

Hét lépés a betegbiztonságért

Dr. Harmat György, Dr. Czárán Erzsébet
Heim Pál Kórház Madarász utcai Kórháza

A közlemény a National Health Service (NHS) National Patient Safety Agency (NPSA) szervezetének helyes orvosi gyakorlattal foglalkozó irányelveit foglalja össze. Ennek keretében ismerteti a biztonságosabb orvosi kultúrával, valamint a fokozott betegbiztonsági követelményekkel kapcsolatos elvárásokat. Az NPSA 7 lépésben felsorolt szempont-listája a magyar kórházi menedzsment számára is igen fontos lehet a kockázatcsökkentésben. A lista egyes pontjai célokat tartalmaznak, a célok felsorolása után pedig a célok eléréséhez szükséges cselekvési pontokat találjuk. Az NPSA a betegbiztonság körében leglényegesebbnek a tanulságok levonását tekinti a már megtörtént eseményekből, azaz rendszerszintű beavatkozást a személyes felelősség megállapítása helyett.

BEVEZETÉS

A betegeknek való károkozás hatásai szerteágazók. Katasztrófális érzelmi és fizikai következményük lehet a beteg és családja számára. Ezen túl a kárt okozó stáb tagjaiban is stresszt idéz elő, és a klinikai munkacsoportot is demoralizálja. Az ilyen eseteknek jelentős költség-kihatásuk is van, a kártérítés és a külön kezelések szükségessége miatt. A betegbiztonsági rendszerekről, annak Dániai megvalósulásáról már hazai szerzők is beszámoltak [1]. Jelen cikkben a brit kezdeményezéseket ismertetjük.

Naponta több mint 1 millió embert kezelnek biztonságosan és sikeresen az NHS-ben, de a bizonyítékok azt mutatják, hogy a bonyolult egészségügyi rendszerben a dolgok el is romolhatnak, bármilyen önfeláldozó és professzionális is a stáb. Márpedig amikor homokszemcse kerül a rendszerbe, akkor a betegek károsodás kockázatának vannak kitéve. A betegek biztonsága mindenkit érint az NHS-ben, akár klinikusi, akár támogatói szerepben van. Az NPSA véleménye az, hogy a betegbiztonság közös és szisztematikus kezelése pozitív hatással lehet az ellátás minőségére és az NHS hatékonyságára. Jelen összefoglaló áttekintést ad a betegbiztonság kérdéséről, kiemelve az NPSA rendelkezésére álló eszközöket.

A BETEGBIZTONSÁG SZERVEZETE

Az NPSA-t 2001. júliusában hozták létre a brit tiszti főorvos betegbiztonsággal kapcsolatos ajánlására, az „Emlékező szervezet” és „Biztonságosabb NHS építése a betegek

részére” c. jelentések alapján. Az ügynökség feladata a betegbiztonság javítása jelentési rendszerekkel, az azokat elfogadó szervezeti kultúra kialakításának elősegítésével a jelentéseket tapasztalattá alakítva. Jelentésre olyan eset kapcsán van szükség, amikor valami olyan történik az NHS keretében, ami ártott vagy árthat a betegnek. Az Országos Jelentési és Oktatási Rendszer (NRLS) az ügynökség stratégiájának központi részét képezi. A rendszer keretében gyűjtött adatok segítenek a következőkben:

- az elkerülhető esetek azonosításában és ezek okának felderítésében,
- országos szintű megoldások és a helyes gyakorlat kialakításában,
- az NHS szervezet helyi szintű munkagyakorlatának javításában visszajelzés és oktatás segítségével, és
- a folyamatos oktatás és tanulás támogatásában.

A betegbiztonság javítása nem csak az ügynökség országos kiterjedésű munkáján, hanem a helyi szinteken végzett tevékenységen is múlik. 2001-es megalakulása óta jelentősen nőtt az elkötelezettség a betegbiztonság kérdésében az NHS-en belül és azon kívül is. Immár szervezetek százai működnek együtt az NPSA-val a betegbiztonság témájában a helyileg kinevezett 32 betegbiztonsági módszerrel Anglia- és Wales-szerte, hogy az egészségügyi rendszer minden szintjén el lehessen kerülni a betegeknek akaratlanul okozott ártalmakat.

