

Motiverende intervju til røykeavvenning i allmennpraksis

Rahini Mehanathan, Sebastian James Hekneby, Thea Emilie Gjestvang-Knutzen,
Shahera Elise Ali Jacobsen, Maja Hagenö og Øyvind Rustan



Prosjektoppgave i Kunnskap, Ledelse og Kvalitetsforbedring
(KLoK)

Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo

Høsten 2019

Sammendrag

Problemstilling

I vårt kvalitetsforbedringsprosjekt har vi tatt for oss bruk av motiverende intervju (MI) i allmennpraksis i hensikt røykeavvenning. Mikrosystemet vårt er Haugerud legesenter.

Kunnskapsgrunnlag

Retningslinjene anbefaler at alle som ønsker å slutte å røyke bør få strukturert hjelp til røykeavvenning. MI fører til at flere slutter å røyke og derfor er bruk av MI anbefalt. Det er ikke tilstrekkelig evidens for effekt av MI mtp røykeslutt sammenlignet med ingen intervensjon. Dermed vurderer vi evidensen for bruk av MI som ledd i røykeavvenning som usikker.

Kvalitetsindikatorer/tiltak

Formålet med prosjektet er å øke bruken av MI ved røykeslutt. I prosjektet vårt skal vi kartlegge både prosessindikatorer og strukturindikatorer for å vurdere om det foreligger en forbedring som følge av prosjektet. Vi foreslår ulike tiltak for å øke bruk av MI og heve legenes kompetanse om MI i allmennpraksis.

Ledelse/organisering

Det opprettes en prosjektgruppe for å lede og organisere prosjektet. Underveis vurderer prosjektgruppen utviklingen i bruk av MI, legenes kompetanse, målsettinger i prosjektet og utfordringer.

Konklusjon

Vårt mikrosystem er plassert i en bydel som har en pasientpopulasjon med lavere sosioøkonomisk status, som vi mener har “mye helse å hente” gjennom tiltak vi foreslår i vårt prosjekt.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Tema/problemstilling | 4 |
| <i>Konsekvenser av røyking og røykeslutt</i> | 4 |
| <i>Motiverende intervju</i> | 4 |
| <i>Gap mellom kunnskap fra studiet og praksis</i> | 5 |
| <i>Årsaker til lite bruk av MI i allmennpraksis</i> | 5 |
| Kunnskapsgrunnlag | 7 |
| <i>Metode</i> | 7 |
| <i>Søkeresultatene</i> | 7 |
| Nasjonale faglige retningslinjer for røykeavvenning | 7 |
| Oversiktsstudier | 8 |
| Vurdering av kunnskapsgrunnlaget | 8 |
| Mikrosystem og dagens praksis | 9 |
| Kvalitetsindikatorer | 10 |
| <i>Prosessindikator</i> | 10 |
| <i>Strukturindikator</i> | 11 |
| Tiltak for å øke bruk av MI | 12 |
| Prosess/ledelse/organisering | 14 |
| <i>Implementering og oppfølging av prosjektet</i> | 14 |
| <i>Gjennomføring av prosjektet</i> | 14 |
| <i>Motstand mot endring og håndtering av denne</i> | 18 |
| <i>Implementering i daglig drift</i> | 19 |
| Diskusjon/Konklusjon | 20 |
| Referanser | 22 |
| Vedlegg | 24 |

Tema/problemstilling

Konsekvenser av røyking og røykeslutt

Statistisk sentralbyrå anslår at 12 % av befolkningen røykte daglig i 2018 (1), en nedgang fra 21 % for 10 år siden. På populasjonsnivå er det personer utenfor arbeidslivet, med lav inntekt og lav utdanning, samt i manuelle yrker som røyker. Røyking har altså en korrelasjon med de fleste mål på sosial ulikhet i helse. Kombinert med de negative helsekonsekvensene gjør dette at røyking er en av hovedårsakene til sosial ulikhet i helse i Norge (2).

Røyking er relatert til flere helseskadelige effekter. Det er den viktigste risikofaktoren til flere kreftformer. Lungekreft er kreftformen som tar liv av flest mennesker i Norge og tilskrives i 85% av tilfellene røyking. Røyking øker aterosklerose i blodkar, og doubler risikoen for hjerteinfarkt og hjerneslag. To av tre tilfeller av KOLS skyldes røyking (3).

Til tross for de åpenbare helsegevinstene av røykeslutt er det mange som ikke greier å slutte. Abstinensplager i form av røykesug, uro, angst, rastløshet, irritabilitet, konsentrasjonsvansker, søvnforstyrrelser eller depresjon skyldes nikotinhengighet (4). Mange er også plaget med vektøkning på 4-5 kg ett år etter røykeslutt (4). Dette gjør røykeslutt vanskelig, selv for motiverte pasienter. Derfor er det viktig at leger prioriterer og er dyktige til å motivere og hjelpe pasienter til røykeslutt.

Motiverende intervju

Motiverende intervju (MI) er en anbefalt samtalemethode for å motivere til atferdsendring (5). Metoden tar sikte på at det er pasienten som skal overtale seg selv til atferdsendring. Prinsippet bak dette er basert på erfaring og forskning om atferdsendring som viser at det å si noe høyt til et annet menneske er bedre enn å tenke det for seg selv (5). Vi oppfatter det vi selv sier som mest viktig. En sentral tanke er at behandler er klar over at pasientene er eksperter på seg selv, det vil si at de vet best hva de trenger og hvordan de har det, og forsøker å nyttiggjøre seg av dette. Derfor må behandler forsøke å hente ut personens egne verdier, motivasjon, evner og ressurser for å få til en endring.

Metoden ble første gang beskrevet av psykologene William Miller og Stephen Rollnick i 1983 (6). De grunnleggende prinsippene er etablering av trygg relasjon, empati, påpeke diskrepans mellom hvordan man har det og hvordan man ønsker å ha det, utforske pasientperspektiv uten å være dømmende, unngå argumentering og støtte mestringsevne. Metoden har siden den gang blitt videreutviklet, men prinsippene er de samme (5).

Det finnes mange kliniske situasjoner der behandler kan ha god nytte av MI til å fremme en endring hos en pasient, for eksempel røykeavvenning, alkoholavvenning, kostholdsendring og håndtering av kroniske lidelser. Bruk av MI på riktig måte og i passende setting kan bidra til å bygge opp god allianse mellom pasient og behandler. Gjennom åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer skal behandler hjelpe pasienten til å selv finne løsninger på sine utfordringer og styrke pasientens motivasjon til å forandre på en atferd som er ugunstig for egen helse (7).

Gap mellom kunnskap fra studiet og praksis

På medisinstudiet i Oslo lærer studentene om MI i kommunikasjons- og atferdsfag. I kommunikasjonsundervisning har de fleste studentene fått mulighet til å praktisere MI i rollespill hvor den ene studenten var pasient og den andre behandler. På studiet har vi fått et godt teoretisk grunnlag om MI, men lite praktiske erfaringer med bruk av MI i pasientkonsultasjoner. Under praksisperioden i allmennpraksis opplevde mange at bruken av MI i pasientkonsultasjoner var betydelig mindre enn det man kunne forventet ut ifra vektleggingen av MI på studiet. En del fastleger har ikke hørt om MI, mens andre bruker noen elementer av MI i møte med pasienter med risikofylt atferd.

Vi har kontaktet noen fagpersoner for å skaffe mer informasjon om undervisning i MI på medisinstudiet og kursing av ferdigutdannede allmennleger. Det var vanskelig å finne skriftlig materiale om dette, derfor har vi kontaktet fagpersoner via mail. Vi har kontaktet følgende personer: Reidar Tyssen (lege/professor), som underviser i medisinsk atferdsfag ved UiO, og Herman Egenberg (lege), som blant annet lager Podkurs i MI/podcast av MI-samtaler for helsepersonell. Tyssen forteller at det medisinske fakultetet i Oslo begynte med undervisning i MI under atferdsendring i 2010. Han tror ikke at det ble undervist om MI systematisk før dette. I følge Egenberg, blir MI undervist ved alle de medisinske fakultetene i Norge.

