

Poprawa bezpieczeństwa pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej

Katarzyna Kosiek¹, Maciej Godycki-Ćwirko²

¹ Zakład Alergologii i Rehabilitacji Oddechowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

² Ośrodek Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adres do korespondencji: Katarzyna Kosiek, Zakład Alergologii i Rehabilitacji Oddechowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Kopcińskiego 20, 90-153 Łódź, e-mail: kasia@uni.lodz.pl

Abstract

Patient's safety improvement in primary health care

Patient safety is part of a health care quality. According to the World Health Organization patient safety is „a freedom, for a patient, from unnecessary harm or potential harm associated with healthcare”. The process of patient's safety improvement needs to engage all stakeholders and gain their understanding that the investment in safety could be recouped with efficiency gains and fewer adverse events. The article presents the selected aspects of patients safety in primary health care.

Key words: adverse events, medical error, patients safety, primary health care

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo pacjenta, błąd medyczny, podstawowa opieka zdrowotna

Wprowadzenie

Bezpieczeństwo pacjenta jest elementem jakości opieki zdrowotnej obejmującej ukierunkowanie na pacjenta, efektywność, terminowość, skuteczność i sprawiedliwość [1]. Bezpieczeństwo można określić, jako „stopień, w jakim świadczenia zdrowotne na rzecz osób i populacji zwiększają prawdopodobieństwo pożądanych wyników zdrowotnych, które są zgodne z aktualnym stanem wiedzy zawodowej” [2]. Jest uwarunkowane wieloma czynnikami, w tym złożonością systemu ochrony zdrowia, ograniczonymi zasobami, różnorodnością pacjentów, wykształceniem i doświadczeniem świadczeniodawców.

Cel

Analiza wybranych aspektów bezpieczeństwa pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej.

Metoda

Niesystematyczny przegląd piśmiennictwa z lat 1970–2013 w czterech elektronicznych bazach danych (PubMed, BioMedCentral, ScienceDirect i EMBASE) przy użyciu słów kluczowych: „bezpieczeństwo pacjenta”, „błąd medyczny”, „zdarzenie dotyczące bezpieczeństwa pacjenta”, „podstawowa opieka zdrowotna”.

Omówienie

Definicje

Bezpieczeństwo pacjenta definiowano na wiele sposobów. Amerykański Instytut Medycyny w raporcie z 1999 roku „Mylić się jest rzeczą ludzką” (*To err is human*), dotyczącym błędów medycznych wykrytych w szpitalach i instytucjach medycznych w Stanach Zjednoczonych, stwierdził, iż jest to: „ochrona pacjenta od przypadkowej szkody z zapewnieniem systemów i procesów operacyjnych, które zminimalizują prawdopodobieństwo błędów

i zmaksymalizują prawdopodobieństwo ich wychwycenia, *kiedy* wystąpią” [3]. Zgodnie z definicją Narodowej Fundacji Bezpieczeństwa Pacjenta jest to „unikanie, zapobieganie i łagodzenie działań niepożądanych lub szkód mogących być wynikiem procesów opieki zdrowotnej” [4]. Rada Europy w 2005 roku określiła bezpieczeństwo pacjentów jako „uwolnienie się od przypadkowych urazów w trakcie opieki medycznej; działania mające na celu unikanie, zapobieganie i naprawę niepożądanych następstw, które mogą wynikać z zapewniania opieki zdrowotnej” [5], a Światowa Organizacja Zdrowia w 2007 roku jako „uwolnienie pacjenta od niekonicznej lub potencjalnej szkody związanej z opieką zdrowotną” [6].

Częstość zdarzeń

Zdarzenia dotyczące bezpieczeństwa pacjenta obejmują błędy, uchybienia i wypadki. W podstawowej opiece zdrowotnej bezpieczeństwo pacjenta zagrożone jest głównie zdarzeniami administracyjnymi, klinicznymi, związanymi z koordynacją pracy i z komunikacją. Zdarzenia mogą mieć związek z zarządzaniem dokumentacją, ze sprzętem medycznym, z badaniami laboratoryjnymi, przepisywaniem i stosowaniem leków, badaniami lekarskimi, interpretacją wyników oraz stawianiem rozpoznania [7]. W porównaniu z opieką szpitalną opieka podstawowa jest względnie bezpieczna, również tu występują jednak zdarzenia mogące wpływać na bezpieczeństwo pacjenta [8]. Ich częstość pojawiania się szacuje się na 5 do 80 razy na 100 000 wizyt pacjentów [9].

