

Sikkerhetskultur i luftambulansetjenesten

Hvert år skades og dør flere tusen pasienter som følge av uønskede hendelser og medisinsk feilbehandling i norsk helsevesen. Akuttmedisinske intervensjoner, utført i luftambulansetjenesten, kan anses som spesielt risikofylte. En landsomfattende kartlegging av pasientsikkerhetsklimaet i luftambulansetjenesten starter i vår, og kan være et viktig bidrag for å bedre pasientsikkerheten.

 Publisert først på nett 28.3. 2012  Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

Helsepersonell har som ideal ikke å volde pasienter skade. «Primum non nocere» – først, gjør ikke skade – er det førende prinsippet i den hippokratiske legeed. Sitatet står fortsatt helt sentralt i medisinsk etikk. Likevel forekommer uønskede hendelser med pasientskade som følge. Omfanget og alvorlighetsgraden av slike hendelser ble først tallfestet på 1990-tallet, og i 1999 publiserte Institute of Medicine rapporten *To err is human: building a safer health system*, der det ble det anslått at mellom 44 000 og 98 000 amerikanere hvert år dør på sykehus i USA som følge av uønskede hendelser (1). I 2010 ble det gjennomført en liknende undersøkelse i Norge som konkluderte med at det årlig dør om lag 4 700 pasienter i norske sykehus på grunn av pasientskader (2).

Uønskede hendelser

Det er ofte sammensatte årsaker til at uønskede hendelser i helsevesenet inntreffer (3). En rekke studier har vist at menneskelig svikt er medvirkende årsak i inntil 80 % av uønskede hendelser i risikoutsatt industri, inklusiv anestesi og intensivmedisin (4). Minst halvparten av disse hendelsene kunne sannsynligvis vært forhindret (5).

Luftambulansetjenesten behandler og transporterer et stadig økende antall pasienter (6). Vi vet at uønskede hendelser og feil også forekommer i denne tjenesten (7). Det er flere forhold ved luftambulansetjenesten som skiller den fra sykehuset, og som gjør den ekstra sårbar for menneskelig svikt. Det er rimelig å anta at dette øker forekomsten av uønskede hendelser tilsvarende, men omfanget er usikkert. Personellet som jobber i denne tjenesten, eksponeres for et bredt spekter av akuttmedisinske problemstillinger hos pasienter i alle aldersgrupper. Pasientene som trenger assistanse, er ofte alvorlig syke eller livstruende skadet. I tillegg er tidsaspektet kritisk og marginene svært små. Denne pasientgruppen krever avanserte intervensjoner, for eksempel endotrakeal intubasjon og intensiv overvåking under transport, og må ofte respiratorbehandles og tilkobles annet avansert, medisinsk teknisk utstyr underveis. Beslutninger vedrørende ulike behandlingsalternativer og operative forhold, som hvordan pasienten skal transporteres og til hvilket sykehus, må tas på et sparsomt grunnlag

og under tidspress. I praksis er det svært begrenset anledning til å konferere med spesialister på sykehuset angående behandlingen. Under transport og ved overlevering av pasienten mellom helsepersonell kan det lett oppstå misforståelser. Informasjon kan gå tapt, og uønskede hendelser kan oppstå (8).

Pasientsikkerhetskultur eller ukultur

I tillegg til slike kontekstspesifikke faktorer anser man at mangel på god pasientsikkerhetskultur er en viktig medvirkende årsak til uønskede hendelser (9). «Pasientsikkerhetskultur» og «pasientsikkerhetsklima» er til dels overlappende begreper, og i litteraturen benyttes de ofte feilaktig om hverandre.

«Tverrfaglig pasientsikkerhetsarbeid må betraktes som en investering, ikke som en utgiftspost»

Vi kan se på pasientsikkerhetskulturen som en delkomponent av organisasjonskulturen, og den kan forstås som et sett av felles ideer, verdier, regler, normer og holdninger til pasientsikkerhetsarbeid i organisasjonen.

Pasientsikkerhetsklimaet kan vi betrakte som et øyeblikksbilde av pasientsikkerhetskulturen, og man bruker begrepet for å beskrive arbeidstakernes opplevelse av hvordan pasientsikkerheten blir håndtert på arbeidsplassen (9)

Målinger av pasientsikkerhetsklima

For å få en dypere forståelse for pasientsikkerhetskulturen i luftambulansetjenesten kan man gjennomføre målinger av pasientsikkerhetsklimaet blant operativt personell i tjenesten (9). Slike målinger vil kunne gi oss et øyeblikksbilde av kulturen i de organisatoriske enhetene som man undersøker. Styrker og svakheter kan dermed identifiseres, tiltak kan iverksettes, og endringer kan monitoreres over tid. På denne måten

tror vi at man kan bedre sikkerheten for pasientene og redusere forekomsten av uønskede hendelser.

