

Teamarbeid – nøkkelen til suksess i traumebehandling



Nyheter og reportasjer

Rask respons, effektive tiltak og godt innøvde rutiner. Det må til for at kjeden som redder liv skal fungere optimalt, fra skadested til sykehusmottak og over i behandlings- og rehabiliteringsfasen. Det er mye mer enn bare tiden som teller i håndteringen av multitraumepasienter.

– Tverrfaglig samarbeid er en avgjørende faktor for overlevelse etter multitraume, sier anestesioverlege Eldar Søreide ved Sentralsjukehuset i Rogaland (SiR). I mai ledet han den internasjonale kongressen TraumaCare 2002 i Stavanger, som samlet om lag 1 000 leger, sykepleiere og annet helsepersonell fra inn- og utland.

Gode systemer

Kjeden som redder liv, var temaet for kongressen, som belyste tiltak for å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i behandlingen av multitraumatiserte og hardt skadede pasienter. At dette er en utpreget tverrfaglig disiplin, fremgikk av deltakerlisten for kongressen. Seks av ti delegater var leger, hvorav 60 % var anestesileger, 30 % var kirurger og resten tilhørte andre spesialiteter.

Multitraume er definert som alvorlig skade i to eller flere organsystemer (1). Fire av fem tilfeller i industriland er forårsaket av trafikkulykker med høyenergipåvirkning, og dødeligheten er gjennomsnittlig 30 %, herav 20 % i traumeøyeblikket og i den prehospitaltalenfasen.



Hans Morten Lossius og Eldar Søreide var initiativtakere til den internasjonale kongressen om traumebehandling i Stavanger i mai.

– Teamarbeid og tverrfaglig innsats er nøkkelen til suksess i traumebehandlingen. 90 % av resultatet blir satt i sammenheng med organiseringen av behandlingsapparat og kommunikasjonen mellom de ulike aktørene. Et så høyt tall tilsier at vi trenger strømlinjeformede systemer for mottak og behandling av multitraumer, sier Eldar Søreide.

– Her ligger det store organisatoriske utfordringer i Norge, supplerer Hans Morten Lossius som også er anestesioverlege ved SiR: – Fravær av kravspesifikasjoner og mangel på samhandling er problemer som går igjen i prehospital akuttmedisin, mens sykehusene gjennomgående har dårlige virksomhets- og kvalitetsdata. Uten at vi vet hva vi gjør, kan vi ikke planlegge og organisere akutfunksjonene på den mest hensiktsmessige måten.

Spørsmål rundt organisering av traumebehandling og opplæring av traumekirurger ble tatt opp av Peter Oakley i et hovedinnlegg på Stavanger-kongressen. Den britiske traumatologen vil sentralisere traumebehandlingen mest mulig, for å sikre at kompetanseoppbyggingen skjer på grunnlag av et størst mulig pasientvolum. Han tar til orde for økt bruk av simuleringsteknikker i opplæringen av kirurger, noe som både vil gi treningsgevinster og øke pasientenes sikkerhet. Han etterspør også standardiserte pasient- og registerdata til forskningsformål og virksomhetsplanlegging.



Effektivitet og sikkerhet i traumebehandling forutsetter regelmessig drilling av ferdigheter og trening i tverrfaglige team. Her fra en simuleringsovelse i regi av BEST-prosjektet. Alle foto T. Sundar

Sikkerhetskultur

Paul Barach, redaktør av det internasjonale tidsskriftet *Quality and Safety in Health Care*, understreket i flere debattinnlegg at spørsmål knyttet til systemsikkerhet blir stadig viktigere innen traumebehandling.

– Helsevesenet har mye å lære av erfaringene innen luftfart og forsvaret når gjelder drilling av ferdigheter, sikkerhetsrutiner, krisesimulering og trening i team, sier Barach til Tidsskriftet. Han er epidemiolog, men har også bakgrunn som lege fra den amerikanske hær.

Hans fanesak er at sikkerhetstenkning skal få større innpass i planleggingen og organiseringen av en virksomhet. Dette vil gi en tryggere og mer effektiv helsetjeneste.



Paul Barach

– Sikkerhet kan ikke løsrives fra kvalitet, og handler om å lage systemer som er robuste og pålitelige. I praksis betyr det at systemer som er begrunnet ut fra virksomhetsdata og organisert ut fra prinsipper om samarbeid. Derimot har tradisjonelt helsevesenet ofte knyttet suksesskriterier til den enkelte fagpersonens eller spesialistens rolle. Et slikt system er imidlertid mer sårbart og disponerer for feil og utilsiktede hendelser.

– Målet er å øke sikkerheten for alle systembrukere, ikke minst pasientene, sier Barach.

Han påpeker at utilsiktede hendelser inntrer ved nær 4 % av alle sykehusinnleggelsene i USA, at 14–15 % av disse er fatale og at to av tre kunne vært unngått dersom systemene var enklere og sikrere (2).

– Skal forekomsten av feil og utilsiktede hendelser reduseres, trenger vi en kulturendring. Vi må tenke nytt ved å forenkle systemer, drille rutiner og skape et åpent samarbeidsklima der det gis tilbakemeldinger til

den enkelte, men der oppmerksomheten rettes mot systemfeil istedenfor leting etter syndebukker. Feilgrep er en del av tilværelsen, men det er viktig å håndtere dem på rett måte, sier Barach.

Han oppfordrer leger til å gå i bresjen for arbeidet med å introdusere ideer og systemendringer i helsevesenet, så vel i grunnutdanningen som i spesialistutdanningen.

