

## Om helsetjenesten

# Norske og australske legers holdninger til medisinske avvikshendelser

### Sammendrag

**Bakgrunn.** Etter avvikshendelser kan det være vanskelig for legen å møte pasienten og de pårørende med åpenhet og vilje til beklagelse.

**Materiale og metode.** Det ble gjennomført seks arbeidsmøter med til sammen 103 leger, 46 fra Australia og 57 fra Norge. Deltakerne fylte ut et spørreskjema om mulige reaksjoner ved alvorlige avvikshendelser, egne erfaringer med avvik, formelle klager og rettslige anklager. Deretter ble forebygging og håndtering av medisinske avvik diskutert en interaktiv undervisningsseanse. Det er foretatt en deskriptiv analyse basert på en kombinasjon av spørreskjemadata og notater fra diskusjonene.

**Resultater og fortolkning.** Basert på spørreskjemasvarene var australske og norske leger stort sett enige om hensiktsmessige reaksjonsmåter etter alvorlige avvikshendelser. Ved den påfølgende undervisningsseansen på alle møtene bidrog visse temaer til uenighet og usikkerhet. Selv om flertallet var prinsipielt enige om åpenhet, kom det frem en underliggende skepsis, bl.a. knyttet til erfaringer om kritikk preget av etterpåklokskap fra kolleger. Studien skisserer en tilnæringsstrategi for å øke legers forståelse for viktigheten av åpenhet etter medisinske avvik for å (gjen)skepe tillit i forhold til pasient, pårørende, kolleger og legen selv.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 2163

**Ivar J. Aaraas**

[ivar.aaraas@ism.uit.no](mailto:ivar.aaraas@ism.uit.no)  
Institutt for samfunnsmedisin  
Universitet i Tromsø  
9037 Tromsø

**Barbara Jones**

The Royal College of General Practitioners  
Townsville/Melbourne  
Australia

**Tarun Sen Gupta**

School of Medicine  
James Cook University  
Townsville  
Australia

Hendelser med tildekking av skadelig praksis har lært oss at idealet ved medisinske avvik er å møte pasient og pårørende med åpenhet og vilje til beklagelse (1, 2). For legen, som hendelsens «andre offer», kan det være vanskelig å etterleve et slikt ideal. Uheldige hendelser medfører negative følelser og personlige kriser som truer legens tillitsforhold til pasienter, kolleger og seg selv (3–5). I en kort rapport har vi nylig omtalt ambivalens blant norske og australske leger mot en åpen tilnærming i slike situasjoner (6). I denne artikkelen gir vi en utvidet presentasjon av studien og inkluderer upubliserte data om legenes personlige erfaringer med avvikshendelser og rettsforfølging.

### Materiale og metode

Vi gjennomførte seks standardiserte arbeidsmøter blant leger i Australia og Norge i 2002 og 2003. Til sammen deltok 103 leger, 46 fra Australia og 57 fra Norge. Det var 88 allmennpraktikere. Deltakerne, som varierte i antall fra åtte til 21, fylte først ut et anonymisert spørreskjema. Skjemaet, som var utviklet gjennom to pilotsesjoner, inkluderte en liste med mulige reaksjoner etter en alvorlig avvikshendelse (tab 1). Det inneholdt også spørsmål om erfaringer med formelle klager og rettslig anklager og mulighet til å beskrive en personlig opplevd avvikshendelse (fri tekst).

Etter utfyllingen, som tok 5–10 minutter, fulgte en undervisningsseanse, der deltakerne ble involvert i en interaktiv diskusjon om profesjonelle strategier for å forebygge feil og håndtere situasjonen etter alvorlige avvikshendelser. Diskusjonen var knyttet til spørreskjemaets innhold, men ble gjennom-

ført uavhengig av skjemaet, basert på en alternativ tematisk progresjon i en læreboktekst (7).

Den følgende deskriptive analyse er basert på en kombinasjon av spørreskjemadata og notater fra diskusjonene. Visse temaer gikk igjen ved alle sesjonene. Vi har analysert materialet ved å identifisere og fortolke data (tall og tekst), knyttet til slike tilbakevendende diskusjonstemaer.

### Resultater

Svarene på spørreskjemaet viste at de fleste legene var enige om den mest hensiktsmessige respons etter en alvorlig avvikshendelse for ni av ti foreslåtte reaksjonsmåter (tab 1). Vi fant ingen forskjeller mellom norske og australske leger. Ett spørsmål var det delte meninger om: Skulle man søke juridisk råd før man kontaktet pasienten (tab 1)? Responsen fra legene var likt fordelt i de to landene.

