
Kirurger på tiltalebenken

REDAKSJONELT

WESTIN S

Det gjelder England denne gang, men likevel kan vi spørre oss om det som følger i kjølvannet av den såkalte Bristol-saken vil ha ringvirkninger til vår egen helsetjeneste. Britiske massemedier og fagpresse var på forsommeren sterkt preget av saken mot de hjertekirurgene ved Bristol Royal Infirmary som fortsatte å operere til tross for at mistanken var reist om at de etterlot seg for høy operasjonsdødelighet (1, 2). De emosjonelle ringvirkningene ble forsterket ved at det dreide seg om store hjerteoperasjoner på barn. Lettere ble det ikke ved at British Medical Journal valgte å presentere et sterkt følelsesladet bilde av en av de sørgende mødrene på forsiden av et spesialnummer om "dealing with problem doctors" (6. juni), hvilket utløste beskyldninger om tabloidisering og kollegialillojalitet utvist av deres "eget tidsskrift" (3).

Berit Olsen omtaler saken i større detalj i dette nummer av Tidsskriftet (4). I bunnen ligger det avgjørendes spørsmålet om tillit mellom lege og pasient, og dermed også om tilliten mellom legeprofesjonen og resten av samfunnet. Kanskje er Bristol-saken et forvarsel om at forbrukerbevegelse, markedsorientering og medieoppmørsomhet kan komme til å utfordre yrkesutøvelsen i medisinen på måter som få ville tenkt var mulig. Det er særlig to spørsmål som er aktuelle, det ene om legeprofesjonen kan betros den faglige og etiske kontrollen med egen virksomhet, den andre om publikum skal få tilgang til den enkelte leges eller avdelings behandlingsresultater.

Ingen av disse spørsmålene kan avfeies som irrelevante, selv om de ikke har vært stilt med større styrke her til lands. Om det første, legeprofesjonens selvjustis, kan det sies at den selvsagt er underlagt samfunnets lover og regler og at det snarere er spørsmål om hvor detaljert de offentlige tilsynsmyndighetene skal regulere den enkelte leges arbeid. Selv i etterkant av Bristol-saken skriver redaktøren i British Medical Journal, som i denne saken har vært oppfattet som overraskende forbrukerorientert, at det neppe er noe alternativ til den profesjonelle selvjustis (5), og at myndighetene i Storbritannia ikke vil være tjent med å avvikle støtten til de legeforeningsorganer som overvåker og kvalitetsforbedrer yrkesutøvelsen.

Det er lite som tyder på at norske myndigheter vil innta noen annen holdning, for her har de to land vært nokså likei synet på ansvars- og arbeidsfordelingen. Men spørsmålene vil nok komme om hvordan denne virksomheten best kan drives, og om det trengs nye og sterkere virkemidler i dette grenslandet mellom overvåking og kontroll på den ene siden og fagutvikling og forbedring på den annen. Begge deler har sin pris, både i innsats og i kroner og ører.

Men det som antakelig vil bli diskutert, med styrke og følelse, er det utspillet den engelske helseministeren Frank Dobson kom med i sakens hete, nemlig at pasienter nå skal få tilgang til komplikasjons- og dødelighetsdata for inngreputført av kirurger og andre leger som arbeider med tellbare prosedyrer. Siden det er pasientene som betaler forhelsetjenesten, har de selvsagt også rett til å få vite hva som foregår der, var tonen i Dobsons argumentasjon i parlamentet (6). Ren populisme og velgerfrieri fra Labours side, lød noen av kommentarene, og blant kyndige fagfolk hardet vært besk kritikk mot det som beskrives som overforenkling av kompliserte spørsmål.

I en kommentar skriver Jan Poloniecki at selv om alle leger var nesten like dyktige, vil halvparten til enhver tidligge under gjennomsnittet (7). Men viktigere, hvis slike opptellinger og rangeringer blir gjort gjentatte ganger, slikde nye prosedyrene forutsetter, vil vi også få se resultatene av tilfeldighetenes spill: Dyktige leger vil iblant blirangert langt nede, og omvendt, og sannsynligheten for slike utfall kan tallfestes (7). Det kan utvilsomt åpne seg etnytt marked for statistikere, epidemiologer og "kvalitetssikrere" i en helsetjeneste som pålegges å telle, sammenlikne og publisere sine resultater på forsvarlig vis. For her må det tas høyde for statistisk usikkerhet, ulikhet i pasienttilgang, betydningen av rammefaktorer som den enkelte lege ikke rår over osv.