Tyssen forteller at alle LIS-leger i allmennpraksis skal nå ha kurs i kommunikasjon ved helseforetakene, men han visste ikke om det er systematisk undervisning i MI. Fastlegen vi har vært i kontakt med i forbindelse med KLOK-prosjektet, forteller at fastlegene (både LIS og spesialister i allmennmedisin) får tilbud om MI- kurs med jevne mellomrom. Disse kursene er frivillig å delta på.

Det er ønskelig at fastlegene engasjerer seg i arbeidet med røykeavvenning. Det er viktig at legen ikke bare spør om pasienten røyker eller ikke, men også tilbyr pasienter strukturert hjelp til røykeslutt og oppfølging med samtaler i tobakksavenningsperioden, eventuelt i tillegg til medikamenter til røykeslutt. I fastlegens arbeid med røykeavvenning, kan bruk av MI være et godt verktøy for å vurdere motivasjon til røykeslutt og fremme motivasjon til røykeslutt hos ikke motiverte pasienter. Motiverende intervju kan brukes som en av samtaleteknikkene under strukturert veiledning (8).

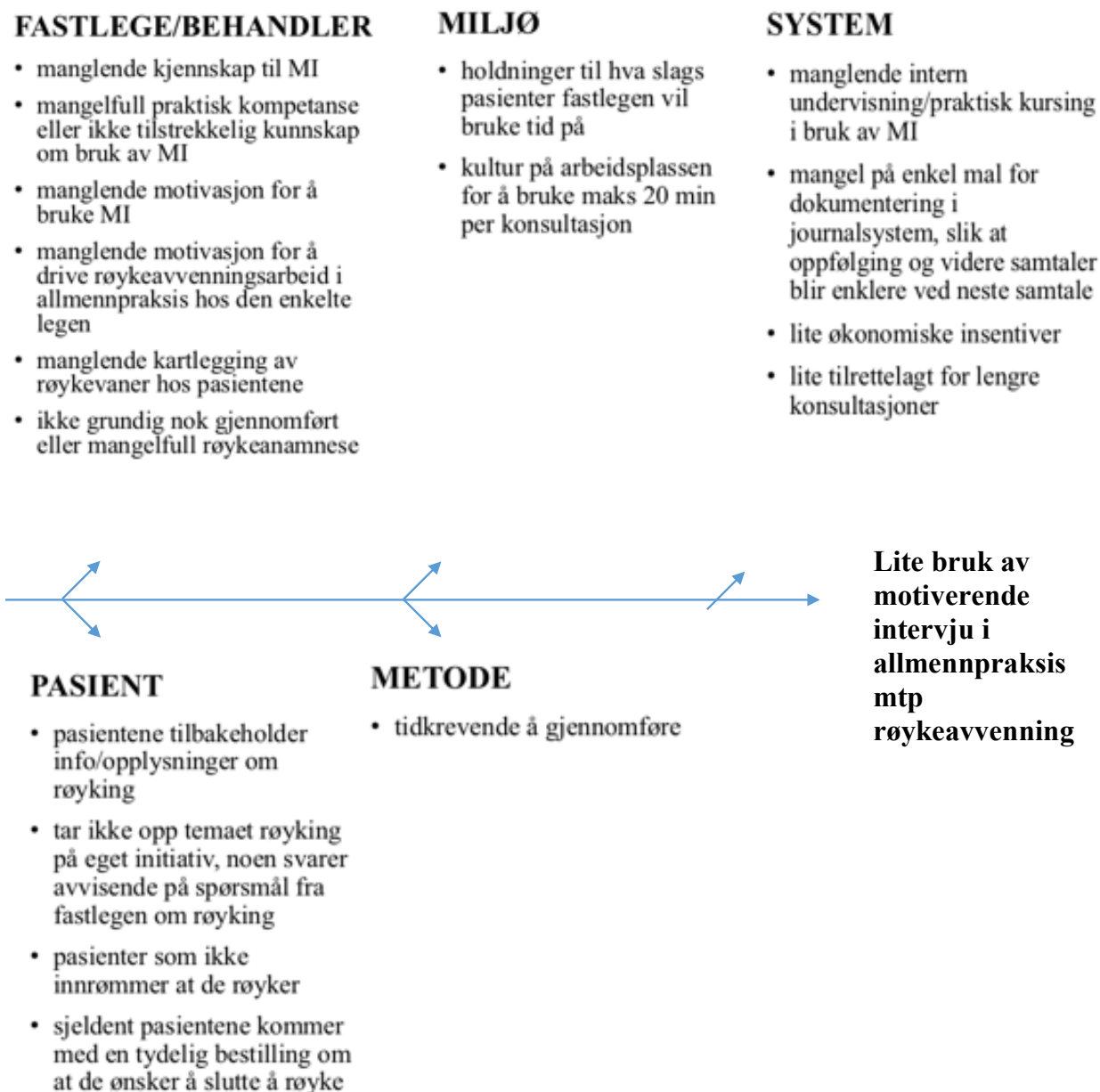
Aktuelle kvalitetsutfordringer i prosjektet vårt er både manglende bruk av MI i allmennpraksis og mangel på godt nok kjennskap til MI hos allmennpraktikere. Det har vært vanskelig å finne skriftlig dokumentasjon på at MI er generelt for lite brukt i allmennpraksis etter flere søk på internett og kontakt med fagpersoner.

Årsaker til lite bruk av MI i allmennpraksis

Fiskebensdiagrammet under (figur 1) er til hjelp for å kategorisere mulige årsaker til lite bruk av MI i allmennpraksis. Dette kan også være med på å synliggjøre sammenhenger mellom årsak og virkning. Som et eksempel kan det nevnes at intern undervisning på fastlegekontoret eller

praktisk kursing i bruk av MI, kan forbedre fastlegenes kunnskap om bruk av MI. Bedre kunnskap og kjennskap til MI, kan øke fastlegenes motivasjon til å anvende det i praksis.

Årsaker til lite bruk av MI i allmennpraksis (årsaker til kvalitetssvikt)



Figur 1. Fiskebensdiagrammet viser mulige årsaker til lite bruk av MI i allmennpraksis.

Kunnskapsgrunnlag

Metode

For å starte søket etter kunnskapsgrunnlag formulerte vi et PICO-spørsmål slik:

P Populasjon: Røykende pasienter (både motiverte og ikke motiverte pasienter)

I Intervensjon: Motiverende intervju

C Kontroll: Ingen intervensjon

O Utfall: Røykeslutt

Vi utførte flere pyramidesøk i kunnskapspyramiden McMaster PLUS med søkeordene ”motivational”, ”interview”, ”smoking” og ”cessation”. Vi utførte også søk på helsedirektoratet sine nettsider med søkeordene ”røykeavvenning” og ”røykeslutt”.

Søkeresultatene

I pyramidesøkene fant vi ingen kunnskapsbaserte retningslinjer, men under klinisk oppslagsverk fant vi UpToDate, EBM guidelines og Best Practice. Under systematiske oversikter var treff fra McMaster PLUS og under kvalitetsvurderte studier var ACP Journal Club og McMaster PLUS. I Helsedirektoratet sine nettsider fant vi nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning. Videre gikk vi inn på referanselisten til retningslinjene, som henviste til andre retningslinjer og oversiktsstudier. Vi har valgt å gå inn i nasjonal faglig retningslinje og to systematiske oversikter som har blitt brukt som kilder til retningslinjen innenfor anbefalingen av bruk av motiverende intervju ved røykeslutt.

Nasjonale faglige retningslinjer for røykeavvenning

WHO gjennomførte i 2010 en gjennomgang av tobakksarbeidet i Norge. De etterspurte et systematisk tilbud for tobakksavvenning (9). Helsedirektoratet tok på seg oppgaven om å lage en systematisk og kunnskapsbasert plan og tilbud for tobakksavvenning. Anbefalingene i Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning ble ferdigstilt i 2011 (10). Retningslinjene tar utgangspunkt i fastlegens arbeid med røykeavvenning, men mener at anbefalingene gjelder for alle som jobber med røykeavvenning.

