

Internkontroll på et allmennlegekontor

Sammendrag

Internkontroll skal sikre faglig forsvarlige helsetjenester gjennom kontinuerlig forbedringsarbeid. Fjellsiden legesenter har siden 1997 arbeidet med utvikling av et internkontrollsystem, herunder en årlig kvalitetsgjennomgang.

Legesenterets prosedyrebok utgjør grunnmuren i internkontrollsystemet. I tillegg har vi praksismøter med årsplan for faglig oppdatering med gjennomgang av nye retningslinjer, sammenlikning av journaldata fra de forskjellige legene (audit), samarbeids-møter, trening på hjerte-lunge-redning, gjennomgang av nestenfeil, HMS-møte og brukerundersøkelse. Vi har rutiner for datasikkerhet, gjennomgang av medisiner og felles legekoffert, EMU-kontroll og teknisk-medisinsk utstyrskontroll. Hygiene og laboratoriekvalitet overvåkes med sporekontroller og NOKLUS-prøver. Til årlig kvalitetsgjennomgang bruker vi en enkel sjekklister basert på kravspesifikasjoner som vi har utarbeidet lokalt. Vi har valgt temaer som avspeiler relevante og sentrale forhold, og som lar seg operasjonalisere og vurdere på en enkel måte.

Kravspesifikasjonene har ledet til diskusjoner om hva som er godt nok og hvorfor. Det har vist seg enkelt å samle inn og sammenfatte datagrunnlaget for kvalitetsgjennomgangen. Erfaringen er at våre krav til relevans, realitetsorientering og fleksibelt format har bidratt til at internkontroll har fått en naturlig plass i hverdagen ved et travelt allmennlegekontor.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 2216

Kirsti Malterud

kirsti.malterud@isf.uib.no

Fjellsiden legesenter

Kalfarveien 31

5018 Bergen

og

Allmennmedisinsk forskningsenhet Bergen

Unifob Helse

Internkontroll er et sentralt satsingsområde for helsemyndighetene (1). Formålet er å bidra til faglig forsvarlige tjenester og at lovgivningen oppfylles gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid (2). Enhver som yter helsetjeneste har plikt til å etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i lover og forskrifter (3). Internkontrollsystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse (2).

Opplegget skal omfatte beskrivelse av virksomhetens oppgaver, mål, organisering og ansvarsforhold, tilgang til aktuelle lover og forskrifter, kompetanse og medvirkning fra arbeidstakerne, inkludere pasientfaringer, oversikt over områder med fare for svikt og sikre overholdelse av lovgivningen (ramme 1). Den som har faglig ansvar for virksomheten, skal foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollsystemet (kvalitetsgjennomgang) for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Fjellsiden legesenter (tidligere Ulriksdal legesenter) har siden 1997 utviklet et internkontrollsystem. Fordi det er svært vanskelig og også uhensiktsmessig å ha oversikt over alle pågående prosesser ved et allmennlegekontor, har kvalitetsarbeidet i utgangspunktet vært basert på en prioritering som sikrer oppfølging av de viktigste områdene på en overkommelig måte. Siden 2001 har vi gjennomført en årlig kvalitetsgjennomgang basert på en enkel sjekklister. I det følgende vil jeg presentere de viktigste elementene i internkontrollsystemet vårt, med vekt på den årlige kvalitetsgjennomgangen, og deretter drøfte noen erfaringer vi har gjort med bruk av dette systemet.

Prosedyrebok

I 1997 utarbeidet legesenteret for første gang en prosedyrebok (4). Her beskrives

blant annet mål, oppgaver, organisering, ansvarsdeling, driftsrutiner, kontakflate og dokumentasjonssystemer. Prosedyreboken omtaler kun utvalgte lokale rutiner som gjelder for legesenteret. Vi har prioritert temaer som erfaringsmessig påvirker kvaliteten av våre tjenester eller som leder til usikkerhet eller diskusjon, eksempelvis rutiner knyttet til tilgjengelighet og legekontakt, bruk av timebok, telefonkontakt, telefonsvarer, sykebesøk, henvendelser om resepter, sykemeldinger og henvisninger.

