

utsetter registrering av pasienter og behandling fra starttidspunktet. Alle pasienter eller pasienter fra utvalgte større behandlingssentre (sentinel monitoring sites) inkluderes og følges opp med regelmessige rapporter. Kohorter på 10 000 pasienter kreves for å kunne oppdage bivirkninger med en frekvens på 1/3 000. Slike undersøkelser må derfor vanligvis omfatte flere land.

Standardiserte dataregistreringsskjema sendes inn til et nasjonalt senter og videre til en internasjonal database i Uppsala for videre analyse av WHO. Forfatterne beskriver i detalj prinsipper for rapportering og vurdering av det som registreres. For spontan rapportering anbefales man et skjema for rapportering av bivirkninger svarende til det skjemaet som man bruker i Norge. Man inkluderer også et eksempel på et spesielt skjema for antiretrovirale medikamenter. For prospektiv registrering av medikamentrelaterte hendelser er det utviklet relativt enkle skjema for hivbehandling som også omfatter manglende effekt av behandling og resistensutvikling som «event». Det vil si at man også kan bruke meldingene til forenklet kvalitetskontroll.

Skjema kan hentes fra Internett. Man får detaljert, generell veiledning om dataregistrering, vurdering av bivirkninger, kontroll av dataene etc. Bruk av personidentifiserbare opplysninger kan gi problemer med tilslutning fra Norge, og det anbefales også kobling til andre registre for nasjonal analyse.

Boken er først og fremst nyttig for planlegging av nasjonal overvåking av bivirkninger, med videre rapportering til WHO. Den gir også nyttig informasjon for de som har ansvar for behandling av hivinfeksjon, med henblikk på hvilke data som bør følges.

Det er påfallende at ingen hivmedisiner er gjenstand for spesiell overvåking fra Legemiddelverket i Norge. Vårt bidrag er så langt at den største kohorten med hivpasienter i Norge har levert data til en internasjonal kohort som inkluderer mer enn 23 000 pasienter, via samarbeid med Copenhagen HIV Programme (1). Denne kohorten omfatter imidlertid ikke data fra utviklingsland, noe som vil være viktig, da disse fortsatt bruker eldre typer hivmedisin, og komorbiditet vil kunne spille en stor rolle for toleransen.

**Johan N. Bruun**

Medisinsk avdeling  
Universitetssykehuset Nord-Norge

#### Litteratur

1. The DAD study group. Class of antiretroviral drugs and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med* 2007; 356: 1723–35.

## Sjekkliste – ikke bare for nevrologer

Atul Gawande

### The checklist manifesto

How to get things right. 209 s. New York, NY: Metropolitan Books, 2009. Pris USD 25  
ISBN 978-0-8050-9174-8



Målgruppen er klinikere og sykehusadministratorer som er involvert i perioperativ behandling og pleie. Boken er en kombinasjon av lærebok og debattskrift. Forfatteren bruker resultatene fra egen og andres forskning til å underbygge hovedbudskapet sitt: Medisinske feil skyldes sjelden inkompetanse hos enkeltindivider, men ofte dårlig kommunikasjon og fravær av kontrollprosedyrer. Forfatteren har bakgrunn som kirurg og forsker, og er leder av WHO's program «Safe Surgery Saves Lives». Han har tidligere utgitt de leseverdige bøkene *Complications: a surgeon's notes on an imperfect science* (2002) (1) og *Better: a surgeon's notes on performance* (2007) (2).

Forfatteren fremholder at alvorlige perioperative komplikasjoner i hovedsak er knyttet til infeksjon, blødning, anestesiproblemer og «det uventede». Sjekklisten for «Safe Surgery» er utviklet med tanke på å redusere risiko knyttet til hvert av disse fire områdene. Innholdet i sjekklisten spenner fra kontroll av pasientens identitet til at alle som arbeider på operasjonsstuen under den aktuelle operasjonen, skal presentere seg med navn og rolle. Altså dekker sjekklisten både punkter som handler om kontroll, og punkter som handler om å legge grunnlag for godt samarbeid på operasjonsstuen. Det siste er en forutsetning for å håndtere uventede komplikasjoner. Sjekklisten er inndelt i en del som skal gjennomgås før innledning av anestesi, en del som skal gjennomgås før operasjonsstart, og en del som skal gjennomgås før pasienten kjøres ut av operasjonsstuen. Hver del tar mindre enn et minutt når sjekklisten er innarbeidet i avdelingen.

Gjennom de ni kapitlene følger vi prosessen frem til ferdig sjekkliste. Først beskriver forfatteren prosessen med å identifisere de faktorene som hyppig er opphav til feil og komplikasjoner. I de påfølgende avsnittene presenterer forfatteren erfaringer fra virksomheter der sjekkliste har vist seg å redusere omfanget av feil og ulykker, bl.a. i luftfart og ved komplekse byggeprosjekter. I de siste kapitlene skildres piloteringen av de første utkastene til sjekkliste og resultatene fra innføringen av den endelige sjekklisten.

Resultatene av innføringen av denne enkle sjekklisten med 19 punkter var oppsiktsvekkende, og effekten ble oppnådd både ved vestlige universitetssykehus og ved fattige, dårlig utstyrte og mangelfullt bemannede sykehus i utviklingsland. Resultatene fra innføringen er for øvrig publisert i *New England Journal of Medicine* og viste at perioperativ dødelighet sank fra 1,5 % til 0,8 %, og antall registrerte komplikasjoner falt fra 11 % til 7 % (3).

Boken anbefales på det varmeste. Når jeg leser den, tenker jeg på flere egne erfaringer fra operasjonsstuen, som ville vært annerledes dersom en slik sjekkliste var blitt fulgt. Selv om boken handler om sjekkliste knyttet til operasjoner, virker det innlysende at også andre deler av medisinen er så komplekse at sjekkliste kan hjelpe oss til å gjøre tingene riktig.

**Olav Magnus S. Fredheim**

Nasjonalt kompetansesenter for sammensatte lidelser  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

#### Litteratur

1. Gawande A. *Complications: a surgeon's notes on an imperfect science*. New York, NY: Metropolitan Books, 2002.
2. Gawande A. *Better: a surgeon's notes on performance*. New York, NY: Metropolitan Books, 2007.
3. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009; 360: 491–9.