

Alþingi

Erindi nr. B 121/1040

komudagur 13/3 1997

**Heilbrigðis og Trygginganefnd
Alþingis.**

Nefndasvið,
Þórshamri v/ Templarasund

Reykjavík 10. mars 1997.

Háttvirtur formaður Heilbrigðis og Trygginganefndar.

Sendum yður hér með, öðru sinni tillögur varðandi,
Frumvarp til laga um réttindi sjúklinga, en Lífsvog sendi ytarlegar
tillögur í apríl 1996.

Lífsvog leggur til.

Í 1 kafla, 2 málsgrein um Skilgreiningar.

Varðandi vísindarannsókn, bætist við málsgrein.
Hvers konar lítraunir til einræktunar, svokallaðar klónunar skulu bannaðar á Íslandi.

Við 1 kafla 3. grein um Gæði heilbrigðisþjónustu, er enn að finna orðalagið "sem
sambærilegasta" en Lífsvog telur slíkt ekki eiga heima, í nútíma þjónustu þar
sem ákveðna gæðastaðla, er í raun að finna á hinum ýmsu sviðum þjónustunnar,
hvað varðar aðferðafræði, sem og magn þeirrar þjónustu sem er í boði.

Gæðastaðla íslenskrar heilbrigðisþjónustu, þarf hið fyrsta að samræma þróun
á alþjóðlegum vettvangi, einnig gefur slíkt að sjálfsgögu mögulega á hinu nauðsynlega
endurmati kerfisins innan frá.

Við 19 grein V kafla frumvarpsins um Forgangsröðun, bætist við síðustu málsgrein.

" og eftir atvikum öðrum faglegum forsendum, með heildarhagsmuni sjúklinga í
landinu að leiðarljósi.: Starfandi sjúklingafélög, tilnefni hverju sinni þrjá fulltrúa sína til
starfa með ákvörðunaraðilum um forgangsröðun.

Lífsvog leggur til.

Að, 21 grein frumvarpsins breytist í lið A og lið B.

liður A. Ábyrgð heilbrigðisstarfsmanna, á meðferð sjúklings.

Læknar og heilbrigðisstarfsmenn er bera ábyrgð á meðferð sjúklings, skulu hverju sinni
vera hæfir til þeirra starfa, s.s. hafa hlotið tilskildar vaktahvildir.

Reglulegi effirli með hæfi heilbrigðisstarfsmanna sé til staðar.
Eigi óhöpp eða mistök sér stað í meðferð sjúklings, skal hann njóta aðstoðar s.s. sálsgæslu, og félagslegrar aðstoðar, einnig berist tilkynning af hálfu heilbrigðisstarfsmanns um slík atvik. Til yfirvalda eins fjótt og auðið er.

Líður E Ábyrgð sjúklings á eigin heilsu.

Óbreytt orðalag málsgreinar í frumvarpi.

V kafli 22 grein

Reglur um lunnögn og útskrift.

Samtökin Lífsvog gegnrýndu í fyrri umferð mjög orðið meginábyrgð.
Við teljum óljosa skilgreiningu aðeins skaps óvissu og ótryggi um hver beri ábyrgð á meðferð sjúklings, sem og áframhaldandi effirli til dæmis að loknum aðgerðum inni á sjúkrahúsi.
Sjúklingar kvarta yfir erfiðleikum við að ná sambandi við "megin" ábyrgðarheilbrigðisstarfsmann, því ekki virðist ljóst í öllum tilvikum hver hann er, auk þess kann vafi á hver sé staðgengill hans.
Við leggjum því til að orðið ábyrgð, komi í stað meginábyrgðar.

IV kafli.

Meðferð upplýsinga í sjúkraskrá.
Aðgangur að sjúkraskrá.

14 grein

Málsgreinin

Upplýsingar í sjúkraskrá, sem hafðar eru effir öðrum en sjúklingi sjálfum eða heilbrigðisstarfsmönnum, skal ekki sýna honum nema með samþykki þess sem upplýsingarnar gef.

