

# Medisinstudentar og legar sine haldningar til medisinske feil og pasientskade

## Samandrag

**Bakgrunn.** Som helsearbeidarar vil dei fleste av oss bli involverte i problemstillingar der pasientar vert skada i samband med medisinsk behandling.

**Materiale og metode.** Me utførte ei anonym spørjeundersøking blant 103 medisinstudentar og 156 legar ved Haukeland Universitetssjukehus.

**Resultat.** 82 studentar (80 %) og 69 legar (44 %) svarte. Det verka som studentane var tynga av tanken på å kunne skade pasientar, og 76 % hadde vurdert å slutte på studiet på grunn av dette. 88 % av legane svarte at dei sjølv har gjort feil som kunne ha fått konsekvensar, og 71 % svarte at dei har gjort feil som fekk konsekvensar. Så lenge feilen ikkje hadde ført til skade, var både studentane og legane meir tilbakehaldne med å dele opplevinga med andre. Studentane var mindre villige enn legane til å opplyse pasientane om skade, medan legane var mindre opptekne av å finne den skuldige enn studentane. Legane meinte òg at dei sjølv heilt sikkert vil støtte og hjelpe kollegaer som fortel om feil dei har gjort, men dei tykte ikkje det finst noko godt system for å ta hand om helsepersonell i slike situasjonar.

**Talking.** Skal ein lære av feil, er det viktig å bruke alle hendingar, sjølv om dei ikkje førte til skade. For at helsearbeidarar skal melde frå, må dei forstå kvifor ein melder, samstundes som dei må føle det trygt og positivt å rapportere. Støtte til helsepersonell etter feil og pasientskade er avgjerande for at dei skal kunne halde fram i arbeidet. Studentane treng meir kunnskap om pasienttryggleik.

Engelsk samandrag finst i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

**Oppgitte interessekonflikter:** Ingen

Bygd på ei særøppgave frå Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen (11)

**Pål Morten Engelsen Paulsen  
Guttorm Brattebø**

*guttorm.brattebo@helse-bergen.no*  
Akuttmedisinsk seksjon  
Kirurgisk serviceklinikk  
Haukeland Universitetssjukehus  
5021 Bergen

Sjølv om me har vore vitne til mange framsteg innan medisinen, er det òg slik at me har blitt meir merksame på at pasientar ofte vert skada i samband med medisinsk behandling. Rapporten «To err is human» skapte mykje diskusjon i USA (1). Tilsvarande har pasienttryggleik blitt stadig meir understreka òg i Skandinavia, og her har Peter F. Hjort si utgreiing om rapportering av feil vore viktig (2). Som helsearbeidarar vil dei fleste av oss bli involverte i slike problemstillingar, og det er såleis særskilt viktig kva haldningar og reaksjonar me har.

Det finst få undersøkingar av norske legar si innstilling til dei ulike sidene av pasienttryggleik, og det er grunn til å tru at medisinstudentar blir prega av haldningane til dei legane dei møter. Dette var bakgrunnen for at me gjennomførte ei spørjeundersøking blant ei gruppe studentar og legar.

## Materiale og metode

Undersøkinga blei utført ved anonyme spørjeskjema ved Haukeland Universitetssjukehus. Skjema blei endra etter tilbakemelding frå ein liten pilotstudie med 8–10 personar. Nokre av spørsmåla var henta frå ei tilsvarande dansk undersøking i 2002 (3).

Våren 2004 fekk 103 medisinstudentar frå to kull (med respektive fem og 15 månaders klinisk undervisning bak seg) utdelt skjema på ei førelæing. Vidare fekk 156 legar innan kirurgi og anesthesiologi utdelt skjema med adressert svarkonvolutt. Det blei ikkje gjort purringar. På skjemaet skulle ein seia seg einig eller ueinig i fleire påstandar ved å kryssa av langs ei 100 mm VAS-linje utan inndeling (0 = heilt ueinig, og 100 = heilt einig). Svarverdiar 61–100 blei tolka som einig, verdiar 41–60 som usikker, og verdiar 0–40 som ueinig. Verdiane 91–100 vurderte me som heilt einig, og 0–10 som heilt ueinig. For å få eit innblikk i korleis respondentane meiner dei handterer medisinske feil, tok me utgangspunkt i to moglege hendingar (ramme 1, 2).

