



GÂNDIREA DE TIP CUTIE NEAGRĂ



GÂNDIREA
DE TIP
CUTIE
NEAGRĂ
CUM IA NAȘTERE
INOVAȚIA
DIN EȘECURI
Matthew Syed

Traducere din engleză de
Monica Lungu

 **PUBLICA
ADUCE
IDEI**

Titlul original al acestei cărți este:

Black Box Thinking. The Surprising Truth About Success (and Why Some People Never Learn From Their Mistakes), de Matthew Syed

First published in Great Britain in 2015 by

John Murray (Publishers)

An Hachette UK Company

© Matthew Syed 2015

The right of Matthew Syed to be identified as the Author of the Work has been asserted to him in accordance with the Copyright, Design and Patents Act 1988.

© Publica, 2016, pentru ediția în limba română

Toate drepturile rezervate. Nicio parte din această carte nu poate fi reprodusă sau difuzată în orice formă sau prin orice mijloace, scris, foto sau video, exceptând cazul unor scurte citate sau recenzii, fără acordul scris din partea editorului.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

SYED, MATTHEW

Gândirea de tip cutie neagră: cum ia naștere inovația din eșecuri / Matthew Syed

trad.: Monica Lungu.

București : Publica, 2016

ISBN 978-606-722-146-6

I. Lungu, Monica (trad.)

159.923:2

EDITORI: Cătălin Muraru, Silviu Dragomir

DIRECTOR EXECUTIV: Bogdan Ungureanu

DESIGN: Alexe Popescu

REDACTOR: Alina Ciulacu

CORECTORI: Paula Rotaru, Rodica Crețu

DTP: Dragoș Tudor



Cuprins

PARTEA ÎNTÂI: Logica eșecului

1. O operație de rutină	13
2. United Airlines 173	39
3. Paradoxul succesului	63

PARTEA A DOUA: Disonanța cognitivă

4. Condamnați pe nedrept	99
5. Contorsiuni intelectuale	131
6. Reformarea justiției penale	159

PARTEA A TREIA: Confruntarea cu complexitatea

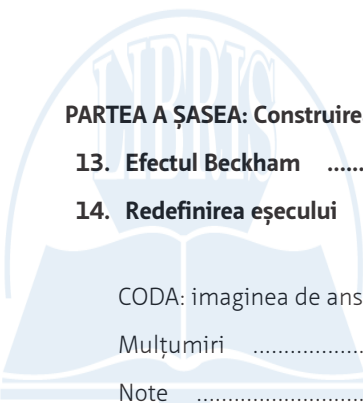
7. Paradoxul duzei	181
8. Scared Straight?	215

PARTEA A PATRA: Pași mici și salturi uriașe

9. Câștiguri marginale	239
10. Eșecul ca motor al inovației	267

PARTEA A CINCEA: Jocul învinuirii

11. Zborul Libyan Arab Airlines 114	297
12. A doua victimă	323



PARTEA A ȘASEA: Construirea unei paradigme a creșterii

13. Efectul Beckham 343

14. Redefinirea eșecului 361

CODA: imaginea de ansamblu 377

Mulțumiri 401

Note 405



PARTEA ÎNTÂI

Logica eșecului



1 | O operație de rutină

I

În dimineața zilei de 29 martie 2005, Martin Bromiley s-a trezit la 6:15 și s-a îndreptat spre dormitoarele celor doi copii ai săi, Victoria și Adam, pentru a-i pregăti de o nouă zi. Era o dimineață ploioasă de primăvară, la câteva zile după Paști, și copiii erau binedispuși, așa că au coborât repede la micul dejun. Câteva momente mai târziu, li s-a alăturat și Elaine, mama lor, care mai furase câteva minute în plus de stat în pat.

Pentru Elaine, o femeie energică în vârstă de 37 de ani, care lucrase în industria turismului înainte de a deveni mamă full-time, era o zi importantă: avea programare la spital. Avusese, în urmă cu câțiva ani, probleme cu sinusurile și a fost sfătuită că ar fi fost bine să se opereze pentru a scăpa de această problemă o dată pentru totdeauna. „Nu vă faceți griji“, le-a spus doctorul. „Riscurile sunt mici. Este o operație de rutină.“¹

Elaine și Martin erau căsătoriți de cincisprezece ani. S-au cunoscut la o petrecere printr-un prieten apropiat, s-au îndrăgostit și, în cele din urmă, s-au mutat împreună, într-o casă în North Marston, un sat liniștit în inima Buckinghamshire, la 30 de mile nord-vest de Londra. Victoria a venit pe lume în 1999, și Adam, doi ani mai târziu, în 2001.

Viața lor era agitată, ca pentru multe alte familii tinere, dar în același timp foarte distractivă. Călătoriseră prima dată cu avionul ca o familie cu o săptămână înainte, joi, pentru a participa

la nunta unui prieten, care să aibă loc sâmbătă. Elaine dorea să lase operația deoparte, pentru a se bucura de câteva zile libere.

La 7:15 a.m. au plecat de acasă. În timpul scurtei călătorii spre spital, copiii au discutat în mașină. Martin și Elaine erau relaxați în ceea ce privește operația. Chirurgul ORL Edwards avea mai mult de 30 de ani de experiență și era considerat un medic bun. Anestezistul, doctorul Anderton, avea șaisprezece ani de experiență.* Spitalul oferea servicii foarte bune. Totul era pregătit.

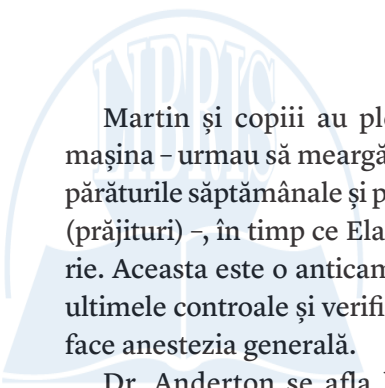
Când au ajuns, au fost conduși într-o cameră unde Elaine a fost îmbrăcată într-un halat de spital albastru, pentru operație. „Cum îmi stă rochia asta?“, l-a întrebat ea pe Adam, care chicotea. Victoria s-a urcat pe pat astfel încât mama ei să-i poată citi. Martin zâmbea în timp ce asculta povestea pe care o știa deja pe de rost. Adam se juca cu mașinuțele pe pervazul ferestrei.

La un moment dat, dr. Edwards a venit să-i pună câteva întrebări standard. Era vorbăreț și binedispus. El știa deja, ca orice medic priceput, cât era de important să ai un ton relaxat.

Chiar înainte de 8:30 a.m., Jane, asistenta-șefă, a venit pentru a o lua pe Elaine în sala de operații. „Ești pregătită?“, a întrebat-o ea zâmbind. Victoria și Adam mergeau pe coridor lângă căruciorul care o transporta pe mama lor. I-au spus mamei cât de nerăbdători erau să o revadă după-amiază, după operație. Când au ajuns la o bifurcație pe culoar, Martin și copiii au luat-o pe coridorul din stânga, în timp ce Elaine a fost dusă de asistentă în dreapta.

