

A betegbiztonság alapjai és a dán betegbiztonsági rendszer II. rész

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

A tanulmány első felében bemutattuk a betegbiztonság alapjait, és a kockázat-menedzsment feladatait ennek javításában. A cikk e második felében folytatjuk a kockázat-menedzsment feladatainak kifejtését, illetve a folyamatot a károsult beteg szempontjából is ismertetjük, melyek a legfontosabb okai annak, ha egy beteg pert indít az egészségügyi szolgáltatóval szemben. Végül bemutatjuk a betegbiztonság dániai rendszerét.

kenység az évtizedek során. A kockázat-menedzsment eredetileg a repülés biztonságát növelte, az egészségügyben csak később kezdték el alkalmazni. Fontos kiemelni, hogy sokáig inkább csak kockázat-áthárító szerepe volt, míg az utóbbi időben a kockázat-csökkentő elemek kerültek túlsúlyba (1. táblázat).

KOCKÁZATKEZELÉS A BETEG SZEMSZÖGÉBŐL ÉS A PEREK ELKERÜLÉSE

KOCKÁZAT MENEDZSMENT EVOLÚCIÓJA

Érdeemes áttekinteni a kockázat-menedzsment evolúcióját az idő során, ugyanis alapjaiban változott meg ez a tevé-

Vincent (2002) a betegbiztonságot a nyilvánosságra hozatal, illetve a beteg szemszögéből vizsgálja [20]. A nem kívánt események megelőzésében, de főleg a diagnosztikai hibák csökkentésében a betegnek aktív szerepe van. Ezt az

Régen	Napjainkban
Elsődleges cél: a kórház anyagi erőforrásainak és reputációjának védelme	Elsődleges cél: hogy javítsa a betegbiztonságot, minimalizálja a kockázatot, azon rendszer jellemzők jobb megértésével, amelyek korlátozzák a kórházat abban, hogy biztonságos ellátást nyújtson
Papíralapú jelentés	Sokfajta jelentési mód: papír alapú, elektronikus, telefon, anonim jelentés, személyes jelentés
Kizárólag a komoly eseményeket vizsgálja	A megelőzött helyzeteket is vizsgálja, ezeket értékeli, és megbeszéli az esemény potenciális hatását is
Ha nem kívánt esemény történik, egyesével beszél a személyzettel	Root cause analysis tanácskozás az összes ellátó személlyel
Bizalmas a vizsgálat eredménye	Folyamatot javító cselekvéssor kialakítása, amelyet a betegbiztonsági bizottsággal, illetve a szervezettel meg kell osztani
Hibáztatás és tréning	Az eseményt, vagy majdnem eseményt kritikus elemzésnek kell alávetni, és meg kell találni a gyökerét
Csak akkor beszéljen a pácienssel, ha mindenképpen szükséges	Tanácsolni az orvosnak, hogy beszéljen a beteggel, minden fajta nem kívánt eseményről, illetve arról, hogy milyen lépések történnek, hogy mással és máskor ez ne történjen meg
Az osztállyal együtt kell a változtatásokat bevezetni	A csoporttal kell együtt dolgozni, hogy kialakítsa a javítási tervet
Feltételezi, hogy megtörtént a változás, és csak akkor foglalkozik újra az ügygel, ha kiderül, hogy mégsem	A betegbiztonsági terv monitorozása, hogy a változtatások elkezdődtek, illetve hogy működtek -e
A betegeknek nem kell tudniuk a veszélyről	A betegeket be kell vonni a folyamatba, illetve tájékoztatni kell őket a lehetséges veszélyekről. Plakátokkal, illetve egyéb információs eszközökkel kell a személyzetet emlékeztetni erre.

