

Betegbiztonság itt és most

„Az egészségügy adott állapota miatt, jelen körülmények között, nem lehet garantálni Magyarországon a betegek biztonságát.” (Dénes Tamás) „A betegbiztonságot fenyegető legnagyobb veszély a diagnosztikus tévedés.” (Budai Erika) „A vár ereje nem a falakban, hanem a védők lelkében van.” (Zsíros Lajos) „A betegbiztonság (ügye) a kókuszdobban legyen, ne csak a fókuszdobban!” (Élő Gábor) „Az egészségügyi ellátás minősége csak annyira lehet magas színvonalú és biztonságos, amennyire az ellátást végzők kompetenciája ezt lehetővé teszi.” (Gődény Sándor) „A hiba keresése során bűnbak-képzés folyik.” (Matkó Ida) – 2015. március 19-21 között tartották Budapesten az I. Betegbiztonsági konferenciát. (Az alábbiakban az összefoglaló második részét olvashatják.)

Minden tízedik kórházba felvett beteget, így világszerte tízmilliókat érint a betegbiztonság témája. A nem várt események (angolul adverse events, AE), a mellékhatások miatt, az ellátás árán felül jelentős többletköltséget okoznak, összegét évente 6-29 milliárd dollárra becsülik. Azért teszik ilyen tág határok közé, mert nehezen számszerűsíthető ez a gazdasági teher, állítja **Belicza Éva** (SE Egészségügyi Menedzserképző Központ) – a betegellátás körében előforduló nem várt események okairól, a tévedés lehetőségéről, a gazdasági és etikai aspektusokról, valamint a WHO e témában indított programjairól szólva. Ausztráliában a sebészeten jelentkező nem várt szövödmények elviszik az egészségügyi kiadások századrészét. Általános jelenség, hogy a műtétes ellátáshoz kötődik az AE 48 százaléka, leginkább azért, mert például idegen tárgyat hagynak benn, vagy nem a megfelelő oldalon műtenek. A kórházi betegek 2 százaléka érintett, szakemberek úgy vélik, eseteik ¾ része megelőzhető volna. A nem várt hatások 5-10%-a kórházi fertőzés, aminek az a következménye, hogy az érintett beteg további 10-15 napot tölt az ellátó helyen. Évente 2-3 millió esetről, 800 millió eurós plusz teherről, s mindezek fölött, jelentős halálozási kockázatról van tehát szó.

A betegek biztonságát veszélyeztetheti az intézetben belüli mozgásuk – ezer ápolási napra 4,8-8,4 esés jut, az esetek csaknem harmada (30%) sérüléssel jár. Több ellátó helyen ezért nem is engedik, hogy a beteg az intézetben belül önállóan közlekedjen – ez a nyugat-európai gyakorlat. Egy angliai 800 ágyas akut kórház felmérése szerint, a náluk előforduló heti 24 esés 92 ezer font többletköltséget (30-40 millió Ft) jelentett adott évben. A felfekvések becsült prevalenciája 1990-2001 között 10,1-14,8% volt, ez tette ki a kórházi költségvetés 4%-át. Dekubitusz miatt 114,5 ezer haláleset fordul elő az Egyesült Királyságban. Sok intézetben rejt kockázatokat a gyógyszerek nem megfelelő elhelyezése. Gyakori, hogy ha-

sonló kinézetű dobozokat tesznek egymás mellé. Talán részben ezzel is függ össze azon aktív hiba, ha olykor rossz gyógyszert adnak be.