Prosedyreboken omhandler også driftsrutiner knyttet til datajournalssystemet, personvern, håndtering av planlagt og uplanlagt fravær, smitteprofylakse og arbeidsmiljø, samt opplæring, utstyr og klagesaker. Fra 2004 har prosedyrebokens rutiner for datasikkerhet vært erstattet av TrinnVis datasikkerhet for små legekontor, en digital veiviser for kvalitetssikring av informasjonssystemet (5). Henvisning til Helsetilsynets Internett-side om lover, forskrifter og regelverk sikrer tilgang til lovverket (6). Regelmessig oppdatering av prosedyreboken, som hittil er revidert to ganger, representerer i seg selv en prosedyre for kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Praksismøter

Leger og medarbeidere samles til ukentlig praksismøte av en times varighet. Møtene tar for seg drift og administrasjon, samarbeidssaker og faglige problemstillinger etter egen møteplan. Praksismøtet er et viktig virkemiddel for å sikre at samtlige har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter og kan medvirke til å utnytte samlet kunnskap og erfaring. Et mål er at årets nye retningslinjer skal gjennomgås på ett eller flere praksismøter. Et møte hvert halvår avsettes til et sam-

Hovedbudskap

- Internkontroll er lovpålagt og dessuten nyttig for norske allmennlegekontor
- Kvalitetsarbeidet må bygge på en prioritering som sikrer oppfølging av de viktigste områdene på en overkommelig måte
- Et internkontrollsystem med årlig kvalitetsgjennomgang kan få en naturlig plass i hverdagen ved et travelt allmennlegekontor dersom opplegget tilfredsstillende krav til relevans, realitetsorientering og fleksibelt format

beidsmøte med ekstern samarbeidspartner, for eksempel med hjemmesykepleien eller jordmor. Vår og høst brukes et praksismøte til praktisk trening på hjerte-lunge-redning, der målet er at samtlige skal ha gjennomført øvelse minst en gang årlig (7).

I kvalitetsarbeid defineres avvik som mangel på oppfyllelse av myndighetenes krav. Siden 2000 har vi gjort fortløpende registrering av observasjonssaker (obs-saker), eksempelvis feil på utstyr, prøver, uhell, girofeil, personlige feil fra lege/medarbeidere, eller klager fra pasienter uansett årsak. Opplegget er beskrevet i en annen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (8). For alle obs-saker bestemmes også et tiltak. Tiltak iverksettes straks der det er naturlig; ellers avventes gjennomgang på praksismøtet, der obs-permen har en fast plass på dagsorden. Det er ikke et mål å holde antall obs-saker lavt – tvert imot ser vi identifikasjon og forebygging av rutinesvikthendelser som et tegn på aktsomhet og endringsvilje ved legesenteret.

Årlig avsettes et praksismøte til kollega-basert læring (audit), der vi gjennomgår relevant komparativ statistikk fra hver av legene. I 2007 tok vi utgangspunkt i NOKLUS' praksisprofil, et dataprogram som genererer siste års praksisprofil med utgangspunkt i den elektroniske pasientjournalen (9).

Brukerundersøkelser

Forskriftene pålegger virksomheten å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende

til forbedring av virksomheten. Ved Fjellsiden legesenter har vi to ganger gjennomført brukerundersøkelser. Første gang brukte vi Patient Experience Questionnaire (PEQ), der pasientene svarer på standardiserte spørsmål om kommunikasjon, følelser, kortsiktig utbytte, barrierer og relasjoner med medarbeiderne etter gjennomført konsultasjon (10). Svarprosenten var god og resultatene smigrende, men resultatene ga bare begrenset materiale for forbedringstiltak. Neste gang laget vi et enkelt skjema med tre åpne spørsmål (ros, ris, forslag til forbedringer). Svarene ble bearbejdet med prinsipper fra kvalitative forskningsmetoder (11), og gjennomgangen resulterte i en rekke konkrete tiltak.