88 leger beskrev personlig opplevde avvikshendelser (tab 2). Blant de australske legene inngikk død som et element i 46 % av beskrivelsene, sammenliknet med 12 % blant de norske ( $p < 0,001$ ), og forholdet var tilnærmet det samme ved sammenlikning i allmennpraktikergruppen. Om lag to femdel av legene i begge land hadde mottatt formelle pasientklager. Kun sju leger hadde erfart å bli saksøkt, og fem av dem angav at de ikke ville kontakte advokat etter en avvikshendelse før de kontaktet pasienten.

De påfølgende diskusjoner aktiviserte visse tilbakevendende spørsmål blant deltakerne ved alle arbeidsmøtene. Foruten spørsmålet om å kontakte advokat før de kontaktet pasienten vakte to temaer regelmessig diskusjon – nemlig «å dele sin historie med en kollega» og «å beklage». Dette stod i kontrast til de samstemmige skriftlige svarene på spørreskjemaet (tab 1, reaksjon 3 og 7).



### Hovedbudskap

- Ved medisinske avvik skal leger være åpne og villige til å beklage
- Ubetenksomme, kritiske ytringer fra kolleger kan motvirke åpenhet
- En tilnærming for å fremme åpenhet og skape tillit beskrives

### Å dele sin historie med en kollega

En gjennomgående observasjon i diskusjonene var fortellinger om ubehag og mistro mellom kolleger etter alvorlig avvikshendelser, ved at noen hadde unnskyldt seg og unndratt seg medansvar ved å legge skylden på andre. Ofte synes allmennlegene å få unngjelde. I ett eksempel ble en allmennlege beskyldt for sviktende svangerskapsomsorg av en kirurg som hadde gjennomført et keisersnitt der barnet døde. Allmennlegen beskrev sin erfaring slik: «Kolleger kan gjøre livet surt for deg.» Flere fortalte om krenkelser fra kolleger som hadde kommet med lettvinnt kritikk i etterpåklokskapens lys.

### Å beklage

Legene anerkjente det å uttrykke beklagelse ved en alvorlig avvikshendelse som «politisk korrekt» gjennom sine skriftlige svar. Diskusjonen avslørte at dette ikke alltid var i samsvar med deres ærlige og oppriktige følelser. En beklagelse kunne innebære å påta seg urimelig personlig ansvar for medisinsens iboende usikkerhet, og den kunne bli oppfattet som innrømmelse av skyld og oppmuntre bitre pasienter og pårørende til å fremme urettferdige klager og erstatningskrav. Dette ble imøtegått av kolleger som hevdet at å kontakte advokat før de kontaktet pasienten og ikke beklage, ville øke pasientenes mistillit og snarere øke enn redusere risikoen for rettsforfølgning.

### Diskusjon

Ettersom forholdsvis få leger deltok og disse var rekruttert frivillig, kan det ikke trekkes statistiske slutninger om at funnene i denne studien er representative for allmenne holdninger blant australske og norske leger. Det er likevel slående at leger fra forskjellige verdensdeler stort sett har sammenfallende holdninger til alvorlige medisinske avvik. I spørsmål der det var ulike oppfatninger, fantes det også sammenfallende internasjonale reaksjoner, ved at legene i hvert land delte seg i relativt like store leirer (tab 1, reaksjon 2) og ved at felles tilbakevendende temaer aktiviserte gruppediskusjonene på liknende måte begge steder.

Ved å kombinere innsamling av spørreskjemadata med en utforskende undervisningssesjon i en og samme seanse oppnådde vi en utvidet belysning av den aktuelle tematikken (metodetriangulering). Gjennom utdyping av følelsesmessig usikkerhet og personlige erfaringer som spørreskjemaet ikke kunne avdekke, bidrog den interaktive sesjonen til nyanseringer og utfyllende beskrivelser, tilsvarende en kvalitativ validering av kategoriserte data.

På ett punkt kom det frem en forskjell mellom legene fra de to nasjonene. Nesten alle de australske legene beskrev personlige erfaringer med avvikshendelser, mange av

**Tabell 1** Mulige reaksjoner blant leger i Australia og Norge etter at en medisinsk avvikshendelse har forårsaket varig helseskade eller død

Beskrivelse av reaksjoner	Andel svar (%) «ja» eller «mulig ja» <sup>1</sup>
1. Forsøke å unngå videre kontakt med pasienten/familien	8
2. Søke juridisk råd før jeg kontakter pasienten	48
3. Dele historien med god kollega jeg stoler på	97
4. Kontakte pasienten og fortelle åpent om hva som har hendt	98
5. Informere pasienten om muligheter for å klage	78
6. Forsøke å overtale pasienten til ikke å klage	8
7. Gi en beklagelse, i det minste om utfallet	99
8. Oppmuntre pasienten til å komme ut med sine bitre følelser	87
9. Uttrykke åpenhet for langvarig oppfølging og kontakt	98
10. Uttrykke interesse for å lære av hendelsen	97

