

BETEGBIZTONSÁG AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Tájékoztató kiadvány

EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM

2007.

„Az ember annyit ér, amennyit változtat a világon.”

Marlowe

"Nem elég tudni - akarni is kell. Nem elég akarni - csinálni is kell."

Johann von Goethe

„A beteg érdeke legyen a legfőbb törvény!”

Salus aegroti suprema lex esto!

„Mindenek előtt, ne árts!”

Primum nil nocere!

Tartalomjegyzék

Bevezető.....	6
Luxemburgi deklaráció.....	9
A megbízottsággal kapcsolatos általános fogalmak jegyzéke.....	15
Előterben a megbízottság – törjük meg a csöndet! <i>Dr. Kulin László</i>	25
A betegek biztonsága, elkerülhetők-e a hibák? <i>Egészségügyi Minisztérium (előadás anyag 2005.)</i>	41
A biztonságos egészségügyi ellátást érintő legfontosabb Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (<i>MEES</i>).....	46
A megbízottság helyzetének felmérésére alkalmas módszer kidolgozása és tesztelése <i>Dr. Tombácz Imre</i>	54
1. sz. melléklet: Betegbiztonsági rendszer működését felmérő kérdőív - Fekvőbeteg szakellátás	67
2. sz. melléklet: Kitöltési útmutató - Fekvőbeteg szakellátás	72
3. sz. melléklet: Betegbiztonsági rendszer működését felmérő kérdőív - Járóbeteg szakellátás	75
4. sz. melléklet: Kitöltési útmutató - Járóbeteg szakellátás	81
Betegbiztonsági felmérés a DEOEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán <i>Dr. Szabó Mária Dr. Török Zsuzsa</i>	84
A beteg biztonság javítására irányuló törekvéseink a Zala Megyei Kórházban <i>Dr. Kránitz Katalin</i>	114
Kapcsolódó jogszabályok.....	122
1/2005. (EüK. 1.) EüM irányelv a betegazonosító rendszer működéséről	123
Betegbiztonsággal kapcsolatos linkek.....	129
Betegbiztonsággal kapcsolatos hazai publikációk.....	130

Bevezető

A magas színvonalú egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés joga egyik alapjog az Európai Unió és intézetei, illetve Európa polgárai szerint. Ennek megfelelően a betegek – mint az egészségügyi szolgáltatások igénybe vevői – jogosan várják el, hogy a szolgáltatók minden erőfeszítést megtegyenek biztonságukért.

Az utóbbi évek egyértelműen kiemelt figyelmet kapott területe, a betegbiztonság melyet közös, európai projektek megvalósításával kívánnak kialakítani.

Egy amerikai tanulmány alapján Magyarországon évente 3400-7580 fő hal meg évente nem kívánt események miatt. (Kulin, 2003) Szintén nemzetközi felmérés eredménye az a tény, hogy minden 100 orvosi beavatkozás közül egy nem várt eseményhez vezet. A valós adatok ismeretlenek, viszont feltehető, hogy hazánkban jelentős a probléma.

A Luxemburgi deklaráció alapján minden EU tagországnak ki kell alakítania azt a kötelező jelentési rendszert, amellyel a betegek biztonságát veszélyeztető események értékelhetők és a megelőzésükre vonatkozóan intézkedni szükséges. A tagszervezeteknek meg kell szervezniük a saját egészségügyi ellátásukra vonatkozó, a betegeket veszélyeztető események adatgyűjtési rendszerét, illetve az adatelemzéseken alapuló intézkedések megtételét. Ehhez egy olyan on-line rendszer kialakítására van szükség, mely alkalmassá tehető arra, hogy a nem kívánt események regisztrációja alapján gyorsreagáló megoldások felkínálására legyen lehetőség

Az összegyűjtött bizonyítékok alapján világossá vált, hogy első lépésben a betegbiztonság kultúrájának kiépítésére van szükséges az

egész egészségügyi rendszerben. A kockázati menedzsmentet, mint rutin eszközt kell bevezetni a teljes egészségügyi szektor működési folyamataiban. A kockázati menedzsment előfeltétele a nyílt és bizakodó munkakörnyezet, olyan légkörben, amely a majdnem hibákból és nem kívánatos eseményekből való tanulásra összpontosít, és nem a „vádaskodásra és megszegényítésre” és az ezt követő büntetésre helyezi a hangsúlyt.

Az Európai Unió tagországai között eltérő a vélemény abban, hogy milyen szinten szükséges az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó előírásokat meghozni. Alapvető elvárás, hogy a szolgáltatások minősége, a minőségirányítási rendszerek kialakítása, alkalmazása a tagországok hatásköre mégis gyakran felvetődik a kérdés, hogy nem kellene-e minimális követelményeket egységesen megfogalmazni.

Az ISO, a JCI illetve a nemzeti standardok európai szintű egységesítése minden érintett fél számára indokolatlan, de tárgyalások folynak a megbiztonságra vonatkozó közös minimum standardok megalkotásáról.

A szakmai irányelvek közös fejlesztésére már több nemzetközi kezdeményezés történt, az egységes európai onkológiai irányelvek fejlesztésére létrehozott szervezetnek Magyarország is tagja.

Az egészségügy különböző szakterületén dolgozó szakemberek a szakmai indikátorukat rendszeresen összehasonlítják, bizonyos területeken általánosan elvárható, nemzetközileg egységesen célindikátorokat jelölnek meg.

Mindezekből látható, hogy ismét egy alapjaiban már az egészségügyi szolgáltatóknál meglévő elvárásról van szó, melynek legfontosabb

elemeit újragondolva kell minőségmenedzsment rendszereinket kiegészíteni.

Szeretnénk, ha ez a fejlesztési folyamat az egészségügyi szolgáltatók kezdeményezéseire épülhetne ehhez kíván segítséget nyújtani e kiadvány.

Luxemburgi deklaráció

Patient Safety – Making it Happen!

Betegbiztonság – Tegyük róla / érte!

A magas színvonalú egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés joga elismert és értékes a kulcsfontosságú emberi jog az Európai Unió és intézetei, illetve Európa polgárai szerint. Ennek megfelelően a betegek - mint az egészségügyi szolgáltatások igénybe vevői- jogosan várják el, hogy minden erőfeszítést tegyenek biztonságukért.

Háttér:

Az egészségügyi szektor magas kockázatú terület mivel a nem kívánatos események – melyek inkább a kezelés, mint a megbetegedés következményei- halálhoz vezethetnek, komoly károkat, komplikációt és a beteg szenvedését okozhatják. Habár sok kórház és egészségügyi ellátó tett intézkedéseket a betegbiztonság elérésére, az egészségügyi szektor még mindig lemaradásban van más iparágak és szolgáltatások mögött, melyek bevezették a módszeres (szisztematikus) biztonsági eljárásokat.

Világszerte számos vizsgálat kihangsúlyozta annak szükségességét, hogy a nem kívánatos események száma csökkenjen az egészségügyi szektorban. Jelenlegi adatok azt mutatják, hogy minden megelőzhető nem kívánatos eseménynek több mint fele orvosi hiba következménye.

Éppen ezért olyan eszközöket kell bevezetni, melyek a nem kívánatos események és következményeik csökkentését célozzák meg. Az egészségügyi szektort olyan módon kellene kialakítani, hogy a hibák és a nem kívánatos események megelőzhetőek, kimutathatóak, és

megfékezhetőek legyenek annak érdekében, hogy elkerülhessük a komoly hibákat és erősíthessük a biztonsági eljárásokkal való együttműködést.

Ezen a területen számos intézmény által elvégzett munka eredményeként és az összegyűjtött bizonyítékok alapján mostanra világossá vált, hogy első lépésben a betegbiztonság kultúrájának kiépítésére van szükséges az egész egészségügyi rendszerben. A kockázati menedzsmentet, mint rutin eszközt kell bevezetni a teljes egészségügyi szektor működési folyamataiban. A kockázati menedzsment előfeltétele a nyílt és bizakodó munkakörnyezet, olyan légkörben, amely a majdnem hibákból és nem kívánatos eseményekből való tanulásra összpontosít, és nem a „vádaskodásra és megszégyenítésre” és az ezt követő büntetésre helyezi a hangsúlyt.

Az egészségügyi szektor által előidézett betegkárok nehéz terhet rónak a társadalomra. Következésképpen, ha a betegbiztonságba invesztálunk, csökkenhetnek a kiadások, továbbá a betegek számára is nyilvánvaló előnyökkel jár a befektetés.

A betegbiztonságra összpontosítva a nem kívánatos eseményeknek kitett betegek kezelésében megtakarítás és a pénzügyi források következetes, fejlett használata érhető el. További megtakarítással számolhatunk a panaszok és kompenzációs kérvények miatti adminisztrációs költségekben, és ami a legfontosabb, a betegbiztonság hozzájárul az életminőség növekedéséhez. Ennek elérése érdekében a betegbiztonság jelentős mértékű fejlesztése többféleképpen is megvalósítható.

A konferencia - a fentiek fényében- ajánlja, hogy a „Betegbiztonság” fokozottan kiemelt helyet kapjon az EU politika napirendjében.

A konferencia az EU intézményeinek javasolja:

- Egy EU fórum létrehozását a releváns érintettek részvételével, hogy megvitassák a betegbiztonságra vonatkozó európai és nemzeti tennivalókat.
- Dolgozzanak együtt szövetségben a WHO Alliance -szel, hogy a betegbiztonság kérdéseiben közös egyetértésre jussanak, és hozzanak létre egy „EU megoldás bankot” a „legjobb gyakorlat” példáival és standardjaival.
- Teremtsék meg a nemzeti kezdeményezéseket támogató mechanizmusok lehetőségét a betegbiztonsági projekteket illetően - elismerve, hogy a betegbiztonság az Egészség- és Fogyasztóvédelem Főigazgatósága (DG Health and Consumer Protection) programjában szerepel.
- Biztosítsák, hogy az EU rendeleteket az orvosi termékek (goods) és kapcsolódó szolgáltatások tekintetében a betegbiztonságot szem előtt tartva hozzák.
- Támogassák az orvosi technológia teljesítésére és biztonságára irányuló nemzetközi standardok fejlesztését.
- Biztosítsák, hogy az EU szabályozási keret a beteg legfőbb érdekében védje a betegnyilvántartások (rekordok) személyes jellegét és bizalmasságát, ugyanakkor ezzel egyidejűleg tegyék az egészségügyi szakemberek számára könnyen elérhetővé a releváns beteginformációkat.

A konferencia a nemzeti hatóságok számára ajánlja:

- Gondoskodjanak arról, hogy a betegek teljes körűen és szabadon juthassanak hozzá személyes egészségügyi információkhoz,

egyidejűleg biztosítsák az adatok pontosságát, és hogy a betegek teljes körűen tájékoztatva legyenek kezelésük módjáról. Az „informált beteg” köztudottan jobb helyzetben van a saját egészségének megőrzését illetően.

- Fontolják meg a nem kívánatos események és majdnem hibák nemzeti önkéntes titkos jelentésrendszerének előnyeit.
- Tegyenek annak érdekében, hogy bevezetésre kerüljön a kockázati menedzsment rutin, például az egészségügyi szektorban a minőségellenőrzési rendszer részeként az irányelvek és mutatók fejlesztése révén.
- Optimalizálják az új technológiák használatát, például az elektronikus betegnyilvántartás (rekordok) bevezetésével. Ezek a nyilvántartások (rekordok) a személyes orvosi profilt tartalmazzák, továbbá olyan döntést támogató programokat, melyek az egészségügyi szakemberek számára rálátást biztosítanak az orvosi hibák csökkenésére és az együttműködés mértékének növekedésére.
- Hozzanak létre nemzeti fórumot (fora) a releváns érintettek részvételével, hogy megvitassák a betegbiztonságot és a nemzeti tennivalókat.
- Biztosítsák az egészségügyi szakmák munkakörülményeit, és hogy a „(munkaerő) toborzás és megtartás / visszatartás” a betegbiztonsággal kapcsolódjon össze.
- Használják ki és támogassák az orvosi berendezések, eszközök és készülékek gyártói által nyújtott felhasználói kiképzéseket, biztosítva ezzel az új orvosi technológiák és sebészeti technikák biztonságos használatát.

- Vegyék bele a megbiztonságot integrált módszerekkel és eljárásokkal összekötve az egészségügyi szakemberek képzési standardjai közé, melyek a folyamatos tanulás és továbbképzés kultúrájába ágyazódnak.
- Biztosítsák, hogy a nemzeti szabályozási keretek a beteg legfőbb érdekében védjék a betegnyilvántartások (rekordok) személyes jellegét és bizalmasságát, ugyanakkor ezzel egyidejűleg tegyék az egészségügyi szakemberek számára könnyen elérhetővé a releváns beteginformációkat.
- Teremtsenek olyan légkört, amely a majdnem hibákból és nem kívánatos eseményekből való tanulásra összpontosít, és nem „vádaskodásra és megszégyenítésre”, illetve ezt követő büntetésre helyezi a hangsúlyt.

A konferencia az egészségügyi szolgáltatók számára ajánlja:

- Könnyítsék meg az együttműködő (kollaboratív) ellátás terén az egészségügyi szakemberek és egészségügyi szolgáltatók közeledését, növelve ezzel a betegbiztonságot.
- A munkahelyi projektek a betegbiztonságra összpontosítva valósuljanak meg, és teremtsenek olyan nyitott légkört, amely a hibákkal és mulasztásokkal hatékonyabban foglalkozik.
- Kezdeményezzék az együttműködést a betegek, illetve hozzátartozóik és az egészségügyi szakemberek között, azért hogy a betegek, illetve hozzátartozóik tudjanak a majdnem hibákról és a nem kívánatos eseményekről.

A betegbiztonsággal kapcsolatos általános fogalmak jegyzéke

Adagolási tévedés (administration error)

Bármilyen tévedés, mulasztás, vagy téves utasítás a gyógyszer-adagolásban, ha azt az ápolónő, maga a beteg, vagy egy gondozó végzi.

Baleset (accident)

Nem tervezett, nem kívánatos, váratlan esemény, általában káros következményekkel (Senders 1994)

Betegbiztonság (patient safety)

Mentesség a véletlenszerű károsodástól a gyógykezelés folyamán; (javaslat: a gyógykezelés során nem történik véletlenszerű, nem várt egészségkárosodás) a gyógykezelés következtében kialakuló nem kívánt hatások elkerülését, megelőzését vagy korrigálását célzó tevékenységek (Kohn 2000, AHA&HRET&SMP 2002).

A betegeket érintő rizikók és események meghatározása, analízise és kezelése, annak érdekében, hogy az ellátás biztonságosabb legyen, és csökkenjen a páciensek károsodása (Aspden, NPSA 2004)

Biztonság: a minőség alapvető területe, amely a „véletlenszerű károsodás”-tól való mentességre vonatkozik. Ez a meghatározás a beteg felől közelíti a problémát. (Kohn 2002)

Bizonyítékon alapuló irányelvek (evidence-based guidelines)

Az elérhető tudományos bizonyítékokkal alátámasztott, szisztematikusan kifejlesztett döntési ajánlások sorozata, adott betegségcsoport különböző ellátási módozatainak meghatározása,

melynek célja, hogy javítsa az egészségügyi ellátás minőségét, hatékonyságát, eredményességét, valamint segítse az orvost és a beteget a legmegfelelőbb ellátás kiválasztásában.

Biztonság kultúrája (culture of safety)

Az egyéni és szervezeti magatartás azonos elveken és értékeken alapuló olyan integrált formája, amely folyamatosan arra törekszik, hogy a betegek egészségügyi ellátásból eredő károsodását minimalizálja (Aspden 2004)

Emberi tényezők (human factors)

Az emberek közötti kapcsolatoknak, az eszközöknek, amelyeket használnak, a környezetnek, amelyben élnek és dolgoznak, és a hatékony emberközpontú folyamatok kialakításának a tanulmányozása annak érdekében, hogy a megbízhatóságot és a biztonságot fokozzuk. (RFM Wade, 2002)

Gyógyszerelési biztonság (medication safety)

Mentesség a véletlenszerű károsodástól a gyógyszerelés folyamán; a gyógyszerelés következtében kialakuló nem kívánt hatások elkerülését, megelőzését vagy korrigálását célzó tevékenységek (AHA&HRET&SMP 2002)

Gyógyszerelési tévedés, hiba (medication error)

Minden olyan megelőzhető esemény, amely nem megfelelő gyógyszereléshez, vagy a beteg gyógyszer következtében károsodásához vezet ill. vezethet, amikor az ellenőrzés az egészségügyi ellátó, a beteg, vagy a fogyasztó kezében van. Ilyen

események kapcsolódhatnak a szakmai tevékenységhez, a gyártáshoz, folyamatokhoz és rendszerekhez - beleértve a gyógyszerelés elrendelését - kommunikációhoz, címkékhez, csomagoláshoz és elnevezéshez, összetételhez, terjesztéshez, képzéshez, monitorozáshoz és alkalmazáshoz (NCC MERP 1998)

Hanyagság (negligence)

Az ellátás, illetve a felvilágosítás nem felel meg egy olyan ellátási szintnek, *standardnak*, amelyet az adott betegnek egy - a problémában képzett - átlagos gyakorló orvostól kapnia kellene. (AHA&HRET&SMP 2002)

Hiba (*megítélési*) (mistake)

Hiányosság, vagy hiba a célmeghatározás megítélésének és/vagy a következtetések folyamatában, vagy azoknak az eszközöknek a meghatározásában, amelyekkel a cél elérhető, függetlenül attól hogy az ezzel a döntéshozatallal összefüggő cselekvések tervszerűek voltak-e, vagy sem (Reason 1990). A hibák lehetnek szabály alapú tévedések, amelyek akkor jönnek létre, ha rossz szabályt választottak, vagy tudás alapú tévedések, amelyek a probléma hiányos ismerete, vagy nem megfelelő értelmezése következtében jönnek létre (Leape, 1994)

Iatrogen (iatrogenic)

1. A beteg minden olyan nem kívánt állapota, amely orvos, vagy egészségügyi dolgozó által alkalmazott kezelés következtében lép fel.
2. Betegség, vagy sérülés jellemzője, amely az ellátás folyamán valamilyen eljárás, terápia, vagy más elem hatására jön létre.