Årlig kvalitetsgjennomgang

Fra 2001 har vi systematisert kvalitetsgjennomgangen ved hjelp av en enkel sjekklister (fig 1). Sjekklisten omfatter et utvalg av prioriterte temaer og problemstillinger som gjennomgås ved fastsatte intervaller i forhold til kravspesifikasjoner som vi i fellesskap har utarbeidet og revidert lokalt.

Vi har valgt temaer som vi mener avspeiler relevante og sentrale forhold, og som lar seg operasjonalisere og vurdere på en enkel måte. For hvert tema angir sjekklisten hvem som er hovedansvarlig (i daglig drift og ved innsamling av data til sjekklisten), hvilken enhet vi bruker for vurdering, og hvilket mål som gjelder for det enkelte temaet. Materiale, dvs. spesifisering og resultat, innsamlers i desember fra hver av de temaansvarlige og

sammenfattes og gjennomgås på et praksismøte innen utgangen av januar hvert år.

Som indikatorer for faglig oppdatering registrerer vi for tiden antall praksismøter (styremøter inkluderes fordi mange administrative forhold også har faglige sider) og møter med samarbeidspartnere, spesialistandelen blant legene, kursdeltakelse blant leger og medarbeidere, deltakelse i praktisk øvelse av hjerte-lunge-redning og gjennomgang av praksisstatistikk og nye retningslinjer. Under nestenfeil registrerer vi antall obs-saker i løpet av året. Aktiviteter innen helse, miljø og sikkerhet (HMS) har hittil vært registrert i form av medarbeidersamtaler og vernerunde.

Datasikkerhet kartlegges i form av årlig endring av hovedpassord, daglig backup i henhold til logg, samt gjennomgang av siste versjon av TrinnVis (5). Indikator for medisinskteknisk utstyr er årlig gjennomgang av medisiner og felles legekoffert, samt EMU-kontroll og teknisk-medisinsk utstyrskontroll etter egen prosedyre hvert femte år. Kvalitet på hygiene og laboratorium overvåkes med sporekontroller og NOKLUS-prøver. Vi sender prøver fra sterilisatoren til sporekontroll på Rikshospitalet-Radiumhospitalet to ganger årlig, som biologisk indikator på hygienekvalitet. Kvaliteten av laboratoriarbeidet overvåkes kontinuerlig gjennom deltakelse i ekstern kvalitetskontroll organisert av NOKLUS (12). Årlig gjennomfører vi ca. 15 tester, og målet er at > 90% av testene skal konkludere med god eller akseptabel kvalitet. Inkludering av bru-

