

Forskyving og forsterking av ansvar

Ein lege som har handla etter god legeskikk kan komme i gapestokken. Dette skuldast mellom anna forskyving og forsterking av ansvar, irrasjonelle fenomen som legar er utsette for når noko går gale med pasienten. Ei uønskt hending er vanskeleg å godta, difor vil folk gjerne plassere ansvar hos nokon. Forskyving er det når ansvar vert flytta frå pasienten eller systemet til behandleren. Forsterking er det når ei hending vert vurdert som mykje meir uheldig sett i ettertid, samanlikna med risikovurderinga på førehand.

Forfattaren peikar på uheldige konsekvensar fenomena kan ha for pasient, lege og samfunn, og han gir legane utfordringar på korleis desse kan hindrast på konstruktivt vis.

Ein 25 år gammal mann døyde i 1999 av panallergisk (kraftigaste) reaksjon på Tuxi Forte hostesaft. Det står i Felleskatalogteksten: «Bivirkningar: Sjeldne (< 1/1000): Erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom.»

Eg var med på å behandle denne pasienten. Vignetten viser at også enkel og lite problematisert intervensjon som hostesaft kan gi skremmeleg resultat.

Når ein lege må bruke dømmekrafta si til å velje kva som bør gjerast, kan det gå gale med pasienten. Ansvar er med seg ein viss risiko. Ordet risiko blir her brukt om faren for det negative som kan hende ein lege som tar eit handlingsval. I ein slik situasjon kan det sjå ut som ansvaret blir tyngre å bere enn legen hadde tenkt (1, 2). Drøftinga vil peike på to viktige fenomen som ligg til grunn for dette: forskyving og forsterking av ansvar. Desse fenomenene fører til at nokre legar vantrivst i arbeidet sitt og at mange legar praktiserer defensiv medisin, noko som er skadeleg ikkje berre for pasientane, men for heile samfunnet.

Forskyving og forsterking

Ein lege som har handla etter god legeskikk, kan komme i gapestokken. Det er ofte slik at legen er låst av teieplikta slik at ei sak kan verte skeivt framstilt. Det kan vere svært tøft for ein lege å bli eksponert, eller kjenne seg eksponert, i media i ei klagesak. Sjølv om legen ofte viser seg å vere uskuldig (raten for medhald er låg i Norsk Pasientskadeerstat-

Dag Einar Lysebo

dlys@haukeland.no
Øyeavdelingen
Haukeland Sykehus
5021 Bergen

Lysebo DE.

Professional liability: Shift and escalation.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1391–4.

Doctors are at risk of having to take blame even if they have acted according to good medical practice. One reason for this is to be found in two mechanisms, shift of liability and escalation of liability – irrational mechanisms by which doctors are affected after a medical mishap. A mishap is difficult to accept and those who suffer because of it want to place responsibility somewhere. A shift of liability occurs when responsibility is displaced from the patient or the system to the doctor. Escalation takes place when a mishap is considered much worse after the fact than in the risk evaluation *ex ante*.

The author points at the problems these mechanisms cause for patients, doctors, and society and provides some suggestions as to how doctors may handle such situations in a fruitful manner.

☞ Se også side 1327



ning) (3), så er det svært tungt å fungere normalt på arbeid og privat i den tida ei slik sak tar. Det er ikkje lett å tru på kollegaer si velmente støtte og deira ord om at det vil gå bra, og at rettferda vil sigre. Redsla for advokatar er stor mellom legar.

Ex ante versus ex post

Ex ante er tidsposisjonering av den som vurderer og tyder «sett frå tidspunktet før ei hending», ex post er «sett i ettertid». Ei vurdering ter seg ulikt før og etter ei hending. Ofte er det til og med vanskeleg for den som har gjort eit val å hugse kor krevjande det var å vurdere situasjonen. Legar, som skulle vite dette best når ein kollega er i søkelyset, har òg vanskar med «hindsight bias» (4). Vurdering i ettertid kan føre til forskyving og forsterking. Forskyving er det når ansvaret vert plassert ein annan stad enn der det høyrer heime. Forsterking er det når eit val vert vurdert som meir risikabelt sett i ettertid, anten vurdert utanfrå eller frå legen sjølve.

