

Viðhorf hjúkrunarfræðinga og almenn viðhorf til ákæru vegna alvarlegra sjúklíngaatvika í heilbrigðisþjónustu: Eru blikur á lofti?

Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir¹ stjórnsýslufræðingur

Elísabet Benedíksz² lækni

Anna María Þórðardóttir² hjúkrunarfræðingur

¹Stjórnmálafræðideild Háskóla Íslands. ²gæða- og sýkingarvarna-deild Landspítala

Fyrirspurnum svarar Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir. silla@hi.is

Inngangur

Þessi rannsókn fjallar um áhrif þess að beita refsingum þegar eitt-hvað fer úrskaiðis í heilbrigðisþjónustu. Sjónum er beint að því hvort almenn viðhorf til refsinga geti skipt máli í umræðunni um öryggi sjúklínga og þá hvernig. Rannsóknin á sér aðdraganda í atburði sem markaði tímamót í íslenska heilbrigðiskerfinu. Þess vegna er mikilvægt að fá betri skilning á því hvernig sambandinu milli almenns viðhorfs til refsinga og öryggis sjúklínga er háttað.

Í maí 2014 var birt ákæra á hendur hjúkrunarfræðingi vegna atviks sem átti sér stað í október 2012. Hjúkrunarfræðingurinn var sakaður um manndráp af gáleysi samkvæmt 215 gr. almennra hegningarlaga, sem hljóðar svo: „Ef mannsbani hlýst af gáleysi annars manns, þá varðar það sektum eða fangelsi allt að 6 árum“. Í ákærunni var þess krafist að ákærða yrði dæmd til refsingar og greiðslu alls sakarkostnaðar. Þetta var í fyrsta sinn á Íslandi sem heilbrigðisstarfsmaður var ákærður samkvæmt almennum hegningarlögum. Málinu lauk með sýknu í desember 2015.¹ Þrátt fyrir sýknu hafði ákæran mikil áhrif meðal hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstarfsmanna. Könnun frá 2019 sem náði til allra starfandi hjúkrunarfræðinga á skrá hjá Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga á Íslandi í lok árs 2018 sýndi að um 88% töldu ákæruna hafa haft mjög mikil eða frekar mikil áhrif á sig og enn hærra hlutfall, eða um 93%, taldi að ákæran hefði haft mjög mikil eða frekar mikil áhrif á hjúkrunarfræðinga almennt í störfum þeirra.

Fram kom að hjúkrunarfræðingar fundu til meira óöryggis í

ÁGRIP

INNGANGUR

Markmið rannsóknarinnar er að stuðla að upplýstri umræðu um öryggi sjúklínga og viðbrögð við óvæntum atvikum í heilbrigðisþjónustu. Í þessum tilgangi leitast rannsóknin við að varpa ljósi á þá spurningu hvað einkenni viðhorf til þess hvort kæra eigi fyrir slík atvik eða ekki. Tildrögin eru ákæra fyrir manndráp af gáleysi á hendur hjúkrunarfræðingi í maí 2014 og áhrif þeirrar ákæru á heilbrigðisstarfsfólk.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Í þessari lýsandi samanburðarrannsókn var kannað hvort munur væri á viðhorfum til ákæru vegna atvika í heilbrigðisþjónustu milli slembi-úrtaks úr Þjóðskrá (Þjóðgátt) og allra félagsmanna í Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga. Báðir hópar voru spurðir hvort ákæra ætti heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti vegna mannlegra mistaka, slysi, vanrækslu eða af ásetningi. Svör voru gefin á Likert- kvarða.

NIÐURSTÖÐUR

Marktækur munur reyndist á svörum hópanna um það hvort ákæra ætti fyrir skaða eða andlát af völdum mannlegra mistaka eða slysi, þar sem hjúkrunarfræðingar voru líklegri til að vera mjög eða frekar ósammála ákæru en Þjóðgáttarhópurinn var líklegri til að vera mjög eða frekar sammála. Munurinn milli hópanna minnkaði með hærra menntunarstigi Þjóðgáttarhópsins. Þegar spurt var um hvort ákæra ætti heilbrigðisstarfsmann fyrir skaða eða andlát vegna vanrækslu eða ásetnings var munurinn ekki marktækur.

ÁLYKTANIR

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að viðhorf hjúkrunarfræðinga endurspeglu ekki tilhneigingu til að víkjast undan ábyrgð á óvæntum atvikum í heilbrigðisþjónustu, heldur mikilvægi þess að gera greinarmun á eðli slíkra atvika. Þessar niðurstöður sýna að þörf er á upplýstri opinni umræðu um óvænt atvik í heilbrigðisþjónustu og viðeigandi ráðstafanir og viðbrögð sem best tryggja öryggi bæði sjúklínga og starfsfólks.

störfum sínum eftir ákærana en fyrir og að þeir væru meðvitaðri nú en fyrir ákæru, ekki aðeins um ábyrgðina sem störfum þeirra fylgir heldur einnig áhættuna, og þá ekki einungis fyrir sjúklinga heldur einnig fyrir þá sjálfa bæði persónulega og faglega.²

Ákæran í maí 2014 var reiðarslag fyrir heilbrigðisstarfsfólk á Íslandi.³ Á þessum tíma áttu fáir von á því að hjúkrunarfræðingurinn yrði ákærður og sóttur til saka fyrir refsivert athæfi. Ákæran markaði tímamót að því leyti að nýr veruleiki blasti nú við heilbrigðisstarfsfólki þar sem gera mátti ráð fyrir að með ákærinni hefði skapast fordæmi. Ríkissaksóknari hafði sótt málið fast fyrir dómi og var ekki sáttur við það hvernig málið þróaðist í dómnum.⁴ Ef þess má vænta að heilbrigðisstarfsfólk á Íslandi fái stöðu sakbornings vegna mistaka í starfi, þá eru blikur á lofti í málefnum heilbrigðisþjónustunnar, einkum í öryggismálum sjúklinga.

Alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu gerast. Alvarleg atvik sem rekja má til ásetnings eru afar sjaldgæf og ber að rannsaka sem sakamál. Ákvæði um manndráp af gáleysi er ákvæði í almennum hegningarlögum og eiga sér rætur í mismunandi aðstæðum daglegs lífs þar sem athafnir eins geta skapað augljósa hættu og valdið öðrum tjóni eða skaða eins og til dæmis í umferðinni. Í heilbrigðisþjónustu eru aðstæður sem fela í sér hættu því störfum fagfólks fylgir oft augljós áhætta fyrir sjúklinga. Starfsemi sjúkrahúsa einkennist af fjölda ákvarðana sem taka þarf hratt og fumlaut fyrir mjög veikt fólk, fjölda aðgerða í flóknu tæknivæddu umhverfi og árangri sem ræðst af þessu tvennu og tengdum atvikum. Við svona aðstæður geta átt sér stað óhöpp og manngleg mistök.

En er ástæða til að ætla að nú séu blikur á lofti um að heilbrigðisstarfsfólk á Íslandi eigi á hættu að sæta ákæru samkvæmt almennu ákvæði um refsíabýrgð? Alþjóðlegar rannsóknir Dekkers benda til þess að tilfellum þar sem manngleg mistök í heilbrigðisþjónustu eru gerð refsiverð fari fjölgandi.⁵ Hann tengir það við almenna þróun löggjafar frá því að vera almenn og opin fyrir túlkunum yfir í þrengri og sértækari lög og nefnir þar sem dæmi lög um hatursglæpi. Þá heldur hann því fram að „glæpavæðing mannglegra mistaka“ gerist ekki í tómarúmi og bendir á að meðal löggjafara megi finna þau viðhorf að tími sé til kominn að taka af festu á fagfólki og láta eitt yfir alla ganga, „lög eru lög og allir skuli jafnir fyrir lögum“. Hvort faglegri eða lagalegri ábyrgðarskyldu verði beitt, veltur að mati Dekkers á því hver segir söguna, hvaða skilgreiningum og þar með hvaða skilningi er beitt.⁵

Norrænir afbrotufræðingar hafa haldið því fram að stefna í afbrotamálum sé að hallast í átt að harðari refsingum og benda á að stjórnámálamenn réttlæti harðari refsingar í vaxandi mæli með vísan til almenningsálitsins og þess að almenningur vilji harðari refsingar. Rannsóknir þeirra sýndu hins vegar að því meiri upplýsingar sem fólk fær um tiltekið mál og því meira sem það veit um hagi hins ákærða, því mildara verði fólk í afstöðu sinni til refsinga.⁶

Með hliðsjón af þessu var vert að kanna viðhorf almennings á Íslandi til ákæru á hendur heilbrigðisstarfsfólki og skoða hvort þar sé gerður greinarmunur á mistökum, slyzni, vanrækslu og ásetningi. Þetta var gert hér með samanburðarrannsókn þar sem skoðuð voru viðhorf meðal íslenskra hjúkrunarfræðinga annars vegar og almennings

hins vegar. Ætla má af rannsóknum norrænu afbrotufræðinganna að fram komi munur á viðhorfum og skilningi meðal hjúkrunarfræðinga annars vegar og almennings hins vegar og að þar sé almenningur líklegri en hjúkrunarfræðingar til að setja öll alvarleg atvik undir sama hatt sem refsivert athæfi.

Sé sú tilgáta rétt, geta niðurstöðurnar gefið vísbendingar um þau verkefni sem fram undan eru við að efla traust á stofnunum heilbrigðiskerfisins. Markmið þessarar rannsóknar var að stuðla að upplýstari umræðu um viðbrögð við atvikum í heilbrigðisþjónustu og hvernig þau tengjast öryggi sjúklinga. Með þetta að markmiði leitast rannsóknin við að varpa ljósi á þá spurningu hvað einkenni viðhorf gagnvart ákæru fyrir alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu á Íslandi, og hvort draga megi ályktanir af þeim viðhorfum fyrir þær áskoranir sem við blasa, það er að byggja upp öryggismenningu innan íslenskra heilbrigðiskerfisins og tryggja betur öryggi sjúklinga til lengri tíma.

Efniviður og aðferðir

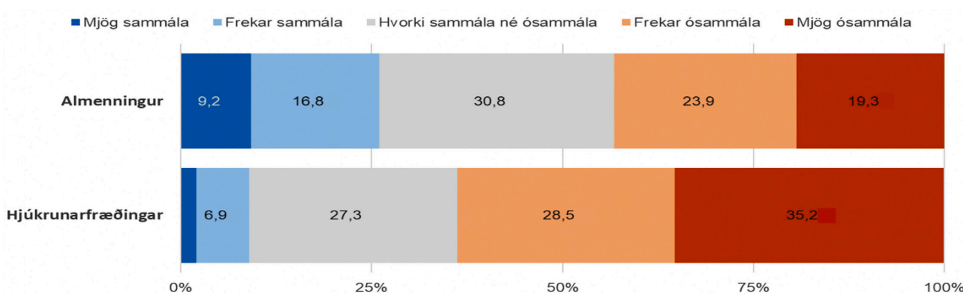
Rannsóknin var lýsandi samanburðarrannsókn sem byggðist á gögnum úr könnun sem fyrirtækið Maskína gerði fyrir höfunda í byrjun árs 2019 og að hluta úr viðtalsrannsókn um áhrif ákæru á hjúkrunarfræðinga.² Fjórar spurningar voru lagðar fyrir 2882 hjúkrunarfræðinga, dagana 26. febrúar til 3. mars 2019. Þessar sömu spurningar voru lagðar fyrir samanburðarhóp dagana 22. febrúar til 5. mars 2019. Samanburðarhópurinn var fenginn úr Þjóðgátt Maskínu, sem er slembiúrtak úr Þjóðskrá, lagskipt eftir aldri og búsetu og voru gögnin viktud þannig að niðurstöðurnar endurspeglir þjóðina eins og hún birtist í skrá Hagstofu Íslands. Hópurinn hjúkrunarfræðingar var allt þýðið, það er allir starfandi hjúkrunarfræðingar á Ísland samkvæmt félagatali Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga árið 2018.