SJEKKLISTE - INTERNKONTROLL FJELLSIDEN LEGESENTER 2006							
03.01.2007							
Hovedtema	Ansv. Enhet	Mål	Spesifikasjon	Resultat	Kommentar	OK?	
FAGLIG OPPDATERING							
Praksismøter	SE	Antall/år	> 35/år	Inkl styremøter	39	OK	
Møter m samarbeidspartnere	SE	antall	Minst 2/år	Bofellesskap april 2006	1	Jordmor jan-07, Ploms H07 nei	
Spesialist i allm medisin	KM	Godkj	Alle	NSH+KM+BB+GR dvs 4/5 (TSS nesten ok)	4/5	Nesten i mål nei	
Leger på kurs	KM	Kurs/å	Minst 1/år/lege	M 2/45+K 3/42+S1/7+ B 1/7+ N1/21 +E1/18	5/5	OK	
Medarbeidere på kurs	AGN	Kurs	Årlig for alle	RHS:1, ARH: 1, AGN: 0	2/3	nei	
Hjertelungeredning	KM	x/8	Årlig for alle	Vår og høst (EAB) - 2007: 7/8	7/8	Datoer 2007 som inkl alle nei	
Audit	BB	Dato	Årlig	Gjennomgått 25.01.06 for 2005	ja	NOKLUS 2007 OK	
Nye retningslinjer/handl.pr	SE	Gj gått	Årets	Diabetes mellitus V-06	1	KOLS neste? OK	
NESTEN-FEIL							
OBS-registrering	KM	Antall/år	Flest mulig	2005: 46, 2004: 36, 2003: 16	53	OK	
HMS							
Medarbeidersamtaler	MH	Antall	Årlig med alle	2006: alle medarbeidere, ikke legene	3/8	Hvem snakker med Guri? nei	
Vernerunde	RHS	Dato sist	Hvert 3.år	Vedtatt om ikke verneombud v Fj siden	ok	HMS-plan under arbeid nei	
DATA							
Endre hovedpassord	EAB	Dato sist	Årlig	Januar 2005	nei	EAB kommer m forslag nei	
Backup	AGN	Logg	Daglig	Dagl kass+backup, ukentl sikkerhskopi	ja	Reorg hver 2. uke OK	
Trinnvis	EAB	Gjort	Siste versjon	August 2006	ja	OK	
MED/TEKN UTSTYR							
Gj gang medisiner+ koffert	SE	Dato sist	Årlig	V-06 EAB, nov-06 ARH	ja	Bør gjøres 2x/år OK	
Elektromed utstyrsktr	KM	Dato sist	Hvert 3.år	Gjort november 2005 (Medinor)	ok	OK	
Kval ktr med utstyr	KM	Dato sist	Hvert 3.år	Gjort november 2005 (Medinor)	ok	OK	
HYGIENE/LAB							
Sterilisator – sporektr	AHR	Datoer	2x/år	27.02.06 og 28.08.06 - ingen vekst	ok	Sterilrutiner på driftsmøte OK	
NOKLUS	AGN	M god/aks	>90%	10 grønn, 4 gul, 1 rød, dvs 14/15 god/aks	ok	OK	
BRUKERPERSPEKTIV							
Brukerundersøkelse	KM	Gjort	Årlig	Gjennomført okt/nov 2006	ok	Hvert annet år er nok OK	
Neste år tilføyes:							
Alarmsjekk	SE		4x/år				

Figur 1 Eksempel på sjekklister for årlig kvalitetsgjennomgang ved Fjellsiden legesenter. Initialene angir person som har ansvar for hvert punkt på listen

Ramme 1

Innholdet i internkontrollen

Internkontroll (2) innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- Beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt
- Sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten
- Sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll
- Sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- Gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/ tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten
- Skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav
- Utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen
- Foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten

kererfaringer vurderes gjennom årlig gjennomført brukerundersøkelse.

Erfaringer og refleksjon

Arbeidet med å etablere og oppdatere legesenterets egen prosedyrebok har vært omfattende og arbeidskrevende. Behovet for en slik

gjennomgang og oversikt meldte seg som følge av en lengre periode med mye gjennomtrekk av både leger og medarbeidere. Prosessen har vært vel så viktig som resultatet. Gjennom diskusjoner om hva som skulle med i prosedyreboken, og hvordan teksten skulle utformes, har vi rettet søkelyset mot noen rutiner som fortjener spesiell oppmerksomhet og revidert vår praksis i takt med ny erkjennelse og kunnskap. Aktiviteten omkring prosedyreboken har også bidratt til å bestemme hvilket utvalg av indikatorer som det er viktig å følge med på over lengre tid. Vi ser imidlertid frem til en forenklet måte å gjennomføre dette arbeidet på når en ny versjon av Trinn-Vis også omfatter en full kvalitetsgjennomgang for små legekontorer. Dette produktet ventes ferdigstilt i løpet av 2007.