Az „Emlékező szervezet” és a „Biztonságosabb NHS építése a betegek részére” c. közlemények olyan nemzetközi kutatásokról adnak hírt, amelyek világossá teszik, hogy az elrontott dolgokból tanulni kell, és mozgósítják az NHS-en belül a betegbiztonsági mozgalmat. Az USA-ban végzett vizsgálatok során azt találták, hogy évente 44 000 és 98 000 között van az olyan, a betegek ápolása során keletkezett károkozások száma, amelyek hozzájárultak a beteg halálához. Sok kommentár szerint azonban ez az igen magas érték is alábecsült.

A legjobban hozzáférhető angliai adatok szerint, amelyek két tanulmány alapján születtek, úgy lehet becsülni, hogy az NHS kórházaiba felvett betegek kb. 10%-át (2002-2003-as betegfelvételi adatok alapján mintegy 900 000 páciens) érte hatás a betegbiztonságra káros, és hogy ezen eseteknek kb. a fele megelőzhető lett volna. Ugyanez a vizsgálat azt is megállapította, hogy ezekből az esetekből mintegy 72 000 járult hozzá a beteg halálához. Ausztráliában, Új-Zélandon és Dániában végzett vizsgálatok hasonló eredményre vezettek. Bár a vizsgálatok nagyobb része az akut ellátásban előfordult esetekre vonatkozik, a detektált tényezők jelentős mértékben hatnak más egészségügyi szektorokban is.

A vizsgálatok arra is rámutattak, hogy a hibák előfordulási arányának csökkentésére a legjobb módszer a rendszer szintű hibák kiszűrése, és ez sokkal hatékonyabb, mint az ellátó team egyes személyei elleni vizsgálat lefolytatása. Elsődleges fontosságúnak tartjuk, hogy leszámoljunk az egészségügyben még fennálló két mítosszal:

- **A tökéletesség mítosza:** ha az ember nagyon akarja, akkor nem követ el hibát,
- **A büntetés mítosza:** ha megbüntetjük a hibát elkövető embert, akkor az majd kevesebbet hibázik.

Az NPSA felismerte, hogy az egészségügyben mindig volt és mindig is lesz kockázat, ezek a kockázatok azonban csökkenthetők egy alapos kazuisztikával, vagyis az egyes esetek gyökereinek az elemzésével. Az ügynökség munkatársai ennek megfelelően együttműködnek az NHS személyzetével és szervezeteivel abban, hogy nyitott és elfogadó szervezeti kultúrát alakítsanak ki, és bátorítsák a személyzetet az NPSA informálására, ha valami baj történik. Az ügynökség ugyanis csakis így tud a betegbiztonság szempontjából fontos témákról információt szerezni. Ez az információ azután segíti majd a helyi egészségügyi személyzetet a jövőbeni hibák elkerülésében. Az NPSA országos szinten tudja azonosítani azokat a tendenciákat, amelyekre az NHS-nek reagálnia kell. Az egészségügyi szolgáltatás javítása és hatékonyságának radikális növelése érdekében a betegbiztonsági témakörben az NPSA javaslatot tett országos bejelentő és oktató rendszer kialakítására, valamint az okok, gyökerek elemzésével kapcsolatos szakképzés biztosítására.

Az alábbiakban az ügynökség gyakorlati javaslatait vizsgáljuk fel, abban a hét lépéses struktúrában, amely az NHS-szervezeteknek, -teameknek és -személyzetnek készült az egyes kulcspontokra vonatkozó lépések néhány evidenciájának bemutatására. Minden fejezet végén rávilágítunk a rendelkezésre álló eszközökre, amelyek segítséget nyújtanak abban, hogy javulást lehessen elérni helyi szinten a betegbiztonságban.

