

Er heilbrigðiskerfið fárveikt?

- Erindi Jespers Poulsen formanns dönsku læknasamtakanna um öryggi sjúklinga á aðalfundi LÍ að Hólum vakti óskipta athygli fundarmanna

Pröstur Haraldsson Heilbrigðiskerfið er ekki öruggur staður að vera á. Með þessari yfirlýsingu hóf Jesper Poulsen formaður dönsku læknasamtakanna erindi sitt um öryggi sjúklinga á aðalfundi LÍ að Hólum. Fyrst hljómaði þetta eins og útúrsnúningur úr bílaauglýsingu en eftir því sem á erindið leið urðu áheyrendur æ meira sammála honum. Raunar bætti hann um betur og sagði eitt-hvað á þá leið að furðu sætti hversu margir slyppu óskaddaðir frá viðskiptum sínum við heilbrigðiskerfið.

Jesper hefur flutt þetta erindi víða um lönd enda er um fátt meira talað þar sem lækna koma saman þessi misserin en öryggi sjúklinga, eða öllu heldur skortinn á því. Allt frá því fyrsta rannsóknin á mistökum í meðferð sjúklinga var gerð fyrir tólf árum vestur í Bandaríkjunum hafa vísbendingarnar hrannast upp sem sýna æ betur að það er eitthvað að heilbrigðiskerfi heimsins. Þar verða ótrúlega mörg óhöpp sem ekki er með neinu móti hægt að rekja til sjúkdómsins sem verið er að meðhöndla heldur verða fyrir tilverknað meðferðarinnar sem beitt er.

Eftir fyrstu rannsóknirnar komu menn sér saman um skilgreiningu á því sem á ensku nefnist „serious adverse events“. Samkvæmt henni telst það vera alvarlegt óhapp þegar afleiðingin er ýmist sú að sjúklingurinn deyr, verður fatlaður eða óvinnufær í þrjá mánuði, eða lengur eða að sjúkrahúsdvöl hans lengist um viku eða meira af ástæðum sem ekki er hægt að rekja til sjúkdómsins sem upphaflega var ætlunin að meðhöndla.

*Gestir aðalfundar
Læknafélags Íslands á
Hólum í ágúst í sumar.*



Þrjár jumbóþotur á viku

Jesper vitnaði í rannsóknir sem gerðar hafa verið í Bandaríkjunum, Ástralíu, Bretlandi og Danmörku og sýna að alvarleg atvik eru verulega örg, eða á bilinu 9-16,6 af hundraði þeirra tilvika sem skoðuð hafa verið. Bandarískir rannsakendur hafa komist að þeirri niðurstöðu að sennilega kosti þessi alvarlegu atvik 45.000-98.000 manns lífið á hverju ári. Þetta jafngildir því að í hverri viku farist þrjár jumbóþotur fullhlaðnar farþegum allan ársins hring. „Ef þetta gerðist þannig yrði auðvitað allt vitlaust, en við missum okkar fólk jafnt og þétt svo enginn tekur eftir því,“ sagði hann.

Niðurstöður dönsku könnunarinnar (sem Jesper viðurkenndi að hefði verið lítil) benda til þess að sambærilegar tölur þar í landi væru 1500-5000 dauðsföll á ári en alvarlega slasaðir væru tífalt fleiri. Engin rannsókn hefur verið gerð á þessu hér á landi en Jesper benti á að með því að yfirfæra dönsku tölurnar á íslenskar aðstæður jafngiltu þær því að 90-300 manns létust hér á hverju ári og tífalt fleiri slösuðust alvarlega. Um þetta er að sjálfsögðu ekkert hægt að fullyrða og væri þarft að gera á því könnun.

Samkvæmt niðurstöðum dönsku könnunarinnar verða um 100.000 alvarleg atvik í heilbrigðiskerfinu þar árlega. Kæur vegna mistaka lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna eru einungis um 5000 á ári í Danmörku og af þeim verða ekki nema um 2000 fyrir raunverulegum skaða. Hinir hafa vissulega orðið fyrir vondri meðferð en ekki beðið neinn skaða af henni. Þessar tölur sýna að 98% þeirra alvarlegu atvika sem verða leiða ekki til kæru.

„Við höfum hingað til einblínt á atvikin sem eru kærð en hvað um öll hin? Það er nauðsynlegt að færa sjónarhornið og horfast í augu við hinn raunverulega vanda,“ sagði Jesper.

