

Vitum að ýmislegt fer framhjá okkur

segir Sigurður Guðmundsson landlæknir en telur afar ólíklegt að hér á landi deyi 50-100 manns á ári vegna óhappa og mistaka í heilbrigðiskerfinu

AÐ UNDAFÖRNU hafa orðið allnokkrar umræður um öryggi sjúklunga í íslenska heilbrigðiskerfinu og eiga þær upptök sín í atvikum sem átt hafa sér stað á nokkrum heilbrigðisstofnunum. Inn í þær hefur einnig blandast erindi sem formaður danska læknafélagsins, Jesper Poulsen, hélt á aðalfundi LÍ á Hólum í lok ágúst en efni þess var rakið í októberhefti Lækna- blaðsins. Mörgum brá allnokkuð við málf lutning Jaspers, ekki síst þegar hann varpaði því fram að hugsanlega mætti rekja tugi eða hundruð dauðsfalla á sjúkrahúsum til óhappa eða mistaka við meðferð.

Lækna blaðinu þótti rétt að leita viðbragða við erindi Jaspers Poulsen hjá landlækni en lögum samkvæmt er það hlutverk hans að fylgjast með öryggismálum íslenska heilbrigðiskerfisins og rannsaka kærur sem bornar eru fram á hendur heilbrigðisstarfsmanna vegna atvika sem verða í starfi þeirra. Blaðamaður gekk á fund Sigurðar Guðmundssonar landlæknis og spurði hann fyrst hvort hann teldi sennilegt að mikið væri um dulinn óhöpp og mistök í íslenska heilbrigðiskerfinu.

„Það hafa ekki verið gerðar neinar framsýnar rannsóknir á því hversu algeng óhöpp í heilbrigðiskerfinu eru en við vitum að talsverður hluti þeirra hlýtur að vera dulinn. Það má ráða bæði af því sem gerist í löndunum í kringum okkur og í öðrum flóknum kerfum. Það er hins vegar erfitt að segja til um hversu stór hluti óhappanna er dulinn, hvort það er eins og ísjakinn, 90% neðan-sjávar, eða minna. En við erum ekkert öðruvísi en allir aðrir svo eflaust fer ýmislegt framhjá okkur.

Nú hefur heilbrigðisstofnunum verið gert skylt að tilkynna okkur um óhöpp sem verða og það má segja Landspítalanum til hróss að þar hafa menn staðið sig mjög vel við að koma upplýsingum um þau á framfæri við okkur. Við leggjum svo mat á það hvort ástæða er til að bregðast við og kynna sér málin betur og höfum stundum gert það. Það að tilvikunum skuli fjölga hjá Landspítalanum segir okkur að eitthvað fari leynt. Um það er ekki hægt að kenna einum né neinum heldur tekur það einfaldlega tíma að fá svona tilkynninga-skyldu til að virka.

Landspítalinn er stærsta stofnunin sem undir okkur heyrir, þar eru flestir sjúklungarnir og alvarlegustu sjúkdómarnir svo það eru mestur líkur á óhöppum og mistökum þar. Hins vegar þurfa aðrar stofnanir um allt land að huga að þessu.“

Öryggisventill smæðarinnar

„Rannsókn á vegum Institute of Medicine í Bandaríkjunum sem birtist árið 2000 sýndi hversu miklu al-



Sigurður Guðmundsson landlæknir á skrifstofu sinni.

gengari óhöpp og mistök eru í heilbrigðiskerfinu en menn höfðu haldið. Þar er talað um að milli 45.000 og 90.000 manns deyi af völdum slíkra óhappa á ári hverju í Bandaríkjunum. Miðað við höfðatölu samsvarar það því að hér á landi deyi 50-100 manns á hverju ári vegna mistaka. Okkar svar við því er að við teljum það vera afskaplega ólíklegt. Við höfum að vísu ekki sambærilega rannsókn til að styðjast við en rökin fyrir því að þetta sé ólíklegt eru þau að íslenskt samfélag er svo lítið að ef svona margir létust myndi það spyrjast út. Þessi innri öryggisventill smæðarinnar hjálpar okkur. Það má ráða af þeim umræðum sem orðið hafa að undanförmu um nokkur dauðsföll sem orðið hafa í íslenska heilbrigðiskerfinu. Ef þau væru jafnmörg og erlendu rannsóknirnar benda til færi það ekki framhjá neinum, hvorki almenningi né fjölmiðlum.