Elaine s-a întors spre ei, a zâmbit și le-a spus veselă: „Paaa!“.

* Toate numele membrilor echipei medicale au fost modificate pentru a asigura anonimatul. (n.a.)



Martin și copiii au plecat spre parcare unde lăseseră mașina – urmau să meargă la supermarket pentru a face cumpărăturile săptămânale și pentru a lua ceva dulce pentru Elaine (prăjituri) –, în timp ce Elaine era dusă în camera preoperatorie. Aceasta este o anticameră a sălii de operație, unde se fac ultimele controale și verificări, și, totodată, este locul unde se face anestezia generală.

Dr. Anderton se afla lângă ea: avea o față familiară și liniștitoare. I-a introdus un tub numit branulă într-o venă situată la încheietura mâinii, pe unde avea să administreze anestezic direct în fluxul sangvin.

„Frumos și elegant“, a spus Dr. Anderton. „Poftim... un somn adânc.“ Era ora 8:35 a.m.

Anestezicele sunt medicamente puternice. Pe lângă faptul că induc pacientului un somn adânc, ele dezactivează și multe dintre funcțiile vitale ale organismului, care trebuie gestionate artificial. Respirația este adesea ajutată de un dispozitiv numit mască laringiană. Aceasta este o husă gonflabilă, introdusă în cavitatea bucală și poziționată chiar deasupra căilor respiratorii. Oxigenul este apoi pompat în căile respiratorii și, de acolo, în plămâni.

Dar a apărut o problemă. Dr. Anderton nu a putut introduce masca în gura lui Elaine: mușchii maxilarului erau strânși, o problemă des întâlnită în timpul anesteziei. I s-a administrat o doză suplimentară de medicament pentru a fi slăbiți mușchii, apoi au încercat să-i introducă o mască mai mică, dar, din nou, nu s-a putut.

La 8:37 a.m., la două minute după ce a fost pusă sub anestezie, Elaine a început să se învinețească. Saturația sa de oxigen a scăzut la 75% (orice procent mai mic de 90% este considerat „semnificativ redus“). La 8:39 a.m., dr. Anderton a reacționat prin așezarea unei măști de oxigen peste gura și

nasul lui Elaine. Nici așa nu a reușit să introducă aer în plămâni.

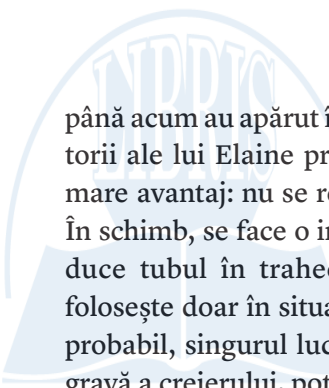
La 8:41 a.m. el a trecut la o tehnică probată și testată, numită intubare traheală. Această procedură se folosește atunci când ventilația standard este imposibilă. A început prin furnizarea unui agent paralizant în sânge, pentru a dezactiva complet mușchii maxilarului, permițând cavității bucale să se deschidă complet. Apoi a folosit un laringoscop pentru a lumina spatele gurii și a-l ajuta să plaseze un tub direct în căile respiratorii.

Dar s-a lovit de un alt obstacol: nu a putut vedea căile respiratorii, situate în partea din spate a gâtului. În mod normal, este un orificiu curat, triumfiular, cu corzile vocale dispuse de ambele părți. De obicei este destul de ușor să împingi tubul în căile respiratorii și să pornești respirația pacientului. Cu toate acestea, la unii pacienți, căile respiratorii sunt ascunse de bolta palatină (părțile moi din cerul gurii). Chiar nu se poate vedea nimic. Dr. Anderton a împins tubul de mai multe ori, în speranța că va nimeri țința, dar acest lucru nu s-a întâmplat.

La 8:43 a.m. saturația de oxigen a lui Elaine a scăzut la 40%. Acest procent atât de mic reprezintă limita cea mai joasă pe care o poate măsura aparatul. Pericolul constă în faptul că, fără oxigen, creierul se umflă, producând daune foarte grave. Ritmul cardiac al lui Elaine a scăzut, mai întâi la 69 bătăi pe minut, apoi la 50, indicând o lipsă de oxigen și la inimă.

Situația devenea critică. Dr. Bannister, un medic anestezișt din sala de operație alăturată, a venit pentru a oferi asistență. Dr. Edwards, chirurgul ORL-ist, i s-a alăturat. Trei asistente erau în așteptare. Situația nu era încă dezastruoasă, dar marja de eroare a început să se micșoreze. Fiecare decizie luată putea avea potențiale consecințe de viață și de moarte.

Din fericire, există o procedură care se poate folosi exact în această situație. Se numește traheostomie. Toate eșecurile de



până acum au apărut în încercarea de a ajunge la căile respiratorii ale lui Elaine prin gura acesteia. Traheostomia are un mare avantaj: nu se realizează în apropierea cavității bucale. În schimb, se face o incizie direct în gât, pe unde se va introduce tubul în trahee. Această tehnică este riscantă și se folosește doar în situații de urgență, ca o ultimă soluție. Era, probabil, singurul lucru care stătea între Elaine și o leziune gravă a creierului, potențial fatală.

La ora 8:47 a.m. asistentele au anticipat corect următoarea mișcare. Jane, asistenta cu cea mai mare experiență dintre cele trei, a ieșit pentru a aduce trusa de traheostomie. Când s-a întors, le-a spus celor trei medici care erau în jurul lui Elaine că trusa este gata de utilizare.

Aceștia au aruncat o privire în spate, dar, din diferite motive, nu au răspuns nimic. Înceau în continuare forțarea tubului în căile respiratorii ale lui Elaine, prin spatele cavității bucale. Erau concentrați la ceea ce făceau, întinzându-și gâturile și vorbind în grabă unul cu celălalt.

Jane ezita. Cu scurgerea fiecărei secunde, situația devenea din ce în ce mai critică. Dar s-a gândit că cei trei care se ocupau de problemă erau specialiști. În mod cert, ei nu au considerat necesară utilizarea traheostomiei.

Dacă le-ar fi spus din nou că a adus trusa pentru a efectua procedura de traheostomie, poate că le-ar fi distras atenția și ar fi fost vinovată dacă ceva nu ar fi mers bine. Poate că au exclus această tehnică din motive pe care ea nu le-a luat în considerare. Era una dintre persoanele cu cea mai mică expertiză din acea cameră. Ei erau persoanele cu autoritate.

Doctorii aveau deja pulsul considerabil crescut. Percepția se îngustase. Acesta este un răspuns fiziologic convențional la un nivel mare de stres. Au continuat să încerce să introducă tubul în căile respiratorii. Situația devenea disperată.

Elaine era acum vânătă. Ritmul său cardiac era de doar 40 de bătăi pe minut. Îi lipsea oxigenul. Cu fiecare secundă care trecea, șansele ei de supraviețuire scădeau.

