tiltaket på avdelingen. Det ville vært en objektivt, lett målbar og billig indikator. Samtale med helseavdelingen hos Fylkesmannen i Oslo og Akershus viser imidlertid at det ikke foreligger nyansert statistikk for klage- eller tilsynssaker med avgrensning inn mot taushetsplikt(33). Data for evaluering er dermed ikke lett tilgjengelig, og det blir vanskeligere å etablere en baseline og å følge utviklingen.

En annen ulempe og potensiell feilkilde med en slik indikator er at en klagesak kan være et resultat av flere aspekter ved et pasientforløp, og at dårlig ivaretagelse av taushetsplikt kun er ”dråpen” som får pasienten til å klage. Videre er det nærliggende å tro at kun de mest ressurssterke pasientene igangsetter en klageprosess. Det vil trolig ta lang tid før man har et stort nok materiale til å evaluere om det foreligger endring. Man kan også diskutere om endring i antall klagesaker er relevant nok for å representere hele pasientgruppen og ikke kun en selektert gruppe.

En alternativ resultatindikator kunne vært å måle pasientenes tilfredshet med legevisitten i form av et standardisert spørreskjema eller dybdeintervju. Ulempen med en slik indikator er at den trolig ikke vil fange opp den endring vi ønsker å oppspore med kvalitetsprosjektet vårt. Kunnskapssenterets årlige undersøkelser på pasienttilfredshet viser at pasienter stort sett er godt fornøyd med alle sider av behandlingen de får i sykehus og dermed vil et spørreskjema i denne sammenheng ikke være sensitiv for endring(34).

Med bruk av et dybdeintervju istedet for standardisert spørreskjema, vil man kunne få nyansert informasjon om pasients opplevelse av legevisitten. Mange pasienter har nødvendig respekt for legen eller sykepleier, noe som ville kunne påvirke besvarelsen. En annen ulempe med denne indikatoren er at den er tidskrevende.

For å se på effekt av tiltaket har vi valgt å bruke et registreringsskjema der man registrere hvor mange av legevisittene som gjennomføres som én-til-én-visitter. Dette er en prosessindikator. Sykepleier vil stå for registreringen og har ansvar for å føre opp hvor mange av sine visitter som har forgått som én-til-én-visitter. Se vedlegg 1.

En prosessindikator uttrykker om pasienten har mottatt de ytelser den bør få ifølge referanseprogram og kliniske retningslinjer, dersom de finnes. Den viser i hvilke omfang helsepersonell har utført bestemte prosedyrer(32). I vårt tilfelle er legevisitten prosedyren som gjennomføres. På bakgrunn av vårt kunnskapsgrunnlag, der spesielt lovverket og Helsedirektoratets rundskriv om taushetsplikt legger tydelige føringer for vern av pasientopplysninger, ønsker vi å etablere tiltak som bidrar til en økning av én-til-én-visitter.

Fordeler med registreringsskjema som kvalitetsindikatoren er at den er lite ressurskrevende og den er lett målbar. Et registreringsskjema er en indikator som er sensitiv for å fange opp endring på økning i antall én-til-én-visitter. En potensiell feilkilde er at man kan glemme å registrere, men med gode rutiner for registrering er det lett å evaluere underveis om delmål og hovedmål er oppnådd.

4 Proses, ledelse og organisering

4.1 Ledelse

Første steg i endringsprosessen blir å opprette en prosjektgruppe som kan lede og organisere prosessen. I vårt tilfelle vil den bestå av en sykepleier, overlege, assistentlege og en representant fra ledelsen. Denne sammensetningen sikrer at alle faggrupper blir representerte og får et eierforhold til endringsprosessen. Uten støtte i ledelsen er det vanskelig å gjennomføre et forbedringsarbeid, arbeidet må forankres i ledelsen raskets mulig, og dermed vil det være en fordel å ha ledelsen representert i selve prosjektgruppen fra starten av. Det velges videre en leder av prosjektgruppen som har hovedansvaret for utførelsen og delegering av ansvar og oppgaver til de andre gruppemedlemmene.