Á undanförmum árum hefur kærur til embættisins vegna meintra mistaka eða óhappa fjölgað og það sýnir að vitund almennings um rétt sinn er að aukast. Þar með er ég ekki að segja að ekkert fari framhjá okkur.

Jesper Poulsen ræðir um nauðsyn þess að koma á öflugu öryggiskerfi á heilbrigðisstofnunum og nefnir sérstaklega þátt rafrænnar sjúkraskrár í því. Að þessu höfum við verið að vinna en það hefur bara gengið allt of hægt að koma slíkri skrá í gagnið. Þar þurfum við verulega að slá í klárinn og setja meira fé í þetta brýna verkefni. Það hefur verið unnið að gerð sjúkraskrárkerfa á borð við Dagskerfið sem Íslensk erfða-greining hefur verið að þróa en það gefur meðal annars kost á að setja inn upplýsingar um lyfjanotkun sjúklunga og aðvörunarkerfi sem tengist því. Einnig höfum við unnið með Lyfjastofnun að gerð skráar yfir lyf með óvenjulegar aukaverkanir.

Próstur
Haraldsson

UMRÆÐA & FRÉTTIR / ER HEILBRIGÐISKERFIÐ FÁRVEIKT?

Er heilbrigðiskerfið færveikt?

Erindi Jespers Poulsen í samráði um öryggi sjúklinga á aðalfundi LÍ að Höllum vakti óskipta athygli fundarmanna

Þrátt fyrir þetta hefur heilbrigðiskerfið verið á milli tveimur áherslur: á öryggi sjúklinga og á gæðum heilbrigðisþjónustunnar.

Heilbrigðiskerfið er ekki lengur sátt við sig. Með þessum fjárhagslegum breytingum á döngví er fjárhagsleg áhrif á heilbrigðiskerfið mikil. Þetta hefur verið áberandi í ljósi þess að fjárhagsleg áhrif eru mikil á heilbrigðiskerfið. Þetta hefur verið áberandi í ljósi þess að fjárhagsleg áhrif eru mikil á heilbrigðiskerfið.

Jesper hefur verið á milli tveimur áherslur: á öryggi sjúklinga og á gæðum heilbrigðisþjónustunnar. Þetta hefur verið áberandi í ljósi þess að fjárhagsleg áhrif eru mikil á heilbrigðiskerfið. Þetta hefur verið áberandi í ljósi þess að fjárhagsleg áhrif eru mikil á heilbrigðiskerfið.

Óskipta athygli fundarmanna



796 LÆKNABLAÐIÐ 2003/89

UMRÆÐA & FRÉTTIR / ER HEILBRIGÐISKERFIÐ FÁRVEIKT?

Þrátt fyrir þetta hefur heilbrigðiskerfið verið á milli tveimur áherslur: á öryggi sjúklinga og á gæðum heilbrigðisþjónustunnar.

Heilbrigðiskerfið er ekki lengur sátt við sig. Með þessum fjárhagslegum breytingum á döngví er fjárhagsleg áhrif á heilbrigðiskerfið mikil. Þetta hefur verið áberandi í ljósi þess að fjárhagsleg áhrif eru mikil á heilbrigðiskerfið.

Jesper hefur verið á milli tveimur áherslur: á öryggi sjúklinga og á gæðum heilbrigðisþjónustunnar. Þetta hefur verið áberandi í ljósi þess að fjárhagsleg áhrif eru mikil á heilbrigðiskerfið. Þetta hefur verið áberandi í ljósi þess að fjárhagsleg áhrif eru mikil á heilbrigðiskerfið.

Óskipta athygli fundarmanna



LÆKNABLAÐIÐ 2003/89 797

Umfjöllun Læknablaðsins um erindi Jespers Poulsen á aðalfundi LÍ að Höllum birtist í októberheftinu.

