

A betegbiztonság alapjai és a dán betegbiztonsági rendszer I. rész

Makai Péter, Budapest Corvinus Egyetem
 Dr. Gulácsi László, Budapest Corvinus Egyetem

Magyarországon a betegbiztonság kérdésének kezelése viszonylag ismeretlen, – így e tanulmány célja, hogy bemutassa a betegbiztonság alapjait, illetve, hogy a szerző ezen a téren szerzett dániai tapasztalatairól beszámoljon. A betegbiztonságot egyrészt a nem vétkes-ségen alapuló kultúra javítja, másrészt a kockázat-menedzsment. A cikk második részében a folyamatot a károsult beteg szempontjából vizsgáljuk fel, melyek a legfontosabb okai annak, ha egy beteg pert indít a szolgáltatóval szemben. Végül bemutatjuk a betegbiztonság kezelésének dániai rendszerét.

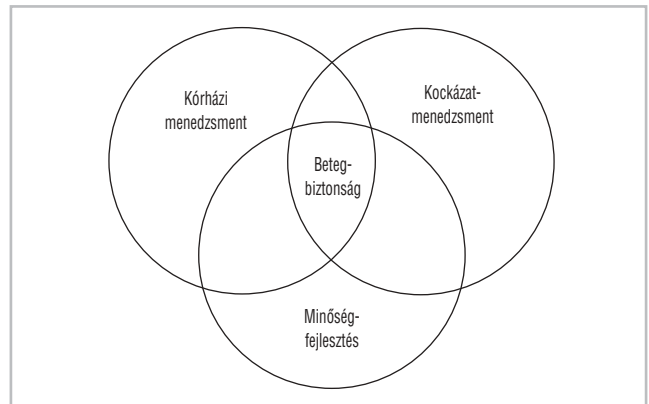
BEVEZETÉS

A nemzetközi irodalmi adatok alapján igen gyakori jelenség az úgynevezett nem kívánt események (adverse events) előfordulása. A nem kívánt események olyan események, amelyek a kórházi kezelésből adódóan valós vagy potenciális módon kárt okoznak a betegnek, és ez a károsodás nem a betegség folyamánya. A fejlett országokban a nem kívánt események teszik ki a teljes kórházi felvételek 2,9-13%-át, ezért a betegbiztonság kérdése mind a kórházi vezetők, mind az egészségügyi kormányzat, de a gyakorló orvosok számára egyre inkább fontossá válik [1]. Egy Magyarországra extrapolált adat szerint Magyarországon évente 3400-7580 beteg hal meg nem kívánt események miatt [2]. Az adat hazai validitása ismeretlen, illetve konkrét magyarországi adataink nincsenek, viszont feltehető, hogy hazánkban is a fejlett országokéhoz hasonló a probléma nagyságrendje (1. táblázat).

Tanulmány	Minta-méret (n)	Megközelítés	NKE 100 felvétele	Gondatlanság NKE (%-ban)	Megelőzhető NKE (%)
HMPS (3)	30,121	Orvos-jogi	3.7	27.6	-
QAHCS(4)	14,210	Megelőzhetőség	13.0	-	51.2
UTCOS(5)	14,700	Orvos-jogi	2.9	28.9	-
BAES(6)	1,014	Megelőzhetőség	10.8	-	48.0
AENZS(7)	6,579	Megelőzhetőség	11.2	-	37.0
DAES (8)	1,097	Megelőzhetőség	9.0	-	40.0
AECH(9)	3,745	Megelőzhetőség	7.5	-	36.9

1. táblázat
 A nem kívánt események (NKE) mértékének nemzetközi összehasonlítása.
 Forrás: [10]

A betegbiztonság az elmúlt 6 évben külön kutatási területté nőtte ki magát. Tudományos szempontból a betegbiztonság a minőségfejlesztés, kockázat-menedzsment, illetve a kórházi menedzsment határterülete. A betegbiztonságot ma Magyarországon inkább a minőségfejlesztés oldaláról közelítik meg. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy a betegbiztonság nem csupán a minőség, kockázat-elemzés, szervezeti kultúra egy szelete, hanem mind együtt és új formában.



