

Kommentar

Håndtering av akutte situasjoner

I dette nummeret av Tidsskriftet beskriver Thomassen og Wisborg en kritisk situasjon i forbindelse med akutt keisersnitt (1). Det er ikke vanskelig å forestille seg hvor dramatisk denne hendelsen må ha fortonet seg for de involverte, men heldigvis gikk det bra med pasienten til slutt. Det er fortjenstfullt at kolleger tør å fortelle om de tilfellene der ikke alt gikk etter planen, kombinert med at man også evner å rette et selvkritisk lys mot det som skjedde. På denne måten vil både egen organisasjon og andre kunne dra nytte av lærdommen. Dette er også et viktig element i den nye nasjonale kvalitetsstrategien fra Sosial- og helsedirektoratet (2).

Sjeldne og livstruende situasjoner vil alltid kunne oppstå, selv om nøyaktig og god diagnostikk, utredning og seleksjon kan redusere hyppigheten. Derimot vil vi kunne redusere forekomsten av katastrofale utfall dersom vi hele tiden planlegger som om neste pasient kan by på krevende utfordringer. Det finnes organisasjoner (for eksempel hangarskip) som driver med svært risikofylte operasjoner, og som klarer å gjøre dette med meget lav forekomst av tap og skade. Disse organisasjonene kalles «high reliability organisations» (HRO) (3). Det som kjenner tegner en slik, er at alle er opptatt av sikkerhet og både å oppdage og verifisere signaler på at noe negativt er i ferd med å utvikle seg. Videre drives utstrakt øving på å kunne håndtere katastrofesituasjoner, selv om det er liten risiko for at slike virkelig skal oppstå.

I sykehus har vi ofte forhåndsutpekte

team som behandler hjertestans og traumer, men andre akuttsituasjoner må håndteres av tilfeldige team, som i det aktuelle tilfellet. Dette stiller store krav til de involverte for at de skal fungere som et team. Det er kanskje et tankekors at man ikke i større grad utvikler og benytter gode og effektive sjekklistor til bruk i slike akuttsituasjoner, noe som jo er meget utbredt innen luftfart. I medisinsk sammenheng har det også vært beskrevet slike (4). Kanskje en sjekkliste kunne ha vært med på å rette oppmerksomheten mot at pasienten i det omtalte tilfellet var i ferd med å utvikle alvorlig blødningssjokk? Sjekklistor er med på å strukturere kommunikasjonen og kan på den måten bidra til at ulike personellgrupper snakker bedre med hverandre.

Vi har vel alle vært i situasjoner der vi ikke synes at kommunikasjonen innad i teamet har vært god (5). Det er også en utfordring at vi som leger er avhengig av så vel andre leger som annet personell. Heldigvis er det ikke umulig å øve både på kommunikasjonen og de ulike akutt-håndgrepene samt å gå igjennom de ulike rutinene som man på ethvert sykehus er avhengig av, slik forfatterne beskriver at de gjorde etter hendelsen (6). Det å lede et høykompetent team i en akutt situasjon er derimot en svært krevende oppgave, men både pasienter og tilsynsmyndigheter forventer at vi øver på dette. Og det er nettopp regelmessige øvelser hvor man trener på teamledelse, samarbeid og kommunikasjon som er løsningen (7). Det er vi som fagfolk og som kjenner de ulike fagområder som må planlegge og

gjennomføre slik trening. Slike øvelser er både moro og lærerike og har effekt, men krever altså nødvendig innsats.

Guttorm Brattebø

guttorm.brattebo@helse-bergen.no
Akuttmedisinsk seksjon KSK
Haukeland Universitetssjukehus
5021 Bergen

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Thomassen Ø, Wisborg T. En 33 år gammel kvinne med hjertestans under keisersnitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126; 3270–1.
2. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2006. www.ogbedreskaldetbli.no/Om_kvalitetsstrategien/IS-1162_4390a.pdf (30.10.2006).
3. Roberts KH. Some characteristics of one type of high reliability organization. Organ Sci 1990; 1: 160–76.
4. Runciman WB, Kluger MT, Morris RW et al. Crisis management during anaesthesia: the development of an anaesthetic crisis management manual. Qual Saf Health Care 2005; 14: e1. www.qshc.com/cgi/content/full/14/3/e1 (30.10.2006).
5. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. Crit Care Med 2003; 31: 956–9.
6. Flin R, Maran N. Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine. Qual Saf Health Care 2004; 13 (suppl 1): i80–4.
7. Morey JC, Simon R, Jay GD et al. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. Health Serv Res 2002; 37: 1553–80.

Manuskriptet ble mottatt 31.10. 2006 og godkjent 8.11. 2006. Medisinsk redaktør Elisabeth Swensen.