

Internkontroll er eit praktisk hjelpemiddel for orden i eige hus, ikkje eit ritual

Internkontroll i allmennpraksis

Internkontroll er eit system for å sikre etterleving av krav frå styresmaktene. Alle som yter helsetenester her i landet, har sidan 1994 hatt plikt på seg til å etablere internkontroll med verksemda si. Frå 2003 er innhaldet i plikta utdjupa i ei forskrift om internkontroll i sosial- og helsetenesta (1). Det kan knapt seiast at bodskapen om internkontrollplikt har vore motteken med allmenn jubel og entusiasme. På enkelte sektorar, slik som i laboratoriefaga, har internkontrollprinsippet glidd greit inn i etablert tenking om systematisk kvalitetssikring. På andre felt, slik som i allmennmedisin, er situasjonen langt meir ujamn, og mye er framleis ugjort.

Det kan vere mange årsaker til at så er tilfellet. Dels har nok informasjon om internkontroll og kvalitetsarbeid vore formidla i eit språk og ei form som har verka framandgjerande for praktisk tenkjande allmennlegar. Dei er vande med å måtte improvisere og handtere enkeltsituasjonar og kan oppleve «byråkratisk papirarbeid» som sand i maskineriet i ein travel klinisk kvardag. Ganske mange har fått inntrykk av at internkontroll er å lage skriv etter ei standardisert innhaldsliste til ein perm, som ein så kan plassere i ei hylle og peike på dersom det skulle komme spørsmål om ein har etablert internkontroll.

Organisatoriske tilhøve spelar også inn. Medan ei sjukehusavdeling eller ein sjukeheim er del av ein stor og hierarkisk oppbygd organisasjon med klart plassert leiaransvar på alle nivå, blir allmennpraksis, med få unntak, driven i små einingar med få personar. Legane er vanlegvis sjølvstendig næringsdrivande, medan andre er tilsette som «hjelpespersonell». Internkontroll er eit leiaransvar, blir det ofte sagt. Kommuneleiinga har i denne samanhengen ansvar for at allmennlegar finst, og at dei krava til rammevilkår som framgår av kommunehelsetenestelova og fastlegeforskrifta, er oppfylte, men fastlegane er sjølve ansvarlege for dei tenestene dei yter. Same korleis ein gruppepraksis er organisert, er hovudregelen at kvar av legane har ansvar for å oppfylle krav som er fastsette i lovverket.

Skal vi få større gjennomslag for internkontrolltenkinga innanfor allmennpraksis, nyttar det ikkje berre med pisk, sitering av lovkrav, gjennomføring av tilsyn med påpeiking av avvik og eventuelt trugsmål om reaksjonar. Vi treng minst like mykje positive verkemiddel. Presentasjon av gode eksempel kan i så måte vere til god hjelp. To artiklar av Kirsti Malterud i dette nummeret av Tidsskriftet er døme på dette (2, 3). Ho omtaler eit enkelt og ubyråkratisk, men effektivt system for internkontroll i ein allmennmedisinsk gruppepraksis. Ein viktig del av opplegget er registrering av uønskete hendingar, det som i kvalitesspråket ofte blir omtalt som avviksregistrering. Sjølve registreringa er ikkje noko mål i seg sjølv. Det viktigaste er den oppfølginga som skjer for å redusere faren for tilsvarande rutinesvikt i framtida, og at dette blir gjort med vektlegging av system og rammevilkår, ikkje ved uthenging av enkeltpersonar. Ved at registreringa ikkje berre omfattar brot på lov eller forskrift, men også inkluderer avvik frå interne rutinar og andre uønskete episodar, blir den del av eit kvalitetssystem som går vidare enn den obligatoriske internkontrollen.

Samanlikna med enkelte andre departementale skrifter er internkontrollforskrifta prisverdig kortfatta og klar (1). Det obligatoriske innhaldet i internkontrollen er omtalt i § 4 og inndelt i åtte punkt. Den «obs-registreringa» Malterud presenterer, er relatert til tre av

desse punkta: utnytte erfaringar hos arbeidstakarane til forbetring, skaffe seg oversikt over område der det er fare for svikt, og drive kontinuerleg forbetningsarbeid (3). Forskrifta legg vekt på at internkontrollen, inkludert graden av skriftleg dokumentasjon, må tilpassast eigenarten til den einskilde verksemda. Ein solopraksis med lege og ein erfaren og stabil helsesekretær treng ikkje like mange skriftlege prosedyrar som eit større legesenter med stor gjennomtrekk av personell og hyppig bruk av kortidsvikarar.

Fleire enn Kirsti Malterud bør publisere erfaringane sine med implementering av internkontrollprinsippa i allmenntilleg medisinisk kvardag. Det er også behov for praktisk retta vegleiingsmaterieil på feltet. Daverande Alment praktiserende lægers forening (ApLf) og Norsk selskap for allmenntilleg medisin (NSAM) oppretta i 2000 eit felles kvalitetsutval for primærmedisin – forkorta KUP. Etter omorganiseringa av Legeforeninga er dette overført til den fagmedisinske foreninga Norsk forening for allmenntilleg medisin. Nettsidene til KUP (www.kup.no) er for tida under omorganisering. I Legeforeningens skriftserie om kvalitetsutvikling finst det berre ein publikasjon om kvalitetsarbeid i allmenntilleg medisin. Den er 12 år gammal og såleis ikkje oppdatert på seinare utvikling, verken om internkontrollforskrifta for helse- og sosialtenesta eller om fastlegeordninga (4). Det finst derimot nyttig bakgrunns litteratur på marknaden (5, 6).

Kvalitetsarbeid i medisinsk verksemd er ikkje eit nymotens byråkratisk påfunn. Legar i klinisk verksemd er vande med at dei må «opp til eksamen» kvar dag i møte med pasientar og pårørande. Dei har ansvar for å halde seg fagleg oppdaterte. Oppfølgjande kontroll av resultat av diagnostikk og behandling er ein integrert del av den klinisk arbeidsmåten til legar. Der helsetilsynslova no taler om internkontroll, blei det tidlegare brukt ordet «egenkontroll». Skiftet til internkontrollomgrepet i 1994 var i samsvar med moderne kvalitetsnomenklatur og harmoniserte ordbruken med det som er etablert i tilsynsorgan for andre samfunnssektorar, men endringa kan ha hatt ein framandgjerande effekt andsynes kliniske fagmiljø. Tida er no moden for avmystifisering av internkontrollkonseptet: det dreier seg om å halde orden i eige hus og om å ha kontroll på eiga verksemd, både fagleg og organisatorisk (7).

Kristian Hagestad
kha@fmva.no

Kristian Hagestad (f. 1946) er spesialist i samfunnsmedisin og har vore fylkeslege i Vest-Agder sidan 1991.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2002.
2. Malterud K. Internkontroll på et allmenntillegkontor. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2236–8.
3. Malterud K. Forebygging av faglige feil på allmenntillegkontoret. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2239–41.
4. Nordby K. Kvalitetshåndbok for legekontorer i allmenntilleg medisin. Oslo: Den norske lægeforening, 1995.
5. Øgar P, Hovland T. Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i sosial- og kommunehelsetjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
6. Allmenntillegteneste – en risikoanalyse. Rapport fra Helsetilsynet 13/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.
7. Hvordan holde orden i eget hus? Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Veileder IS-1183. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.