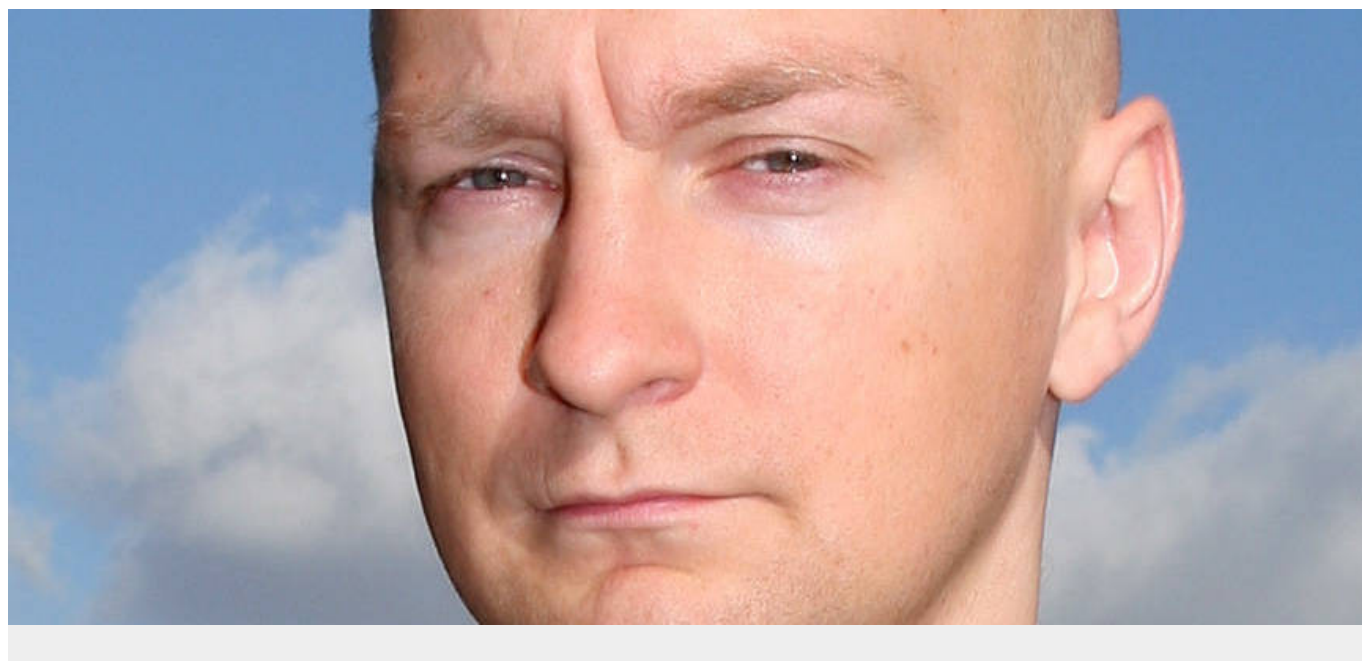




Jakub Owoc, 2019-10-03 16:21

dr Jakub Owoc

Czy w polskich szpitalach może niepotrzebnie umierać nawet kilkadziesiąt tysięcy osób rocznie?



Nikt nie odpowie jednoznacznie na takie pytanie, ale warto spojrzeć na zagadnienia jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta z szerszej perspektywy, aby zrozumieć, że zadawanie takich pytań nie jest bynajmniej nie na miejscu, a samo zagadnienie mocno złożone.

Powracające cyklicznie rozmaitej maści kryzysy (a może permanentne...?) w polskim systemie ochronie zdrowia zdają się skutecznie odwracać uwagę od problemu, w którym nie tylko pacjent, ale także i lekarz – o czym mówi się rzadziej – bywają zwykle na straconej pozycji w zderzeniu z systemem.

