

W medycynie mamy do czynienia z wyjątkowo szerokim marginesem zdarzeń niepożądanych



Pełna odpowiedzialność jako kryterium jakości

Marek Labon

Ostatnie lata przyniosły niewątpliwy wzrost zainteresowania tzw. jakością w ochronie zdrowia. Należy wręcz do dobrego tonu zaznaczać, że uwzględnia się dobrą jakość w pracy zarządzanego przez siebie szpitala lub przychodni. Przedstawiciele płatnika publicznego wskazują w różnych dokumentach, że są zainteresowani wysoką jakością kontraktowanych świadczeń. Trudno jednak w sposób jednoznaczny ustalić, co mają na myśli sprzedający i kupujący świadczenia, gdy posługują się retoryką jakościową. Kryteria definiujące problem są mało czytelne, dotyczą wyrwanych z kontekstu cech świadczenia jako produktu.

Przykładem jest wymóg poświęcenia 20 min na badanie chorego w specjalistycznym gabinecie lekarskim. To ogólna wskazówka, mówiąca raczej o tym, że istnieje wymóg minimalnej staranności w kontakcie lekarza z pacjentem, polegający na poświęceniu temu ostatniemu czasu pozwalającego się rozebrać do badania.

Tradycja jakości

Moda na posługiwanie się argumentami sugerującymi wysoką jakość świadczonych usług została zapoczątkowana dzięki pionierskiej pracy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) w połowie lat 90. Ma więc już kilkuletnią tradycję. Niewątpliwie działanie to pozwoliło zastąpić slogan mówiący o dobru pacjenta innymi, bardziej precyzyjnymi pojęciami.

Naturalnym następstwem sporządzenia dokumentu jest jego autoryzacja. To kolejny etap tworzenia jakości rozumianej prosto i przyziemnie.

Konieczna dokumentacja

W przemyśle dawno zrozumiano rolę zapisywania zdarzeń towarzyszących produkcji w kreowaniu postępu i dobrych wyników finansowych. Szczególną uwagę poświęcono autoryzacji czynności, wyjątkowo skutecznemu narzędziu poprawy jakości.

Jest oczywiste, że czynności anonimowe są z natury swojej wykonywane bardziej niedbale niż te, za które trzeba wziąć odpowiedzialność.

Zdawałoby się, że w tak szczególnej dziedzinie usług, jak medycyna, dobre reguły działające od lat w przemyśle powinny być akceptowane w pierwszej kolejności. Można zaryzykować twier-

» Względność wskazań do leczenia szpitalnego, to pierwszy powód, aby starannie prowadzić zapisy o postępowaniu z chorymi »

Krytycznie patrząc na problem, zasadniczy postęp polega na tym, że domniemanie najwyższej możliwej jakości leczenia chorych, o czym byli przekonani rodzimi profesjonalści, zostało zastąpione jednoznaczными stwierdzeniami o konieczności poprawy istniejącego stanu rzeczy, co mieści się w filozofii każdego systemu jakości.

Pokazano, przynajmniej w pierwszym okresie funkcjonowania CMJ, szereg problemów, które dostrzegane w świecie zachodnim, w naszym kraju czekały na odkrycie. Były to standaryzacja działań, wykorzystywanie opinii pacjentów w ocenie pracy profesjonalistów medycznych, zwrócenie uwagi na ocenę technologii medycznych. Najdłużej i najpełniej, mimo braku pozytywnego zainteresowania resortu zdrowia, działa program akredytacji szpitali, prowadzony nieprzerwanie od 1997 r. W wyniku prowadzonych wizyt ustalono, że jednym z kluczowych problemów jest opisywanie wykonanej pracy. Inny system oceny jakości – ISO tradycyjnie jest powszechnie utożsamiany z dokumentowaniem prowadzonych działań.

Okazuje się, że w praktyce podstawą oceny czegokolwiek, co wykonuje się na rzecz innych, używając do tego cudzych pieniędzy, jest dokumentacja wykonanej pracy

Bez precyzyjnego zapisywania czynności, procedur, algorytmów postępowania, notowania nieprawidłowości, powikłań, zaleceń, czy wniosków końcowych, nie istnieją argumenty przemawiające za poprawnym wypełnieniem obowiązku.

dzienie, że to bezduszna technika powinna czerpać wzory z pełnej zasad etycznych działalności leczniczej, nakierowanej na człowieka i realizującej najwyższe wartości. Właśnie w medycynie każda decyzja ma świadomego autora, powinien więc być znany, a przesłanki którymi się kierował – czytelne. Tak nie jest, pisze się wręcz o wieloletnim opóźnieniu medycyny w stosunku do przemysłu w zakresie przestrzegania zasad bezpieczeństwa.

Trudność polega na konieczności takiego zapisania istotnych decyzji i zdarzeń, aby móc retrospektywnie analizować tok myślenia profesjonalisty medycznego i jednoznacznie ocenić prawidłowość postępowania. Powszechna niechęć do dokumentowania własnej pracy jest równie wielką, jak chęć publikowania osiągnięć. Swoisty paradoks można wytłumaczyć dość racjonalnie jeżeli przyjąć, że nie każda praca kończy się sukcesem. W medycynie poza niepowodzeniami niebudzącymi niczyjego sprzeciwu mamy do czynienia z wyjątkowo szerokim marginesem zdarzeń niepożądanых, trudnych do jednoznacznego zaklasyfikowania jako obiektywnie nieuchronne i niezawinionne. Każdej decyzji podjętej wobec chorego towarzyszy prawdopodobieństwo, że będzie poddana ocenie wartościującej wg rozmaitych kryteriów, z kodeksem karnym włącznie.

Świadomość istnienia takich zagrożeń wywala określone zachowania. Wcale nie jest oczywiste, że w istniejącym systemie organizacyjnym krajowej ochrony zdrowia najlepszą strategią jest prowa-

dzenie czytelnej dokumentacji postępowania z chorym. Poprawność polityczna nakazuje zgadzać się z poglądem o zaletach dobrze prowadzonej historii choroby.