Retningslinjene anbefaler at minimal intervensjon bør gjennomføres på alle egnede konsultasjoner. Dette innebærer å stille pasienten tre spørsmål: ”Røyker du?”, ”hva tenker du om det?” og ”jeg vil anbefale deg å slutte, og jeg kan hjelpe deg”. En systematisk oversikt viste at minimal intervensjon gjort hos fastleger økte andel røykfrie pasienter. Minimal intervensjon gjennomført hos 40 pasienter kan gi én røykfri pasient (NNT=40) (11). Minimal intervensjon vurderes også som et svært kostnadseffektivt tiltak. Retningslinjene anbefaler også at alle som ønsker å slutte å røyke bør få tilbud om strukturert hjelp til avvenning. Individuell veiledning og gruppeveiledning gir like gode resultater. Effekten blir større når den som skal røykeavvennes får tilbud om veiledning sammen med legemidler. Med strukturert veiledning og bruk av legemidler

kan opptil 40% lykkes med røykeslutt på et gitt forsøk sammenlignet med 19% i gruppen som fikk minimal intervensjon (12). Om bruk av MI sier retningslinjene at det har vist gode resultater i røykeavvenning. En systematisk kunnskapsoppsummering viser at motiverende intervju trolig fører til at flere slutter å røyke (13). Det anbefales sterkt bruk av MI og mener alle pasienter som ønsker å slutte å røyke bør få tilbud om strukturert veiledning. GRADE-klassifisering av minimal intervensjon sammenlignet med ingen intervensjon vurderes som moderat med RR = 1,66 (95% KI 1,42-1,94) (10). GRADE-vurdering ved bruk av flere konsultasjoner vs. en konsultasjon vurderes som høy med RR = 2,22 (95% KI 1,84-2,68) (10).

Oversiktsstudier

For minimal intervensjon og veiledning har arbeidsgruppen benyttet oppsummert forskning publisert i Cochrane library, blant annet ”Motivational interview for smoking cessation” (13).

”Motivational interviewing for smoking cessation” (13) er en systematisk oversiktsstudie fra 2019 som har evaluert effekten av bruk av MI sammenlignet med ingen intervensjon og annen form for behandling. Det ble undersøkt om det er forskjell i røykeslutt ved mer intensiv MI sammenlignet med mindre intensiv MI. Inkludert er 37 randomiserte kontrollerte studier med over 15,000 deltakere. Studiene ble utført i Australia, USA, Kina, India, Sør-Afrika, Spania og Storbritannia. Konsultasjoner med MI varierte fra 1 til 12 ganger med total varighet fra 5 til 315 minutter. Studiene varte minimum 6 måneder. Effekten av motiverende intervju mot ingen behandling for røykeslutt ga en RR = 0,84 (95% KI 0,63-1,12). Ved bruk av MI i tillegg til annen igangsatt behandling ga en RR = 1,07 (95% KI 0,85-1,36) for å oppnå røykeslutt. Behandling med MI med høyere intensitet sammenlignet med lavere intensitet ga RR = 1,23 (95% KI 1,11-1,37). 3 av de 5 studiene i denne sammenligningen hadde risiko for bias. Ved å ekskludere de ga en RR på 1,00 (95% KI 0,65-1,54), noe som endrer tolkningene av resultatene. Forfatterne konkluderer med at det ikke er tilstrekkelig evidens for at MI hjelper folk med å slutte å røyke sammenlignet med ingen intervensjon, som et supplement til annen type adferdsstøtte, eller sammenlignet med andre typer atferdsstøtte for røykeslutt. Det er også uklart om MI med høyere intensitet er mer effektiv enn MI med lavere intensitet. Studien har lav GRADE-vurdering. Det var vanskelig å vurdere effekten av MI da kvaliteten på forskningen ble vurdert som lav grunnet dårlig studiedesign, funnene i de forskjellige studiene varierte veldig eller det ikke var nok data.

Vurdering av kunnskapsgrunnlaget

Norsk retningslinje for røykeavvenning ble brukt som utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget i oppgaven vår siden den tar utgangspunkt i fastlegens rolle i røykeavvenning og fokuserer på norske forhold. Da vi vurderte kvaliteten på retningslinjene brukte vi sjekklister for vurdering av faglig retningslinje eller fagprosedyre (14). Det innebærer å vurdere 6 områder: Avgrensning og formål, involvering av interesser, metodisk nøyaktighet, klarhet og presisjon, anvendbarhet og redaksjonell uavhengighet. De 6 områdene inneholder til sammen 23 punkter hvor vi krysser av

for “ja”, “uklart” eller “nei”. Vi svarer “ja” på alle punkter og vurderer retningslinjene å være av god kvalitet.

De to mest sentrale oversiktsstudiene som ble brukt i utforming av anbefalingen om bruk av MI har evidens som varierer for bruk av MI i røykeavvenning. Evidensen for bruk av flere konsultasjoner sammenlignet med én er høy. Dette gjelder for behandling med strukturert veiledning, hvor bruk av MI også inngår. Vi vurderer evidensen for bruk av MI som ledd i røykeavvenning som usikker da studier hvor det er forsket på direkte sammenheng mellom MI og røykeslutt ikke har vært av god kvalitet, resultater har vært varierende og vist lav eller ingen signifikant effekt. Ved flere og bedre gjennomførte studier vil dette kunne endre dagens konklusjon.

Mikrosystem og dagens praksis

I forbindelse med vårt kvalitetsforbedringsprosjekt har vi kontaktet et fastlegekontor, Haugerud legekontor. Det er en stor fastlegepraksis med 9 fastleger, 6 vikarleger, 1 LIS-1 og 4 sekretærer. Vi har hatt kontakt via mail og telefon med en av fastlegene som jobber på dette fastlegekontoret.

For å plassere Haugerud legesenter i et sosioøkonomisk perspektiv har vi sett på Oslo kommunes beskrivelse av levekårsindikatorerne i den gitte bydelen. Ifølge tall hentet fra deres hjemmeside (15), scorer bydelen betydelig over gjennomsnittet når det gjelder indikatorerne lav utdanning og ikke fullført videregående skole. Bydelen scorer også godt over gjennomsnittet på de resterende indikatorerne (reduisert funksjonsevne, trangbodde, fattige barnehusholdninger, ikke-vestlige innvandrere med kort botid og dødsrater), 12 - 50 %. Vi kan derfor trekke en grov slutning om at dette er en befolkning som er mer tilbøyelige for å røyke, noe som er i tråd med Folkehelseinstituttets rapport om røyking og sosial ulikhet. De trekker frem at et hovedtrekk ved sigarettøyking er “sammenhengen med nær sagt alle mål på sosial ulikhet - som for eksempel utdanning, inntekt, yrke, sosial status og etnisitet - og om man røyker eller ei” (2). Vi anser dette som et riktig og viktig sted for å igangsette vårt kvalitetsforbedringsprosjekt, da vi ut fra dataene over antar at dette er en pasientpopulasjon som har nytte av motiverende intervju for å redusere sigarettøyking.

Vår kontaktperson, Silja Rekdal, forteller at hun bruker MI av og til og spesielt i samtaler som handler om røykeslutt. Hun forteller at hun ikke bruker MI så strukturert som man kanskje kunne. Hun presiserer at det er en del variasjoner i bruk av MI mellom de ulike legene på kontoret og er enig i at det er et forbedringspotensiale når det gjelder bruk av MI i samtaler som handler om røykeavvenning i allmennpraksis.

Det var vanskelig å skaffe et konkret tall over antall konsultasjoner som handlet om røykeavvenning uten å be legene på Haugerud legekontor føre statistikk. På spørsmål om å gi et anslag forteller Rekdal at det hos henne blir nevnt en til to ganger daglig i snitt. Ca en til to ganger i uka blir det en litt mer omfattende samtale om røykeavvenning. Hun anslår at dette også

gjelder hennes kollegaer og på bakgrunn av dette kan vi estimere at det dreier seg om ca 18 pasienter ukentlig, fordelt på 9 leger.