4.2 Forankring i ledelsen

Forankring av prosjektet på avdelingen og i organisasjonen kan foregå ved å informere personalet i internundervisningen som foregår kl. 8.00-8.30 mandag til torsdag. Man kan der invitere ekspertise til å trygge og motivere personalet i troen på at endring vil bidra til et kvalitetsløft av legevisitten og dermed på avdelingen. Vi tenker oss det kan vært relevant å få innlegg fra f.eks prosjektleder fra Sykehuset Innlandet HF og fagpersoner på kommunikasjon og lovverket. I tillegg kan det settes opp plakater på avdelingen slik at også annet personal, pasienter og pårørende blir informert.

4.3 Proses

For å strukturere planlegging, evalueringen og fremdrift av prosjektet, benyttes PUKK-tilnærmingen og Demings sirkel. Viktige milepæler underveis er å oppnå økt antall én-til-én-visitter, og forhåpentligvis økt tilfredshet blant både pasienter og personal.

4.3.1 Planlegging

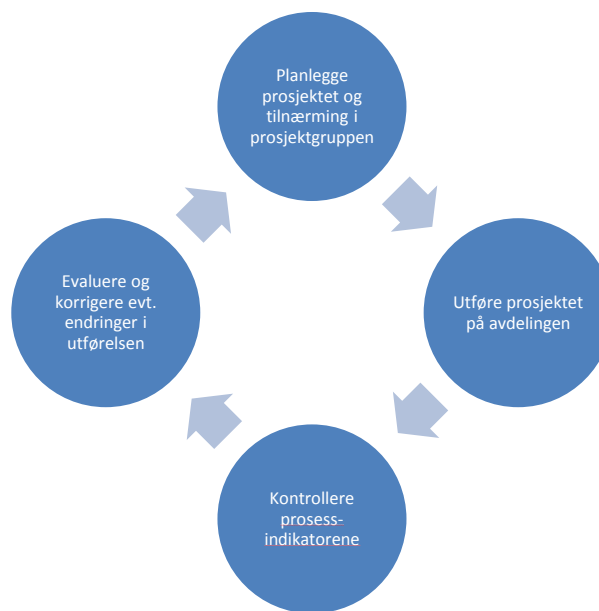
Planleggingsfasen tar utgangspunkt i at prosjektgruppen har identifisert og anerkjent problemet vedrørende ivaretagelsen av taushetsplikten. De bør videre lage klare retningslinjer for hvordan én-til-én-visitten skal organiseres. I tillegg bør de lage en plan med tidspunkt for evaluering av delmål og hovedmål. Prosjektet forventes å vare i omtrent ett år. Hovedmålet er at 90% av visittsamtalene innen et år skal være én-til-én-samtaler. Prosjektet evalueres hver tredje måned og delmålene er å oppnå at forholdsvis 60%, 70% og 80% av samtalene foretas én-til-én.

4.3.2 Utførelse

I denne fasen iverksettes de tiltakene som beskrevet under tiltaksdelen og argumentert for senere under diskusjonen.

