

Forebygging av faglige feil på allmennlegekontoret

Sammendrag

Bakgrunn. Forskrift om internkontroll i helsetjenesten pålegger allmennleger å skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

Materiale og metode. Fjellsiden legesenter har utviklet et enkelt opplegg – obs-registrering – der formålet er forebygging av faglige feil gjennom identifisering og intern gjennomgang av saker som representerer rutinesvikt. I artikkelen beskrives dette opplegget, med utgangspunkt i premisser, forutsetninger, prosedyrer og erfaringer siden 2000.

Resultater. Årlig antall meldte saker har variert mellom 12 og 53. Flertallet av sakene er knyttet til prøvetaking, samhandling eller sikring av pasientopplysninger. Typisk for sakene som vi har registrert, er at utfallet som regel heldigvis har vært ubetydelig, men at andre omstendigheter kunne ha ledet til et mer uheldig forløp. Vi har erfart at obs-registreringen kan bidra til å rette søkelyset mot svake punkter i prosedyrene som skal gjelde for virksomheten ved Fjellsiden legesenter.

Fortolkning. Lokal kvalitetsforbedring kan gjennomføres med enkle midler.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 2216

Enhver som yter helsetjeneste skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med lover og forskrifter (1, 2). Internkontrollen skal blant annet skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. De ansvarlige for virksomheten skal utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for disse formål (3).

I kvalitetsspråket kalles dette for avviksbehandling. I dagligtale betyr avvik handlingsformer som statistisk og/eller normativt fraviker hovedmønsteret i samfunnet (4). Begrepet brukes ofte i en negativ betydning, for eksempel om asosialitet og kriminalitet. Helsetjenestene sier imidlertid at avviksbehandling ikke behøver å avgrenses til lov- og forskriftsbrudd, men kan gjerne omfatte mindre alvorlige hendelser eller svikt som kan brukes til å avdekke, rette opp og forebygge uønskede hendelser (3). Virksomhetene stilles langt på vei fritt til å bestemme hvilke prosedyrer og andre administrative tiltak internkontrollen skal omfatte. Sosial- og helsedirektoratets veileder for internkontroll sier at kartlegging av tjenestens sårbare områder og prosesser kan gjennomføres ved systematisk gjennomgang, for eksempel som en idédugnad, eventuelt ved hjelp av mer avansert analyseverktøy for risikovurdering.

Allmennlegen har altså plikt til å etablere et system som skal minimalisere avvik og forebygge faglige feil, selv om slike hendelser verken kan eller skal elimineres helt i medisinsk virksomhet (5, 6). Ved Fjellsiden legesenter har vi siden 1997 arbeidet med utvikling av et lokalt internkontrollsystem. Vi har valgt å satse på avviksforebygging ved hjelp av et enkelt opplegg som vi kaller for obs-registrering. I denne artikkelen beskriver jeg våre premisser, forutsetninger, prosedyrer og erfaringer ved bruk av obs-registrering som tiltak for forebygging av faglige feil.

Materiale og metode

Premisser og forutsetninger

Fjellsiden legesenter har fem fastleger og tre helsesekretærer som ukentlig samles til et entimes praksismøte. Praksismøtet kan omhandle driftsrutiner, samarbeidsforhold eller faglige temaer. Halvpartene av møtene er driftsmøter. Legesenterets kvalitetsarbeid er basert på en forståelse av at faglige feil kan forebygges gjennom en åpen kultur der det å dele erfaringer fra nestenfeil er vår viktigste

kunnskapskilde til kvalitetsforbedrende prosedyrerevisjoner. Derfor skal melding av nestenfeil belønnes, og ikke straffes. Alle har det travelt, og vi har satset på enkle rutiner for melding og refleksjon som lett kan gjennomføres til hverdags.