Gdyby jednak tak było w istocie, sami lekarze byłiby najlepszymi strażnikami ładu informacyjnego w swoich miejscach pracy. Należy zatem przyjąć z pewnym prawdopodobieństwem, że postępowanie polegające na niezapisywaniu znacznej części danych o chorych i czynnościach przy nich wykonywanych musi mieć wiele zalet, branych pod uwagę w codziennej praktyce. Aby ocenić korzyści wynikające z pomijania szeregu zdarzeń podczas

tykę i naukę traktując jako zadania pochodne. Z tak przedstawionego założenia wynikają jednoznaczne konsekwencje, dotyczące zarówno uznania konieczności leczenia w szpitalu pacjentów *trudniejszych* niż prowadzeni w ambulatoriach, ale też wymogu precyzyjnego opisywania wszystkich wykonywanych czynności. Należy zwrócić uwagę, że nie zawsze ciężkość stanu chorego jest rzeczywistym wyznacznikiem konieczności hospitalizacji. Nierzadko stan chorego nie jest dramatycznie zły, istnieją potencjalne możliwości wykonania usług diagnostycznych i leczniczych w sieci przychodni, ale przeszkody socjalne i organizacyjne uniemożliwiają

” Informacje o pobycie w zakładzie leczniczym są istotne do budowania narodowej bazy epidemiologicznej ”

tworzenia historii choroby, należy przeanalizować, jakie funkcje odgrywa, lub powinna odgrywać prawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna.

Maszyna do leczenia

Podstawową rolą szpitala jest leczenie chorych, co do których istnieje przekonanie, że inny sposób organizacji postępowania wobec nich będzie nieefektywny. Nawet szpitale kliniczne na pierwszym miejscu powinny spełniać funkcję leczenia, dydak-

skorzystanie z pomocy w istniejącym systemie organizacyjnym. Przykładem może być inwalida z uszkodzeniem narządu ruchu, zakwalifikowany do rozszerzonej diagnostyki obrazowej, w celu przygotowania do operacji. W takim przypadku hospitalizacja jest niezbędna, ze względu na możliwości organizacyjne, jakie oferuje zakład lecznictwa stacjonarnego, nie dominują zaś bezwzględne wskazania do wykonania procedury w warunkach bezpieczeństwa gwarantowanego w trakcie hospitalizacji.

W polskich ustawach nie ma pojęcia błędu medycznego czy też lekarskiego

Bezpieczny szpital

Halina Bogusz

80-letnia pacjentka, z którą kontakt był utrudniony z powodu głuchoty, została przyjęta do szpitala z powodu nagłego wystąpienia bólu brzucha, wymiotów i nudności. Kilkundniowa diagnostyka i terapia nie wyjaśniły przyczyny dolegliwości. Chora zmarła. Kompletując dokumentację medyczną lekarz zauważył wynik badania EKG, które zostało wykonane w dniu przyjęcia – z wyraźnymi cechami zawału mięśnia sercowego. Z niepokojem pokazał je starszemu koledze, który po chwili namysłu zmienił datę wykonania badania, wpisując dzień śmierci chorej w miejsce daty przyjęcia do szpitala. Pouczył jednocześnie młodszego koleżę, że wszyscy powinni wyciągać wnioski z takich błędów.

Względność wskazań do leczenia szpitalnego to pierwszy powód, aby starannie prowadzić zapisy o postępowaniu z chorymi. Gdy nie istnieją bezwzględne przesłanki do leczenia w warunkach szpitalnych, intencje, którymi się kierowano muszą być oczywiste zważywszy, że zagrożenia dla chorych wynikające z samego faktu hospitalizacji są duże.

Informacje o pobycie w zakładzie leczniczym są istotne do budowania narodowej bazy epidemiologicznej, której zła jakość może wpłynąć negatywnie na decyzje polityków.

Sprawozdania, które tworzą szpitale na zewnątrz, mają związek z systemem finansowania

ne, osobodni, pobyty standardowe, grupy diagnostyczne. Każdy z tych produktów wymaga określonych sprawozdań, dowodów na wykonanie usługi. Wymogom stawianym przez instytucje finansujące działalność towarzyszą oczekiwania organizacji z urzędu kontrolujących rozmaite aspekty funkcjonowania ochrony zdrowia, instytucji mających charakter towarzystw i stowarzyszeń naukowych, firm ubezpieczeniowych i prawniczych reprezentujących pacjentów w przypadkach roszczeń.

Dokumentacja staje się nie tylko dowodem wykonania pracy, ale zgodności z zamówieniem – kontraktem. Element zgodności z zamówieniem

„ Jeżeli podjąć próbę oceny wykonanej pracy na podstawie istniejących dokumentów w szpitalu okaże się, że wystarczy zespół o połowę mniejszy od zatrudnionego ”

działalności tych placówek. Im bardziej szczegółowy sposób rozliczania świadczeń, tym bardziej skomplikowany system dokumentacji medycznej. Kontraktowanie świadczeń szpitalnych jedynie pod postacią tzw. hospitalizacji należy w Polsce do przeszłości. Płatnik kupuje w szpitalu: procedury, programy, cykle, leki, lecznicze środki techniczne, tzw. dzienne pobyty pacjenta, pobyty 24-godzin-

do niedawna nie był brany pod uwagę w decyzjach lekarskich. Obecnie stanowi istotny element renegotjacji z płatnikiem publicznym. Ocena zgodności z umową jest jednym z podstawowych kryteriów jakości, a przekroczenie wymagań klienta jest stratą. Opisane powody dokumentowania pracy są dość oczywiste i nie powinny stanowić bariery w opisywaniu historii choroby.

To wydarzenie miało miejsce w brytyjskim szpitalu i stało się podstawą do dyskusji nad złożoną problematyką błędów medycznych. Miała ona miejsce na łamach znanego czasopisma *British Medical Journal* i skłoniła również autorkę tego artykułu do przyjrzenia się temu zjawisku.