Kvalitetsindikatorer

Hovedmålet for prosjektet er å øke bruken av MI ved røykeslutt, da dette brukes lite og er en anbefalt metode fra Helsedirektoratet. For å vurdere effekten av kvalitetsforbedringsprosjektet trengs noen målbare kvalitetsindikatorer som kan hjelpe oss å belyse effekten på forskjellige måter. Det er relativt enkelt å måle hvor mange ganger MI blir brukt, men det er mer vanskelig med et objektivt mål på hvordan det brukes og hvilken kvalitet bruken av metoden har.

Prosessindikator

Takst 102 for arbeid med røykeavvenning i allmennpraksis kan brukes av fastleger opptil to ganger per år per pasient, og lyder: «Oppstart (første konsultasjon) av individuell strukturert røykeavvenning som ledd i behandling av sykdom, i henhold til Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning» (16). Denne taksten på 150 kr kan både brukes som insentiv for legene til å starte opp strukturert røykeavvenning på en pasient, og den kan fungere som en enkelt målbar kvalitetsindikator for prosjektet. Dette er en indikator som sier noe om hvilken tilbud en pasient mottar og hvor ofte helsepersonell utfører prosedyrer (som MI) og er derfor en prosessindikator.

For å lage en tidsserie skal andel av konsultasjoner hvor takst 102 blir brukt, måles i 3 måneder før prosjektet og under prosjektet. Dette er en enkel måling som er lett å bruke i en tidsserie. Fordelen er at den er enkel å telle, men på en annen side gir den ikke noe svar på kvaliteten av konsultasjonene, i tillegg til at legene nødvendigvis ikke trenger å bruke MI som ledd i strukturert røykeavvenning for å kunne bruke taksten. På tross av dette tenker vi at det kan være nyttig å bruke indikatoren i en tidsserie som en pekepinn på om prosjektet fører til forbedring.

Måling av takst 102 sier lite om hvor mange oppfølgingstimer hver pasient får eller trenger etter at det har vært en oppstartsamtale om strukturert røykeavvenning. Derfor bør legene selv krysse av på et skjema for hver gang de har brukt MI i hensikt røykeavvenning. Dette er for å fange opp de gangene MI blir brukt i hensikt røykeavvenning, men hvor takst 102 ikke kan brukes. Dette krever bidrag fra legene selv, da vi må stole på at de huker av hver gang de bruker metoden. Rent praktisk innebærer det at legene krysser av på et skjema hver gang de bruker motiverende intervju i hensikt røykeslutt. For å få en baseline, starter også denne måling 3 måneder før prosjektets start og fortsetter under prosjektets gang. Dette er en prosessindikator som foregående og har en feilkilde i at det krever at legene er oppmerksomme på når de bruker MI og at de da husker å sette et kryss. Gjennom måling av dette får man en videre syn på hvor ofte MI brukes og gir oss komplementerende informasjon i tillegg til takst 102. Den er også med på å bevisstgjøre og minne legene på MI og det pågående prosjektet. Dette er et kvantitativt mål da

man teller antall ganger MI blir brukt, men hva og hvor lenge en motiverende samtale skal være for å kvalifisere for et kryss er opp til legenes subjektive vurdering, men det er viktig at metoden brukes i hensikt røykeavvenning.

Strukturindikator

De to første indikatorene sier noe om hvor ofte MI blir brukt, men ingenting om kvaliteten. For å vite noe om effekten på prosjektet er det også viktig å vite at metoden ikke bare blir brukt, men blir brukt med god kvalitet. Kompetansesenter for rus i Bergen (KoRus-Bergen) har på oppdrag av Helsedirektoratet opprettet MI-analyse, et nasjonalt veiledningssenter for MI (17). Hensikten med dette er å bedre fagpersoners kompetanse innenfor MI og veiledning i bruk av MI. Etter skriftlig samtykke fra pasient på standardisert samtykkeskjema fra KoRus (se vedlegg 1), tar legen et opptak av en konsultasjon med en pasient hvor MI brukes (18). Det er viktig at legen passer på at ingen sensitive opplysninger er med på opptaket og at det som sies er anonymisert. Det er anbefalt at konsultasjonen er minimum 30 minutter og at 20 av disse kodes og gis tilbakemelding på. Legen må også tydeliggjøre før innsending av opptak hvilken som er målatferden i samtalen noe som i dette prosjektet vil være røykeslutt. For koding av samtalen brukes de strukturerte kodingsverktøyene MITI og CLAMI. Den første brukes for å kartlegge behandlerens bruk av metoden og den andre brukes for å kode pasientens endringssnakk og andre viktige elementer for MI (19). Scoren angis som et tall mellom 1-5, hvor 3 eller bedre anses som adekvat MI-atferd. Som strukturindikator kan vi bruke fastlegenes scorer på en MI-analyse gjort tidlig i prosjektet og sammenligne denne med en MI-analyse gjort på slutten av prosjektet. Man kan også tenke seg at det finnes en sammenheng mellom antall MI-analyser utført og legenes kompetanse, da hver analyse kommer med tilbakemeldinger og tips for forbedring. Derfor kan antall MI-analyser utført gjennom hele prosjektet også brukes som en indirekte strukturindikator.

Tiltak for å øke bruk av MI

For å nå målene om røykeslutt via økt bruk av MI trengs både en kompetanseheving hos legene og annet personell på legekantoret, men også økt fokus på temaet røykeavvenning som helhet. Kompetansesenter for rus skriver på sine hjemmesider om at det viktigste for “best practice” for implementering og opplæring innenfor MI er at det skjer som en kombinasjon av strukturerte workshops hvor man lærer teknikken og strukturerte tilbakemeldinger på sin egen praksis (20). Dette er noe vi skal prøve å oppnå gjennom vårt prosjekt.

Heve kunnskapsnivået om MI før kurs

Etter at prosjektet er solgt inn til legekantoret tenker vi at det første tiltaket er utdeling av et lettlest kompendium med informasjon om MI. Dette er for at legene skal ha et likt utgangspunkt i kunnskap om MI før selve opplæringen begynner, uavhengig av forkunnskaper. Dette kompendiet skal bestå av tekster fra Helsedirektoratets hjemmesider om MI. Vi lager dette som et kompendium på papir som deles ut før prosjektet. I tillegg har Helsedirektoratet gjennom lege Herman Egenberg og kursholder i MI Solveig Høegh-Krohn laget en podcast på 4 avsnitt som retter seg mot helsepersonell som bedre vil lære seg MI (6). Også denne kommer til å bli presentert som opplæringsmateriale i starten av prosjektet.

Introduksjonskurs

Det skal holdes et introduksjonskurs for legene på kantoret hvor en ekstern underviser, eksempelvis Solveig Høegh-Krohn fra podcasten om MI, kan holde en kort introkurs under et lunsjmøte første uken i prosjektet. Dette blir et introkurs hvor MI-teknikken raskt gjennomgås, men hvor det også blir tid til noen praktiske øvelser.

Lunsjworkshops

Etter introkurset er det viktig at det fortsetter å være fokus på å videreutvikle legenes ferdigheter innenfor MI. Dette kan gjøres gjennom lunsjworkshops under resten av prosjektet. Fokus under disse møtene vil være å ta opp problemer legene har møtt ved bruk av MI med pasienter, praktiske øvelser og å skape et forum for kollegial støtte. Disse workshopene planlegges og settes opp av prosjektgruppen, som også vurderer prosjektet underveis, og som da kan tilpasse innholdet til å møte de problemene som oppstår underveis og utfordringene fastlegene på legekantoret møter. Prosjektgruppen kan også bruke dette som en mulighet til å presentere hvordan prosjektet forløper og hvilken resultater det har gitt så langt i form av antall MI-analyser gjennomført og andel konsultasjoner med MI.