Prosedyrer

Fra 2000 har vi gjennomført obs-registrering, der vi noterer stikkord om alle tilfeller av rutinesvikt som kan tenkes å fortjene gjennomgang – obs-saker. Slike saker kan være feil på utstyr, prøver, uhell, girofeil, personlige feil fra lege eller medarbeidere, eller klager fra pasienter uansett årsak. Den som først blir oppmerksom på obs-saken skal sørge for registrering. Obs-sak som ikke har gitt skade, men kunne ha gjort det, skal også registreres. Registrering gjøres fortløpende på skjema (fig 1) i egen perm – obs-permen, som kun er tilgjengelig for internt bruk. Hver sak omtales kort og stikkordsmessig, dateres og signeres.

Tiltak for å rette på det som obs-saken indikerer, iverksettes straks der det er naturlig, ellers avventes gjennomgang på driftsmøtet, der obs-permen regelmessig gjennomgås og oppdateres. Det er ikke et mål å holde antall obs-saker lavt – tvert imot ser vi håndtering av rutinesvikthendelser som et positivt symptom på aktsomhet og endringsvilje ved legesenteret. Vi prøver derfor hvert år å overgå fjorårets antall registrerte obs-saker.

Resultater

Meldehyppigheten har variert mye de årene vi har hatt denne ordningen (tab 1). Det år-

Hovedbudskap

- Forskrift om internkontroll i helsetjenesten pålegger allmennleger å skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav
- Et enkelt opplegg for registrering og intern gjennomgang av rutinesvikt – obs-registrering – kan fungere avviksforebyggende og bidra til læring og kvalitetsforbedring
- Rapportering av saker må skje uten risiko for sanksjoner eller utpeking av syndebukker

Kirsti Malterud

kirsti.malterud@isf.uib.no

Fjellsiden legesenter

Kalfarveien 31

5018 Bergen

og

Allmennmedisinsk forskningsenhet Bergen

Unifob Helse

og

Forskningsenheden for almen praksis

og Afdeling for almen medicin

Københavns Universitet

Ramme 1

Tre obs-saker fra Fjellsiden legesenter (2005)

Lokal analyse av HbA_{1c}

Det har vært usikkerhet om HbA_{1c} måles tilstrekkelig nøyaktig på legekantoret. En av legene melder som obs-sak at samme blodprøve er målt til 6,6 lokalt og 7,9 på sykehuslaboratoriet. Vi ber om gjennomgang av prosedyrer med leverandør av apparatet, og legesekretærene sikrer at analysen utføres standardisert og forskriftsmessig. Problemet vedvarer imidlertid, og ender med utskifting til ny analysemetode.

Ufullstendige journalopplysninger

En pasient ble henvist unødig til gastroskopi fordi oppdaterte epikriseopplysninger ikke var på plass i pasientjournalen. Vi gjennomgår rutiner for skanning av epikriser som ikke overføres elektronisk og blir enig om at epikriser som skal ha høy prioritet, blir merket på en spesiell måte.

Lekkasje av personvernbelagt kommunikasjon

Døren mellom resepsjonen og korridoren der pasienter venter på å få komme til på laboratoriet, har stått åpen. I denne situasjonen er det mulig å høre det som blir sagt i resepsjonen, herunder svar på inngående telefonsamtaler samt samtale mellom leger og legesekretærer. Denne døren skal alltid være lukket når vi har pasienter, og alle bidrar til å skjerpe seg angående dette.

lige antall saker har variert mellom 12 og 53. Saker meldes av både leger og medarbeidere. De siste årene har vi hatt som fast rutine på alle driftsmøter å sjekke obs-permen for nye saker. Dette har bidratt til økt oppmerksomhet og styrket melderutinene. Det ser ut til å være en sammenheng mellom antall meldte saker og den regelmessighet vi utøver når det gjelder gjennomgang av nye saker i permen. Når vi har mange saker, er det lettere å huske at vi skal holde på med dette.