Tabell 1 syner ti situasjonar som kan vere bakteppe for den vidare gjennomgangen av omgrepa forskyving og forsterking med tanke på legeansvar. Dei fleste legar i Noreg kan truleg kjenne seg igjen i situasjonane eller i frykta for situasjonar som desse. Hendingane reiser mange spørsmål, nokre er lista i tabellen.

Forskyving

Media ønskjer å stå opp for den vesle mannen i gata mot det store helsevesenet. I folket er det ei kjensle av overdrive og usunt kameraderi i legestanden (5). Kan hende er dette noko av grunnlaget for å ville skjerpe kravet og retten til informasjon i dei nye helselovene. Men kor mykje informasjon skal ein lege gi, og kor mykje skal dokumenterast? Bak ei avisoverskrift om legetabbe med oversett armbrot (tab 1), kan det ligge ukjende detaljar. La oss tenke oss ulike nivå for informasjon i denne saka:

- Legen sa alt var greitt
- Han sa at pasienten måtte ta kontakt dersom ho kjende smerte i handa etter ti dagar
- Han skreiv dette ned på ein lapp til henne
- Ho fekk kontrolltime
- Ho fekk kontrolltime, men møtte ikkje for det var for seint

Ansvar til legen må minke dess lenger ned i denne rekka ein kjem. Men om ikkje dette er skrive ned, korleis kan han bevise at han har handla rett? I klagesaker er det vanleg (85–98 %) at legar reagerer med å hevde at

Tabell 1 Ti reelle situasjonar der noko uønskt hende med pasienten, og nokre spørsmål som reiser seg i ettertid. Tenk over korleis forskyving og forsterking kan skje i desse situasjonane. Har du fleire spørsmål?

Situasjon	Spørsmål
Ole er 5 år og har residiverande tonsillitt. Han blir operert i narkose og dør som komplikasjon til narkosen. Han var klarert på førehand etter gjeldande prosedyre. Narkosen var gitt korrekt	Kven har ansvaret når sjeldne, men fatale komplikasjonar skjer?
Kari på 74 år har grå stær. Ho ønskjer operasjon, ho har veninner som er vellukka operert for det samme. Både ho og kirurgen ser på risikoen som liten. Ho vel å ta sjansen. Auga går tapt som følge av ein infeksjon	I kva for ein av desse situasjonane er det størst risiko for erstatningssak?
Kristian på 74 år får påvist aneurisme på ein hjernearterie. Denne har teikn til utviding (hovudverk) og kan sprekke med fatal utgang. Han kan opererast, men med stor risiko for å dø. Han er kvikk og heilt frisk elles, og vil la seg operere. Han dør under operasjonen	
Assistentlegen er to år ut i fødselsfaget. I natt var han lege ved «sin» fødsel nr. 64. Barnet døyde i samband med fødselen. Einaste sjanse for at barnet kunne ha overlevd hadde vore om overlegen med stor roynsle hadde vore der. Dette kunne ein ikkje vite på førehand	Kven har ansvar då optimum ikkje vart oppnådd då assistentlegen (og ikkje eldste spesialist) var forvakt? Organa som bestemmer legestrukturen? Fylkeskommunen? Sjukehuset ved direktøren? Avdelingsoverlegen? Bakvakta? Assistentlegen? Ingen, det berre er slik?
Kommunelegen hadde vakt då meningittsjukdomen tok livet av Stian, 3 år. Han hadde bede foreldra ta kontakt om guten vart verre då han såg til han 6 timar tidlegare	Er det foreldra eller legen sitt ansvar at det gjekk gale?
Ein 25 år gammal mann dør av panallergisk reaksjon på Tuxi Forte (hostesaft). Det står i Felleskatalog-teksten: «Bivirkningar: Sjeldne (< 1/1000): Erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom»	Ligg ansvaret hos Statens legemiddelverk, legen eller pasienten?
Per på 23 år får diagnosen kreft i tjukktarmen eit halvt år etter at legen sa det var hemoroidar, då Per rapporterte om blodstripe på avføringa	Skal ikkje legar nytte seg av at noko er ekstremt sjeldan i visse aldersgrupper?
Lene på 15 år har pseudartrose (smerte) i oversett os naviculare-fraktur etter rulleskøyteskade utan handleddsvern. Det var tatt røntgen skadedagen, utan synleg fraktur	Ved ein legevaktinstitusjon er dette svikt i høve til prosedyreboka. Korleis stiller det seg for ein allmennlege som ikkje har skriftlege retningslinjer? Kva meir må ein vite før ein plasserer ansvaret?
Ein 21 år gammal deprimert student tar livet sitt i påvente (ein dag ventetid) av ein samtale med psykiater	Er det psykiateren eller kontordama hans som har ansvaret, eller skal psykiatritilbodet dimensjonert slik at alle kan få hjelp same dag?
Ein 69-årig mann dør av hjernebløding. Legen hadde ikkje laga kontrollopplegg for Marevan (blodtynnande)	Er dette ein udiskutabel feil?