MI-analyse

MI-analyse er tidligere nevnt for å brukes som strukturindikator for vurdering av kvaliteten på prosjektet. Tilbudet er finansiert av Helsedirektoratet og dermed gratis for legene å bruke. Dette kan, i tillegg til sin rolle i prosjektet som kvalitetsindikator, også brukes som et ledd i opplæring av fastlegene. Som kvalitetsindikator kreves det at legene gjennomfører en MI-analyse i starten

av prosjektet og en i slutten, men for kompetanseheving er det bra at de gjør det så ofte de klarer og har lyst. Dette skal oppfordres til i starten av prosjektet og minnes om under lunsjworkshops. Etter gjennomført analyse får legene tilsendt en epost med scorer, kommentarer, tips og råd i tillegg til spørsmål om de ønsker å få veiledning via telefon i etterkant (19). Hvis legene får inn rutine på å bruke MI-analyse, er også dette noe som kan være med på å bevare en kompetanseheving etter prosjektets avslutning.

Avkryssningsskjema for registrering av MI-bruk

Avkryssningsskjemaet vi skal bruke for å telle antall ganger legene bruker MI, er først og fremst for å måle en kvalitetsindikator, men kan også fungere som en påminnelse for legene om prosjektet og bruken av MI. Tanken er at dette er et skjema som hver enkel lege har liggende på pulten på kontoret, hvor de setter et kryss når de har hatt en konsultasjon hvor MI brukes i hensikt røykeslutt.

Mal for dokumentasjon i journalsystem

Motiverende intervju går gjerne over flere konsultasjoner. Å ta opp tråden ved neste konsultasjon kan være krevende om man som lege ikke har dokumentert godt nok hva som skjedde i forrige time. Vi ønsker i forkant å utarbeide en journalmal som enkelt kan brukes som dokumentasjon for en MI-sesjon. Alt som kan forenkle legenes hverdag og som minsker ekstra tidsbruk grunnet bruken av MI, er hensiktsmessige tiltak for å bedre bruken av MI. Malen skal lages som standardiserte overskrifter som legen kan skrive noen punkter under og som da gjør det raskere å skrive journalen etter bruken av MI.

Involvering av andre ansatte på kontoret

Det å involvere andre ansatte på kontoret, gjør det lettere å holde fokus på prosjektet, da alle er involvert og kan hjelpe hverandre. En mulighet for å involvere sekretærene er at de kan være oppmerksomme på dagens timer og skrive opp "MI-kandidat?" i timeboken, hvis det er pasienter som de vet røyker, enten fra tidligere journal eller på annen måte. Slik får legen hjelp til å huske å ta opp tematikken og enten bruke MI med en gang eller sette opp ny time for MI og diskusjon om pasientens røykevaner. Sekretærene får ikke med alle pasienter på denne måten, men det er et forslag til involvering.

Plakater/brosjyrer med informasjon om MI

For å hele tiden minne legene på prosjektet og på at de skal gjennomføre MI med sine røykende pasienter, tenker vi å sette opp informasjonsplakater på toalett og felleskjøkken. I tillegg dele ut små informasjonsskriv med enkle tips/råd som legen kan ha på pulten sin for å minne seg selv på de forskjellige delene av samtalen i MI og så videre.

Prosess/ledelse/organisering

Implementering og oppfølging av prosjektet

For å lede og organisere forbedringsprosjektet bør det opprettes en prosjektgruppe bestående av:

- 1 fastlege
- 1 vikarlege
- LIS1-lege
- 1 sekretær

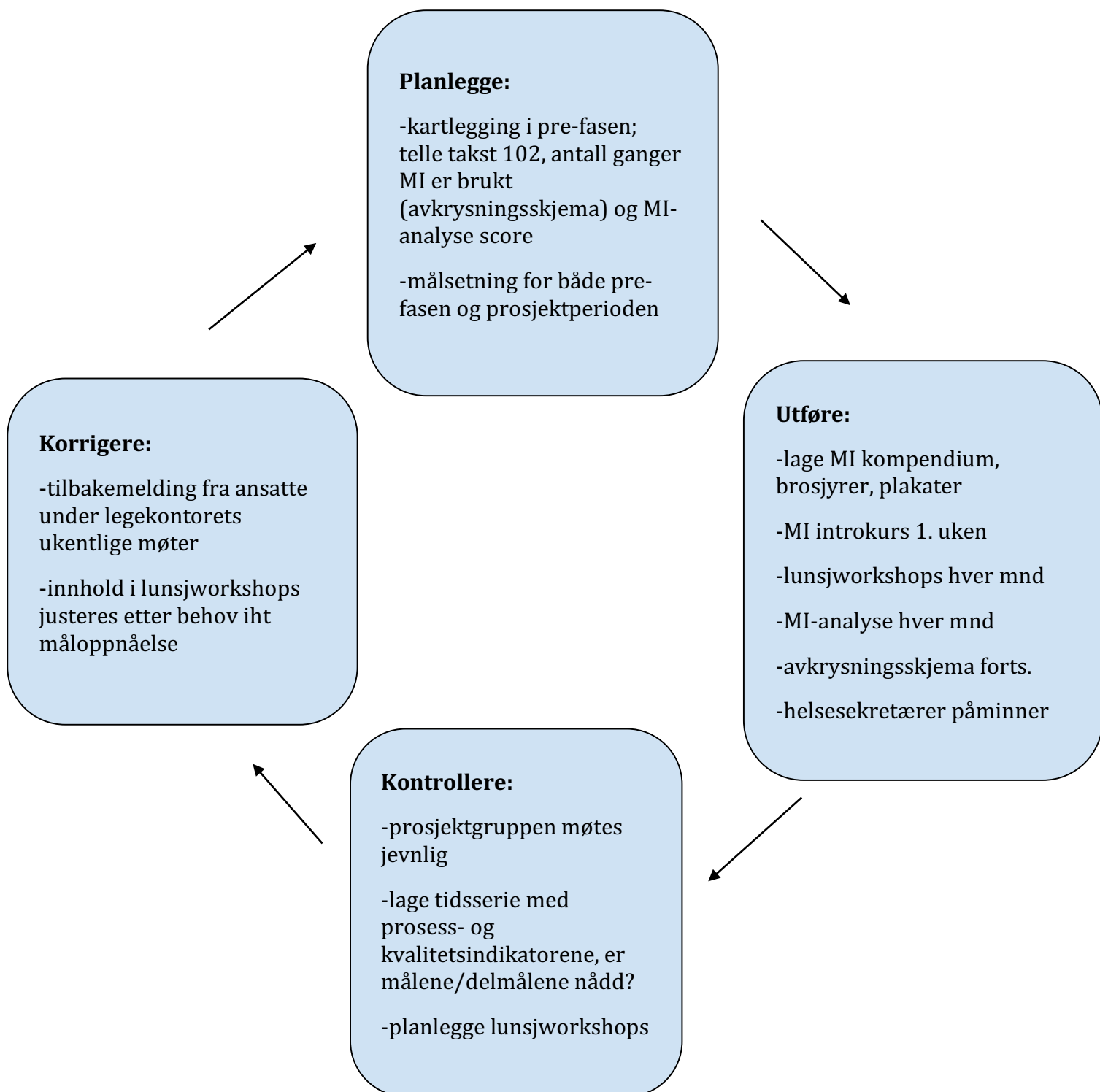
Det er hensiktsmessig å inkludere en representant fra hver yrkesgruppe, slik at prosjektet har en felles visjon og ikke oppleves som et tiltak ovenfra, samt at fastlegen, vikarlegen og LIS1-legen kan belyse ulike perspektiver og utfordringer fra deres erfaringer. Det er viktig med involvering av helsesekretær, da de har oversikt over konsultasjoner og pasientene. På fastlegekontoret vi har valgt er det ingen ansatte sykepleiere, så det ovenstående inkluderer alle yrkesgrupper i kontakt med pasienter.