Allt gæti þetta tengst í gegnum Íslenska heilbrigðisnetið sem á að bæta upplýsingastreymi milli stofnana innan kerfisins. Þegar það verður komið í gagn við verður hægt að kalla fram upplýsingar strax um sögu sjúklinga í kerfinu. Það þarf ekki að biða dögum saman eftir að upplýsingar berist frá sjúkrahúsi í öðrum landshluta.

Við berum ábyrgðina

– Danski formaðurinn nefnir einmitt í erindi sínu að sjúklingar geri kröfu til þess að kerfið muni hvað því er sagt.

„Já, það fer skiljanlega í taugarnar á fólki að þurfa að segja sömu söguna fjórtán sinnum og að þurfa að muna hvað það sagði við hvern. Rafræn sjúkraskrá og Íslenska heilbrigðisnetið er einmitt hugsað til að mæta þessum óskum. Það á ekki einungis að muna hvað hefur verið sagt við hvern og einn heldur einnig hvaða lyfjum hann er á hverju sinni, hvaða lyf hann þolir og hvaða lyfjasamsetningar hafa verið reyndar en ekki gengið.

En það er annað sem Daninn nefnir ekki sem mig langar að bæta við og það er nauðsyn þess að efla vitund lækna um að þeir bera ábyrgð á sjúklingum sínum, ekki bara lagalega heldur síðferðilega og faglega ábyrgð sem að minu viti vegur miklu þyngra en sú sem skilgreind er í lögum. Það er gömul saga og ný að menn skynji ekki þessa ábyrgð. En menn geta ekki vísað henni frá sér nema til annars læknis. Það dugar ekki að ýta henni yfir á stofnanir eða stjórnmalámennt. Við verðum að vera vakin og sofin yfir velferð sjúklinga okkar. Nú er ég ekki að segja að læknar séu það ekki en það er tilhneiging til þess inni á stofnunum að menn skynji sjálfa sig sem hluta af einhverju stærra kerfi sem sjái um sjúklinginn. Það eru þeir sjálfir sem bera ábyrgð á meðferðinni – alltaf.

Ég hef þá trú að ef okkur tekst að skerpa þessa

ábyrgð munum við ná heilmiklum árangri í því að fækka óhöppum. Þetta þýðir ekki að menn þurfi að vera með hnút í maganum í hvert sinn sem þeir nálgast sjúkling en þeir þurfa að skynja að þeir bera ábyrgð. Ef menn hafa það hugfast eru minni líkur á að þeir geri mistök og þetta gildir raunar um öll störf.“

Enginn ætlar sér að gera mistök

Jesper Poulsen ræðir um mismunandi viðbrögð við óhöppum og kallar það kerfi sem víðast hvar er við lýði „shame, blame and punishment“, það er að megináherslan er lögð á að finna þann seka og refsa honum. Hann segir að þetta kerfi beinlínis hamli því að hægt sé að takast á við vandann vegna þess að menn bregðist við með því að þegja og hylma yfir í stað þess að viðurkenna mistök sín og reyna að bæta úr þeim sem fyrst.

„Já, ég gæti ekki verið meira sammála honum. Okkur er stundum legið á hálsi fyrir að vera ekki nógu duglegir við að beita formlegum áminningum til heilbrigðisstarfsmanna með tilheyrandi bréfi til ráðherra. Flestar áminningar sem við veitum eru vegna vísitandi vanrækslu í starfi og tengjast oft en ekki áfengis- eða vímuefnavanda viðkomandi starfsmanns. Við höfum verið mun tregari til að veita áminningar þegar hrein óhöpp eða slys verða. Ástæða þess er sú að við vitum að það mætir enginn í vinnuna til þess að gera mistök. Stundum höfum við þurft að grípa til formlegra áminninga en reynum að beita þeim varlega og leggjum áherslu á að menn noti óhöppin til að læra af þeim. Við vitum nefnilega að sá sem lendir í því að gera mistök mun kappkosta það eftirlíðis að gera þetta aldrei aftur. Það eitt að lenda í þeirri aðstöðu er flestum meiri refsing heldur en við getum nokkurn tímann beitt.“

– Jesper vísaði oft í erindi sínu til flugsins og kjarnorkuiðnaðarins þar sem menn hafa komið sér upp virkri öryggismenningu, meðal annars með því að fara í saumana á öllum „næstum því slysum“. Væri ekki ráð að koma slíku á hérlendis?

