

A kórházi ellátás biztonságának növelése – lehetőségek és az első hazai tapasztalatok

BELICZA ÉVA (SE EGÉSZSÉGÜGYI MENEDZSERKÉPZŐ KÖZPONT),
KULLMANN LAJOS (ELTE BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR)

Amióta az USA-beli Orvosi Intézet (Institute of Medicine) Tévedni emberi dolog (To Err is Human) c. tanulmánya 1999-ben megjelent, egyre erősebb az egyetértés a szakemberek körében, hogy a betegbiztonsági eseményekből való tanulás lényeges részét képezi az ellátás biztonságosabbá tételének.

A nemkívánatos események jelentési és tanulási rendszerének jelentősége

Az incidensek, az ún. nemkívánatos események (adverse event, AE) rendszerint kisebb, egymás hatásait erősítő események eredményeként következnek be. Mégis, az AE-k előfordulásakor sokkal egyszerűbb azt a személyt hibáztatni, aki az utolsó hibát elkövette, mint azon eseményeket felgöngyölíteni, amelyek a munkakörnyezet elégtelenségeiből erednek, és magukban rejtik akár a fatális hiba lehetőségét.

A nemkívánatos esemény az egészségügyi ellátáshoz köthető bántalom, és nem a betegség szövődménye. A kórházi AE-k előfordulási gyakoriságát 10%-ra becsülik, melyek között a megelőzhetőnek tekintett események részaránya kb. 40–60% (4). Az események alapvető okainak feltárásához és ennek mentén a megelőzést szolgáló intézkedések meghozatalához meg kell ismerni az események természetét, ezért a különböző országokban egyre több jelentési rendszer működik nemzeti, regionális vagy helyi szinten.

Az USA-ban a programok államonként változnak. Az egyik Minnesotában működik 2003-tól. Itt jogszabály szerint elvárás, hogy a kórházak és az ambuláns sebészeti központok jelentsék, ha a 28 előre meghatározott súlyos kimenete-

lő nemkívánatos esemény valamelyike bekövetkezik. 2008-ban közel 800 AE-t jelentettek. A jelentések tartalmazzák az események feltételezett okait és azokat a lépéseket, amelyeket a hasonló események megelőzése érdekében tettek. A program vezetői szerint, bár fontos azt is tudni, mennyi esemény következett be, a jelentési rendszer igazi jelentősége az, hogy mindig a tanulásra, a gyökér-okokra vonatkozó információk megosztására fókuszál, beleértve a megelőzést támogató gyakorlat megismerését is. A résztvevők 72%-a úgy érzi, hogy a jelentési jogszabály növeli a biztonságot, és a témakör a program elindulása óta magasabb prioritást élvez az intézményekben (1).

Európában a legnagyobb program az Egyesült Királyságban működik. A Nemzeti Betegbiztonsági Hivatal (National Patient Safety Agency, NPSA) működteti

a Nemzeti Jelentési és Tanulási Szolgálatot (National Reporting and Learning Service, NRLS). Ha betegbiztonsági incidens történik, az Állami Egészségügyi Szolgálat (National Health Service, NHS) dolgozója Angliában és Walesben bizalmas online jelentést küldhet saját helyi jelentési rendszerén keresztül. Ezeket klinikusok és betegbiztonsági szakértők elemzik, hogy a közös okokat feltárják és megtalálják a betegbiztonság fejlesztésének lehetőségeit. Publikációs sorozatukban – hét lépés a betegbiztonságért (seven steps to patient safety) – hangsúlyozzák a nemkívánatos események jelentésének fontosságát és szerepét. (1. doboz.)

Az Egyesült Királyság mellett számos más európai ország működtet jelentési rendszereket, mint pl. Csehország, Dánia, Svédország, Szlovénia, Hollandia,