framstillinga er urettferdig (6). At jenta har eit sjølvstendig ansvar for at pseudartrosen kunne få utvikle seg, er sjeldan tema i avisartiklar. Ansvaret ho hadde for at brotet oppstod i første omgang, kan auke med denne opplysninga: Ho var alkoholpåverka då skaden skjedde. Om avisa hadde kjent til dette og at ho ikkje møtte til kontrolltime, då hadde det nok ikkje vorte oppslag. Vi ser at manglande kjennskap til detaljar fører til forskyving av ansvaret, i dette tilfellet frå pasienten til legen. Slik journalistikk er flott skildra i Øystein Sunde si vise *Smi mens liket er varmt* (7). Tida det ofte tar før forholda er oppklara, og den vesle storleiken på den eventuelle rettinga i avisa seinare, medverkar til at såra legar ikkje likar journalistar.

Det finst også døme på at andre enn media medverkar til forskyving av ansvar etter ei uønskt helsehending. I den såkalla Diprivan-

saka tok det tid før dei som vart sette i gapestokken fekk låst halsen fri (8). I den saka har det for oss som publikum sett ut som ansvaret vart forskyve frå systemansvar før hendinga til situasjonsansvar etterpå. I Helse-Noreg kan ein stadig sjå slike akutte skift av ansvarstingdepunkt. Det hender at ein assistentlege i enden av hendingsrekkeja i saker med helsetap eller død etter behandling må stå i retten tiltalt med ansvar meir konkret enn det ansvaret avdelingsoverlegen eller sjukehusdirektøren blir til del. Kritikken får lov til å ramme den utøvande i staden for den retningsgivande instansen (forskyving). Ei slik forskyving skapar ufortent og farleg press på legane som kjem i uheldige situasjonar.

Forsterking

Legen sjølv ser seg ofte som tungt ansvarleg like etter ei uheldig hending, han har forster-

ka sitt eige ansvar samanlikna med det han kjende før det fatale skjedde. Han har streva for feilfri praksis (9), og har vanskar med å sjå på ein feil som noko anna enn resultatet av at han ikkje var merksam nok (10). Innanfor legekrinsen kjenner han på at han akkurat no har vore mindre dugande enn det som er idealet, sjølv om han ved eventuelt press utanfrå (klagesak) nok kan få støtte frå kollegaer som kjenner godt til det usikre ved profesjonen (1).

