

Teresa Gwizdak

Szpital Wojewódzki nr 2 w Rzeszowie

Bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu

Safety of patient in hospital

Adres do korespondencji:

mgr piel. Teresa Gwizdak
Specjalista organizacji
ochrony zdrowia,
Wizytator Ośrodka Akredytacji
Centrum Monitorowania
Jakości w Ochronie Zdrowia,
Naczelną Pielęgniarką,
Pełnomocnik Dyrektora
ds. Jakości,
Szpital Wojewódzki nr 2
ul. Lwowska 60
35-301 Rzeszów
tel.: (0 17) 866 46 00
e-mail: tgwizdak@wp.pl

STRESZCZENIE

Współczesne myślenie o funkcjonowaniu zakładu opieki zdrowotnej musi uwzględniać problematykę bezpieczeństwa pacjenta. Szpital jest specyficzną instytucją o rozbudowanej strukturze organizacyjnej, gromadzącą w jednym miejscu ludzi chorych, personel sprawujący bezpośrednią i pośrednią opiekę nad pacjentem oraz odwiedzających. Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej stanowią, obok wyposażenia, infrastruktury oraz sytuacji finansowej, podstawowy walor jego struktury. Wielość i różnorodność złożonych zadań wymaga zatrudniania pracowników o wysokich kwalifikacjach, dobrze przygotowanych do sprawnej i właściwej realizacji obowiązków na stanowisku pracy.

Niniejsza praca stanowi próbę ukazania zagrożeń wynikających z hospitalizacji pacjenta oraz przedstawienia najczęściej występujących zdarzeń niepożądanych w opiece nad pacjentem w aspekcie znaczenia nowych rozwiązań prowadzących do zmniejszenia ryzyka występowania błędów medycznych.

Pełny proces opieki nad pacjentem cechować powinna świadoma orientacja na pacjenta i myślenie w kategoriach jego dobra. Wymaga to integrowania wszystkich komponentów procesów świadczenia usług i stałego wdrażania programów poprawy jakości. Pomocne w tym zakresie są zewnętrzne systemy oceny jakości świadczeń medycznych. Zarówno system akredytacji szpitali, jak i certyfikacja Międzynarodowej Organizacji Normalizacyjnej (ISO, *International Organization for Standardization*) w swoich wymaganiach wyrażają troskę o pacjenta i personel zatrudniony w szpitalu, zapewniając właściwy poziom usługi. Niestety w ustawodawstwie polskim nie ma obowiązku dbałości o jakość świadczeń zdrowotnych i tylko nieliczne szpitale w Polsce podejmują trudne wyzwanie dla ambitnych. Ich zainteresowanie problematyką jakości i zaangażowanie całego personelu udowadnia sens działań na rzecz obrony pacjenta przed zagrożeniami, które mogą wydarzyć się w czasie hospitalizacji.

Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (1, 2): 181-185**Słowa kluczowe:** pacjent, bezpieczeństwo, usługi medyczne, zdarzenia niepożądane**ABSTRACT**

Modern reflection about functioning of healthy protection must take into consideration problems of safety of patient. Hospital is a peculiar institution with extended organizational structure, which accumulate in one place patients, staff performing direct and over patient indirect custody and visitors. Reserves of hospital personnel present, beside equipment, infrastructures and its financial status, basic value of its structure. Diversity and much of tasks requires employing of staff with high qualifications, who are well prepared and suitable to efficient and safety realization of duty.

The present work is an attempt at presenting the most frequent undesirable event in custody of patient and values of new solutions leading to decrease of risk of occurrence of medical error.

Conscious orientation on patient and reflection in his category of good should feature full process of custody over patient. It requires integrating of all components of process of service and constant accustoming of programs of correction of quality. Helpful in this range are external systems of estimate of quality of medical service. System of accreditation of hospital as well as certification

International Organization for Standardization (ISO) express care in claims about patient and staff employee in hospital, assuring proper level of services. Unfortunately polish legislation does not include duty care of healthy service and only numerous hospitals take hard challenge for ambitious. They interest problems of quality and engagement of whole staff proves meaning of operation of defense of patient before threats, which can happened during hospitalization.