Doctorii persistau în încercarea lor frenetică de a ajunge la căile respiratorii prin gură. Dr. Edwards a încercat intubarea. Dr. Bannister a vrut să introducă o altă mască laringiană. Nimic nu părea să funcționeze. Jane se chinuia în continuare să vorbească. Dar cuvintele i se opreau în gât.

La ora 8:55 a.m. era deja prea târziu. Până când au adus saturația oxigenului la 90%, trecuseră deja opt minute de la prima încercare zadarnică de intubare; în total, Elaine fusese privată de oxigen timp de 20 de minute. Medicii au fost uimiți când s-au uitat la ceas. Nu înțelegeau. Când a trecut timpul? Cum a trecut atât de repede?

Elaine a fost transferată la terapie intensivă. O scanare ulterioară a creierului avea să dezvăluie daunele catastrofale. În mod normal, la o scanare se pot distinge în mod clar textura și formele. Este o imagine evidentă a creierului uman. În cazul lui Elaine, scanarea arăta o imagine difuză. Lipsa de oxigen produsese leziuni ireparabile.

La ora 11:00 în acea dimineață, telefonul a sunat în sufrageria din casa familiei Bromiley, în North Marston. Martin a fost rugat să se întoarcă la spital cât mai repede posibil. A simțit că ceva nu este în regulă, dar nimic nu l-a pregătit pentru șocul de a-și vedea soția în comă, luptându-se pentru viața ei.

Pe măsură ce treceau orele, devenea tot mai clar că situația se deteriora. Martin nu putea înțelege. Soția lui fusese sănătoasă. Cei doi copii o așteptau să se întoarcă acasă. Au cumpărat prăjituri pentru ea. Ce anume nu a mers bine?

A fost luat deoparte de dr. Edwards. „Uite care e situația, Martin, au fost probleme în timpul anesteziei. Există cazuri de genul ăsta. Uneori se mai întâmplă accidente. Nu știm de ce.

Medicii anesteziști au făcut tot ce le-a stat în putință, dar pur și simplu nu a mers. A fost una dintre excepții. Îmi pare foarte rău“, i-a spus el.

Nu a precizat nimic despre încercările zadarnice de intubare. Nu a pomenit nimic despre posibilitatea realizării unei traheostomii de urgență. Nicio vorbă despre încercarea asistentei de a le atrage atenția că riscul unei catastrofe este foarte mare.

Martin a dat din cap și a spus: „Înțeleg. Mulțumesc!“.

La 11:15 seara, pe 11 aprilie 2005, Elaine Bromiley a murit, după treisprezece zile de comă. Martin, care a stat lângă ea zi de zi, a fost înapoi la spital în câteva minute. Când a ajuns acolo, Elaine încă era caldă. El a luat-o de mână, i-a spus că o iubește și că va avea grijă de copiii lor cum va putea mai bine. Apoi a sărutat-o de noapte bună.

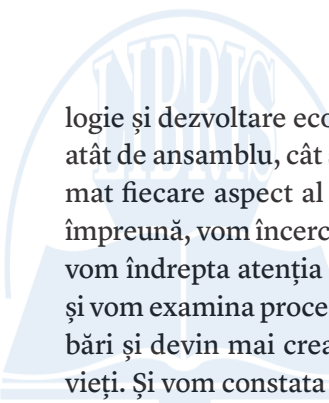
A doua zi, înainte de a reveni la spital pentru a-i lua lucrurile, i-a întrebat pe copii dacă vor s-o vadă pe mama lor pentru ultima dată. Spre surprinderea lui, au spus „da“. Au fost conduși în camera unde se afla Elaine, Victoria a stat la capătul patului, în timp ce Adam s-a întins către mama lui pentru a o mângâia și a-i spune la revedere.

Elaine avea doar 37 de ani.

II

Aceasta este o carte despre cum ia naștere succesul. În paginile următoare vom examina câteva dintre organizațiile cele mai inovatoare din lume – Google, Team Sky, Pixar și Echipa Mercedes de Formula 1 –, precum și persoane excepționale, ca baschetbalistul Michael Jordan, inventatorul James Dyson și vedeta fotbalului David Beckham.

Progresul este unul dintre aspectele cele mai frapante ale istoriei omenirii din ultimele două milenii și, în special, din ultimele două secole și jumătate. Nu este vorba doar despre afacerile mari și echipele sportive, ci și despre știință, tehnologie



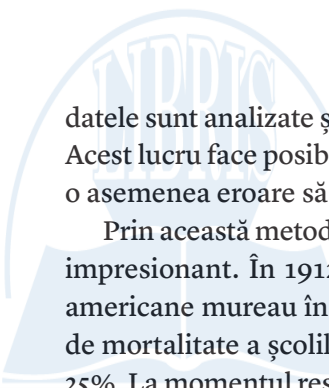
logie și dezvoltare economică. Am avut parte de îmbunătățiri atât de ansamblu, cât și de detaliu, schimbări care au transformat fiecare aspect al vieții omenesci. Privind aceste aspecte împreună, vom încerca să identificăm direcțiile de acțiune. Ne vom îndrepta atenția asupra lucrurilor care nu sunt la vedere și vom examina procesele prin care oamenii învață, fac schimbări și devin mai creativi: în afaceri, politică sau în propriile vieți. Și vom constata că, în toate aceste cazuri, explicația privind succesul depinde de modalitățile puternice și adesea contraintuitive în care oamenii reacționează la eșec.

Eșecul este o situație prin care toți trecem din când în când, fie că este vorba de echipa de fotbal care pierde un meci, de rezultatele slabe la un interviu de angajare sau de nereușita la un examen. Uneori eșecul poate fi mult mai grav. Pentru medicii sau persoanele care lucrează în domenii critice în ceea ce privește siguranța, a da greș poate avea consecințe fatale.

De aceea, cel mai puternic mod de a începe această anchetă și de a găsi legătura indisolubilă dintre succes și eșec este să comparăm două dintre cele mai importante domenii critice privind siguranța din prezent: sistemul medical și aviația. Aceste organizații diferă din punct de vedere psihologic, cultural și din punctul de vedere al schimbărilor instituționale, după cum vom vedea. Dar diferența cea mai importantă este legată de abordările lor divergente în ceea ce privește eșecul.

În industria aeronautică, atitudinea este neobișnuită și surprinzătoare. Fiecare aeronavă este echipată cu două cutii negre, aproape indestructibile: una care înregistrează parametrii de bază și instrucțiunile transmise de sistemele electronice de la bord, alta care înregistrează conversațiile și sunetele din cabina de pilotaj.* Dacă se întâmplă un accident, cutiile sunt deschise,

* Astăzi, cutiile „negre” au, de fapt, culoarea portocaliu strălucitor, pentru a putea fi găsite mai repede, și, de multe ori, sunt comasate într-una singură. (n.a.)



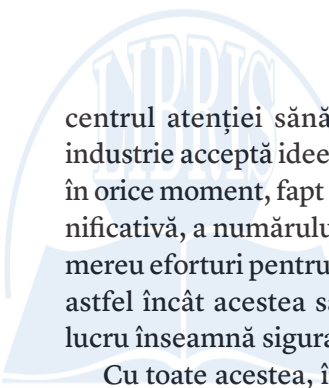
datele sunt analizate și astfel se descoperă cauza accidentului. Acest lucru face posibilă modificarea procedurilor, astfel încât o asemenea eroare să nu se mai întâmple niciodată.

