

## 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 forsvarret 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 helsevesen 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