Bezpieczny pacjent, bezpieczny szpital

Barbara Kutryba, Halina Kutaj-Wąsikowska

Narzędzie w brzuchu, Poparzenia efektem błędu lekarskiego, Winni są lekarze, Piotruś... dostał rentę – takie nagłówki regularnie pojawiają się w codziennej prasie, relacjach telewizyjnych i radiowych, budząc niepokój, lęk, oburzenie i obawy. Wszak każdy z nas wcześniej czy później będzie użytkownikiem systemu opieki, który dopuszcza do tak niepokojących zaniedbań. Końcowy wydźwięk takich doniesień jest zazwyczaj podobny: pacjent przyjęty w stanie ogólnym dobrym opuszcza szpital z poważnym pogorszeniem zdrowia, nabytym w trakcie hospitalizacji lub też umiera, dołączając do grupy osób poszkodowanych najbardziej, w trybie nieodwracalnym i ostatecznym.

Szpitale jako świadczeniodawcy nie poczuwają się do winy nawet w przypadkach ewidentnych zaniedbań

Podejmując próbę opisu aktualnej sytuacji w obszarze bezpieczeństwa pacjenta nie sposób pominąć inicjatywy oddolnej, czyli opisu działalności organizacji i stowarzyszeń obrony pacjenta i praw pacjenta. Powoływanie i wyłanianie kolejnych ugrupowań inicjowane jest zazwyczaj przez same osoby poszkodowane lub przedstawicieli rodzin tych, którzy ucierpieli w trakcie świadczenia opieki zdrowotnej. Stowarzyszenia obrony pacjenta powstają z pobudek subiektywnych w celu nagłośnienia zaistniałej, w ich opinii skandalicznej sytuacji, lub też z powodu zwyczajnej i wszechogarniającej bezsilności towarzyszącej procedurom wyjaśniającym określone zdarzenia niepożądane czy błędy postępowania medycznego, skutkujące poważną, trwałą dysfunkcją lub nieoczekiwanym zgonem, niezwiązanymi z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia.

Jest publiczną tajemnicą, że postępowanie wyjaśniające często trwa zbyt długo, a przyczyną tego bywa nie tylko ogólna obstrukcja aparatu sprawiedliwości. Szpitale jako świadczeniodawcy nie poczuwają się do winy nawet w przypadkach ewidentnych zaniedbań, a każde takie zdarzenie okryte jest zmową milczenia w myśl solidaryzmu zawodowego profesjonalistów medycznych. Cóż zatem pozostaje poszkodowanym i ich rodzinom jak nie tworzenie własnych ugrupowań, w nadziei na pozyskanie zainteresowania ze strony tak decydentów, jak i populacji potencjalnych pacjentów?

Tyle tylko, że ze względu na brak możliwości konstruktywnego działania, funkcjonowanie tych stowarzyszeń koncentruje się głównie na nagłaśnianiu zdarzeń niepożądanych w aurze skandalu i sensacji, w czym ochoczo sekundują media.

Przyjęcie i realizacja takiego scenariusza jako jedynego rozwiązania, prowadzi nieuchronnie do antagonizacji grupy profesjonalistów medycznych, czego potwierdzeniem jest chociażby stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej, która, jak dotąd, nie widzi możliwości współpracy z ugrupowaniami obrony praw pacjentów uważając, że działalność tych organizacji szkaluje i zniesławia środowisko medyczne, nie przyczyniając się do obrony praw pacjentów.

Bardzo istotną przesłanką jest też fakt, iż profesjonaliści sektora zdrowia pracują w takich warunkach, jakie stwarza system opieki zdrowotnej. Bolączki i niedomogi tego systemu są powszechnie znane, warto jednak wspomnieć, że w warunkach permanentnego niedoinwestowania łatwiej jest popełniać błędy, za które odpowiedzialnością obarczany jest potem konkretny lekarz czy pielęgniarka. Z badań przeprowadzonych na świecie wynika, że zaledwie w kilku procentach winnym popełnienia błędu jest konkretna osoba – w znacznej większości zdarzenia niepożądane są efektem niewłaściwej organizacji pracy, błędów systemu – słowem obecnością warunków, które umożliwiły i dopuściły popełnienie błędu. Ponadto, poszkodowanym prócz pacjenta, który ucierpiał na skutek mylnego postępowania, jest także sam profesjonalista i często jego bliscy. Na świecie opracowuje się i wdraża programy ochronne, nakierowane na zabezpieczenie personelu medycznego w sytuacjach popełnienia błędu medycznego. Zapewniają one niezbędne wsparcie, poradę oraz informacje na temat możliwości zabezpieczeń prawnych.