„Jú, og það erum við reyndar að gera. Þá á ég bæði við tilkynningaskylduna sem ég nefndi áðan en auk hennar erum við með hugmyndir um ráðgjafahóp eða rannsóknarnefnd skipaða fólki sem starfar utan heilbrigðiskerfisins sem við gætum sent á vettvang strax og við fáum pata af einhverri uppákomu. Við sækjum fyrirmyndina til rannsóknarnefnda flugslysa og umferðarslysa og sjáum fyrir okkur að hún geti gefið sjálfstætt álit á því sem úrskæiðs fer.

Við höfum líka harmað það að hér á landi skuli ekki hafa komist á sá siður sem algengur er á bandarískum sjúkrahúsum og felst í því að haldnir eru reglulega svonefndir „mortality and morbidity conferences“. Slíkir tilfellafundir eru haldnir á deildum sjúkrahúsa einu sinni í mánuði eða svo og þar er farið yfir öll þau mál sem ekki gengur vel. Það hefur ekki

gengið að koma þessu á hér á landi en við höfum rætt um þetta, ég og Kristján Erlendsson kennslustjóri við Háskóla Íslands að koma þessu á. Þá gætum við komið héðan upp á Landspítala og greint frá einhverjum tilfellum.“

Hættulegt að verða veikur

– Er ekki ástæða til að gera rannsóknir á því hversu öruggt íslenskt heilbrigðiskerfi er?

„Jú, við höfum rætt nauðsyn þess en þetta þarf að vera vel gert. Það er ekki nóg að efla skráninguna heldur þarf að hafa fólk úti í kerfinu sem fylgist með og gerir framsýnar rannsóknir. Það kostar bæði fé og mannafla. Spurningin er hvort við getum yfirfært niðurstöður erlendra rannsókna en ég á mjög bágð með að trúa því að hér verði 50-100 dauðsföll á ári vegna mistaka eða óhappa.“

Að sjálfsögðu verða óhöpp þar sem fólk deyr eða skaðast alvarlega. En þegar við skoðum það verðum við að hafa í huga þær aðstæður sem uppi voru þar og þá, eðli sjúkdómsins, ófyrirsjáanlegar aukaverkanir lyfja og annað sem getur leitt til þess að óhappið verður án þess að hægt sé að kalla það mistök. Fyrir nokkrum árum var brugðist við þessu með setningu laga um sjúklingatryggingar þar sem kveðið er á um

rétt sjúklunga til bóta fyrir óhöpp sem verða án þess að hægt sé að gera einhver ábyrgan fyrir mistökum.

Það er hættulegt að verða veikur og gangast undir meðferð. Matið á því hvort mistök hafa orðið eða ekki verður að miðast við þær aðstæður sem ríktu þegar ákvörðun var tekin, ekki með því að vera vitur eftir á. Þarna getur verið grátt svæði og ýmsir möguleikar á viðbrögðum. Auðvitað reyna menn að leita skýringa þegar illa fer og spyrja hvort ekki hafi á einhverjum tíma verið hægt að breyta öðruvísi. Eftir á að hyggja er kannski hægt að svara því játandi en á því augnabliki sem ákvörðunin var tekin kann hún að hafa sýnst sú eina eða sú skynsamlegasta í stöðunni.

Við hér hjá embættinu skynjum þennan vanda og reynum að bregðast við honum þótt við höfum ekki svör við öllum spurningum. En þegar allt kemur til alls mega heilbrigðisstarfsmenn aldrei gleyma því að þeir eru með fólk í höndunum en ekki kerti og plátínur. Fólkíð á það inni hjá okkur að við sýnum því fulla virðingu og jafnrétti. Við þurfum vitaskuld að hafa alla nýjustu þekkingu á hraðbergi en mikilvægast er að við sýnum sjúklingunum að okkur er ekki sama um þá. Það heldur okkur við efnið og dregur úr mistökum. En okkur mun aldrei takast að útrýma mistökum algerlega því við erum öll mannleg,“ sagði Sigurður Guðmundsson landlæknir.

