

## 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](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.

## 1. táblázat. A nem várt események belső jelentési folyamata

- Bevezetés és motiválás
- Jelentés
- A jelentett esetek elemzése, megoldások keresése
- A javasolt megoldások megvalósítása
- Visszajelzés

A betegbiztonsággal összefüggő nem várt eseményekre vonatkozó jelentések nemzeti szinten való regisztrálásán, értékelésén túl célszerű az egészségügyi intézményeknek helyi szinten is belső jelentési rendszer segítségével monitorozni az ellátással összefüggő aktuális és potenciális nem várt eseményeket. Ennek segítségével azonosítani lehet a hibákat és veszélyeket, a megelőzhető hibák mögött álló gyökérokok feltárhatók, amelyek ismeretében megfelelő – a közreműködők számára is jól látható, érthető – ajánlások, változtatási javaslatok tehetők az ellátási folyamat biztonságának javítása, a későbbi nem várt események, potenciális betegkárosodások megelőzése érdekében.

### Hibakultúrák

A belső jelentési rendszer működtetésében rejlő lehetőségek kiaknázásához meg kell teremteni a jelentési tevékenységet elősegítő szervezeti kultúrát és közeget, ahol a jelentés nem egyéni felelősségkeresést – esetleg szankciót – von maga után, hanem folyamatos minőségfejlesztést eredményez.

A hazánkban is döntően uralkodó, hierarchián és egyéni felelősségen alapuló szervezeti és hibakultúrában a hibák felfedezése az egyéni felelősök megkeresését és azok megbüntetését eredményezi. Ilyen légkörben természetes, hogy a munkatársak – félve a lehetséges szankciótól – a bekövetkezett ellátási hibákat és esetleges következményeiket megpróbálják palástolni. Ha a hiba elkövetőjét sikerül azonosítani e szervezeti kultúrában, szélsőséges esetben az érintett munkatársat el is távolíthatják munkahelyéről. Ez a lépés azonban nem jár együtt a rendszerszintű problémák felismerésével és kijavításával, a hibás szervezeti működés továbbra is fennmarad. Így jövőben más kolléga esetében a legkiválóbb szaktudás és legnagyobb gondosság mellett is bekövetkezhet ugyanaz a nemkívánatos esemény.

A betegbiztonság javítását szolgáló „nem büntető” szervezeti kultúrában elfogadásra

kerül, hogy egy nemkívánatos esemény bekövetkezésében több, a szervezetből, a munkahelyi feltételekből, és az ellátó team tevékenységből fakadó anomália is szerepet játszhat. E hibakultúra szerint a nem várt események, illetve a potenciális nem várt események csökkentésének leghatásosabb eszköze az események mögött húzódó rendszerhibák feltárása és azok megoldása.

### A belső jelentési rendszer működése

A belső jelentési rendszer működtetésének legfontosabb célja, hogy a nem várt események megismerésén keresztül tanulságokat vonjon le, és ezek segítségével a betegellátás biztonságát növelje.

A rendszer sikeres működtetéséhez alapvető fontosságú a szankciómentesség, az anonimitás, az önkéntesség, a döntéshozóktól független működés, a szakértők elemzési tevékenysége, az elemzések eredményének, valamint a javasolt, rendszerorientált intézkedéseknek a rövid időn belül történő visszajelzése a munkatársak felé. (1. táblázat.)

Az ismertetett szempontrendszer alapján kialakított belső jelentési rendszer

rekben a beérkező jelentéseket a megfelelően felkészült, interprofesszionális csapatok elemzik, értékelik. Vizsgálják a nem várt esemény súlyossági fokát és az esemény megismétlődésének valószínűségét. Az incidens hátterében álló problémákat leggyakrabban a gyökérok-elemzés (Root-Cause-Analysis) módszerével határozzák meg. Az oki kutatás eredményének megfelelően intézkedési javaslatokat tesznek az esemény jövőbeli bekövetkezésének megakadályozása érdekében. A jelentésekről és a javasolt megoldások bevezetéséről rendszeresen tájékoztatják a munkatársakat a rutinmegbeszélések, körlevelek, a jelentési rendszerrel kapcsolatos rendezvények útján (2. táblázat).

### Milyen események kerüljenek jelentésre?

A belső jelentési rendszer tervezése során pontosan meg kell határozni a jelentendő incidensek körét. Ezek a súlyos, betegkárosodással járó ellátási hibáktól a betegek biztonságát fenyegető veszélyekig, a nem biztonságos körülmények jelzéséig terjedhetnek (3. táblázat).

## 2. táblázat. A sikeres belső jelentési rendszer jellemzői

**Szankciómentesség:** a jelentést küldő munkatárs és az incidensben érintett személyek nem kerülhetnek felelősségre vonásra.