Hét lépés a betegbiztonsághoz

1. lépés. Betegbiztonsági kultúra kiépítése: nyitott és őszinte légkör kialakítása.
2. lépés. A munkatársak vezetése és támogatása: a betegbiztonságra összpontosító világos és határozott kultúra kialakítása a szervezet egészében.
3. lépés. Kockázatmenedzsmenti tevékenység integrálása: olyan rendszerek és folyamatok kidolgozása, amelyek kezelik a kockázatokat és azonosítják és vizsgálják azokat a folyamatokat, rendszereket, eszközöket, közreműködőket, amelyek rosszul működhetnek.
4. lépés. Jelentés elősegítése: azon feltételek biztosítása, amelyek alapján a személyzet könnyen jelenthet incidenseket a helyi és nemzeti jelentési rendszerben.
5. lépés. A betegek és lakosság bevonása és a velük folytatott kommunikáció: olyan módszerek kidolgozása, hogy nyitottan lehessen kommunikálni a betegekkel és meghallgatni őket.
6. lépés. Tanulás és a biztonságra vonatkozó tanulságok megosztása: a személyzet bátorítása, hogy használjanak gyökér-ok-elemzést azért, hogy megtanulják, hogyan és miért történnek incidensek.
7. lépés. A bántalmak megelőzését támogató megoldások bevezetése: a tanulságok figyelembevétele a gyakorlat, a folyamatok és a rendszerek megváltoztatásán keresztül.

Forrás: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>

Írország, de céljaik és működésük egymástól eltérőek (5).

2009-ben az Európai Unió publikálta betegbiztonságra vonatkozó javaslatait. A javaslatok a WHO által 2005-ben közzétett ajánlásokra épülnek. A cél, hogy keretet adjon a szakmapolitikai fejlesztések serkentésére és a jövőbeli ténykedésekre a tagállamok számára, és megcélazza a kulcsfontosságú betegbiztonsági témaköröket. Többek között elvárás, hogy „a tagállamoknak átfogó jelentéstételi és tanulási rendszereket kell kialakítaniuk, illetve a már meglévőket fenntartaniuk vagy fejleszteniük, hogy a nemkívánatos események elterjedtségét és mögöttes okait fel lehessen tárnai a hatékony megoldások és intézkedések kidolgozása érdekében. A betegbiztonság témakörét be kell építeni az egészségügyi dolgozók és a betegellátók oktatási és képzési programjába” (3).

A hazai betegbiztonsági programok

2006-tól a WHO által támogatott magyarországi programok között szerepel a nemkívánatos események jelentési és tanuló rendszerének irányelve mentén történő program indítása és működtetése. A program vezetésére a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja (EMK) kapott felkérést. Az EMK a Magyar Kórházszövetséggel együttműködésben állapodott meg a program működtetéséről.

A WHO-irányelvek szerint (5) a nemkívánatos események jelentésének alapvető célja, hogy az ellátás hibáinak, gyengeségeinek feltárásából tanulságokat vonjon le, és ezekre támaszkodva növelje a betegellátás biztonságát. A cél eléréséhez szükséges a jelentési rendszer biztonságának megteremtése, azaz az incidensben részt vevőket nem szabad büntetni, és nem érheti őket más káros következmény, továbbá nem sérülhetnek a betegek személyiségi jogai sem. A tanulságok megismeréséhez a jelentéseket arra felkészült munkatársaknak kell fogadnia és feldolgoznia, és a tapasztalatokat, tanulságokat az elemzett tevékenységet végző ellátókkal meg kell ismertetni. Az irányelv legfontosabb ajánlásait és a NEVES fantázianevet kapott hazai rendszer jellemzőit korábbi közleményünk tartalmazza (2).

A NEVES jelentések feldolgozott eredményeinek szélesebb körű megbeszélése és terjesztése, a betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra fejlesztése érdekében létrehoztuk a Betegbiztonsági Fórumot, melynek első megbeszélése

2008. december 4-én volt. A Fórumon meghatározott témakörök mentén meghívott szakértők előadásai alapján, irányított beszélgetéssel válik lehetővé az adott nemkívánatos esemény, vagy elemzett hozzájáruló tényező alapvető okainak áttekintése a hazai ellátási gyakorlat alapján. A fórumot bárki ingyenesen látogathatja. A 2008–2009-es tanévben megrendezett négy fórum témái: betegesések, nosocomiális fertőzések, decubitus kialakulása, a kommunikáció és betegbiztonság összefüggése. Az elhangzott előadások és főbb megállapítások, ajánlások a Fórum honlapján elérhetők (<http://hsmc.hu/kutatas/neves/> betegbiztonsagi-forum). A fórum rendezvényei – amelyeken eddig 37 kórház képviselői vettek részt – a 2009–2010-es tanévben is folytatódnak. Az októberi esemény a gyógyszereléssel összefüggő nemkívánatos események (adverse drug event) témakörével foglalkozott, a decemberi a belső jelentési rendszerek kialakítási szempontjaival.