Jelentés (reporting)

Betegbiztonsági rendszerek, amelyekben bizonyos nem kívánt hatások jelentését önkéntesen/kötelezően végzik. (Aspden, 2004)

Károsodás (harm)

A fizikai, érzelmi vagy pszichés működés, vagy a testi felépítés átmeneti, vagy tartós megrongálódása, valamint/vagy fájdalom, amely beavatkozásból ered (NCC MERP, 1998)

Kockázatértékelés (risk assessment)

Folyamat, amely segíti a szervezetet abban, hogy megértse a külső és belső eredetű rizikók tartományát, a legyőzésükre való képesség szintjét, az előfordulásuk valószínűségét és a lehetséges hatásukat. Összetett fogalom, amely tartalmazza a rizikók mennyiségi meghatározását és a megfontolásokat, a rizikók és az előnyök közötti egyensúly felmérését és kiegyenlítését, valamint mindezeknek a megbecsülését például a költségek szempontjából.

Kockázat-menedzsment (risk management)

Klinikai és adminisztratív tevékenységek, amelyek a betegek, a személyzet és a látogatók károsodásához, valamint a szervezet veszteségéhez vezető rizikók azonosítását, értékelését és csökkentését célozzák. (JCAHO 2002)

Rizikók azonosítása, meghatározása, analizálása, megértése és a velük kapcsolatos cselekvések annak érdekében, hogy optimális egyensúly legyen elérhető a rizikók és az „előnyök és költségek” között (NPSA 2004)

Lehetséges tévedés/hiba (potential error)

Olyan körülmények, vagy események, amelyek tévedést/hibát képesek okozni

Nagy óvatosságot igénylő (esetleg nagy kockázatú) gyógyszerelés
(high-alert medication)

Olyan gyógyszerek, amelyeknél nagy a rizikója annak, hogy téves alkalmazás esetén a betegnek jelentős károsodást okoznak. Nem biztos, hogy a hibák ezekkel a szerekkel általánosak, de már egy tévedés eredménye is nagyon súlyos következményekkel jár az adott beteg számára (Cohen 1999, ISMP 2003)

Nem kívánt gyógyszerterápiás esemény (adverse drug event)

Gyógyszeres kezelés következtében fellépő esemény, akár megfelelő, akár nem kielégítő, vagy nem optimális volt a terápia. A fogalomba tartozik a szokványos adagolás mellett fellépő nem kívánt hatás éppúgy, mint amikor az adagolási tévedés következménye.

Nem kívánt gyógyszerhatás (adverse drug reaction)

Olyan válasz a szer adagolására, amely káros és nem kívánt, és amely olyan adagolásnál fordul elő, amelyet általánosan használnak betegségek megelőzésére, megállapítására és kezelésére, vagy fiziológiás funkciók megváltoztatására. (WHO Technical Report no 498 – 1972)

Nem kívánt esemény (adverse event)

Olyan ártalom, amelyet inkább az egészségügyi beavatkozás, mint maga a betegség okoz mely beavatkozásból, vagy annak elmaradásából ered. (Michel 2004)

Nem megelőzhető nem kívánt gyógyszeres kezelési események (unpreventable adverse drug events)

Nem kívánt esemény, amely olyan szövődmény következménye, amely a tudomány jelenlegi állása mellett nem megelőzhető (QulC 2000)

Nem kívánt gyógyszerelési esemény, amely nem tévedésből ered, és a gyógyszerrel járó olyan veszélyt képvisel, amely a tudomány jelenlegi állása mellett nem megelőzhető (Otero és Dominguez-Gil 2000)

Nem-törődömség (recklessness)

Az egyén cselekedete nyilvánvaló rizikóval jár, de amikor cselekszik, nem törődik ilyen rizikó lehetőségével, vagy felismerve azt, változatlanul folytatja a cselekvést (NPSA 2004).

Nosocomiális (nosocomial)

Egészségügyi ellátó intézményre vonatkozó, vagy onnan származó. (ACSQHC)

Megelőzhető nem kívánt esemény (preventable adverse event)

Megelőzhető nem kívánt esemény olyan nem szándékolt esemény, amely nem történt volna meg, ha a beteg megkapta volna az általános standardoknak és az aktuális ismereteknek megfelelő kezelést. (Michel 2004)

Mulasztásos hiba (error of omission)

Olyan hiba, amelyik valamilyen cselekvés elmulasztása következtében jön létre (JCAHO, 2002)

Ok (cause)

Olyan előzmény (tényező), amely hozzájárul egy esemény, hatás, eredmény, vagy kimenetel létrejöttéhez. Az ok lehet közeli, azaz közvetlenül előzi meg a kimenetelt, például egy cselekvés. De lehet távoli is, mint pl. egy cselekvést meghatározó strukturális tényező, amely a cselekvésen keresztül hat az eredményre. Az eredményeknek sohasem csak egy oka van. (Wade 2002)

Rejtett hiba, állapot (latent error, conditions)

Rejtett hibák: A tervezésben, szervezésben, fenntartásban lévő hibák, amelyek működési zavarokhoz vezetnek. Hosszú ideig „alvó állapotban” lehetnek a rendszerben (Kohn, 2000). Nem kívánt események mélyen fekvő okai.

Rejtett állapotok: A tervezők, folyamat-építők, felső vezetők döntéseiből erednek. Hosszú ideig „alvó állapotban” lehetnek a rendszerben mielőtt aktív hibával és helyi kiváltó körülménnyel összegeződve baleset lehetőségét képeznék. A rejtett hibákkal ellentétben a rejtett állapotokat fel lehet ismerni és orvosolni lehet, mielőtt egy nem kívánt esemény bekövetkezne. Ennek megértése proaktív, és nem reaktív rizikó-menedzsmenthez vezet. (Reason 2000)

„Riasztó” esemény (sentinel event)

Váratlan esemény, amely lehet halál, vagy súlyos testi illetve pszichés károsodás, vagy ezek rizikója. Súlyos károsodás például a végtag elvesztése, vagy funkció-kiesése. Az „ezek rizikója” kifejezés olyan változatos folyamatokat takar, amelyek visszatérő megjelenése súlyos nem kívánatos következmények jelentős veszélyével jár. Mindezeket az eseményeket azért hívják „riasztó esemény”-nek, mert az azonnali beavatkozás, reagálás szükségességét jelzik. (JCAHO 2002)

Szabályszegés (violation)

Az intézmény biztonságos működtetéshez szükségesnek vélt gyakorlattól való szándékos eltérés egy veszély lehetőségét hordozó rendszerben. (Reason 1990)

Számítógépes háttérű előírás, betegellátás (computer prescribing, computer physician order entry (CPOE))

Olyan klinikai rendszerek, amelyek a gyógyszertárak, a laboratórium, a röntgen és a beteg-monitorozás adatait használják fel az orvosok és nővérek diagnosztikus és terápiás terveihez, felhívják a figyelmet a betegnél esetleg előforduló allergiákra vagy ellenjavallatokra, ezáltal lehetővé téve az elrendelések azonnali megváltoztatását még azelőtt, hogy azokat elektronikusan továbbították volna a tervezett beavatkozások célszerveihez (Aspden 2004)

Tévedés (error)

Annak megghiúsulása, hogy a tervezett cselekmény elérje kívánt eredményét - előre nem látható beavatkozás nélkül (Reason, 1997)

Téves eljárás (error of commission)

Egy eljárás következtében létrejött hiba (JCAHO, 2002)

Vakmerőség (recklessness)

Az egyén tisztában van a rizikóval és tudatosan vállalja azt, (NPSA 2004).

Előtérben a betegbiztonság – törjük meg a csöndet!

Dr. Kulin László

Napjainkban –a világ minden részén- egyre nagyobb társadalmi, szakmai érdeklődés övezi azokat a folyamatokat, melyek az egészségügyi intézményekben történnek. A megkülönböztetett figyelem nem véletlen. Mértékadó szakmai körökből származó tanulmányok megállapították, hogy **az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó megelőzhető halálozások** vezető helyet foglalnak el **bármely ország** mortalitási statisztikáiban. Pedig a fatális kimenetek csak a jéghegy csúcsát jelentik, jóval nagyobb számban fordulnak elő kevésbé súlyos egészségkárosodások, illetve olyan helyzetek, melyek kárt nem okoznak, de kockázatnak teszik ki az ellátást igénybe vevőket. Ha az egészségkárosodások gazdasági költségéhez hozzáadjuk az emberi tragédiákat, a probléma rögtön a társadalmi kihívások egyik legjelentősebb elemévé lép elő.

Sajnos a jelenlegi körülmények az egészségügyi dolgozókat nem a károsodások létrejöttében közreható hibák feltárására ösztönzik, hanem azok eltitkolására. A tagadást, mint védekező mechanizmust csak tovább erősítik azok a botránykrónikák, melyek az intézmény és az orvos hibás eljárását vélelmezik, s a későbbi bírói ítélettől függetlenül rontják az érintettek hírnevét.

Az egyes országokban zajló széles körű társadalmi, szakmai, politikai eszmecserék során igyekeznek megtalálni a továbblépés azon útjait, melyek jobb minőségű, biztonságosabb szolgáltatásokat nyújtó egészségügyi rendszerek kialakításához vezetnek. Bár a sikerrel kecsegtető megoldások tekintetében még nincs teljes körű egyetértés, egy út bizonyosan járhatatlan: az, amely a probléma

megoldásának kulcsát az egyéni felelősség misztifikálásában, a hiba elkövetésével meggyanúsított dolgozók megnevezésében, hibáztatásában, megszegyenyítésében, stigmatizálásában, az elkövetett hibák tagadásában látja.

A károsodások gyakorisága – nemzetközi adatok

Az utóbbi évtizedekben az egészségügyi technológia drámai fejlődésének lehettünk a szemtanúi. Korábban gyógyíthatatlannak tűnő betegségek esetében most már rendelkezünk – többé vagy kevésbé – hatékony terápiás eszköztárral, és ezek az ellátások több ember számára elérhetőek, mint bármikor korábban. Minden fejlődés ellenére azonban a megelőzhető károsodások elfogadhatatlanul nagy számban fordulnak elő az egészségügyi ellátás minden szintjén. A széles körben polgárjogot nyert terminológia alapján immár a *hibák epidémiájáról, a hibák járványáról* beszélhetünk.

Az Amerikai Egyesült Államokban 1999-ben drámai hatású kiadványban összegezték azokat az adatokat, melyek az egészségügyi ellátás során bekövetkező, a betegek által elszenvedett károsodások gyakoriságát vizsgálták (1). Megállapítást nyert, hogy a kórházi felvételre került betegek 2,9%-3,7%-a esetében fordultak elő ún. nem kívánt események (adverse events). Az ilyen káros események 6,6-13,6%-a vezetett halálhoz. A számok ismeretében az **USA-ban évente 44.000-98.000 ember hal(hat) meg** a kórházi ellátás során fellépő hibák, pontosabban a hibák velejárájaként kialakuló káresemények következtében.

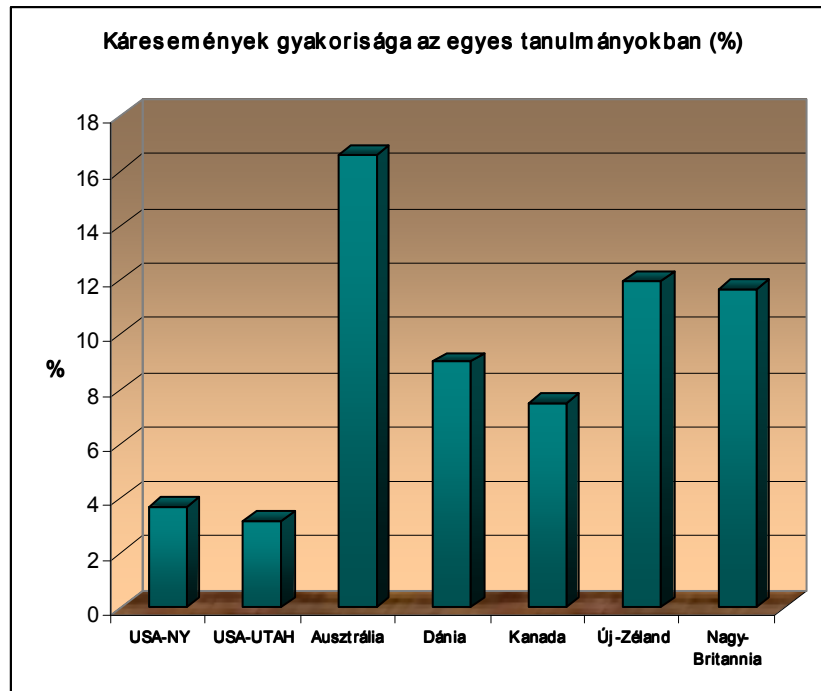
Ezek az adatok csak meglehetősen nagyvonalú becslését adják a probléma kiterjedtségének, hiszen a kórházi (fekvőbeteg) ellátásban részesülő emberek csak egy szeletét jelentik a kockázatnak kitett

populációnak. A járóbeteg ellátásban, az egészségügyi alapellátásban, a krónikus betegellátás keretében, stb. emberek további százazzeit kezelik, mely tovább emeli a hibák következtében fellépő társadalmi károk mértékét.

Az elmúlt évek során több országban is mélyreható kutatási tevékenység folyt az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó károsodások mértékének meghatározására. A feltárt adatokat az alábbi táblázatban foglaljuk össze:

TANULMÁNY	KÁRESEMÉNYEK GYAKORISÁGA (100 KÓRHÁZI FELVÉTELRE, %)
Egyesült Államok (New York állam) (Harvard Medical Practice Study) (2,3)	3,7
Egyesült Államok (Utah-Colorado Study) (5)	3,2
Ausztrália (Quality in Australian Health Care Study) (6)	16,6
Nagy Britannia (4)	11,7
Új-Zéland (7,8)	12,9
Kanada (9)	7,5
Dánia (10)	9,0

1. táblázat az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó káresemények gyakorisága az egyes tanulmányokban



1. ábra az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó káresemények gyakorisága az egyes tanulmányokban

Károsodások gyakorisága - hazai becslés

Ismereteink szerint nem létezik olyan Magyarországra vonatkozó megalapozott kutatás, mely az egészségügyi ellátás során bekövetkező káresemények gyakoriságát vizsgálta volna. Amennyiben becslést kívánunk adni a probléma nagyságrendjére vonatkozóan, úgy a nemzetközi adatokból kell, hogy kiinduljunk. Számításunk alapjául Brennan és munkatársainak publikációját (2) használjuk.

1. Hivatkozott közlemény alapján 1984-ben a New York államban kórházból elbocsátott betegek körében 3,7%-ban fordultak elő káresemények.

2. Ezen káros eseményeknek megoszlása – súlyosságuk szerint – az alábbi volt:

KÁROSODÁS FOKA	GYAKORISÁG (%)
Minimális károsodás, 1 hónapnál rövidebb felépüléssel	56,8
Mérsékelt károsodás, felépülés 1-6 hónap	13,7
Mérsékelt károsodás, felépülés >6 hónap	2,8
Állandósult károsodás, <50% rokkantság	3,9
Állandósult károsodás, >50% rokkantság	2,6
<i>Halál</i>	<i>13,6</i>
Nem megítélhető	6,6
Összesen:	100

3. Az egyes károsodások esetében hanyagság, gondatlanság, az alábbi mértékben érhető tetten:

KÁROSODÁS FOKA	HANYAGSÁG, GONDATLANSÁG (%)
Minimális károsodás, 1 hónapnál rövidebb felépüléssel	22,2
Mérsékelt károsodás, felépülés 1-6 hónap	24,4
Mérsékelt károsodás, felépülés >6 hónap	29,6
Állandósult károsodás, <50% rokkantság	22,8
Állandósult károsodás, >50% rokkantság	34,4
<i>Halál</i>	<i>51,3</i>
Nem megítélhető	30,7

4. A magyar fekvőbeteg ellátó intézetekben 2002-ben 2,6 millió esetet láttak el (11). Amennyiben feltételezzük, hogy hazánkban is az esetek 3,7%-ban jön létre károsodás, úgy évente 96 200 káreseménnyel számolhatunk. Ezen károsodások 13,6%-a végződik halállal (13 083 eset), mely halálozások 51,3%-a (6711 eset) hanyagságra, nem megfelelő színvonalú ellátásra vezethető vissza. Becslésünk szerint tehát **évente, a magyar fekvőbeteg ellátó intézetekben akár 6700 olyan halálozás is előfordulhat, melyet a nem megfelelő színvonalú ellátás okoz.**

USA			MAGYARORSZÁG
Káresemények gyakorisága a kórházi felvételek százalékában (%) – „A”	Halálos káresemények gyakorisága az összes káresemény százalékában (%) – „B”	Gondatlanság okozta halálos káresemények gyakorisága az összes halálos káresemény százalékában (%) – „C”	Gondatlanság okozta halálos káresemények száma a magyar kórházakban (2,6 millió x A x B x C)
3,70%	13,60%	51,30%	6712

A becslés korlátai:

1. A publikáció adatai az 1984-es esztendőre vonatkoznak és az Amerikai Egyesült Államokból származnak. Az eltelt több, mint 20 esztendő során az egészségügyi ellátórendszerekben történt változások módosíthatják a becslés eredményét mind az Egyesült Államok, mind Magyarország esetében.
2. Számításunk során – kimondatlanul – azzal a feltételezéssel éltünk, hogy az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi rendszere – a megbízottság szempontjából – ugyanolyan színvonalú ellátást nyújt, mint hazánk egészségügyi rendszere.