Nursing Topics 2008; 16 (1, 2): 181–185

Key words: patient, safety, medical services, undesirable events

Wstęp

Opieka nad pacjentem jest planowym procesem obejmującym działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia. Przy obecnym rozwoju technologii medycznych człowiek z jednej strony może liczyć na szybkie efekty terapeutyczne, z drugiej natomiast może być narażony na różnego rodzaju zagrożenia zdrowia lub życia. Aby temu zapobiec, należy poznać wszystkie możliwe przyczyny, które mogą doprowadzić do wystąpienia ryzyka zdarzeń niepożądanych. Szpital, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentów na każdym etapie hospitalizacji, czyli podczas diagnozowania, leczenia, pielęgnowania czy rehabilitacji, zobowiązany jest do zagwarantowania właściwego poziomu usług. Najważniejszymi elementami w tym zakresie, obok infrastruktury i wyposażenia, jest wysoko wykwalifikowana kadra medyczna, świadoma odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjentów. Systemu zapewnienia wysokiej jakości świadczeń medycznych nie da się zbudować szybko. Stopniowo i permanentnie należy tworzyć jego podstawowe elementy, które pomagają w osiągnięciu sukcesu. Zaplanowane działania jakościowe i okresowo prowadzone kontrole są profilaktyczną i skuteczną metodą redukującą możliwość wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

Cel pracy

Celem pracy było:

- przedstawienie najczęściej występujących zagrożeń w opiece nad pacjentem,
- wskazanie znaczącej roli personelu medycznego w zakresie bezpieczeństwa pacjentów,
- wskazanie znaczenia nowych rozwiązań prowadzących do zmniejszenia ryzyka występowania błędów medycznych.

Bezpieczeństwo pacjenta w krajach Unii Europejskiej

Zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa znajduje się na czele listy priorytetów Unii Europejskiej. W działaniach aktywnie uczestniczą: Światowa Organizacja

Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), Światowy Sojusz na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów (*World Alliance on Patient Safety*), Rada Europy, europejskie zrzeszenia pacjentów, lekarzy, pielęgniarzy, farmaceutów i szpitali. Ścisła koordynacja, skuteczna i konsekwentnie realizowana polityka w tym zakresie mają się przyczynić do podniesienia jakości opieki zdrowotnej i zapewnienia pacjentom wysokiego poziomu bezpieczeństwa. Dostępne dane światowe publikowane przez *Institute of Medicine* informują, że największą grupę zdarzeń niepożądanych stanowią błędy medyczne, z powodu których umiera wielu pacjentów.

Konferencja „Bezpieczeństwo pacjenta jako wyzwanie europejskie”, która odbyła się w Warszawie w 2005 roku pod auspicjami Sekretarza Generalnego Rady Europy Terry’ego Davisa była prestiżowym wydarzeniem dla 25 krajów członkowskich. Przedmiotem obrad był między innymi projekt rekomendacji opracowany przez Komitet Ekspertów ds. Zarządzania Bezpieczeństwem i Jakością w Opiece Zdrowotnej, dotyczący zapobiegania zdarzeniom niepożądanym w opiece zdrowotnej. Rekomendacje zostały skierowane do rządów krajów członkowskich, które powinny określić politykę bezpieczeństwa pacjenta oraz zintegrować ją z polityką zdrowotną państwa [1].

Polska

Mało jest w polskim piśmiennictwie rzetelnych danych na temat błędów lekarskich i zaniedbań w wykonywaniu zawodów medycznych oraz w sferze organizowania usług zdrowotnych. Dziś w Polsce szacuje się śmiertelne ofiary błędów i zaniedbań na około 20 000 rocznie [2]. Problematyką bezpieczeństwa pacjenta jako zagadnieniem warunkującym jakość opieki zajmuje się Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej. Program „Bezpieczny pacjent, bezpieczny szpital” uwzględnia informacje na temat zdarzeń niepożądanych i programów bezpieczeństwa pacjenta w Europie i na świecie, daje praktyczne wskazówki i uwagi na temat zbierania i analizowania danych w formie analizy przyczynowo-źródłowej. Towarzystwo Promocji Jakości zamierza stworzyć system poprawiający bezpieczeństwo hospitalizowanego pacjenta i zachęca wszystkie szpitale do współpracy [3].