## Statistikk

Me nytta tosidig t-test til å samanlikne svara (VAS-verdiane), sjølv om vilkåra ikkje alltid

var til stades (lik varians og normalfordeling). Elles blei det brukt khikvadrattest for å samanlikne andelar. Talet på svar (n) varierer frå spørsmål til spørsmål fordi alle skjema der det var svart på nokre av spørsmåla, blei tekne med i analysen. Signifikansnivået blei sett til  $p < 0,05$ .

## Resultat

Me fekk svar frå 82 studentar (80 %) og 69 legar (44 %). Tabell 1 viser at studentane var meir tynga enn legane av tanken på å kunne skade pasienten, og fleirtalet av studentane har vurdert å slutte på studiet ein eller fleire gonger på grunn av dette.

Den fyrste hendinga var ein situasjon der ein feil truleg har skada pasienten (ramme 1). Studentane svarte som gruppe at dei i denne situasjonen vil snakke med ein kollega om det som har hendt (tab 2), sjølv om to av 82 (2 %) truleg ikkje vil det. Det var ingen forskjell mellom legar og studentar. Medisinstudentane ville opplyse om feilen til den behandlingsansvarlege eller overordna lege med tanke på oppfølging av pasienten, men dei var mindre villige enn legane til dette. I høve til legane oppgav studentane at dei hadde vanskelegare for å opplyse pasienten om feilen, sjølv om dei som gruppe var einig i påstanden. På spørsmål om dei vil dokumentere feila, svarte 7 % av medisinstudentane at dei ikkje veit om dei vil skrive det i journalen, medan legane heilt sikkert vil gjere det.

Det andre scenariet var om ein potensielt livsfarleg feil som blir oppdaga i tide (ramme 2). Her svarte dei fleste medisinstudentane at dei truleg vil snakke med ein kollega (tab 2), medan 6 % truleg ikkje vil det. Både legane og medisinstudentane svarte at dei var usikre på om dei vil opplyse overordna om ei slik hending. 62 av 82 medisinstudentar (76 %) svarte at dei truleg ikkje vil opplyse pasienten i slike høve. I dette scenariet



## Hovudbodskap

- Me må lære meir av medisinske feil
- Det må bli meir vanleg og positivt å snakke om eigne feil og pasientskade
- Me må bli flinkare til å ta oss av og støtte dei som har gjort feil
- Legestudentar ser ut til å kvie seg for openheit

**Ramme 1**

Ei kvinne skal ha cellegift som du må blande sjølv. Når du gjer dette, blir du distraherert slik at pasienten får tidobbel cellegiftdose. Seinare på dagen oppdagar du dette, men då har pasienten fått heile dosen. Ei så stor mengd av dette cytostatikumet kan varig redusere hjartefunksjonen til pasienten, med stor risiko for at funksjonsnivået hennar blir nedsett slik at ho ikkje kan halde fram i sitt noverande arbeid.

**Ramme 2**

Du skal til å skylje gjennom ein venekanytle med NaCl. Du trekk opp frå eit hetteglass i ei sprøyte og set sprøyta på venekanylen. Idet du skal til å skylje gjennom, kikar du ein ekstra gong på hetteglasset for å sjekke at det er NaCl du har trekt opp. No oppdagar du at glasset inneheld kaliumklorid og ikkje natriumklorid! Truleg ville ikkje pasienten ha overlevd om du ikkje hadde oppdaga feilen.

var det ingen forskjell på svara mellom legar og studentar.

Dei fleste legane svarte at dei sjølv har gjort feil som kunne fått følgjer for pasienten. Fleirtalet svarte òg at dei har gjort feil som fekk medisinske konsekvensar for pasienten (tab 3). Over halvparten svarte at dei rapporterte feilen som kunne fått konsekvensar. Dei 21 legane (35%) som ikkje melde frå, svarte at dei to klart viktigaste grunnane til dette var at feilen ikkje hadde nokon konsekvens (55%), og at det ikkje er tradisjon for å melde frå om slikt (23%). Rapportering var ikkje signifikant forskjellig om feilen fekk konsekvens eller berre kunne ha fått konsekvens. Berre 27 av 66 legar (41%) visste kvar dei kan gå for å få emosjonell støtte på arbeidsstaden, men dei var einig i at då dei sist gjorde ein feil med konsekvens for pasienten og dei fortalde om det, så fekk dei støtte.