1. ábra
 Betegbiztonság elhelyezkedése a tudományos térben
 Forrás: [11]

A betegbiztonságról szóló irodalom abból indul ki, hogy a kórházi vezetés ezekben a helyzetekben megkeresi a felelőst, és szankcionálja, akár el is bocsátja. Ily módon a vétkes szakember nem tud újból hibázni. Bemutatjuk, hogy miért is nem ajánlott ez a stratégia.

MIÉRT NEM ÉRDEMES AZ EGYÉNT HIBÁZTATNI?

Az a jelenség, hogy a nem kívánt eseményeket a szakember egyéni mulasztásaként értékeljük, mélyen beleágyazódtak az emberi pszichébe. Reasons et al. [12] felismerte, hogy a „létezik a kóros szervezeti működéseknek egy visszatérő csoportja, amely egyes rendszereket veszélyeztetettebb tesz, mint másokat.” Reasons [12] szerint a következő tevékenységek alkotják e tünetegyüttesként leírható jelenséget:

A vádaskodás az alapvető jelenség. A vádaskodás azon alapul, hogy az emberi hibát elfogadjuk magyarázatként ahelyett, hogy magyarázandó végeredményként tekinte-

nénk rá. Emberi hibának tulajdonítani egy eseményt nagyon is gyakori emberi koncepció: a szóban forgó szakember buta volt, meggondolatlan stb. Amikor meghallgatjuk az illető szakembert, hogy szerinte miért történt meg a hiba, mindig a korlátozó tényezők litániáját kapjuk válaszul. Fontos tényező a szabad akarat illúziója. A szóban forgó egyénre úgy tekintünk, mint aki választani tud helyes és hibás cselekvés közt. Ezen kívül az utólagos tudás szintén vádaskodáshoz vezet. A következmények ismeretében az események logikusan, előreláthatóan és egyértelműen közelednek a végkifejtet felé. A valóságos döntéshozatal komplexitása elvész.

Reasons [12] helyteleníti, ha ilyen szemszögből nézzük a hibákat, mivel „az intézmény nem tanulja meg, hogy a hiba és a végre nem hajtás csupán a nyomozás kezdetét jelenti, nem a végét” [12]. Amennyiben a menedzserek támadóan lépnek fel a hibákat bejelentőkkel szemben, akkor az alkalmazottak mindent letagadnak és annak még károsabb következményei vannak. „A kórosan működő szervezetek elhallgattatják, befeketítik, illetve marginalizálják a vészhangot kongatót, kibújnak a biztonság kollektív felelőssége alól, megtorolják illetve eltitkolják a hibákat. Röviden, nem akarnak tudni róla.” [12] Ez a megállapítás a kórházak helyzetét találóan írta le néhány évvel ezelőttig, ezért kapott olyan kiemelt szerepet a szakirodalomban a nem-vétkességen alapuló kultúra.

A NEM-VÉTKESSÉGEN ALAPULÓ KULTÚRA

Irodalmi adat alapján az Egyesült Államokban a betegek számára is kockázatot jelentő hibák 50-96%-át nem jelentették 2000-ben [13]. Ennek oka a kóros munkahelyi kultúra, amely hierarchián és a betegekért való egyéni felelősségen alapszik. Ilyen környezetben a hibákat nem veszik észre, és ennek következményeként nem javítják ki. Ha attól az orvostól, aki hibát követett el, megválnak, akkor valaki más fogja ugyanazt a hibát elkövetni, amennyiben azok rendszerszerű természetét nem ismerik fel. A fenti tény miatt az irodalom a kórházi szervezetek számára egy a személyes hibáztatást elkerülő rendszert ajánl. Ez azt jelenti, hogy a hibák jelentésének olyan rendszerét kell kidolgozni, ahol a jelentéseket bizalmasan kezelik, és a rendszer keretében a személyzetet biztosítani kell arról, hogy ha jelentenek egy rendellenességet, akkor nem indítanak semmilyen fegyelmi eljárást ellenük, más szóval, a hibák tekintetében amnesztia van. Az ilyen kultúrájú szervezetekben a személyzet azonosíthatja és jelentheti a hibákat, megtorlás nélkül. A megtorlástól való félelem az egyik fő oka annak, hogy a hibákat nem jelentik.