1. lépés: A biztonságkultúra kialakítása

Az ügynökség irányelve szerint minden erőfeszítést meg kell tenni azért, hogy az NHS-ben kiépüljön egy nyílt, nem büntető környezet, ahol az események szankció nélkül bejelenthetők. A múltban az NHS-ben túl gyakori volt az eseményre adott azonnali válasz, amelyekben a személyzet egyes tagjait azonosították és hibáztatták. Néha fel is függesztették a személyzet tagjait, miközben az esemény gyökerét, okát nem azonosították. Ennek következtében a személyzet már nem jelenti be az ilyen eseményeket. Az egészségügyi és egyéb biztonságra vonatkozó kutatások ugyanakkor azt mutatták, hogy néha a legjobb emberek követik el a hibákat, és hogy a tévedések ismétlődnek. Ha a szervezetek menedzsmentje és az NHS személyzete inkább a szervezeti szintű okokat és a gyökereket keresi, akkor valószínűbb, hogy a fenyegető szankciók eltörlése nyo-

mán be fogják jelenteni az eseményeket. Így a betegek, az NHS személyzete és a szervezetek sokat nyerhetnek egy nyílt, elfogadó szervezeti kultúra kialakításával. Ehhez a következő cselekvési pontok a fontosak:

- olyan vezetési politika biztosítása, amely tudatosítja a személyzettel, mit kell tennie egy esemény bekövetkezése után, hogyan kell azt kivizsgálni, és milyen támogatást kell adnia a betegnek, családjának és a személyzetnek,
- annak biztosítása, hogy szervezeti és nem egyéni szinten keresik a felelősséget a bekövetkezett eseményekért,
- biztosítani kell, hogy a kollégák úgy érezzék: képesek aggályaikról beszélni, és bejelenteni, ha baj történik,
- a munkacsoportnak be kell mutatni azokat az intézkedéseket, amelyeket a szervezet tett annak érdekében, hogy (a) a bejelentések megtörténjenek, és hogy (b) levonva a megfelelő konzekvenciákat, az esetből tapasztalatokat szűrtek le.

Az NPSA áttekintette a jelenleg hozzáférhető biztonságkultúrára vonatkozó felméréseket, és elkészített egyet kifejezetten az NHS számára [2]. Ez alapján lehetővé fog válni a szervezetek számára, hogy kialakítsanak egy olyan irányvonalat, amelyhez képest lemérhetik saját időbeli fejlődésüket. Elkészült egy incidensmeghatározási fa, amely egy elektronikus, hálólalapú interaktív eszköz az NHS menedzserek számára a káreseménnyel már szembesült személyzettel való foglalkozáshoz. A James Reason professzor által a repülőipar számára kifejlesztett modell alapján egy sor kérdés feltevésével hozzásegítik a felhasználót, hogy szisztematikus, átlátható és korrekt megközelítéssel tudjon dönteni [3, 4].

2. lépés: Vezesse és segítse stábját!

A kórházi vezetés helyezze világosan és egyértelműen a központba a betegbiztonságot a szervezet teljes vertikumában. A biztonságosabb kultúra kiépítése az erős vezetésen és egy, az egészségügyi személyzet minden tagjára hallgatóni képes szervezet kialakításán múlik. Az NPSA azon dolgozik, hogy a betegbiztonság kulcseleme legyen az igazgatás, az NHS vezetése és a klinikai személyzet képzési programjának, valamint az egyetemi és posztgraduális képzésnek is.

Ehhez a következő cselekvési pontok a fontosak:

- Egy, a betegbiztonságért felelős igazgatósági tag biztosítása.
- Minden igazgatóságban, részlegen vagy osztályon egy betegbiztonsági vezető kijelölése.
- Prioritást kell biztosítani a betegbiztonság számára az igazgatóság, illetve a vezetői team által tárgyalandó pontok körében.
- A betegbiztonság beépítése az egész személyzet képzési programjába, és annak biztosítása, hogy ez a képzés hozzáférhető legyen, továbbá megtörténjen a képzés hatékonyságának felmérése is.

- A megbiztonság fontosságának kifejtése a munkacsoport számára, és jótékony hatásainak megvilágítása.
- Olyan munkahelyi hozzáállás kialakítása, amelyben mindenki megbecsülésnek örvend, és képesnek érzi magát arra, hogy megfeleljen a kihívásoknak.