Opieka nad pacjentem

Na nowoczesny model opieki nad pacjentem składa się stałe pogłębianie wiedzy medycznej, dążenie do profesjonalizmu i stosowanie światowych standardów zapewniających bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu. Nieznajomość tych zagadnień może skutkować dodatkowym cierpieniem pacjentów, występowaniem zdarzeń niepożądanych i obniżeniem poziomu jakości świadczonych usług medycznych. Medycyna, będąc coraz bardziej kompleksową, nie staje się bardziej bezpieczna: leczenie skomplikowanych i złożonych przypadków zwiększa możliwość popełnienia błędu.

Na każdym etapie hospitalizacji, czyli od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do chwili jego wypisu, może dochodzić do zdarzeń niepożądanych. Za zdarzenie niepożądane w opiece zdrowotnej rozumie się każde niezamierzone lub nieoczekiwane zdarzenie, które mogło spowodować lub spowodowało szkodę u jednego lub więcej pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej [4]. W złożonej kompleksowości i specyfice świadczeń medycznych nie jest możliwa całkowita ich eliminacja, niemniej można im zapobiegać. Jednym ze sposobów profilaktycznych w tym zakresie jest monitorowanie zdarzeń niepożądanych jako systemu nadzoru nad bezpieczeństwem pacjenta. Opracowanie systemu rejestracji i wewnętrznego katalogu zdarzeń niepożądanych, który powinien uwzględniać zagrożenia ze strony personelu, aparatury, stosowanych leków, procedur postępowania jest pierwszym krokiem w kierunku ochrony pacjenta przed pomyłkami i błędami.

Ze względu na rosnące wymagania dotyczące jakości opieki oraz wzrost oczekiwań pacjentów bezpieczeństwo staje się ważnym elementem w trakcie zabiegów diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych. W procesie diagnozowania pacjentów niebezpieczne jest popełnianie błędów przedlaboratoryjnych, do których należą: opóźnione dostarczenie próby, niewłaściwe przechowywanie i transport próby po pobraniu, nieprawidłowe opisanie próby i/lub skierowania. Błędy laboratoryjne typu: awaria sprzętu, zniszczenie próbki podczas opracowywania, utrata tożsamości próby na każdym etapie badania, wycofanie odczynników przez firmę, opóźnione wydanie wyniku przez zleceniobiorcę — mogą być przyczyną fałszywego wyniku badania.

Istotną rolę w diagnozowaniu pacjenta odgrywają badania radiologiczne. Błędy w zakresie przygotowania pacjenta do badań radiologicznych konwencjonalnych, tomografii komputerowej (CT, *computed tomography*), rezonansu magnetycznego (MR, *magnetic resonance imaging*), USG, powikłania w czasie i po wykonaniu badań diagnostycznych trak-

owane są jako grupa zdarzeń niepożądanych, których konsekwencją może być niewłaściwa diagnoza lub terapia pacjenta.

Przeciążenie pracą

Więcej miejsca należy poświęcić błędom medycznym wynikającym z nadmiernego przeciążenia pracą, złej organizacji pracy, braku koncentracji uwagi i chronicznego zmęczenia. Pod wpływem zmęczenia występuje upośledzenie funkcji koordynacyjnej ośrodków nerwowych i zmniejszenie wydolności psychomotorycznej, co wpływa bezpośrednio na poziom bezpieczeństwa i efektywności pracy. Badania wskazują, że długość trwania zmiany roboczej może wpływać na obniżenie jakości pracy. W systemach 12-godzinnych dochodzi do obniżenia zarówno subiektywnego pobudzenia, jak i wykonywania niektórych zadań [5]. Stopień natężenia pracy i warunki środowiska pracy w jakich jest wykonywana mogą także być przyczyną zdarzeń niepożądanych.