Amennyiben Magyarországon biztonságosabb az ellátás, úgy alacsonyabb, ha kevésbé biztonságos, akkor a korábban számítottnál magasabb az elhunytak száma.

3. Az amerikai adatok, és az abból levezetett magyar értékek csak az (akut) kórházi ellátás során bekövetkező halálesetekre vonatkoznak. Az egészségügy azonban nem csak kórházakból épül fel. Emberek (száz)ezreit kezelik a szakrendelőkben, a háziiorvosi-, fogorvosi praxisokban, ápolási-gondozási otthonokban, stb., mely még tovább növeli a hibák következtében fellépő társadalmi károk mértékét.

Nemzetközi példák

USA

A tudományos közösség által feltárt drámai információk nem maradtak visszhang nélkül. Az Amerikai Egyesült Államok korábbi elnöke, Bill Clinton utasította az Minőségügyi Tárcaközi Koordináló Munkacsoportot (Quality Interagency Coordination Task Force), hogy tegyen ajánlásokat a betegek védelme, a biztonság növelése érdekében. A javaslat – többek között - Nemzeti Betegbiztonsági Központ kialakítását, a károsodások jelentésére szolgáló rendszerek létrehozását, intézményi betegbiztonsági programok alkalmazását stb. szorgalmazta. A betegbiztonság kérdésköre több alkalommal törvényi szinten is szabályozásra került. Bush elnök aláírta 2005 júniusában *A betegbiztonság és minőség növeléséről* szóló törvényt, mely védelmet kíván nyújtani azon orvosok számára, akik feltárják a betegekkel szemben elkövetett hibákat és részt vesznek egy nemzeti hibajelentő rendszerben.

2005 végén Clinton - korábbi - elnök úr felesége, Hillary nyújtott be javaslatot *Az orvosi hibák feltárásáról és kárpótlásáról* címmel, mely kiegészítője a korábban Bush elnök által aláírtnak. A törvény szövege értelmében a jogszabály célja a biztonsági kultúra előmozdítása a kórházakban, rendelőintézetekben, egyéb egészségügyi intézményekben egy nemzeti program (MEDiC) kialakítása révén. A törvény létre kívánja hozni az Egészségügyi és Betegbiztonsági Hivatalt, melynek feladata a nemzeti betegbiztonsági adatbázis felügyelete illetve a MEDiC program végrehajtása. A program főbb célkitűzései:

1. Az egészségügyi ellátás minőségének javítása a betegek és az egészségügyi szolgáltatók közötti nyílt kommunikáció bátorítása révén, mely az orvosi hibákra és egyéb, a betegek biztonságát érintő eseményekre vonatkozik
2. A megelőzhető orvosi hibák gyakoriságának csökkentése
3. Annak biztosítása, hogy a betegek hozzáférnek az orvosi hibák, hanyagság, gondatlanság következtében fellépő károsodások igazságos kártérítéséhez
4. Az orvosi felelősség-biztosítás költségeinek csökkentése

Németország



Németországban megalapították a Betegbiztonság Akciósövetséget (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 12), melyet működésének első három évében a német kormány támogat.

2005 nyarán már három alkalommal tartottak munkamegbeszélést:

- Rossz oldalon történt sebészeti beavatkozások (wrong site surgery)
- Gyógyszerelési hibák (két kongresszus)

Kétség kívül, az egészségügyi beavatkozások döntő többsége a fekvőbeteg-ellátó intézetekben, a kórházakban történik. Ugyanakkor emberek százezreit, millióit kezelhetik az egészségügyi alapellátásban: a háziiorvosi, fogorvosi rendelőkből, foglalkozás-egészségügyi szolgálatoknál. Az egészségügyi alapellátás hangsúlyos jellegére való tekintettel Németországban külön hibajelentő rendszer áll az ottani háziiorvosok rendelkezésére, melyben anonimitásuk teljes megőrzése mellett szolgáltatathatnak információt az általuk észlelt hibákról.

WHO



Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation, WHO) életre hívta a Világszövetség a Betegbiztonságért (13) kezdeményezést (World Alliance for Patient Safety), melynek elsődleges célkitűzése, hogy az elmúlt években napvilágot látott tudományos ismeretekre alapozva a szervezet minden tagállamában elősegítse a biztonságos egészségügyi ellátás kialakítását. A Világszövetség tevékenységének fő eleme a Globális Betegbiztonsági Kihívás (Global Patient Safety Challenge), mely azonosítja az egészségügyi ellátást igénybe vevők számára legnagyobb kockázattal bíró területeket.

Európai Unió



Az Európai Unió az ún. luxemburgi nyilatkozatban (14) deklarálta elkötelezettségét a betegbiztonság megvalósítása mellett (részletek):

„A magas színvonalú egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés alapvető emberi jog, melyet elismer és értékel az Európai Unió, annak intézményei, valamint Európa állampolgárai. Ennek megfelelően a betegek joggal várják el, minden erőfeszítést megtesznek annak érdekében, hogy az egészségügyi ellátások igénybevevőiként biztonságukat garantálják.

Az egészségügyi ellátás nagy kockázattal járó tevékenység, hiszen felesleges szenvedést, károsodást, akár halált is okozhat. Bár számos egészségügyi intézmény komoly erőfeszítéseket tett a betegbiztonság fokozása érdekében, az egészségügyi szektor jelentősen le van

maradva a többi iparághoz képest a biztonságot szolgáló intézkedések alkalmazása terén.

Számos nemzetközi vizsgálata igazolta a szükségszerűségét az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó káresemények csökkentésének, melynek megvalósításához meg kell teremteni a szükséges eszközöket.

Az Európai Unió javaslatai:

- 1. ki kell alakítani azt az európai fórumot, ahol az érintettek részvételével meg lehet vitatni az európai és nemzeti szintű akcióprogramokat.*
- 2. együtt kell működni az Egészségügyi Világszervezet Világszövetség a Betegbiztonságért kezdeményezésével, gyűjteni kell a „legjobb európai példákat”.*
- 3. az egészségügyi szolgáltatásokra, az ellátás során használt eszközökre vonatkozó szabályozást a betegbiztonság figyelembe vételével kell megalkotni.*
- 4. standardokat kell kialakítani az egészségügyi technológia biztonságosságára.*
- 5. biztosítani kell az egészségügyi személyzet képzését, hogy az új technológiákat biztonságosan tudják alkalmazni.*
- 6. a kockázatmenedzsment keretében további lépéseket kell tenni az irányelvek kifejlesztése és alkalmazása irányában.*
- 7. új, innovatív megoldások optimális alkalmazásával ki kell alakítani az elektronikus betegkartont, az elektronikus döntéstámogató rendszereket.*
- 8. a betegbiztonság be kell épüljön az egészségügyi személyzet képzésébe, mindez olyan szervezeti kultúrába ágyazva, mely a folyamatos tanulást helyezi előtérbe.*

9. *stb.*”

A leírtak ismeretében nem meglepő, ha kijelentjük: a biztonságos egészségügyi ellátás egyre nagyobb teret nyer a világ számos részén az ellátás minden területén. Magyarország számára is meghatározó jelentőségű, hogy az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó *megelőzhető* károsodások minél nagyobb mértékben csökkenjenek, hiszen a károsodások csökkentésével a korábban feleslegesen felhasznált erőforrások hozzáférhetővé válnak a gyógyítás más területei számára, javul a beruházás hatékonysága az emberi tőkébe, erősödik a társadalmi kohézió.

A betegbiztonság növekedése az ellátást nyújtók számára is jelentős haszonnal járhat. A színvonalasabb ellátás növeli mind az egészségügyi személyzet, mind betegek elégedettségét. Az őszinte, „fair” kommunikáció elősegíti a hibák tisztességes feltárását, enyhítve ezáltal az érintettek frusztrációját. Ugyanakkor a károsodások számának csökkenése kedvező anyagi következményekkel is járhat, hiszen csökkenhetnek a biztosítási díjak, a perekben megítélt kártérítési összegek.

Törjük meg a csöndet!

Irodalomjegyzék

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS: To err is human. Building a safer health system. Institute of Medicine, National Academy Press. Washington. 2001: 26-40.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird N et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324 (6):370-7.
3. Leape LL, Brennan TA, Laird N et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*. 1991; 324 (6):377-84.
4. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*. 2001; 322:517-9.
5. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, et al. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*. 1999; 126 (1):66-75.
6. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW et al. The Quality in Australian Health Care Study. *Medical Journal of Australia*. 1995; 163:458-71.
7. Davis P, Lay-Yee R, Briant R et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *New Zealand Medical Journal*. 2002; 115 (1167):U271.
8. Davis P, Lay-Yee R, Briant R et al. Adverse events in New Zealand public hospitals II: occurrence and impact. *New Zealand Medical Journal*. 2003; 116 (1183):U624.
9. Baker GR, Norton PG, Flintolf V, et al. The Canadian Adverse events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 2004; 179 (11):1678 - 1686.

10. Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, et al.: Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskr Laeger*.2001; 163 (39):5370-8
11. Paksy András: A fekvőbeteg- és a járóbeteg-szakellátás morbiditási adatainak felhasználási lehetősége a lakosság egészségi állapotának vizsgálatában. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. 2003; 5-12.
12. Akciószövetség a Betegbiztonságért.
<http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/index.html>
13. Világszövetség a Betegbiztonságért, Egészségügyi Világszervezet. <http://www.who.int/patientsafety/en/>
14. A Luxemburgi Nyilatkozat, Európai Unió:
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf

A betegek biztonsága, elkerülhetők-e a hibák?

Egészségügyi Minisztérium (előadás anyag 2005.)

Orvosi műhibák

(helytelen kezelés, nem kívánt események)

- USA-ban évi 100 ezer
- Egyesült Királyságban 45 ezer
- Németországban 30 ezer
- Magyarországon 3-6 ezer (becsült adat)ember hal meg évente

KIEGÉSZÍTÉS

A nemzetközi adatok szerint az egészségügyi ellátás káros eseményei vezető halál oknak számítanak. Többen vesztik életüket téves gyógyszeradagolás következtében, mint munkahelyi balesetben. Többen halnak meg orvosi hiba következtében, mint közlekedési balesetben, mellrákban, AIDS-ben.

Magyarországon eddig e kérdéskörben pontos adatok nem állnak rendelkezésre.

Európai Bizottság és Tanács támogatása

- Egységes színvonalú szolgáltatások
- Egyenlő hozzáférés lehetősége
- Finanszírozhatóság
- Jó minőség

KIEGÉSZÍTÉS

Az Európai Bizottság és a Tanács az egészségügyi ellátás megoldására felállított nemzeti stratégiák támogatásáról szóló dokumentuma értelmében, a III. évezred európai egészségügyi rendszereitől e kritériumok teljesítése elvárható.

Definíció: Káros események

Az egészségügyi ellátás során kialakuló olyan sérülések, károsodások, melyek elsődlegesen az elvégzett egészségügyi kezelésből fakadnak és nem a beteg már meglévő állapotából eredeztethetők.

** Kulin: Egészségügyi Gazdasági Szemle 2004.év 2. szám*

KIEGÉSZÍTÉS

*A káros esemény okozta hiba történhet a megvalósítani szándékozott cselekmény tervezési hibája során – ez a **szándék hiba**, vagy a cselekmény nem az eredeti szándéknak megfelelően valósul meg – ez a **végrehajtási hiba**. Pl.: gyógyszerallergiás mellékhatás*

A leggyakoribb ellátási hibák:

- Nozokomiális fertőzések
- Téves diagnózis, téves terápia
- Gyógyszerelési hiba
- Technikai hiba

KIEGÉSZÍTÉS

A nozokomiális járványokra a konferencián hallunk külön előadást. A klinikai diagnózisok - a nemzetközi kórbonctani vizsgálatok szerint - az esetek 8,8-24,4%-ban tévesek. Gyógyszerelési hiba történhet a

felírás és a gyógyszerbeadása során. Ez utóbbi kiküszöbölése a fekvőbeteg intézmények egyik legfontosabb, a betegek biztonságát szolgáló feladata. Technikai hibából eredő károsodás pl.: a betegek cseréje, műtéti eszközök testben való bentfelejtése.

Nemzetközi ajánlások a betegbiztonság területén

1. Európai Betegek Kartája 2002.
2. Luxemburgi deklaráció 2005.

KIEGÉSZÍTÉS

Európai Betegek Kartája: 14 betegjogot határoz meg, mint pl. hozzájutás, információ, beleegyezés, biztonság, panasz joga. (mellékletben)

Luxemburgi deklaráció: az Európai Bizottság javasolja az Európai Unió részére támogató mechanizmusok és közös standardok kialakítását a betegbiztonság területén. A nemzeti hatóságok számára ajánlja az adatgyűjtési rendszer kialakítását. A betegbiztonság legyen az ellátás része. (mellékletben)

Hazai szabályozás a betegbiztonság területén

- 1997. évi CLIV. törvény
- betegek jogainak nevesítése
- ezeket érvényesítő jogintézmények
- 1997. évi XLVII. törvény az adatvédelemről
- Egyéb jogszabályok
- 60/2003. (X.20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatók szakmai minimumfeltételeiről (személyi, tárgyi)
- 15/2005.(V.2.) EüM rendelet a szakfelügyeletről
- 1/2005. miniszteri irányelv a betegazonosító rendszer működéséről

KIEGÉSZÍTÉS

A betegek jogai: az eü.-i ellátáshoz való jog, az emberi méltósághoz való jog, a kapcsolattartás joga, az intézmény elhagyásának joga,

tájékoztatáshoz való jog, önrendelkezési jog, az ellátás visszautasításának joga, az eü.-i dokumentáció megismerésének joga, az orvosi titoktartáshoz való jog

***Jogintézmények:** betegjogi tájékoztató, betegjogi képviselő, kórházi etikai bizottság, intézményi panasz kivizsgálás, Közvetítő Tanács, felelősségbiztosítási egyeztetés, bírósági eljárás, etikai fegyelmi bizottságok, MOK Etikai Bizottság*

KIEGÉSZÍTÉS

A minimumfeltételekről szóló rendelet a biztonságos betegellátáshoz szükséges személyi és tárgyi feltételeket határozza meg. A betegellátás minőségének, a betegjogok betartásának ellenőrzése a szakfelületi rendszer feladata.

*A **betegazonosító rendszer** működéséről szóló irányelv a betegek cseréjét előzi meg.*

A betegek biztonságát segítő programok

Irányelvek, protokollok bevezetése

Hibák, majdnem hibák gyűjtése, értékelése

Kockázati menedzserek alkalmazása

„Megelőzés, nem büntetés” filozófiája

KIEGÉSZÍTÉS

- 1. Az egységes ellátás biztosítója és a tudományosan megalapozott döntések alapja.*
- 2. A betegbiztonság mértékének elemzéséhez, a bekövetkezett hibák, kockázatok súlyosságát, gyakoriságát, észlelhetőségét kívánjuk összegyűjteni önkéntes jelentési rendszerben.*

3. *A kockázati menedzser feladata lesz, hogy csökkentse a kórházi tartózkodás kockázatát.*
4. *Új szervezeti kultúra elfogadása a cél, melyben a hangsúly a hibák feltárásáról annak megelőzésére tevődik át.*

**A biztonságos egészségügyi ellátást érintő legfontosabb
Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES)**

Betegellátási folyamatok – háziorvosi ellátás

H.BEGY.5.2. standard

A betegen jelentkező gyógyszer mellékhatások és allergiás reakciók a beteg dokumentációjában rögzítésre, illetve jogszabályban előírt esetben jelentésre kerülnek.

H.BEGY.7 standard

A praxis összehangolt infekciókontroll programot alakít ki és vezet be a betegeket és a praxis team munkatársait veszélyeztető nosocomiális fertőzések kockázatának csökkentése érdekében és dokumentálja azt.

H.BEGY.8. standard

A praxis azonosítja a fertőzési kockázattal társuló eljárásokat és beavatkozásokat és stratégiát léptet életbe a kockázat csökkentésére.

Betegellátási folyamatok – védőnői ellátás

V.OLT.1. standard

Az életkorhoz kötötten kötelező védőoltásokkal kapcsolatos védőnői tevékenység a hatályos jogszabályok alapján tervezett és dokumentált.

Betegellátási folyamatok – járóbeteg ellátás

J.BEF.1. standard

A gyógyintézetnek van beteg bejelentkezést, előjegyzést, regisztrációt és tájékoztatást szabályozó dokumentált eljárása.

J.BEF.1.2. standard

A gyógyintézet beteg beutalási és továbbküldési rendje dokumentáltan szabályozott, az ellátást végző személyzet ismeri és alkalmazza az előírásokat.