Równocześnie należy jednak pamiętać, że braki systemowe i niedostateczne finansowanie nie zwalniają od czujności i odpowiedzialności zawodowej tak, by realizując maksymę *primum non nocere* nie zapominać, że profesjonaliści medyczni nie są nieomylni: popełniają i będą popełniać błędy prowadzące do szkody pacjenta: z raportu *Institute of Medicine* z listopada 1999 r.: *Błądzenie jest rzeczą ludzką: tworzenie bardziej bezpiecznego systemu opieki zdrowotnej* wynika, że tylko w USA ofiarami błę-

dów postępowania medycznego jest od 44 tys. do 98 tys. pacjentów rocznie, a ok. 7 tys. osób ginie w wyniku zdarzeń niepożądanych.

Błędy postępowania medycznego można tylko zredukować, gdyż nie sposób ich całkowicie wyeliminować: we wszystkich, nawet najlepszych szpitalach i organizacjach opieki zdrowotnej na świecie dochodzi do zdarzeń niepożądanych i przypadków strażniczych; nawet najnowsze technologie nie eliminują możliwości popełnienia błędu.

Bezpieczeństwo stanowi ten wymiar jakości, który jest najbardziej ceniony przez pacjentów i ich rodziny. O to, by pacjent był bezpieczny trzeba zadbać, gdyż bezpieczeństwo nie jest wartością automatycznie wynikającą z funkcjonowania organizacji opieki zdrowotnej – stanowi wartość zadaną, która w bardziej dojrzałych systemach, np. w USA czy w Wielkiej Brytanii zyskała rangę priorytetu: tworzy się tam i wdraża narodowe programy bezpieczeństwa pacjenta.

Kreowanie takiej polityki wynika z faktu, że pacjenci oczekują poczucia bezpieczeństwa i chcą darzyć zaufaniem tych, którzy się nimi opiekują. Pragną też być informowani o stanie swojego zdrowia i przekonani, że opiekuje się nimi wysoko wykwalifikowany personel.

Przeprowadzone badania potwierdzają także, że niedostateczny nadzór nad bezpiecznym pobytem pacjenta w szpitalu nie tylko powoduje szkodę lecz także jest kosztowny: np. zakażenie miejsca operowanego to w realiach amerykańskich przedłużenie hospitalizacji o 6 dni i koszt 3 tys. dolarów.

Problematyka bezpieczeństwa pacjenta pojawiła się w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej we wczesnych latach 90 kiedy to opublikowano *Harvard Medical Practice Study*, które wykazało iż u 3,7 proc. hospitalizowanych pacjentów w szpitalach ogólnych popełniono błędy w trakcie leczenia, z czego u 4,3 proc. odnotowano zgon lub trwałą dysfunkcję. Badanie zostało zainicjowane na skutek wielu skandalizujących doniesień medialnych, dotyczących popełnianych błędów medycznych i ryzyka związanego z hospitalizacją.

Konieczność podjęcia stosownych działań potwierdził wspomniany już raport *Institute of Medicine*. Prezydent Bill Clinton utworzył *Quality Interagency Task Force*, która wypracowała rekomendacje dla poprawy jakości opieki i zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów. W efekcie tej polityki w USA funkcjonuje wiele programów zapewnienia bezpieczeństwa, by wymienić tylko inicjatywy *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), *National Patient Safety Agency*, czy program *Sentinel Events* oraz *National Safety Goals* JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*, największej organizacji akredytacyjnej na świecie). Również w Europie powstają narodowe programy bezpieczeństwa: ANAES we Francji czy NPSA w Wielkiej Brytanii. Dojrzały system posiada Australia: *The Australian Council for Safety and Quality in Health Care* oraz Kanada, gdzie program bezpieczeństwa pacjenta wdrożono w 1997 roku.

Akredytacja jako forma oceny zewnętrznej ma istotny wkład w poprawę bezpieczeństwa pacjenta, gdyż działania podejmowane w celu spełnienia wymogów standardów akredytacyjnych stanowią aktywność zwiększającą bezpieczeństwo pacjenta.

Zalecenia Rady Europy dotyczące bezpieczeństwa pacjenta zawarte są rekomendacji nr R (97) 17 nt. narodowych systemów jakości w ochronie zdrowia, która w kolejnych artykułach wyszczególnia procedury i procesy poprawy jakości, określa organizację systemu QA w krajach członkowskich i kandydujących, typuje warunki konieczne do wprowadzenia systemu i ustala jego ewaluację.