Legane var einig i at dei snakkar om feil dei har gjort (tab 4), og dei som svarte på skjemaet, tykte at dei sjølv er flinkare til å snakke om medisinske feil enn andre kollegaer (t = 2,114, p = 0,036).

Når det gjeld spørsmålet om det er viktig å finne den skuldige, var dei 69 legane signi-

fikant mindre opptekne av dette (gjennomsnitt 32 legar) enn dei 78 studentane (gjennomsnitt 46 studentar; t = 3,177, p < 0,01). 25 av 78 medisinstudentar svarte at dei sjølv, nære slektningar eller vener har vore utsett for feilbehandling. Dette forklarte likevel ikkje medisinstudentane si lyst til å finne ein sydebukk når feil har skjedd (t = 0,256, p = 0,799). Figur 1 syner i kva grad respondentane meiner ulike kjende faktorar spelar inn når feil skjer. Her var det ingen skilnad mellom studentar og legar for dei einskilte påstandane.

**Diskusjon**

Dette er ei spørjeundersøking og svara må tolkast med varsemd. Svarprosenten for legane er mykje lågare enn for studentane, slik at styrken bak funna hos legane blir svakare enn for medisinstudentane. Likevel meiner me at resultatata kastar lys over delar av problemkomplekset pasienttryggleik. Me kjenner ikkje til andre slike undersøkingar blant norske medisinstudentar.

I spørjeundersøkinga skulle respondentane ta stilling til moglege hendingar, men det er ikkje det same som kva dei verkeleg ville ha gjort i ein slik situasjon. Både legar og

**Tabell 1** Svara på ein skala 0–100 til påstanden: Tanken om at eg kan gjere feil som kan få alvorlege konsekvensar for pasienten...

	Studentar (n = 66)			Legar (n = 69)		T-verdi	P-verdi	
	Ofte <sup>1</sup> (%)	Aldri <sup>2</sup> (%)	Gjennomsnitt	(95 % KI)	Gjennomsnitt			(95 % KI)
Tynger meg psykisk	6	9	49	(43–56)	37	(30–44)	2,573	0,011
Får meg til å vurdere å slutte på studiet/i jobben	5	24	37	(29–44)	22	(17–28)	3,054	0,003

<sup>1</sup> 91–100 (VAS-verdi)  
<sup>2</sup> 0–10 (VAS-verdi)

**Tabell 2** Syn på handtering av feil under ulike høve

Korleis handtere situasjonen dersom ein har gjort feil som truleg har skada pasienten (ramme 1)	Studentar (n = 82)			Legar (n = 68)		T-verdi	P-verdi
	Heilt sikkert <sup>1</sup> (%)	Gjennomsnitt	(95 % KI)	Gjennomsnitt	(95 % KI)		
Snakke med kollega	71	88	(84–92)	92	(88–96)	1,429	0,155
Opplyse behandlingsansvarlege/overordna	79	93	(91–95)	97	(96–98)	2,843	0,005
Opplyse pasienten	52	82	(78–86)	94	(91–96)	4,732	< 0,001
Skrive i pasientjournalen	63	88	(85–91)	96	(94–97)	4,217	< 0,001

Korleis handtere situasjonen dersom ein har gjort feil som ville ha skapt livsfare, men avverga (ramme 2)	Studentar (n = 82)			Legar (n = 66)		T-verdi	P-verdi
	Heilt sikkert <sup>1</sup> (%)	Gjennomsnitt	(95 % KI)	Gjennomsnitt	(95 % KI)		
Snakke med kollega	39	78	(73–83)	79	(72–85)	0,164	0,870
Opplyse overordna	20	54	(47–61)	57	(48–66)	0,565	0,573
Opplyse pasienten	1	22	(17–27)	27	(19–34)	0,999	0,320

Forskjell på dei to historiene –	For studentane		For legane	
	T-verdi	P-verdi	T-verdi	P-verdi
Snakke med kollega	3,032	0,003	3,588	< 0,001
Opplyse behandlingsansvarlege/overordna	11,101	< 0,001	9,423	< 0,001
Opplyse pasienten	18,793	< 0,001	16,87	< 0,001