4.3.3 Kontrollere

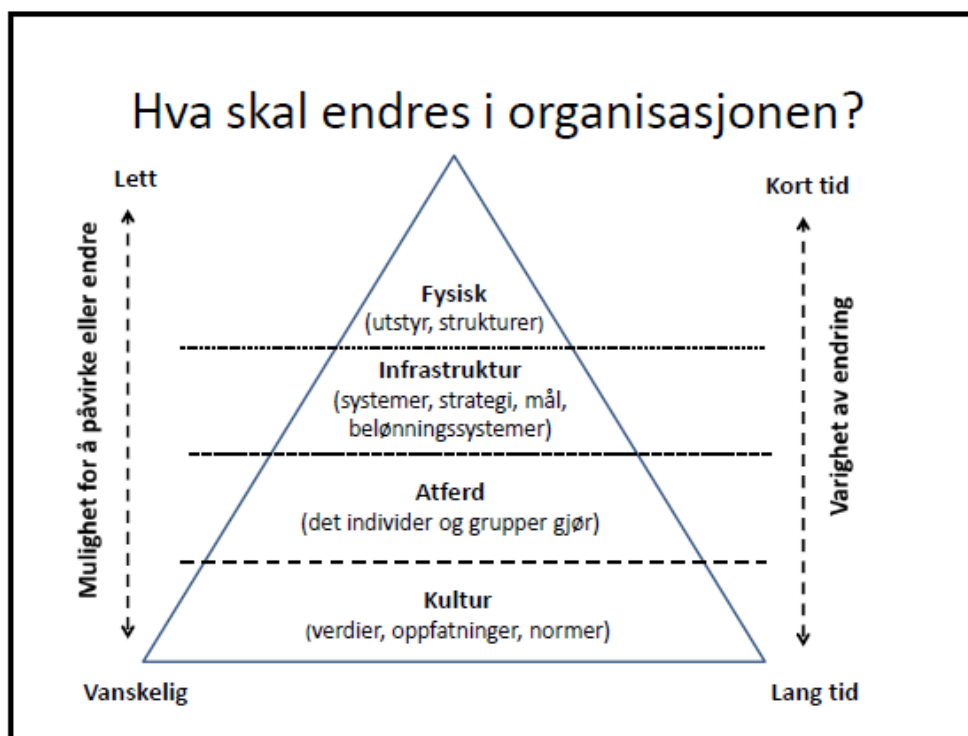
Etter tre måneder skal prosjektgruppen evaluere om endringene faktisk fører til forbedring. Ved hjelp av kvalitetsindikatoren kan man se om det er blitt en økning i antall én-til-én-visitter. Videre må man identifisere problemer som har oppstått underveis. Man kan da lage et nytt flytskjema som beskriver situasjonen, og ved hjelp av det tydeliggjøre problemer som har oppstått. Tenkelige problemer kan for eksempel være at endringsprosessen bidrar til en ineffektiv arbeidshverdag, at det går utover andre arbeidsoppgaver, mangel på utstyr mm. Etter hver evaluering rapporteres det tilbake til leger, sykepleier og ledelsen om hvordan fremdriften i prosjektet er. Dette kan gjøre i internundervisning.



4.3.4 Korrigere

Etter å ha kontrollert og identifisert problemer prøver prosjektgruppen å justere for dem og starte en ny PUKK-sirkel. Dersom man etter endt prosjektperiode er fornøyd med den nye visittpraksisen, kan ordningen fortsette videre og man kan standardisere en retningslinje for legevisitten.

En endring som vårt prosjekt legger opp til kan trolig oppfattes som utfordrende hos personalet da den involverer både fysiske endringer, endring av infrastruktur på avdelingen, atferd til leger og sykepleiere og en grunnleggende kulturendring. Som man ser av figuren under(35) er slike endringsprosesser av de vanskeligste prosjektene og ta fatt på.



Figur 2 Utfordringer ved endring

Å innføre endring som medfører økt pasienttilfredshet, bedre samarbeid og mer effektiv hverdag for klinikere har stor sjanse for å lykkes (36). Hvis man kommer så langt i prosessen at man får vist dette, kan man forvente at motstanden vil avta.

Kotter og Schlesinger har identifisert fire hovedårsaker til motstand mot endring, som vist i figuren nedenfor. I en implementeringsprosess er det fordelaktig å være på forskudd i forhold til problemene. Ved å benytte seg av Kotters åtte råd for endring, vil man kunne få hjelp til dette(37).

Egeninteresse	Ser mer sine egne ulemper enn hvilke positive konsekvenser det kan ha for avdelingen.
Misforståelser	På grunn av inadekvat informasjon eller kommunikasjonsproblemer
Lav toleranse mot endring	Noen ansatte er veldig avhengig av trygghet og kontroll i deres arbeidshverdag
Forskjellig forståelse/oppfattelse innad i avdelingen.	Manglende enighet innad i avdelingen om bakgrunn for endringsbehov, fordeler og ulemper.

Figur 3 Hovedårsaker til motstand mot endring (38)

5 Diskusjon

Den lovfestede taushetsplikt finner man både i helsepersonelloven og i pasientrettighetsloven. Også i Helsedirektoratets retningslinjer beskrives taushetsplikten og viktigheten av denne. Ved å tilrettelegge forholdene i avdelingen for at disse krav og plikter oppfylles, vil man i praksis heve kvaliteten på helsetjenesten. Kvalitet er definert av Helsedirektoratet som ”I hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav”, dvs. krav vi allerede har i lov og forskriftsform.”Kvalitetsforbedring av helsetjenesten innebærer å minimere sannsynligheten for feil og uheldige hendelser, for eksempel at taushetsbelagte opplysninger blir overhørt av personer som ikke har tjenestelig behov eller at slike opplysninger på annen måte kommer på avveie”(2)

Det har lenge vært kjent at forholdene på avdelingene i norske sykehus ikke er tilrettelagt for at taushetsplikten bevares under legevisitten. En rekke tilsynssaker har belyst dette problemet, og Helsetilsynet har fremmet krav om at taushetsplikten bevares i større grad og at forholdene bedres.