Az NPSA a következőképpen segít e tevékenységben:

- 20 perces oktatófilmet készített, amely bevezetést nyújt a megbiztonság kérdéskörébe, és a megbiztonsági tevékenység hatásáról az NHS-re. A film feltárja a betegek károsodásához vezető okokat, illetve azt, hogy mit tanulhatunk belőle, és hogyan lehet minimalizálni annak kockázatát, hogy a hibák újra megtörténhessenek.
- Biztonság-ellenőrzési lista megbiztonsági vezetők részére: az NPSA kifejlesztett egy biztonság-ellenőrző listát a megbiztonsági vezetők számára, ami eszköz arra, hogy saját maguk is tudják értékelni az egyes eseményeket. Ezt minden megbiztonsági vezető tudja használni úgy, hogy a lista egy sor megfontolandó választási lehetőséget mutat fel, valamint cselekvési tanácsot ad.
- Fejlesztés alatt áll a megbiztonsági e-oktatási program, amely interaktív, hálózati elektronikus oktatási eszköz azoknak, akik többet kívánnak tudni a megbiztonságról. Ez az eszköz adaptálható különböző felhasználók számára, érdeklődési körüknek, egészségügyben betöltött szerepüknek és szakmájuknak megfelelően [5].

3. lépés: A kockázat-kezelési tevékenység integrálása

E lépés összefoglalja a kockázat-kezelésre vonatkozó rendszerek és eljárások kialakítását, a hiba-lehetőségek azonosítását. Az ügynökség olyan helyi kockázat-kezelő rendszert alakított ki, amellyel hatékonyan lehet kezelni az ilyen eseményeket, és csökkenteni lehet megismétlődésük kockázatát. A megbiztonság a kockázat-kezelés kulcseleme, és ezt be kell építeni abba a rendszerbe, amely a személyzet biztonsága, panaszok kezelése, illetve az anyagi és környezeti károk kezelésének kérdéseit tartalmazza. A helyi kockázat-kezelő rendszert egy szervezeti kockázat-kezelési stratégiának, a kockázat azonosításra vonatkozó programnak, és egy szervezeten belüli kockázat-listának is segítenie kell.

Ehhez a következő cselekvési pontok a fontosak:

- A klinikai és nem-klinikai kockázatok kezelésére szolgáló eljárások felmérése; biztosítani kell ezek integrálását a betegek és a személyzet biztonságával, összekapcsolásukat a panaszokról és a klinikai hanyagságokról, valamint az anyagi és környezeti kockázatokról szóló adatokkal,
- teljesítmény-indikátorok kifejlesztése a kockázat-kezelést vezető rendszer számára, amelyeket az igazgatóság monitoroz,
- az eset-bejelentő rendszer által felszínre került információk hasznosítása, és a teljes szervezeten belüli kockázat-becslés a betegellátás javítására,

- Helyi fórumok felállítása a kockázat-kezelésre, a megbiztonság javítására, és visszajelzés biztosítása az illetékes vezetőcsoportnak,
- az egyedi betegek kockázatának felmérése a kezelés előtt,
- szabályozott eljárás kidolgozása a kockázat felmérésére, minden kockázat elfogadhatóságának és valószínűségének meghatározása, és megfelelő lépések megtétele a kockázatok minimalizálására,
- annak biztosítása, hogy ezeket a kockázat-felméréseket integrálják a szervezet egészének kockázat-felmérő és kockázat-regiszter rendszerébe.

4. lépés: A bejelentés elősegítése

A bejelentési rendszer életfontosságú a jó, reprezentatív információk biztosításához, amelyek az elemzés és az ajánlások alapulnak. Az „Emlékező szervezet” c. kiadvány hangsúlyozza egy jobb bejelentési rendszer szükségességét az egészségügyben, és kimutatta az ilyen rendszer jótékony hatását más iparágak biztonságára is.