<sup>1</sup> 91–100 (VAS-verdi)

studentar var meir tilbakehaldne med å opplyse om feil som ikkje fekk konsekvensar. Kvifor skal dei fortelja om hendinga når det ikkje har skjedd skade? Feil utan konsekvensar er vanlege. Og skal ein læra av feil, er det viktig å bruke alle hendingane som har skjedd, sjølv om dei ikkje førte til skade (4). Dette er viktig for å avdekkje svake punkt i arbeidssituasjonen. Ved å gå nøye gjennom det som har skjedd, kan ein sjå mange faktorar som til slutt enda i ein pasientskade eller «nestensskade» (5). Så må ein endre på ting, slik at risikoen for at det same skal skje i framtida, vert redusert (6, 7). Men feil skjer heile tida, og det er uråd å utrydda feil heilt og fullt. For å betre tryggleiken må ein forstå kvifor ein skal melde frå, samstundes som ein må vere trygg på ikkje å bli uthengd eller straffa for å melde frå. Av svara kan det verke som at mange ikkje veit kvifor det er viktig å opplyse om feil.

Helsearbeidarane svarte at dei sjølv snakkar om feil dei har gjort i større grad enn det andre gjer. Dette kan vera uttrykk for at dei som er mest opptekne av feil, er overrepresenterte i materialet vårt. Mange svarte at dei ikkje veit kvar dei skal gå for å få emosjonell støtte, trass i at dei sjølv svarte at dei vil støtte og hjelpe ein kollega som kjem til dei etter at feil har skjedd. Få avdelingar har slike system, så om ingen har ansvar for å ta tak i den ulukkelege helsearbeidaren, kan det hende at ingen gjer det. Dei fleste vil skulde seg sjølv og ha vanskar med å sjå dei mange medverkande faktorane. Støtte til helsepersonell etter feil og pasientskade er avgjerande for rapportering og ikkje minst for at personane det gjeld skal kunne halde fram i arbeidet (8, 9). Spørjeundersøkinga kan tyde på at det er vanskeleg og negativt å snakke om eigne feil. Det kan skuldast manglande openheit og tillit i høve til slik rapportering (10).

Både legar og medisinstudentar var klar over at faktorar som dårleg kommunikasjon og det at ein er trøyt, aukar risikoen for feil. Men dei var i liten grad einig i at likeglade helsearbeidarar er ei vanleg årsak.

Tanken på å gjere feil som skadar pasienten, tynga studentane meir enn legane. Når feil har ført til skade, var dei mindre villige til å opplyse overordna og pasienten om skade og til å dokumentere det i pasientjournalen. Det var òg viktigare for studentane å finne syndebukkar. Kvifor svarte legar og studentar ulikt her? Kan hende er studentar meir engsteleg for dei personlege fylgiane om dei har gjort ein feil. Kan henda trur dei at det er dei «dårlege» legane som gjer feil. Om dette er haldningar dei som perfeksjonistar har teke med seg inn i studiet, eller om dei har fått desse haldningane under studiet, kan ikkje denne undersøkinga gje svar på. Likevel ser det ut som om det er naudsynt å gje studentane betre opplæring og ei djupare forståing av problema rundt pasienttryggleik.

Spørjeundersøkinga tyder på at me fram-

**Tabell 3** I kva grad respondentane har vore innblanda i utilsikta hendingar og deira handtering

	Legar	
	Tal	(%)
Sett at andre har gjort feil som kunne fått konsekvensar for pasienten	51	(74)
Sett at andre har gjort feil som fekk konsekvensar for pasienten	43	(63)
Sjølv gjort feil som kunne fått konsekvensar for pasienten	61	(88)
Rapporterte det	39	(65)
Sjølv gjort feil som fekk konsekvensar for pasienten	49	(71)
Kva gjorde du då? (svar for siste gongen det har hendt)		
Snakka med kollega	42	(86)
Rapporterte det	38	(78)
Heldt det for meg sjølv	1	(2)
	Gjennomsnitt <sup>1</sup>	(95 % KI) (n = 48)
Fekk du støtte då (av dei som rapporterte eller snakka med kollega)?	82	(77–87)

