

# Uønskete hendelser – kan bekreftelsesfellen unngås?

■ SVEIN ZANDER BRATLAND *seniorrådgiver, Statens helsetilsyn*

**Kan løsningen være å dvele i 10 sekunder ved spørsmålet – har jeg nå i tilstrekkelig grad redusert sannsynligheten for at et annet tiltak ikke ville vært bedre?**

1976 hevdet filosofene MacIntire og Gorovitz at *intet område av feilbarlighet er viktigere – og dårligere forstått – enn medisinsk feilbarlighet*. Kvalitetssikringsbølgen som dette utsagnet var med å utløse, skjøt fart både internasjonalt og nasjonalt i overgangen fra 1980- til 1990-årene. Effekten av de forskjellige tiltakene har vært vanskelig å måle. Utsagnet «det er menneskelig å feile» ser ut til å gjelde med uforminset kraft. I en artikkel i *New England Journal of Medicine* i november 2010, konkluderes det med at tiltakene som er satt inn de siste ti årene ikke synes å ha effekt (1).

Tiltakene som har vært satt inn har vært både enkle og sammensatte. De kan i hovedsak deles inn i kunnskapsformidling (audit, retningslinjer og kvalitetsindikatorer) og tilrettelegging (påminnelser og barrierer).

## **Hva styrer våre beslutninger – hva er elementene i beslutningsprofilen?**

Store undersøkelser viser at beslutninger kan være kjønnsrelaterte. Det kan postuleres at kommunikasjonsferdighetene er ulike for kvinner og menn (2). Når vi legger til grunn at i allmennpraksis kan mer enn 80 prosent av diagnosene stilles på grunnlag av anamneseopptaket, bør det ikke forundre at studier har vist at kvinnelige leger gjør sjeldnere feil enn sine mannlige kolleger (3). En tilsvarende argumentasjon tilsier at leger som ikke har norsk som sitt første språk, hyppigere enn sine norske kolleger foranlediger uønskete hendelser (3). I forlengelsen av dette argumentet, er det naturlig å trekke inn betydningen av fremmedkulturell bakgrunn (3). Alder har også i enkelte studier vært utslagsgivende om enn ikke med samme forutsigbarhet.

Utdanning og opplæring i kliniske ferdigheter utgjør den andre delen av beslutningsprofilen. En stor kanadisk studie publisert i 2007 viste en sterk og statistisk signifikant sammenheng mellom eksamensresultatene fra dimensjonene kommunikasjonsferdig-

heter og klinisk beslutningsevne – og faglige feil som ble begått senere i karrieren (4). Det ligger således store utfordringer i opplæringen av leger – ikke bare den universitære, men kanskje like viktig – å sikre alle oppfølgende læring.

Siden andelen leger med utdanning utenfor Norge er i ferd med å utgjøre mer enn halvparten, synes det åpenbart at det i økende grad må settes fokus på kommunikative ferdigheter (3).

## **Kvalitetssikringsbølgen som dette utsagnet var med å utløse, skjøt fart både internasjonalt og nasjonalt i overgangen fra 1980- til 1990-årene.**

Det er vanskelig å finne grunner til at hendelsesbasert læring ikke skal kunne forebygge at det blir begått feil. Forutsetningen må imidlertid være åpenhet omkring hendelser som gjør at flere kan ta del i refleksjoner om årsaksforhold. På den måten vil løsningen kunne bli «iboende riktig» – i motsetning til feil erfaringsoverføring når enkeltpersoners egne vurderinger legges til grunn (5). Det knytter seg et dilemma til den hevdvunne sannheten at 20 prosent av arbeidsrelatert læring skjer ved formell utdanning, mens resten skjer på uformelt vis. Dette kan nettopp føre til at opplæringen ikke fører med seg det iboende riktige, men blir styrt av erfaringsbasert kunnskap basert på feiltolkninger.