A BIZTONSÁGOS SEBÉSZET ÉLETET MENT

A betegek biztonsága érdekében az Egészségügyi Világszervezet 2004-ben tette közzé a műtéti ellenőrző listát. Ennek módszertanáról és a hazai bevezetés tapasztalatairól beszélt a Magyar Műtőasszisztensek társaságának elnöke, **Balasi Tiborné**. Mint elmondta, a „biztonságos sebészet életet ment” WHO szlogen szellemében náluk (Bács-Kiskun Megyei kórház, Kecskemét) úgy zajlik az ellenőrzés, hogy mindig megszámozzák, milyen eszközből, anyagból mennyit használtak, s ugyanannyit akarnak a műtét végén a gyűjtőbe helyezni. Súlyos figyelmetlenségre utal, ha a számok nem egyeznek. Hazánkban efféle hiányosságok miatt évente 3400-7580 beteg hal meg az általános sebészet, ortopédia, traumatológia, az arc-, áll-, nyaksebészet, urológia, szemészet műtéti következtében. A check list-re kezdetben túl sok adatot tettek, ez náluk nehézséget okozott. Mivel gyakran nincs műtős szakasszisztensük, az aneszteziológus asszisztens olvassa fel a listát. Jegyzik, hogy a várható vérvesztésről adtak-e tájékoztatást, van-e gond az eszközökkel kapcsolatban, hogy kellő mélységű-e a műtét megkezdése előtt az anesztézia. Mivel a listát a szakdolgozó nem szívesen, vagy olvashatatlanul írja alá, náluk a működési engedély számával azonosítja magát mindenki. Három hónap után 3300 listát ellenőrizve úgy találták, gyakran lemarad a műtét időpontja, a diagnózis, a szállító neve. Az is kiderült, hogy egyes betegeket nem az előkészítés protokollja szerint küldenek/hoznak le az osztályról. Kiugróan magas számban (100 eset) nem jelölték meg az „oldalíságot”. Egyesek nem higiénikusak (azaz mosdatlanok), más (női) betegen friss a műköröm – ami egyrészt fertőzés forrása lehet, másrészt elfedi a valódit. Holott a körömről nézve a beteg állapotára lehet következtetni, mert elszíneződése például altatási gondra utalhat. Balasi Tiborné véleménye szerint sok helyen talán a motiváltság hiánya gátolja a lista bevezetését, ezért az operatív osztályok orvosait érdekelte tenni. Hiába fogadja el a vezetés, „nem elég tudni, akarni is kell, nem elég akarni, csinálni is kell” – idézte végül Goethe szavait az elnök.

Gondot okozhat a műtét alatti kihűlés. A szigorúan szabályozott maghőmérséklet (36,5-37) két fokos csökkenése gyakori, a 6 fokos viszont már kóros. Okozhatja a felvételi életkor (65 felett), az állapot, a hűvös műtő, a hideg műtőasztal miatti hőleadás. Rontja a helyzetet a klíma, a párolgásos hővesztés, az anesztézia, a nagy feltárás, a folyadékterápia, a keringés (vazoreguláció) zavara (koagulopátia, acidózis). Elektív sebészeti helyeken 1405 beteg vizsgálatkor azt tapasztal-

ták, a „kihűlő” betegek jellemzői minden végponton rosszabbak, mint a kontrollban szereplőké, s így ellátásuk is drágább. A jelenség (tesztő korrekció) ára az ITO egy napjára számítva 150 ezer forint. Szabó Marcell (Semmelveis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika) célszerű megoldásnak véli, ha a beteg mozgatása mellett van aktív melegítés (termikus izoláció, melegített infúziók), a másfél óránál hosszabb műtéteknél pedig aktív külső melegítés (matracban folyadék).

A FELFEKVÉS, A NYOMÁSI FEKÉLY MEGELŐZENDŐ, MEGELŐZHETŐ

A betegbiztonság szempontjából nem csak egyszerű ápolási gond az ellátás alatt kialakuló nyomási fekély megelőzése, hanem komplex szakmai, etikai, gazdasági (egyszóval: stratégiai) kérdés. **Salczerné Hok Mária** szerint bár sokszakági gyógyítással 95%-ban elkerülhető, de ezzel az aránnyal se lehet megelégedni. A teljes megelőzésre kell törekedni. 2013-ban, amikor prevencióját Brüsszel világnappá (nov. 21.) tette, szemléletváltásra képezték az ápolókat, mert úgy vélik, már a sürgősségi osztályon kell kezdeni szűrni a rizikós betegeket. 2014-es irányelveik szerint a kötszerek is lehetnek prevenciósak. Amikor a felfekvések számának folyamatos növekedését tapasztalták (2014 júniusában 166 esetük volt), a tatabányai Szent Borbála Kórházban újraélesztették a decubitus csoportot, s protokollt dolgoztak ki. Az előadó eredményként említi, hogy minden kórtermékben van a betegágyak végénél fertőtlenítő-adagoló. Tavaly 611 munkatársuk vett részt kézmosás-oktatáson. Miközben a járványok száma 2010-14 között 9-ről nullára csökkent, náluk a szülészeti fertőzés az országos átlag feletti. Elérendő cél – mind az aktív, mind a krónikus ellátásban – az esések csökkentése. A betegbiztonságot növelné, ha több kapaszkodó volna a fürdőkhöz, ha lenne elektromos ágyuk, ami az intenzíven alapvető volna. Adományból szereznek be rollátort, botot, járókeretet, betegemelőt, mosdató széket, de egyik eszközökből sem eleget.

