
Systemforenklinger gir resultatgjennombrudd

HOVEDREPORTASJE

TOM SUNDAR,

Email: tom.sundar@legeforeningen.no

Tidsskriftet

Bedre behandling, ressursbruk, sikkerhet og arbeidsforhold. Dette kan bli gevinstene ved å standardisere, registrere og dokumentere virksomheten i intensivavdelinger, viser resultater fra Legeforeningens gjennombruddsprosjekt.

Ca. 100 anestesileger, intensivsykepleiere og ledende helsepersonell var samlet til et seminar i Tromsø i mai for å oppsummere og drøfte erfaringer og resultater fra *Gjennombruddsprosjekt Intensivmedisin*, som Legeforeningen startet i fjor høst. 21 intensivavdelinger har vært med på det tverrfaglige prosjektet, som er gjennomført i regi av Legeforeningens Kvalitetssikringsfond II.

Utnytte ressursene

– Målet er å prøve ut og dokumentere effekten av tiltak som innebærer systemforenklinger. Prosjektet har også vært med på å skape en bedre samarbeidskultur ved intensivavdelingene, sier seksjonsoverlege Hans Flaatten ved Anestesiavdelingen, Haukeland Sykehus. Han har vært med i en ekspertgruppe som har foreslått temaer og satsingsområder, og som sammen med en veiledergruppe har fulgt intensivavdelingene i prosjektperioden. De fleste avdelinger har hatt som arbeidsmål å redusere respiratortiden, det vil si antall døgn intensivpasienter er koblet til respirator, med inntil 20%. I tillegg har man ønsket å unngå unødige liggedager i intensivavdelingen, forbedre respiratorbehandling og legemiddelbruk, forebygge forutsigbare komplikasjoner, unngå unødige røntgen- og laboratorieundersøkelser samt forbedre terminalomsorgen og samarbeidet med de pårørende.



Hans Flaatten

Ulike tiltak har blant annet vært å sedere pasientene mindre, innføre skåringssystemer for behandlingens nytteeffekt, tydeliggjøre medikamentordinasjoner og mobilisere pasientene tidligere. Prosjekterfaringene har vist at tidlige tiltak eller intervensjoner øker mulighetene for gjennombrudd på resultatsiden. De fleste avdelingene kunne også melde om at de hadde klart å redusere respiratortiden. Mest oppsiktsvekkende er resultatene fra Haukeland Sykehus, som oppnådde 35% reduksjon (se egen ramme).

– Ved å optimalisere sedasjon og ventilatorterapi, er det grunn til å forvente redusert liggetid i respirator, sier Hans Flaatten. Han påpeker at respiratorbehandling er avansert og ressurskrevende behandling og utgjør en betydelig del av aktiviteten ved intensivavdelingene. Beregninger utført ved Haukeland Sykehus i 1996 viste at intensivavdelingen hadde en gjennomsnittlig døgnpris på 18 000 kroner (1).

– Tall fra USA tyder på at så mye som 30 % av behandlingsutgiftene i sykehus går med til intensivpasienter, som utgjør bare ca. 8% av sykehuspasientene. Derfor er det viktig å utnytte ressursene og gi den beste behandling ut ifra vitenskapelig basert kunnskap, sier han.

Flaatten understreker at standardiserte systemer gjør det mulig å systematisere og effektivisere behandlingen, noe som åpner for kortere opphold, færre komplikasjoner og bedre ressursbruk. I tillegg får sykehusene muligheten til å sammenlikne pasient- og behandlingsdata og studere variasjonen i egne resultater.

– Gjennombruddsprosjektet har vært et grunnlag for å etablere enhetlig registrering med ensartede definisjoner og objektive skåringssystemer. Dette er en prioritert oppgave for så vel sykehusene og Norsk anesthesiologisk forening i tiden som kommer, sier Flaatten. Han forteller at prosjekterfaringene nå vil bli ført videre i arbeidet til Forum for intensivmedisin, et nytt fagutviklingsorgan som vil komme i løpet av året.



