

Internkontroll og systemtilsyn – den 8. og 9. landeplage?

Av Petter Øgar, kst. helsedirektør

Internkontroll og systemtilsyn er en kilde til besvær og frustrasjon i betydelige deler av helsetjenesten, slik det bl.a. kommer til uttrykk i artikler i Utposten (1, 2) og i primærlegenes diskusjonsspalter på internett. Dette er forholdet til tross for at Helsetilsynet og fylkeslegene har drevet en ganske omfattende intern og ekstern opplæring og informasjon på dette området, bl.a. innenfor handlingsprogrammet «Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten», og ved at det er opprettet stilling for kvalitetsrådgiver ved alle fylkeslegekontorene. Er det kommunikasjonen mellom tilsynsmyndighetene og den utøvende helsetjeneste som er for dårlig? Er det metodene og det prinsipp de bygger på som ikke holder mål? Er det tilsynsmyndighetenes opplysning om og praktisering av metodene som ikke er god nok? Eller kan det være at helsetjenesten ikke har tatt problemstillingen tilstrekkelig på alvor? Jeg tror deler av svaret er å finne i alle spørsmålene, og vil drøfte noen forhold i det følgende.

Internkontroll – også et faglig styringsverktøy

Helsetjenesten er presset. Krav og forventninger er større enn ressursene som stilles til rådighet. Helsepersonell stiller gjennomgående strenge krav til seg selv både med hensyn til faglig standard og arbeidsinnsats. Helsepersonell som er i direkte kontakt med pasientene, har bare begrenset kontroll over sin egen arbeidssituasjon. Dette utgjør i sum en situasjon som både skaper motstand mot nye oppgaver og som representerer en betydelig fare for utbrenning og arbeidsmiljøproblemer.

I en slik situasjon er god ledelse avgjørende, men sørgelig undervurdert mange steder i dagens helsetjeneste. En av ledelsens viktigste oppgaver er å foreta prioriteringer og gi tydelige styringssignaler slik at de viktigste arbeidsoppgaver prioriteres og arbeidsbelastningen blir rimelig. Avhengig av virksomhetens størrelse vil disse lederoppgavene være av varierende kompleksitet og vil kreve ulik grad av ressursinnsats og styringssystem. Men en god løsning forutsetter at de ansvarlige har en klar formening om hva som er virksomhetens målsetting, hvilke oppgaver som skal prioriteres, hvordan oppgavene skal løses, hvordan man skal sikre seg at dette faktisk skjer og hva man bør gjøre om så ikke er tilfelle.

Men et slikt styringssystem for de ansvarlige av virksomheten er i prinsippet akkurat det samme som et internkontrollsystem. I prioriteringen av oppgaver forutsettes at det

som er pålagt gjennom lov og forskrift går foran andre oppgaver. Dersom man etter en optimal organisering av virksomheten mener det ikke finnes ressurser til å løse alle lov-pålagte oppgaver, blir en nødt til å foreta en prioritering også mellom disse. Dersom en kommer i denne situasjonen, bør disse prioriteringene foretas på ledernivå og fortrinnsvis av den politiske ledelse.

Det må ikke underslås at utvikling av slike systemer krever ressurser. Her som ellers må ressursbruken stå i rimelig forhold til nytteverdien. Utfordringen er å utforme formåls-tjenlige internkontrollsystemer og styringssystemer tilpasset de ulike virksomheters størrelse og egenart, og som virksomhetene selv ser nytten av også i forhold til kvalitetssikring og styring av virksomheten. Her er det fortsatt mye upløyd mark.

Internkontroll er et generelt prinsipp. Gjennom systematiske tiltak skal en sikre at virksomheten planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift (myndighetskrav). Lovkravene ligger der uavhengig av internkontrollplikten. Internkontroll er bare et verktøy som skal bidra til å sikre at lovkravene etterleves. Internkontroll er pålagt overfor ulikt lovverk, bl.a. lovverk som regulerer arbeidsmiljøet og helselovgivningen. Det hersker tydeligvis fortsatt betydelig forvirring omkring dette.

Det hersker også åpenbart forvirring om kravene til dokumentasjon. Tilsynsmyndighetene må ta sin del av skylda for dette. Målet med internkontroll og andre styrings- og kvalitetssystemer er god kvalitet på tjenestene som ytes. «Permen» er ikke målet selv om en edruelig dokumentasjon tilpasset virksomhetens art og størrelse er et nødvendig virkemiddel. Viktigere er likevel de prosesser og den kultur som etableres på arbeidsstedet med hensyn til systematisk kvalitetsutvikling.

Da er vi framme ved den tredje og kanskje mest alvorlige misforståelsen knyttet til internkontroll, nemlig at internkontroll ikke har noe med faglighet å gjøre. Det viktigste myndighetskravet for all helsetjeneste er kravet til faglig forsvarlighet slik det bl.a. framgår av §25 i legeloven og kan avledes av §6-3 i kommunehelsetjenesteloven. Den viktigste oppgaven til et internkontrollsystem er å sikre at virksomheten drives faglig forsvarlig. Faglig forsvarlighet er ikke en statisk størrelse. Kontroll av kvaliteten på egne tje-

nester og sikring av faglig oppdatering vil følgelig være helt sentrale deler av internkontrollsystemet.

Hvis den forståelsen av internkontroll som her er beskrevet legges til grunn, er det vanskelig å få øye på prinsipielle motsetningsforhold mellom samfunn og tilsynsmyndigheter på den ene siden og utøvende helsetjeneste på den andre siden.

