

Som pasienter må vi akseptere at moderne medisin er forbundet med en viss risiko.

## FEILBEHANDLING

GUTTORM BRATTEBØ

Seksjonsoverlege og professor,  
Haukeland universitetssykehus

**D**EN 5. OKTOBER LESER vi i BT at Helse Bergen er ilagt en foretaksbot på 1,5 millioner kroner etter det tragiske dødsfallet i forbindelse med behandlingen av seks år gamle Djabrail Sulejmanov. Videre uttaler foreldrenes bistandsadvokat at det er skuffende at den involverte legen ikke blir straffet.

Advokaten må åpenbart mangle kunnskap om hvorfor uønskede hendelser forekommer, og hva

På nettet ligger videofilmen «Just a routine operation», som handler om en hendelse der en ung kvinne døde i forbindelse med en rutinemessig operasjon. Filmen viser det som skjedde, og ektefellen (som er flykaptein) sier at han er glad for at de involverte fortsatt er i jobb. De er dyktige fagfolk som heller burde lære av hendelsen enn å straffes.

Det at den øverste ledelsen på Haukeland sykehus hele tiden har tatt ansvar og beklaget det som skjedde, tyder også på at sykehuset vårt bryr seg og ønsker å forhindre at slike hendelser skal skje på ny.

### Myte 3: Det er de dårlige fagpersonene og institusjonene som svikter

**MAN KAN FÅ INNTRYKK** av at et sykehus som gjentatte ganger havner i mediene i forbindelse med uønskede hendelser, er dårlige. Realiteten kan være at dette sykehuset har en kultur med større åpenhet og faktisk gjør en god jobb.

I BEST-nettverket forteller kolleger fra alle landets sykehus om hvordan de øver på ulike krevende og potensielt farlige situasjoner. Simuleringsøvelser er i denne sammenhengen en god måte å trene på, og de bør brukes i enda større grad.

**DET ER DET SAMME** systemet (fagfolk og avdelinger) som i det ene øyeblikket utfører medisinske bragder, som svikter fatalt i det neste. Ofte er det også høyt respekterte kolleger som er involvert, fagfolk jeg selv ikke ville ha tvilt på å bli behandlet av selv.

I studentundervisningen forsøker vi å gi studentene forståelse for alle parter opplevelse av uønskede hendelser, og hvordan pasientskade kan oppstå. Vi ønsker at våre fremtidige kolleger skal være åpne og ta ansvar. Lykkes vi, lover det bra for fremtidens pasienter.

### Myte 4: Prosedyrer og avviksregistrering vil utrydde uønskede hendelser

**DET ER SAGT AT** etterpåklokskap er den eneste sanne kunnskap. Det er alltid flere medvirkende årsaker til at noe gikk galt, og det er ikke nødvendigvis slik at avviksrapporter gir grunnlag for å finne ut nøyaktig hva som skjedde. Dessverre forenkler vi ofte årsakssammenhengene for å forklare meningsløse og vonde hendelser.

Helsevesenet har mange prosedyrer og retningslinjer, noe som ofte er til hjelp. Men det er umulig å ha retningslinjer for alt. En del av situasjonene vi kommer opp i, kan ikke forutses, og dermed kan ikke prosedyrer løse problemet. For mange retningslinjer kan føre til motstridende løsninger. Resultatet kan derfor bli feil selv om alle følger sine retningslinjer.

Helsevesenet kan gjennomføre fantastisk effektive behandlinger, men som andre komplekse systemer er det uforutsigbart i sin natur: Vi kan ikke alltid vite hvilke farer som kan oppstå.

**IVÅRIVER ETTER** å fortelle om nye og lovende behandlinger, glemmer vi noen ganger erkjennelsen av at ny risiko kan oppstå. Vi må derfor hele tiden være på vakt og i tide oppdage de første tegn på at noe kan være galt eller utvikle seg til skade for pasienten.