**Anonimitás:** a jelentésekben személyes adatokra nem lehet rákérdezni, illetve a jelentések nem tárolhatók el személyes adatokkal. Azokat a jelentéseket, amelyek személyes adatokat tartalmaznak, anonimé kell tenni feldolgozásuk, illetve továbbításuk előtt.

**Bizalmasság:** a jelentő, illetve a betegek azonosítására alkalmas adat nem kerül harmadik fél számára kiadásra. Nem kerülhet nyilvánosságra olyan jellemző információ, ami perek kezdeményezésére adhat okot.

**Önkéntesség:** a jelentés önkéntes. Bármilyen jelentésre vonatkozó kötelezettség negatív motivációs erő, a jelentési hajlandóságot rontja.

**Függetlenség:** a jelentési rendszer a szankciómentesség érdekében a vezetéstől függetlenül működik.

**Szakértői elemzés:** a beérkező jelentéseket olyan szakértők értékelik, akik megértik a klinikai körülményeket, felismerik az események hátterében álló rendszerokokat, és lehetőség szerint ismerik az adott intézmény belső szervezetét, működését.

**Visszajelzés:** valamennyi munkatárs számára visszajelzés történik a beérkező jelentésekről, az elemzésükről, a javasolt, illetve bevezetett intézkedésekről (szóbeli megbeszélések, hibakonferenciák, esetismertetések keretében).

**Átláthatóság:** a jelentési rendszerrel összefüggő valamennyi feladat, struktúra és folyamat standardizált, bárki számára hozzáférhető, és valamennyi munkatárs számára ismertetésre kerül.

**Egyszerű jelentési eljárások:** a jelentéseknek egyszerűeknek kell lenniük, és a jelentendő esemény megtörténte után rövid időn belül leadásra kell kerülniük.

**Jól definiált jelentéstartalom:** a jelentendő események definícióját pontosan meg kell határozni, ezt valamennyi munkatársnak ismerni kell. Meg kell határozni a definíciónak nem megfelelő jelentések esetében folytatandó eljárásrendet.

**Rendszerorientáltság:** a megoldási javaslatoknak a rendszerre, folyamatokra, ezek kölcsönhatásaira, illetve termékekre kell fókuszálniuk.

Kiemelendő, hogy a nemkívánatos események nem mindig hibák következtében jönnek létre. A nemkívánatos gyógyszerreakció (adverse drug reaction) WHO definíciója szerint is olyan szövődmény, ami a gyógyszer előírásnak megfelelő szokásos dózisban való alkalmazása mellett jelentkezik. Így a nemkívánatos gyógyszerreakciók olyan nemkívánatos események, amelyeket nem hibák okoznak. Sok nemkívánatos esemény mögött azonban hibák fedezhetők fel. Ezek azok, amelyek valóban a betegellátás hiányosságaira vezethetők vissza. Néhány jelentési rendszerben csak a megelőzhető nemkívánatos eseményeket jelentik, más rendszerekben pedig valamennyi nemkívánatos eseményt, függetlenül attól, hogy azok ellátási hibák következményei-e. Mivel a megelőzhetőség kérdése sokszor csak oki vizsgálattal dönthető el, az összes adott esemény jelentése kevésbé befolyásolt a jelentő egyéni meglátásával.

A kvázi hiba olyan hiba, amit elkövettek, és bármilyen kívánatos eseményt idézhetett volna elő, időben történő beavatkozással a következményeket elhárították. A kvázi hibák jelentésének fő előnye az, hogy mivel hatásukra nem következett be nemkívánatos esemény, a bejelentőt nem fenyegeti semmilyen szankció, illetve pereskedés. Éppen ellenkezőleg, elismerést érdemel, mivel felfedezett egy hibát és/vagy megakadályozott egy sérülést. A kvázi hibák jelentésének pozitív jellege miatt e hibatípus jelentése indul el általában elsőként azokban az intézményekben, ahol a bűnbakkeresés kultúrája uralkodik. Ezek a jelentések is nagyon értékesek, mivel a feltételezések szerint a kvázi hibákat előidéző mögöttes rendszerhibák ugyanazok, mint a tényleges nemkívánatos eseményké. Ezért a kvázi hibák okainak

### 3. táblázat. A jelenthető események típusai

**Hiba:** egy tervezett cselekedet előre eltervezett módon való befejezésének hibája (végrehajtási hiba), vagy rossz terv használata egy cél elérése érdekében (tervezési hiba).

**Nemkívánatos esemény, incidens:** olyan bántalom, ami az egészségügyi ellátás következménye, szemben a betegség szövődményeivel.

**Megelőzhető nemkívánatos esemény:** olyan nemkívánatos esemény, amit hiba vagy másfajta rendszer vagy eszköz elégtelenség okoz.

