

*I medisinsk utdanning bør vi
legge same vekt på kunnskap om
medisinske beslutningar som på
kunnskap om menneske Kroppens
oppbygning og funksjon*

Medisinske beslutningar

På doktorskulen måtte vi dissekere organ og ekstremitetar og pugge utspring og feste og namn på nerver og blodårar ned til dei minste greinene. Det hadde truleg sin nytte, sjølv om dei færreste av oss har møtt att mange av dei små greinene i medisinsk praksis. Kunnskapar om prinsipp og detaljar knytt til struktur og funksjonar i menneskekroppen fungerer først og fremst som eit nødvendig rammeverk og bakteppe i klinisk arbeid.

I dette nummeret trykker Tidsskriftet tre artiklar som «dissekerer» ulike tema relatert til beslutningar om enkeltpasientar (1–3). Desse temaene, beslutningsteori og pasientpreferansar (1), medisinske feil (2) og risikovurderingar (3), har medisinsk usikkerheit som fellesnemnar, og det høyrde vi knapt om på doktorskulen i gamle dagar. Det var ikkje fordi medisinen tidlegare var utan usikkerheit, men fordi klimaet for medisinsk praksis var eit anna. I dag tvingar omgjenvaden og andre fag oss til å sjå på prinsippa for og elementa i medisinske beslutningar. Dette er ikkje tema som vi møter att ein sjeldan gong i klinisk praksis, dei er innbakt i alt praktisk medisinsk arbeid – det handlar om medisinske beslutningars anatomi og fysiologi. Innsikt og kunnskap på dette feltet er blitt ein føresetnad for den kritiske, reflekterte utøvar og eit nødvendig grunnlag for meistring av krava frå pasientar og samfunn. I denne erkjenninga ligg det store utfordringar til både grunn- og vidare- og etterutdanning.

Som praktisk fag er medisinen ikkje vidare eksakt. Alle beslutningar om pasientar har grader av usikkerheit ved seg. I moderne medisin, der det ofte handlar om jakt på marginale behandlingsgevinstar, er det optimale handlingsvalet langt frå uomtvisteleg. Beslutningsanalysar kan vere eit nyttig hjelpemiddel, om ikkje i høve til enkeltpasientar, så på grupper av pasientar, eller når ein skal utarbeide retningslinjer for grupper av pasientar. Men beslutningsteorien har også sine klare lyte. Eit av dei er at den byggjer på ein medisinsk rasjonalitet som ikkje alltid samsvarar med pasientane sine forventningar og tenkjemåtar. Som Norheim & Hunskaar viser i sin artikkel kan inklusjon av pasienten sine preferansar snu resultatet av ein beslutningsanalyse (1). Dersom vi tek som utgangspunkt at det er pasientane sine verdiar som skal tillegkast størst vekt, i alle høve når dei leiar til handlingsval som er mindre invasive og ressurskrevjande, kan valet som er basert på kunnskapsbasert medisin framstå som det irrasjonelle.

Medisinsk beslutningsteori kan ikkje eli-

minere, og knapt nok redusere, den medisinske usikkerheit. Den er først og fremst eit hjelpemiddel til å identifisere og kvantifisere usikkerheitene. Sjølv om det kan vere nyttig når ein står framfor eit vanskeleg val, er risikoen for eit uheldig utfall, som kan framstå som ein medisinsk feil, alltid til stades (4). Uavhengig av innsikta i medisinske beslutningars anatomi og fysiologi, har den risikoen for lengst vorte ein trussel som mange, ja kanskje dei fleste legar slit med dagleg. Medan storleiken på denne opplevde trusselen til tider kan synest overdreven i høve til den reelle risikoen for å bli trekt til ansvar, er dei subjektive konsekvensane for den enkelte utøvar desto større. Også på dette feltet må utøvarar rustast med innsikt og meistringsevne. Interesse for medisinske avvik og skader vil ikkje bli mindre framover. Iatrogene skader er langt hyppigare enn vi likar å tenkje oss, og dei fleste blir aldri erkjent (5). Ei god støtte til meistringsevna er å forstå skilnaden på vurderingar gjort i ettertid og vurderingar gjort på førehand og samtidast behov for syndebukkar (2). Vi kan ikkje vente at fortvila pasientar og pårørende og media tek innover seg skilnaden på ex ante og ex post når tilsynsapparatet og sakkundigvurderingar regelmessig går i surr. Vi må starte med oss sjølve.

«Framtidsmedisinsk» arbeid med utgreiing, førebygging og behandling av framtidig sjukdom får stadig større plass i klinisk arbeid. Sidan dette arbeidet i utgangspunktet handlar om friske menneske, stiller det enno større krav til innsikt i beslutningsgrunnlaget og beslutningsprosessen. Kva slag medisinsk dokumentasjon bør ligge til grunn, og må kvalitetskrava til dokumentasjonen vere strengare?

Vår evne til å forstå og kommunisere sjansar, risiko og framtidige helsegevinstar er korkje velutvikla eller standardiserte (6), og utfordringane blir svære når vi skal dra pasientane med på beslutningane (3, 7). Men det er ingen veg utanom desse utfordringane dersom vi vil fremje ein reflektert og kritisk medisinsk praksis som tek pasientane sine verdiar og integritet på alvor (8).

Olav Helge Førde

Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

*Olav Helge Førde (f. 1946) er professor i
samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø.*

Litteratur

1. Norheim OF, Hunskaar S. Kunnskaper må kombineres med verdier ved beslutninger under usikkerhet. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1387–90.
2. Lysebo DE. Forskyving og forsterking av ansvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1391–4.
3. Rørtveit G, Strand R. Risiko, usikkerhet og uvitenhet i medisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1382–6.
4. Institute of Medicine. To err is human. Building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000.
5. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in Bristol hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ 2001; 322: 517–9.
6. Skolbekken JA. Communicating the risk reduction achieved by cholesterol reducing drugs. BMJ 1998; 316: 1956–8.
7. Edwards A, Matthews E, Pill RM, Bloor M. Communication about risk: the responses of primary care professionals to standardizing the «language of risk» and communication tools. Fam Pract 1998; 15: 301–7.
8. Førde OH. Is imposing risk awareness cultural imperialism? Soc Sci Med 1998; 47: 1155–9.