Prin această metodă, aviația a ajuns la un nivel de siguranță impresionant. În 1912, opt din paisprezece piloți ai armatei americane mureau în accidente: mai mult de jumătate.² Rata de mortalitate a școlilor de aviație, la început, era de aproape 25%. La momentul respectiv, lucrul acesta nu părea foarte surprinzător. Să zbori pe cer în primele zile ale aviației, la viteze foarte mari și în aparate greoaie din lemn și metal, era inerent periculos.

Astăzi, lucrurile arată cu totul altfel. În 2013 au fost 36,4 milioane de zboruri comerciale la nivel mondial, transportând mai mult de trei miliarde de pasageri, conform datelor Asociației Internaționale de Transport Aerian (IATA). Doar 210 persoane au murit. Pentru fiecare un milion de zboruri efectuate de avioanele fabricate în Occident, au fost 0,41 accidente – o rată de un accident la 2,4 milioane de zboruri.³

În 2014, numărul deceselor a crescut la 641, în mare parte din cauza pierderii Zborului 370 al Malaysia Airlines, în care au murit 239 de persoane. Cei mai mulți anchetatori cred că acesta nu a fost un accident convențional, ci un act de sabotaj premeditat. Căutarea cutiei negre era încă în desfășurare la momentul publicării acestei cărți. Chiar dacă includem acest aspect în analiză, rata accidentelor aviatice raportată la un milion de decolări a scăzut în 2014 la un minim istoric de 0,23.⁴ Pentru membrii IATA, care au unele dintre cele mai stricte proceduri de învățare din erori, rata accidentelor a fost de 0,12 (un accident la fiecare 8,3 milioane de decolări).⁵

Aviația se confruntă cu multe probleme de siguranță. Noi provocări apar aproape în fiecare săptămână: în martie 2015, accidentul aviatc Germanwings din Alpii francezi a adus în



centrul atenției sănătatea mintală a piloților. Experții din industrie acceptă ideea că evenimente neprevăzute pot apărea în orice moment, fapt ce poate duce la creșterea, probabil semnificativă, a numărului accidentelor. Dar ei promet că vor face mereu eforturi pentru a învăța din evenimentele nefavorabile, astfel încât acestea să nu se mai repete. În concluzie, acest lucru înseamnă siguranță aviatică.

Cu toate acestea, în domeniul medical lucrurile sunt diferite. În 1999, Institutul American de Medicină a publicat o anchetă de referință numită „A greși e omenește“. Aceasta raporta că între 44 000 și 98 000 de americani mor în fiecare an în urma erorilor medicale evitabile.⁶ Într-o altă anchetă, Lucian Leape, profesor la Universitatea Harvard, afirma că acest număr este mai mare. Într-un studiu mai amplu, el a estimat că un milion de pacienți sunt afectați în urma erorilor de tratament din spitale și că 120 000 de pacienți mor anual numai în Statele Unite.⁷

Dar aceste statistici, deși sunt șocante, mai mult ca sigur subestimează amploarea reală a problemei. În 2013, un studiu publicat în *Journal of Patient Safety*⁸ a plasat numărul deceselor premature asociate cu o vătămare evitabilă la mai mult de 400 000 pe an. (Categoriile de erori care pot fi evitate cuprind: diagnostic greșit, administrarea unor medicamente greșite, vătămarea pacienților în timpul intervențiilor chirurgicale, operații efectuate pe partea greșită a corpului, transfuzii necorespunzătoare, căderi, arsuri, escare, complicații postoperatorii.) Într-o audiere a Senatului american din vara anului 2014, Peter J. Pronovost, doctor în medicină, profesor la Universitatea de Medicină Johns Hopkins și unul dintre cei mai respectați clinicieni din lume, a subliniat că acesta este echivalentul a două avioane Boeing 747 care se prăbușesc la fiecare 24 de ore.

„Ce ne spun aceste numere este că, în fiecare zi, două asemenea avioane se prăbușesc. La fiecare două luni se produc

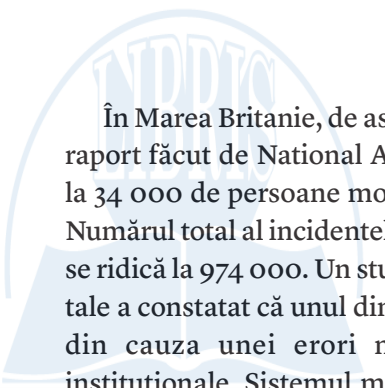
erori de amplasarea pierderilor de vieți omenești din 11 septembrie 2001. Nu am tolera acest tip de prejudiciu evitabil în niciun alt domeniu“, a afirmat el.⁹ Aceste cifre plasează erorile medicale evitabile din spitale pe locul al treilea între cei mai mari ucigași din Statele Unite – fiind depășite doar de bolile de inimă și de cancer.

Și totuși, aceste cifre sunt incomplete. Ele nu includ decesele survenite în casele de îngrijiri medicale sau în centrele ambulatorii, cum ar fi farmaciile, centrele de îngrijire și cabinetele individuale, unde supravegherea este mai puțin riguroasă.

Potrivit lui Joe Graedon, profesor asistent adjunct în Departamentul de Practică Farmaceutică și Educație Experiențială de la Universitatea din Carolina de Nord, numărul complet al deceselor cauzate de erorile medicale evitabile din sistemul medical din Statele Unite este mai mare de o jumătate de milion de oameni pe an.¹⁰

Cu toate acestea, nu doar numărul persoanelor decedate ar trebui să ne îngrijoreze, ci și prejudiciile neletale cauzate de erorile ce puteau fi evitate. În mărturia ei din cadrul aceleiași audieri în Senat, Joanne Disch, profesor clinician la Școala de asistente medicale a Universității din Minnesota, menționa cazul unei femei din cartierul ei, care „a suferit o mastectomie bilaterală pentru cancer, pentru a afla la scurt timp după intervenția chirurgicală că s-a produs o încurcătură privind rapoartele de biopsie și că ea nu avea cancer“.¹¹

Astfel de erori nu sunt fatale, dar pot fi devastatoare pentru victime și pentru familiile acestora. Numărul pacienților care au suferit complicații grave este estimat a fi de zece ori mai mare decât numărul pacienților uciși de erori medicale. După cum a afirmat dr. Disch: „Noi nu avem de-a face doar cu 1 000 de decese evitabile pe zi, ci cu 1 000 de decese și cu 10 000 de complicații grave evitabile pe zi... Ceea ce ne afectează pe toți“.¹²

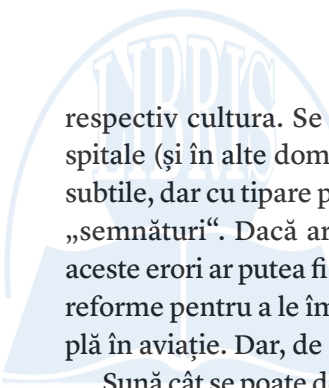


În Marea Britanie, de asemenea, cifrele sunt alarmante. Un raport făcut de National Audit Office în 2005 estima că până la 34 000 de persoane mor anual din cauza erorilor umane.¹³ Numărul total al incidentelor cu pacienți (fatale sau nefatale) se ridică la 974 000. Un studiu privind îngrijirile acute din spitale a constatat că unul din zece pacienți moare sau este rănit din cauza unei erori medicale sau a unei deficiențe instituționale. Sistemul medical francez indică un procent și mai mare, de 14%.