Sok laboreredményt nem, vagy csak késve vesznek figyelembe. Hézagosa a követés, ami a betegbiztonságot világszerte lényegesen befolyásoló 23 probléma egyike. Egy erre vonatkozó európai felmérés (a 871 résztvevő labor közül 52 magyar volt) arra fókuszált, hogy mik a küszöb-értékek, van-e alarm lista, értesítési rend, hogy mikor kit hívjanak, kik vesznek részt a szervezésben. Az eredmények ismeretében **Ajzner Éva** (Magyar Laboratóriumi Diagnosztikai Társaság, elnök) úgy véli, klinikusok nélkül nem lehet a hiányosságokat kiküszöbölni.

A meglévő hibák elhárítása helyett a lehetséges hibák elkerülésére kell koncentrálni – ez az EMEA módszer lényege, hallottuk másik előadótól. A mintavétel során kerülni kell a felesleges fájdalmat (azaz ne a személyzet hibája miatt kelljen megismételni). Amúgy a hibának sokféle okozója lehet: ember, gép, módszer, anyag (l. mintavételi), a mérőeszközök hiánya, vagy a késedelmesen érkező adat. A külföldről várt reagens, vagy a sürgős mintának a rutinnal együtt való kezelése csökkenti a biztonságot.

DIAGNÓZIST PONTOSAN ÉS GYORSAN!

A betegbiztonságot fenyegető legnagyobb veszélynek a diagnosztikus tévedést tartja **Budai Erika** (Jahn Ferenc Délpesti Kórház és Rendelőintézet, Fájdalom ambulancia) a klinikai járóbeteg ellátásban 30 év alatt összegyűlt tapasztalatait összegezve. Egyre több daganatos beteget lát az ambulancián mozgásszervi kóddal, márpedig a panaszok, tünetek félreismerése halálhoz vezet tévedés! Úgy véli, a diagnózis felállítása a bűnügyi nyomozáshoz, a puzzle kirakásához hasonlít – minden panasznak meg kell találni a megfelelő helyét. Ami a gyakorlatban nem mindig történik meg, viszont tabutéma, s nem vizsgálják, hogy egy adott szakember hányszor tartja hátfájdalomnak a nem észlelt tüdődaganatot. Nehezíti a diagnózis-állítást, ha többféle kór fennállása fedl el az alaptüneteket. Az is hátráltató tényező, hogy napjainkban túl komplex a tudásanyag, így egyesek kisebb területre szakosodnak. Van olyan altató orvos, aki csak mellkas vagy érszabási anesztéziát végez. Amúgy a betegbiztonságát, sőt sorsát befolyásolja az is, hogy mikor megy orvoshoz (túl korán, vagy túl későn), hogy kihez fordul (kritikus a háziorvos szerepe!), hogy hol lakik, milyen az ellátáshoz való hozzáférése!

Az incidens menedzsment révén a hibák száma, előfordulásuk gyakorisága csökkenthető, véli **Fülöp Rita** (SE Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Budapest) mert sok minden könnyen javítható (volna). Hiszen 15%-ban nem a megfelelő beteget, vagy ugyanilyen magas számban nem a helyes oldalt (régit) vizsgálják. Több javaslatot említi: a beküldő orvos konzultáljon a radiológussal. Ne végezzenek olyan radiológiai vizsgálatot, aminek orvosi szempontból nem igazolható a haszna. Az MR kontra-indikáltóságának kiszűrése legyen a radiológus feladata.