A betegbiztonság javulásának az ilyen kultúra az alapja több, a kórházi betegbiztonsággal foglalkozó tanulmány szerint. Ez azt jelenti, hogy néhány évvel ezelőttig a vázolt munkahelyi légkör volt az uralkodó néhány úttörő szervezet kivételével szinte mindenütt. Ennek fényében nem meglepő, hogy sok cikk foglalkozik a kultúra változtatásával, vagy megpróbálja azt valahogy mérni, és megpróbál menedzszeri eszközöket találni a kultúra változtatásához. Általában ezek

a cikkek egyes kórházakban végzett esettanulmányokat írnak le, de a szervezeti kultúrát egy sor USA államban mérik. Ilyen kulturális áttekintést ad például [14] és [15].

SZERVEZETI VÁLTOZTATÁSOK A BIZTONSÁG KULTÚRÁJÁÉRT

Fontos megjegyezni, hogy a nem vétkességen alapuló rendszer csupán akkor igazságos, ha a biztonság kultúrájával párhuzamosan épül ki. Ez azt jelenti, hogy az intézmény a biztonsági protokollt követi, és a biztonsági kezdeményezéseket figyelembe veszi. Ez nagyon nehéz feladat, ami a menedzsment részéről is igényli a hozzáállás változtatását. Ezt felismerve, a szervezeti tényezőket tárgyaló irodalom olyan témákkal foglalkozik, mint a betegbiztonsági csoport megszervezése, a bizalom, a biztonság, a nem vétkességi kultúra bevezetése és megpróbál olyan módszert találni az elszámoltathatóság kérdésére, ami mind a nagyközönség számára, mind pedig orvosi szempontból megfelelő. Egyes kórházak oly módon kezelték ezt a kérdést, hogy a minőségi csoportjuk tevékenységébe beépítették a betegbiztonságot, [14] míg mások egy kórházi felsővezetőt is beemeltek betegbiztonsági csoportjukba.

Egy másik érdekes kezdeményezés a betegbiztonsági „bejárás” [16]. Ez a tevékenység igényli, hogy a felső vezetés közvetlenül beszéljen a személyzettel, és tegye nyilvánvalóvá, hogy személyes felelősséget éreznek a betegbiztonság iránt. Ilyen módon a problémák közvetlen kommunikációja vált lehetségessé anélkül, hogy a közvetlen felettesek megszünnék az információt. Egy hasonló programban [17] a felső vezető hosszabb időn keresztül egy adott osztály biztonsági kockázataival foglalkozik. Számos cikk tárgyalja az egyes osztályok biztonsági kérdéseit, vagy egy adott betegséghez kapcsolódó biztonság kérdését. Ezek alapvetően technikai jellegűek, például egy adott sebészeti eszköz biztonságos használatával, az infekció csökkentésével foglalkoznak. A MEDLINE-on áttekintett folyóiratok főleg a gyógyszerbiztonsággal foglalkoznak, ami nem meglepő, mivel a gyógyszerelés területén a leggyakoribbak a hibák. Ezzel szemben a műtétekkel járó betegbiztonsági kérdésekről nem szólnak a betegbiztonsággal foglalkozó cikkek. Magyarázata talán az, hogy a rossz helyen végzett műtét (wrong site surgery) gyakori, mégsem különösen bonyolult kérdés, és emiatt relatíve kevés cikk foglalkozik a témával.

Minden kórházi vezetőnek fel kell készülnie a változással szembeni ellenállásra. Ezek a változások a betegellátás egységesítéséhez kapcsolódnak, és valamelyest elvesznek az orvosok szakmai autonómiájából. Ez világosan látszik az olyan tanulmányokból, amelyek a hibák jelentésének valószínűségével kapcsolatosak. Például [13] megmutatja, hogy az orvosok jelentése kevésbé valószínű, mint a nővéreké. E jelenség okára nincsen kielégítő magyarázat.

