
Tøffe tak for farlig sannhet

HOVEDREPORTASJE

PER HALVORSEN

Email: per.halvorsen@legeforeningen.no

Tidsskriftet

En hadde fått sparken, en annen hadde følt seg tvunget til å reise i eksil, en tredje hadde opplevd hvordan det er å stå på kanten av økonomisk ruin. Under konferansen Whistleblowing: Changing the way we work i London før jul, vitnet fem leger om faglige og personlige kostnader ved å stille seg på sannhetens side i medisinen.

Anestesiologen Stephen Bolsin er mannen som mer enn noen annen tilskrives æren for at whistleblowing (på norsk varsling) i øyeblikket står på dagsordenen i britisk helsevesen. Da han henvendte seg til sykehusledelsen og helsedepartementet om de uakseptabelt dårlige resultatene ved hjerte-kirurgiske inngrep på barn i Bristol, var det startskuddet for det som i britiske medier er blitt karakterisert som århundrets medisinske skandale.



Stephen Bolsin

I juni 1998 avsa disiplinærkomiteen i General Medical Council (kan sammenliknes med Statens helsetilsyn) en kjennelse der tre leger ble dømt for alvorlig tjenesteforsømmelse. To ble strøket av legeregisteret, den tredje fikk fortsette som lege, men fikk tre års forbud mot å praktisere som hjertekirurg (1). Men sannhetens pris var høy for Bolsin som følte seg tvunget i eksil og i dag er sjef ved en avdeling for intensivmedisin ved et australsk sykehus. Under konferansen som ble arrangert av British Medical Journal (BMJ) og den

britiske legeforeningen, ønsket han ikke å uttale seg til pressen fordi det pågår en offentlig høring om de 29 aktuelle dødsfallene og de fire tilfellene av hjerneskade han varslet om.

Overfor britiske medier har han imidlertid tidligere gitt uttrykk for at han ble møtt med kollegial utfrysing da han blåste i fløyten. Han har fremholdt at det var han, og ikke de høye dødsfallene blant barn med medfødt hjertefeil, som ble oppfattet som problemet av kolleger ved sykehuset.





Store belastninger

Konferansen viste til fulle at Stephen Bolsins tilfelle ikke er enestående selv om konsekvensene av Bristol-saken vanskelig kan overgå. Tilhørerne fikk bevegde vitnesbyrd fra flere leger som kunne fortelle om ensomheten, maktesløsheten og konsekvensene for karriere og livsstil ved å stå så godt som alene mot overmakten i sannhetens tjeneste. Allmennlegen David Edwards fortalte om de personlige belastningene da han varslet om at partneren i fellespraksisen hadde brukt pasientene i legemiddelforskning uten å innhente deres samtykke. Edwards fikk etter hvert så store kvaler med det han visste, at han gikk til lokale helsemyndigheter med saken. Etter svært mye om og men fikk myndighetene tatt affære. Men da han ville avvikle partnerskapet og splitte praksisen, møtte han veggen i banken og fryktet et øyeblikk for at tap av hus og hjem var prisen som måtte betales hvis han skulle beholde sin faglige og moralske integritet.

Forskningsleder Andrew Millar beskrev foranledningen til at han fikk sparken av British Biotech da han gikk ut offentlig, først til aksjeeierne og senere til pressen, med påstander om at firmaet feilinformerte om sine produkter.

– Jeg prøvde å ta opp problemene bak lukkede dører, jeg prøvde å være rasjonell. Til slutt var pressen den eneste utveien selv om jeg ville bryte taushetsplikten ved å formidle det jeg visste. Jeg hadde ikke klart dette uten pressen, sa Millar som i dag er i full jobb igjen for en annen arbeidsgiver.

Trenger lovbeskyttelse

Arbeidsgivernes reaksjoner når ansatte varsler om uakseptable forhold aktualiserte behovet for en britisk lov som skulle beskytte interessene til enkeltindivider som offentliggjør informasjon som er i strid med det arbeidsgiveren oppfatter som sine interesser. I 1998 vedtok det britiske parlamentet Public Interest Disclosures Act. Kommentatorer har uttrykt håp om at loven skal bidra til å senke terskelen for å synge ut om feilbehandling i helsevesenet (2).