Po prześledzeniu dostępnej literatury z zadziwieniem można stwierdzić, że w ostatnich kilkunastu latach jest to jedna z najbardziej dynamicznie rozwijających się koncepcji – poczyna-

podjąć zdecydowanie w dobrym kierunku. Wydaje się jednak, że w Polsce jest jeszcze bardzo dużo w tym względzie do zrobienia.

Brak definicji

Rozpoczynając od terminologii warto zauważyć istotne braki w tym względzie w naszym piśmiennictwie oraz ustawodawstwie. *Słownik języka polskiego PWN* definiuje błąd jako *postępek,*

„ Błędy medyczne są piątą przyczyną zgonu, częstszą niż rak piersi, wypadki drogowe czy AIDS ”

jąc od pionierskich i precedensowych opracowań Amerykanów, poprzez studia europejskie – aż do zaczątków dyskusji na forum krajowym. Ewolucja – od całkowitego milczenia o błędach medycznych, aż do prac nad ich dogłębną analizą i tworzeniem coraz skuteczniejszych systemów ich eliminacji i zapobiegania wydaje się

działanie, które przynosi komuś złe skutki; niewłaściwe posunięcie, przedsięwzięcie. Trudno jednak znaleźć fachowe opracowania poświęcone tej tematyce. Zupełnie brak pojęcia błędu medycznego, czy też lekarskiego w polskich ustawach. Słowo *błąd* pojawia się tylko 4-krotnie w ustawach dotyczących ochrony zdrowia

Adnotacje w historii choroby to potwierdzenie wykonanej pracy. Szczególnie w systemie ryczałtowego finansowania, w ramach etatu jest to jeden z dowodów na zgodne z zakresem obowiązków wykorzystanie czasu pracy.

Jeżeli podjąć próbę oceny wykonanej pracy na podstawie istniejących dokumentów w szpitalu okaże się, że wystarczy zespół o połowę mniejszy od zatrudnionego.

Historia choroby to zatem mocne narzędzie w rękach zdeterminowanego administratora, próbującego zmniejszyć koszty osobowe, z czego zdają się nie zdawać sobie sprawy ordynatorzy.

Nowoczesna terminologia opisująca błędy medyczne uwzględnia tę zmianę. Nie ma mowy o błędzie sztuki lekarskiej, jest natomiast podkreślana rola błędu organizacyjnego. O jego istnieniu lub braku decydują tylko fakty rejestrowane, dotyczące wszystkich zdarzeń, w których uczestniczy chory.

Niechęć do dokumentacji

W praktyce obserwuje się zjawiska paradoksalne. Formularz badania osoby zdrowej, chcącej się ubezpieczyć na życie jest dłuższy i bardziej precyzyjny niż opis stanu ciężko chorego, zawarty w szpitalnej historii choroby.

” Historie choroby pacjentów, którzy ciężko chorowali i zmarli, są zazwyczaj niekompletne, podczas gdy historie osób dobrze rokujących zawierają najczęściej wyczerpujący zestaw danych ”

Całość dokumentacji jest ponadto dowodem jakości postępowania w czasach, gdy zwraca się uwagę na interdyscyplinarny charakter leczenia. Do przeszłości odchodzi obraz oddziału szpitalnego jako miejsca indywidualnych pojedynków lekarzy z chorobami ich pacjentów. W zamian pojawia się wizerunek oddziału jako maszyny do leczenia, a technologia wypiera intuicję. Sztukę zastępuje organizacja pracy, intuicję – technika.

Każda wizyta w poradni poz jest udokumentowana w historii choroby. Jeżeli jednak stan pacjenta pogorszy się na tyle, że konieczna będzie hospitalizacja, nie każdy obchód lekarski znajdzie odbicie w dokumentacji oddziałowej.

Zjawiskiem powszechnym jest wysoki stopień przestrzegania kanonów badania fizykalnego wobec studentów i lekarzy zdających egzaminy specjalizacyjne, a pomijanie tych zasad na co dzień.

i to w kontekście działań mających na celu wprowadzanie kogoś w błąd.

Powróćmy więc do Stanów Zjednoczonych, które dopracowały się całego szeregu definicji dotyczących omawianej tematyki. Oto kilka z nich:

1. ZDARZENIE NIEPOŻĄDANE (*adverse event*) – uszkodzenie wynikające z postępowania medycznego, nie spowodowane przebiegiem choroby.

4. BŁĄD ZWIĄZANY Z PODANIEM LEKU (*medication-related error*) – możliwe do uniknięcia niepożądane zdarzenie, które powstało w związku z podaniem leku.

5. BEZPIECZENSTWO (*safety*) – prawo osoby do nieulegania skutkom, możliwych do uniknięcia, niepożądanych zdarzeń.

6. POWAŻNE ZDARZENIE NIEPOŻĄDANE (*sentinel event*) – nieoczekiwane zdarzenie

” W USA koszty błędów medycznych oceniane są na 29 mld dolarów ”

2. BŁĄD (*error*) – nieukończenie podjętej czynności zgodnie z planem lub zastosowanie nieprawidłowego planu, w stosunku do pożądanego rezultatu.

3. BŁĄD MEDYCZNY (*health care-related error*) – możliwe do uniknięcia niepożądane zdarzenie, które nastąpiło w przebiegu interwencji medycznej lub niezastosowanie odpowiedniej interwencji.

odnoszące się do osoby, w którego wyniku następuje jej śmierć lub poważna szkoda na zdrowiu i które nie jest związane z naturalnym przebiegiem choroby.

Zatrważająca statystyka

Powyższe definicje znajdują się w wydanym w 2000 r. dokumencie *Medical Error Reduction Act*.

Historie choroby pacjentów, którzy ciężko chorowali i zmarli, są zazwyczaj niekompletne, podczas gdy historie osób dobrze rokujących zawierają najczęściej wyczerpujący zestaw danych.

