



Kultur- og debattredaktør Hilde Sandvik
debatt@bt.no – telefon 55 21 46 08 (10.00-11.30)
Redaksjon: Ingvild Sæterstøl, Egil Horne Mikkelsen og Aslaug Eide.

Grip sjansen!

HELSEMINISTER Anne-Grete Strøm-Erichsen uttalte nylig at hun var rystet over internettmobbingen som tre måneder gamle Ludvik med Downs syndrom ble utsatt for. Hun har også uttalt hun vil gjøre det hun kan for at alle som trenger litt ekstra hjelp, skal kunne leve gode liv. Nå er Ludvik-saken ute av mediebildet og det er tid for politiske realiteter. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten konkluderte nylig med at det ikke er helsemessige gevinster ved å innføre rutinemessig tidlig ultralyd.

ENESTE SIKRE konsekvens vil være at man i statlig regi systematisk leter etter fostre med Downs syndrom og andre avvik. Blivende foreldre vil aktivt måtte velge om de vil fullføre svangerskapet eller ta livet av foster som har Downs syndrom, eller på andre måter ikke svarer til foreldrenes ønsker.

DET ER RYSTENDE at lille Ludvik mobbes. Det er imidlertid ikke mindre rystende at helseministeren går inn for at helsetjenesten skal innføre et tilbud uten andre sikre konsekvenser enn at fostre med Ludviks syndrom blir fjernet. Holdningene til ufødt liv henger uløselig sammen med holdningene til født liv. Hvis ikke Strøm-Erichsen umiddelbart trekker Arbeiderpartiets ønske om rutinemessig tidlig ultralyd nå som det er konkludert med at det ikke er dokumentert helsegevinst, vil hun sende tydelige signaler om at slike personer ikke har samme rett som andre til å vokse opp. Altså handler det ikke om hvorvidt de som har spesielle behov skal kunne leve gode liv, men om de overhodet skal få leve opp.

HUN VET HVILKE konsekvenser rutinemessig tidlig ultralyd vil få, og kan derfor ikke gjemme seg bak fine formuleringer om å gi de gravide trygghet og informasjon. Hennes syn fremmer systematisk mobbing og nedvurdering av dem som er annerledes. Vi tror ikke at det er intensjonen hennes, men det blir likevel konsekvensen.

NÅ HAR helseministeren en gyllen anledning til i praksis å demonstrere at hun mener alvor når hun sier at alle barn skal vite at de er velkommen og like mye verdt. Hva hun egentlig står for, viser seg ikke i fine ord, men i de politiske handlingene.

OLAV MAGNUS S. FREDHEIM
STYRELEDER, NORGES KRISTELIGE
LEGEFORENING

INGRID M. HARDANG
ETIKKUTVALGET, NORGES KRISTELIGE
LEGEFORENING

Vi har nettopp fått meldingen om at 4723 pasienter døde på grunn av en pasientskade ved norske sykehus i 2010, en opplysning som ikke har gått upåaktet i våre medier.

To levende og en død?



PASIENTSIKKERHET: Det slår meg er at rapporten er uferdig, det mangler mange detaljer som er helt nødvendig for å vurdere den grundig, skriver artikkelforfatteren.

ARKIVFOTO: SCANPIX

PASIENTSKADE

Hans Flaatten,
seksjons-overlege,
professor dr.med., KSK/
IntensivHaukeland
Universitetssykehus



MIN FØRSTE REAKSJON som engasjert fagperson i pasientsikkerhet siden tidlig på 90-tallet, var at det her må være noe som ikke stemmer. Riktignok har mange etterlyst norske tall om konsekvenser av avvik og feil i vår helsetjeneste, slik at vi ikke bare skal basere oss på utenlandske undersøkelser, men dette var «i overkant».

Hvorfor jeg umiddelbart reagerer, er at dette tallet er så stort at det tilsier at det på Haukeland Universitetssykehus alene skulle dø 1–2 pasienter hvert døgn pga. skade i fjor (sykehuset står for ca. 10 % av somatisk helsetjeneste i Norge). Dette er langt fra den virkeligheten vi som faktisk arbeider med pasienter (og ikke bare tall) kjenner oss igjen i!

HVA KAN GJØRES for å kontrollere riktigheten av dette funnet, som kommer i en rapport fra et solid faglig nivå i Norsk Helsetjeneste: Kunnskapssenteret i Sosial og Helsedirektoratet? Jo, en går til «kilden». I dette tilfellet rapporten fra Nasjonal pasientsikkerhetskampanje: I trygge hender.