Problema nu este că un grup mic de medici nebuni, criminali și incompetenți provoacă haos în jurul lor. Erorile medicale urmează o repartiție normală, în formă de clopot.¹⁴ Ele apar cel mai adesea nu atunci când clinicienii sunt plictisiți, leneși sau rău-intenționați, ci atunci când aceștia se ocupă de munca lor cu sârguința și preocuparea de așteptat de la profesia de medic.

Atunci, de ce se produc atât de multe erori? Una dintre probleme o reprezintă complexitatea. Registrele Organizației Mondiale a Sănătății cuprind 12 420 de boli și tulburări, fiecare dintre acestea necesitând protocoale diferite.¹⁵ Această complexitate oferă posibilități multiple pentru producerea erorilor în toate etapele, de la diagnostic până la tratament. O altă problemă are legătură cu resursele limitate. Doctorii sunt de multe ori suprasolicitați și spitalele sunt la limita resurselor; în mod frecvent este nevoie de mai mulți bani. O a treia problemă este reprezentată de faptul că medicii trebuie să ia decizii rapide. În cazurile grave nu există suficient timp pentru a lua în considerare toate variantele de tratament. Uneori amânarea reprezintă cea mai mare greșeală posibilă, chiar dacă duce în final la o judecată „corectă“.

Dar la toate acestea contribuie ceva mai profund și mai subtil, care nu are o prea mare legătură cu resursele materiale,



respectiv cultura. Se pare că multe dintre erorile comise în spitale (și în alte domenii ale vieții) au traiectorii particulare, subtile, dar cu tipare previzibile: ceea ce investigatorii numesc „semnături”. Dacă ar fi raportate deschis și evaluate sincer, aceste erori ar putea fi identificate și s-ar putea pune în aplicare reforme pentru a le împiedica să se mai repete, cum se întâmplă în aviație. Dar, de cele mai multe ori, nu se întâmplă asta.

Sună cât se poate de simplu, nu-i așa? Să învățăm din greșeli a devenit un clișeu. Se pare că, din motive banale, dar profunde, eșecul de a învăța din greșeli a reprezentat unul dintre cele mai mari obstacole în calea progresului uman. Sistemul medical este doar o ramificație dintr-o lungă poveste a eschivărilor. Dacă am înfrunta toate aceste probleme, s-ar putea transforma nu numai sistemul medical, ci și afacerile, politica și multe altele. O atitudine progresistă în fața eșecului se dovedește a fi o piatră de temelie a succesului în orice instituție.

În această carte vom analiza modul în care putem face față unui eșec, ca individ, ca organizație, ca societate. Cum ne confruntăm cu eșecul și cum trecem peste el? Cum reacționăm atunci când ceva nu a mers bine, fie din cauza unei scăpări, a neatenției, a unei erori de procedură sau de omisiune ori a unui eșec colectiv, precum cel care a dus la moartea unei femei de 37 de ani, mamă a doi copii, în primăvara lui 2005?

Fiecare dintre noi suntem conștienți, în moduri diferite, că ne este greu să ne acceptăm propriile greșeli. Chiar și în lucruri banale, cum ar fi un meci amical de golf, ne putem enerva atunci când am jucat mai prost decât de obicei și suntem apoi întrebați de prieteni cum a fost. Când eșecul este legat de un aspect important al vieții noastre – slujba, rolul de părinte sau propriul statut –, este dus la un nivel cu totul diferit.

Când profesionalismul nostru este amenințat, suntem răspunzători să ne apărăm. Nu vrem să ne gândim la noi înșine

ca fiind incompetenți sau incapabili. Nu vrem să ne fie subminată credibilitatea în fața colegilor. În cazul medicilor cu vechime, care au făcut ani întregi de pregătire și au ajuns la vârful carierei lor, să fie deschiși în privința greșelilor poate fi ceva aproape traumatic.

Societatea, în general, are o atitudine profund contradictorie în ceea ce privește eșecul. Chiar dacă pentru propriile greșeli găsim scuze, ne grăbim să aruncăm vina pe alții atunci când dau greș. În urma gravului naufragiu al feribotului sud-coreean, în 2014, prim-ministrul coreean l-a acuzat pe căpitanul ambarcațiunii de „acte criminale de neiertat“, chiar înainte să se facă vreo anchetă.¹⁶ A fost un răspuns la dorința frenetică a populației de a fi găsit un vinovat.

Avem un instinct puternic de a găsi un țap ispășitor. Când cineva citește despre momentele de dinaintea morții lui Elaine Bromiley, este ușor să simtă o oarecare indignare. Poate chiar furie. De ce nu au încercat o traheostomie mai devreme? De ce nu a vorbit asistenta? Ce a fost în mintea lor? Empatia noastră în ceea ce privește victima este, din punct de vedere emoțional, la fel de puternică precum sentimentul de furie la adresa persoanelor care i-au cauzat moartea.

Însă, după cum vom vedea, acest lucru are efecte recursive. În mare parte, pentru că suntem la fel de dornici să îi blamăm pe alții pentru greșelile lor pe cât suntem de înclinați să le ascundem pe ale noastre. Anticipăm cu o claritate remarcabilă modul în care vor reacționa oamenii, cum vor arăta cu degetul, cât de puțin vor fi dispuși să se pună ei înșiși în situația dificilă, de mare presiune, în care s-a produs eroarea. Efectul este simplu: este împiedicată deschiderea și se dă naștere mușamalizării. Sunt distruse informații importante, de care avem nevoie pentru a învăța.

Dacă facem un pas înapoi și ne gândim la eșec în general, ironia e și mai mare. Studiile au arătat că, de multe ori, suntem

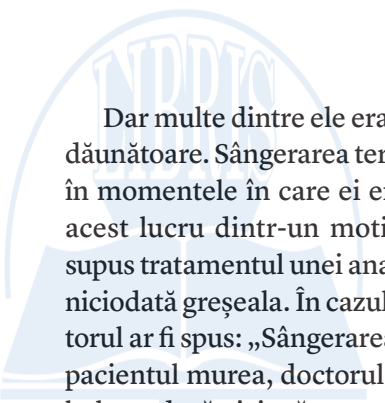
atât de îngrijorați să nu ratăm, încât ne stabilim scopuri imprecise, pentru ca nimeni să nu ne poată arăta cu degetul că nu le-am atins. Venim cu scuze înainte să încercăm să facem ceva.

