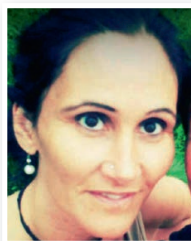


Áhættu- og gæðastjórnun: VERKLAG VIÐ MÆNURÓTAR- DEYFINGAR Í FÆÐINGU



Katrín Sif Sigurgeirsdóttir, ljósmóðir og meistaranemi við Háskóla Íslands

INNGANGUR

Þessi grein byggir á verkefni úr námi mínu í opinberri stjórnýslu við Háskóla Íslands en þar sat ég námskeið sem ber heitið „Akademía fyrir stjórnendur í heilbrigðisþjónustu“. Þar var mér gert að gera verkefni með áhættu- og gæðastjórnun að leiðarljósi. Verkefnið skyldi vera um starfstengt málefni sem mér væri hugleikið.

Það er bæði fagleg reynsla mín og persónuleg, að fæðandi konur eru alla jafna ekki nægilega vel upplýstar um kosti, mögulegar aukaverkanir og fylgikvilla í tengslum við mænurótardeyfingu í fæðingu. Hvenær er mænurótardeyfing askileg eða nauðsynleg, hvenær er hún það ekki og hvenær er áhættan meiri en raunveruleg þörf? Þetta eru allt spurningar sem hver kona þarf að velja fyrir sér til að hún sé fær um að taka upplýsta ákvörðun um mænurótardeyfingu þegar á hölminn er komið.

Góður öryggisbragur einkennist af því að öryggi sjúklinga er sett í öndvegi og áhættustjórnun er samofin öllu því sem gert er. Meginþættir til að bæta öryggisbrag eru að stofnanir tryggja öryggi sjúklinga, viðhafi fagleg samskipti, samstarf og skráningu atvika (Reglugerð nr. 1148/2008).

Áhættu- og gæðastjórnun

Áhættustjórnun eykur virði og verndar verðmæti með því að auka líkur á að markmið tiltekinna starfsemi náist. Kostir áhættustjórnunar eru einnig þeir að auka tilrú hugsmunaáðila, minnka tap, auka skilvirki og tryggja betri grunn til ákvarðanatöku (Böðvar Tomasson, 2012).

Fyrsti alþjóðlegi staðallinn um áhættustjórnun, ISO 31000:2009 „Risk Management- Principles and Guidelines“ er leiðbeinandi grunnur fyrir alla áhættustýringu. Einn af meginþáttum áhættustjórnunarkerfis er að settu eru mælanleg markmið og kerfið svo endurbætt þegar frávik koma í ljós.

Staðallinn endurspeglar góða starfshætti og svarar spurningunum;

- Hvað getur gerst og af hverju?
- Hverjar eru afleiðingarnar?
- Hverjar eru líkurnar á endurtekningu í framtíðinni?
- eru einhverjar þættir sem draga úr afleiðingum áhættunnar eða draga úr líkum á því að áhættuáttvik endurtaki sig?

Heilbrigðisáðuneytið hefur gefið út reglugerð (nr. 1148/2008) um gerð gæðavisa sem nota skal til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar, þar kemur fram sú skilgreining að gæðavísir sé mælikvæði sem gefur vísingum um gæði veittrar þjónustu til að meta hvort gæði meðferðar og umönnunar séu samkvæmt viðurkenndum viðmiðum. Í 4 gr. reglugerðarinnar eru markmið með notkun gæðavisa sett fram, þau eru þessi:

Markmið með notkun gæðavisa er að fylgjast með gæðum og öryggi heilbrigðisþjónustunnar og stuðla að því að þessar þættir séu sýnilegir þannig að notendur heilbrigðisþjónustu, stjórnvöld, stjórnendur heilbrigðisstofnana og heilbrigðisstarfsmenn geti metið gæði þjónustunnar og tekið ákvarðanir á faglegum og upplýstum grundvelli.

Markmið með notkun gæðavisa er einnfremur að veita heilbrigðisstarfsmönnum og heilbrigðisstofnunum aðhald við veitingu heilbrigðisþjónustu, auka gæðavæðinguna, skapa samkeppni á milli þeirra um árangur og gæði og stuðla þannig að umbótum innan heilbrigðisþjónustunnar.

Fagrð Embættis landleknis gaf út leiðbeiningar um sjúklingaöryggi sem ber heitið „Eftum gæði og öryggi í íslenski heilbrigðisþjónustu“. Leiðbeiningarnar byggja á áðurfelldri reglugerð og í þeim er lögð áhersla á að skilgreina hvað hugtakið gæði og öryggi standa fyrir og hvemjg þau skulu innleiðd og ástundað. Í leiðbeiningunum kemur fram að;

Öryggisbragur/öryggismenning (e. safety culture) felur í sér sameiginleg gildi og viðhorf, sem ásamt skipulagi og stjórnun stofnunar, leiða til ákveðins vinnulags og hegðunarmynsturs varðandi öryggismál.