Spurningarnar voru flokkaðar samkvæmt skilgreiningum á atvikum í heilbrigðisþjónustu sem birtust í bandarískri tímamótaskýrslu árið 1999 um mistök í heilbrigðisþjónustu.⁷ Tildrög skýrslunnar voru vaxandi áhyggjur af umfangi mistaka innan heilbrigðisþjónustunnar og stöðu öryggismála sem kölluðu á nauðsyn þess að rjúfa þögnina og kveða niður menningu sem einkennst hafði af ásökunum. Í skýrslunni er meðal annars gerður greinarmunur á óhappi (*slips*), yfirsjónum (*lapses*), mistökum (*mistakes*) og slyzni (*accidents*).

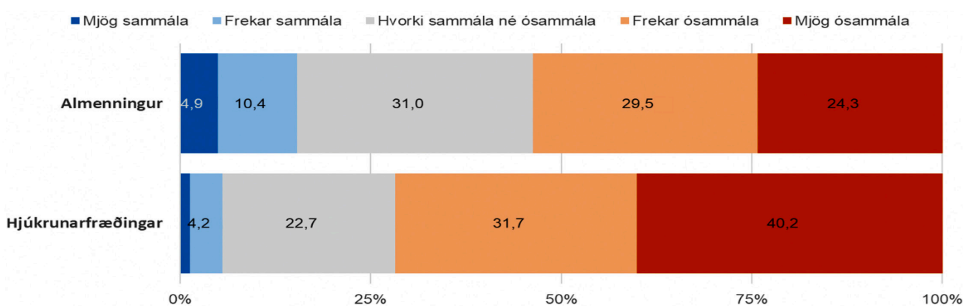
Með spurningunum var annars vegar kannað hvort það viðhorf sem þar kæmi fram gerði greinarmun á mistökum, slyzni, vanrækslu eða ásetningi sem orsök skaða eða dauða. Hins vegar var skoðað hvort greina mætti mun á viðhorfum og þá hugsanlega skilningi þessara hópa á mismunandi merkingu þessara hugtaka. Öll svör voru gefin á Likert-kvarða (tafla 1).⁸ Svarmöguleikar voru eftirfarandi: Mjög sammála (5), frekar sammála (4), hvorki sammála né ósammála (3), frekar ósammála (2), mjög ósammála (1). Miðað var við mæligildi á miðsækni svara, sem segir til um hvar þungamiðja svara við tiltekinni spurningu liggur á Likert-kvarðanum. Staðalfrávik og 95% vikmörk voru reiknuð fyrir svör hverrar spurningar (myndir 1-4). Stuðst var við Kí-kvaðrat próf og voru marktæknimörk sett 0,05.

Alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu gerast. Alvarleg atvik sem rekja má til ásetnings eru afar sjaldgæf og ber að rannsaka sem sakamál

Tafla 1. Það á að ákæra heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti:		vegna manlegra mistaka í starfi		af slynsni		vegna vanrækslu		af ásetningi	
		fjöldi	%	fjöldi	%	fjöldi	%	fjöldi	%
Hjúkrunarfræðingar	Mjög sammála	36	2,0	22	1,3	459	26,2	1597	90,2
	Frekar sammála	123	6,9	73	4,2	762	43,5	112	6,3
	Hvorki sammála né ósammála	485	27,3	397	22,7	357	20,4	33	1,9
	Frekar ósammála	505	28,5	553	31,7	106	6,1	11	0,6
	Mjög ósammála	625	35,2	702	40,2	68	3,9	18	1
Almenningur	Mjög sammála	70	9,2	37	4,9	298	39,4	675	89,7
	Frekar sammála	129	16,8	78	10,4	281	37,2	42	5,6
	Hvorki sammála né ósammála	235	30,8	234	31	123	16,3	27	3,6
	Frekar ósammála	183	23,9	222	29,5	35	4,7	3	0,4
	Mjög ósammála	147	19,3	184	24,3	19	2,5	5	0,7



Mynd 1. Það á að ákæra heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti vegna manlegra mistaka. (Almenningur: meðaltal: 2,73; 95% vikiörk: +/-0,09; staðalfrávik: 1,21. Hjúkrunarfræðingar: meðaltal: 2,12; 95% vikiörk: +/-0,05; staðalfrávik:1,04).



Mynd 2. Það á að ákæra heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti af slynsni. (Almenningur: meðaltal: 2,42; 95% vikiörk: +/-0,08; staðalfrávik:1,10. Hjúkrunarfræðingar: meðaltal: 1,95; 95% vikiörk: +/-0,04, staðalfrávik: 0,95).