Siden pasienter og pårørende jo er eksperter på sin egen tilstand, er de viktige samarbeidspartnere i å oppdage uheldige situasjoner og farer. Selger vi en oppfatning om at alt alltid er under kontroll, går vi glipp av denne hjelpen.

### Myte 5: Alle uønskede hendelser kan forebygges

**VI HAR KLOKKERTRO** på det perfekte system, hvor all fare er kartlagt. Vi lever i den tro at i en perfekt verden så vil alt fungere som et urverk. Vi snakker jo ofte om «sand i maskineriet». Denne metaforen passer dessverre ikke for helsevesenet.

Vi må ha to tanker i hodet samtidig: Forsøke å lage gode og forståelige systemer, og erkjenne at all risiko ikke kan elimineres. Derfor må vi hele tiden være på utkikk etter ting som er i ferd med å gå galt. Det er faktisk også et behov for å skjønne hvorfor systemet stort sett fungerer utmerket. Er vi bare opptatt av avvik, får vi ikke kunnskap om hvordan sikkerhet skapes.

**LEGE-PASIENT-FORHOLDET** bygger på tillit. Skal vi beholde pasientenes tillit, må vi være åpne om hendelser. Som pasienter må vi også akseptere at moderne medisin er forbundet med en viss risiko. Skal vi lykkes med å bedre pasientsikkerheten, må vi også skjønne hvordan systemet fungerer når alt går bra. Krav om straff for involverte helsearbeidere gjør bare at vi går glipp av muligheten for å lære.



**UHELDIG FORSLAG:** Krav om straff for helsearbeidere gjør bare at vi går glipp av muligheten for å lære, skriver innsenderen.

ARKIVFOTO: JAN M. LILLEBØ

som kan og bør gjøres for å unngå dem. Kunnskapsløsheten kan skyldes noen av de disse mytene om pasientsikkerhet:

### Myte 1: Straff forebygger uønskede hendelser

**OM EN PASIENT SKADES**, snakker man gjerne om at det er skjedd en feil. I vår kultur forstår vi dette som at *noen* har gjort en feil, og at det bare er å finne den som har gjort feilen. Så må man vurdere en passende straff for å hindre at vedkommende skal gjøre samme feil på ny. Jo mer alvorlig utfall for pasienten, jo strengere straff. Slik vil man tvinge helsearbeidere til å bli mer aktpågivende og dermed forhindre at dette inntreffer på ny.

**VAR DET SÅ ENKELT**, ville problemet vært løst for lenge siden, og burde heller ikke forekomme i mer straffende systemer enn i Norge. Forskning tyder derimot på at helsevesenet i slike regimer er mer tilbakeholdne med å melde fra. Pasienter, pårørende og andre får dermed ikke muligheten til å lære av hendelser, og pasienter kan gå glipp av rettmessig erstatning.

Den gjeldende oppfatning i store deler av verden er også at begrepet medisinske feil i større grad åpner for ønske om straffereaksjoner enn det nøytrale uønskede hendelser.

### Myte 2: Leger bryr seg ikke dersom pasienter blir skadet eller dør

**MEDIEOVERSKRIFTER** kan gi inntrykk av at helsepersonell ikke bryr seg om å yte god behandling. Som leger er vi opplært til å ta stort personlig ansvar, og å bli anklaget for faglig inkompetanse eller ikke å bry seg om eller svikte pasientene, er tøft. Vi er selv våre strengeste dommere. Derfor rammer påstander om sviktende faglighet så hardt.

**JEG HAR SELV SETT** hvor tungt kolleger tar dette, selv i saker der utfallet ikke har blitt like alvorlig. Helsepersonell som har vært involvert i alvorlige uønskede hendelser, trenger derfor støtte og oppfølging. Det å føle at man har sviktet som fagperson, kan i noen tilfeller være så tungt å bære at man slutter i jobben eller til og med velger å ta sitt eget liv.

# Fem myter om pasientsikkerhet