W szpitalach, gdzie wprowadzono komputerowy system opisywania chorych, mający zdyscyplinować obieg informacji, liczba błędów jest niepokojąco duża. Pomyłki dotyczą np. zaleceń na przyszłość dla osób, które zmarły, aby te przestrzegały diety cukrzycowej, koniecznie odwiedziły lekarza poz., czy poddały się kontrolnemu badaniu neurologicznemu.

Opisany brak konsekwencji w postępowaniu musi mieć racjonalne podstawy. Jest zbyt powszechny i dotyczy tak wysoko wykształconej grupy pracowniczej, że trudno mówić o powtarzających się przypadkach. Zaniechanie tak oczywistych czynności, jak rozmowa z chorym o jego dolegliwościach, pobieżne badanie fizykalne, dokumentowanie tylko części wykonanej przez siebie pracy, brak autoryzacji działań mimo związanego z nimi wysokiego ryzyka, świadczą raczej o systemie ochrony zdrowia, a nie braku racjonalności w postępowaniu pracowników medycznych. System, w którym funkcjonują pracownicy medyczni, nie nadał do tej pory wysokiej rangi precyzyjnemu dokumentowaniu pracy.

Jedną z oczywistych doraźnych korzyści, wynikających z pobieżnego prowadzenia dokumentacji jest zaoszczędzenie czasu w nisko opłaconej

pracy i wykorzystanie jej do innych celów (np. komercyjnych).

Innym powodem może być chęć ukrycia działań medycznych, należących do tzw. szarej strefy wśród słabo udokumentowanych procedur, składających się na całość pracy oddziału. Za naturalną należy uznać też niechęć do dokumentowania decyzji obarczonych dużym ryzykiem, szczególnie, gdy nie można ukryć się za kurtyną odpowiedzialności grupowej. Typowym miejscem, gdzie takie indywidualne decyzje wysokiego ryzyka zapadają, jest izba przyjęć – niepokojąco duża liczba zleceń odbywa się przez telefon, szczególnie w nocy, bez badania chorego.

Do tej samej grupy przyczyn należą:

- chęć ukrycia rzeczywistego nakładu pracy, przypadającego na jednego zatrudnionego,
- chęć ukrycia autorstwa części decyzji lekarskich, będąca odpowiedzią na administracyjną próbę przypisania kosztów osobom zlecającym badania.

Ukrywanie autorstwa

Przytoczone powody są charakterystyczne dla słabych organizacji o niskiej kulturze, pracujących w niedojrzałym i niesprawnym systemie finansowania działalności. Szczególnie w przypadku wyceny pracy lekarzy występuje tak silne zjawisko konfliktu interesu jednostek składających się na tę grupę z interesem instytucji, że nie udało się wypracować

Można tam znaleźć również statystyczne dane na temat błędów medycznych, oparte na naukowych badaniach przeprowadzonych przez amerykańskich naukowców na dużych grupach pacjentów. Dotychczas niewiele państw przedstawiło i upubliczniło podobne informacje. Porównywanie danych może zresztą okazać się karkołomne. Znamcy problemu wyraźnie mówią o braku ujednoczonych kryteriów oraz stosowanej powszechnie metodyki zbierania danych. Zatrzymajmy się jednak na tym, do czego przyznają się Amerykanie.

1. Błędy medyczne są piątą co do częstości przyczyną zgonu, częstszą niż rak piersi, wypadki drogowe czy AIDS. Podaje się, że jest ich od 40 do 90 tys. rocznie.
2. 7 tys. zgonów łączy się z nieprawidłowym podaniem leku (więcej niż roczna liczba wypadków przy pracy).
3. Około 100 mln Amerykanów doświadczyło błędów medycznych. Jeden na trzech doznaje w związku z tym znaczącego uszczerbku na zdrowiu.

Polskie błędy

Czy i ewentualnie ile osób z Państwa najbliższych (rodzice, dzieci, rodzeństwo, żona, mąż) ucierpiało w efekcie błędów lekarskich?

0 – nikt	36 proc.	
1 osoba	37 proc.	
2 osoby	17 proc.	
3 osoby	4 proc.	
4 osoby	2 proc.	
5 osób	4 proc.	

Materiały źródłowe: Stowarzyszenie Primum Non Nocere

4. Koszty skutków błędów medycznych, do których zalicza się: leczenie, obniżenie produktywności i niepełnosprawność szacowane są rocznie na 17–29 mld dolarów.

Wyniki podobnych badań opublikowano w Australii. Powszechnie jednak wiadomo, że te-

nawet przybliżonych norm zatrudnienia. Dlatego każda próba precyzyjnego opisywania czynności wykonywanych wobec chorego, a więc dokumentowania pracy rzeczywiście wykonanej, napotyka na sprzeciw. Nawet proste statystyki pokazują, że liczba chorych realnie przebywających w szpitalu w stosunku do liczby zatrudnionych lekarzy daje wskaźnik odbiegający od zwyczajów w innych krajach.

budzi wymiana informacji na tematy zagrożone zewnętrzną oceną, mającą charakter wartościujący: analiza zgonów, zakażeń czy powikłań pooperacyjnych. Informacje te mogą, wychodząc na zewnątrz, dać początek lawinie zdarzeń, wśród których, np. kontrola sanitarna jest błahym incydentem. Skoro wszyscy zachowują się powściągliwie pokazując dane, oddział prezen-

” Statystyki pokazują, że liczba chorych realnie przebywających w szpitalu w stosunku do liczby zatrudnionych lekarzy daje wskaźnik odbiegający od zwyczajów w innych krajach ”

Ukrywanie autorstwa własnych decyzji może mieć – tak jak było to w jednym przypadku – źródło w niejasnym ustaleniu kryteriów oceny lekarza przez dyrekcję szpitala. Zdarzenie dotyczyło wprowadzenia w jednym ze szpitali klinicznych kodów identyfikujących zlecającego badanie laboratoryjne. Nie wskazano, czy dobrym lekarzem jest ten, który zleca dużo badań, czy ten, który wykorzystuje laboratorium oszczędnie. Na wszelki wypadek lekarze zaczęli używać PIN-u ordynatora uznając, że on się zawsze jakoś wytłumaczy.