1. táblázat
Kockázat-menedzsment evolúciója

Forrás: Kuhn (2002) (18)

információs aszimmetria csökkentésével lehet elérni úgy, hogy az orvos jobban odafigyel a beteg panaszaira. Egy másik fontos szempont, hogy a betegeket jobban be kell vonni az ellátásukba, az ahhoz kapcsolódó döntésekbe. „Az olyan betegek, akik a kezelési lehetőségeikről jól informáltak – beleértve a hasznokat, károkat és mellékhatásokat – sokkal inkább tartják magukat a kezeléshez, ami jobb egészségi kimenetelhez vezet” [21]. Ha megtörténik egy nem kívánt esemény, a beteg ellátása szintén prioritás. A beteg mind fizikailag, mind emocionálisan kárt szenved. Az utóbbit az okozza, hogy a beteg megbízott valakit az ellátásával és egy olyan kimenetelhez jutott, ami a várakozásai alatt van. Emellett ugyanaz a szakma látja el őket továbbra is, amely a kárt okozta.

A károsult betegek ellátásának a következő elemei léteznek:

- A beteg első jelzésekor el kell hinni, hogy megtörtént az esemény.
- Magyarázattal és bocsánatkéréssel kell szolgálni. Az őszinteség és a nyíltság nagyon fontos a betegnek, a titkolózás nem ajánlott.
- A betegnek a lelki támogatást is kell nyújtani, valamint informálni kell a terápiában bekövetkezett változásokról.
- Gyorsan technikai és pénzügyi segítséget kell nyújtani, ugyanis egy csekély pénzmenyiség is óriási különbséget jelenthet, ha azonnal kapja.
- A terápiás kapcsolatot az esemény után is folytatni kell.

Egy másik releváns tanulmány azt vizsgálta, hogy mi tesz egy hibát elfogadhatatlanná a beteg szempontjából [22]. A tanulmányt Németországban készítették egy internetes fórum segítségével. Az érdeklődő közönséget hipotetikus helyzetek elé állították. A résztvevők egy-egy nem kívánt eseményt leíró esetet kaptak, amelyet a résztvevőknek értékelniük kellett a következő szempontok szerint: súlyosság, kívánja-e hogy egy másik orvos kezelje tovább, jelentenek-e az eseményt, illetve hogy kívánnak-e az orvos számára negatív konzekvenciákat. Az eredmények a következők voltak: a súlyosság volt a legfontosabb faktor, valamint a hiba elismerése és a bocsánatkérés erőteljesen csökkentette a komoly konzekvenciák követelését. Ugyanez elmondható az átfogó tájékoztatásról is.

Érdekes módon az orvosi szakma képviselői a nem kívánt eseményeket kevésbé ítélték súlyosnak, és a többi kategóriában is kevésbé voltak szigorúak. A legfontosabb megállapítása a cikknek mégis az, hogyha összehasonlítjuk a hibák legrosszabb kezelését a legjobbal, a súlyos megítélés valószínűsége mind a négy kategóriában csökken. Ez vonatkozik mind a súlyos, mind a marginális hibákra. Ez azt jelenti, hogyha egy hibát tisztességes módon kezelnek és hoznak nyilvánosságra, akkor a hibát kevésbé tartják súlyosnak a betegek, és kisebb részük kívánja, hogy kerüljön egy másik kezelőorvoshoz. Egyúttal kevés jelentené, és csupán egy kisebbség kíván szankciókat (2. táblázat).

Betegek véleménye	Súlyos hiba esete Relatív csökkenés	Középsúlyú hiba esete Relatív csökkenés
Észlelt súlyossági osztályozás	33%	49%
Más orvos kérvényezése	68%	76%
Jelentés	10%	39%
Szankciók	59%	77%

2. táblázat
Valószínűség csökkenése, ha a hibákat megfelelően kezelik
Forrás: Swappbach és Koeck 2004 nyomán [22]

A DÁN BETEGBIZTONSÁGI RENDSZER

Elengedhetetlen a dán betegbiztonság megértése szempontjából a dán egészségügyi rendszer rövid ismertetése. A dán egészségügyi rendszerben kitüntetett helyzetben találhatóak a megyék. Az állampolgárok adójuk egy részét a megyei tanácsnak fizetik. A megyék finanszírozzák az egészségügyi ellátást, és szintén a megyék felügyelik a megyei tulajdonban lévő egészségügyi szolgáltatásokat. Fontos jellemzője még a rendszernek, hogy nincsen külön Egészségügyi Minisztérium, hanem a Nemzeti Egészségügyi Tanács látja el az egészségügy szakmai felügyeletét. Az egészségügyi ellátás kétszintű, ahol kórházba csak beutalóval lehet kerülni – a sürgősségi ellátást kivéve. A rendszer érdekessége, hogy a beteg a nyilvános minőségügyi indikátorok alapján megválaszthatja, melyik kórházban kívánja igénybe venni az egészségügyi szolgáltatásokat [23].