**Kvázi hiba:** súlyos hiba, amely potenciálisan nemkívánatos eseményt okozhat, de az véletlenül, vagy mert időben észreveszik, nem következik be.

**Veszély:** bármi, ami a biztonságot veszélyezteti, pl. nem biztonságos gyakorlat, viselkedés, eszközök, elnevezések.

megértése nyilvánvaló biztonságfejlesztő lépésekhez vezet.

Az egészségügyi szervezeten belül a veszélyek jelentése vészjelzést ad a nem biztonságos körülményekről, megfelelő elemzéssel ezek a jelentések is értékes információt szolgáltathatnak az ellátás biztonságosabbá tételéhez.

Az incidensek bekövetkezését valamennyi, betegellátással kapcsolatban álló munkatárs jelezheti. A jelentéseket a munkatársak a jelentendő eseményeknek megfelelően kialakított adatlapokon adhatják le (4. táblázat).

A jelentések fókuszálhatnak konkrét eseménytípusokra (pl. betegesés, decubitus kialakulása, gyógyszereléssel kapcsolatos nem várt események, sebfertőzés kialakulása) vagy megpróbálhatják az incidenseket, kvázi hibákat, veszélyeket az ellátás teljes skáláján rögzíteni.

Az űrlapok szerkezetük szerint lehetnek erősen strukturáltak, speciális információtartalommal, vagy kérhetik az incidens szabad szöveges leírását. Nagy számban előforduló, jól tipizálható, és jól ismert háttérű események jelenté-

si lapja könnyen standardizált jelentési formátumba alakítható. Ilyen incidensek jelzéséhez célszerű zárt kérdéseket tartalmazó, strukturált adatlapokat alkalmazni. Az adatlapok kialakításánál szem előtt kell tartani a könnyű és rövid időn belüli kitölthetőséget. A zárt kérdéseket tartalmazó űrlapok a felhasználókat jól szerkesztett, konzisztens, egyszerű kérdéssoron és előre megadott válaszlehetőségeken vezetik keresztül, de lehetőséget adnak a szabad szöveges leírásra is, mert gyakran az előre megadott válaszok nem fedik pontosan a történeteket.

A nyílt, szabad szöveges leírást használó adatlapok elemzéséhez és értelmezéséhez többlet erőforrások szükségesek, míg a standardizált, előre definiált válaszok esetén a jelentések gyorsan rögzíthetők, könnyebben elemezhetőek.

A jelentési hajlandóságot befolyásoló tényezők, a jelentési tevékenység erősítése

A dolgozók jelentési hajlandóságát befolyásoló tényezők elsősorban a szervezeti kultúrához köthetők, így a jelentési hajlandóságra pozitívan hat a jelentő biztonsága, a jelentési rendszer ismerete, a megfelelő visszajelzések az eredményekről, a vezetés támogatása, a jelentések hatására bevezetett tényleges javító intézkedések (1. ábra).

Az oktatás, a már működő belső jelentési rendszerekben elért eredmények bemutatása a rendszer indításakor alapvető fontosságú a munkatársak közreműködésének megnyeréséhez. A szakirodalom alapján a jelentési tevékenység javítása:

- a munkatársak felé időben adott visszajelzéssel,
- a vezetők meggyőzésével és lelkesítésével,
- a jelentett események tanulságainak levonásával, a tanulásra való fókuszálással,
- a jelentési tevékenység egyszerűvé tételével,
- a jelentések eredményeinek döntés előkészítő anyagként való felhasználásával érhető el a leghatékonyabban.

1. ábra. A jelentési hajlandóságot befolyásoló legfontosabb tényezők



#### 4. táblázat. A nem várt események jelentésére alkalmas adatlap javasolt adattartalma

Kérdés	A válasz típusa	A válasz tartalma
Mi történt?	Zárt, előre megadott válaszok vagy szabad szöveg.	A megtörtént nemkívánatos esemény rövid, de lényeges részletekre kitérő leírása.
Mi volt a jelentett esemény következménye?	Zárt, előre megadott válaszok vagy szabad szöveg.	A nemkívánatos esemény hatásának leírása, a következmény súlyosságának becslése.
Mi volt az incidens oka?	Zárt, előre megadott válaszok vagy szabad szöveg.	Az űrlapot kitöltő nézőpontja szerinti okok leírása, melyek az esemény kialakulásában szerepet játszhattak.
Betegjellemzők, demográfiai adatok	Zárt előre megadott válaszok.	Ismert diagnózisok, funkcióképesség-zavarok, mozgásképeség, egyéb a nemkívánatos esemény szempontjából releváns jellemzők.
Ki jelentett?	Zárt, előre megadott válaszok.	Az űrlapot kitöltő megadja a saját foglalkozási csoportját (pl. orvos/ápoló/segédápoló). Ez az adat segít megállapítani, hogy mely foglalkozási csoportban kell erősíteni a jelentési rendszer népszerűsítését. Kisebb kórházak esetén ez az adat nehezíti az anonimitás megőrzését!
Hol történt a jelentett esemény?	Zárt, előre megadott válaszok.	A részleg/osztály megjelölése, amely az esemény bekövetkezéséhez kapcsolható. Kisebb kórházak esetén ez az adat nehezíti az anonimitás megőrzését!*
Mikor történt az esemény?	Dátum/nap/óra	A bekövetkezés pontos időpontjának ismerete segít az incidens szempontjából kockázatos konstellációk jobb megismerésében. Kisebb kórházak esetén ez az adat nehezíti az anonimitás megőrzését.*