– Selv om det kan oppleves vanskelig å få politisk og administrativ støtte for nye ideer, er det viktig at leger er seg sitt ansvar bevisst for å medvirke til systemforbedringer, sier Barach.

– Tom Sundar, Tidsskriftet
tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. Kjærgaard J, Trautner S. Multitraumer. I: Hald T, Stadil F, red. Kirurgisk kompendium. København: Nordisk Forlag Arnold Busck, 1996.
2. Reducing error. Improving safety. BMJ 2000; 320: 725–814.

Bedre skaderegistrering lønner seg

Da ledelsen ved Ullevål universitetssykehus oppdaget at sykehuset tapte penger på grunn av mangelfulle virksomhetsdata, kom traumeregisteret på plass.

– Selv om vi har ett av Nordens største sentre for handling av alvorlig skadede pasienter, har det tatt tid å få aksept for at sykehuset trenger et skikkelig traumeregister. Da vi benyttet økonomiske argumenter, lyktes det å få tildelt nødvendige ressurser, sier anestesioverlege Nils Oddvar Skaga ved Ullevål universitetssykehus.

Avdekket mangler

Før 2000 fantes det ingen komplette, enhetlige data for traumebehandling. Iherdige forsøk på å samle inn virksomhetsdata over de alvorligst skadede pasientene var blitt gjort av enkelte ildsjeler i flere år, men det viste seg å være vanskelig å få standardiserte data til forskning og evaluering (1).

Fra legehold ble det påpekt at det ville bli en umulig oppgave å komme i gang med virksomhetsregistrering uten at midler og personellressurser ble allokert til formålet. To av anestesilegene, Nils Oddvar Skaga og Torsten Eken, satte seg ned i 1999 for å regne på hvordan en mer systematisk registrering ville slå ut økonomisk i DRG-systemet (2). Det de gjorde, var å gå gjennom journaldataene for 40 ferdigbehandlede, representative traumepasienter, like mange som sykehuset i gjennomsnitt mottar i løpet av en treukers periode. De registrerte alle relevante diagnoser og behandlingsprosedyrer, og beregnet ut fra det en DRG-skåre og et refusjonsbeløp for

hver pasient. DRG-dataene ble så sammenliknet med eksisterende opplysninger i det pasientadministrative systemet.

Synlige tall

Regnestykket var slående: For de 40 pasientene var det beregnet 660 000 kroner for lite i henhold til gjeldende DRG-pris. Det hadde igjen ført til et underskudd på 275 000 kroner i DRG-utbetalinger til sykehuset. Årsaken var helt enkelt mangelfull koding, registrering og innrapportering av prosedyrer og diagnoser.

– Ledelsen ved kirurgisk divisjon var forbløffet over resultatet, og bestemte seg straks for å avsatte midler til personell og til kontor- og datautstyr, sier Skaga. Han har hatt det faglige ansvaret for traumeregisteret som ble opprettet høsten 2000, og en heltidsansatt sykepleier har ansvaret for driften og virksomhetsregistreringen.

Ifølge Skaga har erfaringene med traumeregisteret vært svært positive så langt. Registeret inneholder en komplett oversikt over sykehusets traumepopulasjon, som omfatter ca. 800 pasienter per år. Dataene blir brukt til kvalitetssikring, budsjettplanlegging, fagutvikling og organisering av virksomheten.

– Tom Sundar, Tidsskriftet
tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. Lossius HM, Langhelle A, Søreide E, Pillgram-Larsen J, Lossius TA, Laake P, Steen PA. Reporting data following major trauma and analyzing factors associated with outcome using the new Utstein style recommendations. Resuscitation 2001; 50: 263–72.
2. Eken T, Skaga NO. Økonomisk gevinst av systematisk traumeregistrering. NA-Forum 2000; 13: 7.

Dårlige kår for gode ideer?

– Forslag til systemforbedringer i sykehus blir som regel tatt godt imot, men betalingsviljen står det dårlig til med.

Det mener Kari Schrøder Hansen som er kirurg ved Haukeland Sykehus.

– Generelt er det vanskelig å få støtte til prosjekter når ideene kommer fra grasrota i sykehushierarkiet. Dette er en svakhet ved systemet, og det oppmuntrer heller ikke til nytenkning og systemforbedringer. Tvert imot føler mange at de ikke blir hørt, sier Schrøder Hansen.

Et selvopplevd eksempel er arbeidet med å få etablert et traumeregister ved Haukeland Sykehus. I to år har hun og andre kolleger registrert virksomhetsdata på frivillig basis, i håp om at sykehusledelsen ville øremerke ressurser til et permanent register. Da Schrøder Hansen nylig bad om avløsning, hadde sykehuset ingen løfter å gi. Det kan bety kroken på døren for traumeregisteret.

– Det er beklagelig når vi vet hvilke muligheter som finnes med et slikt register, både faglig og økonomisk, sier hun.

Et annet prosjekt hun ikke har fått støtte til, er utgivelsen av en metodebok for assistentleger ved kirurgisk avdeling. Hun valgte selv å bruke 30 000 kroner til å få trykt og publisert boken, etter å ha fått beskjed om at det ikke fantes midler i sykehussystemet. Nå håper hun å få dekket en del av produksjonskostnadene ved å selge bøkene. Kirurgisk avdeling har kjøpt den til nyansatte assistentleger og turnusleger, og boken er også solgt til leger og studenter ved andre sykehus.

– Tom Sundar, Tidsskriftet
tom.sundar@legeforeningen.no