Błędy medyczne

Większość z nich jest wynikiem wadliwego działania systemu lub procesu, a nie pojedynczej osoby [10]. Zasadne jest więc szukanie technik doskonalenia procesów w celu identyfikacji nieefektywnej, nieskutecznej opieki i błędów, którym można zapobiec, a następnie wdrażanie zmian w systemie opieki zdrowotnej. Doskonalenie procesów obejmuje ocenę działania systemu, użycie wyników oceny do zapoczątkowania zmian i dążenie do celów związanych z efektywnością i bezpieczeństwem. Osiąga się to poprzez pomiar procesu zapewniania opie-

ki, sprawdzenie, czy świadczeniodawcy opieki zdrowotnej używają procesów, dla których wykazano, że dzięki nim osiąga się pożądane cele, jak również unikają tych procesów, które predysponują do powstania szkody. Wyzwaniem jest określenie skutków opieki zdrowotnej w odniesieniu do oczekiwanego rezultatu i ocena, w jakim stopniu opieka zdrowotna przestrzega procesów opartych na potwierdzonych danych lub uzgodnieniach, a także czy odpowiada preferencjom pacjenta [11].

Kultura bezpieczeństwa pacjenta

Definiowana jest jako „integralny wzorzec zachowań jednostek i organizacji oparty na przekonaniach i wartościach nieustająco zmierzających do zminimalizowania szkód dla pacjenta, wynikających z procesu zapewniania opieki” [12].

Dojrzałość kultury bezpieczeństwa odgrywa znaczącą rolę we wdrażaniu w codziennej praktyce jakości opieki, którą można postrzegać jako kombinację stosowania wytycznych klinicznych opartych na potwierdzonych danych (*evidence based*), podążania ścieżkami opieki (*care pathways*) i klinicznego nadzorowania (*clinical governance*) [13–15].

Proces oceny tej kultury powinien uwzględniać częstość występowania i nasilenie ocenianego elementu jakości, bieżące stosowanie go w praktyce codziennej, potwierdzone dane o wydajności lub skuteczności danego działania, jego potencjał do powodowania szkód, dane dotyczące kosztów, o ile są dostępne, a także kwestie wdrażania [16]. Do oceny kultury bezpieczeństwa w podstawowej opiece zdrowotnej został opracowany Manchesterski Ramowy Kwestionariusz Bezpieczeństwa Pacjenta (*Manchester Patient Safety Framework, MaPSaF*) z pięcioma poziomami dojrzałości tej kultury (**Tabela I**) [17].

Mierniki i proces poprawy

Agencja Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej (*The Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ*), Narodowe Forum Jakości (*National Quality Forum – NQF*), Wspólna Komisja w Stanach Zjednoczonych (*Joint Commission in United States*) i wiele innych or-

Poziom	Charakterystyka
Patologiczny	Organizacja z dominującym nastawieniem: „Po co tracić czas na bezpieczeństwo?”. Niewiele lub wcale nie inwestuje w poprawę bezpieczeństwa.
Reaktywny	Organizacja myśli o bezpieczeństwie tylko po wystąpieniu incydentu.
Biurokratyczny	Organizacja bardzo nastawiona na odnotowywanie zdarzeń w dokumentach, aby wykazać audytorom i osobom oceniającym, że organizacja skupia się na bezpieczeństwie.
Proaktywny	Organizacja przywiązuje dużą wagę do bezpieczeństwa, aktywnie inwestuje w ciągłą poprawę bezpieczeństwa i nagradza personel za podnoszenie kwestii związanych z bezpieczeństwem pacjenta.
Generatywny	Organizacja, w której bezpieczeństwo pacjenta jest integralną częścią wszystkich aktywności członków organizacji, od zarządzającego do pracownika pierwszej linii.

Tabela I. Poziomy dojrzałości kultury bezpieczeństwa danej organizacji (np. poradni) w kwestionariuszu MaPSaF.

Źródło: Parker D., Kirk S., Claridge T., Esmail A., Marshall M.N., *Manchester Patient Safety Framework. University of Manchester, Manchester 2006. www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796; dostęp: 3.02.2015.*

- Zaangażowanie wszystkich zainteresowanych stron
- Istotne i silne wsparcie kierownictwa
- Zaangażowanie i konsekwentne realizowanie zobowiązań
- Uwidocznienie zaangażowania w poprawę bezpieczeństwa pacjenta w formie pisemnej, jak i w wykonywanych procedurach
- Odpowiednie środki finansowe
- Czas na aktywny udział w realizacji projektu
- Przyjęcie bezpieczeństwa jako priorytetu organizacji
- Zmotywowany zespół
- Protokoły dostosowane do potrzeb pacjenta
- Edukacja i szkolenie personelu
- Stosowanie narzędzi poprawy jakości
- Planowa zmiana interwencji
- Aktualizacja wcześniej zaplanowanego działania w trakcie wprowadzania zmian na rzecz bezpieczeństwa

Tabela II. Przykłady strategii poprawy bezpieczeństwa.