Det siste tiåret har interessen for individfeil blitt fortrent av oppmerksomheten rettet mot systemfeil. Dette må ikke få bli et enten eller. Selv om det kan påvises vesentlige systemperspektiver i allmennpraksis, vil det utslagsgivende være det som skjer i «det lukkede rom» – der legen befinner seg alene med sin pasient idet beslutninger treffes.

Farlige feil er ikke nødvendigvis bare de som har et stort skadepotensial, men også feil som ikke fører til læring. Dette er kanskje den egentlige systemfeilen – at læring av feil ikke settes i system.

## **Hvilke etiske betraktninger styrer beslutningene?**

Pliktetikken innebærer at å handle riktig er viktigere enn utfallet, mens konsekvensetikken tilsier at utfallet er viktigere enn (den rette) handlemåten. Helselovgivningen tar utgangspunkt i forsvarlighet knyttet til handlingen og reaksjonsinstituttet styres av handlingens egnethet til å påføre pasienter belast-

ning eller skade. Erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning styres av utfallet – nærmest uavhengig av handlingen. «Pasienten har vært uheldig med sitt møte med helsetjenesten». Og slik bør det vel være.

Diskusjonen blir da hva som er den rette – den gode – handlemåten. For i langt de fleste situasjonene vil legen ha handlingsalternativer. Det må forutsettes at alle uønskede hendelser som følge av feil er en uvilket handling fra legens side. Like fullt er det slik at en beslutning som treffes «i det lukkede rom» le i allmennpraksis, er å betrakte som uaktsomt i rettslig sammenheng.

Mange vil hevde at legekunst handler for en stor del om intuisjon og at konsekvensetikken bør være førende. Intuisjon kan ikke læres. Forebygging og læring av feil bør derfor fortsatt være basert på kunnskap og ikke erfaringer.

## **Bekreftelsesfellen – når kunnskapene er tilstrekkelige**

Uønskede hendelser kan forårsakes av mangel på kunnskap eller at kunnskapen benyttes feil. Med bekreftelsesfellen menes tendensen til å søke etter informasjon som støtter våre antagelser og ønsker, og å nedtone eller ignorere motstridende informasjon (5).

Det foreligger ikke gode studier på hvordan uønskede hendelser fordeler seg når det gjelder passivitet eller aktive feil. Etter tretten års erfaring med behandling av klagesaker/tilsynssaker, vil jeg hevde at unnlattelse/feil er i klart flertall: de avgjørende spørsmålene som kunne avklart sykehistorien ble ikke stilt, undersøkelsene som kunne ført til et bedre resultat for pasienten ble ikke utført. Sannsynligheten for at det forelå en alvorlig tilstand eller sykdom, ble ikke redusert i tilstrekkelig grad. I enkelte tilfeller kan slik unnlattelse/beslutning være villet: «jeg kan ikke legge inn alle med brystsmarter», «jeg kan ikke legge inn alle med feber». Skjødesløshet må oppfattes som uvilket, men kan nok ha en beslektet tankerekke som grunnlag: når den tredje kvinnen kommer med smerter og blødning tidlig i graviditeten, er sannsynligheten for lav til å mistenke også henne for å ha en ekstra uterin graviditet. Med andre ord – leger ser ut til å gå i *bekreftelsesfellen*.

Denne fellen kan også være årsaken til «for-sikkerhets-skyld» medisin: Når vesent-



lig informasjon tilsettes eller ikke innhen-tes, kan dette føre til feil bruk av for eksempel antibiotika – uttrykt ved forskrivning uten klar indikasjon eller unødvendig bruk av bredspektrede antibiotika.

### Hva med hjelp underveis?

Innenfor enkelte fagfelt – der tekniske løsninger er fremtredende, kan det legges inn barrierer. Et eksempel er å gjøre det umulig å feilkoble intravenøs infusjon og sondeernæring eller å sikre at det ikke er mulig å injisere et legemiddel som ikke må injiseres.

