

Større åpenhet om medisinske behandlingsresultater er uunngåelig.
Og det vil endre medisinsk praksis og legers atferd

Tillit, tabber og terningkast

I årene 1988–95 var dødeligheten etter barnehjertekirurgi ved Bristol Royal Infirmary i Storbritannia mange ganger høyere enn ved andre sykehus der tilsvarende operasjoner ble utført. Likevel fortsatte kirurgene å operere. De unnlot å gi barnas foreldre riktig informasjon om risiko og forventede resultater, og kolleger og sykehusledelse unnlot å gripe inn. Avsløringen av barnedødsfallene rystet britisk helsevesen og førte til at tre leger ble dømt for tjenesteforsømmelse i 1998. Bristol-saken ble diskutert inngående både i massemedier og i Tidsskriftet (1–3).

I dette nummer av Tidsskriftet beskrives Bristol-sakens mer langsiktige effekter på britisk helsetjeneste (4). Som følge av de alvorlige hendelsene i Bristol nedsatte den britiske regjering en offentlig granskningskommisjon som arbeidet i tre år. Kommisjonens mandat var å finne årsakene til dødsfallene, og å komme med anbefalinger til tiltak som kunne hindre eller iallfall minske risikoen for at noe slikt skulle kunne skje igjen. Arbeidet resulterte i en rapport på over 500 sider med nesten 200 anbefalinger for endringer i organiseringen av den britiske helsetjenesten. Den britiske regjeringen har akseptert alle kommisjonens anbefalinger, og sier at de vil iverksette dem. En av anbefalingene er at behandlingsresultatene til hver enkelt hjertekirurg skal bli offentlig tilgjengelig i løpet av 2004 (4).

Bristol-saken kan forstås og tolkes på ulike måter. Og måten den forstås og tolkes på, vil ha betydning for hvilke konsekvenser saken får ikke bare for britisk – men også for norsk – helsetjeneste. Det enkleste, og mest ufarlige, er å betrakte Bristol-saken som en sak om et par «brodne kar» – to kirurger og en sykehusdirektør som ikke gjorde jobben sin. Det individuelle ansvar den enkelte lege og leder hadde, er viktig og må tas alvorlig. Det ble også gjort, og de involverte har fått sine profesjonelle liv endret for alltid. Men Bristol-saken dreier seg vel så mye om et kollegialt system og et helsevesen der individuelle utøvere kunne arbeide uforstyrret i lukkede rom, til tross for dramatiske konsekvenser for de små pasientene.

Sommeren 2003 stod det en artikkel i Tidsskriftet av Donald Light & Olaf Gjerløw Aasland om forutsetningene for legers virksomhet (5). De pekte på at legevirksomhet i et historisk perspektiv har vært et lukket rom for utenforstående der bare legen hadde oversikt over hva som egentlig skjedde. Legegjerningen har vært en blanding av vitenskap, klinisk skjønn og erfaringsbasert intuisjon. Fordi det ikke har vært mulig, verken for myndighetene eller for folk flest å få full innsikt, har legene fått utstrakt autonomi. Denne faglige autonomien var ikke ment å være en individuell rettighet for den enkelte lege, men en kollektiv rettighet og forpliktelse for hele legestanden. Light & Aasland viser i artikkelen hvordan legenes overdrevne praktisering av individuell autonomi kombinert med en fraskrivelse av kollektivt ansvar har ført til en tillitskrise. Pasienter

og myndigheter har langt på vei mistet troen på legenes evne til å kontrollere hverandre og sikre kvaliteten på arbeidet. Det er denne tillitskrisen mye av etterspillet etter Bristol-saken handler om (4).

Pasienter og myndigheter ønsker nå mer styring og kontroll med legers virksomhet og ikke minst ønsker de å få innsyn i det som skjer på operasjonssaler og legekontorer. Det er forståelig, men det byr på mange utfordringer. Å måle og sammenlikne behandlingsresultater er komplisert. Man må ta hensyn til statistisk usikkerhet, ulikheter mellom pasienter og rammefaktorer som den enkelte lege ikke rår over. Det er heller ikke åpenbart hva som skal telles og måles: Er det overlevelse, komplikasjoner, tilfredshet eller funksjonsnivå? Gode kvalitetsindikatorer er vanskelige å definere og tolke, og er dessuten arbeidskrevende å registrere og følge opp (1, 6).

Når man forsøker å måle noe, vil måleinstrumentet dessuten endre det man forsøker å måle. Dette er Heisenbergs usikkerhetsprinsipp som han formulerte under arbeidet med å forstå kvantemekanikken, men prinsippet ser ut til å gjelde på de fleste områder. Rankinglister og terningkast er måleinstrumenter som påvirker dem som blir vurdert eller målt. Ingen ønsker å komme nederst på listen, og dersom det er mulig å tilpasse atferden slik at man kommer høyere opp, gjør man det. Det kan være positivt hvis det betyr at kvaliteten forbedres, men betenkelig i andre sammenhenger. Mange har påpekt at dersom dødelighets- og komplikasjonstall etter operative inngrep skal legges til grunn for rankinglister, vil det raskt kunne føre til at kirurger vegrer seg for å operere pasienter med høy risiko. Paradoksalt nok vil det ofte være disse pasientene som ville hatt mest nytte av behandlingen (4).

Prisen for tillitskrisen som har oppstått etter Bristol-saken blir derfor høy – både i kroner og øre, ved økt byråkratisering og ved større belastning på legene. Og tilbudet til pasientene vil endres – ikke nødvendigvis til det bedre. Likevel er det bare gjennom åpenhet og innsyn i legers lukkede rom at tilliten vil kunne gjenreises.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Westin S. Kirurger på tiltalebenken. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3102.
2. Vonen B, Larsen M-L. Vi må ta Bristol-saken på alvor. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3174.
3. Olsen B. Bristol-saken – et jordskjelv i britisk medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3183–5.
4. Haaverstad R, Hilton C, Hamilton L. Bristol-skandalens effekt på britisk helsetjeneste. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 816–8.
5. Light DW, Aasland OG. Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1870–3.
6. Haug C. Fritt valg. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 141.