Lífsvog sér enga ástæðu þess að málsgrein þessi sé til staðar yfir höfuð, því, í fyrsta lagi færir sjúklingur sjálfur ekkert sjúkraskrá, í öðru lagi er það læknis og hjúkrunarfræðinga, að færa skrár sjúklings og þriðja og síðasta lagi, er sjálfsagt og eðlilegt að sjúklingur fái effir af eigin sjúkraskrá og standi honum slíkt til boða af hálfu heilbrigðisstarfsmanns. Færsluaðilum sjúkraskrár ber að sjá til þess að þriðji aðili, eða fleiri hafi ekki áhrif á sjúkraskráritun.

VII kafli Réttur til að kvarta

20 grein

Vækin skal afhýggj á því að nefnd um ágreiningsmál er aðeins skipuð ríkisstarfsmönnum. (sýslumaður, læknir, hjúkrunarfræðingur) Hér er ekki á ferðinni lýðræðisleg meðferð mála, hvað varðar óhlutdrægni, af hálfu hins opinbera. Við teljum það fortakslaust skilyrði að fulltrúar sjúklings stjji í nefnd þessari, til þess að teljast megi óháð. Einnig má teljast

undarlegt að núverandi nefnd er ekki tilvegusáttuð vinnuáætlaða, s.s. skrifstofa, ellegar nokkur búnaður er slíkum störfum fylgir. Einnig eru nefndarmenn í fullu starfi hjá hinu opinbera. Full ástæða er til þess að benda á nauðsyn áfariðhjálpar til handa þeim er telja sig hafa orðið fyrir mistökum og óhöppum, og skyldi sú þjónusta veitt af núverandi viðtökuáðila kvartana. Þ.E. Nefndar um Ágreiningsmál, og Landlæknisembættis.

Nokkur orð til viðbótar frá Lífsvog.

Samtökin Lífsvog hafa mjög gagnrýni málsmeðferð meindra læknarnistakamála, frá stofnun samtakanna. Í upphafi ársins 1997, erum við að merkja einhverja breytingu til hins betra hvað varðar stjórnsýsluleg vinnubrögð, af hálfu Landlæknisembættisins. Því ber að fagna. Hins vegar sjáum við ekki enn að læknaveisindir hér á landi, séu þess almennri umkominn að viðurkenna og horfast í augu við þá staðreynd, að mannleg mistök eiga sér stað, mistök sem munu liggja óbætt hjá gæði, eins og staðan er í dag, ekki hvað síst fyrir erfðleika læknaveisinda, til þess að horfast í augu við staðreyndir, er koma nú hver af annari fram út í hinum stóra heimi. Það væri sorglegt ef við Íslendingar, getum ekki stundað "naflaskoðun" í þessu efni. Hin þjóðhagslega hagkvæmni naflaskoðunar" þessarar kann að koma verulega á óvart, ef allt er tekið með í reikninginn.

Sem dæmi getum við tekið, nýlega ábendingu okkar til háttvirts heilbrigðisráðherra, varðandi ósk um könnun á því atriði, HVE MARGAR, aðgerðir eru endurteknar til þess að laga það sem aflaga fór í fyrstu eða annarri aðgerð á sjúklingum. Langtímaskipulag af hálfu hins opinbera, hvað varðar viðunandi launakjör heilbrigðisstarfmanna, með tilliti til ábyrgðar starfanna, þarf að lita dagsins ljós hið fyrsta, og áður en togstreita ýmis konar eyðileggur meira, en hún mun nokkurn tíma byggja upp.

Að lokum viljum við hjá Lífsvog skora á alþingismenn að sjá til þess að sjóður sé er stofnaður var, er alþingismaðurinn fyrrverandi Karvel Pálmason lenti í læknarnistökum, standi undir nafni, sem tryggingasjóður til handa þeim er nú lenda í læknarnistökum, en eins og staðan er í dag hafa sjúklingar, í stöllu fengið höfnun frá slysetryggingadeild T.R sem og Tryggingaráði, þrátt fyrir ábendingar Landlæknis, þess efnis að sækja beri um úr sjóði þessum.

Með vinsemi og virðingu.

F/M Samtakanna Lífsvog.

Guðrún María Óskarsdóttir.