Az NPSA-t Angliában és Walesben a megbiztonság körében kifejtett erőfeszítések koordinálására, a bejelentés, ill. még inkább a megbiztonsági esetekből történő tapasztalatok leszűrésére hozták létre. A szervezet e munka részeként kifejlesztette ki az Országos Bejelentési és Oktatási Rendszert (NRLS), amely világosabb képet ad a megbiztonsági kérdésekről. Az NPSA elkötelezett abban is, hogy helyileg támogassa a megbiztonsági esetek bejelentését, és elősegítse a helyi bejelentés és kockázat-kezelés legjobb gyakorlatának bevezetését, illetve tegye lehetővé stábja számára az események bejelentésének egyszerű módját, helyi és országos szinten. Minden NHS-szervezet kifejlesztett, vagy most fejleszti ki a megbiztonsági eseményekkel kapcsolatos adatgyűjtésének központosított rendszerét. Ez lehetővé teszi számukra az események típusának, gyakoriságának és komolyságának elemzését, és ezen információk felhasználását a rendszer és a klinikai ellátás javításában.

A bejelentendő eseményeknek három típusa van:

- Megtörtént események
- Megelőzött események
- Várhatóan bekövetkező események.

A helyi bejelentésen kívül az NHS szervezetek részt vesznek az országos bejelentésben is, az NRLS 2004-es megvalósításával Angliában és Walesben. A rendszert 39 angol és walesi NHS szervezet segítségével dolgozták ki, ezért sokféle egészségügyi terület problémáit tükrözi. Az ügynökség konzisztens terminológiát és definíciókat alakított ki arról, hogy mit kell az NHS stábnak jelentenie, ehhez rendelkezésre áll egy elektronikus bejelentési forma (eForm), azoknak a szervezeteknek, amelyeknek nincs helyi kockázatkezelő rendszerük, vagy az olyan személyzetnek, akik szervezetüktől függetlenül kívánnak bejelentést tenni. Ennek ellenére az NPSA hatékonyabbnak tartja, hogy az NHS-személyzet ossza meg bejelentését a helyi szerve-

zetével, hogy az esetből tapasztalatot nyerhessen mind a helyi, mind az országos szinten is.

Az NPSA információinak elemzéséből meg lehet határozni a szokásos eseteket és addicionális tényezőket. Az esetben érintett személyek neveit nem őrzik meg sem az ellátók, sem az ellátottak esetében. Fontos, hogy ezeket az adatokat keresztbe hivatkozzák más információ-forrásokkal együtt, mielőtt megállapítják a betegbiztonsági prioritásokat és kialakítják az országos gyakorlatot.

Amikor a szervezetek országos bejelentést tesznek, használhatják az NPSA speciális Root Cause Analysis (RCA) módszerét, amivel alátámaszthatják helyi eset-elemzésüket.

Ehhez a következő cselekvési pontok a fontosak:

- Helyi megvalósítási terv elkészítése, amely megadja, hogy hogyan és mikor kell a szervezetnek országosan jelentést tennie az NPSA számára.
- Kollégák felszólítása a betegbiztonsági incidensek bejelentésére. Ehhez mind a megtörtént eseteket, mind a megelőzőt, de fontos tanulságokat hordozó eseteket jelteni kell. Az ügynökség összefoglaló utasítást dolgozott ki az NRLS-hez való csatlakozásra, ami tartalmazza az ellenőrző lista elkészítésére vonatkozó módszertant is.

5. lépés: A betegek és a közösség bevonása, a velük való kommunikáció

E lépés alapelve, hogy elő kell segíteni a betegek aktív részvételét saját ellátásukban. A betegnek kulcsszerepe van a pontos diagnózis felállításában, a megfelelő kezeléssel való döntésben, tapasztalt és biztos ellátó kiválasztásában, a kezelés megfelelő nyújtásában, monitorozásában, és a káros események (mellékhatások) felismerésében és azok megelőzésében.

Kutatások bizonyítják, hogy ha valami hiba történik, a betegek jobban elfogadják, ha azonnal, teljesen és együtt érzően megmondják nekik a hibát. A betegek ösztönözést várnak az egészségüket gondozó teamtől, ez a nyíltság csökkenti a traumát, ami érte őket. Azok a betegek, akik nem érzik, hogy valamiféle bocsánatkérést vagy magyarázatot kapnak, érthető módon hajlamosabbak panaszt tenni és kompenzációt várni.