Kilkanaście lat temu rodzice kilkunastoletniej Samantha z Meksyku postanowili nielegalnie przedostać się do USA, aby ratować życie córki. Dziewczynka miała poważnie chore serce i jedynym ratunkiem był przeszczep. Po drodze zostali oszukani i okradzeni, ale dotarli do celu i nie poddali się. Zamieszkali w przyczepie, znaleźli pracę i zaczęli zbierać środki na konieczną operację przeszczepu serca i płuc. Ich historia została nagłośniona i poruszyła lokalną społeczność. Udało się zebrać środki na zabieg w jednym z najbardziej renomowanych amerykańskich szpitali – Uniwersytetu Duke. Media i mieszkańcy z zapartym tchem śledzili całą historię i wyczekiwali finału. Niestety, dziewczynka zmarła dwa tygodnie po przeszczepie, ponieważ nowe serce pochodziło od dawcy z niewłaściwą grupą krwi. Lekarz prowadzący wydał oświadczenie, że jako szef zespołu ponosi odpowiedzialność niezależnie od przyczyn. Szpital oświadczył, że bada przyczyny i robi wszystko, aby do podobnej sytuacji już nigdy nie doszło. Po głębszej analizie oświadczone, że był to zbieg szeregu okoliczności (m.in. serce znalazło się w nocy, burza śnieżna, presja czasu), a procedury zmieniono tak, aby lepiej dostosować je do rzeczywistości.

Z kolei kilka lat temu głośno było w polskich mediach o przypadku wycięcia pacjentowi zdrowej nerki w jednym ze szpitali uniwersyteckich. Rzeczniczka szpitala już kilka dni po feralnej pomyłce orzekła, że winę ponosi lekarz. Lekarza zawieszono, następnie zwolniono, a powołana komisja orzekła niedługo później, że główną przyczyną było niezapoznanie się przez niego z wynikami badań i złamanie procedury. Do sądu trafił akt oskarżenia.

Takie pomyłki zdarzają się wszędzie. Co gorsza, będą się zdarzać, dalej zdradzając coraz to nowe niedoskonałości organizacyjne i systemowe, w których człowiek jest zaledwie ostatnim ogniwem.

Cały cywilizowany świat od dawna bada zjawisko błędów medycznych, gorąco dyskutuje i stara się mu na wszelkie sposoby zapobiegać. A że jest czemu zapobiegać nie ma wątpliwości ani WHO, (bezpieczeństwo pacjenta jest wg. tej organizacji fundamentalnym elementem systemów ochrony zdrowia), ani Unia Europejska, ani pacjenci, zwłaszcza w Polsce. Według Eurobarometru 73% Polaków obawia się możliwości doznania krzywdy w szpitalu przy unijnej średniej na poziomie 53%. Świadomi tego są również sami lekarze i dyrektorzy szpitali. Sprawy komplikują się, gdy przychodzi do podejmowania konkretnych działań zapobiegawczych.

Świadomość, że lekarze mogą pacjentom zaszkodzić mimo najlepszych chęci i umiejętności, istniała od bardzo dawna. Już prawie 4 tysiące lat temu w słynnym i znanym z prostych rozwiązań Kodeksie Hammurabiego wykuto, iż lekarz, który doprowadzi do śmierci swojego pacjenta, powinien zostać ukarany obcięciem ręki. Nie sposób również nie powiązać z bezpieczeństwem pacjentów słynnej maksymy „Primum non nocere” – po pierwsze nie szkodzić, której na całym świecie przysięgają przestrzegać wszyscy świeżo upieczeni adepci sztuki lekarskiej.

