



Dorota Kopciuch, 2016-06-16 17:25

Monitorowanie zdarzeń niepożądanych



Fot. Thinkstock/Getty Images

System gromadzenia danych nie może służyć identyfikacji i stygmatyzacji osób uczestniczących w niepożądanym zdarzeniu medycznym. System raportowania powinien być dobrowolny i poufny, może być systemem niezależnym lub zintegrowanym z systemem rejestracji skarg i wniosków czy roszczeń pacjentów.

Nomenklatura medyczna ujmuje zdarzenie niepożądane jako każde niezamierzone lub nieoczekiwane zdarzenie, które mogło lub spowodowało szkodę u jednego lub więcej pacjentów uzyskujących opiekę zdrowotną. Szacuje się, że w krajach Unii Europejskiej nawet w 10 proc. hospitalizacji może dochodzić do nieoczekiwanych zdarzeń, zazwyczaj wynikających z **błędów medycznych**. W środkach masowego przekazu często pojawiają się informacje o nieszczęśliwych zdarzeniach dotyczących pacjentów, za które winą obarcza się pracowników ochrony zdrowia.

Przykładem może być pacjentka po operacji ginekologicznej, która została wybudzona ze znieczulenia ogólnego. Anestezjolog zlecił podanie jej leku odwracającego depresyjne działanie narkotyku – naloksonu. Jak się okazało, zamiast zleconego leku podano jej lek zwiotczający – cisatrakurium. Błąd spowodowany był **nieuwagą** pracownika medycznego i wynikał z tego, że nazwy [handlowe] obu leków rozpoczynały się na literę „N” oraz oba umieszczono na tej samej półce. Innym przykładem może być zdarzenie dotyczące dziecka, któremu w jednym ze szpitali zoperowano niewłaściwe biodro.

W opinii samego personelu medycznego, codziennie dochodzić może nawet do 4 zdarzeń niepożądanych w jednej placówce medycznej. Głównie dotyczą one podejmowania **niekompetentnych decyzji**, na przykład w trakcie transportu chorego w stanie ciężkim bez odpowiedniej obstawy medycznej. Jednak

najczęściej występującym zdarzeniem jest upadek chorego.

Przykładów zdarzeń medycznych zarówno w polskim, jak i w zagranicznych systemach opieki zdrowotnej jest wiele, jednak ich rzeczywista liczba nie jest znana i jasno sprecyzowana, bowiem takie sytuacje rzadko są zgłaszane. Statystyka zdarzeń mających miejsce na skutek błędów medycznych była przedmiotem jednego z badań organizacji Eurobarometr zajmującej się gromadzeniem informacji pochodzącej od społeczeństwa europejskiego. W przeprowadzonym sondażu w 2006 roku w krajach Unii Europejskiej wynika, że 78 proc. Europejczyków uważało, iż błędy medyczne stanowią w ich własnym kraju **poważny problem** (97 proc. Włochów i 91 proc. Polaków, połowa Duńczyków i Finów), a większość respondentów słyszała o przypadkach niepożądanego przebiegu leczenia.

W sondażu przeprowadzonym w 2010 roku blisko połowa respondentów obawiała się zdarzeń niepożądanych związanych z opieką zdrowotną. Co ciekawe, ponad 70 proc. ankietowanych osób wskazało telewizję jako główne źródło informacji na temat błędów medycznych w opiece zdrowotnej, a jedynie 9 proc. – oficjalne statystyki szpitalne. Powodem tego, że o zagadnieniu związanym z występowaniem zdarzeń niepożądanych podczas świadczenia usługi medycznej nikt głośno nie mówi jest fakt, że zarówno lekarze, jak i pielęgniarki starają się je ukryć **z obawy przed kompromitacją** lub poniesieniem konsekwencji z tego tytułu.

Należy jednak pamiętać, że celem raportu nie jest „donos” i wyciąganie konsekwencji personalnych, a ochrona zdrowia pacjenta, personelu i osób odwiedzających. Jeśli zdarzenie zostanie wykryte, to istotne jest, by niezwłocznie zostało zgłoszone na specjalnie w tym celu przygotowanych drukach. Raporty mogą być zgłoszone przez każdą osobę z personelu, która została odpowiednio przeszkolona w tym zakresie. Ciekawe jest, że raportuje się nie tylko zdarzenia niepożądane, które miały miejsce, ale również takie, do których **mogło dojść**. Oryginał raportu składa się na ręce bezpośredniego przełożonego, przy czym kopia dokumentu trafia do departamentu monitorowania zdarzeń niepożądanych, natomiast oryginał zostaje na oddziale.

Zdarzenie niepożądane opisuje się również w historii choroby, podając przy tym numer formularza. Można w ten sposób sprawdzić, jakie kroki zostały podjęte względem danego wydarzenia. Zdarzenie niepożądane należy zgłosić natychmiast po jego identyfikacji. Poważne zdarzenie niepożądane, a więc takie, którego wynikiem jest **śmierć lub hospitalizacja pacjenta** należy zgłosić w ciągu 24 godzin. Jeśli zdarzenie zostało odkryte, należy zrobić wszystko, aby się nie powtórzyło, a więc na przykład zapewnić personelowi dodatkowe kursy czy chociażby wymienić sprzęt na nowszy.

Istota zdarzeń niepożądanych, a także ich następstw zmusza do zastanowienia się nad przyczynami tych zjawisk. W badaniu, w którym brali udział pracownicy placówek medycznych bezpośrednio udzielających świadczenia, wykazano, że najczęstszą przyczyną tych zjawisk jest zbyt duże obciążenie pracą, zła organizacja pracy, **brak motywacji do rzetelnego wykonywania obowiązków**, przewlekłe zmęczenie, przestarzałe bądź niekompletne procedury, a także brak szkoleń z zakresu zapobiegania zdarzeniom niepożądanym.