Et viktig utgangspunkt for å kunne forankre kvalitetsforbedringsprosjektet vårt i ledelsen, er å overbevise de om å starte opp prosjektet på deres legesenter. Dette ønsker vi å gjøre med informasjonsmøtet, samt presentere en felles visjon som de ansatte kan tilslutte seg. For at dette skal være bærekraftige tiltak i en hektisk fastlegepraksis, er det viktig at fastlegene ikke opplever det som et økonomisk tap, og det blir viktig å understreke takst 102 på informasjonsmøtet.

Prosjektet vil ha en varighet på 6 måneder hvorav prosjektgruppen møtes annenhver uke de første 3 månedene, og månedlig de siste 3 månedene. Dette for å se på utviklingen i bruk av MI, legenes kompetanse i MI, målsettinger i prosjektet, og utfordringer. En viktig del av oppfølgingen av prosjektet vil være i legekontoets ukentlige interne lunsjmøter, der alle ansatte er tilstede. Her vil man kunne presentere framgang i henhold til målene som er satt.

Gjennomføring av prosjektet

For våre kvalitetsindikatorer og tiltak vi ønsker å iverksette, vil vi benytte oss av PUKK sirkel som illustrert i figur 2. Denne figuren viser hvordan vi ønsker å iverksette og gjennomføre prosjektet vårt. I forkant av prosjektet vil vi ha en pre-fase på 3 mnd for registrering av nåværende praksis, samt at alle fastleger gjennomfører en MI-analyse. Dette gir oss et sammenligningsgrunnlag. Selve prosjektet vil ha en varighet på 6 mnd.



Figur 2. PUKK sirkel, et viktig verktøy i kvalitetsforbedringsprosjektet.

Målsetninger for prosjektperioden:

-prosjektgruppen møtes annenhver uke de første 3 mnd, og månedlig de siste 3 mnd

-lager tidsserie med

- antall takst 102
 - mål: 100% økning innen 6. mnd
- antall MI-konsultasjoner
 - mål: 100% økning innen 6. mnd
- MI-analyse score
 - mål: gjennomsnittlig global score på 3,5 eller høyere innen 6. mnd

-alle fastleger benytter avkryssningsskjema for MI-konsultasjoner

-alle fastleger gjennomfører MI-analyse månedlig

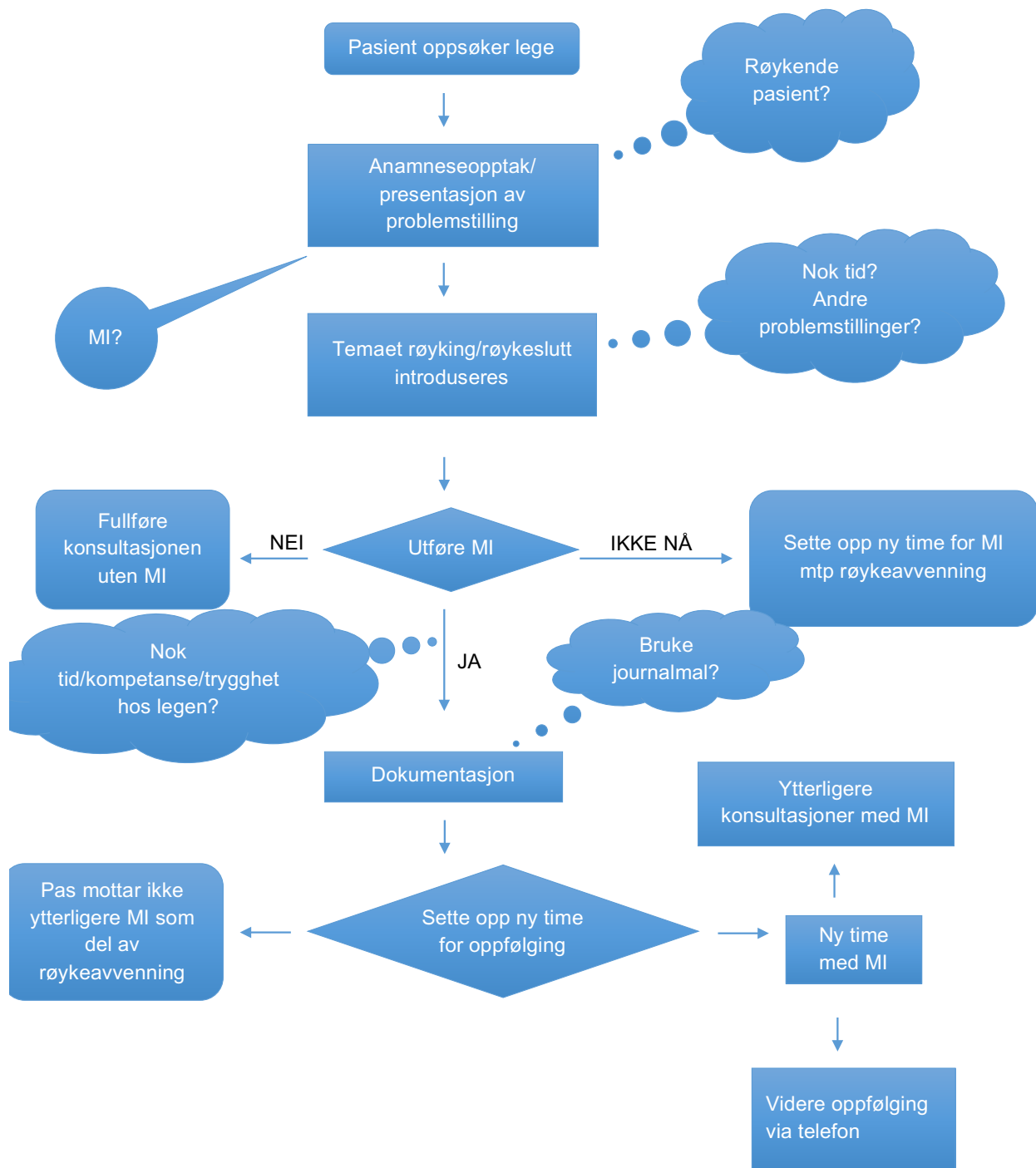
(kan også gjennomføre hyppigere, etter eget ønske, men minimum månedlig)

-MI introduksjonskurs første uken, i lunsjpause

-MI lunsjworkshops, månedlig

-helsesekretærene påminner legene om bruk av MI, og potensielle MI-kandidater ved å skrive dette inn i timebøkene

For å gjøre det enklere blant legene i vurderingen av bruk av MI i en konsultasjon, har vi også utarbeidet et flytskjema for hvordan legene kan gå frem i møte med røykende pasienter, som vist i figur 3.



Figur 3. Flytskjema som illustrerer hvordan vi ønsker at fastlegepraksisen bør være i møte med røykende pasienter.

Hvordan vet vi at det som måles av endringene er en forbedring?

Vi måler antall ganger takst 102 er benyttet, antall MI-konsultasjoner, samt MI-analyse score, og presenterer dette i tidsserier. Da vi ønsker å øke bruk av MI som ledd i røykeavvenning, vil en målbar økning i antall konsultasjoner der MI brukes være en viktig forbedring. Videre vil takst 102 vise antall der det er startet opp en prosess for røykeavvenning. For å finne ut om endringene observert i tidsseriene er reelle forbedringer og ikke tilfeldige variasjoner, må det gjennomføres statistisk prosesskontroll. En styrke i tidsserien er også målingene gjort i pre-fasen, som også vil være en pekepinne på eventuelle tilfeldige variasjoner.

Motstand mot endring og håndtering av denne

Et viktig utgangspunkt for gjennomføring av prosjektet er at legekantoret selv ønsker å implementere det og har en felles visjon om hvorfor dette er viktig. Denne felles visjonen for det enkelte legekantoret må diskuteres av prosjektgruppen, eller i et av de interne ukentlige møtene med alle ansatte tilstede. Det kan derimot oppstå motstand når det gjelder metodene som brukes for å oppnå målet og tiden prosjektet krever. Løsningen på dette vil være at man er åpen for tilbakemeldinger under de ukentlige interne møtene, som prosjektgruppen da kan ta med seg i den videre planleggingen og gjennomføringen av prosjektet.