Niezwykle pouczająca w zakresie poprawy bezpieczeństwa pacjentów pozostaje historia wiedeńskiego lekarza Ignaza Semmelweisa, który od 1846 roku pracował na jednym z dwóch oddziałów położniczych wiedeńskiego szpitala klinicznego. Szybko zauważył, że na skutek tzw. gorączki połogowej na pierwszym oddziale umierało pięć razy więcej pacjentek niż na drugim. Nie dawało mu to spokoju i napawało „takim smutkiem, że życie traciło sens”, jak sam pisał. W kolejnym roku miał miejsce incydent, który naprowadził Semmelweisa na pewien trop. Jeden z jego współpracowników zmarł na skutek niepozornego skaleczenia skalpelem podczas wykonywania sekcji w szpitalnym prosektorium. Objawy zakażenia były podobne jak w przypadku gorączki połogowej, a Semmelweis zdał sobie sprawę, że prosektorium sąsiaduje z oddziałem położniczym, na którym śmiertelność jest większa. Często zdarzało się, że studenci i lekarze przechodzili bezpośrednio z prosektorium na oddział i zajmowali się pacjentkami. Kierując się intuicją, nakazał wiosną 1848 roku, aby wszyscy członkowie personelu myli dłonie podchlorynem wapnia przed podjęciem jakichkolwiek czynności z pacjentem. Związek ten wykorzystywano wówczas do pozbycia się odoru prosektorium. Wyniki okazały się spektakularne. W ciągu zaledwie miesiąca śmiertelność spadła i zrównała się na obu oddziałach. Pozostało podzielić się tym tajemniczym odkryciem (świat drobnoustrojów

pozostawał wówczas nieznaną) z kolegami po fachu, aby oszczędzić życie tysiącom kolejnych pacjentów. Nic bardziej mylnego. Odkrycie Semmelweisa i próby jego rozpowszechnienia zostały odebrane przez środowisko jako sugestia, iż lekarze mają brudne ręce i sami doprowadzają do śmierci własnych pacjentów. Wieloletni konflikt, który się z tej różnicy zdań wywiązał (Semmelweis nazywał nawet lekarzy mordercami) doprowadził do odejścia Semmelweisa z pracy, załamania nerwowego i śmierci w szpitalu psychiatrycznym w 1865 r. Uznanie dla jego pionierskich zasług przyszło dopiero wiele lat po śmierci.

Inny ciekawy przykład pokazuje, że przez 100 lat od śmierci Semmelweisa natura ludzka nie ewoluowała zbyt wiele, pomimo bezprecedensowego rozwoju nauki i medycyny. Na początku lat 70. w Stanach Zjednoczonych wybuchł tzw. kryzys *medical malpractice* (kryzys w związku z odpowiedzialnością cywilną za błędy medyczne). Mechanizm kryzysu był prosty. Gwałtownie zaczęła rosnąć liczba pozwów za błędy medyczne (niektórzy przypisują to otwarciu dostępu do zawodu prawnika...), a sądy coraz częściej orzekały rosnące kwoty odszkodowań, które w ostatecznym rozrachunku spadały na barki firm ubezpieczeniowych. To szybko przełożyło się na ok. 10-krotny wzrost wysokości składek, a większość firm w ogóle wycofała się z ubezpieczania szpitali, ponieważ stało się to działalnością wysokiego ryzyka. Realna stała się groźba zamykania szpitali i praktyk lekarskich, ponieważ obowiązkowa ochrona ubezpieczeniowa kosztowała krocie. W przypadku najbardziej ryzykownych specjalizacji, takich jak położnictwo czy chirurgia, znalezienie jakiegokolwiek ochrony było niemożliwe.