Jak się okazuje, większość zdarzeń medycznych wynika nie tyle z braku wiedzy czy niekompetencji pracowników, co niewydolności i błędów systemowych. Wydaje się więc zasadne, by skupić uwagę na możliwości niwelowania tego rodzaju zjawisk w polskim lecznictwie, przez wprowadzenie zmian chociażby w obowiązujących procedurach bądź też opracowując rzetelny **system kontrolowania zdarzeń medycznych**, który w perspektywie długoterminowej ograniczy do minimum ich występowanie.

Jak pokazują badania, świadomość personelu medycznego w Polsce co do istoty i zasadności prowadzenia tego typu systemów jest duża. Jak podaje prezes Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej – 80 proc. badanych ze środowiska medycznego w Polsce uważa, że wprowadzenie systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych poprawi **bezpieczeństwo pacjentów** w jednostkach leczniczych. Jednakże

istnienie wielu barier uniemożliwia w pełni wykorzystanie możliwości, jakie daje sprawne funkcjonowanie tego systemu.

Wśród najważniejszych barier rozwoju systemów raportowania wymienia się brak świadomości, że do błędu w ogóle doszło; brak świadomości, iż istnieje **konieczność dokumentacji** zaistniałych przypadków; istnienie przekonania, że błąd nie wywołał szkodliwych skutków dla pacjenta, a także strach przed ewentualnymi sankcjami dyscyplinarnymi lub skargami.

Jak się okazuje, w Polsce nie wydano jeszcze dokumentu, który w całości regulowałby obszar związany z raportowaniem i analizowaniem zdarzeń niepożądanych. Szpitale samodzielnie starają się walczyć z narastającym problemem. Doskonałym przykładem jest **Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu**, które stworzyło własną procedurę walki z tym zjawiskiem. Opracowano w nim system oraz dokument, który jasno odnosi się do kwestii związanych z zapewnieniem wysokiej jakości usług zdrowotnych, a jednocześnie zapewnienia komfortu pracy personelu medycznego poprzez między innymi podanie jasno sprecyzowanych definicji związanych ze świadczeniami medycznymi. Dokument ten między innymi w precyzyjny sposób definiuje kwestię związaną z występowaniem zdarzeń niepożądanych w szpitalach.

Jest to dość istotna sprawa, ponieważ – jak się okazuje – niezgłaszanie zdarzeń niepożądanych wynika często z nieznamomości definicji wśród personelu medycznego. W dolnośląskim szpitalu przyjęto definicję zdarzenia niepożądanego jako powstałego podczas leczenia, niezamierzonego lub nieoczekiwane zdarzenia, niezwiązanego z naturalnym przebiegiem choroby, stanem zdrowia pacjenta lub ryzyka jego wystąpienia, które mogło spowodować lub spowodowało szkodę u pacjenta korzystającego z opieki zdrowotnej. System ten zyskał uznanie w **procesie akredytacyjnym szpitali**, weryfikującym poziom zapewnienia jakości usług zdrowotnych. Co więcej, w obszarze „Poprawa Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta” Programu Akredytacji Szpitali znajdujemy informację o tym, że dolnośląskie Centrum nie powinno być wyjątkiem od reguły stanowiącej jednocześnie wzór do naśladowania, ale obowiązującą normą w polskich szpitalach.

Zdaniem osób zajmujących się akredytacją szpitali każda organizacja opieki zdrowotnej powinna opracować jak najbardziej skuteczny, lokalny system zbierania informacji na temat zdarzeń niepożądanych. Systemy zgłaszania zdarzeń niepożądanych to tzw. Reporting and Learning Systems (RLS), czyli systemy raportowania i uczenia się. Zgłaszanie danych o zdarzeniach ma znaczenie tylko wtedy, jeżeli zdarzenia te stanowią przedmiot analizy, a personel medyczny uczestniczący w zdarzeniu uzyskuje informację zwrotną. System gromadzenia danych nie może służyć identyfikacji i stygmatyzacji osób uczestniczących w zdarzeniu. System raportowania powinien być **dobrowolny i poufny**, może być systemem niezależnym lub zintegrowanym z systemem rejestracji skarg i wniosków czy roszczeń pacjentów. Źródłem dodatkowych informacji o zdarzeniach mogą być wyniki badań anatomopatologicznych czy analiza doświadczeń pacjentów, których zdarzenie bezpośrednio dotyczy.

Zarządzanie placówką opieki zdrowotnej to – bez wątpienia – nie lada wyzwanie. Ogromne ryzyko, z jakim wiąże się świadczenie usług medycznych, sprawia kłopoty wielu kierownikom oraz pracownikom takich placówek. Głośny problem rosnącej liczby zgłoszeń zdarzeń niepożądanych niewątpliwie stał się sygnałem do poszukiwania rozwiązań, które wpłynęłyby na zmianę tego trendu i zmniejszyły **skutki zarówno ekonomiczne, jak i społeczne**. Przyjmuje się, że zapobieganie zdarzeniom niepożądanym jest przejawem wysokiej świadomości – w zakresie bezpieczeństwa pacjenta – osób udzielających świadczenia medyczne oraz budowania wizerunku podmiotu leczniczego w zakresie efektywności jego funkcjonowania. Należy zwrócić uwagę, że najwyższej jakości obsługa to budowanie zaufania pacjenta i pozyskiwanie jego pozytywnej opinii w tworzeniu wizerunku podmiotu leczniczego.