Jesper sýndi fundarmönnum athyglisveða glæru þar sem nokkrum sviðum mannlegra athafna var raðað niður eftir áhættustigi:

1. flokkur - lítil áhætta

Áætlunarflug
Evrópskar járnbrautir
Kjarnorkuver

2. flokkur - áhætta í meðallagi

Leiguflug
Umferð bíla
Efnaverksmiðjur

3. flokkur - mikil áhætta

Teygjústökk
Fjallaklifur
Heilbrigðiskerfið

Hvað veldur?

Þeir sem hafa fjallað um þennan dulda vanda heilbrigðiskerfisins hafa að sjálfsögðu velt vöngum yfir því í hverju hann er fólgin. Læknar mæta að sjálfsögðu til vinnu dag hvern með þann einlæga ásetning einsog allt annað fólk að gera gagn, láta gott af sér leiða. En niðurstaðan er sú að það er mannlegt að gera mistök og að þess vegna sé nauðsynlegt að hanna kerfið þannig að það vinni gegn mistökum og reyni að afstýra þeim. Þar vanti hins vegar mikið uppá.

Í máli sínu vitnaði Jesper oft til þess sem gert hefur verið á sviði flugmála og geimferða. Þar hafa menn lengi vitað af því að mistök eru mannleg og að þau eru bæði dýr og skaðleg. Þess vegna er lagt mikið uppúr því að rannsaka þau slys sem verða og ekki síður óhöpp sem tekist hefur að forða frá því að verða að mannskæðum slysum, „near-miss” eins og þau nefnast uppá ensku, eða næstum því slys.

„Við getum ekki komið í veg fyrir mannleg mistök en við getum bætt þau upp og reynt að afstýra þeim með því að koma á öryggiskerfi sem virkar og byggja upp sjúkráhusmenningu sem hefur öryggi sjúklinga að leiðarljósi í stóru sem smáu. Það getum við lært af öðrum atvinnugreinum og það verðum við að gera,” sagði Jesper.

Jesper nefndi ýmis dæmi af því hvernig gallar kerfisins birtast. Hann sýndi mynd af körfu með fjórum brúnum glösum sem innihéldu stungulyf. Glösin voru öll eins en innihéldu fjögur mismunandi lyf. „Þetta býður hættunni á mistökum heim,” sagði hann og spurði af hverju ekki væri hægt að hafa glösin í mismunandi lit.

Annað dæmi var um stútana sem settir eru á sjúklinga til að gefa þeim vökva í æð eða næringu inn í meltingarveginn. Það verða fjölmörg mistök á öllum deildum við það að starfsfólk gefur sjúklingum efni í æð sem átti að fara í meltingarveginn eða öfugt. Oft er þetta sem betur fer meinlaust en það verða líka dauðsföll af þessari ástæðu. Af hverju eru þessir stútar alveg eins? Í bílaframleiðslu er löngu búið að breyta stútum bensíndæla þannig að þeir sem dæla blýbensíni komast ekki ofan í bensíntanka bíla með efnahvarfa.

Svona dæmi eru mýmörg og þau eru allt í kringum okkur en af gömlum vana er ekkert gert í málunum fyrr en í óefni er komið. Við reynum að setja hindranir inn í kerfið sem eiga að afstýra mistökum en það eru göt á öllum kerfum og stundum verður röð mistaka vegna þess að götin standast á. Þegar það gerist dugar okkur ekki þótt öryggið sé 95-99%. Hver meðferð sjúklings getur verið samsett úr hundruðum lítilla aðgerða og með auknum fjölda minnka líkurnar á að allt gangi vel. Séu líkurnar 95% en aðgerðirnar 100 eru líkurnar á því að eitthvað fari úrskaiðis miklu meiri en að allt gangi að óskum.



Refsingar virka öfugt

Jesper sagði frá barni sem lést í Danmörku eftir að hjúkrunarfræðingur gaf því inn stungulyf sem blandað var á staðnum. Lyfið var í duftformi og átti að blandast út í vatn en hjúkrunarfræðingurinn ruglaðist og hafði lyfið óvart tífalt sterkara en það átti að vera. Þessi hjúkrunarfræðingur var gerður að blóraböggli og hún dæmd til refsingar. Stjórn spítalans lýsti á-nægju sinni með dóminn sem sýndi að þar á bæ væru ströng viðurlög við mistökum.