Ne ascundem greșelile nu numai pentru a ne proteja de alții, ci și pentru a ne proteja de noi înșine. Experimentele au demonstrat că noi toți avem o capacitate deosebită de a șterge din memorie eșecurile, asemenea unor editori care scot la montaj gafele de pe rola de film – după cum vom vedea. Departate de a învăța din greșeli, mai degrabă le eliminăm din autobiografia oficială pe care o scriem în mintea noastră.

Această idee de bază – că eșecul este ceva profund negativ, de care ar trebui să ne fie rușine, când e vorba despre noi, și pentru care trebuie să acuzăm, când e vorba despre ceilalți – are rădăcini culturale și psihologice profunde. Potrivit lui Sidney Dekker, psiholog și expert în sisteme la Universitatea Griffith din Australia, tendința de a stigmatiza erorile este veche de mai bine de 2 500 de ani.¹⁷

Scopul acestei cărți este de a oferi o perspectivă total diferită. Va demonstra că trebuie să redefinim relația noastră cu eșecul, ca indivizi, ca organizații și ca societate. Acesta este cel mai important pas spre o revoluție de înaltă performanță: creșterea vitezei de dezvoltare a activității umane și transformarea domeniilor care au fost lăsate în urmă. Numai prin redefinirea eșecului vom declanșa progresul, creativitatea și adaptarea.

Înainte de a trece mai departe, merită să examinăm ideea de „bucă închisă”, cu care ne vom întâlni destul de des în paginile care urmează. Putem găsi un punct de pornire în această idee uitându-ne la începuturile istoriei medicinei, când pionieri ca Galen din Pergamon (secolul al II-lea e.n.) recomandau tratamente cum ar fi sângerarea terapeutică și utilizarea mercurului ca elixir. Aceste tratamente au fost concepute cu cele mai bune intenții și în conformitate cu cele mai bune informații disponibile la momentul respectiv.¹⁸

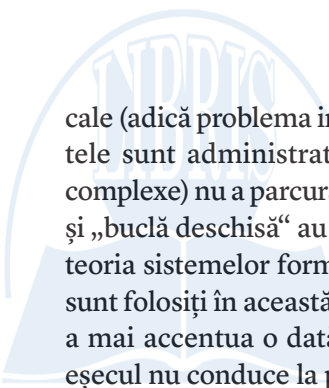


Dar multe dintre ele erau ineficiente, unele chiar extrem de dăunătoare. Sângerarea terapeutică, în special, slăbea pacienții în momentele în care ei erau vulnerabili. Medicii nu au știut acest lucru dintr-un motiv simplu, dar întemeiat: ei nu au supus tratamentul unei analize corecte – și astfel nu au depistat niciodată greșeala. În cazul în care un pacient se recupera, doctorul ar fi spus: „Sângerarea terapeutică l-a vindecat!”. Iar dacă pacientul murea, doctorul ar fi spus: „Trebuie să fi fost foarte bolnav, dacă nici măcar tratamentul-minune al sângerării terapeutice nu a reușit să îl salveze!”.

Aceasta este o buclă închisă arhetipală. Sângerarea terapeutică a rezistat ca tratament până în secolul al XIX-lea. După Gerry Greenstone, care a scris o istorie a sângerării terapeutice, dr. Benjamin Rush, care a profestat până în 1810, a fost cunoscut pentru „eliminarea unor cantități deosebite de sânge și adesea chiar de mai multe ori”. Medicii, care efectiv au ucis pacienți de-a lungul a peste 1 700 de ani, nu au făcut acest lucru pentru că erau lipsiți de inteligență sau de compasiune, ci pentru că nu au putut recunoaște greșelile propriilor proceduri. Dacă ar fi efectuat un studiu clinic (o idee la care ne vom întoarce),* ar fi putut găsi greșelile din această procedură a sângerării terapeutice – și acest lucru ar fi însemnat pasul spre progres.

În 200 de ani de la prima utilizare a studiilor clinice, medicina a progresat de la ideile lui Galen până la minunile terapiei genetice. Ea are un drum lung de parcurs și suferă încă de numeroase neajunsuri, după cum vom vedea, dar dorința de a testa idei și de a învăța din greșeli i-a transformat rezultatele. Ironia este că, în timp ce medicina a evoluat rapid, prin intermediul unei „bucle deschise”, domeniul asistenței medi-

* Primul studiu clinic adecvat, conform mai multor istorici, a fost realizat de James Lind, un medic scoțian, în anul 1747. El a încercat să găsească un tratament pentru scorbut, făcând un test pentru eficiența sucului de citrice, pe parcursul unei călătorii de lungă durată cu compania East India. (n.a.)

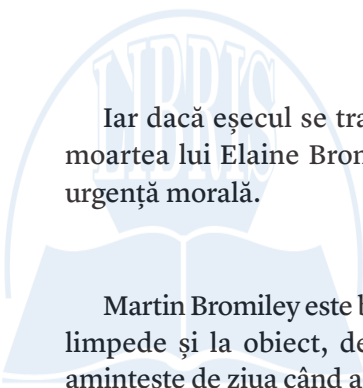


cale (adică problema instituțională a modului în care tratamentele sunt administrate de oameni care lucrează în sisteme complexe) nu a parcurs același drum. (Termenii „bucă închisă” și „bucă deschisă” au semnificații particulare în inginerie și în teoria sistemelor formale, care sunt diferite de sensul cu care sunt folosiți în această carte. Pentru scopurile noastre – pentru a mai accentua o dată –, o buclă închisă este situația în care eșecul nu conduce la progres, deoarece informațiile cu privire la erorile și punctele slabe au fost interpretate greșit sau ignorate; o buclă deschisă duce la progres, deoarece feedbackul este folosit rațional în acțiunile viitoare.)

Pe parcursul acestei cărți vom descoperi bucle închise în toată lumea modernă: în structurile guvernamentale, în afaceri, în spitale și în viațile noastre. Vom analiza cauzele lor, modalitățile subtile prin care se dezvoltă și felul cum oamenii, de altfel inteligenți, le mențin bine instalate, învățându-se mereu în cerc. Vom descoperi, de asemenea, tehnicile prin care să le identificăm și să le întrerupem, eliberându-ne din strânsoarea lor și stimulând acumularea de cunoștințe.

Multe manuale prezintă diferențe fine între tipurile de eșec. Ele vorbesc despre greșeli, scăpări, repetări, rezultate neadecvate, erori prin omisiune, erori de procedură, erori de statistică, erori de experimentare, eșecuri întâmplătoare ș.a.m.d. O taxonomie detaliată ar ocupa un volum întreg, așa că vom încerca să lăsăm nuanțele să apară de la sine pe parcursul cărții.

E probabil cazul să afirmăm aici că nimeni nu vrea să dea greș. Noi toți vrem să reușim, indiferent dacă suntem antreprenori, sportivi, politicieni, oameni de știință sau părinți. Dar, la nivel general, la nivelul complexității sistemelor, succesul poate apărea doar atunci când ne recunoaștem propriile greșeli, învățăm din ele și creăm un climat în care, într-un anumit sens, suntem „în siguranță” să greșim.