Chęć ukrycia w zespole występuje też na wyższym szczeblu organizacji szpitalnej, w kontaktach z innym oddziałami. Szczególną niechęć

tujący się bardziej przejrzystości musi być uznany za godny potępienia.

Najczęstszym argumentem w dyskusjach prowadzonych podczas wizyt akredytacyjnych było jednak przeciwstawianie wartościowej pracy lekarskiej mniej istotnemu tworzeniu dokumentów, utożsamianemu z biurokracją. Wskazywano także na poczucie bezsensu zapisywania licznych dokumentów o niewielkim znaczeniu dla postępowania medycznego.

Inną przeszkodą może być *pracochłonność* wyższa niż akceptowana przez pracowników, co wynika ze zwielokrotnienia potencjalnych odbiorców informacji o usługach, a wymaga dokonania przeglądu niezbędnych celów, które powinny być

mat błędu jest odpychany przez profesjonalistów, chętniej natomiast podejmowany przez media poszukujące mniejszych lub większych sensacji.

Błąd ludzki

Zastanawiając się nad przyczyną takiego stanu rzeczy, warto zatrzymać się nad istotą błędu ludzkiego – bo do takich należy z pewnością błąd medyczny. W klasycznym tekście profesora psychologii Jamesa Reasona, opublikowanym w *British Medical Journal* w 2000 r., omawiając problem błędu ludzkiego, autor ukazuje 2 podejścia:

- osobowe,
- systemowe.

Każde z nich inaczej definiuje przyczyny i w inny sposób tworzy strategie naprawcze.

Pierwsze upatruje przyczynę błędów w nieodpowiednich zachowaniach ludzi, jako przyczynę podając ich nieuwagę, roztargnienie, niedbalstwo, nieostrożność czy brak motywacji. Błąd jest tutaj rozpatrywany zdecydowanie w kategoriach moralnych. Proponowane środki zaradcze są

skierowane przeciwko tym rodzajom zachowań, które uznaje się za leżące u podstaw problemu. Są to więc kary, upomnienia, ponowne przeszkolenie, zagrożenie utratą pracy itp.

Podstawą podejścia systemowego jest przekonanie, że ludzie są omylni i z tego powodu należy spodziewać się błędów. Błędy nie są wynikiem tylko ułomności natury ludzkiej, lecz również wielu czynników systemowych, ukrytych jak pułapki w procesach organizacyjnych.

Środki zaradcze opierają się tu na poszukiwaniu najbardziej optymalnych rozwiązań, dotyczących warunków i organizacji pracy. Przy analizie błędu najistotniejsza nie jest osoba winowajcy, ale przyczyny, dla których zawiodła ochrona systemu.

Autor stawia tezę, że dominujące w medycynie jest podejście osobowe – bardziej satysfakcjonujące emocjonalnie dla poszkodowanych, wygodne zarówno dla zarządzających, jak i dla prawników.

Długotrwałe przyjmowanie tego typu podejścia nie wydaje się jednak prowadzić do zmian w kierunku zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej.

osiągnięte dzięki dokumentacji medycznej. Wymyka się to z zasięgu decyzji dyrekcji szpitali i wymaga dokonania krytycznego przeglądu sprawozdań z działalności medycznej, krążących bez widocznych pozytywnych skutków po kraju.

Należy dodać, że jedną z ważnych przyczyn braku konsekwencji w opisywaniu losów chorych jest *niewiedza* co do rzeczywistych funkcji tworzonych dokumentów.

Potocznie uważa się, że adnotacje w historii choroby to opis stanu w trakcie hospitalizacji: przy przyjęciu, w trakcie pobytu, przy wypisie. Należy też zapisać nieprzewidziane, ryzykowne zdarzenie, takie jak wystąpienie pokrzywki podczas podawania kontrastu dożylnego, czy podanie leku poza żyłę. Takie incydenty nie wywołują najczęściej tragicznych następstw i z tego powodu są pomijane, jako nieistotne dla podstawowego przebiegu leczenia. Dopiero gdy niespodziewanie dochodzi do tragedii, obserwacja pojawia się w dokumentacji.

Nie bierze się też pod uwagę, że codzienna obserwacja pozwala na skrócenie do minimum okresu nieudokumentowanego pobytu na oddziale. Zdarza się, że nagły zgon pacjenta zastaje puścą od tygodnia historię choroby, bo nic nie wskazywało na taki epilog.

Obserwacja jest też potwierdzeniem zadowolającego stanu pacjenta po procedurach medycznych, obciążonych wysokim ryzykiem. Takich, co do których ustalono konieczność uzyskiwania do-

datkowej zgody (w praktyce obserwacje mówią raczej o fakcie wykonania zabiegu, nie o kondycji pacjenta po nim).

Koniec anonimowości

Opisanie zdarzeń towarzyszących pobytowi chorego w szpitalu jest warunkiem koniecznym do podjęcia dalszych działań porządkujących myślenie o jakości usług. Następnym krokiem jest autoryzacja tego wszystkiego, co się zapisało. Podobnie jak w przypadku tworzenia zapisów w historii choroby, nie ustrzeżono się zadziwiających niekonsekwencji w postępowaniu. Jedną z najbardziej istotnych jest branie przez lekarzy pełnej odpowiedzialności za pracę innych profesjonalistów, wtedy gdy nie jest to konieczne. Przykładem jest opisywanie elektrokardiogramów wykonanych przez nie wiadomo kogo. Wiadomo, że niewłaściwe przyłożenie elektrod może zafałszować zapis i utrudnić jego interpretację. Trzeba mieć określone kwalifikacje, aby wykonywać badanie EKG.

Nie jest jednak powszechnie wymagany podpis osoby gwarantującej poprawność techniczną badania, zatem to opisujący lekarz bierze odpowiedzialność za całość procedury. Podpisując się zaświadcza, że cała procedura była przeprowadzona prawidłowo, mimo że tego nie sprawdził.