Jesper sagði að á deildinni sem hann starfaði á hefði þetta verið rætt eins og raunar um allt danska heilbrigðiskerfið. Ályktun þeirra hefði verið sú að rangt hefði verið að láta konuna blanda lyfið á staðnum, með því væri hættunni boðið heim. Eftir þetta hefði deildin sett sér þá reglu að öll lyf komi blönduð í réttum skömmtum frá apótekinu eða framleiðandanum.

Niðurstaða Jespers og kollega hans var sú að viðbrögð stjórnendanna hefðu verið röng. Það stoðar ekkert að refsar fólk fyrir svona mistök. „Vandinn við refsleiðina er ekki bara sá að hún virkar ekki heldur að hún gerir illt verra. Eigi fólk refsingu yfir höfði fyrir mistök hettir það að segja frá þeim og fer að fela þau. Við verðum að geta talað um mistökin sem við gerum, hvort sem þau hafa alvarlegar afleiðingar eða ekki. Með því að skoða þau og skilgreina getum við grafist fyrir um orsakir þeirra og úthugsað hvaða hindranir væri hægt að setja upp til að fyrirbyggja að þau endurtaki sig,” sagði Jesper og bætti því við að ef við lærum ekki af mistökunum erum við dæmd til að endurtaka þau.

*Jesper Poulsen formaður
danska læknafélagsins.*

Að gagnrýna uppá við

Hann nefndi annað dæmi af hjúkrunarfræðingi sem óvart gaf sjúklingi vöðvaslakandi lyf þegar það átti ekki við. Þegar lækarnir undruðust viðbragðaleysi sjúklingsins brást hjúkrunarfræðingurinn við með því að viðurkenna strax mistökin og benda á leið til að bregðast við þeim. Það var gert og allt fór vel. Yfirlæknirinn á þessari deild brást þannig við að á næsta fundi kallaði hann hjúkrunarfræðinginn upp, hrósaði henni í hástert fyrir rétt viðbrögð og sagði að það væri einmitt svona fólk sem spítalinn þyrfti að hafa sem mest af.

Jesper nefndi þetta sem dæmi um rétt en því miður of sjaldgæf viðbrögð. „Við erum allt of upptekin við að finna þann sem gerði mistökin í stað þess að spyrja af hverju þau urðu,” sagði hann. Hann nefndi ríkjandi viðbrögð „blame, shame and punishment” uppá ensku, eða sekt, skömm og refsingu.

Hann mælti með því að komið yrði á svipuðu kerfi og komið hefur verið á í ýmsum atvinnugreinum, til dæmis kjarnorkuverum. Þar hafa menn að sjálfsögðu komið upp tæknilegum öryggiskerfum sem eiga að afstýra slysum, en það eitt nægir ekki. Þeir hafa því lagt rækt við öryggismenningu sem byggist á því að starfsmenn geti sagt frá öllu sem aflaga fer án þess að eiga yfir höfði sér refsingu.

Jesper vísaði rétt einn ganginn til flugsins og sagði sögu af aðstoðarflugstjóranum sem heyrir spyrja á upptökunni í svarta kassanum: - Flugstjóri, erum við ekki að koma heldur hratt og lágt inn til landingar? Ekkert svar heyrir frá flugstjóranum svo aðstoðarmaðurinn endurtekur spurninguna en tekst ekki að ljúka henni áður en flugvélin brotlendir.

Heilbrigðiskerfið er pýramídi þar sem þeir lægra settu eiga oft afar erfitt með að gagnrýna eða leiðrétta þá sem ofar eru. Það er ekki gott fyrir starfsframann og kostar auk þess leiðindi það sem eftir er vikunnar. „Við erum of föst í vanahugsunum um völd og stöðu enda eru lækna lítt hrifnir af breytingum,” sagði Jesper og hvatti til þess að lækna litu til annarra starfsgreina eftir fyrirmyndum.

Bætum upplýsingakerfin!

En hvað er hægt að gera? Hvað er brýnast? Jesper sagðist hafa lagt þá spurningu fyrir Donald Berwick hjá Institute of Health Care Improvement í Boston hvað væri brýnasta úrlausnarefnið til að draga úr alvarlegum óhöppum í heilbrigðiskerfinu. Svarið var að bæta upplýsingakerfin og koma á rafrænum sjúkraskrá sem tengdar eru gagnagrunni um lyfjagjöf til sjúklunga. Þetta rökstuddi hann með því að benda á að um 30% af hundraði alvarlegra óhappa stafa af mistökum við lyfjagjöf.