Det første som slår meg er at dette er en uferdig rapport, det mangler mange detaljer som er helt nødvendig for å vurdere rapporten grundig. Et sentralt element er hvor representative de 7819 tilfeldig utvalgte pasientoppsettene faktisk er, sammenlignet med den store massen av ca. 860.000 pasientoppsett fra 2010. Det foreligger ikke

data som gjør meg trygg på at utvalget er representativt: ingen angivelse av gjennomsnittsalder, kjønnsbalanse, innleggelsestider, type innleggelser (akuttplanlagt) verken i utvalget eller sammenlignet med alle innleggelser i 2010. Før slike tall er tilgjengelige, er det helt umulig å si noe om hvor representative dette tilfeldige utvalget faktisk er, og da må resultatene også vurderes deretter.

DET ANDRE JEG umiddelbart reagerer på, er den sterke ordbruken i rapporten: «pasienter som dør pga. pasientskade, var estimert til 4723 pasienter i 2010». De fleste vil lese dette bokstavelig: Det er påført en skade som fører til at pasienten dør.

Dette er ikke i tråd med slik vi opplever lignende forhold. For det første er det som regel ikke snakk om fysisk skade, selv om dette også forekommer, men ulike grader av avvik i et sammensatt pasientforløp som ender med at pasienten dør, som regel av helt andre årsaker enn fra selve avviket.

ET EKSEMPEL FRA vår egen virksomhet illustrerer forholdet: På tidlig 1990-tallet ble et barn lagt inn på vår intensivavdeling pga. en meget alvorlig infeksjon («blodforgiftning»-sepsis). Barnet var kritisk sykt ved innkomst, med svikt i mange viktige organsystem som hjerte, lunger og nyrer og med uttalte blødningsforstyrrelser.

Under behandlingen av barnet ble det ved en feil hengt opp en type infusjonsløsning i stedet

for en annen væske. Dette ble oppdaget og korrigerert i løpet av 20 min., dvs. riktig væske ble da igjen gitt. Dette var en liten detalj i helheten. Hendelsen ble i ettertid analysert av så vel egne som andre eksperter, da barnet døde og forholdet endte med en påtale fra politiet. Ingen av ekspertene mente at denne hendelsen hadde noen som helst betydning for pasientforløpet. Pasienten døde pga. sin alvorlige sykdom.

UTEN AT VI KJENNER detaljer fra de 0,66 % av pasientene som i utvalget døde av skader, føler jeg meg veldig usikker på hvilken rolle «feilen» eller «skaden» har spilt i disse dødsfallene. I 2008 ble det

» Det er derfor viktig at de tall som kommer ut er pålitelige

forholdet studert i en lignende undersøkelse fra Nederland. I tillegg til å se på et tilfeldig utvalg pasientforløp (som i den aktuelle undersøkelsen fra Norge), undersøkte de også spesifikt 3983 pasienter som døde på nederlandske sykehus i samme periode.

De fant at død som kunne forebygges, utgjorde ca. 4 % av alle dødsfall. Det er dette tallet som faktisk er av interesse: hvor mange av dem som dør kan faktisk forhindres. Dette vet vi dessverre ikke noe om etter den foreliggende studien fra Norge, og det er en stor svakhet.

GITT AT HALVPARTEN av alle dødsfall i Norge i 2010 (totalt ca. 41.000) skjedde på somatiske sykehus gir dette et helt annet tall: ca. 820 dødsfall som kan forebygges. Da mener jeg vi befinner oss på et helt annet og riktigere nivå enn

det som kan leses ut fra rapporten.

Nå vil mange sikkert hevde at jeg forsøker å redusere problemet og gjøre det mer ufarlig. Tvert om, jeg tror vi har store mørketall på rapportering av uheldige hendelser i vårt helsetjeneste, noe jeg har hevdet helt siden midten på 1990-tallet. Vår intensivavdeling var da foregangsavdeling i Norge for å skape diskusjon og engasjement rundt dette med feil og avvik, ikke minst pga. en avviksregistrering som da ble startet på intensivseksjonen vår.

DET HAR TATT TID å få nasjonale myndigheter på banen i disse spørsmålene, men nå skjer det til gagns. Det er derfor viktig at de tall som kommer ut er pålitelige, noe jeg altså mener langt fra er tilfelle ut fra slik denne rapporten per i dag er utformet.

Jeg tror også vi ville fått bedre svar på det viktige spørsmålet, «I hvilken grad kan vi forebygge unødige dødsfall i norske sykehus?» ved å gjøre som Nederland, se spesifikt på en gruppe pasienter som faktisk dør på sykehuse.

DETTE BURDE VÆRE enkelt å gjøre da Norsk Pasientregister som samler data fra alle somatiske pasientoppsett i vårt land nå også registrerer personnummer i tillegg til ut-status (levende/død) fra sykehuset.

Jeg håper derfor sentrale aktører både i nasjonalt kunnskapssenter samt i vår helseadministrasjon aktivt går ut og kommenterer rapporten på en riktigere måte slik at det ikke skapes unødig frykt og hysteri omkring dette viktige tema.