Innføring av dette prosjektet krever investering av tid, og en utfordring blir om de ansatte er villige til å sette av nok tid. Å delta på lunsjworkshopene er et viktig ledd i utviklingen av legenes kompetanse i MI. Vi hadde i utgangspunktet tenkt å ha månedlige fagdager over en halv dag, men da dette blir mer tidkrevende har vi valgt å ha lunsjworkshops i stedet, der det blir en lengre lunsj en gang i måneden med faglig innhold.

Deltakelse i prosjektet vil også kunne oppleves som et økonomisk tap, da dette er tid som kunne ha blitt brukt på konsultasjoner. Ekstra tidsbruk i forbindelse med prosjektet blir en lengre lunsj en gang i måneden, og de jevnlige møtene til prosjektgruppen. Avkryssningsskjema og påminnelse om bruk av MI fra helsesekretærene krever minimalt med tid. En økonomisk fordel for legene vil være å ta i bruk takst 102. Deltakelse i prosjektet øker kompetansen hos legene, og setter fokus på arbeid med røykeavvenning, noe som gjerne fører til at legene tar opp dette med flere pasienter, og kan ta i bruk takst 102 flere ganger enn det som har vært praksis tidligere. I tillegg vil den økte kompetansen i MI kunne senke terskelen hos legene for å ta opp røykeavvenning med pasientene.

En måte for helsesekretærene å påminne legene om bruk av MI og potensielle MI-kandidater er notering av det i timeboken. Dette kan oppleves som stempling av pasientene. Utfordringen her imøtekommer vi ved å bruke "MI-kandidat" fremfor "røyker".

Implementering i daglig drift

Flere av tiltakene innført i prosjektet er kontinuerlige, og ikke tidsbegrensede, og vil dermed bidra til implementeringen i daglig drift langsiktig. Dette inkluderer plakater, brosjyrer og MI-kompendier på kontoret. I tillegg vil journalmalen for MI-konsultasjoner være tilgjengelig, og vil også kunne fungere som en påminnelse for bruken av MI.

Et årlig MI-kurs for en forfriskning av kunnskapen, f.eks i regi av det nasjonale veiledningssenteret KoRus Vest Bergen, er gunstig for å opprettholde kompetansen blant legene. MI-kompetansen deres kan så vurderes med to årlige MI-analyser lagt i forkant og etterkant av det årlige MI-kurset, hvor målet er å opprettholde en minimum gjennomsnittlig score på MI-analyse blant legene. Gitt at den gjennomsnittlige scoren på legekantoret, målt i etterkant av det årlige kurset, ikke når opp til målet, kan man ha flere kurs for å etterkomme målet.

Diskusjon/Konklusjon

Det viktigste først: å slutte å røyke vil innebære både helsemessige og økonomiske fordeler for pasientene. Det vil redusere mortaliteten og betydelig redusere risikoen for en rekke røykerelaterte sykdommer, spesielt hjerte- og karsykdom og kreftsykdommer. Det er ikke ofte man kan oppnå en slik helsegevinst gjennom såpass enkle og rimelige tiltak. Dette var en av grunnene til at vi valgte dette prosjektet. Vi har gjennom medisinstudiet blitt introdusert for konseptet motiverende intervju og selv fått forsøke det i møte med pasienter. Det var viktig for oss å velge et prosjekt vi hadde tro på at kunne føre til en reell positiv endring for både lege og pasient. Under arbeidet med prosjektet ble det dessverre raskt klart at bruken av MI i arbeid med røykeslutt ikke er støttet av et sterk evidens. Kunnskapsgrunnlaget er rett og slett svakt. Dette er ikke de eneste svakhetene vi har kommet frem til. En mulighet er at prosjektet, gitt at det lykkes, vil føre til flere konsultasjoner og friskere pasienter på sikt. Dette under premisset om at røykere er/blir sykere enn ikke-røykere og derfor oppsøker legen oftere. Det er dog ikke sikkert at færre røykere er ensbetydende med færre pasienter da mange av pasientene som røyker har sykdommer som vil trenge oppfølging av lege uavhengig av en eventuell røykeslutt. Vi må også bemerke at det slettes ikke er slik at alle som røyker blir syke. Status for fastleger i Norge i dag er nok uansett ikke at de generelt har problemer med å fylle listene sine, uavhengig av røykestatus. Dette velger vi derfor å ikke vekte særlig tungt, særlig om man ser det hele i et etisk perspektiv.

En annen utfordring er organisasjon av prosjektet og motivasjon hos legene det berører. Det krever både tid og engasjement og en fastlege som er villig til å utfordre både seg selv og pasienten sin. Noen fastleger vil kunne føle at det er krevende å gjennomføre et slikt prosjekt, og vi er da avhengig av å gi riktig informasjon og veiledning både i forkant og underveis for at prosjektet skal lykkes.

Fastlegeordningens struktur kan også by på problemer. Den er ikke tilrettelagt for lengre konsultasjoner ifølge helseministerens brev til fastlegene tidligere i år (21). Dette hevder mange at resulterer i legekontor hvor effektivitet er førsteprioritet, noe som gir fulle timebøker med mange og korte konsultasjoner. Vårt prosjekt vil kreve multiple og mulig også lange konsultasjoner. Om dette vil koste staten mer penger er vi usikre på, mulig vi tjener inn kostnadene på lengre sikt om flere pasienter klarer å kutte røyken. På den andre siden mener vi prosjektet både vil kunne styrke lege-pasient forholdet og dermed styrke tilliten mellom partene. I tillegg vil legene som er med på prosjektet kunne bruke MI i andre anledninger, noe som vil kunne sees på som en generell kompetanseheving blant fastlegene.

Man kan også tenke at røykere utgjør en pasientpopulasjon med avvikende helseatferd og som generelt oppsøker lege sjeldnere. Vårt prosjekt kan kanskje fungere som en inngang inn i tettere oppfølging og bedre forebygging av helseplager for denne allerede utsatte pasientgruppen. La oss kaste et blikk tilbake på mikrosystemet vårt: Haugerud ligger i Bydel Alna og et enkelt søk

på levekårsindikatorer forteller at bydelen har en gjennomsnittlig dødelighet på 17%, dette er 2,4 % høyere enn Oslos totale dødelighet (22). Den samme kilden viser at antall innbyggere med lav utdanning er 31%, høyt sammenliknet med hele Oslo (18%). Det disse tallene er ment å illustrere er at bydelen har en pasientpopulasjon med lavere sosioøkonomisk status som vi mener har “mye helse å hente” i tiltak som vi foreslår i vårt prosjekt.

Vi vurderer dette prosjektet som kostnadseffektivt da det ikke vil være spesielt dyrt å igangsette eller gjennomføre prosjektet. Vi anser at prosjektets fordeler veier tyngre enn de potensielle ulempene, og at særlig denne pasientpopulasjonen har mye å hente på en eventuell røykeslutt. Vi anser også at å heve kompetansen til fastleger på MI- teknikken vil kunne bidra positivt for pasienter med en rekke andre plager og lidelser, og at det vil styrke lege-pasient relasjonen.

Til sist må vi igjen diskutere det svake kunnskapsgrunnlaget. Skal vi virkelig bruke tid og penger på noe vi ikke er sikre på at fungerer? Her er det enkle svaret nei, men dette ønsker vi å problematisere. Selvfølgelig ønsker vi ikke å utsette pasientene våre for den påkjenningen det muligens er å gjennomgå en slik prosess unødvendig.

Vi vurderer at dette prosjektet bør gjennomføres, dette til tross for usikkert kunnskapsgrunnlag. Ved gjennomføring av prosjektet vil leger og annet helsepersonell få økt kunnskap og innsikt i behandling av røykeavvenning, dette i tråd med de etiske reglene fastsatt av den Norske Legeforeningen som presiserer at en lege “skal verne menneskets helse” og videre at en lege skal “ hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den.” (23). Noe vi tror og håper prosjektet vårt vil bidra til.