Nú er verið að gera tilraunir með slík kerfi á nokkrum stöðum, þar á meðal í Colorado í Bandaríkjunum. Þar mætir hjúkrunarfræðingur sjúklingi með fartölvu og strikamerkjaskanna. Fartölvan er tengd þráðlaust við rafræna sjúkraskrá og lyfjagagnagrunn sjúkrahússins og hún bregður skannanum á lyfjapakkan sem hún er með og einnig á strikamerki í armbandi sjúklings. Passi upplýsingarnar ekki saman fær hjúkrunarfræðingurinn aðvörun um að ekki sé heimilt að gefa sjúklingnum þessi lyf og að hann skuli leita ráða hjá viðkomandi lækni.

„Við höfum lengi barist fyrir því að fá svona kerfi í Danmörku og nú hillir undir að það verði að veruleika. Yfirvöld sjúkrahúsmála hafa heitið okkur svona kerfi árið 2006 en við óttumst að inn í það muni vanta ýmis öryggisatriði, svo sem að tekið sé mið af þyngd sjúklings og hvort hann er með lyfjaofnæmi. Einnig þarf kerfið að vara við óvanalegum lyfjasamsetningum, frá- eða ábendingum sem stangast á og svo framvegis. Ef þetta verður ekki innbyggt í kerfið er verr af stað farið en heima setið,” sagði Jesper.

Hann sagði að eins og kerfið er núna gæti margt farið úrskeiðis, ekki síst við meðferð upplýsinga. Til dæmis tíðkaðist enn að upplýsingar sem birtast á skjá væru skrifaðar niður handvirkt og færðar inn í sjúkraskrár sem myndust svo aldrei þegar á þyrfti að halda. „Það þarf að koma á kerfi sem man að þessi sjúklingur er með ofnæmi fyrir ákveðnu lyfi. Af hverju ætti sjúklingurinn að muna eftir að segja lækni eða hjúkrunarfræðingi frá þessu í hvert sinn sem hann kemur? Læknasamtökin hafa að sjálfsögðu áhyggjur af trúnaðarsambandi læknis og sjúklings en þau mega ekki gleyma því að sjúklingar gera þá kröfu til heilbrigðiskerfisins að það muni það sem því er sagt,” sagði Jesper Poulsen.

Stuðningur í stað refsinga

Þegar hann hafði lokið máli sínu var fundarmönnum gefinn kostur á að spyrja út í einstök atriði fyrirlestrarins. Greinilegt var að íslenskir lækna áttu erfitt með að sjá fyrir sér annað kerfi en það sem nú er í gildi hér og í mörgum öðrum löndum varðandi ábyrgð lækna á gerðum sínum. Sigurður E. Sigurðsson

Nokkrir af ábúendum á Hólum 22.- 23. ágúst sl.





Gestir á fremsta bekk sýna fulla einbeitingu og andakt gagnvart sláandi tölum og staðreyndum sem Jesper færði fram.

spurði til dæmis hvort ekki væri erfitt að taka sökina burt því ef óhapp verði þá sé alltaf spurt hver beri ábyrgð á því.

Jesper vildi snúa röksemdinni við og sagði að þetta væri einmitt gild ástæða til þess að breyta lögum um læknamisök. „Að sjálfsögðu vitum við um atvik sem verða fyrir vítaverða hegðun læknis en drukknir skurðlæknar eru ákaflega fáir og það eru ekki þeir sem málið snýst um. Það hafa verið gerðar kannanir á þeim læknum sem gera mistök og það fundust engir raðmorðingjar í þeirra röðum (að

Harold Shipman hinum enska undanteknum) heldur voru þetta ósköp venjulegir læknar. Ef við viðhöldum refsingunum mun það kosta marga sjúklinga lífið. Það er miklu líklegra til árangurs að styðja starfsfólk til að draga úr mistökum og hvetja það til að segja frá og ræða málin enda snýst þetta um stjórnun. Í stað þess að beita refsingum þurfum við að verðlauna þá sem hafa kjark til að segja frá eigin mistökum,” sagði Jesper Poulsen formaður dönsku læknasamtakanna og var greinilegt að fundarmönnum fannst hann eiga mikið erindi á aðalfund íslenskra lækna.