

Vi kan og bør lære mer av våre feil



Fra
foreningen

Feil skjer daglig i helsevesenet. Samtidig vet vi fra studier i flere land at bare en brøkdel av de feil og nestenfeil (feil som blir korrigert før de kan få konsekvenser for pasienten) som skjer i helsevesenet, blir kjent. De fleste hendelsene gjøres derfor ikke tilgjengelig for læring. I et pasientsikkerhetsperspektiv er dette problematisk.

Undersøkelser i USA og Australia fra 1990-årene viser en bekymringsfull høy frekvens av skader på pasientene og høy dødelighet. Det er beregnet at ca. 100 000 amerikanere hvert år dør som følge av unngåelige feil i sykehus (1). En dansk undersøkelse (2) viser at 9 % av alle somatiske heldøgnsinnleggelser helt eller delvis blir berørt av utilsiktede hendelser. I gjennomsnitt fører disse til sju ekstra liggedøgn per hendelse.

En grunnleggende forutsetning for å lære av feil og nestenfeil er at hendelsene rapporteres, og at de benyttes i kvalitetsforbedrende arbeid. Erfaringer (3) viser at et system med frivillig rapportering uten risiko for straff, fører til langt flere rapporter av høy kvalitet enn systemer som er obligatoriske eller knyttet til mulig straff. Forsøk i Norge har vist at anonym rapportering avdekker at feil skjer oftere enn man ellers får rapporter om (4). De fleste feilene har ikke målbare konsekvenser for pasienten, men kunne ha hatt det.

En fordel med frivillig rapportering er at man får melding om farlige situasjoner og feil som ikke fører til skade for pasienten, men som potensielt kan gi alvorlig skade. Rapportssystemer uten kobling til mulig straff flytter oppmerksomheten fra resultatet av feilen til årsaken til at feil skjer.

Denne lærdommen kommer fra andre sektorer, blant annet fra luftfarten som benytter anonyme meldingssystemer som i langt større grad sikrer at feil blir kjent, dette av hensyn til passasjersikkerheten. Pasientsikkerheten i helsevesenet søkes nå i flere land ivarettatt etter samme mønster.

I Danmark har man nylig etablert et selskap for pasientsikkerhet. Stifterne er blant annet sykehuseiere, pasient- og profesjonsorganisasjoner. Målet er å skape en ramme for arbeidet med pasientsikkerhet, øke kunnskapen om pasientsikkerhet og om metoder for risikostyring. Alle parter skal trekkes med i arbeidet: pasientene, sykehuseierne, profesjonene, forskningsinstitusjonene og industrien. En prioritert oppgave er å etablere et rapporteringssystem, analysere kritiske hendelser og gi tilbakemelding til de som rapporterer. Det skal også vurderes om et slikt system kan være konfidensielt.

Hva er viktigst når feil skjer? Å straffe personen eller institusjonen som har gjort feil, eller å bidra til at ikke flere pasienter utsettes for den samme feilen? Hensynet til pasientenes sikkerhet tilsier at det siste er viktigst, men det betyr ikke at det skal være ansvars- eller straffritt å begå feil i helsevesenet. Tilsyn og kontroll med helsevesenet har blant annet pasientsikkerhet som formål. Sikkerhetsperspektivet var en av grunnene til at bestemmelsen om tilrettevisning ble fjernet i helsepersonelloven. Samtidig ble det gjort klart at tilsynsmyndighetenes hovedoppgave er å veilede ved pliktbrudd dersom disse ikke skyldes uaktsomhet eller personlig uegnethet.

Det er nødvendig at tilsynsmyndighetene har mulighet for å reagere på uforsvarlig virksomhet. Meldeplikten i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven skal bidra til dette. Vi må likevel erkjenne at dette systemet har begrensinger, som gjør det nødvendig å etablere et uavhengig system som i større grad kan bidra til at feil og nestenfeil rapporteres.

Et rapporteringssystem med analyse og tilbakemelding er ikke tilstrekkelig. Leger har selv et betydelig ansvar for å skape en kultur for læring ved egen arbeidsplass. Helsevesenet og de som arbeider der må ikke bare dømmes ut fra om feil gjøres, men i større grad ut fra hvordan feil håndteres. Det er menneskelig å feile, men det er ikke akseptabelt å fortsette å gjøre de samme feilene. Det siste skjer dersom vi ikke får kunnskap om feil og derved mulighet til å lære av disse. Legeforeningens kvalitetsforbedringsutvalg har satt pasientsikkerhet på dagsorden. Jeg håper det vil utløse et bredt engasjement.

Hans Kristian Bakke
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no
president

Litteratur

1. Editor's choice. Facing up to medical error. BMJ 2000; 320: 723.
2. Utilsiktede hendelser på danske sykehuse. Rapport september 2001. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2001.
3. Cohen MR. Why error reporting systems should be voluntary. They provide better information for reducing errors. BMJ 2000; 320: 728-9.
4. Flaatten H, Hevrøy O. Errors in the intensive care unit (ICU). Experiences with an anonymous registration. Acta Anaesthesiol Scand 1999; 43: 614-7.