Få studier har ellers klart å vise at bestemte tiltak gir ønsket endring eller fører til forebygging av feil. Det bør kunne forventes at læringseffekten etter feil er uavhengig av om den subjektive vurderingen er sammenfallende med den objektive – oppfatningen av god praksis. Er avstanden stor kan dette bunne i enten feil kunnskap eller dårlig beslutningsevne. I begge tilfeller bør det kunne forventes at åpenhet og kollegabasert tilnærming kan befordre læring. Gro Jamtvedt og medarbeidere publiserte i 2006 en oppsummering av studier på feltet (6). Det ble konkludert med at effekten av å fortelle helsepersonell hva de har gjort feil, synes å være begrenset. Forutsetningen for i det hele tatt å oppnå noe med dette var at feilen representerte et betydelig avvik fra god praksis og at prosessen som kunne føre til erkjennelse av dette måtte være inngående og omfattende.

Tidligere anså man at påminnelser i situasjonen kunne forhindre feil. I allmennpraksis kan det trekkes en parallell til bruk av EKG. De fleste av de nye apparatene avgir et forslag til diagnose. I et økende antall tilsynssaker, gis det inntrykk av at legen ser bort fra apparatets tolkning med begrunnelsen at denne «så ofte er feil». Vår erfaring i disse sakene tilsier at det på den ene siden bør vises større nysgjerrighet til apparatets forslag. Selv om en erfaren kardiolog vil kunne hevde at uklare repolariseringsforstyrrelser er uten betydning, bør en allmennelege ikke uten videre ta sjansen på en slik konklusjon. Dessuten viser det faktum at EKG ble tatt at mistanken om hjertesykdom var til stede. Ved mistanke om koronar årsak, kan som kjent EKG i en vesentlig andel være falsk negativt. Noe tilsvarende kan tenkes som begrunnelse for at varsling om legemiddelinteraksjoner heller ikke har ønsket effekt. Den siste konklusjonen om påminnelser er pr. mars 2010: «Computer reminders help physicians less than hoped» (7).

### Refleksjon – dvele i beslutningsøyeblikket

I en tid da utdanningsgrunnlaget for en legeautorisasjon varierer i betydelig grad, gir kunnskaps- og erfaringsbasert læring helt spesielle utfordringer. Det må myndigheter



ILLUSTRASJONSFOTO: ESTHER DIAZ

og fagforening gripe fatt i. Uansett vil det fortsatt være slik at åpenhet omkring uønskede hendelser som åpner opp for *kollegabasert læring*, er veien som kan føre oss videre. Det vil gi øvelse i refleksjon. Uønskete hendelser kan ikke unngås. Men øvelse i refleksjon kan føre til at vi dveler i ti sekunder – for ikke å gå i *bekreftelsesfellen*.

### REFERANSER

1. Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, Sharek PJ. Temporal Trends in Rates of Patient Harm Resulting from Medical Care N Engl J Med 2010; 363: 2124–2134.
2. Anvik T, Grimstad H, Bærheim A et al. Medical students' cognitive and affective attitudes towards learning and using communication skills – a nationwide cross-sectional study. Medical Teacher 2008; 30(3): 272–9.

3. Læring av feil og klagesaker. Bratland SZ, Lundevall S (red.) Rapport fra Helsetilsynet 7/2009.
4. Tamblin R, Abrahamowicz M, Dauphinee D et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. JAMA 2007; 298: 993–1001.
5. Kvalnes Ø. Det feilbarlige menneske. Risiko og læring i arbeidslivet. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
6. Jamtvedt G, Young J, O'Brian MA, Oxman A. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. Quality and Safety in Health Care, 2006;15(6): 433–6.
7. Shojania KG, Jennings A, Mayhew A, Ramsay C, Eccles M, Grimshaw J. Effect of point-of-care computer reminders on physician behaviour: a systematic review. CMAJ. 2010 182(6): 540–1.

szb@helsetilsynet.no