Spurningar í samanburðarrannsókninni sem lögð var fyrir báða hópana má sjá í töflu I. Eftirfarandi texti birtist svarendum á undan spurningunum: „Næst eru spurningar sem beinast að óvæntum atvikum sem geta átt sér stað þegar heilbrigðisþjónusta er veitt. Í Lögum um landlækni og lýðheilsu númer 41 frá árinu 2007, segir meðal annars í 9. grein: Með óvæntu atviki er átt við óhappatilvik, mistök, vanrækslu eða önnur atvik sem valdið hafa sjúklingi tjóni eða hefðu getað valdið sjúklingi tjóni.“

Niðurstöður

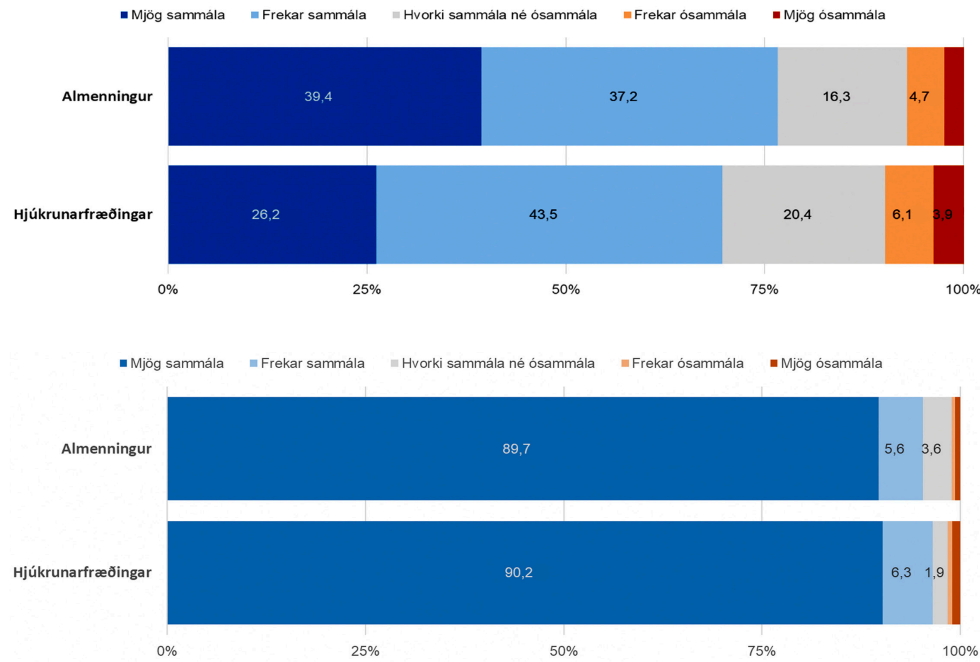
Úr hópi hjúkrunarfræðinga svöruðu 1958 könnuninni og var svarhlutfall 67,9%. Svarendur úr hópi Þjóðgáttar voru 771 og voru gögnin vigtuð með tilliti til aldurs, kyns og búsetu. Við vigtun

gagna birtist misræmi í fjöldatölum og hlutföllum sem orsakast af námundun.

Meginniðurstöður úr könnuninni sýna að fleiri úr hópi Þjóðgáttar (26%) en hjúkrunarfræðinga (9%) eru mjög eða frekar sammála því að ákæra heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti vegna manlegra mistaka (p<0,00001). Aftur á móti voru fleiri hjúkrunarfræðingar (64%) en svarendur Þjóðgáttar (43%) mjög eða frekar ósammála að ákæra ætti vegna alvarlegs skaða eða andláts af völdum manlegra mistaka (p<0,00001). Munurinn er marktækur í báðum tilfellum (mynd 1). Þá má sjá að um 54% úr hópi Þjóðgáttar voru mjög eða frekar ósammála því að ákæra fyrir alvarlegan skaða eða andlát af völdum slynsni, á móti um 72% hjúkrunarfræðinga (mynd 2) (p<0,00001).

Við nánari skoðun á því hvernig svarendur úr hópi Þjóðgáttar

Tafla II. Svör Þjóðgáttarhóps við spurningum um hvort ákæra beri vegna alvarlegs skaða eða andláts af völdum mistaka eða slysi, eftir menntunarstigi hópsins. Hlutfall.	Mjög/frekar sammála		Hvorki sammála né ósammála		Mjög/frekar ósammála	
	mistök	slysi	mistök	slysi	mistök	slysi
Grunnskólamenntun	30,2	19,5	34,2	40,6	35,6	39,9
Framhaldsskólamenntun	33,5	19,4	31,7	32,4	34,8	48,3
Háskólapróf	20,4	11,0	28,0	25,7	51,7	63,3



Mynd 3. Það á að ákæra heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti vegna vanrækslu. (Almenningur: meðaltal: 4,06; 95% vikmörk: +/-0,07; staðalfrávik: 1,01. Hjúkrunarfræðingar: meðaltal: 3,82; 95% vikmörk: +/-0,05; staðalfrávik: 1,01)

Mynd 4. Það á að ákæra heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti af ásetningi. (Almenningur: meðaltal: 4,83; 95% vikmörk +/-0,04; staðalfrávik: 0,60. Hjúkrunarfræðingar: meðaltal: 4,84; 95% vikmörk +/-0,03; staðalfrávik: 0,58)

svara spurningum um það hvort að ákæra ætti heilbrigðisstarfsmann sem veldur skaða eða andláti vegna mannglegra mistaka eða af slysi kemur í ljós að þeir sem voru með háskólapróf voru líklegri til að vera mjög eða frekar ósammála ákæru en þeir sem voru með lægra menntunarstig, framhaldsskólapróf eða grunnskólapróf (tafla II) (vegna mistaka: $p < 0,01$; af slysi: $p < 0,00001$). Viðhorf almennings með háskólapróf virðist þar með nálgast viðhorf hjúkrunarfræðinganna meira en viðhorf þeirra sem eru með lægra menntunarstig (grunnskóla- eða framhaldsskólapróf). Ekki var marktækur munur milli kynja, aldursflokka eða búsetu.