A patológia ma már nem nevezhető láthatatlan tudományoknak, mondja **Tóth Erika** (Onkológiai Intézet, Sebészi és Molekuláris Daganatpatológiai Centrum). A minőségbiztosításról szólva a leggyakoribb hibaforrásokat sorolja: hibás betegadat, anyagkeresés, nem megfelelő fixálás/víztelenítés, rossz minőségű metszetek, hibás diagnózis, hiányos lelet, hiányzó prognosztikai patológiai jellemzők, nem megfelelő leletátviteli idő. A 2012-ben megnyílt új sebészeti központ miatt másfélszeresére nőtt az OOI patológiai osztályának terhelése. Így a gyakori anyagkever(ed)és, a megnőtt blokkszám, az asszisztensek hiánya miatt, romlott a munkaminőség. Ezért kellett sort keríteniük a laborinformációs rendszer fejlesztésére. A patológiai mintakövető rendszer vonalkóddal azonosítja a beteget. Ma létezik a belső minőségbiztosítás, látják a „real time” infót, archiválnak. Dokumentálják az eltéréseket, monitorozzák az orvosi tevékenységet. Kritikus pont, hogy a műtő és a patológia között hogyan zajlik a minta (specimen) szállítása. Ehhez biztonságos, zárható edényre van szükség, annak esetleges hiánya miatt különben nincs megbízható szövettani metszet. Nyomon kell követni a molekuláris patológiai vizsgáló asszisztenseket, hogy a lelet átvitása ne haladja meg a 7-10 napot, és hogy az ellenőrzés 90%-ban történjen meg 10 napon belül. A betegbiztonság kulcsa e téren a biztonságos anyagkezelés, a labormunka monitorozása.

BIZTONSÁGOS INTÉZMÉNYI KULTÚRA

A gyerekeknél másképp értelmezendő betegjog olykor szembekerül a szülő jogával, állítja **Kovács Erika** (Heim Pál Gyermekkorház stratégiai, minőségügyi igazgató). Nehéz megértetni sok szülővel, hogy adott esetben mihez van, vagy nincs joga. Gyakran arra is figyelmeztetni kell őket, hogy a szomszéd ágyon fekvő gyerekeknek mit adjanak, vagy éppen ne adjanak.

A betegbiztonságról szólva, meg kell említeni, hogy hiányoznak a tárgyi feltételek (a pénz). Sokféle eszköz hiányzik: kellene korszerű körtermi ágy (matracal), a napjaink sokféle igényének megfelelő szállító-, ápolástechnikai eszköz, gyógyszer-adagolási pumpa, csúszásmentes fürdőszobai környezet. A tárgyi feltételek javítására, műszerfejlesztésre volna szükség (csak néhány példa: szív-UH, PIC, 2 db 128 szeletes CT, ágy melletti digitális rtg), ehhez képest idén is 40 milliárdot vonnak ki a rendszerből, sorolja **Zsiros Lajos** (MH Egészségügyi Központ orvos-igazgató). Napi 110 tervezett műtétet végeznek intézetükben, ezeknek tizede marad el aneszteziológus hiány, munkaidő elégtelenség miatt. Ami a csekklistát illeti, náluk a beteget be se tolják az előkészítőbe, amíg a lista nincs rendben. Betegelés, szállítás közbeni, illetve túsúrásos baleset 2014-ben az intézményben 42 alkalommal történt.

A tudatosan végrehajtott protokollok mellett legalább 10 év kell a biztonságos intézményi kultúra kialakulásához, ennek módszere: egyéni munkaköri leírás, csekklista, vezetői-ápolói ellenőrzés, a gyógyszerelési hibák kiküszöbölése, mondja Zsiros tábornok. A jelen feladatai mellett az intézet újabb képzési kihívása: a klinikai demonstrációs, a harctéri ellátás, az Ebola észlelés kidolgozása. A járvány megelőzés érdekében megfelelő eljárásrendre van szükség, ebben követhető értéknek mondja a fájdalom-, az infekciómentesség, s a jó közérzet elérését. Alapvető cél és feladat a téves diagnózis, a téves terápia kiküszöbölése. Fontos jelzés, ha a klinikai adatokat összevetik a boncolási eredményekkel. Gyűjteni kell a hibákat, sőt, a majdnem hibákat – mindezekből sokat lehet tanulni. Azonban nem szerencsés, ha a vétkesség kultúrája szerint folyik az elemzés. A vár ereje nem a falakban, hanem a védők lelkében van, hangsúlyozta az MH Egészségügyi Központ orvos-igazgatója.