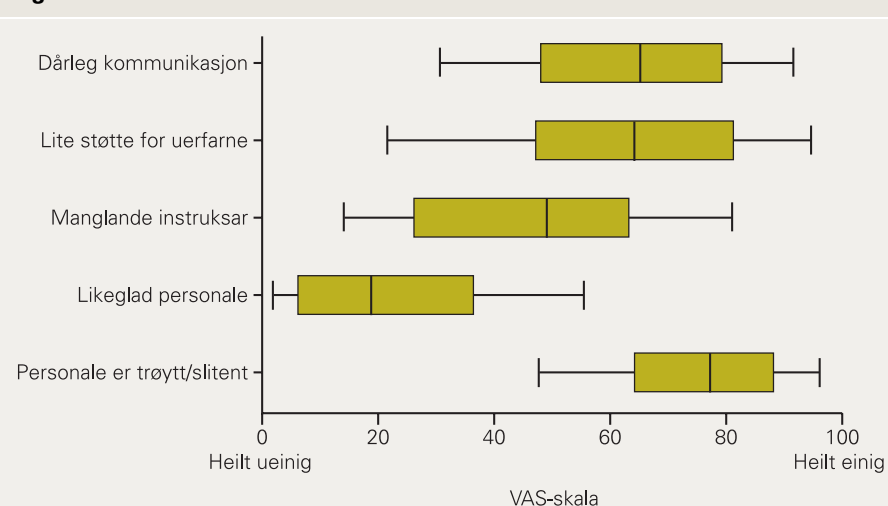
<sup>1</sup> God støtte 100, ingen støtte 0 (VAS-verdi)

**Tabell 4** Handtering av utilsikta hendingar

	Legar (n = 67)	
	Gjennomsnitt <sup>1</sup>	(95 % KI)
På jobben min snakkar eg om feil eg har gjort	77	(71–82)
Andre snakkar om feil, når dei sjølv har gjort feil	68	(62–74)
Eg vil støtte og hjelpe dei som fortel meg om feil dei har gjort	90	(87–93)
Der eg arbeider har vi eit godt system som tek hand om dei som har gjort feil	53	(46–60)
I mi avdeling er me flinke til å støtte personale etter alvorlege hendingar	64	(58–70)
I mi avdeling prøver me best mogleg å finne årsakene til feil og lære av desse	75	(70–80)
I mi avdeling er me grundige med å opplyse pasientar om feil	66	(60–72)

<sup>1</sup> Heilt einig 100, heilt ueinig 0 (VAS-verdier)

**Figur 1**



Svar frå legar og medisinstudentar samla om kvifor feil og utilsikta hendingar skjer (Box-plot med 10, 25, 50, 75 og 90 % avmerka)

leis har eit stykke igjen før me har god feil-handtering. For å finne dei svake punkta i arbeidssituasjonen som aukar faren for skade og slik bøte på desse, er det heilt turvande at helsepersonell seier ifrå om feil og skade. Då må det bli positivt å snakke om eigne feil, og ikkje tabu. Så må me ta oss av kvarandre og vete kven me kan snakke med. Nokon må vere ansvarleg for å gripe tak i den ulukkelege helsearbeidaren. Den støtta ein då får, gjer det lettare å rapportere og halde fram i arbeidet. Me bør freiste å gjere helsevesenet vårt robust mot feil, slik at dei blir oppdaga tidleg og skade kan hindrast, for feil vil alltid skjje.

*Manuskriptet ble godkjent 21.6. 2006. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.*

*Me takkar alle dei medisinstudentane og legane som tok seg tid til å svare på spørreskjema.*

#### Litteratur

1. Corrigan JM, Kohn LT, Donaldson MS. To err is human – Building a safer health system. Washington: National Academy Press, 2000.
2. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
3. Hermann N, Andersen HB, Schiøler T et al. Rekommandationer for rapportering av utilsigtede hendelser på sygehuse. Roskilde: Forskningscenter Risø, 2002. ([www.risoe.dk/rispubl/sys/ris-r-1369.htm](http://www.risoe.dk/rispubl/sys/ris-r-1369.htm) (15.12.2005).)
4. Schiøler T. Patientsikkerhed – begivenhedsrelaterede begreper. Ugeskr Læger 2001; 163: 5342–5.
5. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ et al. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. BMJ 2000; 320: 777–81.
6. Nolan TW. System changes to improve patient safety. BMJ 2000; 320: 771–3.
7. Berwick DM. Not again! BMJ 2001; 322: 247–8.
8. Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
9. Wu AW. Medical error: the second victim – the doctor who makes the mistake needs help too. BMJ 2000; 320: 726–7.
10. Reinertsen JL. Let's talk about error. BMJ 2000; 320: 730.
11. Paulsen PME. Medisinske feil. Særøppgave. Bergen: Det medisinske fakultet, Universitet i Bergen. [www.helse-bergen.no/avd/ksk/rapport](http://www.helse-bergen.no/avd/ksk/rapport).