Pegar spurt var um hvort ákæra ætti heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti vegna vanrækslu voru um 77% úr hópi Þjóðgáttar mjög eða frekar sammála því á móti um 70% úr hópi hjúkrunarfræðinga (mynd 3). Þótt munurinn sé heldur minni á hópunum, eða um 7%, er hann enn marktækur ($p < 0,05$). Aftur á móti var nær enginn munur á svörum Þjóðgáttarhópsins og hjúkrunarfræðinga við spurningunni um hvort ákæra ætti heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti af ásetningi (mynd 4). Alls um 95% Þjóðgáttarhóps voru mjög eða frekar sammála því að ákæra vegna ásetnings og rúm 96% hjúkrunarfræðinga.

Umræða

Alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu og öryggi sjúklinga hafa verið viðfangs- og umfjöllunarefni í skrifum íslenskra hjúkrunarfræðinga um árabíl.^{9,10,11} Eftirminnileg umræða um öryggi sjúklinga var á fjölmennu málþingi á vegum Hjúkrunarráðs Landspítala í apríl 2006 og vakti málið allnokkra athygli í fjölmiðlum.¹² Svo fór á þeim tíma að umræðu um öryggi sjúklinga var snarlega hætt innan spítalans.² Nokkur umræða átti sér síðan stað í kjölfar atviksins í október 2012.¹³⁻¹⁷

Sjúkrahúsþjónustan í Reykjavík og síðar sameinað sjúkrahús, Landspítali, höfðu átt stormasama áratugi í aðdraganda atviksins í október 2012. Niðurskurður og sársaukafullt sameiningarferli á tíunda áratugnum, ítrekaðar hagræðingarkröfur í kjölfar sameiningarinnar á fyrsta áratug þessarar aldar og síðan afleiðingar hrunsins 2008 höfðu sett mark sitt á þróun sjúkrahússins. Starfsemi og stjórnun sjúkrahússins hafði átt á brattann að sækja og þurft að verja bæði orðstír sinn og almennt traust við erfið skilyrði. Það er í þessu samhengi sem rétt er að skoða og skilja örlög þeirra tilrauna sem gerðar höfðu verið til að opna upp umræðu um alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu á Íslandi í þeim tilgangi að draga af þeim lærdóm í þágu öryggis sjúklinga.

Umræða um öryggis- og gæðamál í heilbrigðisþjónustu er alltaf

mikilvæg. Aftur á móti er mikilvægt að geta tekið þá umræðu án þess að umræðan sé yfirskyggt af atburðum sem einkenna gjarnan alvarleg atvik og áhrif þeirra á sjúklinga og aðstandendur, þó skiljanleg sé. Í þessari rannsókn er sjónum hins vegar beint að því sem skiptir höfuðmáli fyrir möguleika heilbrigðiskerfisins til að byggja upp öryggismenningu, en það eru viðbrögð við alvarlegum atvikum í heilbrigðisþjónustu, áhrifum þeirra á heilbrigðisstarfsfólk og þær hættur sem þeim áhrifum geta fylgt fyrir framkvæmd öryggis- og gæðamála. Tildrögin eru eins og fram hefur komið ákæra á hendur hjúkrunarfræðingi sem sakaður var um manndráp af gáleysi. Þegar umrætt atvik átti sér stað síðla árs 2012 hafði umræðan um öryggi sjúklinga tekið á sig þá mynd innan sjúkrahússins að „opna skyldi umræðuna um alvarleg atvik og byggja upp traust í samskiptum“. Tilkynna skyldi og skrá alvarleg atvik með það að markmiði að læra af mistökum og bæta þannig þjónustuna og tryggja betur öryggi sjúklinga.² Aftur á móti, þegar tilkynning um atvikið var samkvæmt lögum¹⁸ komin í hendur starfsfólks í öðru opinberu kerfi, réttarkerfinu, þar sem unnið er samkvæmt lögum um meðferð sakamála sem tóku mið af öðrum markmiðum en þeim sem að var stefnt innan sjúkrahússins, átti sér stað trúnaðarbrestur í hugum starfsfólks innan heilbrigðiskerfisins. Það sem átti að vera öryggis- og gæðamál var orðið sakamál sem birtist með ákæru Ríkissaksóknara í maí 2014.²

Rannsóknir benda til þess að refsivæðing mannglegra mistaka sé tengd ríkjandi viðhorfum og að framkvæmd ábyrgðarskyldunnar sé ekki óháð ytri aðstæðum.⁵ Rannsóknir norrænu afbrotufræðinganna taka undir þetta.⁶ Þeir benda á að stjórnmalamenn réttlæti í vaxandi mæli harðari refsingar með vísan til þess að það sé vilji almennings og telja sig sjá ákveðið samband milli vaxandi fylgis flokka yst á hægri væng stjórnmalanna og breytinga á refsimenningu í þessa veru. Breytingum á umliðnum 30-40 árum á opinberri stjórnsýslu, sem rekja má til ríkisstjórna Ronalds Reagan og Margaretar Thatcher, fylgdu meiri kröfur um aukna skilvirkni, ábyrgð og gagnsæi.¹⁹ Tilgangurinn var að auka traust á þjónustu hins opinbera.^{20,21} Fagfólk hefur ekki farið varhluta af áhrifum þessara breytinga og framkvæmd þeirra í sínum daglegu störfum.^{22,23,24} Sú innbyggða tortryggni sem fólst í þessum breytingum virðist ekki hafa skilað tilætluðum árangri heldur þvert á móti nært tortryggni og efasemdir í garð opinberrar stjórnsýslu og þjónustu fagfólks.²⁰ Andrúmsloft tortryggni og efasemda grefur undan því trausti sem þarf að ríkja svo hægt sé að rannsaka það sem fer úrskæðis í heilbrigðisþjónustu án þess að heilbrigðisstarfsfólk þurfi að óttast að upplýsingar sem það veitir um málavexti verði notaðar gegn þeim í sakamáli. Þetta sýna rannsóknir á sambandinu milli trausts og ábyrgðarskyldu en þær sýna að jákvæð áhrif ábyrgðarskyldunnar ráðast af því hvernig staðið er að framkvæmdinni.²⁵

