

Er det bare i Trondheim det gjøres medisinske feil?

Feil forekommer innen all virksomhet, men innen medisinen kan konsekvensene være alvorlige. Rapportering av feil kan bevirke utbedring av systemsvikt og bidra til individuell læring. Anonym registrering av feil kan fungere godt på avdelingsnivå, men neppe på nasjonalt nivå. Det er viktig å ha en avdelingskultur der også erfarne leger kan fortelle om sine feil.

Opgitte interessekonflikter: Ingen

Ifølge helseprogrammet *Puls* på NRK skjuler norske leger sine feil – det gjør ikke danskene (1). Budskapet fra programlederen, godt støttet av norske og danske leger, var at et nasjonalt anonymt rapporteringssystem for feil vil få dem til å forsvinne ved at man begynte å lære av dem. Programmet viste hvordan danske pasienter fortrøstningsfullt kunne se frem mot en operasjon – i motsetning til norske pasienter, som åpenbart kunne vente seg litt av hvert.

«Avdelingen som er flinkest til å registrere feil, vil ofte fremtre som dårligst»

En sykepleier fortalte en trist historie om hvordan hun fikk fjernet parathyreoideae under en strumektomioperasjon og ikke ble informert om hva som var skjedd. Intet anonymt rapporteringssystem kunne ha forhindre dette. Her blander man kortene. Selv den mest nøyaktige og samvittighetsfulle lege kan gjøre feil – det er informasjonen til pasienten som her skulle vært bedre. Det viktigste for den enkelte pasient er den informasjon vedkommende får. For fremtidige pasienter må informasjon om feil, nesten uhell og oppståtte problemer brukes til kvalitetssikring (2–4).

Luftfarten som forbilde

Innen anesthesiologien har luftfarten i mange år vært brukt som eksempel på god sikkerhetskultur og toveiskommunikasjon. Anonymitet kan sikre bedre rapportering om småfeil og oppståtte problemer. Disse feilene har ofte sin bakgrunn i lokale forhold, og systematisk registrering av problemer ved hver avdeling vil gi svært godt utbytte. Seksjonsoverlege Hans Flaatten ved Haukeland Universitetssjukehus, som også ble intervjuet i programmet, har brukt arbeidet med avdelingsintern anonym rapportering av feil på en forbilledlig måte. En nasjonal database vil etter vårt syn være langt mindre nyttig enn lokal registrering for

både Haukeland Universitetssjukehus og St. Olavs Hospital. Feilplasserte hyller og dårlig merking vil som oftest være avdelingsspesifikke problemer. Registrering av slikt bør oppmuntres og stimuleres, men et sentralt organ som kan trekke ut essensen av de viktigste funn fra den enkelte avdeling og spre dette i fagmiljøene vil kunne være nyttig.

Både innen medisin og luftfart vil rapporteringen være avhengig av den enkelte,

fordi mange hendelser bare er observert av de involverte. Det kan være vanskelig eller umulig å finne spor av hva som har skjedd dersom disse unnlater å melde fra. Objektive bevis på at det er gitt feil medisin, at utstyr er koblet feil eller forskrifter ikke er fulgt kan mangle. Mediene og allmennheten vil se hodene rulle når det er påvist en feil. Vi må kunne kreve, slik de gjør innen luftfarten, at rapportering av feil og oppståtte problemer kan skje uten fare for represalier – hvis ikke vil rapporteringen falle sammen.

Anestesi- og intensivavdelingen ved St. Olavs Hospital har siden 1984 hatt et rapporteringssystem for feil og oppståtte problemer under operasjoner og anestesi. Hjerteklinikken St. Elisabeth har siden 1992 hatt et system som registrerer hele forløpet under hjerte- og lungeoperasjoner. Mange kjenner også det landsomfattende registreringssystemet *NAFreg*, som ble utviklet av Norsk anesthesiologisk forening i slutten av 1980-årene (5). Ideen var å monitorere oppståtte problemer for å mediere forbedring. Et viktig problem er at dersom man offentliggjør rapporter om feil, vil den avdelingen som er flinkest til å registrere feil, ofte fremtre som dårligst. Dette gir et skjevt bilde og kan hindre god rapportering. Rapportering av feil er grunnleggende, men det er til liten nytte dersom det ikke brukes til

å påpeke et forbedringspotensial – på det personlige plan, det faglige plan og på systemnivå.

En god avdelingskultur

Alle som aktivt arbeider med pasienter, kan gjøre feil – både overleger, professorer, assistentleger og sykepleiere. Dersom seniorer ved en avdeling ikke er åpne om sine blunders, vil det være vanskelig for de yngre å fortelle om sine. Nøkkelen ligger i å skape en kultur der man aksepterer at det kan gjøres feil, og samtidig arbeider kontinuerlig for å lære av dem og minimere virkningen av dem. For å få til dette må de mest erfarne og avdelingsledelsen gå foran og fortelle om feil de har begått og problemer som har oppstått.

TV-programmet viste også en annen overlege ved Haukeland Universitetssjukehus i diskusjon med en gruppe medisinstudenter (1). Muligvis var det en glipp, muligens har det med programklipping å gjøre, men han demonstrerte med all tydelighet sitt poeng – nemlig hvor vanskelig det er å fortelle om egne feil. Da han skulle fortelle om hvilke feil «den gode lege» kunne gjøre, måtte han ty til et eksempel fra «annet sykehus». «Vi har ikke gjort det,» sa han, «men i Trondheim fikk en pasient adrenalin i stedet for astmamedisin» (1).

Olav F. Mønter Sellevold

olav.sellevold@ntnu.no

Sigurd Fasting

Roar Stenseth

Sven Erik Gisvold

St. Olavs Hospital
7006 Trondheim

Litteratur

1. Puls. NRK 1. www1.nrk.no/nett-tv/indeks/88671 [19.3.2007].
2. Leape LL, Berwick DM. Safe health care: are we up to it? *BMJ* 2000; 320: 725–6.
3. Leape LL, Berwick DM. Five years after To Err Is Human: what have we learned? *JAMA* 2005; 293: 2384–90.
4. Fasting S, Gisvold SE. Serious intraoperative problems – a five-year review of 83,844 anesthetics. *Can J Anaesth* 2002; 49: 545–53.
5. Fasting S, Gisvold SE. Data recording of problems during anaesthesia: presentation of a well-functioning and simple system. *Acta Anaesthesiol Scand* 1996; 40: 1173–83.

Manuskriptet ble mottatt 20.3. 2007 og godkjent 25.4. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.