A BETEGBIZTONSÁGI RENDSZER KIALAKÍTÁSA DÁNIABAN

Első hivatalos lépésként 2001-ben két tanulmányt készítettek: Az egyik azzal a céllal készült, hogy becsülje meg országosan a nem kívánt események részarányát az összes ellátásokon belül. A tanulmány 9%-os részarányt állapított meg [10]. Ezzel egy időben történt egy másik felmérés is, amely azzal a céllal készült, hogy felmérje, milyen módon hajlandóak az orvosok és a nővérek jelenteni a nem kívánt eseményeket, illetve milyen jelentési rendszert tartanának kívánatosnak. E tanulmány eredménye az volt, hogy az orvosok 44%-a egy szigorúan bizalmas jelentési rendszert támogatott, amelyben lehetséges az adott eseményt mélyebben feltárni, viszont a jelentő kiléte bizalmas, csupán az adatot kezelő tudja azt [24]. A nem kívánt eseményekről szóló tanulmány média visszhangja elmaradt. A szakmai körök kritizálták a tanulmányt, mivel kicsi volt a minta. A tanulmány hatására megalakult a Nemzeti Betegbiztonsági Társaság. A szervezet igazgatótanácsában minden releváns érintett helyet kapott. (A szakmák, a kórházak tulajdonosai, az ipari kutatók, és a betegeket képviselő szervezetek). A társaság célja, hogy elősegítse a betegbiztonságról alko-

tott tudás terjedését, megszervezzen kutatási programokat, és hogy politikai lobbizást folytasson.

2003-ban elfogadták a betegbiztonságról szóló törvényt. A törvény főleg a jelentési rendszerről szól, amely 2004. január elsején lépett életbe. 2005 februárjára már elkészült az első jelentés, dán nyelven. Egy éven belül 6000 jelentés érkezett a megyékhez, és 2000 került a Nemzeti Egészségügyi Tanácshoz. A törvény egyrészt kötelezővé teszi a nem kívánt események jelentését az orvosok számára, másrészt viszont meg is védi őket:

„6. Az egészségügyi szakember, aki jelent egy nem kívánt eseményt, ennek eredményeként a munkáltató hatóság nem veheti alá fegyelmi vizsgálatnak vagy intézkedésnek, a Nemzeti Egészségügyi Tanács részéről ellenőrzési reakciónak vagy a bíróság részéről büntetőjogi szankciónak nincs helye” [25].