Rannsóknir sýna að óvænt alvarleg atvik eru heilbrigðisstarfsfólki mjög þungbær reynsla.^{5,26-29} Þá geta ákæru bæði skaðað sambandið milli sjúklinga og starfsfólks^{22,30} og haft neikvæðar afleiðingar fyrir öryggismál og því grafið undan öryggi sjúklinga.⁵ Alþjóðlegar rannsóknir á áhrifum ákæru á hendur fagfólki almennt í mikilvægum þjónustukerfum þar sem öryggismál verða að vera í forgrunni, benda til þess að slíkar ákæru hamli uppbyggingu og framþróun öryggismála. Innan stofnana-

fræðanna hafa verið færð fyrir því rök að til að tryggja gæði og áreiðanleika upplýsinga um alvarleg atvik í þeim tilgangi að draga af þeim lærdóm og byggja upp öryggismenningu sé mikilvægt að starfsfólk eigi ekki yfir höfði sér ákæru og sakamálaferli.³¹ Umræða um atvikaskráningu og öryggismenningu á vettvangi stjórnsýslufræðanna tekur undir þessi rök. Í því samhengi hefur verið bent á að mikilvægt sé að framkvæmd ábyrgðarskyldunnar leggi áherslu á fyrirsvar (*answerability*) faglegrar ábyrgðar á kostnað saknæmis (*culpability*) lagalegrar refsíábyrgðar. Þannig megi forðast ásakandi andrúmsloft við kringumstæður þar sem lífsnauðsyn kallar á að ábyrgðarskyldu sé fylgt eftir með hætti sem best tryggir gæði upplýsinga.³²

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að þörf er á upplýstri umræðu um óvænt atvik í heilbrigðisþjónustu og hvernig viðbrögð við þeim tengjast öryggi sjúklinga. Eins og sjá má af þeim sem tóku afstöðu í könnuninni hér að framan er almenningur líklegri en hjúkrunarfræðingar til að vilja ákæra heilbrigðisstarfsmann fyrir mannleg mistök í starfi. Tilgátan um að gera mætti ráð fyrir að munur væri á viðhorfum almennings og viðhorfum hjúkrunarfræðinga hefur því verið staðfest. Aftur á móti minnkar bilið milli þessa viðhorfs almennings í könnuninni og viðhorfs hjúkrunarfræðinganna eftir því sem menntunarstig almennings hækkar. Með öðrum orðum má leiða rök að því að þeim mun meiri upplýsingar sem fólk almennt hefur um málavexti, því mildari verði afstaðan til þess hvort eigi að ákæra eða ekki. Þessi niðurstaða er í ætt við niðurstöðu norrænu afbrotufræðinganna í rannsókninni um viðhorf almennings til refsinga, sem vísað var til hér að framan.

Sú athyglisverða niðurstaða fékkst með samanburðinum milli þessara hópa að munurinn á viðhorfum hjúkrunarfræðinganna og viðhorfum almennings minnkar eftir því hvort um er að ræða mannleg mistök, slysi, vanrækslu eða ásetning. Munurinn á svörum hópanna verður lítill þegar um er að ræða vanrækslu og nánast enginn varðandi ásetning. Ekki er að sjá af þessu að viðhorf hjúkrunarfræðinga beri vott um tilhneigingu til að víkjast undan ábyrgð á því sem kann að fara úrskæðis, heldur að gera beri greinarmun á eðli atvika enda má gera ráð fyrir að þar komi til þekking hjúkrunarfræðinga á aðstæðum. Á hinn bóginn má skilja viðhorf almennings sem viðhorf notandans sem allt eins gæti átt það á hættu að verða fyrir því sem úrskæðis fer í heilbrigðisþjónustunni. Ef það er tilfellið að greina megi ótta meðal almennings eru blikur á lofti í heilbrigðisþjónustunni, því það er kunnara en frá þurfi að segja að ótti meðal almennings hefur reynst kjörlendi tækifærismennsku í heimi stjórnmalanna.