J.BEF.3.2. standard

A dokumentáció elegendő adatot tartalmaz ahhoz, hogy azonosítsa a beteget, segítse az ellátás során végzett diagnosztikai és/vagy terápiás eljárásokat, dokumentálja a beteg állapotát és az abban bekövetkezett változásokat, a kezelési eredményeket és elősegítse az ellátás folyamatosságát, valamint a beteg ellátásának koordinációját az egyes gyógyintézetek között.

J.BEGY.1. standard

A diagnózisnak megfelelően a kezelőorvos kezelési tervet készít, melyet a betegdokumentációban rögzít.

J.BEGY.1.1.

Több ellátási eseményből álló ellátási sorozat esetén a betegek ellátása tervezett és a betegdokumentációban írásban rögzített.

J.BEGY.3.1. standard

Az invazív beavatkozás teljes ideje alatt és közvetlenül utána a betegek állapotát folyamatosan felügyelik és azt a betegdokumentációba bejegyzik.

J.BEGY.7.1. standard

A gyógyszerek beszerzése, tárolása, és a gyógyintézet szervezetben alkalmazott gyógyszeres kezelések (beavatkozások) megfelelnek a vonatkozó jogszabályi és egyéb szabályozói előírásoknak.

J.BEGY.8. standard

A gyógyintézetben a sürgősségi és egyéb gyógyszerek, készítmények (megfelelő gyógyszerválaszték áll rendelkezésre), ellenőrzöttek és tárolásuk biztonságos.

J.BEGY.9. standard

Szervezeti szabályok és eljárások irányítják a gyógyszerbeadást.

J.BEGY.10. standard

A gyógyintézet összehangolt programot alakít ki és vezet be a betegeket és az egészségügyi dolgozókat fenyegető nozokomiális fertőzések kockázatának csökkentése érdekében.

J.BEGY.10.1. standard

A gyógyintézet azonosítja a fertőzési kockázattal társuló eljárásokat és beavatkozásokat, és stratégiákat léptet életbe a kockázat csökkentésére.

J.BEGY.11. standard

A gyógyintézetben beadott gyógyszer hatását monitorozzák.

J.BEGY.12. standard

A rendelt és beadott gyógyszerek szerepelnek a beteg dokumentációjában.

J.BEGY.13. standard

Az esetlegesen fellépő gyógyszer mellékhatásokat bejegyzik a betegdokumentációba.

J.GTE.9. standard

Minden beteg állapotát az egyes ellátási események során ismételten felméri, ennek alapján meghatározzák a beteg reagálását a kezelésre, megtervezik a további kezelést, az ellátási sorozat lezárását vagy a továbbutalást.

Betegellátási folyamatok – fekvőbeteg ellátás

F.BEF.2.2. standard

Az egészségügyi szolgáltató minden ellátott beteget a beteghez rendelt egyértelmű egyedi azonosító alapján azonosít.

F.BEGY.2. standard

Belső szabályok és eljárások irányítják a magas kockázatú betegek ellátását és a magas kockázatú beavatkozások kivitelezését.

F.BEGY.3.1. standard

Az első és az ismételt állapotfelméréseket megfelelően képzett munkatársak végzik.

F.BEGY.6.1. standard

A kezelési lehetőségekről, a kockázatokról, előnyökről, és a lehetséges szövődményekről tájékoztatják a beteget, szükség esetén a hozzátartozóit, vagy azokat, akik döntést hoznak helyette.

F.BEGY.14.3.2. standard

A hatályos jogszabályok szerinti eljárások szabályozzák az egészségügyi szolgáltató szervezetben a betegek által történő gyógyszerbevitelt/gyógyszerelést, és az elbocsátáskor történő gyógyszerkiadást.

F.BEGY.14.4. standard

Eljárást alkalmaznak arra, hogy a gyógyszerkiosztás során a beteg a megfelelő gyógyszert a megfelelő adagban és a megfelelő időben kapja meg.

F.BEGY.14.5. standard

A betegeket gyógyszer beadása előtt azonosítják.

F.BEGY.14.6. standard

A gyógyszerhatást monitorozzák.

F.BEGY.14.6.3. standard

Az egészségügyi szolgáltató szervezet rendelkezik a gyógyszerelési hibák azonosítására, dokumentálására és az intézkedésre vonatkozó eljárással.

F.BLL.14.7. standard

Az egészségügyi szolgáltató szervezet gyógyszerertárában készített gyógyszerek biztonságos, tiszta környezetben készülnek. A gyógyszerek tárolása, kiadása és felhasználása a gyógyszerertárban és a felhasználó területeken biztonságos.

F.BEGY.16. standard

Az egészségügyi szolgáltató szervezet összehangolt programot alakít ki és vezet be a betegeket és az egészségügyi dolgozókat fenyegető nozokomiális fertőzések kockázatának csökkentése és megelőzése érdekében.

F.BEGY.16.2. standard

Az egészségügyi szolgáltató szervezet meghatározza a fertőzési kockázattal társuló területeket, eljárásokat és beavatkozásokat, és intézkedéseket tesz a kockázatok csökkentésére.

F.BEGY.16.3.1 standard

A fertőtlenítő eljárások szabályozottak és dokumentáltak.

F.BEGY.16.3.2. standard

Az invazív beavatkozásokhoz szükséges steril eszközök az egészségügyi szolgáltató igényeinek megfelelően biztosítottak és minden ilyen szolgáltatás a jogszabályi és szakmai előírásoknak megfelel.

Diagnosztikus folyamatok

DGN.1.2. standard

A diagnosztikai egység a hatályos jogszabályokon, szakhatósági előírásokon és írásbeli szabályozáson alapuló dokumentált biztonsági programmal rendelkezik mindazon fizikai, kémiai és biológiai veszélyek és kockázatok megelőzésére, elhárítására, illetve kezelésére, amelyek a tevékenysége során felmerülnek.

Általános vezetési és támogató folyamatok

MIN.2. standard

Megfelelő tapasztalattal, tudással és gyakorlattal rendelkező munkatársak rendszeresen gyűjtik, elemzik és értékelik az egészségügyi szolgáltató adatait.

MIN.2.1. standard

A vezetők az egészségügyi szolgáltató struktúrájának, folyamatainak és eredményeinek folyamatos megfigyelésére és értékelésére alkalmas indikátorokat határoznak meg, ezeket monitorozzák és értékelik.

A betegbiztonság helyzetének felmérésére alkalmas módszer kidolgozása és tesztelése

Dr. Tombácz Imre

Bevezetés

Az egészségügyi ellátás olyan terület, amellyel előbb vagy utóbb minden ember kapcsolatba kerül. Azonban, mint azt számos nemzetközi felmérés és a hazai tapasztalatok is bizonyítják, az egészségügy magas kockázatú terület, ahol a nem megfelelő kezeléssel vagy ellátási mulasztásokból adódó ún. nem kívánatos események a betegek komoly károsodását, szenvedését vagy akár halálát is okozhatják. Makai Péter és Gulácsi László több közleményükben ¹, ² foglalkoznak a betegbiztonsággal kapcsolatos nemzetközi tapasztalatokkal és megállapításokkal. Ezek között megtalálható több definíció a betegbiztonságra és a nem kívánatos eseményekre vonatkozóan. A betegbiztonság fogalmára többek között az alábbi meghatározásokat lehet olvasni:

betegbiztonság: *A betegeket érintő kockázatok és események meghatározása, analízise és kezelése, valamint a betegellátás során kialakuló nem kívánt hatások elkerülését, megelőzését vagy korrigálását célzó tevékenységek összessége annak érdekében, hogy az ellátás biztonságosabb legyen, és csökkenjen az ellátottak károsodása.*

Amint olvasható a beteg biztonsága szorosan összefügg azzal, hogy az egészségügyi ellátásban résztvevők hogyan kezelik a nem

¹ Makai P., Gulácsi L.: Betegbiztonság – nemzetközi tapasztalatok. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 43. évf. 3. szám, 2005. 16-23-o.

kívánatos eseményeket, és mit tesznek azért, hogy ezek lehetőleg ne következzenek be, vagy előfordulásuk valószínűségét a lehető legkisebbre csökkentse, és negatív hatásukat minimalizálják. A nem kívánt esemény fogalmának meghatározását is megtaláljuk több közleményben. Az alábbi definíciók olvashatók erre a fogalomra.

nem kívánt esemény: *Minden nem szándékos, vagy váratlan esemény, amely károsodáshoz vezetett, vagy vezethetett volna a betegek ellátása során. A károsodás inkább az ellátás, mint a betegség következményeként jött létre.*

Battles és munkatársai 2003-ban megjelent közleményében az alábbi definíció található: *olyan események a klinikai ellátás során, amelyek fizikai vagy pszichés sérüléssel vagy károsodással járnak a beteg számára vagy a szervezet missziójára nézve.*

Dániában törvény rendelkezik a betegbiztonságról. Ennek megfogalmazása a nem kívánt eseményről a következő: *Egy nem kívánt esemény egy olyan eseményt jelent, amelyet a kórházi kezelés, illetve tartózkodás okoz, és nem következik a beteg állapotából. Az ilyen esemény káros vagy káros lehetett volna, amennyiben nem előzték volna meg, vagy ha az esemény bármilyen más oknál fogva nem következett volna be. A nem kívánt események az ismert és a nem ismert hibákat is magukban foglalják.*

Varga Lajos és munkatársai közleményükben³ összefoglalják a nem megfelelő betegbiztonságból adódó halálozások számára vonatkozó

² Makai P., Gulácsi L.: A betegbiztonság alapjai és a dán betegbiztonsági rendszer. IME-Informatika és Menedzsment az Egészségügyben. I. r. IV. évf. 5. szám. 2005. 22-25.o.

nemzetközi becsléseket és statisztikai adatokat. Megállapításuk szerint az USA-ban évi 120.000, az Egyesült Királyságban 45.000, Németországban 30.000, hazánkban 3-6000 ember hal meg évente helytelen kezelés, nem kívánt események, orvosi műhibák következtében. Gulácsi László 2001-ben megjelent közleményében ⁴ idézi az Egyesült Államok szenátusi munkabizottságának 1999-2000. években kiadott jelentését, amelyben Berwick hívta fel a figyelmet arra, hogy „A kórházba került betegek 3-4 %-ának kára származik abból a kórházi ellátásból, amelyben azért részesül, hogy egészségi állapota javuljon. Minden 100 kórházba került beteg közül 7 esetében fordul elő súlyos gyógyszerelési hiba, amelyből a betegeknek ténylegesen kára származik, illetve ez a lehetőség potenciálisan fennáll. Becslésünk szerint a gyógykezelésük során elkövetett hibák (a szükségesnél kisebb vagy nagyobb dózis, késlekedés, sebészeti hibák) miatt 44-98 ezer amerikai hal meg évente a kórházakban. Amennyiben a tényleges érték 44 ezer, akkor a hibák jelentik a 8. legfontosabb halálokot, amennyiben az érték 98 ezer, akkor a gyógyítás során elkövetett hibák tekinthetők a 4. legfontosabb haláloknak az Egyesült Államokban.” Berwick véleménye szerint a hibák mögött az esetek 95-98 %-ában az egészségügy, illetve az intézmény „rendszerhibái” állnak, nem pedig az egyes orvosok, illetve nővérek tudásának és elkötelezettségének hiányosságai.

Bár Magyarországon nem történt pontos felmérés az egészségügyi intézményekben előforduló nem kívánatos eseményekről és az

³ Varga L., Lóke M, Horváth J.: Minőség és Megbízhatóság. 2005. évf. 4. szám 199-205.o.

⁴ Gulácsi L._ a sebfertőzés rizikótényezőinek vizsgálata. Egészségügyi menedzsment. III. évf. 6. szám 2001. nov.-dec. 81-85. o.

ezekkel összefüggő halálozások számáról, gyanítható, hogy a helyzet nálunk sem jobb a fent idézetteknél.

Annak igazolására, hogy ez a probléma mennyire súlyponti kérdés és megoldandó probléma, utalunk az európai Unió Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Bizottsága által 2005-ben kiadott Luxemburgi Nyilatkozatra⁵, amelynek értelmében „a betegek – mint az egészségügyi szolgáltatások igénybe vevői – jogosan várják el, hogy minden erőfeszítést megtegyenek biztonságukért. Éppen ezért olyan eszközöket kell bevezetni, amelyek a nem kívánatos események és következmények csökkentését célozzák meg.”

Hasonlóképpen fontos lépés volt a probléma felvetésének és megoldására való törekvésnek az útján az Európai Betegek Kartája 2002-ben, amely többek között így fogalmazta meg a biztonsághoz való jogot (9. pont): „mindenkinek megvan a joga a legmagasabb biztonsági követelményeknek megfelelő kezelésre, hogy ne érje kár elégtelenül működő szolgáltatás vagy orvosi tévedés, műhiba miatt.”

A betegbiztonság helyzetével kapcsolatos felmérések

Nemzetközi tapasztalatok

Ahhoz, hogy meg tudjuk fogalmazni a feladatokat ebben a fontos kérdésben, mindenképp előt kell mérni a jelenlegi helyzetet, vagyis hogy az egészségügyi intézmények hol tartanak most, mit tesznek azért, hogy a betegek ellátása biztonságos legyen, hogy az előforduló nem kívánatos eseményeket feltárják, és ezek számát

⁵ European Commission DG Health and Consumer Protection: Patient Safety – Making it Happen! (Luxembourg declaration) 2005.

csökkentsék. Ehhez – a nemzetközi gyakorlatban megfogalmazottak szerint – elengedhetetlen olyan intézményi kultúra a dolgozók körében, amelyben magától értetődő a biztonságra való törekvés, az előírások betartása, és a mégis előforduló, a biztonságot veszélyeztető események feltárása, jelentése és az okok kiküszöbölése, a további előfordulás megakadályozása érdekében.

Külföldön számos felmérést végeztek a biztonságos gyakorlat bemutatására, annak felderítésére, hogy milyen módon törekszenek az egyes egészségügyi ellátó intézmények a betegek biztonságos ellátásának garantálására.

Dániában komoly előrehaladást értek el a betegbiztonság problémájának jogszabályi szintre emelésével. Ebben az országban törvény szabályozza a nem kívánt események előfordulásának bejelentését, intézményi és országos feldolgozását, és a biztonsági kultúra kialakítását és fejlesztését az egészségügyi intézményekben. Ennek kialakításához több kérdőíves felmérést végeztek az egészségügyi dolgozók körében annak felderítésére, hogy hogyan viszonyulnának egy olyan bejelentő rendszerhez, amelyben a nem kívánt, betegek biztonságát veszélyeztető eseményeket kellene feltárni, jelenteni, és lehetővé tenni a megelőző intézkedések kidolgozását és bevezetését. Ezeket a felméréseket több közleményben közreadták^{6,7}. Több olyan munkáról is olvashatunk közleményt, amelyet a betegbiztonság

⁶ H.B. Andersen, M.D. Madsen, B. ruhna, M. Freil, D. Oestergaard, N. Hermann: Do doctors and nurses know what patients want after adverse events? Medical Officers of Public Health kiadványa. 2004.

növelése érdekében végeztek, és módszereket dolgoztak ki annak javítására. Az egyik ilyen intézmény, amely széles körben foglalkozik a betegek biztonságával, és módszereket tesz közzé a nem kívánt események számának csökkentésére, a személyzet kultúrájának kialakítására, és a jelentő rendszer kifejlesztésére, az Egyesült Államokban működő Department of Veteran Affairs égisze alatt tevékenykedő National Center for Patient Safety. Honlapjukon (www.patientsafety.gov) több eszközt találunk a betegek elesésének megelőzésére, a helyes sebészeti gyakorlat kialakítására, a kézfertőtlenítésre, a személyzet képzésre.

Átfogó kérdőíves felmérést végzett az egyesült államokbeli Joint Commission International intézet 2006-ban a nemzetközi betegbiztonsági célokra vonatkozóan⁸. A biztonságkultúrára vonatkozó felmérésről számolnak be amerikai szerzők⁹, amelyet 15 kaliforniai kórházban végeztek a dolgozók körében. Három országban (USA, Egyesült Királyság, Új-Zéland) végeztek nemzetközi összehasonlító kérdőíves felmérést szerzők¹⁰ a biztonsággal kapcsolatos viselkedésről, magatartásról és a dolgozók hozzáállásáról. A felmérés megállapítása az volt, hogy a vizsgált egészségügyi szervezetek rendszeresen felméri a dolgozók magatartását 6 betegbiztonságot érintő területen, és összehasonlítják a kapott eredményeket más intézményekkel.

⁷ H.B. Andersen, N. Hermann, M.D. Madsen, D. Oestergaard, T. Schioler: Hospital Staff Attitudes to Models of Reporting Adverse Events: Implications for Legislation. National Board of Health, Denmark kiadványa, 2004.

⁸ International Patient Safety Goals. JCI's Resources, Inc. 2006.

⁹ S.J.Singer, D.M. Gaba, J.J. Geppert, A.D Sinaiko, S.K.Howard, K.C. Park: The culture of safety: result of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Quality safety Health Care* 2003; **12**: 112-118 pp,

¹⁰ J.B. Sexton, R.L.Helmrich, T.B. Neilands, K. Rowan, K.Vella, J. Boyden, P.R. Roberts, E.J. Thomas: The Safety attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data and emerging research. *BMC Health Services Research* 2006, **6**:44

Ennek alapján olyan intézkedéseket tesznek, amelyekkel javítani tudják a dolgozók megbiztonsággal kapcsolatos viselkedését és hozzáállását, és mérik az intézkedések eredményességét is.