Ugyan a legtöbb nem kívánt esemény nem gondatlanságból következik be, a gondatlanság mégsem elhanyagolható jelenség. Eddig [3] és [5] mutatta ki, hogy a nem kívánt

események 27,67%-a [3] és 28,9%-a [5] gondatlanság miatt következett be. Ezen tanulmányok megmutatják, hogy ugyan jobb eredményeket lehet elérni, ha a hibák rendszerű természetével foglalkozunk, de a gondatlanság csökkentésének területén is van tennivaló. Ugyanakkor fontos kiemelni, hogy a fenti két tanulmány elkészítésének idején a betegbiztonság kultúrája még gyerekcipőben járt. Ha a biztonság kultúráját be lehetne vezetni, akkor az orvosok maguk több figyelmet szentelnének a betegbiztonság kérdésének, és a gondatlanság következményeként jelentkező nem kívánt események száma is csökkenni fog, bár erről nincs konkrét adat.

A KOCKÁZAT-MENEDZSMENT FELADATAI

Az orvosi hibák a jogi felelősségre vonás miatt is a betegbiztonság fókuszában állnak. A jogi elszámoltathatóság miatt fejlődött ki a kockázat-menedzsment, (risk management). A kockázat-menedzser feladata, hogy a kockázati tényezőket vizsgálja, azonosítsa és kezelje, és ezzel a kórházi tartózkodás kockázatát csökkentse, azaz a betegbiztonság kérdésében is komoly szerepe van.

Ugyan a kockázat-menedzsment már a 70-es évek óta létezik, alapvetően meglepő, hogy mégis milyen keveset ért el. „Rossz tervezés miatt a munkaerő kudarcot fog vallani – függetlenül attól, hogy mennyire elkötelezetten próbálkoznak – és a szervezeteinket szétszabdaltsága és a hierarchikus struktúrája korlátozza abban, hogy valódi és tartós megoldást találjanak. E nehézségeket, akadályokat ráadásul hatványozza, hogy a kockázat-menedzsment úgy tölti be a funkcióját, hogy nincsen teljesen integrálva a szervezet struktúrájába, így a változások csupán epizodikusak lehetnek, egység illetve esemény középpontúak, tehát nem folyamatosak és nem rendszerszerűek.” [18]

A probléma megoldásához a kockázat-menedzsment feladatainak módosítására van szükség. Egyrészt, „fel kell emelni” a hierarchiában a kockázat-menedzsert, azaz szervezeti változtatáskor véleménye számítson a döntési folyamatban. Másrészt, legyenek képzetek az emberi tényező ergonómiai fejlesztésében (human factor engineering). Ezen tudományág középpontjában biztonságos, könnyen használható eszközök, illetve az emberek és gépek interakciója áll. Felhasználja a kognitív pszichológiát, biomechanikát, illetve az érzékelés anatómiáját. Például: ne legyen túl bonyolult egy fontos műszer használata sem [19]. Az eseményekkel kapcsolatban ahelyett, hogy csupán a látványos eseményeket vizsgálják, a kevésbé súlyos, illetve éppen elkerült eseményeket is át kell tekinteni. Ehhez elengedhetetlen egy, kockázati tényezőket, illetve a nem kívánt eseményeket jelentő rendszer.

A jelentési rendszerek általában számítógépet használnak, és a gyógyszerelési, valamint az eljárásokat bejegyző rendszerekhez kapcsolódnak. A kockázat-menedzser feladata a jelentési rendszer alapján a nem kívánt események analízisa. A jelentési rendszer a folyamatok tanulmányának alapját képezi. A jelentések alapján bizonyos eljárásokat megváltoztatnak, illetve orvosi döntéstámogató rendszereket is kifejlesztnek. Ezen döntéstámogató eszközök általában helyi protokollok alakját öltik, amelyeket az orvosok a szakmai autonómiájukra és tudásukra nézve gyakran fenyegetésként érzékelnek. [20] Emiatt körültekintően kell követni a protokollokat. A protokollok követésének van egy pozitív hatása: eltörli a mentális fáradtság problémáját. Negatív hatása, hogy a protokoll sosem képes teljesen tükrözni a valóság bonyolultságát és a protokoll követése is okozhat nem kívánt eseményeket. Akaratuk ellenére mereven rákényszeríteni az orvosokat arra, hogy rosszul elkészített protokollokat kövessenek, nem csupán az elégedetlenséget növelni, hanem a betegeknek is kárt okozna.