Áhættureiknivél Hjartaverndar

Sérfræðingar Hjartaverndar hafa þróað reiknivél sem á að gefa fólki hugmynd um í hvernig áhættu það er, með tilliti til hjarta- og æðasjúkdóma og er hún á heimasíðu samtakanna www.hjarta.is. Vélin er byggð á líkani sem reiknar út líkurnar á að fá kransæðasjúkdóm á næstu 10 árum. Forsendurnar eru fengnar úr niðurstöðum mælinga í hóprannsókn Hjartaverndar.

Reiknivélin virkar þannig að fólk getur sett inn sínar eigin mælingarniðurstöður eins og kólesteról í blóði, blóðþrýstingsgildi, hæð og þyngd sem og lífsstílsþætti eins og reykingar og hvort menn stunda reglulega hreyfingu. Vélin er miðuð við fólk á aldrinum 35-75 ára en niðurstöður eru ekki marktækar fyrir þá sem hafa fengið kransæðastíflu, farið í hjartaaðgerð eða í kransæðaútvíkkun.

Á heimasíðunni segir Vilmundur Guðnason forstöðulæknir Hjartaverndar að baráttunni gegn kransæðastíflu sé engan veginn lokið því enn fái yfir 1000 Íslendingar þennan sjúkdóm á hverju ári og eru karlmenn í meirihluta. Af þeim deyja um 200 manns skyndidauða árlega.

Um reiknivélina segir Vilmundur meðal annars: „Reikningarnir byggja á áhættulíkani sem unnið er útrá niðurstöðum úr Hóprannsókn Hjartaverndar sem staðið hefur í meir en 35 ár og eru þannig miðaðar við íslenskar aðstæður. Rétt er að benda á að áhættan er byggð á líkum og er engan veginn sjúkdómsgreining heldur einungis vísbending. Í þessu reiknilíkani er einnig unnt að skoða hvernig líkurnar breytast með því að breyta áhættuþáttunum eins og að

Líkur á að fá kransæðasjúkdóm á næstu 10 árum:

Kyn: <small>(1 þáttur 36-75 ár)</small>	Mæld gildi Karl	Víðmið
Aldur: <small>(1 þáttur 36-75 ár)</small>	ár	ár
Hæð: <small>(1 þáttur 160-200 cm)</small>	cm	cm
Þyngd: <small>(1 þáttur 65-120 kg)</small>	kg	kg
Efni mörk blóðþrýstings: <small>(1 þáttur 100-160 mmHg)</small>	mmHg	mmHg
Kólesteról: <small>(1 þáttur 170 mmol/L)</small>	mmól/L	mmól/L
HDL (Góða kólesteróli): <small>(1 þáttur 0.9-2.5 mmol/L)</small>	mmól/L	mmól/L
Þriggjaeris: <small>(1 þáttur 0.5-4.5 mmol/L)</small>	mmól/L	mmól/L
Stundar þú þrúttir líkamserkt reglulega?	<input checked="" type="radio"/> Já <input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Já <input checked="" type="radio"/> Nei
Reykingar:	<input type="radio"/> Sigarettur 1/2 pakki eða minna á dag og/edna pipja <input type="radio"/> Sigarettur 1/2 til 1 pakki á dag <input type="radio"/> Sigarettur meira en 1 pakki á dag <input type="radio"/> Hættur að reykja <input checked="" type="radio"/> Aldrei reykt	<input type="radio"/> Sigarettur 1/2 pakki eða minna á dag og/edna pipja <input type="radio"/> Sigarettur 1/2 til 1 pakki á dag <input type="radio"/> Sigarettur meira en 1 pakki á dag <input type="radio"/> Hættur að reykja <input checked="" type="radio"/> Aldrei reykt
Ert þú með sykursýki?	<input type="radio"/> Já <input checked="" type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Já <input checked="" type="radio"/> Nei
Hafa kynforeldrar eða alystikini þín fengið kransæðasjúkdóm?	<input type="radio"/> Já <input checked="" type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Já <input checked="" type="radio"/> Nei

hætta að reykja eða lækka kólesterólið svo dæmi séu tekin.

Markmiðið með þessari reiknivél er þannig að auka vitund fólks um áhættuþætti kransæðasjúkdóms og hvernig hægt er að hafa áhrif á þessa áhættu með breytingu á áhættuþáttunum. **–PH**