Operasjonaliseringen av indikatorer har gitt opphav til mange nyttige diskusjoner om hva som er godt nok og hvorfor. Vi har utelukkende holdt oss til kvalitetskriterier som er lette å telle eller måle. Diskusjoner om hva som er relevante og realistiske mål, viser oss hvordan vi ønsker å strekke oss mot forbedringer, men av og til også hvilke målsettinger som kan være utopiske. I den årlige gjennomgangen vurderer vi derfor også om kriteriene bør justeres det påfølgende år.

Det har vist seg enkelt å samle inn og sammenfatte datagrunlaget for kvalitetsgjennomgangen. De ansvarlige for de forskjellige temaene får skjema for utfylling med ganske kort frist. De fleste klarer uten problem å levere utfylt skjema til kvalitetsansvarlig innen fristen. Sammenfatningen er enkel.

På kvalitetsmøtet i januar hvert år gjennomgås samleskjemaet. For hvert tema konkluderes det med om resultatet er OK, om temaet fortsatt fortjener oppmerksomhet, og om kriteriene skal justeres. Noen av temaene får bare en summarisk gjennomgang, mens andre diskuteres i større detalj. For temaer der konklusjonen ikke blir OK, drøftes årsaker og forbedringsmuligheter. I denne gjennomgangen identifiserer vi også problemstillinger som vi er nødt til å se grundigere på i løpet av året som kommer, eksempelvis utarbeidelse av HMS-plan og gjennomgang av sterilrutiner. Som regel dukker det opp ett eller to nye temaer som vurderes tatt med som ny indikator – i så fall må den gamle listen saneres tilsvarende.

Konklusjon

Fjellsiden legesenter har utviklet et internkontrollsystem som skal ivareta myndighetens krav og dessuten fungere som virkemiddel for kontinuerlig kvalitetsforbedring. Våre krav til relevans, realitetsorientering og fleksibelt format har bidratt til at vårt årlige opplegg for kvalitetsgjennomgang har fått en naturlig plass i hverdagen ved et travelt allmennlegekontor.

Jeg takker fastlegekolleger og medarbeidere ved Fjellsiden legesenter for godt kvalitetssamarbeid.

Litteratur

1. Hvordan holde orden i eget hus? Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Veileder – IS1183. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004. (www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-1183_1061a.pdf [19.9.2006].)
2. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 2002. (www.lovdata.no/cgi-wift/tldes?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html [19.9.2006].)
3. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. 1984/2003. (www.lovdata.no/all/hl-19840330-015.html [19.9.2006].)
4. Malterud K, red. Prosedyrebok Ulriksdal legesenter 2003. Bergen: Ulriksdal legesenter, 2003.
5. Hjertholm R, Thesen J, Sandvik H et al. TrinnVis datasikkerhet for små legekontor. Oslo: Kvalitetsutvalg for primærmedisin, 2003. (www.kup.no/index.gan?id=39332&subid=0 [23.3.2007].)
6. Helsetilsynet. Regelverk. Oslo: Statens helsetilsyn, 2006. (www.helsetilsynet.no/templates/sectionpage_2047.aspx [19.9.2006].)
7. Thesen J, Mosevoll TD, Malterud K. Hjerte-lunge-redning i kommunehelsetjenesten – enkelt program for opplæring og vedlikehold. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 322–3.
8. Malterud K. Forebygging av faglige feil på allmennlegekontoret. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2239–41.
9. Claudi T, Carlsen T, Gjelstad S et al. NOKLUS Klinikk. www.uib.no/isf/noklus/klinikk.htm [23.3.2007].
10. Steine S, Finset A, Lærum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. Fam Pract 2001; 18: 410–8.
11. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
12. Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet. NOKLUS – Ekstern kvalitetskontroll. www.uib.no/isf/noklus/ekstskval.htm [23.3.2007].

Manuskriptet ble mottatt 14.4. 2007 og godkjent 10.7. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.