

## «Mind the gap»

### «Kontinuitetsavbrot (gaps) er ei sentral utfordring i helse-tenesta»

**Pasientar, ordinasjonar, rekvisisjonar, legemiddel og helsepersonell kryssar grenser – mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta, mellom ansvarsområde, mellom ulike arbeidskift, og dei flyt gjennom hierarki og avdelingar. Kontinuitetsavbrot kan føre til at helsepersonellet mistar oversikta. Dette kan få uheldige følgjer for pasientane ved at informasjon kan gå tapt og ansvaret tilsynelatande blir pulverisert.**

- Eit nyfødd barn produserte mykje slim etter fødselen. Jordmora kontakta barnelegen, som gav telefonisk råd om at barnet burde sugast i magesekken. Anestesilegen blei kontakta for suging, men han klarte ikkje å kome skikkeleg ned med sonden. Han rapporterte tilbake til jordmora, men det var ingen kommunikasjon mellom barnelegen og anestesilegen om symptoma til barnet. Tilstanden til barnet blei verre, og etter tolv timar gjorde ein ei nærare undersøking. Det blei påvist ei forsnevring i matrøret med ein fistel til luftrøret, og barnet blei operert for tilstanden.
- Ein middelaldrande mann fekk fjerna galleblæra ved kikholskirurgi. Inngrepet var ukomplisert, men den postoperative perioden vart forlenga. Tilstanden blei først oppfatta som ei bløding i bukveggen med påfølgjande infeksjon. Operatøren som var vikar, skreiv ikkje ned vurderingane sine, og rapporterte heller ikkje om problemet da ho avslutta vikariatet. Påtroppande lege observerte tilstanden over nokre dagar mens pasienten gradvis blei verre. Ein ny operasjon seinare viste gallelekkasje og bukhinnebetennelse.
- Ein 70 år gammal pasient fekk gjennom 30 år behandling med litium for ei manisk-depressiv lidning. Ho var innlagd på kirurgisk avdeling for eit mindre inngrep, men den postoperative perioden vart av uklare årsaker komplisert. Ho blei utskriven til sjukeheim med svekt allmenntilstand, noko ustø og gløymisk. Fire veker etter operasjonen blei ho lagd inn att for sårrevisjon, og ho blei behandla med antibiotika (medrekna Flagyl, som potenserer verknaden av litium). Ho fekk heile tida litium i vanleg dose trass i at ho i periodar hadde lågt inntak av mat. Journalen viser ingen refleksjonar over den gradvis svekte allmenntilstanden. Ho blei lagd inn att sju veker etter operasjonen med nyresvikt på grunn av litiumforgifting, og døyde etter tre veker.

• Ein 50 år gammal pasient blei innlagd før ei helg på medisinsk avdeling med akutte magesmerter. Gastroskopi gav mistanke om brokk i matrøret. Ein bestilte røntgen som ikkje blei teken før etter helga. Røntgen viste stort matrørsbrokk med halve magesekken i brystkassa. Pasienten var heile tida prega av kvalme og smerter. Dagen etter granska ein radiolog bileta, som også blei sedde av ein studentvikar, men ansvarleg lege oppfatta ikkje funnet før fem dagar etter at mannen blei innlagd. Kirurgisk avdeling blei kontakta, og kirurgen som var sommarvikar, undersøkte pasienten og viste henne vidare til operasjon. På grunn av forstyrringar i væske- og saltbalansen ønskte anestesilegen å utsetje operasjonen. Blodprøvane dagen etter viste betre verdiar, men operasjonen blei framleis utsett for å korrigerer blodverdiene vidare. Dei fire involverte avdelingane drøfta aldri i fellesskap situasjonen til pasienten. Neste dag forverra tilstanden seg, og pasienten fekk respirasjons- og sirkulasjonsstans.

Dei sjukehistoriene vi refererer til her, viser utfordringane som er knytte til *samhandlinga* mellom ulike avdelingar og personar i ein akutt situasjon, *kommunikasjonen* mellom aktørane når behandlinga tek tid, og kor viktig det er å stoppe opp og samle informasjon frå ulike kjelder og sjå kritisk på den første diagnosen som blir stilt.



«Aukande spesialisering og større mobilitet blant helsepersonellet stiller større krav til leiinga om å kompensere for risikofylte situasjonar»

Kontinuitetsavbrot (gaps) er ei sentral utfordring i helsetenesta. Årsaka til det er måten helsetenesta er organisert på, med ulike ansvarsnivå, auka spesialisering og oppdeling av helsehjelpa både i tid og rom. Slike kontinuitetsavbrot ser ein til dømes når pasientar blir flytta frå ei behandlingseining til ei anna, ved byte av behandlingsansvarleg personell, ved overføring av informasjon (skriftleg til munnleg), rapportering ved vaktskifte, eller avbrot i arbeidsprosessen på grunn av hendingar som skjer samtidig.

Helsetenester er stort sett organiserte som lagarbeid, men utan at ein finn att lagorganiseringa på tvers av ansvarsområde. Formalisert eller uformelt lagarbeid skaper utfordringar knytte til ei felles forståing av ansvarsfordeling og prosedyrar for arbeidet. Desse må også vere kjende og aksepterte. Sjølvstendet til profesjonane eller personane må vike for felles mål.

Når pasientar blir viste vidare frå primær- til spesialisthelsetenesta, utgjer dette viktige kontinuitetsbrot. Der er derfor særleg viktig at informasjonen følgjer med pasienten ved desse overføringane:

tilvisingsskriv, journalutskrifter og epikriser. Diskusjonen om elektroniske journalar og samhandling mellom aktørane viser kor viktig det er å ha effektive informasjonssystem.

Ein meir ustabil arbeidsmarknad med aukande bruk av vikarar og skifte av personell skaper ekstra utfordringar for dei som skal sikre robuste system som gir kontinuitet og oversikt over sjukdomsutviklinga til pasienten. Aukande spesialisering og større mobilitet blant helsepersonellet stiller større krav til leiinga om å kompensere for risikofylte situasjonar. Dette inneber både å setje i verk tiltak for å avdekkje område der det er risiko for svikt, å setje i verk tiltak for å førebyggje svikt og å avdekkje svikt dersom det likevel oppstår, og å setje i verk tiltak for å avgrense skadar på pasientar. Det er ei utfordring for dei som planlegg og leier helsetenester, å erkjenne at tenesta er full av slike kontinuitetsbrot, og å etablere system som veg opp for desse.