Popełniane błędy w zakresie farmakoterapii, związane między innymi z procedurą przepisywania leku, nieprzejrzystą nomenklaturą, niejednoznacznym oznakowaniem, procedurą wydawania leków, brakiem pisemnych zleceń lekarskich są częstą przyczyną zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.

Kolejnym bardzo istotnym problemem w szpitalach są zdarzenia niepożądane związane z zabiegami operacyjnymi. Dotyczą najczęściej pomyłki w zakresie nieprawidłowej identyfikacji pacjenta lub narządu (niewłaściwa strona zabiegu), wykonania zabiegu bez zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego, nieprawidłowego wykonania procedury, nieprawidłowego doboru instrumentarium, wad materiałowych i technologicznych implantów. Poważnym w skutkach zdarzeniem niepożądany jest poparzenie pacjenta wywołane działaniem diatermii. Powikłania w trakcie i po zabiegach operacyjnych, takie jak: pozostawienie materiałów opatrunkowych lub narzędzi w polu operacyjnym, wszelkie pomyłki anestezyjologiczne i nieprawidłowości znieczulenia mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie życia pacjenta.

Standardy opieki

Czynnikami wpływającymi na jakość praktyki pielęgniarstwa są przyjęte standardy opieki, liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych, ich kwalifikacje, uwarunkowania psychofizyczne i motywacje. Aby zapewnić właściwy poziom opieki, konieczne jest ustalenie i przestrzeganie przyjętych norm zatrudnienia personelu medycznego. W dobie źle pojętej oszczędności

w służbie zdrowia restrukturyzacja personelu pielęgniarskiego balansuje na granicy bezpieczeństwa. Dowodem na to jest między innymi doznanie fizycznego urazu przez chorego w czasie hospitalizacji: upadki, potknięcia, zwichnięcia, oparzenia, wypadnięcia pacjentów z łóżek. Niebezpieczeństwo stwarza również stosowanie sprzętu służącego do podnoszenia i przemieszczania pacjentów. Jego użytkownicy powinni dokładnie zapoznać się z instrukcjami producenta, aby uniknąć urazów związanych z brakiem umiejętności stosowania takiej aparatury. Przestrzeganie zasad dobrej praktyki to obowiązek kadry medycznej, która ma zapewnić właściwą opiekę nad pacjentem. Minimalne normy zatrudnienia personelu nie gwarantują pożądanego poziomu jakości usług medycznych i realizacji przyjętych standardów postępowania.

Stan sanitarno-epidemiologiczny

Elementem zapewniającym bezpieczeństwo pacjenta jest zachowanie czystości pomieszczeń i przestrzeganie procedur epidemiologicznych przez personel szpitala. Pomocną rolę w tym zakresie odgrywa pielęgniarka epidemiologiczna, zespół ds. zakażeń i pracownia mikrobiologiczna. Regularnie prowadzone kontrole stanu higieny pomieszczeń szpitalnych, nosicielstwa drobnoustrojów chorobotwórczych wśród personelu medycznego i badania epidemiologiczne są prewencją w występowaniu zakażeń zakładowych. Specjalnym organem powołanym dla sprawowania funkcji nadzoru nad warunkami higieniczno-sanitarnymi sprzętu i pomieszczeń, w których są udzielane świadczenia medyczne jest Państwowa Inspekcja Sanitarna. Sprawowanie bieżącego i zapobiegawczego nadzoru, przeprowadzanie kontroli w zakresie sprawowanej opieki, mycia i dezynfekcji sprzętu, gospodarki odpadami medycznymi daje poczucie bezpieczeństwa zarówno pacjentom, jak i personelowi szpitala.

Aparatura medyczna

Przy obecnym rozwoju techniki stosowanej w procesie diagnozowania i terapii człowiek narażony jest na różnego rodzaju zagrożenia. W problematyce bezpieczeństwa nie można zapomnieć o sprawnej i pewnej aparaturze medycznej. W Polsce nie prowadzi się systematycznej kontroli fizycznych elementów odpowiedzialnych za proces powstawania obrazu rentgenowskiego. Bardzo często złą jakość RTG tłumaczy się wykorzystywaniem starych i zużytych aparatów, gdyż brakuje środków na zakup nowej aparatury [6]. Angażowanie środków finansowych w sys-

tematyczne przeglądy, a w szczególności wymiana przestarzałego sprzętu medycznego powinno być postrzegane jako inwestycja przynosząca wymierne zyski prowadzące do minimalizacji błędów i eliminacji zdarzeń niepożądanych.

