
Editorial

Anaesthesia and medico-legal concerns

W.A. Tweed MD FRCPC

Marsha Cohen and co-authors, in surveying the effects of liability concerns on anaesthetic practice in Canada, have probed a major cause of our practice-related anxiety. There can be little doubt that concerns about liability, and personal susceptibility to medical-legal action, are prevalent, perhaps universal! However, the impact of liability concerns on the practice of anaesthesia is difficult to examine objectively. This is not an issue which any of us can treat dispassionately.

Consequently there are several sources of potential bias in the survey. One, obviously, is a selective response bias, though the high response rate argues against that as a major source of error. However, an expectation bias is highly likely, since the obvious intent of the survey was to examine liability issues. If the stated objectives of the survey had been, for example, to examine the impact of new technology, the responses might have been quite different.

As evidence of expectation bias, the responses to general and specific questions differed. In response to a general question about changes in scope of practice, 195 claimed to have made at least one change: 59 (12 per cent) used more monitoring, 20 (four per cent) spent more time explaining complications to their patients, and 15 (three per cent) increased the quantity and quality of their documentation. Changing technology was the most important reason cited for these changes. On the other hand when specific inquiry was made about these behaviours 93.8 per cent indicated increased monitoring (mainly due to availability of monitors), 75 per cent claimed to have increased documentation and 63 per cent spent more time with patients discussing the risks and benefits of treatment. As expected, when the subject matter has strong emotional overtones, answers are highly dependent upon the form in which questions are asked. I believe, therefore, that the survey overestimates the overall impact of liability concerns. However, in two areas of practice, communication with patients and documentation, liability concerns appear to have been the major reason for change.

Although the survey provides some evidence for the

hypothesis that liability concerns have had an impact on anaesthetic care, the authors have not developed a conceptual framework for their theory. The elements are similar to those of other socio-behavioural change models, for example Becker's Health Belief Model (1). There is a clearly recognizable threat (a medical-legal suit), widespread perception of personal susceptibility, and authoritative advice on appropriate action to minimize the susceptibility. A socio-behavioural model for relating behavioural changes in practice to liability concerns would help to clarify some of the assumptions underlying the hypothesis and suggest further questions for investigation.

For example, the identified practice changes are primarily intended to reduce the risk of being sued. To the extent that risk of being sued is directly related to substandard practice, appropriate behavioural changes would be evident and welcome. However, this does not appear to be entirely the case, witnessed by the regional differences in likelihood of having a personal involvement with liability. Since the other factors contributing to risk are poorly defined and unpredictable, risk reducing strategies are not necessarily soundly based. Increased use of laboratory tests and x-rays may be one example of an inappropriate and ineffective strategy. Potential areas for further research are better definition of the independent variables contributing to risk, and evaluation of appropriate strategies for risk reduction.

The issue is further complicated because both "*risk of being sued*" and "*practice change*" have multivariate causation. The authors have attempted to identify some of the other variables affecting "*practice change*," e.g., availability of new technology. The attempt to "*rank order*" liability concerns with other causative factors is both highly subjective and liable to a tangibility bias. For example liability concerns may provide a tangible and socially acceptable rationale for major changes in practice, where long-standing dissatisfaction has existed. Obstetric anaesthesia might be cited as one example. Further research must critically examine expressed reasons for major changes in personal and group practices.

Although concern about liability is widespread among Canadian anaesthetists, many questions about the transla-

Department of Anaesthesia, University of Western Ontario.

tion of that concern into practice changes remain unanswered. To what extent are liability concerns responsible for current trends in Canadian anaesthetic practice? Can the authors on the basis of this survey legitimately claim that such concerns have had a “*profound effect*”? Where defensive strategies have been adopted to reduce the risk of being sued, are they rational and effective? How can we identify and eliminate inappropriate and wasteful strategies, at the same time reinforcing appropriate ones?

Finally I should point out an obvious ambivalence in the attitudes and perceptions of anaesthetists as revealed by the survey. There was relatively high agreement by all age groups of the ineffectiveness of communication with patients: “*Even when a procedure is carefully explained to patients, they usually don't understand the risks involved.*” This is coupled with the belief that having “good rapport” with patients reduces the likelihood of being sued. Since over 50 per cent claim to spend more time with patients discussing the risks and benefits of treatment because of liability concerns, this certainly indicates a need for better interpersonal and communication skills by anaesthetists, or more confidence in our ability to talk to patients.

In spite of the many unanswered questions the authors have made a worthy contribution by opening the issue to inquiry. Liability issues are not likely to diminish in importance nor to decrease in number. Our best defense lies in a better understanding of the reasons for the increase in litigation and of appropriate and effective strategies for risk reduction.

Anesthésie et questions medico-legales

Marsha Cohen et ses collègues ont touché du doigt une des plus grandes causes d'anxiété des anesthésistes canadiens, en évaluant l'impact des questions d'ordre médico-légal sur la pratique quotidienne. Même si presque tous les anesthésistes se préoccupent de leur responsabilité professionnelle et des risques de poursuite devant les tribunaux, il est difficile d'analyser froidement et objectivement comment cela influence leur comportement.

