


Flere legekontor er i gang med rutiner for kontinuerlig kvalitetsarbeid. Det er uvant og tidkrevende og vi trenger gode og kreative innspill. La oss derfor hjelpe hverandre gjennom en kvalitetsstafett! Vi utfordrer legekontor til å fortelle om noe de har gjort for å bedre eller opprettholde god kvalitet. Det kan være små endringer som har gitt stor gevinst, nye rutiner som oppleves positivt, brukerundersøkelser som er gjennomført eller erfaringer som gjør at legekontoret fungerer bedre som en enhet. Den som skriver – gjerne en medarbeider – får i oppgave å utfordre et annet legekontor til å fortelle sin kvalitetshistorie. Slik kan vi få innblikk og inspirasjon og dra nytte av hverandres erfaringer.  Velkommen til de gode kvalitetshistoriene!



Kvalitetsforbedring – ovenfra eller innenfra?

Kristin Prestegaard skriver i *Utposten* 7/13 om prosjektet «Praksisnær kvalitetsforbedring ved fastlegekontorene». I rapporten derfra står det at for eksempel Gulskogen legesenter i Drammen har satset på å øke trykgheten hos medarbeiderne. De har laget skriftlige råd om 10 vanlige problemstillinger pasienter ringer om, og gjennomgått disse i plenum. Nordbyen legesenter i Tromsø har tatt ut pasientstatistikk om sykebesøk, diagnoser, laboratorieprøver og diabetesbehandling og diskutert tallene i interne legemøter på kontoret. Og Trekanen legesenter i Asker har gjennomgått handlingsplaner for hjertestans og anafylaktisk sjokk. Dette må være eksempler på gode kvalitetshistorier, valgt av legesentrene selv, og jeg håper å høre fra disse kontorene i stafetten videre.

Men først mitt bidrag. Når jeg tenker på kvalitetsforbedring kommer jeg umiddelbart opp i et 2000 år gammelt problem:

Difficile est satiram non scribere

(Det er vanskelig å la være å skrive en satire, det vil si å la være å refse sin samtid)
JUVENAL, 55–140 E.KR

Og hvorfor behøver jeg satire? Jo fordi jeg som fastlege befinner meg i det pinefulle spennet mellom min indre streben etter kvalitet og flommen av lover, forskrifter, krav, prosjekter og kampanjer som utgjør en styring ovenfra. I 1996 skrev jeg i *Utposten* om den store lydighetskampanjen (1) På de 17 årene som er gått har bølgen vokst i styrke. Det mest utpekulerte er kravet om at man skal angi og kontrollere seg selv. Smak på ordene i Forskrift av 2002 om Internkontroll i helse- og sosialtjenesten, §3:

«I denne forskriften betyr internkontroll systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen»

Internkontrollen skal naturligvis dokumenteres, og i følge § 5 skal dokumentasjonen «til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.»

Det hadde vært interessant å besøke et fastlegekontor som etterlevde dette. Fagerborglegene gjør det ikke. Vi er, i likhet med de fleste private arbeidsgivere og statlige og kommunale instanser, notoriske lovbrudere!

Kvalitetsforbedring innenfra

Vi ønsker å ha det hyggelig på jobb, og yte legetjenester av høy kvalitet. På et legemøte tidlig i høst avtalte vi å gjøre dette mer eksplisitt, og jeg fikk legge fram noen tanker om kvalitet på en mandagslunsj. Jeg skrev på tavlen:

Kvalitetsarbeid

- 1 Både ting og prosesser skal fungere etter hensikten. Hvis de ikke gjør det skal vi reparere eller få det til å fungere.
- 2 Foreslå nye prosesser, rutiner og ting som bedrer tilbudet til pasientene eller arbeidsmiljøet.

I resten av lunsjpausen snakket vi om at vi blir glade og tilfredse når vi ser at noe virker som det skal, og lei oss hvis det ikke gjør det. En rulletrapp skal rulle, det er derfor det heter rulletrapp. Lysrør skal lyse, ikke blinke. La oss gå i gang med å finne forbedringspotensialer! Ingen ting er for store, ingen for små til å rettes opp og ordnes med. Og så må vi huske å rose hverandre.

«Du kan begynne med en gang», sa helsesekretær Hanne. «Lampen over benken på EKG-rommet har halvveis løsnet fra veggfestet. Jeg var redd en pasient skulle få den i hodet.»

En rask undersøkelse viste at Lundevall nok hadde slurvet med det opprinnelige lampeoppheget i gipsveggen. Hvilket kvalitetssikringstiltak skulle jeg velge for å rette opp dette? En vernerunde? Eller en avvismelding? Eller kanskje en risiko- og sårbarhetsanalyse? Så kom jeg på det amerikanske uttrykket cut the crap, og samme kveld fikk jeg lampen til å henge trygt, med solide spesialskruer beregnet for gipsplater. På en gul klistrelapp ved lampen skrev jeg beskjedent: 'Quality never gets out of style'.