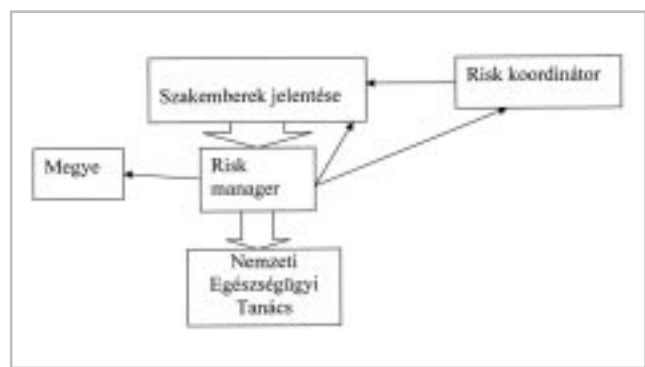
A jelentési rendszer

A jelentési rendszer legfontosabb ismérve a jelentési rendszer anonimitása. A jelentők szempontjából a személyes adatmezők kitöltése opcionális. Az adott orvos vagy nővér enélkül tudja jelenteni az általa észlelt nem kívánt eseményt. Mindez főleg egy internetes jelentési rendszeren keresztül történik. A jelentőnek kötelezően ki kell tölteni a kórház, osztály és az idő mezőt. A következő eseményeket kell jelenteniük: gyógyszerelési hiba, infekciók, egyéb súlyos esemény. Ezek után nyílt szöveges formátumban saját szavaikkal leírhatják, mi történt. A program a jelentő interpretációját is tudakolja, szintúgy a valós és a potenciális súlyosságot, az eset okát illetve azt, hogy a jelentő szerint hogyan lehet a jövőben elkerülni az eseményt. Ezek után találkozik a személyes adatok mezővel, amelynél anonim maradhat, ha kíván. Miután a befejezett jelentést elküldi, a jelentés a kockázat menedzser monitorán jelenik meg. Mivel bárhonnan elérhető a jelentési rendszer, és elméletben bárki jelenthet, a kockázat-menedzser választhat, hogy elfogadja-e a jelentést vagy sem. A web alapú jelentési rendszerben még password-re sincs szüksége a jelentőnek. A web alapú jelentés mellett papír alapon is lehet jelenteni. A kockázat menedzser viszont csak passworddel léphet be a rendszerbe, hogy elvégezze az esemény valódi elemzését. Dániában minden nagyobb kórházban, illetve megyénként legalább egy kockázat-menedzser található. Ha elfogadják a jelentést, az illetékes kockázat koordinátor megkapja a jelentést és a megyét is tájékoztatja, hogy egy nem kívánt esemény történt.

Az elfogadás után a jelentőnek visszajelzés, vagy kiegészítő információk kérelem után a jelentést potenciálisan illetve valós kár szerint osztályozzák. Az eseményt utána valós illetve potenciális kárként értékelik, illetve súlyosság szerint osztályozzák, csekély, közepes illetve súlyos katasztrófa terminológiával. Ezek után a kockázat menedzser elkészíti a releváns elemzést. Az elemzés után a kockázat menedzser mind helyi, megyei, illetve országos szinten ja-

vasolhat változtatást egy-egy eljárásban. Végül szofver segítségével minden nevet töröl a rendszer, és elküldi a nemzeti adatbázisba. A kockázat-menedzsernek ekkor csupán csak egy feladata van: az eredményt elküldeni az illetékes kockázat koordinátornak.

A megyei hivatalnokok foglalkoznak a statisztikákkal, illetve áttekintik a jelentéseket. A statisztikákat minden hónapban elkészítik azért, hogy meghatározzák: megyei szinten milyen beavatkozások szükségesek. Ezt a célt szolgálja a kockázat-menedzserek havi megbeszélése. A jelentés végül is eljut a Nemzeti Egészségügyi Tanácshoz, ahol az adatokat aggregálják, és a nemzeti adatbázisban elhelyezik az elemzéssel együtt. A statisztikák kiszámítása a prioritások képzéséhez is megtörténik.



1. ábra
A jelentési rendszer folyamata

Képzési programok

A képzések többségét a megyék szervezik, a betegbiztonsági rendszer kiépítésének keretében. Amellett, hogy ellenőrzi és adminisztrálja a helyi jelentési rendszert, a megye felelőssége, hogy a kórházi vezetőket kiképezze. A menedzsment legfontosabb feladata, hogy levonja az elemzésekől a konzekvenciát, és a kórházában kialakítsa a nem vétkességen alapuló kultúrát (részletesebben lásd az előző részben). Szintén a megyék feladata, hogy minden kórházi osztályon jelen lévő kockázat koordinátorokat, illetve az osztályvezető főorvosokat kiképezze arra, hogy a nem kívánt eseményeket az egyes kórházi osztályok mindennapi életében hogyan kezeljék.

Az egyetlen szakember, akit nemzeti keretek közt képeznek, a kockázat menedzser, munkájának szerteágazó és komplikált volta miatt, és hogy ne legyen eltérés a kockázati besorolásokban megyénként. A kockázat menedzser root cause elemzésből, nem kívánt események felméréséből és analizálásából, illetve emberi tényezők fejlesztéséből (human factor engineering) kap képzést. A kockázat-menedzsernek ezen kívül képesnek kell lenni arra is, hogy biztonságos klinikai „betegutakat” tervezzen [26]. A klinikai orvosok a betegbiztonsággal kapcsolatban időnként továbbképzésen vesznek részt.