Media er med på å gjere ansvarskjensla ytterlegare tung hos legen. Sjølv om ei hending ikkje var til å unngå, er det lite kjekt å lese om hendinga i avisa. Oppslaget kan få legen til å kjenne sterkare på den ytre skammen; mangelen i å oppfylle dei forventningane han trur dei andre har til han som ein respektabel lege. Slik skam kan irrasjonelt forsterke ei ansvarskjensle som legen i utgangspunktet ikkje meiner han bør ha. Den

indre skamma, kjensla av ikkje å fylle egne forventningar til seg sjølv, kan verte forsterka, og hos somme nå dimensjonar som kan få depresjonen sitt uttrykk.

Også helseinstitusjonane frir seg frå ansvar ved å ramme legar. Det som er ei grei legeavgjerd ut ifrå avdelinga og sjukehuset sin praksis før ei hending, kan vere snudd til klanderverdig (forsterking) etterpå. Dette er ein reaksjon på det uønskte, men likevel ofte kalkulererte.

Forhold som aukar forskyving og forsterking

Det er felles for mange av døma (tab 1) med forskyving og forsterking at historiene har pasientar som er unge eller har sjukdomar med svært låg frekvens av behandlingssomplikasjonar. Då kjem det fatale overraskande, og akutte vrangforestillingar om ansvarsforholda oppstår. Desse førestellingane kan dukke opp hos legen sjølv (11–13) og hos pasientar, pårørande, kollegaer, media og advokatar. I historia om mannen med aneurismet er det ikkje slik, der var risikoen stor og døden vart akseptert av dei pårørande. I historia om kvinna med grå stær var tapet mindre, men meir uventa, og det vart reist sak.

Legen si evne til å takle kritikk etter ei fatal hending kan i seg sjøl skape forskyving og forsterking. Dess meir utrygg han ser ut til å vere, dess større sjanse for at andre ikring han, anten det er media, kollegaer eller institusjonar, søker å legge skulda på han. Syndebukken peiker ut seg sjølv.

Konsekvens av forskyving, forsterking og feilaktig syndebukk

Det er dyrt for samfunnet at legane blir utrygge og driv meir defensiv medisin (14). Legen utøver defensiv medisin når han behandlar og tar prøver av pasienten, eller lar dette vere, for å unngå å bli juridisk ansvarleg ved uheldig utfall (15). Eit døme kan vere den dyre CRP, som fornuftige laboratorielegar vil skal brukast berre når svaret er avgjerande for behandlinga (16). CRP blir ofte tatt etter at legen har bestemt behandlinga, men då som defensiv dokumentasjon så han kan stå seg i retten om så skulle vere. Denne forsikringsforma er dyr, og foreldre til snottebarn vert feil lært opp til å vere skeptiske til legen som ikkje tar CRP. Også røntgenavdelingane kan fortelje om aukande tal på negative undersøkingar.

Det er tungt for mange legar, og for deira næraste, å få mediasøkelyset mot seg brått ein morgon klokka sju frå avisa. Det kan bli eit år med dårlege netter, som dårleg forelder og elsker og som unnvikande kollega med arbeidsvegring. Alt dette kan hende ein lege som er heilt og totalt uskuldig! Objektiv skuld er ikkje ei enkel sak å avgjere (17). Sjølv sagt vert det gjort feil av legar, feil som ikkje skulle skjedd, og som ein ikkje kan vri seg unna. Hendinga med legen som ikkje

hadde laga kontrollopplegg for marevanbehandling er eit døme på det.

Det kan hindre opplæring i kirurgiske prosedyrar at ansvaret for suboptimal behandling blir personlassert hos dei overlegane som tar sjansen på å la assistentlegen sleppe til, i staden for at ansvaret blir liggjande i sjølve systemet, som inneber naudsynt utdanning. Seksjonering og subseksjonering har kome så langt i somme fagdisiplinar at måla for spesialistopplæringa ikkje kan nåast. Spesialistkomiteen i augesjukdomar har uttrykt uro og Norsk oftalmologisk forening har sett det som eit mål å drøfte dette (18). Det kan til sist føre med seg svært mange vaktnivå dersom ikkje akuttbehandling av skadar også kan utførast av spesialistar som har mindre trening i skadar utanom sitt vesle særrområde. Ein kirurg eller institusjon kan kome ille ut dersom prestasjonane vert under gjennomsnittet, der halvparten alltid vil vere.