På Gastrokirurgisk avdeling, Ullevål, holdes visitten på flersengsrom. Dette gjør at både pasientrettighetsloven og helsepersonelloven brytes ved hver visitt. Den åpenbare grunn til dette er at flere pasienter ligger på samme rom, noe som gjør at taushetsbelagt informasjon overhøres av nabopasientene.

Vi legger til grunn at den tradisjonelle legevisitt som gjennomføres på avdelingen ikke oppfyller de krav som loven fordrer, og konkluderer at én-til-én-visitt er den praksis som er best egnet til å oppfylle lovens krav. Dette fordi denne ordningen best vil ivareta pasientenes verdighet og rettssikkerhet. Ved andre mulige tiltak, som å be pasienter vente på gangen under visitt eller å be pasienter om å fraskrive seg retten til taushetsplikt, overfører man ansvaret for å opprettholde taushetsplikten til pasientene. Vi anser dette som en reduksjon i pasientens verdighet og autonomi. I én-til-én-visitt vil strukturen på visitten automatisk ivareta pasientens rett på taushet.

Vi mener at den beste måten å utføre én-til-én-visitten på er på visittrom. Pasientene blir hentet av sykepleier etter tur. Da det er få sengeliggende pasienter kan disse tildeles enmannsrom, og visitten kan utføres der. Ordningen med én-til-én-visitt har vært forsøkt på Sykehuset Innlandet HF med positive resultater, og derfor mener vi at dette er realistisk å få gjennomført på Gastrokirurgisk avdeling, Ullevål, også.

Det negative med én-til-én-visitt er at dette vil være det mest ressurskrevende tiltaket. Det vil kreve omfattende endringer i den daglige rutinen på posten og stille krav til infrastrukturen, samt at det vil kreve tid og innsats fra personal og ledelse.

Vi konkluderer med at den nåværende visittform må endres for å kunne tilfredsstillere lovens krav, og regner én-til-én-visitter til å være det beste alternativet, da dette ivaretar pasientenes verdighet, pasienters rett, helsepersonellens plikt og ikke minst lovens krav.