A NEVES és a Betegbiztonsági Fórum eddigi eredményei és tapasztalatai

A NEVES-programban a beérkezett jelentések száma a 2008-as internetes adatgyűjtés elindítása óta túllépte az ezeröttszázat. Konferencia-előadások, szakmai megbeszélések alapján tudható, hogy vannak kórházak, amelyek a NEVES-programba nem küldenek jelen-

tést, de az adatlapjait belső jelentések készítéséhez használják.

A beérkezett jelentéseket időszakosan feldolgozzuk és a legfontosabbnak ítélt statisztikai eredményeket honlapunkon közzéteszük (<http://hsmc.hu/kutatas/neves/neves-kutatas/jelentendo-esemenyek>). Ugyancsak készítünk feldolgozást a kórházak kérsére saját adataikról (a kórház saját azonosítót adhat meg jelentés feladásakor, ez teszi lehetővé az adott kórház jelentéseinek kiemelését).

Az adatok alapján a jelentett események körülményei megismerhetők, és irányított beszélgetéssel a fórum keretében, illetve szakértői megbeszélések során a hozzájáruló tényezők és az alapvető okok meghatározhatók. A fórum résztvevőivel közösen megfogalmazott megállapításokat, észrevételeket ugyancsak elhelyezzük a honlapon.

A kórházi delegáltak szerint a programban azon intézmények vesznek részt, ahol egyértelmű a felső vezető támogatása, elkötelezettsége. Az adatgyűjtés terhe nehéz, ezért is célszerű a témára releváns, elkötelezett vezetéssel rendelkező osztályok bevonásával indítani a programot, szemben az egész kórházra való kiterjesztéssel.

Az intézményi képviselők megfogalmazták a jelentések elkészítésének előnyeit, nehézségeit, és általános véleményeket, javaslatokat fogalmaztak meg az eredményes működéshez. (2. doboz.)

A NEVES-programmal szerzett kórházi tapasztalatok

Előnyök

- előfordulás gyakorisága belsőleg mérhető,
- kórházi szinten hasznosuló adatok (belső elemzés, feldolgozás esetén),
- fejlesztési módszertan elsajátítása,
- a szükséges helyesbítő intézkedések azonosítása, meghozatala,
- szemléletváltás, törekvés az esetszámok csökkentésére,
- költséghatékonyság szemlélete fejlődik.

Nehézségek

- humán erőforrás-igény (oktatás, adatbevitel, feldolgozás, visszajelzés),
- a folyamatos jelentéskészítés elérése nehéz.

Általános vélemények

- van érdeklődés, de a pluszmunka elvárása ma elsősorban a munkatársi létszámkorlátok miatt nehéz,
- az előnyöket közvetlen, rövid időn belüli visszajelzés esetén lehet bemutatni,
- a megoldások bevezetése a munkatársak tevékenységét könnyebbé, biztonságosabbá teszi, csökkenhet a betegpanaszok száma,
- újabb témakörök indítása iránt van igény,
- ugyanazon esemény kampányszerű időszakos ismétlődő jelentése lehet eredményes,
- a helyi feldolgozás és visszacsatolás adhat igazi eredményt,
- lehetőség nyílik a kórházak közötti benchmarking tevékenység végzésére (azaz: ti hogy tudjátok elérni, hogy kevesebb nemkívánatos esemény forduljon elő?).

Összegzés

A hazai egészségügyi intézményekben nem gyakorlat a nemkívánatos események, illetve a mögöttes okok szisztematikus, őszinte légkörben történő megbeszélése és ezen keresztül a hozzájáruló tényezők, alapvető okok feltárása és kezelése. Ebből következően az egyes intézmények nem tudják sem azt, hogy az ilyen események milyen gyakorisággal fordulnak elő, sem azt, hogy mit kellene változtatni annak érdekében, hogy az előfordulást csökkenteni lehessen.