Flertallet av sakene er knyttet til prøvetaking, samhandling eller sikring av pasientopplysninger (tab 2). Noen få av sakene representerer hendelser der formell klagesaksbehandling har vært gjennomført. De fleste av våre obs-saker har relativt lav alvorlighetsgrad og kvalifiserer ikke som avvik i betydningen «mangel på oppfyllelse av myndighetskrav». Utfallet har som regel heldigvis vært ubetydelig, men i flere saker kunne andre omstendigheter ha ledet til et mer uheldig forløp. Derfor bidrar obs-registreringen til å rette søkelyset mot svake punkter i prosedyrene som skal gjelde for virksomheten ved Fjellsiden legesenter.

På driftsmøtet har møteleder ansvar for at gjennomgang av nye saker fra obs-permen står på dagsordenen. Den som har signert en sak, redegjør kort for hendelsesforløpet. Deretter følger en kort diskusjon med vekt på hvorvidt saken er en systemfeil eller en individuell glipp, hva vi kan lære av dette, og hvordan tilsvarende saker kan unngås i fremtiden. Alle saker avsluttes med en kort konklusjon som føres inn i rubrikken for tiltak. Denne typen konklusjoner kan ha alle former, fra «ingen ytterligere tiltak» via «alle skjerper seg» til mer konkrete og spesifikke prosedyreendringer på systemnivå. Tre saker fra 2005 (ramme 1) illustrerer ulike problemer, utfordringer og konklusjoner.

I begynnelsen måtte vi anstrenge oss spesielt for å motarbeide en stemning der den som ble identifisert som ansvarlig for en meldt sak, ble gjort til syndebygg. Det var ikke lett, fordi meldingene selvsagt også førte til identifisering av en eller flere ansvarlige. Vi oppdaget at i et slikt klima ville vi bare komme til å melde harmløse saker, og det ville være helt umulig å melde saker der andre enn melderer var ansvarlig. Fortsatt er det ikke lett å registrere en sak der noen vil få skylden, men det hjelper hvis vi klarer å holde fast ved at det er feilene vi lærer av.

Diskusjon

Vi beskriver et system som er lett å gjennomføre til hverdags og som hos oss har gitt opphav til mange viktige gjennomganger av rutinesvikt med påfølgende forbedringsaktiviteter. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten legger vekt på trygge og sikre tjenester der sannsynligheten for feil og uheldige hendelser reduseres til et minimum ved at organisasjonene lærer av å identifisere de underliggende årsakene til uheldige hendelser, og utnytter

Tabell 1 Årlig antall obs-saker ved Fjellsiden legesenter

År	Antall
2000, april–desember	40
2001	12
2002	25
2003	16
2004	37
2005	52
2006	53

Tabell 2 Obs-saker for 2005 etter tema

Tema	Antall
Laboratorium, prøvetaking	15
Samhandling pasienter, samarbeidspartnere	8
Personvern, låsing	8
Datajournal	7
Informasjonsrutiner	6
Utstyr, medikamenter	4
Annet (økonomi, HMS, klinisk arbeid)	4
Til sammen	52

denne kunnskapen til å eliminere eller redusere faren for gjentakelse (7). Dette betyr at systemfokus må balanseres i forhold til den enkelte yrkesutøvers ansvar.

Veilederen anbefaler kartlegging av risiko ved registrering av uheldige hendelser og identifisering av årsaker og bakenforliggende forhold. Ved Fjellsiden legesenter har vi i årenes løp sett at de fleste tilfeller av individuell rutinesvikt er jevnt fordelt blant oss alle. Mange saker kunne vært forårsaket av hvem som helst av oss. Selv om vi mange ganger konkluderer med at det ikke dreier seg om systemfeil som bør lede til prosedyreendring, har vi opplevd at diskusjonen og refleksjonen omkring disse individuelle, uheldige hendelsene bidrar til et økt nivå av felles aktsomhet og refleksjon.