Hazai törekvések

Magyarországon is elkezdődött a törekvés a megbiztonság színvonalának javítására. Ennek érdekében az Egészségügyi Minisztérium támogatásával felmérést végeztek a kórházakban folyó munka minőségének állapotára vonatkozóan. Ebben a felmérésben szerepeltek először olyan kérdések is, amelyek a megbiztonsággal hozhatók összefüggésbe. Több kérdéskör vonatkozott a munkatársak szemléletének kialakítására, a nem vétkességen alapuló kultúra bevezetésére, a nem kívánatos eseményeket bejelentő rendszer működtetésére, a kockázatkezelő rendszerek kialakítására. A megelőzés fontos eszköze a megfelelő protokollok megléte, amelyek szakmailag meghatározzák az ellátási folyamat kritikus lépéseinél alkalmazandó teendőket, úgymint a gyógyszerek alkalmazását, a transfúziót, a műtétek előkészítését és végrehajtását, az anesztéziát, az antibiotikum profilaxist, a nozokomiális fertőzések és decubitusok elkerülését, az elesések vagy pszichiátriai krízisek megelőzését.

A felmérés eredményéből kiindulva 2005-ben indított az Egészségügyi Minisztérium egy projektet, amelyben célirányosan kívánt adatokat szerezni a megbiztonság helyzetére a magyarországi egészségügyi intézményekben. Ehhez kérdőíves felmérést terveztek, amely a betegdokumentáció intézményi felülvizsgálata alapján szerez adatokat a betegekkel kapcsolatos

tevékenységekre és a felmerülő kockázatok kezelésére. Ez a felmérés akkor csak terv szinten maradt, de a probléma fontosságánál fogva az egészségügyi kormányzat szándéka szerint a projekt 2006-ban azzal folytatódott, hogy az Egészségügyi Minisztérium munkacsoportot hozott létre a helyzetfelmérés módszereinek kidolgozására és a felmérés megvalósítására.

Ennek a szándéknak a megvalósítására induló projekt jelenlegi állásáról számolunk be a most közreadott jelentésünkben. A projekt megvalósításában a MEDMIN BT által koordinált munkacsoport a helyzetfelmérő kérdőívek kidolgozására és tesztelésére kapott megbízást. Ennek megfelelően helyzetfelmérő kérdőíveket dolgoztunk ki a fekvőbeteg és járóbeteg ellátó intézmények számára, az ott folyó betegellátás biztonságosságának és a személyzet ezzel kapcsolatos tevékenységének felmérésére.

Munkánk célja az volt, hogy módszert adjunk az intézményekben jelenleg meglévő megbízottsági helyzet felmérésére, és az intézmények számára a további adatgyűjtésben és adatközlésben való részvételre. Jelen munka eredményei alapot szolgáltatnak az Egészségügyi Minisztérium illetékeseinek ahhoz, hogy megszervezze a Nyugat-Európában és az Egyesült Államokban már bevált adatgyűjtő és bejelentő rendszert, amelynek segítségével valós képet kaphat az intézményekben folyó ellátás kockázatairól, és jogszabályi eszközöket vezethet be a megbízottság javítására és a betegek gyógyulási esélyeit növelő, egészségi állapotuk károsodását megelőző szemlélet, munkakultúra kialakítása érdekében.

A felmérésre alkalmas eszközök kidolgozása

A kérdőívek megtervezése és tesztelése

Az Egészségügyi Minisztérium felkérésére a MEDMIN Bt által koordinált munkacsoport tagjai kidolgoztak egy kérdőív típust fekvőbeteg intézményekben végzett, betegbiztonsággal kapcsolatos tevékenységek felmérésére és egy másik típusú kérdőívet a járóbeteg intézmények ilyen irányú tevékenységének felderítésére. A kialakított kérdőívek első, véleményezett változatát az *1.sz. Melléklet* és a *3. sz. Melléklet* mutatja be. A kérdőíveken szereplő kérdések egy része annak a felmérésére irányult, hogy az adott intézményben egyáltalán gyűjtenek-e adatokat a betegbiztonsággal összefüggő tevékenységekre, az intézményben előforduló nem kívánatos eseményekre, és ha igen szervezeten és rendszeresen, vagy alkalmasszerűen. Arra is kiterjedtek a kérdések, hogy ha gyűjtenek adatokat, azokat milyen formában, milyen adatforrásból veszik, és történik-e feldolgozás, értékelés és további intézkedés a kapott információk alapján. A kérdések másik csoportja példákat tartalmaz a fekvőbeteg, illetve járóbeteg ellátásban előforduló, a betegek biztonságát veszélyeztető nem kívánatos eseményekre, kockázatokra. Ezek az események a szakirodalmi adatok alapján külföldi felmérések szerint gyakran előfordulnak az egészségügyi intézményekben. Ebből kiindulva a felmérés során konkrétan rákérdeztünk, hogy ezekre az eseményekre odafigyelnek-e, az előfordulásukkal foglalkoznak-e, gyűjtenek-e adatokat az előfordulásuk gyakoriságára vonatkozóan. A kérdések egy része alkalmas arra, hogy a válaszok alapján rangsorolni lehessen a nem kívánatos eseményeket az előfordulásuk gyakorisága, és a

válaszadók megítélése szerinti súlyossága szerint. Ennek figyelembe vételével a kapott adatok alkalmasak lehetnek arra, hogy a jelen felmérés alapján tervezett adatgyűjtő és feldolgozó rendszert úgy lehessen kialakítani, hogy elsősorban ezekre a problémákra koncentráljon. Az ily módon kidolgozott és a munkacsoport tagjai által elméleti alapon véleményezett kérdőíveket a gyakorlati használhatóság szempontjából tesztelésnek vetettük alá, néhány reprezentatív intézmény bevonásával.

A kérdőívek gyakorlati tesztelése

A tesztelésre kiválasztott és felkért intézmények elsősorban a munkacsoport tagjai által képviselt intézmények közül kerültek ki. Ezen kívül arra törekedtünk a kiválasztásnál, hogy lehetőleg az ország minden régiójából legyen képviselve egy-egy intézmény, és vegyen részt a tesztelésben megyei és területi kórház, szakrendelővel rendelkező intézmények és egyetemi klinikák is.

A kiválasztott intézmények orvos-igazgatói, ápolási igazgatói, és ahol lehetséges volt, minőségirányítási vezetői kaptak felkérést, hogy véleményezzék a kérdőíveket a gyakorlati használhatóság szempontjából, vizsgálják meg a kérdéseket egyértelműség, érthetőség, logikai zárttság és szakmai korrektség szempontjából. A tesztelés során egy-egy intézmény vezetőit arra kértük, hogy lehetőleg minden szakmailag és minőségügyileg érintett vezető bevonásával, intézményenként egy-egy kérdőívet töltsenek ki, illetve az egyetemi intézményeknél próbaképpen több szakmára kiterjedően végeztettük el a tesztelést oly módon, hogy a

részvételre jelentkező klinikák vezetői töltötték ki a kérdőíveket. A kérdőívek tényleges kitöltése azért volt célszerű, mert a kérdések érthetősége, egyértelműsége és logikai zártsága akkor derülhet ki valójában, ha a kérdőíveket „élesben”, a valós helyzetet értelmezve próbálják meg kitölteni az intézmények vezetői. A kitöltéshez mellékelünk mind a járóbeteg, mind a fekvőbeteg kérdőívekhez Kitöltési útmutatókat, a kérdések egyértelmű, pontos értelmezése érdekében. A kitöltési útmutatók szövegét a *2. sz. Mellékletben* és a *4. Sz. Mellékletben* mutatjuk be.

A tesztelés elérte a célként kitűzött eredményt, mivel a különböző típusú intézmények szakemberei a gyakorlati kitöltés során valóban számos hibát, értelmezési zavart és logikai problémát vettek észre a kérdőívekben. A véleményüket, javaslataikat leírták, értelmezési kérdéseket vetettek fel a kérdőívet szerkesztők felé, amelyek segítettek bennünket a minden szempontból megfelelő, jól alkalmazható végleges kérdőívek kidolgozásában. A problémák megválaszolása, sokszor további személyes egyeztetések alapján kialakultak azok a kérdőívek, amelyeket immár alkalmasnak találtunk az egységes elvű országos felmérés elvégzésére. Ezeket a kérdőíveket mutatjuk be (*Lásd az 1. sz. Mellékletet és a 3. sz. Mellékletet*)

Ezeket a megbízó Egészségügyi Minisztérium illetékeseinek a rendelkezésére bocsátottuk, akik a kérdőíveket eljuttatták minden magyarországi fekvőbeteg és járóbeteg ellátó egészségügyi intézmény vezetőjéhez. Az országos felmérés célja az volt, hogy átfogó képet kapjon az egészségügyi kormányzat arról, hogy jelenleg mi a helyzet a magyarországi intézményekben a

betegbiztonságot illetően, milyen mértékben és milyen módon foglalkoznak az intézmények a betegek biztonságával. Arra is választ ad a tervezett országos felmérés, hogy van-e különbség az egyes intézmény típusok között, illetve az ország különböző területein, a betegbiztonságra való törekvés és szervezett intézkedések tekintetében. Ennek eredménye alapján történhet annak az adatgyűjtő és feldolgozó rendszernek a kidolgozása, amely konkrét adatokat szolgáltat az egyes intézmények és szakmák tekintetében a betegek biztonságának tényleges helyzetére, és ennek alapján történő javítására.

A feldolgozás technikai megvalósítása

A tesztelésre készített kérdőíveket a MEDMIN BT munkatársa elektronikus úton egyenként eljuttatta a felkért intézmények képviselőihez. Az intézményekben a kérdőívek kitöltése megtörtént, majd a kitöltött kérdőíveket egyedileg juttatták vissza a feldolgozást végző munkatársak részére részben elektronikusan, részben kinyomtatott formában. A tesztelés egyszeri kérdőív kitöltést jelentett a munkában részt vevő 7 intézmény részéről, akik – mivel az egyetemek részéről több klinika is részt vett a tesztelésben – összesen 23 fekvőbeteg és 11 járóbeteg kérdőívet küldtek vissza.

A válaszok feldolgozása a MEDMIN BT szakembere által készített saját fejlesztésű számítógépes rögzítő és feldolgozó szoftver segítségével történt. Ez a program alkalmas a kérdőívek típusának, és az intézmények azonosító adatainak rögzítésére, valamint a válaszok kérdéstípusonkénti rögzítésére, gyűjtésére és különböző

elemzési szempontok szerinti lekérdezésére és listázására. A program által feldolgozott adatokat Excel táblázatkezelő, a szöveges megjegyzéseket Word szövegszerkesztő programba exportálva lehetőség nyílik további szerkesztésekre, diagramok és egyéb feldolgozások készítésére.

1. sz MELLÉKLLET

Betegbiztonsági rendszer működését felmérő KÉRDŐÍV

Fekvőbeteg szakellátás

1. Milyen irányításai rendszer működik az intézményben? (több válasz is megjelölhető)

- ISO 9001
- standardalapú (MEES - KES)
- EFQM
- környezetirányítási (ISO 14001)
- egyéb minőségügyi rendszer.....
- egyik sem

2. Meghatározták-e az intézményben a betegbiztonságot veszélyeztető nem kívánt eseményeket? (a „betegbiztonság”¹¹ és a „nem kívánt események”¹² meghatározását lásd a lábjegyzetben)

- igen
- részben
- nem

3. Működik-e az intézményen belül adatgyűjtő rendszer a nem kívánt események előfordulására vonatkozóan?

- rendszeres adatgyűjtés történik
- rendszeres adatgyűjtés és értékelés is történik
- alkalmasszerűen történik adatgyűjtés
- nincs ilyen rendszer

4. Ha igen, milyen adatforrás alapján történik az adatgyűjtés az intézményben? (több válasz is megjelölhető)

- betegdokumentáció átvizsgálása alapján
- dolgozók önbevallása alapján
- munkatársak jelzése alapján
- betegek jelzése alapján
- vezetői ellenőrzés alapján
- egyéb módon:.....
- egyik sem

5. Működik-e az intézményben kockázat értékelés ? (a „kockázat értékelés”¹³

¹¹ **betegbiztonság:** A betegeket érintő kockázatok és események meghatározása, analízise és kezelése, valamint a betegellátás során kialakuló nem kívánt hatások elkerülését, megelőzését vagy korrigálását célzó tevékenységek összessége annak érdekében, hogy az ellátás biztonságosabb legyen, és csökkenjen az ellátottak károsodása.

¹² **nem kívánt esemény:** Minden nem szándékos, vagy váratlan esemény, amely károsodáshoz vezetett, vagy vezethetett volna a betegek ellátása során. A károsodás inkább az ellátás, mint a betegség következményeként jött létre.

meghatározását lásd a lábjegyzetben)

- igen
- részlegesen
- nem

6. **Hogyan valósítják meg az intézményen belül a kockázat értékelést?**
- főállású kockázat menedzser alkalmazásával
 - Kockázatkezelő Munkacsoport segítségével
 - egyéb beosztású vezető(k) feladata
 - nem történik módszeres kockázatkezelés

7. **Működik-e az intézményben a betegdokumentációban rögzített adatokon kívüli betegazonosító rendszer? (pl. karszalag)**
- minden betegnél
 - meghatározott esetekben
 - egyáltalán nem

8. **Történik-e adatgyűjtés a gyógyszerelési hibákról? (a „gyógyszerelési hiba”¹⁴ meghatározását lásd a lábjegyzetben)**
- rendszeresen
 - alkalmanként
 - egyáltalán nem

9. **Történik-e adatgyűjtés a decubitusok számáról?**
- rendszeresen
 - alkalmanként
 - egyáltalán nem

10. **Értékelik-e a betegbiztonságra vonatkozó betegpanaszokat? (pl. orvosi műhibák, higiénia, stb.)**
- rendszeresen
 - alkalmanként
 - egyáltalán nem

11. **Történik-e adatgyűjtés a betegelések, betegbalesetek számáról?**
- rendszeresen
 - alkalmanként
 - egyáltalán nem

12. **Történik-e adatgyűjtés a nosocomiális fertőzésekről?**

¹³ **kockázat értékelés:** Klinikai és adminisztratív tevékenységek, amelyek a betegek, az egészségügyi személyzet és a látogatók károsodásához vezető kockázatok felmérését, azonosítását, és súlyosságának meghatározását célozzák.

¹⁴ **gyógyszerelési hiba:** Minden olyan megelőzhető esemény, amely nem megfelelő gyógyszereléshez, vagy a beteg gyógyszer következtében károsodásához vezet ill. vezethet, amikor az ellenőrzés az egészségügyi ellátó, a beteg, vagy a fogyasztó kezében van. Ilyen események kapcsolódhatnak a szakmai tevékenységhez, a gyártáshoz, folyamatokhoz és rendszerekhez - beleértve a gyógyszerelés elrendelését - kommunikációhoz, címkékhez, csomagoláshoz és elnevezéshez, összetételhez, terjesztéshez, képzéshez, monitorozáshoz és alkalmazáshoz.

- rendszeresen
- alkalmoszerűen
- egyáltalán nem

13 Jelölje az alábbiakban felsorolt minden eseménynél, hogy milyen az előfordulás gyakorisága intézményükben?

1= egyáltalán nem fordult elő

2= ritkán fordult elő, gyakoriság <1/hó

3= esetenként fordult elő, gyakoriság 1-10/hó

4= gyakran fordult elő, gyakoriság >10/hó

5= nem volt róla tudomásunk

- a) diagnosztikai egység téves szóbeli eredmény közlése az orvos részére
- b) mérő vagy vizsgálóeszköz *hibás állapota*, ami miatt a beteg vizsgálata nem valósulhatott meg
- c) mérő vagy vizsgálóeszköz *hiánya*, ami miatt a beteg vizsgálata nem valósulhatott meg
- d) téves diéta elrendelése
- e) ételmszer higiéniai probléma
- f) pszichiátriai beteg fizikai korlátozása
- g) műtéti előkészítés során előforduló hiba
- h) téves oldali műtét
- i) műtét utáni nem kívánt események (*pl. varratszétnyílás, műtét utáni szövődmény pl. haemorrhagia, haematoma, embolia*)
- j) transzfúziós szövődmény
- k) betegszállítás nem megfelelősége (*pl. hibás szállítóeszköz, képzetlen betegszállító, téves információ, nem kellő gondosság*)
- l) veszélyes hulladék nem megfelelő kezelése (*beteg hozzáférhet a fertőző anyaghoz*)
- m) öngyilkosság
- n) betegcsere
- o) gyógyszerelési hiba
- p) decubitus
- q) nosocomiális infekció
- r) betegbalesetek
- s) nem megfelelően azonosított vizsgálati anyag

14 Válassza ki a betegbiztonság szempontjából az előző pontban felsoroltak közül (az ott szereplő betűk beírásával) a legkockázatosabb, a közepes és a legkisebb kockázatú problémát!