Tisztelt Olvasóink a cikk folytatását lapunk következő számában olvashatják.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Gulácsi L.: Minőségfejlesztés, Medicina Könyvkiadó RT. Budapest, 2001.
- [2] Kulin L.: Tévedni emberi dolog, betegbiztonság a tények tükrében, Egészséggazdasági Szemle 2004 42. évf. 1. szám 26-36.
- [3] Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al.: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N. Engl. J. Med. 1991;324:370-8
- [4] Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al.: The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995;163:458-71
- [5] Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al.: Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care 2000;38:261-71
- [6] Vincent C, Neale G, Woloshynowych M.: Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ 2001;322[7285]:517-519
- [7] Davis P, Lay-Yee R, Briant R, et al.: Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. N. Z. Med. J. 2002;115[1167]:U271
- [8] Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, et al.: Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. Ugeskr Laeger. 2001;163[39]:5370-8

- [9] Ross Baker G, Norton PG, Flintoft V, et al.: The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. JAMC. 2004;170[11]:1678-86
- [10] Shioler T.: The Epidemiology of Adverse Events – Chart Review Studies UMAS Patientsäkerhedsdag Szeptember 15, Malmö [konferencia-anyag] 2004
- [11] Runciman, W. B.: Lessons from the Australian Patient safety foundation: setting up a national patient safety surveillance system – is this the right model? QSHC 2002. p. 246-251. o.
- [12] Reasons, JT., Coulter, A. et al.: Diagnosing vulnerable system syndrome: an essential prerequisite to effective risk management Quality and Safety in Health Care 2001 Suppl II ii21-ii25
- [13] Lawton, R. Parker D.: Barriers to incident reporting in a Healthcare system Quality and Safety in Health Care 2002 p.15-18.
- [14] Davis P. Lay-Yee, R. et al.: Preventable in-hospital injury under the no-fault system in New-Zealand Quality and Safety in Health Care, 2003. 251-256.o.
- [15] Singer, S. J. et al.: The culture of safety: results of an organisation-wide survey in 15 California hospitals Quality and Safety in Health Care 2003 112-118.o.
- [16] Frankel, A Graydon-Baker, E. et al.: Patient safety leadership walk arounds Joint Commission on Quality 2003. 16-26. o.
- [17] Pronovost, P. J. Weast, B. et al.: Senior executive adopt a work unit: a model for safety improvement Joint Commission on Quality and Safety 2004. 59-68. o.
- [18] Kuhn, A.M, Youngberg, B.J.: The need for risk management to evolve to assure a Culture of safety, Quality and Safety in Health Care, 2002. 156-162. o.
- [19] Gosbee, J.: Human factors engineering and patient safety Quality and Safety in Health Care 2002. p. 352-354. o.
- [20] Morris, A H.: Decision support and safety of clinical environments Quality and Safety in Health Care 2002. 69-75.o.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Makai Péter Végzős egyetemi hallgató a Corvinus Egyetemen, Közgazdász-Politológus szakon. Főszakiránya: Politológus-közgazdász, mellék-szakiránya Egészségügyi közgazdaságtan. Diplomamunkája: Patient Safety and Medical Error Prevention Policy A Comparative Policy Analysis. Tudományos érdeklődésének súlypontja a múlt évben került át az egészségpolitikai témakörre, illetve azon belül is az

orvosi hibák kormányzati kezelésére. Ennek keretében ez év februárjában egy tanulmányút keretében tanulmányozta a dán megbízottsági rendszert. 2005-ben TDK dolgozatával I. helyezést ért el Közzolgálat szekcióban. 2004-ben A. Preker és A. Harding: Állami és magán szerepek az egészségügyben című tanulmányát fordította le részben. Részt vett a Politikatudományi Tanszék egy kutatásában is, amely az európai parlamenti választásokat kutatta. A Magyar Közgazdász Társaság és a Magyar Politikatudományi Társaság tagja.



Dr. Gulácsi László, egyetemi docens a Corvinus Egyetem Közzolgálati Tanszékén, ahol az Egészségügyi Közgazdaságtani és Technológiaelemzési

Munkacsoport vezetője. A munkacsoport – a magyar egészségügyi technológiaelemzési központ – HunHTA néven tagja az INAHTA (The International Network of Agencies for Health Technology Assessment, INAHTA) hálózatnak.