Podobnie dzieje się w radiologii lub endoskopii, gdy personel przygotowujący sprzęt, lub wyko-

Systemy zarządzania jakością

Czy i jak można podjąć próbę zastosowania podejścia systemowego, które zakłada wspólne, zespołowe dążenie do wypracowania takich rozwiązań organizacyjnych, które minimalizują możliwość popełniania błędów? Praktycy twierdzą, że jest to konieczna zmiana tzw. kultury organizacyjnej, istotną rolę odgrywa kierownictwo jednostki, a także system wewnętrzny i zewnętrzny monitorowania. Takie najistotniejsze czynniki sukcesu wymienia dyrektor medyczny szpitala uniwersyteckiego w Waszyngtonie.

Nie odbiegają one wiele od zasad zarządzania jakością, którego teoretycy już od dawna zajmowali się problematyką eliminacji błędów – to właśnie wśród nich powstała koncepcja zero błędów, streszczona w znanym powiedzeniu Phila Crosby'ego *dobrze za pierwszym razem*.

Systemy zarządzania jakością – coraz częściej wprowadzane także w polskich zakładach opieki zdrowotnej – wydają się stanowić szansę także na podjęcie problematyki błędów medycznych – bez nastawienia na wykrycie i ukaranie wino-

wajcy. Obligują one bowiem do wprowadzenia systemowych narzędzi, takich jak audyt, działania korygujące, zapobiegawcze, czy nadzór nad niezgodnościami (norma ISO 9001/2000).

Interesująca w tym kontekście wydaje się być również metoda Sześć Sigma. Powstała w koncernie Motorola, aby zminimalizować poziom spotykanych błędów i doprowadziła do powstania systemu opartego na analizie statystycznej zachodzących błędów i określeniu ich minimalnego poziomu jako 3 na milion operacji. System ten wymaga gruntownej zmiany całej filozofii i kultury organizacji, tak aby była ona skierowana na zminimalizowanie poziomu błędów.

Warto prześledzić amerykańskie doświadczenia opieki zdrowotnej w dziedzinie eliminacji błędów i tworzenia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników szpitali. Twórcy jednego z najbardziej dojrzałych systemów zarządzania jakością w opiece zdrowotnej z amerykańskiej *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, obowiązującego we wszystkich instytucjach ochrony zdrowia w USA, w odpowie-

nujący inne ważne dla chorego czynności działań anonimowo. Szczególnie radiologia i niepotrzebne naświetlanie chorych z powodu niskiej czytelności zdjęć zasługują na uwagę, gdy mowa o odpowiedzialności pracowników.

Trzeba więc zdawać sobie sprawę z tego, na jakich etapach pracy należy z anonimowością skończyć, aby pracować bezpiecznie.

Autoryzacja działań pośrednich

Najczęściej oczekiwanym podpisem jest nazwisko zlecającego badanie, co rzadko wiąże się z licencjonowaniem, polegającym na uprawnieniu do zlecenia określonej analizy/badania, uwarunkowanym względami medycznymi, a w większym stopniu rachunkiem kosztów (dane osobowe zlecającego są potrzebne do przyporządkowania kosztów ośrodkowi ich powstawania). W części przypadków kto inny jest autorem zapisu, kto inny interpretuje wynik pisząc komentarz do uzyskanych obrazów, czy wyników analiz.

Wyniki badań dodatkowych mają zwykle formę tabeli, ale normą staje się dodatkowy komentarz ułatwiający ich interpretację. Ma to także miejsce w badaniach obrazowych, kiedy opis powstaje w wyniku analizy zdjęcia poprawnego lub niepoprawnego technicznie.

Często tekst towarzyszy złożonemu wykresowi: EKG, EEG, EMG, stanowiąc dla specjalistów z in-

nych dziedzin zasadnicze źródło informacji o wyniku próby. W każdym przypadku jakość opisu jest wtórna do jakości, z jaką wykonano badanie. Oznacza to, że technik, laborantka, pielęgniarka powinni składać podpisy na wymienianych wyżej dokumentach tak samo często, jak lekarze.

Problem ukrytego autorstwa jest też związany z pojęciem błędu przedlaboratoryjnego. Wskazuje się na jego znaczny udział w błędach medycznych. Problem dotyczy m.in. odpowiedzialności za pobranie materiałów biochemicznych, histopatologicznych i mikrobiologicznych we właściwy sposób i w odpowiednim czasie, oraz za transport do miejsca przeznaczenia. Organizacja dostarczania materiałów do laboratoriów jest ściśle związana z koniecznością precyzyjnego wskazania osób odpowiedzialnych za te czynności. Gońcy są cichymi współautorami mniej lub bardziej wiarygodnych wyników i mają na tę wiarygodność istotny wpływ.

Szczególnym przypadkiem autoryzacji działań pośrednich jest problem przygotowania sprzętu do badań lub leczenia.

Istnieje realna potrzeba poświadczania podpisem czynności poprzedzających właściwą diagnostykę – wzięcia odpowiedzialności za przygotowanie narzędzi i aparatury do przeprowadzenia badania. Dobrym przykładem jest dezynfekcja bronchoskopu przed badaniem i poświadczenie wykonania całego ciągu czynności zgodnie ze standar-

dzi na przedstawione dane o częstości występowania błędów medycznych wdrożyli kilka projektów, mających na celu stworzenie systemowych mechanizmów zwiększających bezpieczeństwo. Należą do nich:

” W Polsce potrzebna jest ocena systemów organizacyjnych szpitali i ich zdolności do eliminowania błędów, a następnie wdrożenie takich rozwiązań, które będą skutecznie zwiększały bezpieczeństwo pacjentów ”

- *Sentinel Events Alert* – alarm błędów medycznych,
- *National Patient Safety Goals* – ogólnokrajowe cele dotyczące bezpieczeństwa pacjentów,
- *Speak Up Weeks* – dni dzielenia się uwagami co do opieki medycznej.