For in vitro-fertilisering har man en viss erfaring med å publisere og sammenlikne "suksessall" i form avlevendefødte per behandlingssyklus (8). Men når statistikere legger sine konfidensintervaller på de observerte dataene, slik de har gjort på et femtitall institusjoner i Storbritannia (8, 9), går tilsynelatende store forskjeller i oppløsning. En praktisk illustrasjon av dette fenomenet foreligger fra ni britiske neonatale intensivavdelinger som hargjort opp sine dødelighetstall gjennom seks år, og vist at den innbyrdes rangeringen endres betydelig fra år til år (10). Det meste av ulikheten var stadig innenfor rammer som kan forklares med tilfeldig variasjon.

Hvordan skal pasienter kunne vurdere slikt når de, som foreslått i England, skal be sin allmennpraktiker om lister over kirurgers, fødselslegers og lokale sykehusavdelingers plassering i den nasjonale "serie" over beste og dårligsteresultater (6)? Og hvordan kan man forhindre at den enkelte lege, av frykt for å rase nedover på tabellen, vil komme til å vegre seg mot å behandle pasienter som relativt sett har dårlig prognose?

Vi kan ane at prinsippene for det kvalitetsforbedrende arbeidet i videre- og etterutdanning av leger blir tilsidesatt. Hittil har vi med god støtte i internasjonal forskning lagt hovedvekten på å bedre det store flertall (polishing all the apples), snarere enn å lage systemer som luker ut en og annen på "bunnen" (weeding out bad apples) (11). Det siste har vi i Norge stort sett

overlatt til helsemyndigheter og rettslige instanser. Etter Bristol-saken kandet ligge an til at jakting på syndebukker og de som ligger nederst på gausskurven får større gjennomslag.

Det er fristende å avfeie det som nå skjer i Storbritannia med at slikt ikke kan komme på tale her. Men antakeliggjør vi klokt i å notere oss at denne og liknende saker reflekterer en større og mer betydningsfull trend, nemlig atpasienter fra å være passive mottakere av behandling, i stigende grad kommer til å opptre som velinformerte partnere ibeslutninger som angår dem selv (12). Som leger må vi vokte oss for å gå i skyttergravene, og heller møte bølgen av nyekrav med interesse og åpenhet for de positive muligheter som kan bli resultatet. Men det bør ikke være til hinder forat vi også sier stopp om vi, med hånden på hjertet og med fornuften i ryggen, ser tiltak som i urimelig grad vil bidratil byråkratisering og mer tungvinte rutiner uten at det gjør arbeidet bedre. For det er her den endelige målestokkenmå ligge for de tiltakene man kommer opp med: vil de, i samlet sum, gjøre lege- og helsetjenester bedre for pasientene, eller bare dyrere?

Steinar Westin

LITTERATUR

1. Dyer C. Bristol doctors found guilty of serious professional misconduct. *BMJ* 1998; 316: 1924.
2. Dyer C. Compensation claims expected to follow GMC's findings. *BMJ* 1998; 316: 1691.
3. Johnson JN. Cover picture meant that *BMJ* had descended to level of tabloid newspapers. *BMJ* 1998; 316: 1831.
4. Olsen B. Bristol-saken - et jordskjelv i Bristol-mediene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3183-5.
5. Smith R. All changed, changed utterly. British medicine will be transformed by the Bristol case. *BMJ* 1998; 316: 1917.
6. Murray I. Patients gain access to surgeons' failure rates. *The Times* 10.6.1998.
7. Poloniecki J. Half of all doctors are below average. *BMJ* 1998; 316: 1734-6.
8. Marshall EC, Spiegelhalter DJ. Reliability of league tables of in vitro fertilisation clinics: retrospective analysis of live birth rates. *BMJ* 1998; 316: 1701-4.
9. Sanderson C, McKee M. Commentary: how robust are rankings? The implication of confidence intervals. *BMJ* 1998; 316: 1705.
10. Parry GJ, Gould CR, McCabe CJ, Tarnow-Mordi WO. Annual league tables of mortality in neonatal intensive care units: longitudinal study. *BMJ* 1998; 316: 1931-5.
11. Rethans JJ, Westin S, Hays R. Methods for quality assessment in general practice. *Fam Pract* 1996; 13: 468-76.
12. Hjortdahl P. Informerte pasienter - til glede eller besvær? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2604.

Publisert: 30. august 1998. *Tidsskr Nor Lægeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. mars 2026.