- legkockázatosabb probléma

- közepes kockázatú probléma
 legkisebb kockázatú probléma

15 **Mire használják a gyűjtött adatokat?** *(több válasz is megjelölhető)*

- statisztikai feldolgozásra
- javító, helyesbítő intézkedések megtételére, személyes felelősség megállapítása nélkül
- javító, helyesbítő intézkedések megtételére, indokolt esetben személyes felelősségre vonással
- a hibák megelőzése érdekében a dolgozók továbbképzésére
- nem történik rendszeres adatfeldolgozás és kiértékelés

16 **A vezetők a tudomásukra jutott nem kívánatos eseményeket megbeszélik-e a dolgozókkal?**

- rendszeresen
- alkalmasszerűen
- egyáltalán nem

17 **Ha megbeszélik, milyen formában?** *(több válasz is megjelölhető)*

- felső vagy középvezetői értekezleten
- osztályértekezleten
- egyéb módon:.....
- nem történik megbeszélés

18 **Vizsgálják-e a munkahelyi légkör dolgozókra kifejtett hatását?** *(dolgozók körében végzett felméréssel)*

- rendszeresen
- alkalmasszerűen
- egyáltalán nem

19 **Vizsgálják-e a betegellátásban dolgozók viselkedését, a betegekkel való bánásmódot?** *(betegek véleményének megkérdezésével)*

- rendszeresen
- alkalmasszerűen
- egyáltalán nem

20 **Használnak-e a leggyakrabban kezelt betegségekre írásos betegtájékoztató anyagokat a betegekkel való kommunikációban?**

- minden területen
- nem minden szakterületre kiterjedően
- nem rendszeresen
- egyáltalán nem

21 **Tartottak –e képzéseket az intézmény dolgozói részére a megbiztonsággal kapcsolatos elvi és gyakorlati tudnivalókról? (több válasz is megjelölhető)**

- a vezető beosztású dolgozók részére
- az orvosok részre
- az ápolók részére
- minden betegellátásban dolgozó részére
- egyáltalán nincs ilyen tárgyú oktatás

22 **Alkalmazzák-e az Egészségügyi Közlönyben közzétett szakmai kollégium által készített szakmai protokollokat a napi munkában?**

- ellenőrzöten minden esetben
- minden esetben használjuk a helyi adaptáció elvégzése után
- orvostól függően használjuk
- ismerjük, de nem használjuk
- nem ismerjük
- nem minden esetben használjuk

23 **Felkérésre részt venne-e az Önök intézménye a megbiztonság helyzetéről szóló országos önkéntes adatgyűjtésben?**

- igen
- nem

2. sz. MELLÉKLET

Kitöltési Útmutató

a megbiztonsági rendszer működését felmérő
KÉRDŐÍV-hez

Fekvőbeteg szakellátás

Fejléc: Az Intézmény nevét és címét kérjük a pontozott vonalra beírni. A régió kódját a zárójelben található kódszámok szerint kérjük kitölteni.

A válasz(ok)at a megfelelő négyzetbe **X**-szel kérjük jelölni!

1. kérdés

A kérdésben szereplő fogalmak meghatározása:

Nem kívánt esemény:

Minden nem szándékos, vagy váratlan esemény, amely károsodáshoz vezetett, vagy vezethetett volna a betegek ellátása során. A károsodás inkább az ellátás, mint a betegség következményeként jött létre.

Betegbiztonság:

A betegeket érintő kockázatok és események meghatározása, analízise és kezelése, valamint a betegellátás során kialakuló nem kívánt hatások elkerülését, megelőzését vagy korrigálását célzó tevékenységek összessége annak érdekében, hogy az ellátás biztonságosabb legyen, és csökkenjen az ellátottak károsodása.

2. kérdés

Csak egy válasz jelölhető meg.

3. kérdés

Csak egy válasz jelölhető meg.

4. kérdés

A kérdésben a megbiztonságra vonatkozó adatgyűjtést kell érteni. Ez lehet a betegdokumentáció célirányos, dokumentált átvizsgálása, vagy a hibát elkövető dolgozó önkéntes bejelentése vezetőjének/felettesének vagy egy erre a célra rendszeresített adatbázisba. A „munkatársak jelzése”, illetve a „betegek jelzése” úgy értendő, hogy az észlelt problémákat, nem kívánt eseményeket az észlelő dolgozó vagy a beteg, illetve hozzátartozója az egység felelős vezetőjének vagy az intézményben erre kijelölt személynek jelzi. A felsoroltakon kívüli egyéb módszert szövegesen az „egyéb módon” címszó után a pontozott helyre kérjük beírni.

5. kérdés

A kérdésben szereplő fogalom meghatározása:

Betegbiztonsági kockázatértékelés:

Klinikai és adminisztratív tevékenységek, amelyek a betegek, az egészségügyi személyzet és a látogatók károsodásához vezető kockázatok felmérését, azonosítását, és súlyosságának meghatározását célozzák.

Nem értendő ide a jogszabály értelmében kötelező munkavédelmi kockázatértékelés.

6. kérdés

Csak egy válasz jelölhető meg.

7. kérdés

A kötelezően alkalmazandó személyes adatok rögzítésén kívüli, a betegcsere kockázatát kizáró és a biztonságos betegazonosítást lehetővé tevő rendszer működésére vonatkozik.

8. kérdés

A kérdésben szereplő fogalom meghatározása:

Gyógyszerelési hiba:

Minden olyan megelőzhető esemény, amely nem megfelelő gyógyszereléshez, vagy a beteg gyógyszer következtében bekövetkező károsodásához vezet ill. vezethet, amikor az ellenőrzés az egészségügyi ellátó, a beteg, vagy a fogyasztó kezében van. Ilyen események kapcsolódhatnak a szakmai tevékenységhez, a gyártáshoz, gyógyszerelési folyamatokhoz és rendszerekhez - beleértve a gyógyszerelés elrendelését - kommunikációhoz, címkékhez, csomagoláshoz és elnevezéshez, összetételhez, terjesztéshez, képzéshez, monitorozáshoz és alkalmazáshoz.

9. kérdés

Csak egy válasz jelölhető meg.

10. kérdés

A kérdés az írásban megtett vagy dokumentált betegpanaszok írásbeli értékelésére, az ezzel kapcsolatban megtett intézkedések rendszerére vonatkozik. Az értékelésen azt kell érteni, hogy az a vezető vagy kijelölt kockázat menedzser végzi, akinek a tudomására jutott a nem kívánt esemény.

11. kérdés

A kérdésben a betegellátó intézményben történt, maradandó károsodáshoz vezető elesésekről, ellátást igénylő sérülést okozó balesetekről van szó.

12. kérdés

A kérdésben szereplő fogalom meghatározása:

Nosocomiális fertőzés:

Kórházi ápoláshoz, gyógykezeléshez kapcsolódó fertőzés, amely a beteg felvételekor még lappangó formában sincs jelen, a felvételt követően 48-72 órán túl jelentkezik. Gyakori nosocomiális fertőzések a húgyúti fertőzés, a sebfertőzések, a légúti fertőzések és az érrendszeri (véráram) fertőzések.

13. kérdés

A kérdésben felsorolt **minden eseményt minősíteni szíveskedjen** a négyzetbe írt, az előfordulás gyakoriságát jelző 1-5-ig számok segítségével.

14. kérdés:

Minősítse a 13. kérdésben felsorolt problémákat, eseményeket kockázatosság szempontjából oly módon, hogy mindhárom válaszhoz egy-egy betűt ír, a 13. kérdésből kiválasztva. Az események kiválasztása és kockázatosság szerinti rangsorolása nem függ össze azzal, hogy az adott esemény az önk intézményében előfordult-e.

15. kérdés

Több válasz is megjelölhető.

16. kérdés

Csak egy válasz jelölhető meg. A vezetőkön munkahelyi közvetlen vagy felső vezető értendő.

17. kérdés

Több válasz is lehetséges. Az egyéb eseteket szövegesen az „egyéb módon” címszó után a pontozott helyre kérjük beírni.

18. kérdés

A felmérés dokumentált, célirányos, a munkahelyi légkör vizsgálatára és hatásaira irányuló kérdőíves vagy interjú, dokumentáltan feldolgozott felmérést jelent.

19. kérdés

A felmérés dokumentált, célirányos, a dolgozók magatartására, beszédmodorára, emberi magatartására irányuló kérdőíves vagy interjú, dokumentáltan feldolgozott felmérést jelent, amelyet a betegek körében végeztek.

20. kérdés

A kérdés a szakmai szempontoknak megfelelő, a beteg számára érthetően, átadható formában rendelkezésre álló, a betegségről, kezelésről, várható következményekről szóló, a tájékozott beleegyezés adását elősegítő írásos tájékoztató anyag alkalmazására vonatkozik.

21. kérdés

Több válasz is megjelölhető. Szorosan véve a megbízottsággal kapcsolatos oktatásra, képzésre vonatkozik. A munkavédelmi, tűzvédelmi és egyéb kötelező munkahelyi biztonsági oktatások nem tartoznak ide, de pl. a fertőzések megelőzésére vonatkozó ismeretek oktatása igen.

22. kérdés

A kérdést annak figyelembe vételével kell megválaszolni, hogy az Egészségügyi Közlönyben megjelent protokollokat minden érintett szakterületen, a kiadott formában, minden esetben alkalmazzák-e, az alkalmazását szakmailag, szervezett formában a betegdokumentáció alapján ellenőrzik-e, vagy használata nem minden területen történik meg, esetleg csak egyes orvosok használják, és betartását nem ellenőrzik.

23. kérdés

A tervezet adatgyűjtés önkéntes, egyes intézmények eredményei nem kerülnek publikálásra, csak az összesített országos átlag adatok. A felmérésben való részvétellel az intézménynek lehetősége nyílik benchmarkingra - az intézményi adatoknak az országos adatokkal történő összehasonlítására -, a további fejlesztési teendők meghatározására.

3. sz. MELLÉKLET Betegbiztonsági rendszer működését felmérő KÉRDŐÍV

Járóbeteg szakellátás

1. **Milyen irányításai rendszer működik az intézményben? (több válasz is megjelölhető)**

- ISO 9001
- standardalapú (MEES-JES)
- EFQM
- környezetirányítási (ISO 14001)
- egyéb minőségügyi rendszer.....
- egyik sem

2. **Meghatározták-e az intézményben a betegbiztonságot veszélyeztető nem kívánt eseményeket?** (a „*betegbiztonság*”¹⁵ és a „*nem kívánt események*”¹⁶ meghatározását lásd a lábjegyzetben)

- igen
- részben
- nem

3. **Működik-e az intézményen belül adatgyűjtő rendszer a nem kívánt események előfordulására vonatkozóan?**

- rendszeres adatgyűjtés történik
- rendszeres adatgyűjtés és értékelés is történik
- alkalmasszerűen történik adatgyűjtés
- nincs ilyen rendszer

4. **Ha igen, milyen adatforrás alapján történik az adatgyűjtés az intézményben?** (több válasz is megjelölhető)

- betegdokumentáció átvizsgálása alapján
- dolgozók önbevallása alapján
- munkatársak jelzése alapján
- betegek jelzése alapján
- vezetői ellenőrzés alapján
- egyéb módon:.....
- egyik sem

5. **Működik-e az intézményben kockázat értékelés ?** (a „*kockázat értékelés*”¹⁷ meghatározását lásd a lábjegyzetben)

- igen
- részlegesen
- nem

6. **Hogyan valósítják meg az intézményen belül a kockázat értékelést?**

- főállású kockázat menedzser alkalmazásával
- Kockázatkezelő Munkacsoport segítségével
- egyéb beosztású vezető(k) feladata

¹⁵ **betegbiztonság:** A betegeket érintő kockázatok és események meghatározása, analízise és kezelése, valamint a betegellátás során kialakuló nem kívánt hatások elkerülését, megelőzését vagy korrigálását célzó tevékenységek összessége annak érdekében, hogy az ellátás biztonságosabb legyen, és csökkenjen az ellátottak károsodása.

¹⁶ **nem kívánt esemény:** Minden nem szándékos, vagy váratlan esemény, amely károsodáshoz vezetett, vagy vezethetett volna a betegek ellátása során. A károsodás inkább az ellátás, mint a betegség következményeként jött létre.

¹⁷ **kockázat értékelés:** Klinikai és adminisztratív tevékenységek, amelyek a betegek, az egészségügyi személyzet és a látogatók károsodásához vezető kockázatok felmérését, azonosítását, és súlyosságának meghatározását célozzák.

- nem történik módszeres kockázatkezelés

7. **Működik-e az intézményben a betegdokumentációban rögzített adatokon kívüli betegazonosító rendszer? (pl. karszalag)**

- minden betegnél
 meghatározott esetekben
 egyáltalán nem

8. **Történik-e adatgyűjtés a gyógyszerelési hibákról? (a „gyógyszerelési hiba”¹⁸ meghatározását lásd a lábjegyzetben)**

- rendszeresen
 alkalmyszerűen
 egyáltalán nem

9. **Értékelik-e a betegbiztonságra vonatkozó betegpanaszokat? (pl. orvosi műhibák, higiénia, stb.)**

- rendszeresen
 alkalmyszerűen
 egyáltalán nem

10 **Történik-e adatgyűjtés a betegelések, betegbalesetek számáról?**

- rendszeresen
 alkalmyszerűen
 egyáltalán nem

11 **Jelölje az alábbiakban felsorolt minden eseménynél, hogy milyen az előfordulás gyakorisága intézményükben?**

1= egyáltalán nem fordult elő

2= ritkán fordult elő, gyakoriság <1/hó

3= esetenként fordult elő, gyakoriság 1-10/hó

4= gyakran fordult elő, gyakoriság >10/hó

5= nem volt róla tudomásunk

- a) diagnosztikai egység téves eredményközlése az orvos felé
 b) mérő vagy vizsgálóeszköz hibás állapota, ami miatt a beteg vizsgálata nem valósulhatott meg
 c) újraélesztés lehetősége nehezen elérhető
 d) eszközök sterilizálása nem megoldott
 e) vizsgálóasztalon a textilcsere nem minden beteg után történik meg

¹⁸ **gyógyszerelési hiba:** Minden olyan megelőzhető esemény, amely nem megfelelő gyógyszereléshez, vagy a beteg gyógyszer következtében károsodásához vezet ill. vezethet, amikor az ellenőrzés az egészségügyi ellátó, a beteg, vagy a fogyasztó kezében van. Ilyen események kapcsolódhatnak a szakmai tevékenységhez, a gyártáshoz, folyamatokhoz és rendszerekhez - beleértve a gyógyszerelés elrendelését - kommunikációhoz, címkékhez, csomagoláshoz és elnevezéshez, összetételhez, terjesztéshez, képzéshez, monitorozáshoz és alkalmazáshoz.

- f) meglévő eszközök használatát nem kellően ismerik
- g) információhiány a beteg korábbi kezeléseiről
- h) elkülönítési lehetőség hiánya fertőző vagy krónikus betegek esetén a váróhelyiségben
- i) veszélyes hulladék nem megfelelő kezelése *(beteg hozzáférhet a fertőző anyaghoz)*
- j) leletkiadásnál az adatvédelem nem szabályozott
- k) betegazonosítás hiánya miatt betegcsere
- l) gyógyszerelési hiba
- m) beteg elesése
- n) mozgáskorlátozott akadályoztatása
- o) nem megfelelően azonosított vizsgálati anyag

12 **Válassza ki a betegbiztonság szempontjából az előző pontban felsoroltak közül (az ott szereplő betűk beírásával) a legkockázatosabb, a közepes és a legkisebb kockázatú problémát!**

- legkockázatosabb probléma
- közepes kockázatú probléma
- legkisebb kockázatú probléma

13 **Mire használják a gyűjtött adatokat? (több válasz is megjelölhető)**

- statisztikai feldolgozásra
- javító, helyesbítő intézkedések megtételére, személyes felelősség megállapítása nélkül
- javító, helyesbítő intézkedések megtételére, indokolt esetben személyes felelősségre vonással
- a hibák megelőzése érdekében a dolgozók továbbképzésére
- nem történik rendszeres adatfeldolgozás és kiértékelés

14 **Az vezetők a tudomásukra jutott nem kívánatos eseményeket megbeszélnek-e a dolgozókkal?**

- rendszeresen
- alkalmasszerűen
- egyáltalán nem

15 **Ha megbeszélnek, milyen formában? (több válasz is megjelölhető)**

- felső vagy középvezetői értekezleten
- osztályértekezleten
- egyéb módon:.....

nem történik megbeszélés

16 **Vizsgálják-e a munkahelyi légkör dolgozókra kifejtett hatását?** *(dolgozók körében végzett felméréssel)*

- rendszeresen
- alkalmyszerűen
- egyáltalán nem

17 **Vizsgálják-e a betegellátásban dolgozók viselkedését, a betegekkel való bánásmódot?** *(betegek véleményének megkérdezésével)*

- rendszeresen
- alkalmyszerűen
- egyáltalán nem

18 **Használnak-e rendszeresen a leggyakrabban kezelt betegségekre írásos betegtájékoztató anyagokat a betegekkel való kommunikációban?**

- minden területen
- nem minden szakterületre kiterjedően
- nem rendszeresen
- egyáltalán nem

19 **Tartottak –e képzéseket az intézmény dolgozói részére a megbiztonsággal kapcsolatos elvi és gyakorlati tudnivalókról?** *(több válasz is megjelölhető)*

- a vezető beosztású dolgozók részére
- az orvosok részre
- az ápolók részére
- minden betegellátásban dolgozó részére
- egyáltalán nincs ilyen tárgyú oktatás

20 **Felkérésre részt venne-e az Önök intézménye a megbiztonság helyzetéről szóló országos önkéntes adatgyűjtésben?**

- igen
- nem

4. sz. MELLÉKLET

Kitöltési Útmutató

a megbiztonsági rendszer működését felmérő
KÉRDŐÍV-hez

Járóbeteg szakellátás

Fejléc: Az Intézmény nevét és címét kérjük a pontozott vonalra beírni. A régió kódját a zárójelben található kódszámok szerint kérjük kitölteni.

A válasz(ok)at a megfelelő négyzetbe **X**-szel kérjük jelölni!