Dzięki tym projektom wiedza na temat błędów medycznych i ich przyczyn znacznie się pogłębiła. Zaowocowały one zmianami w stan-

dardach akredytacyjnych i powstaniem rekomendacji dotyczących wielu szczegółowych kwestii, jak np. sposobów poprawy identyfikacji pacjentów, ustalania listy niedozwolonych skrótów, których stosowanie powodowało najwięcej

nieporozumień, sposobów postępowania przy podawaniu szczególnie niebezpiecznych leków i wielu innych. Opracowane również zostały procedury raportowania i analizy błędów, nakierowane na eliminację ich przyczyn.

Zacznijmy rozmawiać

Przedstawiona perspektywa problemu błędów medycznych i ich eliminacji ma być swe-

dem. Bardziej złożony model organizacyjny dotyczy przygotowania narzędzi do zabiegu.

Po przejściu przez procedurę w centralnej sterylizatorni zapakowane narzędzie jest transportowane na oddział i przechowywane przed użyciem. Fakt poddania materiału obróbce w CS nie jest równoznaczny z wysterylizowaniem, choć jest to efekt oczekiwany. Możliwość uszkodzenia opakowań w czasie transportu i magazynowania jest realna, stąd konieczność jednoznacznego poświadczenia przez osobę asystującą operatorowi właściwej jakości gotowego do użycia narzędzia. Elementami oceny są w tym przypadku, poza powszechnie sprawdzaną datą ważności, znaczki sterylności, poświadczenie braku uszkodzeń opakowania. Osobami odpowiedzialnymi są pracownicy oddziału szpitalnego, towarzyszący wykonawcy procedury.

Autoryzacja wyniku końcowego

Przyjęty jest zwyczaj, że badania obrazowe są podpisywane i nie budzi to wątpliwości. Tradycyjnie oceny histopatologiczne posiadają autoryzację. Na wynikach badań biochemicznych rzadziej znaleźć można podpis osoby odpowiedzialnej za jakość analizy. Czasem dzieje się tak z powodu braku miejsca na wydruku, jak w przypadku gazometrii, badania moczu, elektrolitów. Często za wystarczające przełożeni uznają podanie numeru serii wyników opuszczających analizator. Jeżeli zakłada się,

że nie ma badań mniej ważnych i bardziej ważnych, bo zlecane są jedynie konieczne, trzeba uznać, że w każdym przypadku powinna być znana osoba odpowiedzialna za rezultat końcowy pracy zespołu. Odnosząc to stwierdzenie do całej historii choroby, taką osobą jest ordynator lub lekarz upoważniony. Podpisy stażystów pod dokumentem poświadczającym zakończenie leczenia szpitalnego należy uznać za niezgodne ze zdrowym rozsądkiem. W jednym znanym przypadku wpisów dokonywał lekarz stażysta niebędący pracownikiem szpitala. Oznacza to, że w polskiej praktyce wskazówki dotyczące przestrzegania prawidłowych zasad funkcjonowania instytucji muszą dotyczyć spraw elementarnych.

Świadoma zgoda

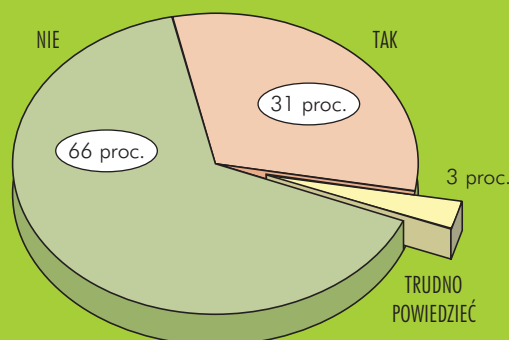
Są to wyrażone na piśmie zgody pacjentów na leczenie. Przepisy nie regulują precyzyjnie, na co chory powinien się zgodzić. W pierwszej kolejności należy wyrazić zgodę na bycie pacjentem tej a nie innej instytucji leczącej.

Nie wszyscy wiedzą, że samo położenie się w szpitalu niesie szereg nieuniknionych zagrożeń, które zgodnie z prawami statystyki materializują się w postaci powikłań. Zjawisko występuje na całym świecie i nie udało się go wyeliminować mimo znacznych nakładów finansowych. W kraju o powszechnie znanej złej sytuacji w ochronie zdrowia ryzyko musi być znacznie wyższe.

go rodzaju sygnałem. Sądzę, że warto podnieść poziom dyskusji na ten temat i zmienić jej kierunek. Prezentowane w prasie codziennej sensacyjne informacje o niedbalstwie lekarzy i pielęgniarek mogą tylko zmniejszać – i tak już nadszarpnięte zaufanie pacjentów. O problemach błędów trzeba rozmawiać – także z pacjentami.

Warto jednak – aby ta dyskusja mogła mieć merytoryczny i partnerski charakter – najpierw poznać ten problem i przyłożyć do niego właściwą miarę. Potrzebna jest ocena systemów organizacyjnych szpitali i ich zdolności do eliminowania i zapobiegania błędom, a następnie wdrożenie takich rozwiązań, które będą skutecznie zwiększały bezpieczeństwo pacjentów. Aby to zrobić konieczna jest współpraca lekarzy, pielęgniarek i zarządzających szpitalem, odejście od atmosfery szukania i karania winnych – tak, aby wspólnie można było stworzyć szpital bezpieczniejszy dla chorych i dla pracowników.

lek. Halina Bogusz



Ryc. Zdarza się, że w toku leczenia popełniony zostaje błąd albo występuje brak staranności i niedbalstwo, co powoduje uszczerbek na zdrowiu pacjenta. Czy osobiście spotkał(a) się pan(i) kiedykolwiek z takim błędem w leczeniu pacjenta lub brakiem należytej staranności albo podejrzewał(a) pan(i), że coś takiego miało miejsce?