Førsteforfatter har påbegynt et doktorgradsprosjekt, som finansieres av Stiftelsen Norsk Luftambulans, for å studere både menneskelige faktorer ved uønskede hendelser i luftambulansetjenesten og pasientsikkerhetsklimaet i organisasjonen.

Konklusjon

Det er et uttalt behov for å bedre pasientsikkerheten i luftambulansetjenesten, som i norsk helsevesen for øvrig. Det er sannsynlig at potensialet for bedring av pasientsikkerheten er størst i de mest risikoutsatte tjenestene. En kartlegging av pasientsikkerhetsklimaet er en proaktiv strategi som vil kunne gi verdifull innsikt i områder med forbedringspotensial.

Det er nødvendig med dyptgripende holdningsendringer på alle nivåer i helsevesenet – også prehospitalt. Tverrfaglig pasientsikkerhetsarbeid må betraktes som en investering, ikke som en utgiftspost.

Vi trenger endring – og vi trenger den nå!

Håkon Bjørheim Abrahamsen

hakon.bjorheim.abrahamsen@norskluftambulans.no
Forsknings- og utviklingsavdelingen
Stiftelsen Norsk Luftambulans
og
Anestesiavdelingen
Stavanger universitetssjukehus

Eirik Bjørheim Abrahamsen

Institutt for industriell økonomi, risikostyring og planlegging
Universitetet i Stavanger

Hans Morten Lossius

Forsknings- og utviklingsavdelingen
Stiftelsen Norsk Luftambulans

Håkon Bjørheim Abrahamsen (f. 1975) jobber som lege i spesialisering ved anestesiavdelingen, Stavanger universitetssjukehus, og er doktorgradsstipendiat i Stiftelsen Norsk Luftambulans. Forskningsprosjektet hans utgår fra Universitetet i Bergen og omhandler menneskelige faktorer og pasientsikkerhet i prehospitaltjenester, med særlig søkelys på luftambulansetjenesten i Norge. Han har en solid tverrfaglig bakgrunn som ingeniør med spesialisering i medisinsk teknologi og kybernetikk.

>>>

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Forfatteren er stipendiat i 50 % stilling i Stiftelsen Norsk Luftambulans, og forskningen er fullfinansiert derfra. Forfatteren er ansatt i 50 % klinisk stilling ved Stavanger universitetssjukehus og jobber prehospitalt på luftambulansbasen i Stavanger som en del av den kliniske stillingen.

Eirik Bjorheim Abrahamsen (f. 1979) er førsteamanuensis i risikostyring ved Universitetet i Stavanger. Han har bred ingeniørfaglig bakgrunn med sivilingeniørutdanning i henholdsvis industriell økonomi, med spesialisering i prosjektledelse, og i offshoreteknologi, med spesialisering i sikkerhet. Han tok doktorgraden i risikostyring og samfunnsikkerhet ved Universitetet i Stavanger i 2006. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hans Morten Lossius (f. 1959) er professor i prehospital avansert akuttmedisin ved Nettverk for medisinske vitenskaper, Universitetet i Stavanger, og han leder forsknings- og utviklingsavdelingen i Stiftelsen Norsk Luftambulans. Han er spesialist i anesthesiologi og har bred klinisk og akademisk erfaring innen pre- og «in»hospital akuttmedisin og beredskap. Han har arbeidet med en rekke forskningsprosjekter innen prehospital avansert akuttmedisin. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Corrigan JM, Kohn LT, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press, 2000. <http://books.nap.edu/catalog/9728.html> [19.3.2012].
2. Deilkås ET. Rapport for Norsk Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011. www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/!+trygge+hender/Lær+om+kampanjen/_attachment/629?_ts=134a8eef5ef [19.3.2012].
3. Gurses AP, Ozok AA, Pronovost PJ. Time to accelerate integration of human factors and ergonomics in patient safety. *BMJ Qual Saf* 2011; e-publisert. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22129929 [19.3.2012].
4. Flin R, O'Connor P, Crichton M. Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills. Aldershot: Ashgate, 2008.
5. Williamson JA, Webb RK, Sellen A et al. The Australian Incident Monitoring Study. Human failure: an analysis of 2000 incident reports. *Anaesth Intensive Care* 1993; 21: 678–83.
6. Årsrapport 2010 for helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS. Luftambulansetjenesten, 2010. www.luftambulansetjeneste.no/aarsrapporter.aspx [19.3.2012].
7. Helsetilsynet: www.helsetilsynet.no/tilsyn [19.3.2012].
8. Ye K, McD Taylor D, Knott JC et al. Handover in the emergency department: deficiencies and adverse effects. *Emerg Med Australas* 2007; 19: 433–41.
9. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. *Saf Sci* 2007; 45: 653–67.

Mottatt 1.2. 2012, første revisjon innsendt 27.2. 2012, godkjent 8.3. 2012. Medisinsk redaktør Merete Kile Holtermann.