Þessar niðurstöður renna stoðum undir þau sjónarmið að rannsóknir á alvarlegum atvikum í heilbrigðisþjónustu fái kerfisbundinn farveg innan stjórnsýslunnar. Þar verði tryggt að stofnanir sem fara með rannsókn slíkra mála hafi á að skipa sérfræðiþekkingu á þeim málum sem til rannsóknar eru hverju sinni. Rannsóknin þarf að miða að því að fá fram allar upplýsingar um atvikið til að draga af því lærdóm og þar með draga úr líkum á að slíkt gerist aftur. Gæta þarf þess að ljúka með skipulögðum hætti rannsókn málsins á þessum nótum áður en úr því er endanlega skorið hvort grunur leiki á um refsivert athæfi sem þá þarf að senda til rannsóknar hjá lögreglu. Þessi nálgun er

Rannsóknir sýna að alvarleg atvik eru heilbrigðisstarfsfólki þungbær reynsla. Ákæru geta skaðað sambandið milli sjúklinga og starfsfólks og grafið undan öryggi sjúklinga

í anda þess sem tíðkast í löndunum í kringum okkar, einkum hinum Norðurlöndunum svo sem fram kemur í skýrslu velferðarráðuneytisins frá 2015.³³

Mistök eru mannleg og alvarleg óvænt atvik sem rekja má til mannlegra mistaka geta átt sér stað í heilbrigðisþjónustu líkt og í samgöngum. Bæði í heilbrigðisþjónustu og samgöngum getur fólki verið hætta búin vegna atvika sem rekja má til samverkandi þátta þar sem reynir á þrautþjálfað fagfólk við aðstæður sem einkennast oft af miklum hraða, flóknum hátæknibúnaði og margslungnum verkefnum þar sem margir koma að á mismunandi tímum. Heilbrigðis- og samgöngukerfi eiga það sameiginlegt að vera þjónustukerfi þar sem öryggismál eru lífsnauðsyn og ástand og þróun öryggismála því lykillinn að því trausti sem notendur þurfa að geta borið til þjónustunnar. Það sem aftur á móti skilur þessi kerfi að hér á landi er að viðbrögðum við óvæntum atvikum og framþróun öryggismála hefur verið fundinn ólíkur farvegur. Rannsóknir samgönguslysa miðast eingöngu við það grundvallaratriði í þróun öryggismála að leiða í ljós orsakir slysa og koma með tillögur til úrbóta, en ekki að skipta sök eða ábyrgð.³⁴ Rannsóknunum á óvæntum atvikum í heilbrigðisþjónustu hefur ekki verið tryggður slíkur farvegur hér á landi. Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að þörf sé á upplýstri umræðu um alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu og viðeigandi ráðstafanir og viðbrögð sem best tryggja öryggi bæði sjúklinga og starfsfólks.

Styrkleikar rannsóknar og takmarkanir

Styrkleikar þessarar rannsóknar eru þeir að rannsókn á viðhorfum til ákæru fyrir atvik í heilbrigðisþjónustu hefur ekki verið gerð hér á landi áður. Þá er rannsóknin samanburðarrannsókn sem nær viðhorfum meðal almennings og heillar fagstéttar til þess hvort ákæra eigi fyrir atvik í heilbrigðisþjónustu eða ekki og var svörun tæp 70% hjá fagstéttinni. Veikleikar rannsóknarinnar eru einkum þeir að samanburðarhóparnir eru ólíkir að samsetningu. Úrtak Þjóðgáttar er ólíkur hópur fólks af báðum kynjum, 18 ára og eldri með ólíka menntun en hjúkrunarfræðingar eru 97% konur með háskólapróf.

Þá má segja að rannsókn sem náð hefði viðhorfum fleiri fagstétta, bæði innan sem utan heilbrigðiskerfisins, svo sem lækna, ljósmæðra og sjúkraliða annars vegar og lögfræðinga hins vegar, hefði verið styrkur. Höfundar líta aftur á móti svo á að það sé efni í aðra rannsókn.

Hvorki þurfti leyfi Persónuverndar né vísindasiðanefndar fyrir gerð þessarar rannsóknar.

Þakkir

Höfundar þakka Maskínu fyrir tölfræðilega aðstoð og úrvinnslu gagna og heilbrigðisráðuneytinu fyrir styrk til að standa undir kostnaði við gerð skoðanakönnunarinnar. Þá fær Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga þakkir fyrir aðgang að félagaskrá félagsins.

Greinin barst til blaðsins 29. júní 2020, samþykkt til birtingar 30. nóvember 2020.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/ibl.2021.01.616

Professional versus public attitudes towards criminal charges in healthcare – registered nurses and a random national panel compared: Dark clouds on the horizon?

Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir¹

Elísabet Benedíkt²

Anna María Þórðardóttir²

¹Political Science, School of Social Sciences, University of Iceland, ²Landspítali University Hospital.

Correspondence: Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, silla@hi.is

Key words: health care, human error, human factors, accountability, criminalisation, patient safety.

INTRODUCTION: The aim of this study is to encourage a discussion on patient safety and public responses to serious incidents in healthcare. Triggered by the first of its kind in Iceland, it addresses the question what characterizes attitudes towards criminal charges for a serious incident in healthcare.

MATERIAL AND METHODS: In this comparative study we examined whether attitudes towards culpability of healthcare professionals differed between cohorts from a random national panel and registered Icelandic nurses. Both groups were asked whether a healthcare professional should face criminal charges if causing serious harm or death due to human error, accident, neglect or intent. Answers were given on a Likert scale.

RESULTS: When asked if a healthcare professional causing serious harm or death due to human error or by accident should face criminal charges, nurses were significantly more likely to somewhat or strongly disagree, while the panel was significantly more likely to somewhat or strongly agree. The difference was inversely proportional to educational levels among the panel members. When asked whether a healthcare professional should be charged for causing serious harm or death due to neglect or intent, there was no significant difference between the groups.

CONCLUSION: The results indicate that healthcare professionals, as represented by Icelandic nurses, do not seek to avoid accountability in serious patient incidents, but implicate the importance of distinguishing between the different nature of incidents. The results show that a more informed public debate on serious healthcare incidents is needed in which appropriate measures protecting patient safety as well as professional safety are ensured.