Ha a szemézetten támad rá valaki a betegtársára, az eset valószínűleg nem kerül be a hírekbe. Ha ugyanez a pszichiátrián történik, az nagy visszhangot ver – jegyzi meg **Németh Attila** (Nyíró Gyula Kórház – Országos Pszichiátriái és Addiktológiai Intézet). A társadalmat általában nem tudjuk megvédeni a betegektől, de az eljárásban sokat segítene a kötelező ambuláns kezelésre vonatkozó törvény. Jelenleg korlátozó intézkedésre van mód, jogosult az orvos, a szakápoló. Csakhogy a pszichotikus beteget leginkább mentő hozza, a mentőtisztnek viszont nincs erre joga – a törvény korrekciójára volna szükség. Paradoxon: a „pszichotikus” viselkedés oka toxikológiai is lehet, hiszen például a hipoglikémia is okoz zavartságot. Nagy a jogbizonytalanság jelenleg: a beteget el kell engedni az intézetből, ha magatartása nem

tűnik veszélyeztetőnek (ha pl. „csak” profétának képzeljük magát) különben ugyanis beperelhetik az orvost, arra hivatkozással, hogy szabad mozgásában korlátozza az egyént. (Az EU-ban súlyos elmarasztalás jár a szabadság korlátozása miatt.) Ha viszont kiengedi, s eztán a beteg rátámad valakire, akkor azért perlik be. Valójában a betegre van bízva, eljár-e a pszichiátriára, részt vesz-e a gyógykezelésben. A szakma 2009 óta folyamatosan kéri, legyen kötelező ambuláns gyógykezelés. Németh doktor most megismétli, abban bízva, hátha végre meghallja egy illetékes. Adatokat sorol: az életellenes cselekmények 2-2,5%-át követi el pszichotikus. Aki a villamosmegállóban gyilkolt tavaly, hajléktalan alkoholistát volt, nem pszichotikus, mégis az ő esetében is a pszichiátereket hibáztatták. A NAV gyilkos is régóta nem járt kezelésre és a diagnózisáról sem tudni semmi pontosat. A kezeletlen depressziósok 15%-a lesz öngyilkos, míg a kezeltéknél 3% ez az arány (az összes befejezett eset 80%-ában pszichiátriáról van szó, a skizofrének 8-10%-át sorolja ide a statisztika). Napjaink paradoxona, miként lehet megoldani a környezet védelmét úgy, hogy közben nem korlátozzuk a beteg alapvető jogát. Hol a felelősségre vonhatóság határa? Ha a beteg a kiengedés után 1 héttel lesz öngyilkos, akkor is a pszichiáter felel, ha 2 héttel később, már nem? Az sincs szabályozva, hogy mit lehet jogszerűen elvenni a betegtől (pénz, telefon, ruha) a látogatók fogadása korlátozható-e. Mindig talál ügyvédet, aki vállalja (s megnyeri neki az orvos elleni) pert, holott esetleg a sokszázézes mobil számlát csinál, vagy a pénzérme lenyelésével próbál öngyilkos lenni. A beteg biztonsága mellett feltétlenül gondolni kell(ene) az egészségügyi személyzet és a társadalom biztonságára is! Fontos volna megtalálni a pontos szabályozás formáját, foglalta össze a pszichiátriái szakma betegbiztonságra vonatkozó dilemmáit a főigazgató főorvos.