W reakcji na taki rozwój wydarzeń Kalifornijskie Stowarzyszenie Szpitali oraz Kalifornijskie Stowarzyszenie Lekarzy zaczęły lobbować za zmianą prawa, aby utrudnić pacjentom składanie naciąganych i nieuzasadnionych ich zdaniem pozwów. Wietrzono wręcz spisek prawników i rynku ubezpieczeniowego. Stowarzyszenia, przekonane o słuszności swoich racji, zleciły badanie naukowe zjawiska błędów medycznych. W tym celu wypracowano definicję „zdarzenia potencjalnie odszkodowawczego” i wnikliwie przeanalizowano dziesiątki tysięcy stron dokumentacji medycznej pacjentów w 23 szpitalach, szukając się w nich incydentów spełniających przyjęte kryteria. Wykazano – ku zaskoczeniu i konsternacji zleceniodawców – że do takich zdarzeń dochodziło w 4,65% przypadków hospitalizacji. To oznaczało, że jest ich więcej niż ktokolwiek sobie wyobrażał, ponieważ w 1973 r. w jednym z raportów Departamentu Zdrowia szacowano, że liczba błędów to jeden na 258 tys. wizyt (czyli 0,0004%). W analizie stwierdzono również wprost, że zdecydowana większość ofiar błędów nie pożywa szpitali, więc skala problemu jest tylko wierzchołkiem góry lodowej. Wyniki uznano za tykającą bombę i stwierdzono, że najlepiej będzie... ich nie publikować. Zrobiono to dopiero dwa lata po wprowadzeniu postulowanych zmian legislacyjnych, a i wtedy skutecznie zadbano, aby nie odbiły się one zbyt szerokim echem. W 1977 r. ukazało się jedynie 6-stronicowe streszczenie pod tytułem nawiązującym jedynie do ubezpieczeń. Do dzisiaj raport ten pozostaje mało znany i rzadko przywoływany w dyskusjach.

Działania konspiracyjne okazały się skuteczne, ale tylko odsunęły problem w czasie, ponieważ w latach 80. nastąpiła kolejna odsłona kryzysu. Tym razem jednak zagadnieniem zajęli się uczeni z Uniwersytetu Harvarda, stosując w swoim badaniu podobną metodologię i dochodząc do podobnych wniosków. Dodatkowo, ocenili że 14% błędów kończy się śmiercią pacjenta, a to oznaczało dziesiątki tysięcy zgonów. Wyniki *Harvard Medical Practice Study* opublikowano w 1991 r., ale potrzeba było kolejnych 8 lat, aby temat zaistniał w świadomości publicznej i zwrócił uwagę mediów oraz polityków. W 1999 r. ukazał się, uznawany dziś za przełomowy, raport pod wielce wymownym tytułem „Błądzić jest rzeczą ludzką” (*To Err is Human*). Obliczono w nim, że co roku w Stanach Zjednoczonych może umierać nawet 98 tys. osób (4% wszystkich zgonów) na skutek błędów, którym można było zapobiec. Szokujące statystyki zaczęły publikować media, powołano komisje parlamentarne. Raport jasno stwierdzał również, że lekarze mają poważny problem nie tylko z przyznawaniem się do błędów, ale nawet z rozmawianiem o nich we własnym gronie, ponieważ postrzegane są jako wstydliva oznaka niekompetencji i słabości. To z kolei utrudnia lub wręcz uniemożliwia szpitalom uczenie się na błędach i zapobieganie kolejnym, podobnym. Fundamentalną rekomendacją autorów raportu było sięgnięcie do doświadczeń z innych dziedzin, przede wszystkim lotnictwa, i tworzenie systemów rejestracji i analizy zdarzeń opartych na zasadzie *blame-free*, czyli bez

wskazywania winnych, ponieważ uznano to za jedyną skuteczną metodę. Kryło się za tym przekonanie, że mało kto popełnia świadome błędy, a jeszcze rzadziej wynikają one ze złej woli, dlatego trzeba ludziom tworzyć warunki, w których nie będą się bali o nich mówić. Karanie za błędy, które prawie zawsze są wynikiem splotu wielu okoliczności, a człowiek jedynie ostatnim ogniwem, tylko pogłębia problem. To było główne przesłanie raportu, który stał się kołem zamachowym większości działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa w szpitalach i narzędziem budowania świadomości wśród personelu.