A NPSA-nál azt találták, hogy értékes információt nyerhetünk a hiba okairól, ha bevonjuk a beteget is a betegbiztonsági elemzésbe, pl. a műhibák esetében. Így a betegek szerepet játszhatnak a károkozás valószínűségének csökkentésében. A betegek az esetek jelentős részében jobban képesek értékelni saját állapotukat, mint az ellátók. Ennek megfelelően segíthetnek részletesebb képet kialakítani a hiba okáról.

- A gyógyító szervezeteknek el kell ismerniük, és bocsánatot kell kérniük, ha hibát követtek el, és biztosítaniuk kell a beteget és családját, hogy okultak az esetből, és levonták a megfelelő következtetést az eseményből,
- megfelelő rendszerrel kell bírniuk a beteg támogatására,

az ellátójuk, a család és az esetben résztvevő személyzet segítségével,

- olyan politikájuknak kell lenniük, amely a szervezetet elkötelezetté teszi a nyíltságra a maradandó kárt, vagy halált okozó incidensek esetében.

Ehhez a következő cselekvési pontok a fontosak:

- Olyan helyi politika kialakítása, amely az incidensek bekövetkezése esetén nyílt kommunikációra vezet a beteggel és családjával,
- a beteg és családja biztosítása arról, hogy informálják őket, ha olyan hiba történik, aminek következtében kárt szenvednek,
- a személyzet támogatása képzéssel és bátorítással a betegekkel és családjukkal való nyílt kommunikációhoz.
- a munkacsoportnak biztosítani kell a beteget és családját megillető tiszteletet, és támogatni kell aktív részvételüket a megoldásban, ha valami hiba történt,
- a beteg és családjának informálása a hibáról, és ennek világos, pontos és megfelelő időben való közlése,
- biztosítani kell azt, hogy a beteg és családja azonnali bocsánatkérésben részesüljön, amikor erre szükség van, és hogy a beteget tisztelettel és együttérzéssel kezeljék. Mindehhez irányvonalat és oktatást biztosít az ügynökség az NHS személyzet segítségére. Az erről szóló kiadvány 2004 nyara óta hozzáférhető.

6. lépés: A biztonsággal kapcsolatos kérdések elsajátítása és a tudás megosztása

Ha a betegek biztonságát fenyegető esemény következik be, akkor nem az a fontos, hogy ki hibáztatható, hanem az, hogy hogyan és miért történt a hiba. Az egyik legfontosabb kérdés, hogy az esemény mit is jelez nekünk arról a rendszerről, amelyben dolgozunk. Annak érdekében, hogy az ilyen eseményekből minél többet lehessen okulni, az NHS szervezetekben az RCA (Root Cause Analysis), vagy az SEA (Significant Event Audit) technikákat alkalmazzák.

Ehhez a következő cselekvési pontok a fontosak:

- A személyzet képzése, hogy végrehajtsa az esemény megfelelő kivizsgálását, az okok felderítését,
- olyan helyi politika kialakítása, amely megadja az RCA, vagy SEA vizsgálat elvégzésének kritériumait. Ezek a kritériumok minden olyan eseményre vonatkoznak, amelyek maradandó károsodást, vagy halált okoznak.
- a betegbiztonsági esemény elemzéséből levont tanulságok megosztása a csapat többi tagjával,
- az esetleg érintett többi osztályok felderítése, és a tanulságok megosztása ezekkel az osztályokkal is, szélesebb körben.

Az ügynökség támogatást ad az RCA oktatásában.

7. lépés: Megoldások a kár megelőzésére

A múltban az NHS egyik nagy problémája az volt, hogy nem volt képes felismerni, a kockázat csökkentésének útja

az ellátás hibáit okozó tényezők felderítése a helyi NHS szervezetben, ami a jövőbeni, más helyeken ellátott betegek százainál vezethet eredményre. Ehhez az NPSA célja olyan helyi képzési és monitoring rendszer kiépítése, amely az okok és járulékos tényezők elemzésével és országos megoldások kidolgozásával tud segíteni.