Høstens store løft hos oss var at møblementet på laboratoriet omsider skulle skiftes ut. Vi hadde lovet medarbeiderne dette for ett år siden, men alltid dukket det opp noe som førte til utsettelse. Følgelig dro kollega Margit og jeg til IKEAs kjøkkenavdeling og trakk kølapp. Fem timer senere var vi i selvbetjeningslageret med handlevogner og en lang plukklister. Og rett før stengetid var bilen fylt til det faretruende med store flate og små buklete pakker. Vi hadde satt av en lang helg til rivning og montering, og samlet alle gode krefter. Og det gikk! Det oppsto mange problemer underveis men vi løste dem og bygget både benk, skap og selvaktelse!

Noen lurte kanskje på hva dette har med kvalitetsforbedring å gjøre? Sannsynligvis vil hverken fylkeslegen eller arbeidstilsynet interessere seg for dette. Men vi vet. Vi vet hva dette har betydd for vår arbeids glede og våre møter med pasientene!

Legemiddelgjennomgang, et satsningsområde ovenfra som kan bli bra likevel

Utpå høsten fikk jeg en faks fra bydelen. Det gjaldt en av mine yndlingspasienter, en dame på 90 år, hjemmeboende med hjemmesykepleie, multidosebruker. Innholdet var omtrent: «Det skal være en legemiddelgjennomgang på henne. Om jeg kunne sørge for at disse 20 blodprøvene ble tatt i forkant? Hilsen hjemmesykepleien.»

Jeg reagerte primitivt og emosjonelt: «Jeg skal ha meg frabedt at andre skal bestemme hvilke blodprøver jeg skal ta på mine pasienter. Og hvem i hule har bestemt at det skal være legemiddelgjennomgang på akkurat denne pasienten? Er fastlegen spilt ut over sidelinjen? Og hvorfor kaller noen seg for hjemmesykepleien? Kan de ikke skrive navnet sitt?»

Noe av bakgrunnen for reaksjonen er frustrasjon over det manglende samarbeidet mellom fastleger og hjemmetjeneste i vår bydel. Før hadde vi møter der vi snakket om felles pasienter. Gjorde avtaler og oppklarte misforståelser. Nå er det slutt for



Laboratoriet slik det så ut før ombyggingen er vist til venstre, mens det ombygde kontoret er av bildet til høyre.

de har ikke tid. De sier det uten blygsel. De har ikke tid til å møte oss for å samarbeide om pasienter.

Etter hvert fant jeg ut at dette var et ledd i et stort prosjekt i Oslo kommune, forankret i den nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender». Skal man dømme etter hjemmesiden (2) er kampanjen en formidabel suksess! Oppskriften for legemiddelgjennomgang hadde Oslo kommune hentet fra arbeidsmåten på sykehjemmene. En farmasøyt skulle også være med på noen legemiddelgjennomganger. Alt i beste mening. Problemet var at prosjektmakerne hadde gjort opp regning uten vert. Fastleger kan ikke styres på samme måte som sykehjemsleger. Vi liker ikke å få ting tredd nedover hodet. Vi må ha et eierskap til prosjektet, for eksempel ved å være med på å bestemme hvilke pasienter der dette er indisert, og hva slags pasientkontakt og undersøkelser som trengs på forhånd før selve legemiddelgjennomgangen.

Etter å ha sendt et par arrige eposter til bydelen, merket jeg at hodet kjølnet. Jeg gikk i meg selv. Problemet er jo reelt nok: Polyfarmasi hos eldre reiser komplekse medisinske spørsmål knyttet til patologi og farmakoterapi som krever kunnskaper og grundig gjennomtenkning på basis av en oversikt over medikasjonen. Men siden mange aktører er involvert i medikasjonen, tilsløres bildet, og hvis oversikten mangler kommer jeg ikke i gang med tenkningen i det hele tatt! Og da kan jeg lett overmannes av avmaktfølelse og resignasjon.

Den bebudete legemiddelgjennomgang på min 90-åring skulle jeg i hvert fall forbedre godt! Jeg finleste de gode epikrisene fra Diakonhjemmet sykehus, spesielt det som sto om medikasjonen. Adekvate blodprøver var tatt for fire måneder siden, så det var ingen grunn til å gjenta dette. Jeg dro i hjembesøk (selv om dette ikke inn gikk i prosjektbeskrivelsen) for å høre hennes syn på saken. Hun hadde det bra og var godt fornøyd med hjelpen fra hjemmesykepleien. Multidosestrimlene og legemiddeloversikten lå midt på stuebordet. Hun syntes det var betryggende med hjelp til medisiner, men at det ble for mange tabletter. Hun håpet at hun kunne slippe noen av dem.

Selve gjennomgangen skjedde en uke senere på mitt kontor, uten pasienten til stede. Noen farmasøyt dukket ikke opp, men to hjemmesykepleiere som kjente pasienten godt. Resultatet ble at vi seponerte jerntabletter, langtids nitroglycerin, paracetol

risperidon. Vi snakket om hvordan hjemmesykepleien i tiden fremover kunne observere de mulige uønskete effektene av denne forenklingen. Noen misforståelser omkring multidose ble også oppklart. Så i dette tilfellet oppsto kvalitet. Fordi vi møttes og brukte tid og kunne ta pasientens perspektiv. Det er et tankekors for oss kvalitetsinteresserte at det må et prosjekt ovenfra til for at bydelen skal finne tid til et samarbeidsmøte.