A rendszerben az ellátási hibák gyakran az „emberi tényezőkhöz” köthetőek, állítja **Gódegy Sándor** (Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet). 1999-ben az Institute of Medicine kiadta a Tévedni emberi dolog c. könyvét, ami elindította azt a kutatást, amely azt kereste, hogy a hiba bekövetkezte mennyiben köthető az egészségügyi technológiának az alul-, a túl-, vagy a rosszul való használatához. Súlyos hibának tartja, ha nincs felelősségvállalás. Szakértői megjegyzésként teszi hozzá, az egészségügyi ellátás minősége csak annyira lehet magas színvonalú, amennyire az ellátást végzők kompetenciája azt lehetővé teszi.

FÓKUSZBAN A BETEGBIZTONSÁG

A figyelem középpontjában álló (oda állítandó!) betegbiztonságot a minőségbiztosítással kapcsolta össze **Élő Gábor** (Simmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika), mondván, két elemet kell összekapcsolni: hasznosság egyéni szinten (teljesítmény) és igazságosság társadalmi szinten (egyenlőség, hozzáférés).

Nemzetközileg 3-16% mozog a nem várt mellékhatások előfordulása, – 13,6%-ban ezek felelnek a bekövetkezett ha-

lálért, s ez utóbbi esetek fele részét (51,3%) teszik ki a hanyagságból elkövetett hibák. Hazánkban e téren nem lehet pontos adatokhoz jutni, becslések szerint (2012-ben) minden 20. haláleset egészségügyi hiba miatt következett be. A hibák okát fontos volna feltárni. Feltevések szerint felelőssé tehető a széttagolt struktúra, az emberi tévedés. Amikor a megbíztonsághoz kapcsolódóan a prevencióra gondolunk, érdemes egy aforizmát idézni: „a múltban elkövetett hiba egyben a jövő bölcsessége”. Ám az egyéni felelősség helyett a rendszerbeli hibát kell keresni, hangsúlyozza Élő Gábor, utalva arra, hogy az egészségügy is átvehetné az atomenergia, a repülés, a vasúti közlekedés terén meghonosodott biztonsági eljárások alkalmazásának módszerét. Ez a biztonsági kultúra (safety culture) alapja. Nem kell hozzá túl sok, csak vezetői elkötelezettség, tényeken alapuló döntés, klinikai ambíció, valamint folyamatos fejlesztés.

A TÁJÉKOZTATOTT BETEG MÉG NEM FELTÉTLENÜL TÁJÉKOZOTT

A rákbetegek ellátásában a megbíztonság azt is jelenti **Simon Tamás** (Magyar Rákellenes Liga elnöke) szerint, hogy a beteg mennyire érzi azt, hogy nem közönyösen, hanem empátiával, még élő emberként bánnak vele. 100 orvosból 10 mogorva, derült ki felmérésükből (2013, 2014). A megkérdezettek 40%-a úgy találta, őt csak kezelték. 20% nem értette meg a javaslatokat/tanácsokat, így értelemszerűen azokat nem is tudja betartani. A tájékoztatott beteg még nem tájékozott, ami kifejezetten ronthatja a megbíztonságot is.

A műtéti ellenőrző-lista alkalmazásának tapasztalatairól szólva **Matkó Ida** (Kaposi Mór Oktató Kórház) úgy véli, hogy a megbíztonság fogalmát a szakmában nem egyformán használják. A régi szerződés, amit a hivatást képviselők a társadalommal kötöttek, felbomlóban van. Az egészségügyben tevékenykedő korábbi kézműves, munkaigényes kisiparos ellátóból egy tökeigényes egészségügyi ipari komplexumban dolgozó alkalmazott lett. A „gyárak” megjelenésével az ellátás veszélyes üzemmé vált – alap-közép-felső szinten egyaránt.