A jelentési rendszer és a Betegbiztonsági Fórum tapasztalataink szerint hozzájárul ahhoz, hogy a résztvevők elgondolkodjanak, miért is alakult ki egy-egy esemény, és felismerjék, nem az egyszemélyi felelőst kell keresni, hanem a szakmai, szervezési folyamatok szabályozását, oktatást, tájékoztatást, a működést kell fejleszteni. Már az adatlapok kidolgozása során észlelhető volt az érintett intézmények képviselőinek szemléletváltása, és ráéreztek a háttértényezők oki kutatásának módszertanára. Több intézmény rendszeresen kéri az általuk beküldött adatokat nyersen vagy feldolgozva, az eredményeket a minőségügyi csoporttal és menedzs-

menttel közösen értelmezik, és ennek alapján újragondolják tevékenységeiket, eljárásrendjüket.

Nemzetközi kutatási eredményekből ismert, hogy melyek azok a nemkívánatos események, amelyek a kórházi gyakorlatban leginkább előfordulnak, illetve amelyek kezelésével elsősorban foglalkozni érdemes. Ezért kisebb annak a jelentősége, hogy ismerjük, pontosan hány esemény fordul elő egy-egy intézményben, fontosabb az előidézõ okok felismerése és kezelése. Az okok kutatásának egyik módszere az országos jelentési rendszer, és ehhez kapcsolódóan a helyi, belső jelentési rendszerek működése.

A nemkívánatos események jelentési rendszere egy fontos elem a betegbiztonság támogatásában, de a betegbiztonság kérdését komplex feladatként kívánjuk kezelni. A betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra kialakításához képzéssel, tájékoztatással, honlapfejlesztéssel kívánunk hozzájárulni. Ennek érdekében 25 kreditpontos képzést hirdetünk 2010 februárjában minőségügyi vezetők és a betegbiztonság iránt érdeklődő középvezetők számára. A jelentkezési lap és a program részletei honlapunkon elérhetők: <http://hsmc.hu/kutatas/neves>

Irodalomjegyzék

1. Adverse Health Care Events Reporting System: What have we learned? Minnesota Department of Health. January 2009. <http://www.health.state.mn.us/patientsafety/publications/09aheeval.pdf>
2. Belicza É., Kullmann L.: NEVES (nem várt események). Betegbiztonsági program hazai megvalósítása. Kórház. 2008;3:32–35.
3. Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. 2009/C 151/01, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:151:0001:0006:HU:PDF>
4. de Vries E. N., Ramrattan A. M., Smorenburg A. M., Gouma D. J., Boermeester M. A.: The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Quality and Safety in Health Care. 2008;17:216–223.
5. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems, World Health Organization, 2005. http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf

Nem várt események jelzésére alkalmas belső jelentési rendszerek bevezetésének kérdései

LÁM JUDIT, BELICZA ÉVA (SEMMEIWEIS EGYETEM, EGÉSZSÉGÜGYI MENEDZSERKÉPZŐ KÖZPONT)

A betegbiztonsággal összefüggő nem várt események jelentésére alkalmas rendszerek kialakításának és működtetésének nemzetközileg ismert gyakorlata és hagyománya van.

A betegbiztonságot értékékként kezelő kórházak, belső – a tanulást szolgáló – a nemkívánatos eseményekre vonatkozó jelentési rendszert dolgoznak ki és működtetnek.

A világ több országában végzett kutatások eredményei alapján jól ismert az ellátásból eredő hibák és azok szövődményének meglepően magas aránya. Az ellátással összefüggésbe hozható nem várt események 50–60%-a megelőzhető, azaz ezen nemkívánatos események mögött ellátási hibák, nem megfelelő szervezeti működés, illetve folyamatszabályozás áll. Az adatok ismeretében a betegbiztonság fokozása és az ellátási hibák csökkentése lehetséges, ezért a kérdéskör nemzetközi figyelem középpontjába került.

A nemkívánatos események és az ellátási hibák megelőzése érdekében egyre több ország ajánlásokat dolgoz ki és tesz közzé. Ilyenek például a kockázatok felmérésére, kezelésére vonatkozó ajánlások, a felismert kockázatok kezelésére vonatkozó irányelvek, a szervezeti kultúra fejlesztésének vagy a bekövetkezett eseményekből levonható tanulságok megfogalmazásának és gyakorlati hasznosításának elvárása. Ez utóbbi az Európai Unió 2009 nyarán közzétett ajánlása miatt hazánkban is különösen fontossá vált.