1. kérdés

A kérdésben szereplő fogalmak meghatározása:

nem kívánt esemény:

Minden nem szándékos, vagy váratlan esemény, amely károsodáshoz vezetett, vagy vezethetett volna a betegek ellátása során. A károsodás inkább az ellátás, mint a betegség következményeként jött létre.

betegbiztonság:

A betegeket érintő kockázatok és események meghatározása, analízise és kezelése, valamint a betegellátás során kialakuló nem kívánt hatások elkerülését, megelőzését vagy korrigálását célzó tevékenységek összessége annak érdekében, hogy az ellátás biztonságosabb legyen, és csökkenjen az ellátottak károsodása.

2. kérdés

Csak egy válasz jelölhető meg.

3. kérdés

Csak egy válasz jelölhető meg.

4. kérdés

A kérdésben a megbiztonságra vonatkozó adatgyűjtést kell érteni. Ez lehet a betegdokumentáció célirányos, dokumentált átvizsgálása, vagy a hibát elkövető dolgozó önkéntes bejelentése vezetőjének/felettesének vagy egy erre a célra rendszeresített adatbázisba. A „munkatársak jelzése”, illetve a „betegek jelzése” úgy értendő, hogy az észlelt problémákat, nem kívánt eseményeket az észlelő dolgozó vagy a beteg, illetve hozzátartozója az egység felelős vezetőjének vagy az intézményben erre kijelölt személynek jelzi (szóban vagy írásban). A felsoroltakon kívüli egyéb módszert szövegesen az „egyéb módon” címszó után a pontozott helyre kérjük beírni.

5. kérdés

A kérdésben szereplő fogalom meghatározása:

betegbiztonsági kockázatértékelés:

Klinikai és adminisztratív tevékenységek, amelyek a betegek, az egészségügyi személyzet és a látogatók károsodásához vezető kockázatok felmérését, azonosítását, és súlyosságának meghatározását célozzák.

6. kérdés

Csak egy válasz jelölhető meg.

7. kérdés

A kötelezően alkalmazandó személyes adatok rögzítésén kívüli, a betegcsere kockázatát kizáró és a biztonságos betegazonosítást lehetővé tevő rendszer működésére vonatkozik.

8. kérdés

A kérdésben szereplő fogalom meghatározása:

gyógyszerelési hiba:

Minden olyan megelőzhető esemény, amely nem megfelelő gyógyszereléshez, vagy a beteg gyógyszer következtében bekövetkező károsodásához vezet ill. vezethet, amikor az ellenőrzés az egészségügyi ellátó, a beteg, vagy a fogyasztó kezében van. Ilyen események kapcsolódhatnak a szakmai tevékenységhez, a gyártáshoz, gyógyszerelési folyamatokhoz és rendszerekhez - beleértve a gyógyszerelés elrendelését - kommunikációhoz, címkékhez, csomagoláshoz és elnevezéshez, összetételhez, terjesztéshez, képzéshez, monitorozáshoz és alkalmazáshoz.

9. kérdés

Csak egy válasz jelölhető meg.

Az értékelésen azt kell érteni, hogy az a vezető vagy kijelölt kockázat menedzser végzi, akinek a tudomására jutott a nem kívánt esemény.

10. kérdés

A kérdésben a betegellátó intézményben történt, maradandó károsodáshoz vezető eseményekről, ellátást igénylő sérülést okozó balesetekről van szó.

11. kérdés

A kérdésben felsorolt **minden eseményt minősíteni szíveskedjen** a négyzetbe írt, az előfordulás gyakoriságát jelző 1-5-ig számok segítségével.

12. kérdés:

Minősítse a 11. kérdésben felsorolt problémákat, eseményeket kockázatosság szempontjából oly módon, hogy mindhárom válaszhoz egy-egy számot ír, a 11. kérdés válaszainak betűiből kiválasztva. Az események kiválasztása és kockázatosság szerinti rangsorolása nem függ össze azzal, hogy az adott esemény az önök intézményében előfordult-e.

13. kérdés

Több válasz is megjelölhető.

14. kérdés

Csak egy válasz jelölhető meg.

A vezetőknél munkahelyi közvetlen vagy felső vezető értendő.

15. kérdés

A válasz(ok)at a megfelelő négyzet(ek)be „X” kérjük jelölni! Az egyéb eseteket szövegesen az „egyéb módon” címszó után a pontozott helyre kérjük beírni.

16. kérdés

A felmérés dokumentált, célirányos, a munkahelyi légkör vizsgálatára és hatásaira irányuló kérdőíves vagy interjú, dokumentáltan feldolgozott felmérést jelent.

17. kérdés

A felmérés dokumentált, célirányos, a dolgozók magatartására, beszédmodorára, emberi magatartására irányuló kérdőíves vagy interjú, dokumentáltan feldolgozott felmérést jelent, amelyet a betegek körében végeztek.

18. kérdés

A kérdés a szakmai szempontoknak megfelelő, a beteg számára érthetően, átadható formában rendelkezésre álló, a betegségről, kezelésről, várható következményekről szóló, a tájékozott beleegyezés adását elősegítő írásos tájékoztató anyag alkalmazására vonatkozik.

19. kérdés

Több válasz is megjelölhető.

Szorosan véve a megbízottsággal kapcsolatos oktatásra, képzésre vonatkozik. A munkavédelmi, tűzvédelmi és egyéb kötelező munkahelyi biztonsági oktatások nem tartoznak ide, de pl. a fertőzések megelőzésére vonatkozó ismeretek oktatása igen.

20. kérdés

A tervezet adatgyűjtés önkéntes, egyes intézmények eredményei nem kerülnek publikálásra, csak az összesített országos átlag adatok. A felmérésben való részvétellel az intézménynek lehetősége nyílik benchmarkingra - az intézményi adatoknak az országos adatokkal történő összehasonlítására -, a további fejlesztési teendők meghatározására.

Betegbiztonsági felmérés a DEOEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán

Dr. Szabó Mária Dr. Török Zsuzsa

Háttér tanulmányok/ előzmények

Az irodalmi és vizsgálati adatok szerint gyakorlatilag minden 10. kórházban kezelt beteg esetében orvosi hiba előfordulhat. Bárhol is kerül a beteg kezelésre, a betegellátás csak úgy javítható, ha közösen európai szintű együttműködés kezdeményezhető a betegbiztonsága érdekében. Ezért az európai országok területén átfogó, hosszú távú program indult, melynek az a célja, hogy a betegbiztonsággal kapcsolatos szisztematikus tevékenységet beindítsák. A szakmai munkacsoportok feladata priorálni a tevékenységeket a betegek biztonságos ellátása érdekében.

A 2005. április 4.-én a Luxemburgi deklaráció állásfoglalást adott arról, hogy az egészségügyben a betegnek ill. pacienseknek elvárható joga a biztonságos betegellátás igénybevétele. Ajánlások fogalmazódtak meg az Unió és országos intézmények számára, a

betegbiztonság területén Ebben az sokirányú tevékenységben a WHO, a Betegbiztonsági világszövetség (WAPS) , az Európai Tanács, betegek, ellátók, szolgáltatók, gyógyszerészek, kórházak szakmai európai szervezetei vesznek részt.

Az ajánlások közül kiemelem a „Betegbiztonságra fókuszált munkahelyi programok megvalósítását, a nyílt kultúra megteremtését a hibák kezelése céljából” c. alpontot.

Hazánkban is fontos egészségpolitikai célkitűzés az egészségügyi ellátás minőségének javítása. Ebből a célból talán fontos utalni az 1997. évi CLIV. Törvényre az Egészségügyről, hiszen ebben kiemelt szerepet kap a minőségügyi ellátás. Ezt követően gyors tempóban került a hazai kórházakban és egészségügyi intézményekben, klinikákon a minőségügyi rendszerek bevezetése. Már a törvényben is utalás van a betegek jogainak nevesítéséről. A 2005-ben készült miniszteri irányelv pedig a betegazonosító rendszer működéséről szól, mely már konkrét javaslat a biztonság területén, egy újabb biztonsági elem beépítése.

Európában számos területre kiterjedő program indult betegbiztonság tárgykörében. Ilyen pl. a WHO által meghirdetett „Világszövetség a biztonságos betegellátásért program egyik alpontja mely „Felhívás a betegellátás globális biztonságáért”. Ebben fontos szerepet tulajdonít a egészségügyi kézhigiénés standardok és gyakorlatok javítására, illetve bevezetésére.

Magyarországon két felmérés készült a magyar kórházak minőségbiztosítási és betegbiztonsági tevékenységéről a Corvinus

Egyetem és az Egészségügyi Minisztérium közreműködésével (2001.,2005.) Ekkor a minőségbiztosítási rendszerben rejlő megbiztonsági összetevőkre koncentráltak.

2006-ban pedig továbblépve az Egészségügyi Minisztérium munkacsoportot hozott létre a megbiztonság hazai helyzetének felmérésére. A tájékoztatás a fentiekről 2006. decemberében került nyilvánosságra. Ebben részletes tájékoztatást adnak a luxemburgi deklaráció háttéréről, az Eu intézmények számára készült javaslatokról, a nemzeti hatóságok számára készült ajánlásokról. Tisztázásra kerülnek a fogalmak a megbiztonság és orvosi ellátást érintő területekről.

A megbiztonság nem csak azért fontos, mert esetleg nem szándékos károsodás történik, hanem a nemkívánatos események miatt a beteg további ellátásra szorul. Tehát ezek elkerülése igen fontos, komoly költségmegtakarítással is jár.

Nyilvánvalóan tehát mindannyiunk számára az a cél, hogy az egészségügyi szolgáltatók törekedjenek a **legnagyobb megbiztonságra**, olyan szervezeti kultúra alakuljon ki, vagy teremtsük meg a lehetőségét, hogy a hibák és/ vagy a tévedések ne büntetéssel végződjenek, hanem ezek megelőzésére összpontosítsunk. Továbbá a betegek és hozzátartozóik is hatékonyabban kapcsolódjanak be a közös munkába, együttműködve, megértő szándékkal, és kellően tájékozottan működjenek közre, a kommunikáció erősödjék

Fogalom magyarázat

Betegbiztonság definíciója (patient safety)

A betegbiztonság definícióját a „Betegbiztonság az egészségügyben” c. tájékoztató kiadványból (2007, Egészségügyi Minisztérium), és egyéb irodalmi forrásokból idézem.

1. Mentesség a véletlenszerű károsodástól a gyógykezelés folyamán (javaslat: a gyógykezelés során nem történik véletlenszerű , nem várt egészségkárosodás) a gyógykezelés következtében kialakuló nem kívánt hatások elkerülését, megelőzését vagy korrigálását célzó tevékenységek (Kohn 2000, AHA&HRET&SMP 2002.)
2. A betegeket érintő rizikók és események meghatározása, analízise és kezelése, annak érdekében, hogy az ellátás biztonságosabb legyen, és csökkenjen a páciensek károsodása (Aspden, NPSA 2004.)
3. Biztonság: a minőség alapvető területe, amely a „ véletlenszerű károsodástól” való mentességre vonatkozik. Ez a meghatározás a beteg felől közelíti a problémát (Kohn, 2002)
4. Biztonság: annak mértéke, amennyire a beavatkozás kockázatát és az ellátási környezet kockázatát csökkentik a betegek és mások számára (MEES. 1.0..2007. Eü.Min.)
5. Betegellátás biztonsága: a szolgáltatás nyújtás során a betegek testi-lelki sértetlenségének, személyes tárgyainak védelme a kockázatoktól és ártalmaktól

Az un. káros események sokfélék lehetnek: betegcsere, rossz gyógyszerelés, kórházi infectio, technikai berendezések váratlan meghibásodása, stb.)

Mindezek mellett irányelvek, protokollok bevezetése segítik a betegek biztonságos ellátását, illetve a felmerő hibaelemzés, hibaértékelés is hozzájárul a tanulságok levonásához.

A terület jogi hátterének kialakítása is részben megtörtént és biztosított, hiszen a betegtájékoztatók információt adnak, a betegjogi képviselők rendelkezésre állnak, a panaszok kivizsgálásában az etikai bizottságok, fegyelmi bizottságok segíthetnek. A személyes adatok kezeléséről és védelméről pedig lassan 10 éve törvény rendelkezik (1997. XLVII).

A betegbiztonság és az ISO 9001:2000 kapcsolata

8.5.3. Megelőző tevékenység

Az előfordulható nem megfelelések okait időben észleljék, elemezzék és gondoskodjanak ezek felmerülésének megakadályozásáról

Betegbiztonság - MEES 1.0. kapcsolata (Magyar egészségügyi ellátási standardok)

A betegellátási folyamatok területén – beleértve a háziorvosi, védőnői, járóbeteg ellátás és fekvőbeteg ellátás standardjait- számos utalást találunk amely kifejezetten a betegbiztonságra irányul. Néhány példa:

J.BEGY 9. standard Szervezeti szabályok és eljárások irányítják a gyógyszer beadást.

F.ÁTE. 7 standard (Áthelyezés, továbbutalás, elbocsátás)

A beteg mozgatása a beteg igényének megfelelő időben és módon, felügyelten a biztonságosság és az intimitás figyelembe vételével történik

III.5. pont Gazdálkodás az erőforrásokkal

Épületek és berendezések biztonsága ÉBB

Biztonságos munkakörnyezet priorálása (pl. fertőző anyag, tűzbiztonság, hulladék, közműrendszer, stb.)

Betegbiztonságot támogató kritériumok

Ha a legegyszerűbb módon kívánjuk a tárgykört megérteni, - nem csak szakemberek számára- akkor a legegyszerűbben minőségügyből már jól ismert betegutat tekintjük át.

Amennyiben nem csak az esetleges orvosi ellátás során keletkező kárt, nem várt eseményeket tekintjük, nézzük át melyek azok a tényezők, amelyek a beteg egészségügyi intézménybe történő bejutásának pillanatától veszélyeztetheti „a biztonságos ellátását”, illetve melyek azok a kritériumok amelyek kiemelt jelentőségűek.

Cselekvés

Biztonságot támogató kritériumok

A beteg beérkezése

Megfelelő fogadás

Tájékozott portaszolgálat

Információ táblák

Diszpécser szolgálat

Várakozási lehetőség

Betegfelvétel

Vizitjegy hozzáférhetősége

Korrekt adatszolgáltatás

Betegazonosítás

TAJ validálása

Időtényező biztosítása

Szakszerű kikérdezés

Vizsgálatok

szóban/írásban

Betegtájékoztatás

Kellően ráfordított idő

Bizalom kialakítása

Kétoldali kommunikáció

Intimitás biztosítása

Szervezeti szervezettség

Műtétek/ beavatkozások

Tájékoztatás

Diagnosztika

Tervezett beavatkozások biztosítása

Logisztika

Azonnali segítségnyújtás/döntés

Korrekt dokumentáció

Pontos gyógyszerelés

Szakmai szabályok / irányelvek /
protokollok

Kockázatbecslés

Posztoperatív szak

Tervezett gyógyszerelés

Vizitek rendje
Orvos-beteg találkozó
Ápolási tevékenység
Korrekt dokumentáció

Háttérszolgáltatások

Gyors és megbízható laboratóriumi
eredmények
Hitelesített, kalibrált műszerpark
Hotelfunkciók, igénykielégítés

Eltávozás

Felvilágosítás az utókezelésről
Elbocsátó dokumentáció
Elégedettségi vizsgálatok , presztizs

A beteg nyomonkövetése

Bizalom a szolgáltató iránt
Adatgyűjtés
Statisztikai értékelés
Eredményesség

A felmérés kérdőíve

Mindezek ismeretében a Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán 2007 februárjában a betegbiztonsággal kapcsolatos felmérést indítottuk. A felmérés során a következő tájékoztató lett összeállítva (Lásd: *1. sz. Melléklet*).

Kilenc fő terület a betegbiztonság bevezetés területén

1. Korrekt betegazonosítás

2. Az ellátók és a gondozottak (betegek) közötti kommunikáció továbbfejlesztése, javítása.
3. Hibajelentés- gyógyszerelés és egyéb események
4. A gyógyszeres kezelés kapcsán felmerő hibák megelőzése
5. Kitől várható az azonnali segítségnyújtás probléma esetén („azonnali segítségnyújtó csoport”, vezető kérdésköre)
6. Biztonságos kultúra megteremtése
 - A magas kockázat, a szervezet hibájára hajlamos tevékenységeinek elismerése,
 - Hibáztatás nélküli környezet, ahol az emberek anélkül jelenthetik a tévedéseket és a hibás helyzeteket, hogy ettől utólag ne legyenek hátrányban,
 - A különböző csoportok közötti együttműködés (nővér-orvos-adminisztrátor)
 - A megfelelő erőforrások biztosítása a biztonsági ügyekhez, tevékenységekhez.
7. Rossz helyzet-rossz beteg-rossz folyamat megelőzése
8. Klinikai információs rendszer
9. Irányelvek, módszertani leírások alkalmazása
(Bizonyítékokon alapuló orvoslás?)

A felmérés kivitelezése

Alapirodalom: The imperative to improve top ten trend in patient safety initiative

(Linda.Hooper, Lauryn Jones) NEC Solutions (America) Inc.Healthcare Solution Division, 2005.

Módszer: a cikk alapját képező 9 kiválasztott indikátor kapcsán nyitott kérdéseket tettem fel, melyeket kiértékeltem, egyrészt minőségügyi szempontból, másrészt a klinikai pszichológus segítségét kérve más aspektusból.

A pszichológiai értékelést végezte: Dr. Török Zsuzsa szakpszichológus

A kérdőívek kiértékelése sok munkát adott. Tartalomelemzés készült, pontonként értékeltem a válaszokat, kiemelve a azonos véleményeket és az eltérő válaszokat is, majd második értékeléskor strukturáltam a válaszokat. És prioritásokat próbáltam felállítani.