Et sentralt tema ved konferansen var hvordan helsevesenet og tilsynsmyndighetene kan komme i møte folk som varsler om malpraksis, skjødesløshet eller uredelighet i medisinen. Vitnene fortalte om svært variable erfaringer med de lokale helsemyndighetene og General Medical Council. I Bristol-saken var det først da Bolsin stod frem på fjernsyn at General Medical Council fant det påkrevd å reagere.

Myndighetenes manglende evne til å ta imot varslernes signaler er så alvorlig at det i forarbeidene til Public Interest Disclosures Act blir anbefalt at det britiske helsevesenet, National Health Service, utpeker enkeltpersoner med særlig ansvar for å lytte til og om nødvendig, beskytte varslerne for sin arbeidsgivers motreaksjoner (3).

Begrav skammen!

President i General Medical Council, sir Donald Irvine, la mest vekt på hvordan man kan forebygge situasjoner som oppstår når enkeltpersoner rapporterer om uakseptable forhold i klinikk eller forskning. Irvine mente at det må skapes en ny medisinsk arbeidskultur der nøkkelfaktorene er klart definerte praktiske og etiske standarder for arbeidet, og der arbeidsmiljøet er støttende og ikke dømmende.

– Et godt arbeidsmiljø vil redusere muligheten for at situasjoner som krever varsling, oppstår. Det må være rom for å ta opp det som oppfattes som problematisk på et tidligere stadium for å redusere skadeomfanget dersom feil får virke over tid, sa han.

General Medical Council gav nylig ut et veiledningshefte som ifølge Irvine i langt klarere ordelag enn tidligere gir uttrykk for hva som kreves for å utvikle profesjonelle kvaliteter (4). Irvine nevnte i stikkords form både utdanning, teambaserte arbeidsformer og utvikling av verktøy for å overvåke både den enkelte lege og kvalitet ved den enkelte sykehusavdeling.

Idet han skulle avslutte sitt foredrag, ble Irvine avbrutt av pasientrepresentanten Joan Bye som fortalte at hun hadde mistet en kreftsyk datter på grunn av feilbehandling som ikke var blitt varslet i tide. Et blomsterprydet kors med silkebånd og innskriften «SHAME» symboliserte at skammen ved å feile må begraves før vi kan forvente mer åpenhet om tabber i helsevesenet.



Joan Bye avbrøt sir Donald Irvine og holdt frem et blomsterpydet kors til minne om datteren som ble utsatt for feilbehandling. Foto P. Halvorsen

Flere av pasientrepresentantene, blant annet Maria Shortis som leder foreldregruppen Constructive Dialogue for Clinical Accountability som ble opprettet i kjølvannet av Bristol-saken, sa til Tidsskriftet at hun ikke gjenvinner full tillit til sykehusene før sykehusene publiserer sammenliknbare statistikker over behandlingsresultatene.

– Før dette skjer, har vi ingen garantier mot at vi kan få en ny Bristol-sak, sa Shortis.

Må dele usikkerhet

Stephen Bolsin mente at kontinuerlig overvåkning av behandlingsresultater er en forutsetning for utvikling av profesjonelle kvaliteter. Han la også vekt på betydningen av å fortelle den enkelte pasient eller pårørende om de mulige farene ved medisinsk behandling. – Vi må ikke bare dele våre kunnskaper med pasientene, vi må også dele vår usikkerhet, sa Bolsin.

Flere talere understreket dette poenget: At pasientenes innblikk i risikoen ved den aktuelle behandlingen bør formaliseres fordi dette bidrar til en kultur med større åpenhet om muligheten for feil i helsevesenet.

LITTERATUR

1. Olsen B. Bristol-saken – et jordskjelv i britisk medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3183–5.

2. Dyer C. UK introduces far reaching law to protect whistleblowers. *BMJ* 1998; 319: 7.
 3. Wafer A. Lonesome whistle. *BMA News Review* 1999, 11. desember.
 4. General Medical Council. *Good Medical Practice*. London: GMC, 1998.
-

Publisert: 30. januar 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juli 2026.