

Det er en lederoppgave for leger å starte en samtale om feil – egne og andres

## Har du hørt om andres kunstfeil?

I studietiden inngikk professorenes historiefortellinger om kunstfeil som en ritualisert innføring i medisinsk kultur. Kunstfeil var noe som *noen* hadde gjort og som påførte pasienten problemer. Disse *noen* var aldri læreren. Siden har vi lært at uheldige hendelser ikke bare forekommer, men er en del av praktisk medisinsk arbeid. Det er ikke noe spørsmål om å fjerne dem helt, men å lære av dem for i størst mulig grad redusere forekomst og uheldige konsekvenser. Peter F. Hjort har referert til studier som viser at uheldige hendelser forekommer ved 4–10 % av alle sykehusinnleggelse, og at ca. 13 % av disse uheldige hendelsene fører til døden (1). Vi har ikke data på omfanget av uheldige hendelser i primærhelsetjenesten. Man kan dele uheldige hendelser i systemfeil, menneskelige feil og hendelige uhell, men grensene er ikke alltid klare. Systemfeil skyldes organisering og tilrettelegging av arbeidet og antas å være hyppigst forekommende. Menneskelige feil skyldes utilstrekkelig kompetanse eller personlige forhold som hindrer forsvarlig praksis, og de utgjør nær en tredel (1). Hendelige uhell har sammenheng med den kalkulererte risiko som ligger i enhver medisinsk prosedyre.

Uheldige hendelser er et problem som man innen den medisinske kultur må lære å forholde seg til og samtale om. Ivar Aaraas og medarbeidere presenterer i dette nummer av Tidsskriftet en studie av arbeidsmøter mellom norske og australske leger om uheldige hendelser i yrket (2). Studien omfattet drøyt 100 leger. De var i hovedsak enige om hva som er hensiktsmessige reaksjonsmåter etter slike hendelser. Det var liten forskjell i svarene til de norske og de australske, men norske leger synes å ha vært mindre villige enn de australske til å dele sine erfaringer med alvorlige avvik.

Noen temaer førte likevel til uenighet. Mange mente at man risikerte kritikk fra kolleger hvis man var åpen om feil man hadde begått. Redselen for slik kritikk eller ubehagelige erfaringer med å bli hengt ut av kolleger fikk dem til å vegre seg for åpenhet. Nær halvparten av legene følte det tryggest å søke juridisk bistand før de tok kontakt med pasienten og før kontakt med kolleger. Det er kjent at advokatkontakt og tidlig skriftliggjøring kan bidra til å vanskeliggjøre senere dialog og løsning basert på direkte kontakt mellom lege og pasient (3), og ingen av legene rapporterte om nytte av tidlig rådgiving hos advokat. Dersom primærreaksjonen på en uheldig hendelse er å se seg om etter en unyttig advokat, kan man undre seg over hva slags arbeidsmiljø vi utøver vårt yrke i.

Hvordan forventer vi at en faglig samtale om reduksjon av feil skal foregå? Praktikere har kritisert tilsynsmyndighetenes arbeidsmetoder med kvalitetssikring og systemtilsyn for at de ikke bidrar til fornuftig samtale (4). Tilsynsmetoder basert på revisjon har introdusert et fremmedgjørende maktspråk som setter søkelys på merknader og avvik og underkommuniserer at virksomheten også kan fungere godt. Praktikere har etterlyst nedtoning av formelle reaksjoner ved mindre avvik og større rom for tilsyn og veiledning i dialog.

Norske anestesileger har erfaring med å bruke enkle rapporterings-systemer for avvik under anestesi som lærestykker for å forbedre praksis. I et doktorgradsarbeid har Fasting beskrevet et system innarbeidet over flere år ved St. Olavs Hospital som en del av avdelingens rutine (5). Han fant at det er mulig å innføre rutinemessig

registrering av uheldige hendelser i en avdeling dersom systemet er så enkelt at det kan integreres i avdelingens drift. En åpen og tillitsbasert rapporteringskultur fungerer, i motsetning til systemer basert på inspeksjon og kontroll. Det er en lederoppgave å skape en slik kultur for intern debatt om vanlige uheldige hendelser.

Når offentlige meldesystemer har liten oppslutning, kan det være et uttrykk for at de ikke oppfattes som åpne og som et godt utgangspunkt for interne diskusjoner. Legeforeningens kurs basert på klagesaker er et bidrag til at det allmenntilleggs miljøet skal kunne drøfte og lære av kollegers uheldige hendelser (6).

For å lære av feil må man lære å innrømme feil, men vi vet at leger opplever dette som vanskelig (7). Det er en lederoppgave å starte en samtale om feil – egne og andres. En slik intern samtale om små og større feil må gå inn som del av avdelingens eller praksisens drift. Vi må kunne fortelle om og diskutere ukens tabber. En slik åpen intern samtale vil gjøre terskelen lavere for å ha samtale med pasient og pårørende når uhellet er ute. I tillegg må det være en selvfølge at alvorlige uheldige hendelser blir rapportert til tilsynsmyndighetene etter fastsatte regler. Uforsvarlig medisinsk praksis må kunne identifiseres slik at utøveren kan få veiledning, opplæring, behandling eller andre tiltak. Igjen er det en lederoppgave å se til at rapportering skjer, og at gjeldende kollega blir ivare tatt personlig og på arbeidsplassen. I praksis er det derimot slik at ledelsen ved enkelte avdelinger fremdeles reagerer på anklager om feil ved å støte ut enkeltpersoner.

Aaraas og medarbeidere skriver at medisinstudentene ved Universitetet i Tromsø nå lærer om uheldige hendelser basert på andre holdninger enn før (2). Også ved andre læresteder har man utviklet undervisning som lærer studentene selvrefleksjon og dialog som ledd i mestring av disse vanskelige sidene ved legeyrket. Ansvaret for slik undervisning ligger likevel ikke på en bestemt seksjon, men på alle lærere, som former eksplisitte og implisitte budskap om håndtering av egne og kollegers uheldige hendelser.

**Per Stensland**  
per.stensland@isf.uib.no

*Per Stensland (f. 1949) er dr.med. og spesialist i allmenntilleggs og samfunnsmedisin. Han arbeider som kommunelege i Sogndal og som førsteamanuensis ved Seksjon for allmenntilleggs, Universitetet i Bergen.*

*Oppgitte interessekonflikter:* Ingen

### Litteratur

- Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3184–9.
- Aaraas IJ, Jones B, Gupta TS. Norske og australske legers holdninger til medisinske avvikshendelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2204–6.
- Braut GS. Fylkeslegen – helsepersonells venn eller fiende. I: Syse A, Førde R, Førde OH, red. Medisinske feil. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000: 109–22.
- Stensland P, Bråtveit A, Fosse A. Kvalitetssikring, revisorholdning og rettsikkerhet. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 704.
- Fasting S. Routine based recording of adverse events during anaesthesia. Application in quality improvement and safety. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2003.
- Nilsen GE, Berg E, Eskerud J et al, red. Kollegabasert læring av klagesaker. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 29–34.
- Akre V, Falkum E, Hoftvedt BO et al. The communication atmosphere between physician colleagues: competitive perfectionism or supportive dialogue? A Norwegian study. Soc Sci Med 1997; 44: 519–26.