Kórházi feladatok

A megbízottsággal kapcsolatos kórházi feladatok a minden osztályon jelenlévő kockázat koordinátor (risk coordinator), illetve a kockázat-menedzser (risk manager) köré csoportosulnak. A kockázat koordinátor rendes ápolóként vagy orvosként dolgozik, némi munkaidő könnyítéssel. A felső vezetés szintén elkötelezett a megbízottság mellett, többek között azért, mert felismerték, hogy ez nem csupán egy múltó kormányzati program. Ugyanakkor, hiába kifejtett a nem vétkességen alapuló kultúra, a jelentések száma úgy is alacsony szinten maradt, még az olyan megyékben is, amelyek a rendszert legkorábban bevezették. Epidemiológiai módszerekkel becsülve, a nem kívánt események 15-20%-át jelentik be. Mindez annak ellenére történik így, hogy törvényi szabályozás kötelezi az orvosokat a jelentésre. Ennek valószínűleg az az oka, hogy az egyes szakemberek nem minden nem kívánt eseményt érzékelnek nem kívánt és jelentendő eseményként. Egy másik lehetséges magyarázat, hogy még mindig szankcionált a jelentés, vagy pedig az orvosok nem látják a különbséget a jelentési rendszer és a műhiba között. Az is lehetséges, hogy nehéz meghaladni azt a meggyökeresedett tévhitet, hogy az orvosok nem hibázhatnak. Alapvető kórházi feladat, hogy a beteggel közölni kell a nem kívánt eseményt. A dán kórházakban a beteg mindig tájékoztatják a nem kívánt események bekövetkezéséről. Mivel általában a beteget sokkolja, hogy nem

kívánt események egyáltalán előfordulnak, fontos hogy a pszichés állapotukkal is foglalkozzon a kórház. A beteggel nem a hibát elkövető szakember, – vagy ápolója – közli a nem kívánt esemény tényét, hanem a kockázat-menedzser közvetlen felettese, aki külön ki van képezve az ilyen feladatokra.

ÖSSZEFOGLALÁS

A megbízottság kérdése nem csak azért alapvetően fontos, mert a kórházakban nem szándékos, sőt észre sem vett károkozás történik sorozatosan, hanem amiatt is, mert a nem kívánt események következtében a beteg további kezelésre szorul. Ebből következik, hogy a nem kívánt események csökkentésével komoly költségeket lehet megtakarítani. Szemléleti változtatásokkal jelentős eredményeket lehet elérni, de a megbízottságnak infrastrukturális oldala is van. Például a különböző számítógépes döntéstámogató, betegazonosító rendszerek, protokollok kifejlesztése és alkalmazása, amelyek hozzájárulnak a megbízottsághoz. A perek elkerülése szempontjából a legfontosabb, hogy ha egy nem kívánt esemény történik, akkor a beteg felé történő kommunikáció megfelelő legyen, azaz őszintén meg kell neki mondani, hogy mi történt. Összefoglalva, ahhoz, hogy a megbízottság területén komoly eredmények szülessenek, a teljes kórházat át kell itatni egy merőben új szemlélettel.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Vincent, C. A., Coulter, A.: Patient safety: what about the patient? *Quality and Safety in Health Care* 2002 76-80. o.
- [2] Schwappach, DL. Youngberg, B. J. et al.: 2004 What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors *International Journal of Safety and Quality* 2002 317-326.o.
- [3] Health care in Denmark. Ministry for the Interior and Health 2002.
- [4] Itoh, K, Andersen H. B. et al.: Reasons for not reporting adverse events: the Views of Danish and Japanese healthcare staff (Konferencia anyag). 9. minőségügyi fórum a minőség javítására, Kopenhagen, Dánia, 2004. Május 2
- [5] Dán törvény a megbízottságról 2003. jún. 10.
- [6] Bartels, P., Mainz, J. : Előadásanyag: Enqual workshop Helsinki 2004. április 2.

Makai Péter és **Gulácsi László** bemutatása lapunk IV. évfolyam 5. számában olvasható.