Materiały źródłowe: CBOS

Szereg czynności wykonywanych wobec pacjentów sami profesjonalści medyczni uznali za niebezpieczne i żądają od chorych podpisu pod dokumentem, stwierdzającym uzyskanie ich świadomej zgody na zabieg lub badanie. Doświadczenie pokazuje, że nawet tak oczywista procedura nie musi być jednako interpretowana w różnych ośrodkach.

Obserwowane modele zachowań to:

- niepobieranie zgody na zabieg niebezpieczny (przed podaniem preparatu Actilise w świeżym zawale, żeby cyt. *Nie przestraszyć pacjenta*);
- pobieranie zgody na zabieg operacyjny o niesprecyzowanym charakterze (np. zabieg kardiochirurgiczny, bez wskazania o jaki typ operacji chodzi);
- pobieranie zgody pisemnej na każdy z osobna zabieg powodujący przerwanie ciągłości tkanek, a więc na każde rutynowe pobranie krwi do analizy. Ten model zdecydowanie utrudnia pracę i przez to pośrednio przyczynia się do pogorszenia bezpieczeństwa na oddziale.

Istnieje szereg wariantów zapisów, tzw. świadomej zgody, które stosowane na różnych oddziałach wskazują na istniejącą niechęć do precyzyjnego informowania pacjentów o planowanych działaniach. Może to oznaczać, że szacowane przez personel potencjalne korzyści z niepełnego informowania chorych o możliwych konsekwencjach leczenia są większe, niż te wynikające ze spełnienia wymogów prawa. Inaczej rzecz ujmując, ryzyko związane z podaniem niepełnej informacji wydaje się personelowi niższe niż korzyść z wyczerpującego, potwierdzonego zapisami wyjaśnienia celu i możliwych następstw leczenia.

Szczególnym wpisem do historii choroby jest oświadczenie rodziny osoby zmarłej w szpitalu, mówiące o tym, że przyczyna zgonu jest znana, więc sekcja zwłok jest niepotrzebna. Jest ono zazwyczaj połączone z deklaracją o braku pretensji do zespołu leczącego i o odstąpieniu od ewentualnego występowania na drogę sądową. Zapisy takie wyglądają często groteskowo, wpięte w dokumentację medyczną, w której nie ma obserwacji, wywiadu lekarskiego, pełnego badania przedmiotowego i opisu stosowanych procedur medycznych.

Powrót do źródeł

Należy jednoznacznie stwierdzić, że większość zachowań osób zajmujących się leczeniem ma podłoże racjonalne. Nie można przyjąć tezy, że powszechne zaniedbania w opisywaniu stanu chorych, ciągle dyskutowane niedostatki w rejestracji zakażeń szpitalnych, niezgłaszanie działań niepożądanych leków, skrótowe i powierzchowne informowanie chorych o planach co do ich leczenia, wynikają z niewiedzy personelu. Nie są być może prostym niedbalstwem, a raczej częścią zrationalizowanych zachowań niezgodnych z oficjalnymi deklaracjami i nor-

mami. Na przykład istniejący wyjątkowo skomplikowany i nielogiczny system rozliczeń usług w większym stopniu każe skupić uwagę na manipulacjach związanych z zakwalifikowaniem procedury wg ciągle modyfikowanego katalogu, niż na opisie stanu chorego. Sankcją za niewłaściwe rozliczenie procedury jest wysoce prawdopodobny brak przychodu, a za lakoniczny wpis w historii choroby lekarz ponosi konsekwencje w wyjątkowych przypadkach. System kontroli prowadzony przez instytucje publiczne skupiony jest na nakładaniu sankcji, nie na tworzeniu mechanizmów naprawczych. Opłaczalne jest ukrywanie faktów odbiegających od przyjętego standardu, bo to wymaga mniej pracy niż dążenie do ich zgodności z normą. Ograniczenie możliwości sprawdzenia, czy takie zdarzenia miały miejsce, pozwala uniknąć odpowiedzialności indywidualnej, zastępując ją zbiorową odpowiedzialnością instytucji. W wyjątkowych okolicznościach, zdarzających się nieczęsto w stosunku do liczby leczonych chorych dochodzi do zdarzenia niepożądanego, które wymaga składania szczegółowych wyjaśnień na zewnątrz szpitala. Większość błędów przechodzi niezauważonych lub nie jest podstawą do wszczęcia jakiegokolwiek postępowania. Stąd powszechne używanie argumentów o groźbie postępowania prokuratorskiego za tzw. popełnienie błędu w sztuce zdarza się w praktyce z zaskakującą niefrasobliwością w traktowaniu potencjalnego materiału dowodowego, jakim jest historia choroby.

Trudno przecież wymagać od pracowników, aby z własnej woli dążyli do zwiększenia obowiązków ponad granice narzucone przez istniejące zwyczaje, system organizacyjny, oczekiwania sprawozdawcze. W teorii zarządzania jakością określa się takie zachowania jako kreowanie nieuzasadnionych kosztów jakości. A podwyższania kosztów przecież nikt nie chce. Stan w jakim znajduje się dokumentacja szpitalna jest odbiciem stanu organizacyjnego ochrony zdrowia.

Trzeba sobie z tego zdawać sprawę, próbując na rynku usług medycznych budować swój wizerunek poprzez uczestnictwo w programach zapewnienia jakości, czy rankingach. Warto zastąpić coraz częstsze dyskusje o wyższości jednej formy zapewnienia jakości nad inną, pracą od podstaw. Powrót do źródeł dobrej jakości w medycynie to tworzenie wiarygodnej historii choroby, rozumianej jako zapisywanie prawdziwych informacji we właściwym czasie. Dokument powinien opisywać postępowanie wobec osoby będącej podmiotem działań z poszanowaniem jej woli. Jak się okazuje, wymaga to dużej pracy i stworzenia sprzyjających warunków. W przeciwnym razie, jak dotychczas, racjonalnym postępowaniem będzie zapewnianie o jakości, a nie zapewnianie jakości.

*Autor jest prezydentem
Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce,
dyrektorem ds. lecznictwa SP SK nr 1 ACK AMG w Gdańsku*