Opieka medyczna wysokiej jakości to opieka bezpieczna: nad priorytetyzacją tematyki bezpieczeństwa pacjenta pracuje Europejskie Towarzystwo Jakości w Opiece Zdrowotnej (ESQH) w trakcie roboczych spotkań z *Directortate General, High Level Committee on Health* (HLTH) a także poprzez aktywności londyńskiego Biura ESQH ds. Bezpieczeństwa Pacjenta.

Najbardziej dojrzały system nadzoru nad bezpieczeństwem pacjenta oraz redukowania zdarzeń niepożądanych wypracowała wspomniane JCAHO.

Było to możliwe dzięki systemowi akredytacji, który umożliwił uzyskanie danych, wdrożenie systemu raportowania oraz prowadzenia analizy źródłowej zdarzeń niepożądanych przez szpitale akredytowane.

W publikacji *Perspectives* JCAHO prezentuje tzw. zdarzenia strażnicze: są to zdarzenia zakończone nieoczekiwanym zgonem lub poważną, trwałą dysfunkcją (niezwiązane z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia pacjenta). Sytuacje te zdarzają się tak często, iż w trosce o pacjenta Komisja Wspólna opracowała program zapobiegający występowaniu zdarzeń tzw. *Sentinel Event Policy.*

Joint Commission wyszczególniło kategorie najczęściej występujących niepożądanych zdarzeń, są to:
- komplikacje w trakcie lub po zabiegu;
- niewłaściwe miejsce operowane;
- niewłaściwe podanie leku;
- samobójstwa w szpitalu;
- napaść, gwałt, zabójstwo;
- zgony związane z samowolnym oddaleniem się z zakładu leczniczego;
- zgony wynikłe z nieterminowo dostarczonej opieki medycznej;
- uszkodzenia i zgony okołoporodowe.

Do grudnia 2001 r. *Joint Commission* przeanalizowało 1 541 zdarzeń:
- 258 samobójstw w opiece zdrowotnej,
- 186 komplikacji okołoperacyjnych,
- 178 przypadków niewłaściwego podania leku,
- 169 niewłaściwych miejsc operowanych,
- 79 zgonów wynikłych z nieterminowo dostarczonej opieki,
- 78 upadków pacjenta,
- 76 zgonów wynikłych ze stosowania przymusu bezpośredniego,
- 65 napaści, gwałtów, zabójstw,
- 43 zdarzenia okołotransfuzyjne,
- 38 zgonów z powodu uszkodzeń okołoporodowych,
- 34 zgony związane z oddaleniem się,
- 29 pożarów,
- 308 innych.

Z nielicznych polskich publikacji wynika, że przyczynami najczęściej wszczynanych spraw przeciwko lekarzom w Polsce są:
- brak prawidłowej opieki nad pacjentem hospitalizowanym w czasie świąt i/lub dni wolnych od pracy;
- nagła i niespodziewana śmierć po prostym zabiegu operacyjnym;
- wystąpienie ciężkich powikłań, z którymi chory i rodzina nie liczyli się;

– brak prawidłowej komunikacji pomiędzy pacjentem a lekarzem.

Amerykańskie badania podają 10 kategorii przyczyn zdarzeń strażniczych czyli tych, które powodują znaczną szkodę i sygnalizują zazwyczaj poważne niedomogi systemu.

Są to w kolejności:

- istotne braki w komunikacji;
- edukacja i szkolenie personelu medycznego;
- niedostateczna ocena stanu pacjenta;
- dostępność informacji;
- obsady personalne;
- środowisko opieki;
- ciągłość opieki;

Spełnienie wymogów standardów akredytacyjnych zwiększa bezpieczeństwo pacjenta

- kompetencje i kwalifikacje personelu;
- sygnalizacja alarmowa;
- kultura organizacji.

W 9 numerze *Perspectives* z 2002 roku przedstawiono listę priorytetów dla narodowego programu bezpieczeństwa pacjenta na 2003 rok. Są to:

1. Lepsza identyfikacja pacjenta podczas pobierania materiału do badań i przy przetoczeniach (wymagane są przynajmniej 2 identyfikatory z wyłączeniem numeru sali chorych).
2. Poprawa komunikacji między profesjonalistami medycznymi (zlecenia ustne lub telefoniczne w sytuacjach nagłych wymagają 2-krotnego potwierdzenia odbioru).

2a. Standaryzacja skrótów i symboli medycznych.