Iar dacă eșecul se transformă într-o tragedie, cum a fost moartea lui Elaine Bromiley, învățarea din greșeli devine o urgență morală.

III

Martin Bromiley este brunet și destul de bine făcut. Vorbește limpede și la obiect, deși vocea îi tremură atunci când își amintește de ziua când a trebuit să deconecteze aparatele care o țineau pe Elaine în viață.

„I-am întrebat pe copii dacă vor să își ia rămas-bun de la mami“, mi-a spus la întâlnirea noastră, într-o dimineață însoțită, în Londra. „Amândoi au spus da, așa că i-am dus la spital, i-am mângâiat mâna și i-am spus adio.“

Ia o pauză pentru a-și reveni. „Erau atât de mici atunci, atât de inocenți, și eu știam cât de mult le va afecta această pierdere întreaga viață. Dar, mai mult decât orice, îmi părea rău pentru Elaine. Era o mamă minunată. Mă durea că nu va avea bucuria de a-i vedea pe cei doi copii ai noștri crescând.“

Pe măsură ce zilele treceau, Martin se întreba tot mai des ce s-a întâmplat atunci. Soția lui era o femeie de 37 de ani, sănătoasă și plină de energie, avea toată viața înaintea. Doctorii spuneau că e o operație de rutină. Cum de a murit?

Martin nu era furios. Știa că doctorii erau bine pregătiți și că au făcut tot ce se putea. Dar se tot întreba dacă nu cumva această întâmplare ar putea fi folosită ca o lecție din care să se poată învăța ceva.

Când l-a abordat pe șeful secției de Terapie Intensivă cu rugămintea de a investiga moartea soției sale, a fost refuzat imediat: „Nu așa se procedează în sistemul sanitar. Nu facem anchete. Doar dacă cineva ne dă în judecată, suntem obligați să facem asta“, i s-a răspuns.

„Nu a vorbit cu nepăsare, îmi prezenta doar situația. Nu era ceva obișnuit în mediul spitalicesc. Nu cred că era îngrijorat

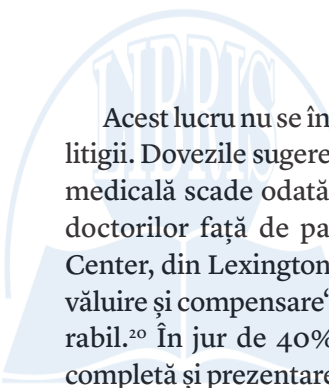
pentru ce ar putea apărea în urma unei anchete. Credeau că moartea lui Elaine a fost o întâmplare nefericită. O excepție. Considerau că nu are sens să zăbovească prea mult asupra cazului“, mi-a spus Martin.

În cartea sa de referință, *After Harm*, Nancy Berlinger, cercetător în domeniul sănătății publice, a condus o cercetare asupra modului în care doctorii vorbesc despre erori. A fost o adevărată revelație. „Prin observarea medicilor cu experiență, studenții învață că mentorii și supervisorii lor cred, practică și recompensează ascunderea erorilor“, a constatat Berlinger. „Învață să vorbească despre consecințe neanticipate până când o «greșeală» se transformă într-o «complicație». Și, mai mult decât orice, învață să nu-i spună nimic pacientului.“

Aceeași autoare ne povestește despre „cât de puternică este rezistența medicilor la dezvăluire și cât de variate sunt argumentele de justificare a obiceiului de a nu spune totul – a fost o eroare tehnică, astfel de lucruri se mai întâmplă, pacientul nu ar înțelege, pacientul nu trebuie să știe“.¹⁹

Să ne gândim un pic la acest lucru. Doctorii și asistentele nu sunt, în general, persoane necinstite. Nu intră în această meserie pentru a păcăli oamenii sau pentru a-i înșela în vreun fel; ei aleg meseria aceasta pentru a vindeca oamenii. Studii informale au arătat că mulți medici ar accepta fără probleme o scădere a venitului, dacă asta ar duce la șanse mai bune de vindecare pentru pacienți.

Și totuși, înrădăcinată profund, se regăsește o tendință puternică de eschivare. Nu este genul de minciună fățișă practică de escroci. Doctorii nu *inventează* un motiv pentru un incident, pentru a arunca praf în ochii pacienților. Ei folosesc, mai degrabă, o serie de eufemisme – „eroare tehnică“, „complicație“, „reacție neanticipată“ – care conțin o fărâmbă de adevăr, dar niciunul nu reflectă tot adevărul.



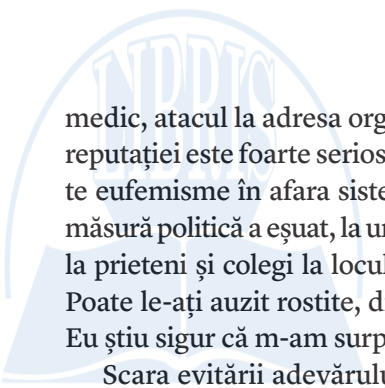
Acest lucru nu se întâmplă doar pentru evitarea eventualelor litigii. Dovezile sugerează că numărul plângerilor de neglijență medicală scade odată cu creșterea sincerității și a deschiderii doctorilor față de pacienți. Când Veterans Affairs Medical Center, din Lexington, Kentucky, a adoptat o politică de „dezvăluire și compensare”, cheltuielile judiciare au scăzut considerabil.²⁰ În jur de 40% dintre victime declară că o explicație completă și prezentarea scuzelor i-ar fi convins să nu acționeze în instanță.²¹ Alte studii au ajuns la aceleași rezultate.²²

Problema nu este legată doar de *consecințele* eșecului, ci mai ales de *atitudinea* legată de eșec. În sistemul de sănătate, competența este echivalată cu prestația perfectă. Greșelile sunt considerate dovezi de incapacitate. Ideea de eșec în sine este periculoasă.

După cum scria medicul David Hilfiker într-un articol de referință din *New England Journal of Medicine*: „Gradul de perfecțiune pe care îl așteaptă pacienții noștri este, fără doar și poate, și un rezultat a ceea ce noi, doctorii, am ajuns să credem sau, mai degrabă, să ne convingem despre noi înșine. Această perfecțiune este, bineînțeles, o mare iluzie, un joc de oglinzi la care participă toată lumea”.²³

Gândiți-vă la terminologie: chirurgii lucrează într-un „teatru” de operație. Aceasta este „scena” pe care „evoluează”. Cum ar îndrăzni să-și încurce replicile? După cum spunea James Reason, unul dintre teoreticienii siguranței sistemelor recunoscuți la nivel mondial: „După o educație îndelungată, costisitoare și solicitantă, lumea se așteaptă să îți iasă totul perfect. Consecința acestui lucru este că erorile medicale sunt marginalizate și stigmatizate. Ele sunt, din toate punctele de vedere, echivalate cu incompetența”.²⁴

În acest context, eufemismele folosite de medici pentru a abate atenția de la greșeli („erori tehnice”, „complicații”, „reacții neanticipate”) încep să capete sens. Pentru fiecare



medic, atacul la adresa orgoliului propriu, precum și la adresa reputației este foarte serios. Gândiți-vă cât de des ați auzit aceste eufemisme în afara sistemului sanitar: la politicieni, când o măsură politică a eșuat, la un manager a cărui strategie a dat greș, la prieteni și colegi la locul de muncă, din tot felul de motive. Poate le-ați auzit rostite, din când în când, chiar de voi înșivă. Eu știu sigur că m-am surprins spunându-le de câteva ori.

