

---

# Spennande internasjonalt seminar om medisinske feil

---

NYHETER OG REPORTASJER

REIDUN FØRDE

Legeforeningens forskningsinstitutt og Universitetet i Oslo,

ROAR JOHNSEN

Universitetet i Trondheim og

OLAV HELGE FØRDE

Universitetet i Tromsø

---

Ein feil med medikamentadministrasjon under ein operasjon tok livet av eit friskt barn. Det var ein feil som alle meinte ikkje kunne hende. Ein leita etter andre forklaringar knytt til barnet og fekk støtte for det frå patologen. Men sjukepleiar Doni Haas gav seg ikkje. Gjennom eit nitid arbeid blei det kartlagt at det umulege faktisk hadde hendt.

---

Rutinane blei endra for å hindre at dette kunne hende om att. Feilen kunne blitt forklart på ein for alle aktørane lukkeleg måte, familien inkludert, men då hadde samme hending kunne skje på nytt.



Ein bør sjå meir på kva systemet kan gjere for å gjere konsekvensane av menneskeleg svikt mindre enn å leggje vekt på «naming, blaming og shaming». Illustrasjonsfoto

---

## Risikoteam rykker ut

Hendinga blei skildra på ein konferanse om medisinske feil i London 21. mars. Doni Haas, sjukepleiar og leiar for Corporate Risk Management ved Martin Memorial Health System i Florida og anestesilog Charles Vincent ved samme sjukehus framheva at dette arbeidet hadde vore umuleg dersom ikkje dei hadde

hatt ein tradisjon med «blame-free» rapportering av feil og dersom arbeidsmiljøet ikkje hadde vore trygt og så støttande. Ho såg det som viktig at risikoteamet kunne rykke ut straks eit uhell hadde hendt på sjukehuset. Anestesiologen skildra si rolle, sterkt prega av kjensler endå fem år etter. Etter at ulukka hadde hendt, ringde han ein respektert kollega for råd. – Det rådet er det beste rådet eg nokon gong har fått: Oppfør deg som ein doktor. Handle slik du hadde ønskt det dersom du var foreldra til barnet, fortalde Vincent.

Foreldra til barnet blei heile tida informert, dei fekk erstatning og forsikringar om at sjukehuset nå hadde teke affære slik at akkurat dette ikkje ville hende om att. Anestesiologen skildra også møtet med pressa og dei såra han sat att med sjølv om han aldri på noko tidspunkt kunne lastast for det som hadde hendt. Etter at det heile var over, ringte faren legen og spurte om dei kunne få bruke sjukehuset også i framtida. Ei god takling av skadar er såleis ikkje berre viktig for ei betring av kvaliteten i tradisjonell forstand, men også for klima og tillitsforhold mellom helsepersonell og pasient eller pårørande. Det er viktig for pårørande at dei har fått ei god forklaring som dei har tillit til. Sjølv frå desse amerikanarane blei det peika på at ein ikkje-defensiv måte å møte uhell på er den beste måten å hindre at saka hamnar i retten. Historia er eit døme på at straff er ein uproduktiv måte å hindre skadar av uhell eller feil på.

---

## Like erfaringar

Konferansen om medisinske feil, arrangert av den engelske legeförening og British Medical Journal, hadde samla om lag 150 deltakarar frå Europa, USA og Australia. Både sjukehusadministratorar, alle typar klinikarar, pasientrepresentantar, fjernsyn og medisinske og ikkje-medisinske tidsskrift var representerte. I samband med seminaret var det gitt ut eit spesialnummer av BMJ om emnet (1).

For oss som har arbeidd med dette feltet i Noreg, var det interessant å konstatere kor like erfaringar vi har, trass i at foredragshaldarane kom frå land med store skilnader i helsetenester og medisinsk-legalt klima.

Foredraga heldt sjeldan høg kvalitet både med omsyn til innhald og til engasjement, og dei spente over ei rekkje felt. Etter samtlege innlegg var det ein uvanleg livleg debatt.

Seminaret la stor vekt på at arbeidet med medisinske feil er viktig for å auke pasienttryggleiken. Forsking både frå Australia og England tyder på at mange pasientar døyir eller blir skadde, og mange sjukehussenger er opptekne på grunn av feilbehandling og biverknader av behandling. Berre eit fåtal av desse skadane blir rapporterte. Kombinasjonar av pasientrapportar, systematiske datasøk i journalar og interne registreringsrutinar mangedobla prevalensen av uønskte effektar av behandling. Ein stor prosent av desse skadane blei framheva som unngåelege. Sjølve omgrepet unngåeleg (preventable) blei trekt fram som problematisk. Sikkert er likevel at arbeidet med å gå igjennom uhell eller nesten uhell på ein systematisk måte er viktig for å få ned talet på slike hendingar. I England startar ein nå opp ei større undersøking med tanke på å kartleggje «the epidemiology of medical errors».

---

## Tryggleik og open framferd

Det var tankevekkjande at fleire av foredragshaldarane framheva at gjennomgangen av slike hendingar må gå føre seg på dei einskilde arbeidsplassane, ikkje trekkast ut i utanforliggjande organ. Ein må lage gode system både for førebygging og for handtering av uhell. Lucian Leape frå Harvard i USA uttrykte det slik: «Safety comes by design, not by demand». Han framheva også korleis dette arbeidet ligg så mykje betre til rette innanfor eit offentleg helsevesen enn det helsevesenet dei har i USA.