Litteraturliste

1. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Larun L, Bjarkøy RØ, Nordheim LV. Kunnskapsbasert praksis. 2012 [29.04.2012]; Available from: <http://www.kunnskapsbasertpraksis.no>.
2. Helsedirektoratet. Helsepersonells taushetsplikt: Vern av pasientens integritet i muntlig kommunikasjon mellom pasient og helsepersonel. In: Helsedirektoratet, editor.: Helsedirektoratet v/ Trykksaksekspedisjonen; 2010
3. Gran SEF. KLOK-seminar: Hvilke verktøy kan brukes ved kvalitetsforbedring. 2012.
4. Stall N. Private rooms: evidence-based design in hospitals. CMAJ. 2012;184(2):162-3. Epub 2011/12/21.
5. Stall N. Private rooms: the fiscal advantage. CMAJ. 2012;184(1):E47-8. Epub 2011/12/21.
6. Ulrich RS, Berry LL, Quan X, Parish JT. A conceptual framework for the domain of evidence-based design. HERD. 2010;4(1):95-114. Epub 2010/12/18.
7. Ulrich RS, Zimring C, Barch XZ, Dubose J, Seo HB, Choi YS, et al. A review of the research literature on evidence-based healthcare design. HERD. 2008;1(3):61-125. Epub 2008/04/01.
8. van de Glind I, de Roode S, Goossensen A. Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review. Health Policy. 2007;84(2-3):153-61. Epub 2007/07/17.
9. Janssen PA, Klein MC, Harris SJ, Soolsma J, Seymour LC. Single room maternity care and client satisfaction. Birth. 2000;27(4):235-43. Epub 2001/03/17.
10. Swan JE, Richardson LD, Hutton JD. Do appealing hospital rooms increase patient evaluations of physicians, nurses, and hospital services? Health Care Manage Rev. 2003;28(3):254-64. Epub 2003/08/28.
11. Jolley S. Single rooms and patient choice. Nurs Stand. 2005;20(9):41-8. Epub 2005/12/01.
12. Pease NJ, Finlay IG. Do patients and their relatives prefer single cubicles or shared wards? Palliat Med. 2002;16(5):445-6. Epub 2002/10/17.
13. Lawson B, Phiri M. Hospital design. Room for improvement. Health Serv J. 2000;110(5688):24-6. Epub 2001/02/24.
14. Miller NO, Friedman SB, Coupey SM. Adolescent preferences for rooming during hospitalization. J Adolesc Health. 1998;23(2):89-93. Epub 1998/08/26.
15. New PW. Survey of patients' preference for the location of rehabilitation ward rounds. J Rehabil Med. 2008;40(8):678-80. Epub 2008/11/21.
16. White R, Karim B. Patients' views of the ward round: A survey. Psychiatric Bulletin. 2005;29(6):207-9.
17. Barlas D, Sama AE, Ward MF, Lesser ML. Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls. Ann Emerg Med. 2001;38(2):135-9. Epub 2001/07/27.
18. Rotman-Pikielny P, Rabin B, Amoyal S, Mushkat Y, Zissin R, Levy Y. Participation of family members in ward rounds: Attitude of medical staff, patients and relatives. Patient Educ Couns. 2007;65(2):166-70. Epub 2006/09/13.
19. Creamer GL, Dahl A, Perumal D, Tan G, Koea JB. Anatomy of the ward round: the time spent in different activities. ANZ J Surg. 2010;80(12):930-2. Epub 2010/12/01.
20. Persson E, Maatta S. To provide care and be cared for in a multiple-bed hospital room. Scand J Caring Sci. 2012. Epub 2012/03/07.
21. Weber H, Stockli M, Nubling M, Langewitz WA. Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. Patient Educ Couns. 2007;67(3):343-8. Epub 2007/06/08.

22. Chaudhury H, Mahmood A, Valente M. Nurses' perception of single-occupancy versus multioccupancy rooms in acute care environments: an exploratory comparative assessment. *Appl Nurs Res.* 2006;19(3):118-25. Epub 2006/08/01.
23. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) [pasientrettighetsloven], (LOV-1999-07-02-63, 1999).
24. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), (LOV-1999-07-02-64, 1999).
25. Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven), (LOV-1967-02-10, 1967).
26. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), (LOV-1999-07-02-61, 1999).
27. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), (LOV-2011-06-24-30, 2011).
28. Rognum TO. Lærebok I Rettsmedisin 2010.
29. Helsetilsynet. Dokumentasjon og teieplikt i gastrokirurgien. Oppsummering av landsomfattande tilsyn med kommunikasjonen mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pasientar i helseforetak som gir kirurgisk behandling til pasientar med akutte sjukdommar og kreftsjukdommar i mage-tarmkanalen i 2005. 2006.
30. Helsetilsynet. Tilsyn med kommunikasjon i helseforetak som behandler pasienter med gastrokirurgiske sykdommer ved Sørlandet sykehus HF (200). 2005.
31. Schreiner A. Kom i gang: kvalitetsforbedring i praksis. Oslo: Den norske legeforening; 2004.
32. KLOK-fagside. Kvalitetsindikatorer. 2012.
33. Kristin Utseth ShF. Brudd på taushetsplikt. 2012.
34. Kjersti Eeg Skudal OH. Pasienters erfaring med norske sykehus 2011: institusjonsvise resultater. Oslo: 2012.
35. Frich J. KLOK-seminar: Ledelse av kvalitetsforbedring. 2012.
36. Ham C. Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *The Lancet.* 2003;361(9373):1978–80. Epub 25.03.2005.
37. Kotter J. Leading change: Why transformation efforts fail.: *Harvard business Review*; 1995.
38. Kotter J.P SLA. Six Change Approaches, Kotter, Schlesinger. Value Based Management.net 2012 [updated 17.04.2012; cited 2012 05.05]; Available from: http://www.valuebasedmanagement.net/methods_kotter_change_approaches.html.