Referanser

1. Statistisk sentralbyrå. Røyk, alkohol og andre rusmidler[oppdatert 19.januar 2019; lest 24.oktober 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/royk>
2. Folkehelseinstituttet. Røyking og sosial ulikhet[oppdatert 9.juni 2018; lest 27.september 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/bruk-av-tobakk/royking-og-sosial-ulikhet/>
3. Helsenorge. Helseskader ved røyking[oppdatert sept 2019; lest sept 2019]. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/snus-og-roykeslutt/helseskader-av-royking>
4. Helsedirektoratet. Vanlige utfordringer ved røykeslutt[oppdatert desember 2016; lest sept 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/roykeavvenning/vanlige-utfordringer-ved-roykeslutt>
5. Helsedirektoratet. Motiverende intervju som metode[oppdatert mars 2017; lest sept 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>
6. Helsedirektoratet. Motiverende intervju (MI)[lest 15.oktober 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>
7. Barth T. Motiverende Intervju: hvorfor og hvordan benytte denne samtaleteknikken?[oppdatert 2014; lest 2.oktober 2019]. Tilgjengelig fra: <http://www.forebygging.no/artikler/2014-2012/motiverende-intervju-hvorfor-og-hvordan-benytt-denne-samtaleteknikken/>
8. Helsedirektoratet. Strukturert hjelp til røykeavvenning[oppdatert 13.desember 2016; lest 9.oktober 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/roykeavvenning/strukturert-hjelp-til-roykeavvenning>
9. WHO. Evaluering av arbeidet med tobakksforebygging i NorgeOslo[oppdatert april 2010; lest 12.oktober 2019]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-fha/tobakk/who_rapport_norsk.pdf
10. Helsedirektoratet. Røykeavvenning[oppdatert 13. desember 2016; lest 15.oktober 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/roykeavvenning>
11. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013;(5):Cd000165.
12. Ivarsson BH. Det Motiverande Samtalet om Tobaksvanor. Tobak och avvänjning. Sverige: Statens folkhälsoinstitut; folkhälsoinstitut S; 2004.
13. Lindson-Hawley N, Thompson T, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. Update 2015;2(3).
14. Helsebiblioteket. Sjekklister[oppdatert 3.juni 2016; lest 5.november 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
15. Oslo kommune Bff. Bydel Alna: Faktaark om befolkning, levekår og bomiljø[oppdatert 6.mars 2017; lest 4.oktober 2019]. Tilgjengelig fra: https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13201673-1488818131/Tjenester_og_tilbud/Politikk_og_administrasjon/Statistikk/Faktaark_bydelene_2017/12_Bydel_Alna.pdf

16. Hermansen M. Normaltariff for fastleger og legevakt 2019-2020: Den norske legeforening [oppdatert juni 2019; lest 14.oktober 2019]. Tilgjengelig fra: <https://normaltariffen.legeforeningen.no/asset/pdf/Fastlegetariffen-2019-2020.pdf>
17. KoRus. MI analyse: KOMPETANSESENTER RUS — REGION VEST BERGEN [lest 28.oktober 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.korusbergen.no/motiverende-samtale/mi-analyse/>
18. KoRus Bergen. Forespørsel om samtykke til innspilling og koding av samtale[lest 1.november 2019]. Tilgjengelig fra: <http://korus.azurewebsites.net/wp-content/uploads/2017/01/klientsamtykke-om-innspilling-og-koding-av-samtale.pdf>
19. KoRus. Mer om MI analyse: KOMPETANSESENTER RUS — REGION VEST BERGEN [lest 12.oktober 2019]. Tilgjengelig fra: <http://korus.azurewebsites.net/index.php/mer-om-mi-analyse/>
20. KoRus. Motiverende samtale og implementering: KOMPETANSESENTER RUS — REGION VEST BERGEN [lest 12.oktober 2019]. Tilgjengelig fra: <http://korusbergen.no/index.php/motiverende-samtale-og-implementering/>
21. Aftenposten. 450 fastleger varslet om at de bruker for mye tid med pasientene[oppdatert 6.oktober 2019; lest 25.oktober 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/norge/i/BRnxd9/450-fastleger-varslet-om-at-de-bruker-for-mye-tid-med-pasientene>
22. Oslo kommune. Levekårsindikatorer[lest 25.oktober 2019]. Tilgjengelig fra: <https://bydelsfakta.oslo.kommune.no/bydel/alna/levekaar/>
23. Den Norske Legeforening. Etske regler for leger[lest 5.november 2019]. Tilgjengelig fra: <https://beta.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etske-regler-for-leger/>

Vedlegg

Vedlegg 1) Forespørsel om samtykke til innspilling og koding av samtale (18)

Dette er et spørsmål til deg om å samtykke til at din behandler kan gjøre lydopptak av en av deres samtaler. Videre er det en forespørsel om samtykke til at en eller flere fagpersoner ved MI-Analyse ved Korus Bergen, Stiftelsen Bergensklinikkene kan gjøre en vurdering av lydopptaket i etterkant.

Hva er MI-Analyse?

MI-Analyse er et nasjonalt veiledningssenter som på oppdrag fra Helsedirektoratet bistår fagpersoner i å dyktiggjøre seg i den evidensbaserte behandlingsmetoden «Motiverende samtale», og består av fagpersoner som utgjør en gruppe av MI-kodere. Deres funksjon er å gi en vurdering av behandlerens evne til å utføre terapi i tråd med prinsippene i behandlingsmetoden Motiverende samtale. Vurderingen gjøres i form av et skåringsskjema basert på en forskningsutviklet kodingsmanual for MI; Motivational Interviewing Treatment Integrity, 4.2.1 (MITI). Vanligvis kodes inntil 20 minutter av en samtale. Det er kun behandler uttalelser som blir kodet og analysert.

Hvilke opplysninger om meg formidles?

Behandleren din har ansvar for at ingen opplysninger som kan identifisere deg (navn, personnummer, adresse og telefonnummer) oppgis ved innspilt og innsendt samtale. Dette samtykkeskjemaet inneholder ditt navn, fødselsdato og signatur, og skal derfor ikke sendes til MI-Analyse, men oppbevares av din behandler i din journal.

Personvern

Lydfilen vil bli hørt av én eller flere av MI-Analyse-koderne. Alle har taushetsplikt jfr. Helsepersonelloven. Taushetsplikt innebærer forbud mot å gi ut sikkerhetsbelagt informasjon, dette inkluderer også innspilt klientsamtale. Lydfilen og tilhørende transkript av den del av samtalen som ønskes skåret, lastes elektronisk opp til MI-Analyse ved Stiftelsen Bergensklinikkene av din behandler. Selve opplastningen skjer elektronisk gjennom kryptert sikker linje og er godkjent av Datatilsynet. Lydfilen slettes automatisk etter 60 dager. Lydfilen ligger på en sikker webserver og tilhørende transkript vil oppbevares i et sikret låsbart arkivskap på KoRus Bergen, Stiftelsen Bergensklinikkene i inntil 60 dager og makuleres deretter.

Frivillighet

Din deltakelse er frivillig. Dersom du ikke ønsker at din behandler skal videreformidle lydopptak av samtale med deg til MI-Analyse, trenger du ikke å oppgi grunn. Du kan når som helst og uten begrunnelse avbryte din medvirkning etter at samtalen er spilt inn. Om det skulle dukke opp noen spørsmål etter at samtalen er spilt inn, er du velkommen til å kontakte MI- Analyse.

Klientsamtykke

Behandlerens navn:

Klientens navn:

Klientens fødselsdato:

Jeg har fått informasjon og samtykker til at min behandler sender lydopptak med tilhørende transkript av min behandlingstime til MI-Analyse ved KoRus Bergen, Stiftelsen Bergensklinikkene, i henhold til prosedyren beskrevet over:

Sted: Dato: ____ / ____ 20 ____

----- (signatur klient)