

Veien til bedre sikkerhet for pasientene skapes av trygge systemer for å lære av feil

Pasientsikkerhet

Helsevesenet og vi som arbeider der har som vår oppgave å gi pasientene omsorg, utredning og behandling. Mens alle vet at medikamenter kan være farlige, tror de fleste at de tjenester som ytes er trygge. Det er i stor grad også oppfatningen blant helsepersonell. Slik er det ikke. Alle tjenester som ytes av mennesker innebærer risiko for feil – i større grad jo mer komplisert tjenesten er. Helsevesenet burde derfor være preget av at alt som er mulig gjøres for å unngå utilsiktede hendelser. Det skjer ikke.

Det er beregnet at ca. 100 000 amerikanere årlig dør som følge av unngåelige feil i sykehus (1). I Danmark er det vist at 9% av alle somatiske heldøgnsinnleggelses helt eller delvis blir berørt av utilsiktede hendelser (2). Rapporten fra andre industrialiserte land, der man har undersøkt forekomst av skader og utilsiktede hendelser, viser tilsvarende størrelsesorden.

Det er en sterkt økende erkjennelse av at skader sjelden skyldes skjodesløshet eller inkompetanse, men i stedet er knyttet til usikre systemer. Skal systemene bli bedre, er det behov for et helt annet omfang av rapportering av de feil og nestenfeil som daglig skjer. Bare på den måten gjøres hendelsene tilgjengelig for læring, og bare på den måten kan man unngå at de samme hendelsene gjentar seg og at nye pasienter utsettes for det samme. Rapportering uten jakt på syndebukker og sanksjoner gjør dette mulig.

Som det første land i verden innførte Danmark en egen lov om pasientsikkerhet med virkning fra 1.1. 2004. Den danske legeforening, har i nært samarbeid med danske helsemyndigheter, andre helsepersonellgrupper og pasientorganisasjoner, vært pådrivere for deres pasientsikkerhetssystem. Loven legger til grunn at veien til kvalitet og bedret sikkerhet for pasientene skapes av en kultur som vektlegger åpenhet og læring og nedtoner straffetenkningen. Rapportering skjer konfidensielt fra den enkelte institusjon til amtskommunen. Rapportering fra amtet til sentrale helsemyndigheter skjer i anonymisert form, både når det gjelder pasienter og helsepersonell (3).

I april i år arrangerte sammenslutningen av europeiske legeforeninger – Standing Committee of European Doctors (CPME) – i samarbeid med EU-formannskapet i Luxembourg og EU-kommisjonen en stor konferanse om pasientsikkerhet. Mange EU-land, pasientforeninger, legeforeninger og andre helsepersonellforeninger på det europeiske plan var representert. Konferansen endte opp med å vedta en deklarasjon om pasientsikkerhet – Patient Safety – Making it Happen! (4).

Luxembourg-erklæringen, som har fått støtte fra mange sentrale EU-politikere, er helt i tråd med de synspunktene vi tidligere har fremført (5). Den er også i samsvar med de anbefalinger Peter F. Hjort har fremmet i en rapport han har laget på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet (6), og som også uttrykkes i den danske lovgivningen. Luxembourg-erklæringen uttrykker at nesten halvparten av alle uheldige og skadelige hendelser som kunne vært unngått, er et resultat av medisinske feil. Erklæringen kommer også med forslag både til EU-systemet, til nasjonale myndigheter og til helseperso-

nell om hvordan dette feltet må angripes. Den nylig vedtatte norske nasjonale strategi for kvalitet i sosial- og helsetjenesten uttrykker tilsvarende holdninger til pasientsikkerhetsarbeidet: «Organisasjoner som jobber systematisk med uønskede hendelser, leter ikke etter syndebukker, men ivaretar både bruker og utøver når feil skjer» (7).

Vi har fortsatt en meget lang vei å gå før vi i norsk helsevesen har på plass en god sikkerhetskultur bygd på trygg og systematisk rapportering, læring og forbedring. Skal vi komme dit, må alle relevante aktører som departement, direktorat, helseforetak pasientorganisasjoner og helsepersonellgrupper arbeide sammen. Det må skapes en kultur der feil og uheldige hendelser meldes og analyseres med henblikk på at de ikke skal skje igjen. Når noe galt skjer, må det primære bli å søke å unngå at det skjer igjen. Systemene som bygges må innrettes deretter. «Naming, blaming, shaming and punishment» bidrar ikke til å hindre at flere pasienter utsettes for samme systemmessige svikt.

Legeforeningen har besluttet å ta aktivt del i dette arbeidet. Sentralstyret har derfor oppnevnt et eget utvalg – Pasientsikkerhetsutvalget – som skal rådgive sentralstyret og fremme forslag om strategi for arbeidet med pasientsikkerhet innenfor norsk helsevesen. Målet er helt klart å utvikle et system i tråd med den danske modellen.

En slik ny kulturforståelse må også inn i utdanningen av alle helsepersonellgrupper. Alle med ansvar for helsefaglig utdanning må ta innover seg at effektivt pasientsikkerhetsarbeid forutsetter en helt annen og bedre innsikt i system- og prosessforståelse enn det de fleste utdanninger gir i dag.

Arbeidet med å utarbeide og iverksette en strategi for bedret pasientsikkerhet i helsetjenesten må starte nå. Pasientene har ingen tid å miste. Vi bør i fremtiden måles mer på hvordan feil håndteres enn på om feil skjer. Det er menneskelig å feile, men det er ikke akseptabelt å fortsette å gjøre de samme feilene.

Litteratur

1. Editor's choice. Facing up to medical error. BMJ; 2000; 320: 723.
2. Utilsiktede hendelser på danske sykehuse. Rapport: DSI Institut for Sundhedsvæsen, September 2001.
3. <http://147.29.40.91/DELFIN/HTML/A2003/0042930.htm> (8.5.2005).
4. www.cpme.be/content.php?c=patient_safety_declaration (4.5.2005).
5. Bakke HK. Vi kan og bør lære mer av våre feil. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 122: 2573.
6. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
7. <http://shdir.gan.no/index.db2?id=11407> (8.5.2005) (9.5.2005)



Hans M. Bakke

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