I Danmark har praktiserende leger plikt til å rapportere utilsiktede hendelser til et sentralt register – Dansk Patient Sikkerhedsdatabase (8, 9). Hensikten er å skape læring som kan redusere mengden av utilsiktede hendelser. Rapporten går til regionen og videresendes i anonymisert form til Sundhedsstyrelsen der sakene sammenfattes og brukes som utgangspunkt for forslag til endrede prosedyrer der det er mulig. Den som melder en sak, skal ikke risikere disiplinære, tilsynsmessige eller strafferettslige sanksjoner (8). Ved Fjellsiden legesenter har vi lagt listen lavt for saker som skal meldes. Flertallet av våre obs-saker gjelder representerer trolig atskillig mindre alvorlige saker enn det som havner i den danske databasen. En viktig betingelse for lokal læringsverdi i vårt system, er at den som deler en uheldig erfaring, ikke

Dato	Initialer	Beskriv saken	Tiltak
20/15 (12)	EB	0-Klassifisering sendt på besvare. Ikke analysert.	Info pas + medarbeidere.
12/6	MM	Pasient på HMS m/Co. Enkelt ikke kommet til pas. Kommer med kasse for å kontrollere. Skal ikke opp. Simulert dette igjen.	Oppklaring
22/6	MM	Trayen var stilt på en nål under opp-telling.	Sluttet laseff
27/7	AGN	Slapp i resepsjon åpnet om morgenen.	Minner hvorandre på oppgaven. Kopier opp nøkler.
26/7	EB	Pasient hentet rek. sending til oss på posten.	Enkelt skriver klassebrev til posten.

Figur 1 Eksempel på en utfylt side fra obs-permen

skal risikere noe med dette (10). Vi har oppfattet innholdet i obs-permen som et internt dokument, selv om prosedyren – det å registrere og gjennomgå obs-saker – inngår i internkontrollsystemet vårt. Vi tror det vil være vanskelig å opprettholde denne praksisen dersom tilsynsetaten gis ubetinget rett til innsyn i sakene fordi vi har etablert en slik prosedyre. I Norge har vi hittil ikke hatt meldeplikt for utilsiktede hendelser i allmennpraksis. Det danske systemet representerer et viktig supplement til et lokalt system som vårt, men vi er skeptiske til sentral rapportering av uønskede hendelser uten en tilsvarende garanti som den danske loven gir.

Konklusjon

Vi har erfart at den lokale læringseffekten av obs-registreringen ved Fjellsiden legesenter er betydelig. Dersom de norske helsemyndighetene følger i danskenes spor og etablerer en liknende rapporteringsordning, vil vi neppe avvikle vårt opplegg med obs-registrering og regelmessig gjennomgang. Kvalitetsforbedring der uønskede hendelser forebygges gjennom daglig refleksjon, er et viktig supplement til sentral overvåking og sanksjoner når noe går galt.

Litteratur

1. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 1984/2003. www.lovdatab.no/all/hl-19840330-015.html [19.9.2006].
2. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2002. www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html [19.9.2006].
3. 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].
4. Store norske leksikon. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2005. www.snl.no/article.html?id=454747 [5.10.2006].
5. Aaraas I. Å leve med usikkerhet, avik og feil. I: Hunskaar S, red. Allmenntidning. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, 2003: 791–6.
6. Roksund G. Fastlegen : praktiske råd for etablering og drift av allmennlegekontor. Oslo: Universitetsforlaget, 2002.
7. Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005. www.ogbedreskaldetbli.no/Om_kvalitetsstrategien/IS-1162_4390a.pdf [10.10.2006].
8. Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. København, 2003. www.retsinfo.dk/_GETDOC_/ACCN/A20030042930-REGL [8.10.2006].
9. Dansk Patient Sikkerhedsdatabase: www.dpsd.dk/ [8.10.2006].
10. Katz-Navon T, Naveh E, Stern Z. The moderate success of quality care improvement efforts: three observations on the situation. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 4–7.

Manuskriptet ble mottatt 11.10. 2006 og godkjent 15.5. 2007. Medisinsk redaktør Preben Aavitsland.