Heimildir

- Héraðsdómur Reykjavíkur, dómsnúmer S-514/2014. heradsdomstolar.is/default.aspx?pa-geid=347c3bb1-8926-11e5-80c6-005056bc6a40&id=08a65d67-d397-4062-977a-f923a7b5ec0c
- Sigurgeirsdóttir S. Criminalisation of human error in health care: How and why legal accountability can crowd out professional accountability and undermine patient safety. Stjórnmal og stjórnsýsla 2020.
- Gunnarsdóttir EB. Heilbrigðisstarfsmenn uggandi vegna ákæru um manndráp. Visir 2014; 22.mai. visir.is/g/2014705229967/heilbrigdisstarfsmenn-uggandi-vegna-akaeru-um-mann-drap - nov 2020.
- RÚV. Sjónvarp: Fréttir klukkan 22:00, 17. desember 2015.
- Dekker S. Just Culture: Balancing Safety and Accountability. CRC Press, London 2012.
- Balvig F, Gunnlaugsson H, Jerre K, et al. The public sense of justice in Scandinavia: A study of attitudes towards punishments. Eur J Criminology 2015; 12: 342-61.
- Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press (US), Washington 2000.
- Likert R. A Technique for the Measurement of Attitude. Arch Psychol 1932; 140: 1-55.
- Pálsdóttir AM, Gústafsdóttir HB, Hreinsdóttir KM, et al. Með lífið í lúkunum á hverri vakt. Lokaverkefni til BS-gráðu í hjúkrunarfræði, Háskólinn á Akureyri 2016. hdl.handle.net/1946/25020 - júní 2020.
- Bragadóttir H, Árnadóttir H, Bjarnadóttir B. Lyfjamistöð hjúkrunarfræðinga á sjúkrahúsum. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2010; 86: 6-11.
- Baldursdóttir L. Mistök í heilbrigðisþjónustu: Til umhugsunar fyrir hjúkrunarfræðinga. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2003; 79: 40-3.
- Hjúkrunarráð Landspítala. Ályktað um skort á hjúkrunarfræðingum 5. apríl 2006. landspitali.is/um-landspitala/fjolmidlatorg/frettir/stok-frett/?NewsID=06c8abfe-add-7-4977-a66b-4f2ce55913ab - júní 2020.
- Benedíksz E. Öryggi sjúklinga og flækjustig nútíma heilbrigðisþjónustu. Læknablaðið 2018; 104: 167.
- Ómarsdóttir GY, Gunnarsdóttir S, Jónsdóttir Þ. Lyfjamistöð og starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2017; 93: 17-25.
- Gunnarsdóttir A. Öll erum við manleg. Læknablaðið 2014; 100: 375.
- Jakobsson B. Leit að sökudólgum skaðar öryggi sjúklinga. Læknablaðið 2014; 100: 377.
- Sigurjónsson H. Enginn ætlar sér að gera mistök – af málþingi landlæknis um öryggismál. Læknablaðið 2013; 99: 471.
- Lög nr. 61/1998, um dánarvottorð, krufningar ofl., 3. gr. <https://www.althingi.is/lagas/nuna/1998061.html> - júní 2020.
- Hood C. Public Management for all seasons? Public administration 1991; 69 (Spring): 3-19.
- O'Neill O. A Question of Trust. Cambridge University Press, Cambridge 2002.
- Power M. The Audit Society: Rituals of Verification. Oxford University Press, Oxford 1999.
- Vento S, Cainelli F, Vallone A. Defensive medicine: it is time to finally slow down an epidemic. World J Clin Cases 2018; 6: 406-9.
- Bevan G, Hood C. What's measured is what matters: Targets and Gaming in the English Public Health Care System. Publ Administration 2006; 84: 517-38.
- Munro E. The Impact of Audit on Social Work. Brit J Soc Work 2004; 38: 1073-4.
- Greiling D. Accountability and Trust. The Oxford Handbook of Public Accountability. Oxford University Press, Oxford 2014: 617-31.
- Ozeke I, Ozeke V, Coskun O, et al. Second victims in health care: current perspectives. Advances in Medical Education and Practice 2019; 10: 595-603.
- Robertson JJ, Long B. Suffering in silence: Medical error and its impact on health care providers. J Emerg Med 2018; 54: 402-9.
- Dekker S. Second victim: error, guilt, trauma and resilience. CRP Press Taylor, Boca Raton 2013.
- Wu AW. Medical error: The second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ 2000; 320: 726-7.
- Pellino IM, Pellino G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrom on surgeons' medical practice and on health service. Updat Surg 2015; 67: 331-7.
- Sagan S. The Limits of Safety: Organizations, Accidents and Nuclear Weapons. Princeton University Press, Princeton 1993.
- Hood C. Accountability and Blame-Avoidance. The Oxford Handbook of Public Accountability. Oxford University Press, Oxford 2014: 603-16.
- Velferðarráðuneytið. Skýrsla starfshóps um alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu. September 2015.
- Lög nr. 18/2013 um rannsókn samgönguslysa. althingi.is/lagas/150c/2013018.html - október 2020.

slenyto
Forðalosandi
melatónín

Til meðferðar við
svefnleysi hjá börnum og
unglingum á aldrinum
2-18 ára með röskun á
einhverfurófi og/eða
Smith-Magenis
heilkenni²

Fyrsta og eina skráða melatónín lyfið til meðferðar
við svefnleysi hjá börnum með röskun á einhverfurófi

SLENYTO® ER FÁANLEGT GEGN LYFSEÐLI

Fyrir frekari upplýsingar eða ef óskað er eftir fundi með sölustjóra Slenyto,
vinsamlegast hafið samband með tölvupósti (info@wh.is) eða í síma 527 0600