3. Lepszy nadzór nad lekami stwarzającymi zagrożenie dla pacjentów np. silnie stężony KCL, NaCl 0,9 proc.
4. Eliminacja błędów okołooperacyjnych, takich jak niewłaściwa identyfikacja pacjenta, niewłaściwe miejsce operowane, niewłaściwa procedura operacyjna.
5. Eliminacja pomp infuzyjnych bez zabezpieczenia antygrawitacyjnego.
6. Zapewnienie sprawności działania sygnalizacji przyzywowej i alarmowej.

Stworzenie bezpiecznego systemu opieki wymaga zbierania danych, które warunkują informację, jak również dokonywania analizy, przekazywania informacji zwrotnej i istotne przemodelowanie systemu tam, gdzie zidentyfikowano problem.

Konieczne jest także wytworzenie świadomości i zrozumienia znaczenia bezpiecznej opieki zdrowotnej, tak u profesjonalistów medycznych, jak i u pacjentów; wypracowanie mechanizmów raportowania, zaangażowanie usługobiorców w aktywności poprawy bezpieczeństwa i jakości opieki, zapewnienie bezwzględnej poufności anonimowo dostarczanych danych i informacji. Działania mające na celu utworzenie narodowego systemu bezpieczeństwa pacjenta wymagają także, prócz świadomości i determinacji decydentów, odpowiednich nakładów finansowych oraz zmian w zapisach legislacyjnych.

Gdy 2 lata temu pracowano nad wdrożeniem takiego programu w Wielkiej Brytanii, w sprawę zaangażowany był parlament brytyjski i premier Tony Blair, a sam program poddany był społecznej konsultacji. Nie dziwi więc fakt, iż Narodowa Agencja ds. Bezpieczeństwa Pacjenta (*National Patient Safety Agency*) uzyskała już tak znaczące rezultaty w dziedzinie redukowania zdarzeń niepożądanych i poprawy bezpieczeństwa pacjenta w Narodowej Służbie Zdrowia (NHS).

Sądzimy, że czas najwyższy, by również Polsce w ustrukturalizowany sposób zadbać o najważniejszego użytkownika systemu. Lawinowo rosnąca liczba medialnych doniesień na temat skandalicznych błędów postępowania medycznego, emocje towarzyszące aktywnościom ugrupowań pacjentów już niebawem mogą przekroczyć punkt krytyczny.

Konieczne są więc działania w tym kierunku: inicjatywę taką podejmuje Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce (TPJ). Na ogólnopolską konferencję *Jakość w opiece zdrowotnej,* organizowaną już po raz 8. w Krakowie zaprosiliśmy dr Richarda J. Croteau (dyrektora ds. Inicjatyw Strategicznych JCAHO i twórcę *Sentinel Events Program Joint Commission*) oraz dr Helen Glenister, dyrektor ds. modernizacji z NPSA w Anglii, którzy razem z Davidem Somekh z *ESQH London Office on Patient Safety* dzielili się swymi doświadczeniami i wiedzą na sesji *Bezpieczny pacjent, bezpieczny szpital*.

Wydaje się, że podjęcie wspólnych działań wszystkich udziałowców systemu jest niezbędne: wymaga tego przede wszystkim uczciwość i szacunek wobec naszych pacjentów. Warto także, by w przyszłości realizacji swobodnego przepływu osób, usług i towarów nie hamowała świadomość braku bezpieczeństwa w polskich szpitalach.

Barbara Kutryba – członek Zarządu Europejskiego Towarzystwa Jakości w Opiece Zdrowotnej (ESQH), sekretarz Zarządu Głównego Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce (TPJ), Ośrodek Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości (CMJ)

Halina Kutaj-Wąsikowska – członek Rady Europejskiego Towarzystwa Promocji Jakości, wiceprezydent Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce, Ośrodek Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości

1. What Every Hospital Should Know About Sentinel Events; JCAHO 2000.
2. Perspectives The Official Joint Commission Newsletter; Vol 22; JCAHO, wrzesień 2002.
3. Second National Report on Patient Safety; Australian Council For Safety and Quality in Health Care; lipiec 2002.
4. Quality & Safety in Health Care, Vol. 11 Issue 3, wrzesień 2002; IBMJ & Institute for Health Care Improvement.
5. National Patient Safety Agency Annual Report 2001–2002.
6. Patient Fact Sheet Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
7. Moving Patient Safety Forward, National Patient Safety Foundation, maj 2002.
8. Świątek Barbara. Błędy lekarskie w praktyce medyka sądowego. Prawo i Medycyna 5 (vol. 2.), 2000.