Vegen ut for legane

Som oppdemming mot utviklinga mot eit karikert risikosamfunn fullt av defensiv, unødvendig medisin trengst det tiltak, og vi må byrje med oss sjølv. Legekulturtiltak som eg støttar, og som eg trur kan dempe kreftene i forventningsspiralen, er:

– *Å snakke om feil.* Diskursen som går no frå i fjor med kronikkar, artiklar (5, 19, 20) og seminar, kurs (21) og ei bok (22) om medisinske feil eller uheldige hendingar er velkomen. Dei legane som hevdar at dette er tull og ikkje naudsynt, tar feil. Sjølv om dei sjølve ikkje skulle trenge ein slik diskurs, så gjer dei ein tabbe ved å oversjå at nesten alle andre i samfunnet vårt vil ha dette på tapetet. Profesjonen må lytte til professoren som seier at legestudentar må få banka inn i hovudet at det er vanleg at feil blir gjort av legar (23). Legane må arbeide for ein kultur der dei kan vedgå feil og «bestå» feil (24). Dersom ein lege «køyre i grøfta» eller «parkerer» i/etter ein pressituasjon, så er det ikkje berre legen som ikkje «har bestått», kollegaer og nærmiljøet har også svikta. At legar saknar å kunne samtale om vanskelege hendingar har legeårsundersøkinga og personleg erfaring synt, skriv Reidun Førde (11). Kort tid for avklaring gjennom intens etterforskning av fatale saker er foreslått.

– *Å vise at legen er sårbar.* I Filosofisk Poliklinikk (25) har vi fått god gjenklang frå medisinstudentar når vi har etterlyst historier om legar som har vore sårbare. Studentar og unge legar treng å møte nokon som vedgår, og taklar, det å ha vore i sentrum for ei uheldig hending. Det kan også vere nyttig å møte nokon som i ein slik situasjon har smakt på mediatrikket. I legemiljøet er det no positive trekk, mellom anna har Tidsskriftet i spalta Personlige opplevingar late sjenerøse legar dele av sine erfaringar med pressa situasjonar etter å ha kome i søkelyset (26).

– *Å samarbeide med media.* Det må vere fruktbart at Den norske lægeförening støttar

tiltak som fører til at journalistar blir utdanna til kunnskap om helsesaker. Det er nok oftast journalistar med lite kunnskap som gjer dei største mistaka med forskyving av ansvar og bidrag til forsterking av ansvars-kjensle. Ein kan faktisk arbeide for auka samkjensle mellom lite røynde legar og journalistar; dei har kan hende ei felles oppleving. Legar må aktivt utdanne seg til å kommunisere konstruktivt med media, for trykket vil ikkje lette med åra.

– *Å bruke prosedyrebøker med varsemnd.* Eg er skeptisk til visse aspekt ved prosedyrebøker, og ueinig når dei tilrår svært omfattande utgreiing «for sikkerhets skyld». Dei bør vere ei hjelp for legen så pasienten skal få beste behandling. Dei skal ikkje vere ei tvangstrøye som legen blir opplært til å følge slavisk i redsle for ikkje å ha gjort alt. Det er uheldig at dyr, brei utgreiing skal kjennast trygg og god for legen, medan han lyt kjenne seg utrygg for kritikk om han vel eit godt resonert test- og handlingsval.

Til slutt

Legen skal ikkje fråskrive seg ansvar når feil er gjort. Når feil er gjort, må også legar tåle media sitt søkjelys og fordømming. Men arbeidsgivar bør verne legen som har handla etter god legeskikk mot forskyving og forsterking.

Legane bør ikkje prøve å presse risikoen ved medisinsk verksemd til null. For det første er det uråd, og for det andre blir prisen på forsøket for høg.