<sup>1</sup> Resultatene baserer seg på svar fra 101–103 leger

**Tabell 2** Australske og norske legers erfaringer med avvikshendelser, formelle klager og rettslige anklager. Svarfordeling blant 103 deltakere

Erfaring	Australia (n = 46)			Norge (n = 57)		
	Ja	Nei	Ubesvart	Ja	Nei	Ubesvart
Beskrivelse av avvikshendelse	44	0	2	44	0	13
Formell klage	19	25	2	25	32	0
Rettslig anklage	3	34	9	4	53	0

alvorlig karakter. De norske legene beskrev mindre alvorlige avvik, og en firedel beskrev ingen avvikserfaringer. Ettersom det var frivillig å svare, gir funnet naturligvis ingen holdepunkter for å hevde at det er reelle forskjeller i avvikserfaringer mellom leger i de to landene. Det er usannsynlig at såpass mange blant de norske legene skulle være «plettfrie», helt uten erfaring med avvik og feil. Vi tror helst funnet er uttrykk for holdningsforskjeller – at norske leger, så langt, er mindre åpne for å tilkjenne egne alvorlige avvikserfaringer enn australske leger er.

Meningsutvekslingen omkring det å søke juridisk assistanse før man kontakter pasienten og eventuelt beklager noe, formidlet viktige lærdommer og behov for holdningsendringer, ikke minst for åtte leger, som initialt angav at de ville unngå videre kontakt med pasienten, og for 49 leger, som angav at de ville søke juridisk råd før de kontaktet pasienten. Troen på nytten av tidlig advokathjelp synes mer å være drevet frem av frykt enn fakta. Kun sju var faktisk blitt saksøkt, og blant dem ville fem ikke søke juridisk råd før de kontaktet pasienten. Ingen fortalte om nytten av tidlig juristrådgivning. Derimot formidlet flere personlige erfaringer som gav dem grunn til å tro at en åpen og ærlig holdning til pasient og pårørende ville være tillitskappende og klagereduserende, i samsvar med anbefalinger i litteraturen (1–2, 8–10).

Våre data bekrefter råd om at leger bør dele sin historie med en kollega man stoler på (11). Betydningen av tillit så vel som mistillit i forholdet mellom kolleger er

sannsynligvis undervurdert. Erfaringer som ble tilkjennegitt i diskusjonene, om å bli ydmyket i etterpåklokskapens lys, vitner om at det å fremme egen «ufeilbarlighet» på uheldige kollegers bekostning stadig er fremherskende innen den medisinske kultur. Dette er uønskede holdninger som motvirker tillitskappende løsninger og evnen til å ta lærdom av medisinske avvik. Forsvarlig læring innebærer at uheldige hendelser blir brukt til forbedringsarbeid. Dette angår også samhandlingen mellom helsepersonell på ulike tjenestenivåer, i sykehus og i primærhelsetjenesten. Tendensen til å legge skylden på personell utenfor egen organisasjon, slik som når spesialisten anklager allmennlegen, vitner om behov for å organisere nivåovergripende kvalitetssikring.

I denne studien har vi skissert en tilnærming der leger blir bevisstgjort og eventuelt får justert uheldige holdninger gjennom en åpen kollektiv refleksjon. Vi tror dette er en strategi for å øke legers forståelse for viktigheten av åpenhet for å (gjen)skepe tillit i forhold til alle involverte parter – pasient, pårørende, kolleger og seg selv – etter avvikshendelser. Ved Universitetet i Tromsø har studien bidratt til utvikling av nye undervisningsopplegg tilpasset medisinstudenter, turnusleger, allmennleger og andre helsefaggrupper.

Vi takker Den norske lægeforening, ved Utdanningsfond I, og Sosial- og helsedirektoratet for økonomisk støtte til studien.

>>>

## Litteratur

1. Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. *BMJ* 2002; 324: 648–51.
2. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3184–9.
3. Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000; 320: 726–7.
4. 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.
5. Cunningham W. The immediate and long-term impact on New Zealand doctors who receive patient complaints. *N Z Med J* 2004; 117: U972.
6. Aaraas IJ, Jones B, Sen Gupta T. Reactions to adverse events among Australian and Norwegian doctors. *Aust Fam Physician* 2004; 33: 1045–6.
7. Aaraas IJ. Å leve med usikkerhet, avvik og feil. I: Hunskaar S, red. *Allmennmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
8. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 1994; 343: 1609–13.
9. McNeill PM, Walton M. Medical harm and the consequences of errors for doctors. *Med J Aust* 2002; 176: 222–5.
10. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG et al. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003; 289: 1001–7.
11. Kennedy EM, Heard SR. Making mistakes in practice. Developing a consensus statement. *Aust Fam Physician* 2001; 30: 295–9.