Il y a donc potentiellement place à toutes sortes de biais dans cette évaluation. Cependant, le fort taux de réponse permet d'entrée de jeu de minimiser l'impact d'un biais de sélection sur la validité des résultats. Toutefois, la perception par les répondants du but avoué de l'étude, soit

l'impact des questions de responsabilité sur la pratique anesthésique, peut avoir fortement influencé leurs réponses. Ces dernières auraient peut être été toutes autres si on avait évalué l'impact des nouvelles technologies.

A preuve, à une question d'ordre général sur les changements survenus dans leurs pratiques, 195 anesthésistes admettaient au moins un changement: 59 (12 pour cent des répondants) employaient plus de monitoring, 20 (quatre pour cent) expliquaient plus longuement les risques et bénéfices à leurs patients et 15 (trois pour cent) produisaient des dossiers plus complets et soignés qu'auparavant. On invoquait d'abord l'évolution technologique pour justifier ces changements. Pourtant, si on analysait ces comportements plus en détail, c'est 93.8 pour cent des répondants qui faisaient un usage accru de moniteurs (surtout à cause de leur plus grande disponibilité), 75 pour cent qui tenaient mieux leurs dossiers et 63 pour cent qui discutaient plus avec leurs patients. Ainsi, quand on touche à une corde sensible, la réponse varie avec la forme de la question. Je considère donc que les résultats de cette enquête surestiment l'impact global du nouveau climat de responsabilité professionnelle sur la pratique, quoique plus spécifiquement, ce dernier ait grandement contribué à plus d'échanges avec les patients et à une meilleure tenue de dossiers.

Même si cette étude tend à supporter l'hypothèse de l'influence des préoccupations d'ordre médico-légal sur la pratique de l'anesthésie, il lui manque un encadrement conceptuel. On pourrait en échafauder un à partir de modèles théoriques sur les changements sociaux-comportementaux tel le «Becker's Health Belief Model».¹ Il s'agit alors de cerner une menace réelle et bien définie (crainte de poursuite) dont plusieurs se verront en tant que victimes potentielles et d'identifier clairement les moyens d'en réduire les risques individuellement. Un tel modèle permettrait sans doute d'étayer les assomptions de cause à effet contenues dans l'étude et pourrait soulever de nouvelles questions.

Par exemple, si on admet que les changements dans le mode de pratique visent d'abord et avant tout à réduire l'anxiété des poursuites, comment expliquer qu'ils s'étendent uniformément à tout le pays alors que le risque réel d'être poursuivi varie d'une région à l'autre? Par ailleurs, puisque plusieurs des facteurs contribuant à ce risque de poursuite sont mal définis, comment les contourner efficacement? La multiplication des tests de laboratoire ne constitue qu'un exemple d'une stratégie défensive mal ciblée. Il faudra donc travailler à préciser les facteurs de risque de poursuite, à les évaluer et à les réduire par une stratégie efficace.

Toute cette histoire se complique puisque, à la fois le risque d'être poursuivi et les changements dans la pratique ont des causes multiples. Les auteurs ont tenté d'ordonner

par ordre d'importance, les facteurs sous-tendant les changements de pratique, par exemple la disponibilité de nouvelles technologies. Cette tentative peut être à la merci de la subjectivité des répondants et le nouveau climat médico-légal peut enfin donner à ces derniers une raison socialement «acceptable» de s'extirper de situations qui engendraient une frustration de longue date, par exemple l'anesthésie obstétricale. Dans le futur, il faudra analyser d'un œil critique les raisons invoquées pour justifier les changements survenant dans la pratique des individus et des groupes.

Ainsi, malgré l'importance des préoccupations médico-légales des anesthésistes canadiens, il faudra encore tenter de voir comment elle se traduit en pratique. Quelle part jouent ces inquiétudes dans les changements de pratique actuels? Les auteurs peuvent-ils vraiment affirmer qu'elle est si grande que ça? Les stratégies de défense contre le risque de poursuite, qui ont été développées, sont-elles rationnelles et efficaces? Comment distinguer celles qui fonctionnent de celles qui sont inutiles?

Enfin je veux souligner l'ambivalence des répondants à cette étude. Alors que presque tous s'accordaient pour dire que peu importe comment on leur présente, les patients ne comprennent habituellement pas la nature des risques encourus, ils affirmaient du même souffle qu'un bon rapport avec les patients réduit les chances de poursuite. S'il est vrai que plus de 50 pour cent des anesthésistes passent plus de temps à discuter avec les patients, surtout pour éviter un litige, alors il faut leur redonner confiance dans leur capacité de communiquer efficacement avec leurs patients.

Malgré toutes les questions soulevées par cette étude, ses auteurs ont contribué à l'examen d'un sujet important. Les poursuites en responsabilité professionnelle sont là pour rester. A nous de se défendre en essayant de comprendre pourquoi elles augmentent en nombre et en développant des parades efficaces.

Reference

- 1 *Becker MH, Maimon LA*. Socio-behavioural determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care* 1975; 13: 10–24.