Az optimális megbíztonság esetén a betegnek nincs pszichikai/fizikai terhelése. Ehhez képest a világon évente végzett 240-260 millió sebészeti beavatkozás 11%-ában perioperatív mortalitás történik, aminek 40-60%-a megelőzhető volna. Azonban nem várt esemény bekövetkezhet a 100%-ban betartott törvények mellett is – például a nem megfelelő intézeti működés, a folyamatszabályozás hibái miatt. A WHO vizsgálatában (2007-2008) a folyamat különféle pontjain (anesztézia előtt, a műtét megkezdése előtt, a beteg műtőből való távozása előtt stb.) ellenőrzéseket végeztek, majd az eredményt rögzítő iratot a műtét minden résztvevője aláírta. A Kaposi Mór oktatókórházban átvették ezt a rendszert, mivel úgy tapasztalták, az aláírásnak igen nagy a jelentősége. Mára a műtői munka integráns része lett (úgy is ragaszkodnak hozzá, hogy a műtőben nagy a fluktuáció). Jegyezték, van-e szövődmény, fertőzés, ismételt műtét, pneumónia (a halálozás 3% alatti). A kórlap részévé tették a listát. Úgy vélik, a helyes működés korlátját jelenti a személyi, anyagi forráshiány,

az értékválság, a nyilvánosságtól való félelem, a tájékoztatás pontatlanságaiból eredő tájékoztatatlanság. Tapasztalatuk szerint baj, hogy a hiba keresése során bűnbak-képzés folyik.

Az anesztézia megbíztonsági vonatkozásaival kapcsolatosan az eljárásrend fontosságát emeli ki **Bogár Lajos** (Pécsi Tudományegyetem, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet). Hivatkozik a 2010. június 14-én született Helsinkii deklarációra – eszerint a műtét előtti vizsgálat, az előkészítés, az eszközök ellenőrzési listája, a fecskendőjelölés, a légút biztosítása, a túlérzékenységi reakciók, a masszív vérzések, fertőzések megelőzése, a műtét utáni fájdalom csillapítása – mind a betegek megbíztonságát szolgálja. Bogár maga is teszteli az alattógépet (mellesleg a beteg mellett és nem a feje mögött áll, míg el nem alszik, hogy ne torzan lássa őt a beteg). Előadásában sorolja az aktív hibákat: eljárási rend elhagyása, ismeret vagy tapasztalathiány, helytelen döntés, kommunikációs hiba (félreértés), fixációs hiba (nem magunkban, hanem mindenképpen másokban keressük a hibát), elhagyott egyeztetés. Latens hibának tartja a szervezési, irányítási, teljesítési kényszerből fakadó hibákat, azt, ha például olcsóbb a felszerelés. Pszichológiai tényezők is felelősek lehetnek: fáradtság, unalom, betegség, gyógyszerhatás, teljesítési nyomás.

Intézetében a 2000-es években a munkaszervezésre kezdtek koncentrálni. A megbíztonság kultúráját célozza náluk a csoportos oktatás, az eljárásrend, az elkötelezettség javítása, a vészhelyzet gyűjtése, a hibák gyökereinek keresése majd elemzése, emberi tényezők feltárása, a vádak törlése. Amíg megszégyenítjük a hibázó kollégát, addig nem tanulunk az esetből, addig kevésbé tudjuk a hasonló negatív események bekövetkeztét mi magunk is elkerülni, véli az intézeti igazgató.

EPILÓGUS

A megbíztonság kérdésével – még ha csak a kiváltságosok érdekeire figyelve is – már négy ezer évvel ezelőtt foglalkoztak. Hammurabi törvénykönyve (i.e. 1810-1750) azt rögzítette, hogy amennyiben egy nemes emberen végrehajtott nagyobb műtét a beteg halálával végződik, le kell vágni az orvos kezét. A kínai császár orvosát pedig egyenesen megölték, ha az uralkodót betegség döntötte le a lábáról, mert orvosának az volt a dolga, hogy egészségesen tartsa az uralkodót. A modern korban – mint a fenti dolgozatban olvashattuk – már másképpen fogalmazódik meg a betegek megbíztonsága. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2005-ös ajánlásait hazánkban 2006-ban vezették be. Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója (Betegbiztonság az egészségügyben, 2007) szól a részletekről. Témánk zárásaként ebből a kiadványból idézünk néhány gondolatot: „Az ember annyit ér, amennyit változtat a világon.” (Marlowe) „Nem elég tudni – akarni is kell. Nem elég akarni – csinálni is kell (a jót).” (Johann von Goethe) „A beteg érdeke legyen a legfőbb törvény!” (Salus aegroti suprema lex esto!) „Mindenek előtt, ne árts!” (Primum nil nocere!)

Fazekas Erzsébet