
Det er menneskelig å hjelpe den som feiler

REDAKSJONELT

AASLAND OG

Moderne medisin er svært kunnskapsintensiv, og informasjonsmengden er for lengst blitt for stor til at den enkeltelege kan væreå jour (1). Som profesjon takler vi dette bl.a. med en økende spesialisering, og ved stadig flereinformasjonssystemer, protokoller og retningslinjer. Mer kunnskap gir imidlertid også en større grenseflate mot detukjente (2), og det er neppe realistisk å tro at informasjonsekspløsjonen vil stilne med det første. Den moderne legenskart har altså paradoksalt nok flere hvite flekker enn før.

Også nye pasienter strømmer på. Moderne pasienter er ikke fromme lam som finner seg i det meste, og som mener atlegen alltid gjør sitt beste. De har bedre selvtilitt og høyere krav, og egne interesseorganisasjoner i ryggen. Dessuten har de stort sett mediene på sin side. På Bjørnstjerne Bjørnsons tid var det høyst uvanlig at en lege someventuelt hadde gjort feil, offentlig ble stilt til ansvar (3).

Det moderne møtet mellom pasient og lege er ladet, med informasjon, kunnskap, følelser og snubletråder, og det erstadig mer vanlig at legefeil kommer i søkelyset (4). Konsekvensen av legefeil kan fort bli skjebnesvanger, ikke barefor pasienten, slik det alltid har vært, men også for legen.

En lege som ikke er i stand til å innrømme egne feil kan ikke være en god lege. Men det er viktig å skjelve mellomindividuele feil som den enkelte lege må ta ansvar for, og feil som skyldes systemets eller medisinenensutilstrekkeligheter. Det er for eksempel ikke naturlig at den enkelte lege tar ansvaret for svikt som oppstår fordi denmedisinske kunnskapen i et historisk perspektiv viser seg ikke å holde mål.

Heller ikke bør den legen klandres som følger protokollen, men likevel er uheldig, fordi alle medisinske prosedyrerer forbundet med en viss risiko. En variant av dette er de tilfeller der det ikke foreligger noen protokoll, slik atlegen må handle etter intuisjon og skjønn. Her er det skjønn, og ikke hvordan det går med pasienten, som er legensansvar.

Sammenhengen mellom individuelle legefeil og pasientskade må derfor begrenses til de situasjonene hvor legen handleri strid med gjeldende protokoll, utøver dårlig skjønn, eller ikke følger vanlige regler for god oppførsel.

Hvilke muligheter har vi til å registrere og lære av våre feil, og hva skjer med leger som må ta personlig ansvar for feil og eventuelt blir utsatt for sanksjoner? Dette er tema for Lars Frich og medarbeideres artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (5).

Jeg er ikke enig i deres definisjon av legefeil: "en hendelse som fører til at pasienten påføres skade eller utsettes for unødig risiko". Her mangler det en presisering om at hendelsen skyldes legens uaktsomhet eller forsømmelse. Men deres løsningsforslag er det lett å slutte seg til. For det første må vi bli flinkere til å dokumentere våre feil, uansett årsak og ansvar. Dette kan bl.a. gjøres gjennom en mer aktiv bruk av Helsetilsynets meldesentral for skader, uhell og nestenuhell i helsevesenet. For det andre må vi bli flinkere til å ta oss av kollegersom gjør feil.

Hvis problemet på denne måten blir tatt opp i sin fulle bredde, både saklig og menneskelig, kan det bli mulig for legen å erkjenne feil uten å tape ansikt. Det kan gi nødvendige forbedringer i arbeidsmiljøet, og den legen som hargjort feil kan komme videre uten å ligge nede altfor lenge.

Hva skjer senere med leger som har gjort feil? En amerikansk anonym undersøkelse av selvrapporterte feil viste at delegene som tok på seg ansvaret, bl.a. ved å be om unnskyldning overfor pasient og pårørende, greide å gjøre konstruktive endringer i sitt arbeidsmiljø og sine rutiner, i motsetning til dem som forsøkte å feie det hele under teppet (6). I en annen amerikansk studie intervjuet man 47 kirurger, indremedisinere og gynekologer som alle hadde vært dømt for feil på grunn av forsømmelse (7). De mente at feil og forsømmelser først og fremst hadde med moralsk og etisk standard å gjøre, og ikke så mye med mangelfull kunnskap eller kompetanse. De opplevde det derfor absurd å bli belært av retten med hensyn til hvordan legearbeid skulle utføres, og trodde ikke dette nødvendigvis ville bidra til at de gjorde mindre feil i fremtiden. Derimot mente de at en kollegabasert kvalitetssikringsordning, gjerne knyttet til deres eget sykehus, ville være mer effektiv enn rettssak og reprimande når det gjaldt å forebygge fremtidig forsømmelse.

Registrering og sanksjon er selvsagt både viktig og nødvendig. Men i det lange løp blir det likevel menneskelige og etiske ressurser som må mobiliseres for at vi skal gjøre mindre feil, og for at de som feiler skal kunne reise seg igjen. Her har vi et kollegialt ansvar som vi ikke kan løpe fra. Men den beste forsikringen er og blir en god allianse med pasienten.

Olaf Gjerløw Aasland

LITTERATUR

1. Nylenna M, Aasland OG, Falkum E. Keeping professionally updated: perceived coping and CME profiles among physicians. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 1996; 16: 241-9.
2. Gerrity MS, Earp JA, DeVellis RF, Light DW. Uncertainty and professional work: perceptions of physicians in clinical practice. *Am J Soc* 1992; 97: 1022-51.
3. Ranheim B, Bjørnstjerne Bjørnson, husmannskonen og legene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 4399-402.
4. Brody H. *The healer's power*. New Haven: Yale University Press, 1992.
5. Frich L, Andersen AV, Josefsen R, Sagabråten SO. Når legen gjør feil. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 4365-70.

6. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. How house officers cope with their mistakes. West J Med 1993; 159: 565-9.

7. Hupert N, Lawthers AG, Brennan TA, Peterson LM. Processing the tort deterrent signal: a qualitative study. Soc Sci Med 1996; 43: 1-11.

Publisert: 10. desember 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. februar 2026.