Góður öryggisbragur er fyrir hendi þar sem öryggi sjúklinga er sett í öndvegi og áhættustjórnun er samofin öllu því sem gert er. Slíkur öryggisbragur einkennist af opnum samskiptum og gagnkvæmu trausti milli starfsmanna og sjúklinga. Meginþættir öryggisbrags eru:

Skuldbinding stofnana og forysta þeirra við að tryggja öryggi sjúklinga, samskipti, samstarf og skráning atvika (Laura Sch. Thorsteinsson, Anna B. Aradóttir, Anna B. Jensdóttir, Elisabet Benedikz, Jóhanna F. Jóhannesdóttir, Leifur Bárðarson o.fl. 2012).

Fæðingaráhættu- og mænurótardeyfing

Árangur heilbrigðisþjónustu við fjölskyldu í barneignarferlinu er góður ef miðað er við samanburð meðal OECD ríkjanna á árunum 2011-2013 á tíoni nýburadaða. En fram kemur að tíðni er lagst hér á Íslandi þar sem nýburadaði er 1,3 af hverjum 1000 fæddum eftir 22ja vikna meðöngu. Meðaltalið meðal OECD ríkjanna er hins vegar 3,8 af hverjum 1000 fæddum eins og sjá má á meðfylgjandi töflu (OECD, 2015). (<http://dx.doi.org/10.1787/888933280782>). Við þurfum að halda vel utan um það sem vel er gert og stöðugt að vera tilbúin til að halda áfram að hlúa að, bæta og þróa þjónustuna eftir fremsta megni til að viðhalda þessum góða árangri.

Heilbrigðiskerfið er í stöðugri þróun og á undanförmum þremur áratugum hefur þátttaka sjúklinga í eigin meðferð aukist umtalsvert, þar eru konur í barneignarferlinu engin undantekning. Sjúklingar, þjónustugæjar í heilbrigðiskerfinu eiga lagalegan rétt á að fá upplýsingar um ástand sitt og þá þjónustu sem þeim stendur til boða og þannig val um að þiggja eða hafna þjónustunni samkvæmt lögum um réttindi sjúklinga nr. 74/1997. En þar segir í 1 mgr. 5 gr. „Sjúklingur á rétt á upplýsingum um; heilsufar, ástand og horfur. Áhættu og gagnsemi meðferðar. Önnur hugsanleg úrræði og möguleika á að leita álits annars.“

Mænurótardeyfing er talsvert mikið notað við barnsfæðingar á Íslandi. Samkvæmt fæðingarskrá sem birt er á vef Landspítala var tíðni mænurótardeyfinga við barnsfæðingar (alla kvenna sem ræðgerðu fæðingu um leggöngu) á fæðingadeild Landspítala 45,2% árið 2014 og 44,4% árið 2015. Til samanburðar var tíðni mænurótardeyfinga í Noregi árið 2014, 33,8% allra fæðinga. Til rákvæmari samanburðar má taka saman fæðingar á norskum sjúkrahúsum í Arendal og Kristiansand sem voru samnanlagt með nánast jafnmargar fæðingar árið 2015 (n-2997) og Landspítalinn (n-3037) en meðal tíðni mænurótardeyfinga á norsku sjúkrahúsum var 28,5% á móti 44,4% á Landspítala. (Ragnheiður I. Bjarnadóttir og félagar, 2014, Ragnheiður I. Bjarnadóttir og félagar, 2017, Norwegian Institute of Public Health 2014 og 2015).

Fræðsla og upplýst ákvörðun

Það er, eins og áður hefur komið fram, reynsla mín að fæðandi konur eru alla jafna ekki nægilega upplýstar um það í hvaða tilfellum mænurótardeyfing getur verið askilegur eða nauðsynlegur kostur og eins hvenær hún er það ekki og hvenær áhættan getur verið meiri en raunveruleg þörf. Þar er ekki upplýstar um mögulegar aukaverkanir og fylgikvilla og þar af leiðandi ekki færar til að taka upplýsta ákvörðun um að þiggja þessa deyfingu. Verklagði á stærsta fæðingarstöð okkar, á Fæðingavagta Landspítala, er að kona getur óskað eftir að fá þessa deyfingu lagað jafnvel þótt heilbrigðisstarfsfólk sjái og telji að ekki séu fyrir hendi neinar klínískar ábendingar fyrir því að deyfing skuli lögð. Í verklagsreglu Landspítala um utanbæst-deyfingu (nr. 4.04.01, 2014) kemur fram að skilyrði fyrir lagningu deyfingarinnar sé að; „Beiðni um utanbæst deyfingu kemur frá ljósmóður í samráði eða skv. beiðni konunnar og endanleg ákvörðun er tekin af læknum svefningadeildar.“

Konan þarf ekki að gefa skriflegt samþykki fyrir lagningu deyfingarinnar, líkt og tökkast í mörgum öðrum löndum og ekki þarf að sýna fram á að konunni hafi verið veitt fræðsla í byrjun fæðingar eða það sem betra væri, á meðgönguárinum sem gerir henni kleift að taka upplýsta