Źródło: National Healthcare Quality Report, Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD 2006. <http://www.ahrq.gov/qual/nhqr06/nhqr06.htm>; dostęp: 3.02.2015.

ganizacji światowych popiera stosowanie sprawdzonych i rzetelnych miar jakości i bezpieczeństwa pacjentów w celu poprawy opieki zdrowotnej. Mierniki, które mogą być stosowane na różnych poziomach opieki zdrowotnej, można znaleźć na stronach internetowych AHRQ [18] i NQF [19]. Na ogół powstały one na podstawie oceny mocy potwierdzonych danych pochodzących z literatury fachowej, oceny ważności i wiarygodności tych mierników oraz źródeł danych. Określają, jak najlepiej wykorzystać te mierniki i faktycznie je stosować [20]. Dane porównawcze pochodzą od organizacji zajmujących się jakością, takich jak AHRQ, której roczne raporty dotyczą jakości [21] i dysproporcji w systemie opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych [22]. Przykłady strategii dotyczących poprawy bezpieczeństwa pacjentów zebrano w **Tabeli II**.

Uwarunkowania poprawy bezpieczeństwa

Proces poprawy bezpieczeństwa pacjenta wymaga aktywności wszystkich zainteresowanych stron (*stakeholders*), a także konsekwentnego zaangażowania i ciągłego doskonalenia jakości. Zmiana procesu wymaga udziału kierownictwa w celu zapewnienia odpowiednich środków finansowych wraz z identyfikacją ich źródeł. Kierownictwo musi ułatwiać i zapewnić kluczowym stronom czas potrzebny do aktywnego udziału w procesach zmian, zapewnić wsparcie administracyjne i wystarczająco dużo czasu na pracę nad podejmowanymi projektami, a także podkreślić, że bezpieczeństwo jest priorytetem kierowanej przez nie organizacji. Sukces zależy od zmotywowanych zespołów, angażujących wszystkich – od menedżerów do pracowników i przy wsparciu kierownictwa wyższego szczebla. Praca w zespole i praca w grupie jest trudna i czasochłonna i może opóźnić osiągnięcie porozumienia w sprawie działań. Dlatego członkowie zespołu muszą się nauczyć, jak pracować w grupie i radzić sobie z dynamiką grupy [23].

Jednym z zagrożeń poprawy bezpieczeństwa pacjentów wydaje się brak zaangażowania pacjentów i osób rozpoznawanych publicznie [24]. Zmiana praktyki wymaga czasu i znacznych środków. Koszty i korzyści wynikające z wdrażania wytycznych i strategii należy rozważyć względem korzyści i kosztów oczekiwanych zmian w opiece nad pacjentami [25].

Wnioski

- Zagadnienie bezpieczeństwa pacjentów jest uwarunkowane przez wiele czynników, takich jak różnorodność pacjentów, złożoność procesów w systemie ochrony zdrowia, ograniczone zasoby, sposób finansowania opieki zdrowotnej, wykształcenie i doświadczenie świadczeniodawców. Kształtuje je dążenie do tego, aby opieka była nakierowana na pacjenta, efektywna, terminowa, skuteczna i słusza.
- Proces oceny bezpieczeństwa pacjenta powinien obejmować częstość występowania zdarzeń związanych z bezpieczeństwem i ich nasilenie, potencjał do powodowania szkody, dane dotyczące kosztów zmiany postępowania, o ile są dostępne, i zagadnienia związane z wdrażaniem zmiany.
- Większość błędów medycznych wynika z wadliwych systemów i procesów, a nie z błędów indywidualnych osób, więc zasadne jest szukanie technik doskonalenia procesów w celu identyfikacji nieefektywności, nieskutecznej opieki i błędów, którym można zapobiec, a następnie wdrażanie zmian.
- Proces poprawy bezpieczeństwa pacjentów wymaga zaangażowania wszystkich zainteresowanych stron i zrozumienia, że inwestycja w poprawę jakości może być amortyzowana większą wydajnością i mniejszą liczbą działań niepożądanych.
- Zmiana praktyki wymaga czasu i znacznych środków. Koszty i korzyści wynikające z wdrażania wytycznych strategii należy rozważyć względem

korzyści i kosztów oczekiwanych zmian w opiece nad pacjentami.