Litteratur

1. Fox R. Training for uncertainty. I: Merton R, Reader G, Kendall P, red. The student physician: introductory studies in the sociology of medical education. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1957.
2. Rosenthal MM. How doctors think about medical mishaps. I: Rosenthal MM, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, red. Medical mishaps. Pieces of the puzzle. Buckingham: Open University Press, 1999: 141–53.
3. Aure H, Breivik EB, Jørstad RG. Årsrapport 1999. Oslo: Norsk Pasientskadeerstatning, 2000.
4. Arkes HR, Wortmann RL, Savile PD, Harkness AR. Hindsight bias among physicians weighting the likelihood of diagnoses. J Applied Psychology 1981; 66: 252–4.
5. Ronge K, Aslak Syse: Er det risikabelt å beklage? Tidsskr Nor Lægefören 2000; 120: 3200–2.
6. Allsop J, Mulcahy L. Doctors' responses to patient complaints. I: Rosenthal MM, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, red. Medical mishaps. Pieces of the puzzle. Buckingham: Open University Press, 1999: 124–40.
7. Sunde Ø. Smi mens liket er varmt. Sang nr. 1 på plata Kjekt å ha. Oslo: Kilden, 1989.
8. Halvorsen P. Svart jakt på hvite synder. Tidsskr Nor Lægefören 2000; 120: 748–9.
9. Hilfiker D. Facing our mistakes. N Engl J Med 1984; 310: 118–22.
10. Leape LL. Error in medicine. I: Rosenthal MM, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, red. Medical mishaps. Pieces of the puzzle. Buckingham: Open University Press, 1999: 20–38.
11. Førde R. Den kollegiale kulturen og «medisinske feil.» I: Syse A, Førde O, Førde R. Medisinske feil. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2000: 183–94. →

12. Lantos J. Do we still need doctors? New York/London: Routledge, 1997.
13. Marjoribanks T, Good MJDG, Lawthers AG, Peterson LM. Physicians' discourses on malpractice and the meaning of malpractice. *J Health Soc Behav* 1996; 37: 163–78.
14. Harris JE. Defensive medicine: it costs, but does it work? *JAMA* 1987; 257: 2801–2.
15. Ennis M, Vincent C. The effects of medical accidents and litigation on doctors and patients. *Law and policy – Special Issue* 1994; 16: 97–122.
16. Ulvestad E. Feilbruk av diagnostiske laboratorietester – et beslutningsanalytisk perspektiv. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2294–8.
17. Kjønstad A. Medisinske feil i erstatningsrettslig og helserettslig perspektiv. I: Syse A, Førde O, Førde R. *Medisinske feil*. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2000: 59–80.
18. Spesialistkomiteen for øyesykdommer. Rapport fra avdelingsbesøk, 25. august 2000. Oslo: Den norske lægeforening, 2000.
19. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3184–9.
20. Kristiansen IS. Bør medisinske feil unngås for enhver pris? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3178–83.
21. «Alarm», varslings og medisinske feil. Årsmøteseminar Yngre legers forening, Oslo, 23. november 2000. <http://www2.legeforeningen.no/yf/yf1200.htm> (12.2.2001).
22. Syse A, Førde O, Førde R. *Medisinske feil*. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2000.
23. Jacobsen BJ. Leger er sårbare. Intervju med J.H. Solbakk. *Legemidler og samfunn* 1997; 4: 20–2.
24. Dommerud T. Beskjeden som endrer alt. Intervju med K. Røynsdal, avdelingsdirektør i Sosial- og helsedepartementet si helseavdeling. *Dagens Medisin* 2000; 15: 9.
25. Filosofisk Poliklinikk i Bergen. www.isf.uib.no/filpol (12.2.2001).
26. «Anonym» kommunelege. Å skyte spurv med kanoner. I dag var det min tur til å «henges ut» i avisen som den farlige og udugelige lege. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 354–5.

○