Świadomość personelu

Bezpieczeństwo pacjenta to również świadomość zagrożeń i niebezpieczeństw wynikających z autonomii zawodu, ocena schematów własnych zachowań i konsolidacja pracy zespołu. Należy także wyeliminować mit doskonałości dotyczący braku występowania błędów. Nie ma na świecie zakładu opieki zdrowotnej, w którym nie występują zdarzenia niepożądane. Deklaracja braku takiego typu zdarzeń świadczy o braku kryteriów oceny ryzyka pobytu pacjenta w szpitalu i systemu monitorowania działań niepożądanych.

Powstałe w wyniku zaniedbań przez personel medyczny błędy nie mogą być ukrywane, a przyznanie się do winy nie może być karane. Zapewnienie wsparcia pracownikowi, który popełnił błąd, wdrażanie programów edukacyjnych, obejmujących zarządzanie ryzykiem, radzenie sobie ze stresem to wartościowe sposoby postępowania przynoszące w perspektywie wymierne zyski dla poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

Systemy oceny jakości świadczeń medycznych

Nowoczesny model zapewnienia wysokiej jakości opieki medycznej musi uwzględniać wewnętrzny system poprawy i system zewnętrznej oceny jakości świadczeń medycznych. Dobrze sprawdzonymi metodami oceny jakości świadczeń w Polsce jest akredytacja i norma ISO. Standardy akredytacyjne zostały ustalone w dziedzinach mających istotny wpływ na bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentem [7]. Spełnienie ich wymagań oraz normy ISO bez wątpienia przyczynia się do wprowadzania zmian w zakresie funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej. Akredytacja jest bardzo skuteczną metodą w zmianie dotychczasowego sposobu postrzegania pracy i niewątpliwie wpływa na poprawę bezpieczeństwa pacjentów i personelu.

Wnioski

Reasumując problematykę bezpieczeństwa pacjenta w szpitalu, należy podkreślić, że w Polsce nie prowadzi się systematycznej kontroli w zakre-

się przestrzegania określonych wymagań w opiece nad pacjentem. Doświadczenia ostatnich lat i lawinowo wzrastająca liczba procesów sądowych świadczą o dotychczasowej ignorancji problemu oceny ryzyka pobytu pacjenta w szpitalu. Wielu z nich można uniknąć poprzez zastosowanie odpowiednich programów zapobiegawczych między innymi wprowadzenia systemów oceny otwartego i uczciwego bezpieczeństwa. Poza tym niezbędny jest system przekazywania danych o zdarzeniach zagrażających bezpieczeństwu pacjentów, zapewniający anonimowość przypadku i zgłaszającego. Wypracowanie i stworzenie odpowiedniego systemu oraz prawodawstwa w przedmiotowej sprawie jest wyzwaniem dla współczesnego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Piśmiennictwo

1. www.nil.org.pl; 14.03.2008
2. Kurkowski J. Błędy i zaniedbania w medycynie. Siódma Ogólnopolska Konferencja Jakość w Opiece Zdrowotnej. Kraków 2002; 25.
3. www.tpj.pl/szkolenia; 14.03.2008
4. Appendix to Recommendation of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care CM (2006) 67, 13 April 2006.
5. Ksykiewicz-Dorota A. (red.). Zarządzanie w pielęgniarstwie. Wydawnictwo „Czelej”, Lublin 2005; 454.
6. Laska R. Ocena jakości pracowni rentgenowskich. *Zdrowie i zarządzanie* 2001; 3 (3–4): 94.
7. Bedlicki M., Kutaj-Wąsikowska H., Surowiec J. Program akredytacji szpitali. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1997.