Az „Emlékező szervezet” c. dokumentum megkülönböztet „passzív tanulást” (ahol azonosítják ugyan a következtetéseket, de nem ültetik át a gyakorlatba) és az „aktív tanulást” (ahol a tanult dolgokat be is illesztik a szervezet kultúrájába és gyakorlatába). A betegbiztonsági események helyi elemzése nyomán helyi cselekvési tervet kell kialakítani annak biztosítására, hogy a tanultakat az egész szervezetben hasznosítsák. Ezen cselekvési tervek hatását mint a vezetési tevékenységről szóló jelentés központi részét, hosszabb időn át kell mérni. A cselekvési tervek eredményeinek kommunikálása a személyzet részére segíti a bizalom erősítését az esemény-bejelentési eljárásában.

Az NPSA egyik elsődleges célja megvalósítható országos megoldások kidolgozása a betegbiztonság kulcskérdéseire. Idővel az Országos Bejelentési és Képzési Rendszer (NRLS) országos adatokat lesz képes adni a bejelentett eseményekről és azokról a tényezőkről, amelyek hozzájárultak bekövetkezésükhöz. Ahol azt állapítjuk meg, hogy szélesebb körű változtatásokra van szükség, pl. a berendezésben, vagy a jelenlegi országos rendszerben ill. eljárásokban, ott az Egészségügyi Minisztériummal, más NHS szervezetekkel és a gyártókkal együttműködve fogja elősegíteni az ügynökség a mindenki számára biztonságosabb egészségügyi ellátást.

Ehhez a következő cselekvési pontok a fontosak:

- Az esemény-bejelentési rendszerből származó információk, a kockázatok megállapítása, az események kivizsgálása, a helyi megoldások auditálása és elemzése. Ez magában foglalhatja a berendezések és eljárások újratervezését, és a személyzet képzésének, vagy klinikai gyakorlatának adaptálását.
- Minden tervezett változtatás kockázatának felmérése,
- A változtatások hatásának mérése.
- Az intézményen kívül kifejlesztett megoldások tanulmányozása, amelyek lehetnek az NPSA-ban kifejlesztett országos megoldások, vagy bárhol az NHS-en belül található legjobb gyakorlat.
- A személyzet részére visszaigazolás az események hatására tett minden tevékenységről.
- A stáb bevonása a jobb és biztonságosabb betegellátás kialakításába.

- A csapattal végzett változtatások bevezetésének vizsgálata.
- Minden bejelentett esemény követéséről visszaigazolás a személyzetnek.

Az ügynökség támogatásával a 2004-es évben a projekt keretében foglalkoznak:

- az infúziós berendezéssel kapcsolatos hibák kiküszöbölésére szolgáló eszközökkel,
- az orális methotrexattal kapcsolatos hibák megelőzésével,
- egy integrált kampánnyal a kéz-higiéné fejlesztésére.

A BETEGBIZTONSÁG HELYI KÉPVISELŐI AZ NHS-BEN

A betegbiztonság javításán dolgozó stáb támogatására az NPSA kialakított egy 32 betegbiztonsági vezetőből álló hálózatot. Egy ilyen található Anglia és Wales minden Stratégiai Egészségügyi Hatósága területén. A betegbiztonsági menedzserek szakértelmet, támogatást és koordinációt biztosítanak az NRLS kifejlesztésében. Tanácsot adnak az NHS személyzetnek a betegbiztonság tekintetében, hangsúlyt helyezve a betegbiztonsági képzés és a nyílt szervezeti kultúra kialakítására. Támogatják az NHS kockázatkezelőit a betegbiztonsági események azonosításában, kezelésében, kutatásában és bejelentésében. Az NPSA tudomására hozzák a betegbiztonsággal kapcsolatos aggályokat és megoldási ötleteket, segítenek a megoldások kidolgozásában, vezetnek és tanáccsal látják el a területükön lévő NHS szervezeteket a betegbiztonság kérdéseiben.

JÖVŐKÉP: HOGYAN MÉRHETŐ A SIKERESSÉG A BETEGBIZTONSÁG KÉRDÉSÉBEN?

Erre a kérdésre nincs egyértelmű választ. Paradox módon a betegbiztonsági események bejelentési számának növekedése annak a jele, hogy megvalósult egy korrekt, nyílt kultúra, ahol a gyógyító team okul a balesetekből. Más szektorok tapasztalata, pl. a repülési iparé, világosan mutatja, hogy ahol a bejelentési szám növekszik, ott a súlyos események gyakorisága csökken.