Guðrún María Óskarsdóttir,
Ásdís Frímannsdóttir
Ester Sveinbjarnardóttir

Reuters New Media

Men's Health Magazine

[Yahoo](#) | [Write Us](#) | [Search](#) | [Info](#) |

[Index](#) | [News](#) | [World](#) | [Biz](#) | [Tech](#) | [Politic](#) | [Sport](#) | [Scoreboard](#) | [Entertain](#) | [Health](#) |

Previous Story: [Heart Attack During Exercise Less Deadly](#)

Next Story: [Method Spots Silicone From Breast Implants](#)

Friday, January 31 5:42 PM EST

Hospital Error Frequency Underestimated

NEW YORK (Reuters) -- Doctors, nurses, and hospital administrators may be making more errors than previously reported, says a new study. And researchers say those mistakes may have serious implications for patient care.

"Health care providers identified an adverse event in 480 (45.8%) of the 1,047 patients (in the study)... in 185 patients (17.7%), the adverse event was serious; this ranged from temporary physical disability to death," say a team of researchers led by Prof. Lori Andrews at the Chicago-Kent College of Law.

A previous study conducted by Harvard University had estimated the rate of serious hospital care error at just 3.7%.

The new study was conducted by a team of researchers who spent nine months following staff at an unidentified American large urban teaching hospital. Their findings were published in this week's issue of the British journal, *The Lancet*.

The researchers focused on two intensive care units (ICUs) and one surgical care floor within the hospital, and attended physicians' rounds, nursing-shift changes, case conferences, and other meetings where errors and examples of "inappropriate care" might be discussed.

The researchers write about some specific examples of errors in patient care. One was the failure of staff to order drug toxicity tests, leading to inadvertent drug overdosing. Another was the failure to quickly diagnose a case of appendicitis simply because a blood test had not been ordered for the patient.

Study authors point out that although tradition places the most important hospital relationship as doctor-patient, the highest percentage of errors occurred not during surgery (10.5% of errors), but in "monitoring and daily care," when 28.3% of mistakes were made.

Patients in ICUs were much more likely to run into a hospital mistake leading to serious complications than those elsewhere. Researchers say that "54.8% of patients who were in an ICU at some time during their stay had a serious initial event compared with 38.1% of those who were never in an ICU."

The longer the hospital stay, the greater the risk of an error in care occurring. "The likelihood of experiencing an adverse event increased about 6% for each day of hospital stay," write the authors.

But factors such as ethnicity, sex, age, and type of medical insurance did not put patients at increased risk for "adverse events," according to the study.

Over a third of the mistakes made could be traced to individuals. But 16% of errors were due to misunderstandings between hospital staff members. And administrative errors or delays, often leading to "unavailable equipment or inadequate staffing," were behind another 10% of patient care oversights.

Researchers admit that even these results may underestimate the amount of serious errors occurring in hospitals. They note that they were restricted to hearing about staff blunders in official settings. "Additional discussions, perhaps about other adverse events, doubtless occurred in more casual settings, such as the cafeteria, and at other times," they say.

Finally, study authors point out that patients may not be as litigation-prone as commonly believed. "Even though 17.7% of patients had serious adverse events during their care, and adverse events led to longer hospital stays and, thus, increased costs to patients, only 13 patients of the 1,047 total patients (1.2%) made claims," they explain. Of those 13 suits, 3 were successful, 8 were dropped, and 2 cases are still pending.

The study authors hope their findings "provide the starting point for proactive error-prevention, thus improving clinical teaching and the quality of care." SOURCE: The Lancet (1997;349:309-313)

<input type="text"/>	<input type="button" value="Search News"/>	<input type="button" value="Help"/>
----------------------	--	-------------------------------------

Previous Story: [Heart Attack During Exercise Less Deadly](#)

Next Story: [Method Spots Silicone From Breast Implants](#)

[| Index](#) | [| News](#) | [| World](#) | [| Biz](#) | [| Tech](#) | [| Politic](#) | [| Sport](#) | [| Scoreboard](#) | [| Entertain](#) | [| Health](#) |

Copyright © 1997 Reuters Limited. All rights reserved. Republication or redistribution of Reuters content is expressly prohibited without the prior written consent of Reuters. Reuters shall not be liable for any errors or delays in the content, or for any actions taken in reliance thereon

[Questions or Comments](#)