Lederne av forbedringsseminaret i Tromsø har sentrale roller i Legeforeningens gjennombruddsprosjekt. Fra v. Stein Tore Nilsen, Hans Flaatten, Don Berwick, Dag Hofoss, Robbie Mathiesen og Hans Asbjørn Holm. Foto T. Sundar

Erfaringer fra USA

Hovedgjesten ved seminaret i Tromsø var den anerkjente amerikanske legen, forskeren og forfatteren Donald M. Berwick. Han er leder for Institute for Healthcare Improvement i Boston i USA og professor innen pediatri og helseadministrative fag ved Harvard University. Berwick har vært sentral i arbeidet med å igangsette gjennombruddsprosjekter innen ulike fagområder i USA.



Donald M. Berwick

I sine innlegg om forbedring av helsetjenestene, understreket Berwick det enkle, men grunnleggende faktum at et system aldri er bedre enn resultatene det fører til. Han gav flere eksempler på systemegenskaper som har forbedringspotensial, som dødelighet ved operative inngrep, smertekontroll, ventetid, medikamentbruk, forekomst av feil og sikkerhetsberedskap. Han påpekte at utilsiktede hendelser forekommer ved 3,7% av sykehusinnleggelsene i USA; 20% av disse skyldes feilmedisinering, 14% er fatale og to tredeler av hendelsene kunne vært unngått dersom systemene hadde blitt forbedret.

Berwick tok et oppgjør med «naming, blaming and shaming»-kulturen: – Å jakte på syndebukker stresser et system i stedet for å forbedre det. De fleste medisinske feil skyldes verken skjodesløshet eller inkompetanse hos helsepersonell, men oppstår som følge av kompliserte og uhensiktsmessige systemer, sa Berwick. Han har nylig drøftet disse ideene i en lederartikkel i et temanummer av BMJ (2).

Han fastslo at sikkerhet inngår som et viktig element i kvalitet: – Skal vi redusere forekomsten av feil og utilsiktede hendelser, må det systemendringer til på alle nivåer. Helsevesenet må sette seg kvalitetsmål, forenkle og standardisere prosedyrer og skape et godt, tverrfaglig samarbeidsklima, var budskapet fra den amerikanske legen.

Gjennombruddsprosjekt Intensivmedisin

Gjennombruddsprosjekt Intensivmedisin er et samarbeid mellom Legeforeningens Kvalitetssikringsfond II, Norsk anesthesiologisk forening og Statens helsetilsyn. Prosjektet er en videreføring av fjorårets keisersnittprosjekt, og er basert på en amerikansk modell for kvalitetsforbedring.

Målet er å optimalisere behandling, ressursbruk og sikkerhet i intensivavdelinger. Dette skjer ved å forandre prosedyrer eller innføre nye og registrere resultatene. En ekspertgruppe utpekt av Norsk anesthesiologisk forening, identifiserer aktuelle forbedringsområder, og de enkelte intensivavdelingene velger prosjekt ut fra egne behov.

21 intensivavdelinger deltar. Eksempler på lokale prosjektmål er å bedre kommunikasjonen mellom ulike grupper helsepersonell, optimalisere sederingen av respiratorpasienter, redusere liggetiden i respirator og redusere medikamentforbruk, komplikasjonsfrekvens eller forbruket av røntgen- og laboratorietjenester. I løpet av prosjekttiden blir det holdt flere forbedringsseminarer, og til høsten avsluttes det med en konferanse.



Plan, do, study & act (PDSA) er de fire elementene i den såkalte forbedringssirkelen, her symbolsk illustrert som en livbøye. Bildet er tatt fra posteren til Anestesiavdelingen ved Haukeland Sykehus

LITTERATUR

1. Flaatten H. Intensivbehandling i Norge – en spørreskjemaundersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3376–8.
 2. Reducing error. Improving safety. BMJ 2000; 320: 725–814.
-

Publisert: 30. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. februar 2026.