\* Elsősorban ritkán előforduló eseményeknél. Az oki vizsgálatokhoz a helyszín és időpont ismerete kulcsfontosságú lehet.

#### A menedzsment szerepe a rendszer bevezetésében, működésében

A menedzsment betegbiztonság iránti, egyértelműen és nyíltan deklarált elkötelezettsége a belső jelentési rendszer bevezetésének alapfeltétele. A vezetésnek mindent el kell követnie annak érdekében, hogy az intézményen belül nyílt, soha nem büntető környezet alakulhasson ki, amely lehetővé teszi a betegbiztonsággal kapcsolatos incidensek jelzését. Az uralkodó szervezeti és hibakultúrából fakadóan a jelentés sok munkatárs számára – a szankcióktól való félelem következtében – inkább veszélyforrásnak tűnik, semmint a „tanuló szervezet” alapjának. A bevezetésekor várhatóan és törvényszerűen jelentkező fenntartások leküzdéséhez szükség van a rendszer biztonságának megteremtésére, így a betegek személyiségi jogainak sértetlenségén túl biztosítani kell azt is, hogy az incidensben érintett munkatársakat sem büntetés, sem egyéb káros következmény nem éri.

Ezzel párhuzamosan ki kell alakítani az intézményen belül a betegbiztonság felelősi rendszerét az osztályokon, részlegeken a vezetők megbízásával. A kórházi vezetésnek biztosítani kell valamennyi munkatárs számára a jelentési rendszerrel kapcsolatos információk eljuttatását, a betegbiztonság beépítését a személyzet képzési programjába.

A betegbiztonság témájának, a beérkező jelentéseknek, azok tanulságainak és a hatásokra bevezetett javító intézkedéseknek prioritást kell biztosítani az igazgatósági és a különböző szintű vezetői megbeszéléseken. Hangsúlyozandó azonban, hogy a jelentési rendszerből származó adatok a szervezeti egységek tevékenységének betegbiztonság szempontjából való összehasonlítására, értékelésére nem alkalmasak. Az egyes részlegekből érkező magasabb jelentésszám nem azok kevésbé biztonságos működését, inkább a dolgozók elhivatottságát, a kedvezőbb légkört és a rendszer céljának jobb megértését tükrözi.

Mind a rendszer bevezetések, mind a már működő rendszerek esetében lényeges a munkatársak motivációja a nem várt események jelentésében rejlő minőségfejlesztési lehetőségek, a környezetük és munkafolyamataik javításának, biztonságosabbá tételének felismerése és a rendszer ez irányú működtetése érdekében.

A vezetésnek meg kell találnia és ki kell alakítania a megfelelő kommunikációs csatornákat a belső jelentési rendszerben szerzett tanulságok és bevezetett megelőző intézkedések munkatársak felé történő visszacsatolása céljára. Visszajelzés és érzékelhető intézkedések nélkül a belső jelentési rendszert a munkatársak adminisztrációs többlettehernek, öncélú adatgyűjtésnek érzik.

A jelenlegi helyzetben a létszámhiánnyal és fáradtsággal küzdő személyzettel elfogadtatni egy újabb, kezdetben adminisztrációs teherként megítélt feladatot – nem könnyű vállalandó.

A rendszer adta lehetőség felismerése és megfelelő fogadókészség a kórházmenedzsment és a munkatársak részéről azonban megteremtheti az alapját egy tanuló szervezet és rendszer kiépítésének, amely a betegellátás biztonságosabbá tételén, a hibakultúra átalakulásán túl, jobb munkafeltételek kialakításához, a dolgozói és betegelégedettség növekedéséhez, a kezelő csapatok közötti együttműködés javulásához, az elkötelezettség és tudatosság fokozódásához járulhat hozzá.

#### Hivatkozások

1. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. [www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf)
2. Empfehlung zur Einführung CIRS in Krankenhaus. [http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/07-12-10\\_CIRS\\_Brosch\\_re\\_mit\\_Umschlag.pdf](http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/07-12-10_CIRS_Brosch_re_mit_Umschlag.pdf)
3. Five actions to improve patient safety reporting. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59903>