Systemtilsyn

Da Helsedirektoratet ble omorganisert og omdøpt til Statens helsetilsyn i 1994 var en av hovedbegrunnelsene at det skulle skapes et sterkt faglig uavhengig tilsynsorgan som utførte ensartede tilsyn i hele landet. Systemtilsyn ble valgt som hovedmetode for å føre tilsyn med virksomheter. I tillegg kommer individtilsynet med helsepersonell og det overordnede faglige tilsynet med helsetjenesten.

Mye arbeid er nedlagt for å utvikle systemtilsynet til en god metode. Et omfattende internt opplæringsarbeid er gjennomført for å sikre ensartet og god utførelse. Det betyr ikke at vi er kommet i mål, og fylkeslegene er minst like vanskelige å få til å gå i takt som andre deler av helsetjenesten. Slik som systemtilsynene utføres i dag, er det grunn for å hevde at de faktisk representerer en rimelig veldefinert metode. Det er i seg selv et framskritt.

Som navnet tilsier er systemtilsynene opptatt av virksomhetens systemer for å sikre kvalitet. Helsetilsynet mener denne systemfokuseringen er riktig. Dersom det avdekkes svikt i systemene, vil ansvaret for dette påhvile ledelsen. De fleste tilbakemeldingene Helsetilsynet har fått går ut på at systemtilsynene oppleves som ryddige og lærerike, men vi vet også at det finnes andre erfaringer. Dette tror vi ikke skyldes metoden, men måten den er brukt på. Tilsyn er i sin natur en form for evaluering og kommunikasjon som ikke er egalitær. Dette er i seg selv en utfordring i forhold til å få til en konstruktiv atmosfære og dialog.

En ytterligere utfordring er det at resultatene i systemtilsynenes logikk er avvik og merknader. Tilsynsrapportene har kommet ut som tannlegejournaler der bare hullene var synlige. Dette er i strid med alle pedagogiske evalueringsprinsipper og er endret slik at tilsynsrapporten i tillegg til å påpeke avvik og merknader nå også skal trekke fram positive forhold og prøve å gi et dekkende helhetsinntrykk av den tilsette virksomheten slik disse fremkommer under tilsynet.

Ved valg av tema for systemtilsyn har Helsetilsynet lagt til grunn fire hovedkriterier: nasjonal politisk interesse og prioritet, potensial for forbedring, aktualitet i alle fylker og

egnet regelverk. En hovedutfordring er å gjøre innholdet i tilsynene relevante. De må gi oss svar på det vi ønsker å vite noe om og ikke ende opp som rituelle utkvikteringer av formelt regelverk. En vurdering av selve regelverket skal også inngå som en del av systemtilsynene. Er lovverket godt nok eller er det behov for endringer?

Vi kan ikke nøye oss med å vite noe om helsetjenestens systemer eller mangel på systemer. Vi må også vite noe om resultatene. Her kan vi fortsatt bli mye bedre, og systemtilsynene må suppleres med en sterkere satsing på det vi kaller overordnet faglig tilsyn med helsetjenesten. Overordnet faglig tilsyn består i å overvåke helsetjenestens ytelser og å følge med i helsetilstanden i befolkningen, og ut fra dette vurdere behovsdekning og tilbudsutforming i forhold til befolkningens behov og nasjonale mål og prioriteringer.

Tilsynsmyndighetene bør ha kontinuerlig oppdatert oversikt og kunnskap om helsetilstanden i befolkningen, helsepersonellsituasjonen, kapasitet og kvalitet i helsetjenesten. Eksempler på hva som bør være gjenstand for tidsavgrensede vurderinger er statlige satsingsområder, områder der en mistenker svikt og områder en av andre årsaker ønsker å vite mer om. I St meld nr 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetjenesta går det klart frem at man ønsker et tilsyn som kan tjene til å evaluere helsetjenesten i forhold til de endringer departementet ønsker å oppnå, ikke minst i forhold til helsepolitiske satsingsområder og prioriteringer. Dette innebærer et tilsyn som ikke bare skal ta stilling til om lovens krav er innfridd, men som også må ta stilling til om helsepolitiske mål og prioriteringer er oppnådd. Et tilsyn som tar stilling til prioriteringer og hvordan faglige standarder blir fastsatt og evaluert, vil i langt større grad tydeliggjøre de ressurs- og prioriteringsmessige konsekvenser av alle myndighetskrav helsetjenesten pålegges. Overordnet faglig tilsyn med helsetjenesten vil således være et viktig element i den løpende evaluering av helsetjenesten. Det vil i praksis ofte kunne være en evaluering av den førte helsepolitikk og stiller store krav til rolledelingen mellom fag og politikk.

Til slutt: Helsetilsynet og fylkeslegene er som den utøvende helsetjeneste i en stadig utviklings- og læringsprosess. Viktige forutsetninger for læring og forbedringer er lydhørhet og direkte, konstruktive tilbakemeldinger. Vi inviterer til dette, og er glade for at det er etablert en kontakt mellom Apf, Oll og NSAM som kan tjene som en arena for å ivareta disse formål.

Referanser

1. Reymert J. Internkontrollpermen – lag den på kurs! Utposten 2000; 29: 2-4.
2. Lundby, Ingrid Hauge. Noen etiske refleksjoner etter av fylkeslegens tilsynsbesøk på sykehjem. Utposten 2000; 29: 24-31.