Piśmiennictwo

- Institute of Medicine, *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academy Press, Washington, DC 2001: 164–180.
- Lohr K.N., Schroeder S.A., *A strategy for quality assurance in Medicare*. „N. Engl. J. Med.” 1990; 322: 1161–1171.
- Kohn L., Corrigan J., Donaldson M. (red.), Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press, Washington, DC 2000.
- Cooper J.B., Gaba D.M., Liang B., Woods D., Blum L.N., *The National Patient Safety Foundation Agenda for Research and Development in Patient Safety*. „Med. Gen. Med.” 2000; 2(3): E38.
- Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, *Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms*. Council of Europe, 2005.
- World Health Organization, *World Alliance for Patient Safety Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety*. Geneva, Switzerland 2007.
- De Leeuw J.B.R., Veenhof C., Wagner C., Wiegens T.A., IJzermans J.C., Schellevis F.G., de Bakker D.H., *Patient safety in primary care: The current state of affairs*. NIVEL, Utrecht 2008.
- Wetzels R., Wolters R., van Weel C., Wensing M., *Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: a prospective observational study*. „BMC Fam. Pract.” 2008; 15(9): 35.
- Sandars J., Esmail A., *The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies*. „Fam. Pract.” 2003; 20(3): 231–236.
- Godycki-Ćwirko M. et al., *Medical errors – an attempt to evaluate the semantics and taxonomy of the concept and statistical data*. „Orzec. Lek.” 2009; 6(2): 131–134.
- Grimshaw J.M. et al., *Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies*. „Health Technol. Assess.” 2004; 8(6): 1–72.
- Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, *Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms*. Council of Europe, 2005.
- Feder G., Eccles M., Grol R., Griffiths C., Grimshaw J., *Clinical guidelines: using clinical guidelines*. „BMJ” 1999; 318: 728–730.
- Campbell H., Hotchkiss R., Bradshaw N., Porteous M., *Integrated care pathways*. „BMJ” 1998; 316: 133–137.
- Scrivener R., Commission for Health Improvement, National Institute for Clinical Excellence, Royal College of Nursing, University of Leicester, *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Radcliffe Medical, Abingdon 2004.
- Modak I., Sexton J., Lux T., Helmreich R., Thomas E., *Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire—ambulatory version*. „J. Gen. Intern. Med.” 2007; 22(1): 1–5.
- Parker D., Kirk S., Claridge T., Esmail A., Marshall M.N., *Manchester Patient Safety Framework*. University of Manchester, Manchester 2006. www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796; dostę: 3.02.2015.
- <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov>; dostę: 3.02.2015.
- <http://www.qualityforum.org>; dostę: 3.02.2015.
- Vincent C., Burnett S., Carthey J., Health Foundation Spotlight report, April 2013, *The Measurement and Monitoring of Safety*. <http://www.health.org.uk/publications/the-measurement-and-monitoring-of-safety>; dostę: 3.02.2015.
- National Healthcare Quality Report*. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD 2006. <http://www.ahrq.gov/qual/nhqr06/nhqr06.htm>; dostę: 3.02.2015.
- Patient Safety and Quality: An evidence-Based Handbook for Nurses*. AHRQ Publication No. 08-0043, April 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/quell/nursesdskb/>; dostę: 3.02.2015.
- Shekelle P.G., Pronovost P.J., Wachter R.M., McDonald K.M., Schoelles K., Dy S.M., Shojania K., Reston J.T., Adams A.S., Angood P.B., Bates D.W., Bickman L., Carayon P., Donaldson L., Duan H., Farley D.O., Greenhalgh T., Haughom J.L., Lake E., Lilford R., Lohr K.N., Meyer G.S., Miller M.R., Neuhauser D.V., Ryan G., Saint S., Shortell S.M., Stevens D.P., Walshe K., *The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now*. „Ann. Intern. Med.” 2013; 158(5 Pt 2): 365–368.
- Lawton R., Armitage G., Health Foundation thought paper, May 2012, *The Role of the Patient in Clinical Safety*. <http://www.health.org.uk/publications/the-role-of-the-patient-in-clinical-safety/>; dostę: 3.02.2015.
- Wynia M.K., Classen D.C., *Improving ambulatory patient safety: learning from the last decade, moving ahead in the next*. „JAMA” 2011; 306(22): 2504–250.