Scara evitării adevărului în sistemul de sănătate este dezvăluită nu doar de cuvintele folosite de medici, ci și de datele statistice. Estimările epidemiologice ale afecțiunilor iatrogenice (afecțiuni provocate neintenționat de medici, proceduri de tratament sau de diagnosticare), la nivel național, în SUA, arată că sunt provocate între 44 și 66 de afecțiuni serioase la fiecare 10 000 de vizite la spital. Dar, într-un studiu care a inclus mai mult de 200 de spitale din America, numai 1% au raportat procentul de afecțiuni iatrogenice la același nivel. Jumătate dintre spitale au raportat mai puțin de 5 cazuri per 10 000 de vizite. Dacă estimările epidemiologice ar fi aproape de adevăr, asta ar însemna că majoritatea spitalelor se fac vinovate de fals în declarații pe scară largă.²⁵

Studii aprofundate, realizate de ambele părți ale Atlanticului, au obținut rezultate similare. Investigatorii inspectorului general al Ministerului Sănătății din SUA au analizat 273 de spitalizări și au descoperit că spitalele au ratat sau au ignorat 93% dintre evenimentele care au produs afecțiuni.²⁶ Un studiu european a descoperit că, deși 70% dintre medici erau de acord că ar trebui să-și recunoască erorile, doar 32% o și făceau.²⁷ Într-un alt studiu asupra a 800 de fișe medicale ale pacienților din trei spitale de renume, au fost descoperite mai mult de 350 de erori medicale. Câte dintre aceste erori au fost raportate voluntar de doctori? Doar 4.²⁸

Să ne gândim la felul în care a pus dr. Edwards problema în legătură cu incidentul. „Uite care e situația, Martin, au fost

probleme în timpul anesteziei. Există cazuri de genul ăsta. Medicii anesteziști au făcut tot ce le-a stat în putință, dar pur și simplu nu a mers. A fost una dintre excepții. Îmi pare foarte rău*, au fost cuvintele lui.

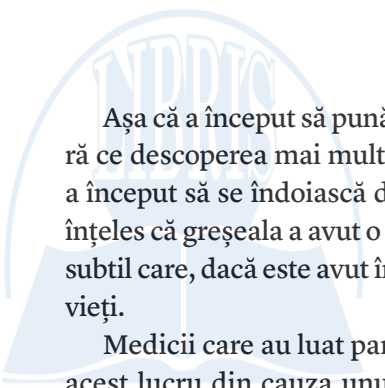
Nu a fost o minciună sfruntată. Într-adevăr, se poate să fi crezut ce spunea. În fond, medicii au fost ghinioniști. *Este* neobișnuit ca un pacient să aibă mușchii mandibulei încleștați. E, de asemenea, o întâmplare nefericită că Elaine avea un blocaj pe căile respiratorii, care a făcut imposibilă intubarea. Au făcut tot ce au putut, nu-i așa? Ce ar mai fi de spus?

Acest tip de raționament reprezintă anatomia esențială a mecanismului eșec-negare. Oferirea de justificări, împreună cu mentalitatea răspândită a neacceptării eșecului, se transformă într-o barieră insurmontabilă în calea progresului.*

Pentru mulți pacienți, profund afectați de pierderea cuiva drag, acesta ar fi fost finalul poveștii, mai ales în Marea Britanie, unde medicii sunt rareori contraziși. Nu e ușor pentru o familie îndurerată să insiste asupra efectuării unei investigații, atunci când experții afirmă că nu este necesar.

Dar Martin Bromiley nu a vrut să renunțe. De ce? Pentru că viața sa profesională s-a desfășurat într-un domeniu cu o atitudine diferită – și neobișnuită – față de eșec. El este pilot. A zburat pentru linii aeriene comerciale mai bine de 20 de ani. Ba chiar a ținut prelegeri despre siguranța sistemului. Nu a vrut să accepte ca lecțiile unei operații eșuate să moară odată cu soția sa.

* Unii medici au susținut că are sens să îți acoperi greșelile. În fond, dacă pacienții ar afla despre amploarea greșelilor medicale, ar putea refuza orice tratament, ceea ce ar putea duce la o înrăutățire a situației generale. Dar acest raționament pierde din vedere esențialul. Problema nu este că pacienții nu află de greșeli, ci că nici medicii nu le descoperă și nu pot învăța din ele. În plus, ascunderea față de pacienți a ratelor de eșec subminează capacitatea lor de a face alegeri raționale; pacienții au dreptul să cunoască riscurile înainte de a se supune unui tratament. (n.a.)



Așa că a început să pună întrebări. A scris scrisori. Pe măsură ce descoperea mai multe detalii despre moartea soției sale, a început să se îndoiască de faptul că ea a fost „o excepție“. A înțeles că greșeala a avut o „semnătură caracteristică“, un tipar subtil care, dacă este avut în vedere pe viitor, ar putea salva alte vieți.

Medicii care au luat parte la acea operație nu ar fi putut ști acest lucru din cauza unui motiv simplu, dar devastator: în toată istoria lor, instituțiile de sănătate nu au colectat niciodată informații despre producerea incidentelor, așa că nu pot detecta modalitățile acestora de manifestare și, prin urmare, nu pot nici să învețe din ele.

Pe de altă parte, în aviație, piloții sunt, în general, deschiși și sinceri privind propriile greșeli (aterizări forțate, incidente). Industria are organizații independente puternice, create special pentru investigarea accidentelor. Eșecul nu este considerat o acuzație la adresa pilotului care a greșit, ci o oportunitate valoroasă de a învăța, atât pentru piloți, cât și pentru liniile aeriene și organismele de reglementare.

Un exemplu rapid: în anii 1940, faimosul bombardier Boeing B-17 a fost implicat într-o serie de accidente pe pistă, aparent inexplicabile. Armata SUA a reacționat prin angajarea unui psiholog cu doctoratul obținut la Universitatea Yale, Alphonse Chapanis, care urma să realizeze o investigație. Prin studierea accidentelor – cronologia, dinamica și elementele psihologice –, Chapanis a identificat, printre factorii cauzatori, designul neinspirat al cabinei de pilotaj.²⁹

El a descoperit că, la modelul B-17, comutatoarele care controlau flapsurile erau identice cu cele care controlau trenul de aterizare (roțile) și erau plasate unele lângă celelalte. Acest lucru nu era o problemă când piloții erau relaxați și condițiile de zbor ideale. Dar, sub presiunea unei aterizări dificile, piloții