W Polsce w 2015 r. ze skalą zjawiska błędów medycznych zmierzyło się Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, potwierdzając wnioski znane od lat w innych krajach. Badanie dokumentacji medycznej w wybranych polskich szpitalach wykazało, że w 7,5% hospitalizacji dochodzi do różnego rodzaju incydentów. W 2018 r. NFZ zapłacił za ok. 8,2 mln hospitalizacji, więc nietrudno policzyć, że może się to przekładać na liczbę ok. 600 tys. zdarzeń niepożądanych. Jeśli pójść nieco na skróty i posłużyć się wynikami badań Uniwersytetu Harvarda (14% zdarzeń kończy się śmiercią), to otrzymamy zatrważającą liczbę ok. 80 tys. zgonów.

Trudno powiedzieć, nie znając szczegółów, czy lekarza od niewłaściwej nerki należy bronić, ale chyba nawet laikowi może wydawać się dziwne, że wybór właściwej nerki do wycięcia zależy od decyzji jednego lekarza, stojącego ze skalpelem nad stołem operacyjnym. Jeśli nie był pewien, to zgadywał? Jeśli był pewien, to jakim cudem, skoro nie czytał dokumentacji? Źle zapamiętał? Jeśli źle zapamiętał, to czy można polegać na pamięci jednego, zapracowanego człowieka w tak newralgicznej kwestii? A może myślał, że personel to sprawdził, a personel myślał, że on to wie. Jest procedura na to? Jeśli jest, to czemu ją złamano? Może jest zła, nieżyciowa, może presja czasu, może to była któraś już operacja? Czy nikomu w zespole operacyjnym nie przeszło przez myśl, że to niewłaściwa nerka? A jeśli przeszło, to czemu nic nie powiedział? Takie pytania można mnożyć i tak się właśnie robi, szukając rzeczywistych przyczyn. Wnioski bywają zaskakujące i bardzo rzadko jednoznacznie winę ponosi lekarz. W Polsce w zasadzie nie mówi się też o lekarzu jako drugiej ofierze błędów. Błędy potrafią być dla nich druzgocące i muszą sobie z nimi radzić sami. Nie bez przyczyny odsetek wypaleń zawodowych, depresji czy nawet myśli samobójczych jest w zawodach medycznych jednym z najwyższych. Człowiek jest tylko człowiekiem i będzie popełniał błędy, dlatego trzeba tworzyć otoczenie, w którym ryzyko ich popełnienia maleje.

Realne zmiany w zakresie poprawy bezpieczeństwa są liczone w latach czy nawet pokoleniach. Często proste narzędzia okazują się skuteczne, ale zmiana ludzkich nawyków jest trudna i czasochłonna. W szpitalach tzw. kultura bezpieczeństwa niestety rzadko rodzi się sama i wymaga konsekwentnych, długofalowych i odpowiednio motywowanych działań. Jej krzewienie powinno się zaczynać na uczelniach, ale wykłady na temat bezpieczeństwa pacjentów pojawiły się dopiero niedawno i tylko jako fakultatywne. To dowodzi, że opór, trudności i bagatelizowanie tego obszaru ma miejsce nie tylko na szczeblu decydentów i świadczeniodawców, ale niestety również kadry akademickiej.

Polska pozostaje jednym z dwóch unijnych krajów (wraz z Cyprzem), który nie posiada żadnej strategii w zakresie poprawy bezpieczeństwa pacjentów, co w 2012 roku wytknęła nam Komisja Europejska w raporcie dotyczącym implementacji Rekomendacji Rady Unii Europejskiej z 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów. Intrygujący pozostaje fakt, że w tym samym dokumencie stwierdza się, że Polska jest wśród krajów, w których funkcjonuje system raportowania i analizy zdarzeń niepożądanych oparty na zasadzie „blame free”. Było to wówczas i pozostaje po dziś dzień nieprawdą. A to i tak tylko jeden z wielu elementów na długiej drodze do zmian.