Ha követjük a betegbiztonság felé vezető út fenti 7 lépését, akkor jelentősen hozzájárulhatunk az általunk nyújtott ellátás minőségének javulására.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Makai Péter, Gulácsi L.: A betegbiztonság alapjai és a dán betegbiztonsági rendszer I-II. IME IV. évf. 5. szám 2005. JÚNIUS, 22. old. és 6. szám 2005 szeptember

[2] www.qualityhealthcare.org

[3] www.npsa.nhs.uk/idt

[4] www.npsa.nhs.uk/sevensteps

- [5] www.npsa.nhs.uk/newsletter/newline.asp
- [6] www.npsa.nhs.uk/connecting.asp
- [7] www.npsa.nhs.uk/newsletter/newline.asp
- [8] NHS , National Patient Safety Agency: Seven Steps to patient Safety, 2nd edition, 2004. April
- [9] Department of Health An organisation with a memory, London, The Stationary Office (2000)
www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/50/86/04065086.pdf
- [10] Department of Health: Building a safer NHS for patients. London, (2001) www.publications.doh.gov.uk/build-safenhs/buildsafenhs.pdf
- [11] Vincent, C.G. Neale and M Woloshynowych : „Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review” British Medical Journal. 322:517-19 (2001)
- [12] Leape, L.L.: Striving for perfection. Clinical Chemistry. 48 (11) 1871-2 (2002) PMID:12406970
- [13] Department of Health : Learning from Bristol: The Department of Health’s Response to the rEport of the Public Inquiry into children’s heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995.(2002)
www.publications.doh.gov.uk/bristolinquiryresponse/bristolresponsefull.pdf
- [14] Reason, J.: Human error :models and management, British Medical Journal. 320: 768-70 (2000)
- [15] Vincent, C and Coulter, A: Patient safety: what about the patient? Quality and Safety in Healthcare. 11: 76-80 (2002)
- [16] Crane, M. (2001) What to say if you made a mistake, Med. Econ. 78(16): 26-8, 33.6 (2001)
- [17] Gallagher, T.H., Waterman, A.D., Ebers, A.G., Fraser, V.J. and Levinson, W.:Patients and physicians attitudes regarding the disclosure of medical errors, JAMA 26:289: 1001-7 (2003)
- [19] Vincent, C.:Exploring 7 levels of safety, Annenberg IV Conference, April 22-24: article by Raef S. Ed. Focus on Patient Safety (2002) www.npsf.org

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Harmat György egyetemi tanár, a Heim Pál Gyermekkórház főigazgatója. Az Európai Kórházzövetség elnökségi tagja, a Magyar Kórházzövetség elnökségi tagja. Régóta foglalkozik az egészségpolitika aktuális kérdéseivel.



Dr. Czárán Erzsébet a kémiai tudományok kandidátusa. 10 éve dolgozik Dr. Harmat György mellett, mint tudományos tanácsadó.

Pályázati kiírás

Bicske Városi Önkormányzat Képviselő-testülete Bicske Város Egészségügyi Konceptiója által meghatározott feladatok végrehajtására pályázatot ír ki.

Feladat: Bicske Város Egészségügyi Konceptiója által meghatározott feladatok végrehajtása céljából egy rövid távú – egyéves –, és egy középtávú – ötéves – szakmai terv kidolgozás a. A kész anyagot 6 példányban, 2007. április 30-ig kell elkészíteni.

A pályázat tartalma: A pályázónak fel kell vázolnia a szakmai tervek szerkezetét, tartalmát, illetve árajánlatot kell tennie.

Benyújtási határidő: 2007. február 28.

A pályázat elbírálásának határideje: legkésőbb a benyújtási határidőt követő 30. nap.

A pályázatot írásban, a Polgármesteri Hivatal címére (2060 Bicske, Kossuth tér 14.) kell megküldeni. Bicske Város Egészségügyi Konceptiója ugyanitt, 3000 Ft kifizetése ellenében átvehető. Tájékoztatás a 06 (22) 566 535 telefonszámon Erki Valériától kérhető.

Bicske, 2006. december 28.

Szántó János sk.
polgármester