ákvörðun um deyfinguna. Þetta vinnulag stangast á við 5. grein laga um réttindi sjúklinga nr.74/1997 þar sem í 1 mgr. segir „Sjúklingur á rétt á upplýsingum um; heilsufar, ástand og horfur. Áhættu og gagnsemi meðferðar. Önnur hugsanleg úrræði og möguleika á að leita álits annars.“

Landlækniseiðbættið hefur gefið út klínískar leiðbeiningar um „Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðöngu“ sem taka mið af bestu þekkingu á hverjum tíma og eru til stuðnings heilbrigðisstarfsfólki til að veita megi sem besta meðferð með sem minnstri áhættu og án óhöfles kostnaðar. Þær eiga meðal annars að stuðla að því að auðveldara verði fyrir barnstafandi konur að taka upplýsta ákvörðun um meðferð sem byggð er á gagnreyndum upplýsingum. Eftir þessum leiðbeiningum er unnið eða þar hafðar til hljóðjónar á flestum ef ekki öllum stöðum þar sem meðgönguverndin er veitt (Hildur Kristjánadóttir og félagar, 2010).

Í fyrsta kafla þessara klínísku leiðbeininga kemur fram að;

„Mikilvægt er að hverri konu sé gert kleift að taka upplýsta ákvörðun um þá þjónustu sem hún þiggur á meðöngunni. Það er á byrð heilbrigðisstarfsmanna sem annast konuna að útskýra hvaða valkosti hún hefur og veita skýrar og óhlutdrægar upplýsingar. Virða ber þá ákvörðun sem konan tekur. Þetta er í samræmi við lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.“

Í meðgönguvernd leitast ljósmæður við að sinna heilbrigðiseftirliti og veita fræðslu innan fyrir fram ákveðins tímaramma. Fræðsla er víðast hvar veitt bæði munnlega og með tilvisun í rafrænar upplýsingar á internetinu, en útprentun hvers kyns fræðslubæklinga hefur að mestu verið lögð niður. Almenn er það álit ljósmæðra að ekki reynist alltaf nægilegur tími til að fara eins ítarlega í fræðslu og þörf væri á og hafa ljósmæður rétt það sín á milli að oft þurfi þær að forgangsraða þeirri fræðslu sem þær telja mesta þörf á að kona fái. Fyrir þessu geta verið ýmsar og breytilegar ástæður svo sem ef notast þarf við tölflygjuþjónustu við fræðsluna, ef frávik koma fram varðandi heilbrigði konunnar eða föstursins sem kalla á ítarlegri og tímafrekari skoðunir en ella eða ef kona er að mæta stöplu til bókaða meðgönguverndartíma, því þarf um alltaf að vera að endurneta og forgangsraða fræðslu og gæta að skipulagi og góðu vinnulagsræði.

Það er almenn vísneska meðal heilbrigðisstarfsfólks að öllum inngripum fylgir áhætta, þar er mænurótardeyfing ekki undanskilin. Mænurótardeyfing getur haft margvislegar aukaverkanir bæði á framgang og útkoma fæðingarinnar, heilsu og öryggi móðurinnar og eins barnsins. Þegar deyfing er lögð kallar þá ingrip undantekningarliðið á annað ingrip sem enn eykur á áhættuna á fleiri fylgikvillum. Í verklagsreglu Landspítalans er að finna verklagsreglu um tvo fylgikvillum sem geta fylgt mænurótardeyfingu en það eru „Post spínal höfuðverkur og Há spínaldehyfing“ (Landspítalinn verklagsregla nr.4.04.01 og nr.4.04.02, 2014). Þar segir:

Post spínal höfuðverkur: Við gat á mænuhímu verður leki á mænuvöku. Þrýstingsfall í mænuvökuvernum getur valdið slæmum höfuðverk. Höfuðverkurinn getur komið fljótlega eftir ástungu og allt að 48 klst. seinna. Hann getur einnig komið aftur þó hann hafi lagast. Þetta er höfuðverkur sem vensnar mjög við að sefjast upp en skánar í liggjandi stöðu. Meðferð er í fyrsta lagi rímlega og lyfjagjöf. Ríkaleg vökvæðing er ekki nauðsynleg. Ef ástand batnar ekki á 1-2 sólahringum er ráðlagt að leggja blóðbóti. Alltaf skal hafa samband við lækna svefningadeildar ef grunur vaknar um þessa tegund höfuðverks.

Há spínaldehyfing: Hættu er á hárrí manudeyfingu ef leggur fer inn fyrir mænuhímu og deyfingu er sprautuð þar. Einkenni ráðast af hæð deyfingar: 1. Avarlegi blóðþrýstingsfall. 2. Vöðvalömun – Öndunarsvöðvalömun. 3. Meðvitundarleysi. Meðferð við hádeyfingu með öndunarbílun þarf að koma fyrir barkarenu og aðstoða við öndun. Hafa ber í huga að konan getur verið með fulla meðvitund og því þarf að útskýra ástandið og svefna hana, gera brúðkaðsara og bíða með að vekja hana þar til deyfing fer úr. Konan er látin vakna á gjörgæslu og barkarenu tekin þar.