Det blei trekt fram kor viktig tryggleik blant helsearbeidarar er for arbeidet med medisinske feil. Open framferd kan ein berre få fram i eit miljø som er trygt, ikkje minst trygt på at å vere open ikkje blir straffa med sanksjonar. Det blei såleis understreka at anklager mot einskildaktørar følgeleg ikkje kan spele noka viktig rolle i arbeidet for auka tryggleik for pasientane (bortsett frå å luke ut klare «bad apples»). Det blei framheva at ikkje-fungerande doktorar først og fremst var eit problem som måtte handterast på arbeidsplassen.

---

## Feil ligg innebygd

Ved å leggje mindre vekt på «naming, blaming og shaming», og heller sjå på kva systemet kan gjere for å gjere konsekvensane av menneskeleg svikt mindre, aukar ein kvaliteten av arbeidet. «Feilbarlegheit er del av den menneskelege naturen, den kan vi ikkje endre. Men vi kan endre dei tilhøva som folk arbeider under,» sa James Reason frå Department of Psychology ved universitetet i Manchester. Feil ligg innebygd når vi må handle i ukjende situasjonar og under tidspress. Han framheva at det oftast er ein systemsvikt når einskildhendingar får alvorlege konsekvensar: «People are more often inheritors than inventors of accidents». Reason peika også på at helsepersonell må tilpasse seg ikkje-optimale situasjonar, og like ofte kan avvik frå standardiserte prosedyrar verke førebyggjande på feil og pasientskadar. Dette er ei form for meistring som kan svekkast ved for sterke forsøk på standardisering. Når ei uønskt hending får følgjer for pasienten, er det oftast fordi dei forsvarsmekanismane som vanlegvis hindrar farlege uhell, sviktar. Førebygging av uhell er då å identifisere desse forsvarsmekanismane og styrke dei. Han framheva også at ein gjennomgang av saker ut frå journalar mistar det faktumet at mange avgjerder blir tekne på bakgrunn av kontekstuell kunnskap.

Det er den ansvarlege på arbeidsplassen sitt klare ansvar å sørgje for at usikkerheita i medisinen blir til å leve med for arbeidstakarane og at systemet er slik at det kan kompensere for svakheiter i arbeidskjeda. Samstundes har han ansvaret for at det er systematikk i arbeidet med å lære av medisinske feil. I diskusjonen blei det også hevda at erstatning burde ytast ut frå eit «no fault»-system, dvs. at erstatning blir gitt ut frå den skaden som er gjort. Då blir arbeidet med å stigmatisere syndebukkar mindre viktig for pasienten.

---

## Ordet feil er lite tenleg

Professor Mike Pringle, leiar av Royal College of General Practitioners skildra eit arbeid som engelske allmennpraktikarar gjorde med å gå igjennom alvorlege hendingar hos pasientane sine, løyst frå om ein hadde mistanke om suboptimal handsaming eller ikkje. Når ein pasient uventa fekk t.d. slag eller hjarteinfarkt, gjekk fleire kollegaer gjennom journalen til pasienten for å sjå på om denne pasienten var teken hand om på ein best mogeleg måte. Han framheva at dette blei gjort for å bli betre legar, ikkje for å stigmatisere. Han meinte derfor at denne prosessen heller ikkje då blei opplevd som belastande.

Sett med norske auge stadfesta konferansen kor viktig dette arbeidet er. Det var sjølvstøtt aspekt av problemfeltet som ikkje kunne rørast på denne korte tida. Eit problem er omgrepet «feil» som er lite tenleg som hjelpemiddel når noko går gale i medisinsk praksis. Her var det lite avklaringar å hente på seminaret. Seminaret handla først og fremst om handtering av teknisk svikt. Dei ikkje-tekniske feila (2, 3) blei lite omtala. Manglande empati og manglande evne og vilje til kommunikasjon kan i stort mon ha djuptgripande konsekvensar for pasienten. Å førebygge dette er ei stor utfordring. Seminaret omtala heller ikkje arbeidet med eksternt tilsyn med helsevesenet. Her til lands har vi store utfordringar med å gjere medisinske feil i vid forstand til eit sentralt tema i både grunn og vidare- og etterutdanninga av legar. Legestanden sjølv må ta føring i dette arbeidet. Nokre av utfordringane vil bli presenterte på eit kurs som Legeforeningen og Norsk pasientforening står som medarrangørar av i Oslo 11. og 12. mai.

---

### LITTERATUR

1. Reducing error. Improving safety. *BMJ* 2000; 320: 725–814.
2. Bosk. Forgive and remember, managing medical failure. I: Dowie J, Elstein A, red. *Professional judgment. A reader in clinical decision-making*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988: 522–43.
3. Førde R, Halvorsen M. Når noe går galt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 358–60.

---

Publisert: 30. april 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra [tidsskriftet.no](http://tidsskriftet.no) 24. juni 2026.