Når det gjelder Fagerborglegenes arbeid med legemiddelgjennomgang innses jeg at innsatsen hittil har vært høyst individuell og usystematisk! Men nå har jeg oppdaget at 2013-utgaven av Norsk Legemiddelhandbok har et kapittel om dette. Vi har legemøter hver fredag morgen. Vi kan bruke noen minutter til å gjennomgå legemiddellisten for utvalgte egne pasienter i lys av de nyttige screeningtabellene STOPP, START og NorGeP. Hvis vi da ikke blir for mye forstyrret av eksternt kontroll og krav om kvalitetssikring.

Datasikkerhet. Tilsyn og kontroll

I 2003 hadde vi besøk fra Datatilsynet. Tross et betydelig forarbeid fra dataansvarlig lege gikk det ikke så bra. Tilsynet fant at Fagerborglegenes internkontrollsystem ikke holdt mål fordi vi ikke kunne dokumentere

«iverksettelse av systematiske tiltak for å sikre forholdsmessig sikring av informasjonssystemet i samsvar med helseregisterloven»

Videre savnet de «Styrende rutiner for de strategiske valg som er foretatt i tilknytning til bruk av nettverkstjenester og drift av systemene. Dette må gjøres ut fra en risikovurdering hvor akseptkriteriene tydeliggjøres»

Og de etterlyste

«Kontrollerende rutiner for sikkerhetsrevisjon, konferer personopplysningsloven. Her må ledelsens årlige gjennomgang av at systemene fungerer tilfredsstillende reguleres.»

Lærdommen av dette tilsynet var: Prøv for all del å unngå tilsynsbesøk i fremtiden. Rekk ivrig opp hånden i timen. Lat som dere spiller med, og aksepterer stamme-språket. Ty om nødvendig til nødløgner. Denne lærdommen har vi blant annet brukt i korrespondansen med Norsk Helsenett. Alle brukere av Helsenettet har plikt til å følge «Norm for informasjonssikkerhet i helse- omsorgs- og sosialsektoren.» Normen er et dokument på 42 sider, oppdelt i styrende, gjennomførende og kon-

trollerende del, hver med omfattende krav til legekontorets egen dokumentasjon som skal oppdateres og vedlikeholdes.

For å minne oss om dette sender Helsenettet av og til omfattende spørreskjemaer vi er pliktig til å svare på. Her er ett av spørsmålene: «Er det etablert rutine for risikovurdering? JA/NEI»

Kollega Anders og jeg satt med dette en sen kveld etter at vi var ferdige med pasientarbeidet. Vi krysset av for «ja». Selvfølgelig gjorde vi det. Vi er ikke dumme!

Men hva betyr «etablert»? (Sagt på et styremøte? Nedskrevet i et møtereferat?) Hva betyr «rutine»? (Hvor mange ganger skal noe være gjentatt for å kunne kalles en rutine?) Og hva i all verden er en «risikovurdering»?

Som dagene går

Vi, Fagerborglegene, tenker at kvalitet har med helhet å gjøre, med harmoni, samsvar, at ting er det de utgir seg for å være, at vi holder hva vi lover. Og at vi av og til gir pasienter omsorg utover det lovet eller lovpålagte, slik kollega Bente i alle år har gått i spissen for. I tillegg er hverdagen full av små og store utfordringer for bedring av rutiner og kvalitet som ikke har direkte med enkelt pasienter å gjøre. Ad punkt 1 på tavlen i lunsjmøtet har vi i høst strevd med vedlikehold av adresseregistere til henvisningsinstanser, grubling over e-reseptens irrganger, priser og ventetider på MR, en telefonsvarer vi ikke forstår, en betalingsautomat som slutter å virke, og forbedring av rutiner for vask og sterilisering av kirurgiske instrumenter. Alt krever ekstra oppmerksomhet, innsats og samarbeid. Når vi finner ut noe eller får til noe, deler vi arbeidsleden.

Ad punkt 2 på tavlen, å finne på nye ting:

Helsesekretær Hanne har laget en quiz-julekalender, som vist i bildet ved tittelen. Den består av tomme fyrstikkesker, en for hver desemberdag fram til juleaften. I hver eske ligger en lapp med tre spørsmål som vi prøver å løse i fellesskap i lunsjpausen. Både leger og medarbeidere bidrar med spørsmål. Det er spesielt gildt de dagene ens egne spørsmål kommer

Prøv dette i desember 2014, suksessen er garantert!

REFERANSER

1. Om den store lydighetskampanjen som ruller over landet. Utposten 7/8-1996
2. www.pasientsikkerhetskampanjen.no

SVERRE LUNDEVALL
Fagerborglegene