Résztvevők: A szülészeti klinika, minden fekvő, -és járóbeteg egységében (koraterhes osztály, nőosztály, mütő, szülőszoba, onkológia, újszülött osztály, ambulanciák és laboratóriumok), személyesen tájékoztattam az osztályvezető nővért a felmérésről, és segítségét kértem a közös munkára. 23 kérdőív került kiosztásra, melyekre a válaszokat az egyes egységek dolgozói többnyire közösen fogalmazták meg, így a megkérdezettek lefedik a klinika nővéri állományát. Egy esetben nem volt válaszadás. A kérdőívek kitöltésére 1 hónapos határidőt adtam, nővéreink készséggel támogatták a felmérést. Amennyiben az adott kérdéskör az illető egységet nem érintette, így arra válasz nem született.

Osztályvezető nővéreink tanult, képzett szakemberek, némelyikük igen igényes válaszadással támogatta a felmérést.

Miért a szakdolgozók?

Évente 2 alkalommal tájékoztatom az osztályvezető nővéreket a minőségügyi eseményekről, teendőkről. Mindig jelen vannak, figyelnek, munkájukra lehet számítani. Főiskolát végeztek vagy diplomás ápolók. Feladatukat átlátják, kellő kompetenciával rendelkeznek. Sokszor többlet munkát végeznek mint amennyi elvárható tőlük. A nővérek mindenhol jelen vannak, tudnak mátrixban dolgozni. Jó véleménnyel vagyok a Szülészeti Klinika szakdolgozóiról. A felmérésem kapcsán az ő véleményükre voltam kíváncsi.

Felmérési vélemények eredményei

1. Korrekt betegazonosítás

A kórházi betegazonosító karszalag használatáról minisztériumi irányelv készült (2005.) Az irányelv szerint a karszalagot az önmaga azonosítására vagy kommunikációra képtelen beteg kötelezően viseli, egyéb esetben használata önkéntes. A szabályozás a minisztérium és adatvédelmi biztos együttműködésének kompromisszumos megállapodása. Gyakorlati célja a betegazonosítás területén egy új biztonsági elem bevezetése, amely a betegcsere megelőzését, illetve a biztonságosabb ellátást szolgálja. Tehát önmagában a karszalag nem egyenértékű a betegazonosítással.

Fekvőbeteg osztály:

Minisztériumi irányelv rendelkezik a karszalag használatáról. A karszalag jelenléte klinikánkon rendelkezésre áll.

A klinikánkon a betegek többsége ezt **nem veszi igénybe**, elutasítja, de rendelkezésre áll a felvilágosító dokumentáció, ezt aláírja.

Járóbetegeknél :

- Minimum 3 azonosító legyen: név, TAJ, születési idő, lakcím
- Megfelelő idő álljon rendelkezésre a korrekt adatok bevitelére és kikérdezésre.

Laboradatok: leolvasó rendszer működik

Minták azonosítása: minimum 2 azonosító : név, TAJ, stb .

Felmerülő problémák:

- TAJ validitása
- Nem korrekt adatok, hiányos adatok, hiányosan kitöltött beutalók
- Telefonon bediktált adatok nem elfogadhatóak.
- Azonos nevéekre külön tekintettel kell lenni- betegcsere!

Összesítve: Minden egység nagyon fontos kezdő lépésnek tartja !

2. Ellátók és gondozottak közötti kommunikáció továbbfejlesztése

Probléma	Fejleszthető/Fejlesztendő
A paciens szorong/félelem	Türelmes meghallgatása
A beteg kiszolgáltatott	Alázat
Ismeret hiánya a beavatkozásról	Korrekt felvilágosítás- ha kell írásban is
	További beteg tájékoztatók
A beteg alapos kikérdezése	Magyar nyelv használata
Hiányos betegdokumentáció	A beteg is legyen felkészült

Frusztrált beteg	„Mindenki mást mond”
Szervezettség	
Túl sok adminisztráció	humánerőforrás
Ellátók motivációs hiánya	? (lásd: magánrendelés)
Külföldi betegek jelenléte	Nyelvtudás nővéreknél is
Futószalagszerű műveletek	Tervezés

Összességében: sok beteg- sok adminisztráció- kevés személyzet- kevés motiváció

Pszichológiai szempontból:

a./ A beteg alapos kikérdezése

Az idő kérdése

A beteg meghallgatásának szükségessége és hasznossága nem vitatható. Ugyanakkor gyakran halljuk, hogy erre nincs elég idő. Tudnunk kell, hogy a betegek nem igényelnek olyan sok időt, mint amennyit az orvosok feltételeznek! Vizsgálatok igazolják, hogy az orvosok többsége az első mondatot követően, átlagosan 18 másodperc után félbeszakítja a beteget. Az a páciens, akit nem szakítanak félbe, 60 másodperc alatt pontosan elmondta a panaszait, és egyetlen beteg sem igényelt 150 másodpercnél többet, még akkor sem, ha biztatták a folytatásra! Ez alapvetően fontos, hiszen a panaszokat végighallgató orvos azonnal teljes képet kap a betegről, kevesebb kérdést kell feltennie, és kérdései célravezetőbbek lehetnek. Így növelhető a beteg biztonsága, elégedettsége, a gyógyító munka hatékonysága igazolhatóan nő.

b./ Túl sok adminisztráció

Erőt von el a gyógyítástól a „defenzív medicina”, a vizsgálatok túlbiztosítása a beteg és vagy az orvos védelmében. De nem a beteg kerül nagyobb biztonságba, hanem az orvos kerül erősebb adminisztratív ellenőrzés alá. Ez nem a gyógyítás jobbítását hozza magával, hanem az adminisztrációs munka emberről elterelő figyelmét. A gyógyításra csak a maradékból jut erő és idő.

Kommunikációs zavarok:

Gyakori hibák a „hallgató” szakember részéről

- Lankad a figyelem
- Csak részleteket hall meg az egész értelme és jelentése helyett
- Túláltalánosítás miatt többet gondol bele, mint amit a beteg ténylegesen közölt.
- Túlságosan figyel a verbális kommunikációra és nem vesz észre fontos nem –verbális illetve metakommunikatív jelzéseket.

Gyakori kommunikációs hibák a „beszélő” részéről:

- Szorongása, feszültsége miatt nem rendez gondolatait
- Pontatlanul fejezi ki magát
- Egy mondatban túl sok információt közöl
- Testi érzéseit nem tudja szavakba önteni

Humán erőforrás

A gyógyítás szerencsére nemcsak a kórház állapotától és a felszereltségétől függ, hanem **meghatározók a humán erők, a tudás, a gyógyító ember odaadása, figyelme.** Ezek függetlenek lehetnek az anyagi felszereltség minőségétől, és sokszor ellensúlyozhatják a rossz

helyzetet. A szervezethez való kötődés fontos, hiszen a szervezethez kötődő munkatársak hatékonyabban használják alkotó energiájukat.

3. Hibajelentés gyógyszerelés és egyéb események kapcsán

A válaszok kizárólagosan a struktúrában, a tárgyi eszközök meghibásodására irányulnak. Vélemények szerint a meghibásodás bejelentésének az útja ismert, szabályozott, de ez időigényes, időnként a külső szerviz szolgálatra sokat kell várni. A tevékenység nem elég rugalmas.

Az ellátás során bekövetkező káresemény/ szövődmény értékelése:

Véleményünk szerint a klinikánkon érvényben van a nem vétkességen alapuló kultúra. Minden reggel az orvosi értekezleten beszámolnak az elmúlt 24 óra eseményeiről, műtétekről, beavatkozásokról. A problémás esetek is ismertetésre kerülnek, és a klinika igazgatója minden alkalommal megkérdezi: hogyan lehetett volna elkerülni a nem várt eseményt?

Természetesen a felelősség kérdése mindig szóba jön, írásbeli dokumentáció készül, és ismételten értékelik a helyzetet.

Pszichológiai szempontból

Pszichológiai szempontból kiemelendő, hogy nagy az orvosok felelőssége, és nincsenek meg a felelősségteljes munka feltételei időben és eszközben, természetes reakció **a felelősség el- vagy áthárítása.**

A szervezeti hatékonyságot leginkább az tudja növelni, ha rendelkezésre áll a megfelelő információ, a szervezet különböző szintjei között optimális az információáramlás. A zökkenőmentes

információáramláshoz az alkalmazottak iránti bizalom és az információk iránti nyitottság szükséges. Ha nincsenek merev korlátok a munkatársak között, ott válik lehetővé a szabad kommunikáció. Ha ez nem így van, akkor a szervezetben általános az a tendencia, hogy a problémákat, hibákat letagadják, ezekért **senki sem vállal felelősséget. Inkább egymást vagy a környezetet hibáztatják**, mintsem hogy összefognának, és együtt próbálnának a megoldáson dolgozni.

A szervezeti egészség egyik fokmérője a munka szervezettsége. A munka koordinálása csökkenti leginkább a bekövetkező hibákat. Ahol a szervezettség nem megfelelő szintű, ott egyes csoportokra és emberekre is jellemző lehet a probléma „**áthárítása**”. Nem az a legfontosabb érték, hogy minden alrendszer segíti a többit, problémák esetén egymásra mutogatnak. A szervezeti egységet bonthatja meg az is, ha a **vezetők által alkalmazott ösztönzők nem az egész csoport sikerét jutalmazzák.**

4. A gyógyszeres kezelés kapcsán felmerülő hibák megelőzése

Problémák

- Nincs korrekt anamnézis felvétel
- Tárolt, lejárt gyógyszerek
- Lázlapok pontatlan vezetése
- Gyógyszeradó lap pontatlan vezetése
- Saját gyógyszer behozatala
- A beteg nem ismeri a gyógyszereit
- Nem megfelelően felcímkézett tárolás
- Gyógyszerszedési szokások nem ismerete

- Nem veszi be a gyógyszert
- Telefonon rendelt gyógyszerelés
- A beteg gyógyszerérzékenysége

Javítandó / lehetőségek/

Nővéri feladatok

- Pontos dokumentáció
- Audit, gyógyszerlejáratok ellenőrzése
- Gyógyszerbevétel ellenőrzése

Orvosi feladatok

- Gyógyszerkölcshatások elemzése
- Számítógépen történő gyógyszerfelírás
- Gyógyszerérzékenység figyelése
- Új gyógyszerek figyelése
- Behozott gyógyszerek átvizsgálása
- Gyógyszer rendelés-orvos-beteg találkozó
- Diplomás gyógyszerész alkalmazása

Pszichológiai szempontból

Az **orvos-beteg kommunikáció** nagyon sérülékeny, sok a zavar. Így érthető, hogy az orvos és a beteg közötti együttműködés 50-60 %-ban nem kielégítő, sérül a compliance – ez sértheti a tájékozott beleegyezés alapvető jogát, és ronthatja a gyógyító munka hatékonyságát.

5. Azonnali segítségnyújtás kérdésköre

A véleményünk szerint ilyen típusú csoport nálunk nem működik. A megfelelő klinikai hierarchia szerint- riadó lánc útján terjed az információ, a segítség kérés. Ezért szükséges, hogy a csipogó rendszer működjön, a kompetencia szintek megállapításra kerüljenek és mindenkor a szervezeti egység vezetője elérhető legyen. Bizonyos esetekben történnek „ elhárítások, de a jó vezető, a megfelelő szakember képes az intézkedésre. Nagyon fontos a korrekt információ átadás- átvétel. Mindenképpen ajánlott a jól szervezett aktív rangsor, és az elérhető utód kijelölése. Az együtt dolgozók team munkája a szervezettséget biztosíthatja.

6. Biztonságos kultúra

Értékelés:

- A biztonságos kultúra kialakítása elsősorban struktúra-erőforrás területére korlátozódik
- Kellemes környezetben, meghatározott létszámú beteg, kellő időben ellátható
- Állandó partnerek (team) megléte fokozza a biztonságot
- A hibáztatás nélküli környezet nem valósul meg maradéktalanul (erről nincs elegendő szakdolgozói vélemény)

Ennek ellenére, ez a klinikánkra jellemző a hibáztatás nélküli kultúra gyakorlata, hiszen minden reggeli megbeszélésen, referáló során, beszámolva az előző napi szülészeti és nőgyógyászati eseményekről, a hibák, szövődmények bekövetkezése esetén a klinikaigazgató mindig megkérdezi” hogyan lehetett volna elkerülni” és ez pozitív. Nyilván ezt a nővérek nem tudják, hiszen ők ezen a megbeszélésen nem vesznek részt. A kárelkövetést nem követi büntetés, nyilván bizonyos esetekben szankciót vezetnek be.

A hibák előfordulásakor egyrészt szakmai hibák vannak, másrészt a folyamat szervezetlenségéből eredő problémák.

- Sokan pénzügyi feltételek hiányát érzik
- Sokkal több információra van szükség
- Javítandó a kommunikáció
- Viselkedési kultúra
- Betegjogok érvényesíthetősége

Pszichológiai szempontból

A szervezeti működőképesség számos tényező együttes meglétét feltételezi. Ezek a következők:

1. A szervezet kielégíti a vevők szükségleteit azáltal, hogy nagy értéket nyújt a vevőnek – pl. a szolgáltatás biztonsága területén
2. A szervezet kielégíti tagjai, munkatársai szükségleteit is azáltal, hogy olyan környezetet teremt, ahol a tagok el tudják érni egyéni céljaikat, így kötődnek a szervezethez
3. A szervezet kielégíti a gazdasági környezet elvárásait is azáltal, hogy a leghatékonyabban és legeredményesebben használja fel az erőforrásait
4. Az egészséges szervezet egyensúlyt teremt a fenti három célkitűzés között. Olyan struktúrát és kultúrát hoz létre, amely segíti a három célkitűzés együttes figyelembevételét a döntési folyamatok során
5. A szervezet fejlődik, növekszik, fokozza lehetőségeit és képességeit, így egyre bonyolultabb kihívásoknak tud megfelelni
6. A szervezet harmóniában él a környezetével is.

7. Rossz helyzet- rossz beteg , - rossz folyamat megelőzése

A szakdolgozók 43 %-a nem véleményezi a kérdést.

Rossz beteg folyamat	Rossz helyzet/rossz táblák
Nem kellően informált hiányossága	tájékoztató táblák
Szorong fél	struktúra hiányossága
Türelmetlen, fenyegető	szervezetlenség

Bizonytalanná válik

merev szabályok, vizitdíj

Döntésképtelen

rossz környezet,

Hosszú várakozási idő

Javítandó: megfelelő környezet kialakításával, megértő fogadtatással a szolgáltató részéről, jó szervezéssel, előjegyzéssel javítandó.

A rossz környezet és rossz folyamat teszi a beteget rosszá.

Pszichológiai szempontból

Pszichológiai szempontból ezt a **nehéz beteg problémájának nevezünk**, az sokkal inkább egy folyamat, mint jelenség. Segíti az eligazodásunkat, ha megpróbáljuk ezeket rendszerbe foglalni.

a. a beteg részéről – **AKIRE NEHÉZ ODAFIGYELNI – YAVIS MODELL** szerint

b. az egészségügy részéről – **NEM ILLIK A RENDSZERBE**

A YAVIS modell szerint könnyű a betegre odafigyelni, és problémáját kézbe venni, ha Young, attractive, verbal, intellectual, sexual. Aki nem ilyen, az a legtöbb segítő számára plusz nehezítettséget jelent.

8. Klinikai információs rendszer

A válaszadók 20 %-a nem véleményezi a kérdést, a vélemények többnyire negatív kritikát fogalmaznak meg.

Problémák:

- Medsol előnye/ hátránya
- Információs központ hiánya, diszpécser szolgálat
- Belső információ elakad

- Nincs intranet
- Internet kapcsolat hozzáférhetősége
- nem mindig aktualizált információs táblák jelenléte
- A betegek gondos napi átadása- átvétele
- Kommunikációs hiba

9. Irányelvek, módszertani leírások alkalmazása

Egy 1996-ban készült WHO jelentés szerint az egészségügyi szolgáltatások csupán 20 %-a alapszik bizonyítékokon (randomizált tanulmányok). Miután a szolgáltatások sokszor nem érik el a célt, sokszor hatástalan az általánosan elterjedt orvosi beavatkozás, így megnőtt az igény a bizonyítottan hatásos eljárások, gyógyszerek alkalmazására.

A szakdolgozók 60 %-a erre a kérdésre nem adott választ. Ők ápolási protokollokat alkalmaznak, de arról nem nyilatkoznak. A válaszok két csoportba sorolhatók:

1. a protokollok szükségesek, hasznosak, a rászoruló azonos ellátást kap, betegbiztonságát növeli és ezek betartása mellett jogvédelmet nyújt az ellátónak is.
2. A protokollok alkalmazása beszűkíti az orvos szabad választását a gyógyításban.

Pszichológiai szempontból

A fejlődés adott szakaszában a szervezet kénytelen **szabályokat, irányelveket** bevezetni. Ezek mindaddig hatékonyságnövelők, míg túl nem lépnek egy racionális mennyiségen. Akkor nem lendül át a bürokrácia irányába, ha magába a szervezeti kultúrába épülnek be

ezek a szabályok, és nem kényszerzubbonyként élik meg a munkatársak. Azzal is tisztában kell lenni, hogy a túl sok szabály, protokoll viszont a fejlődést akadályozza, mert csökkenti a kockázatvállalást, a munkatársak inkább levédik magukat. A döntéshozatalt és a felelősséget is túl mereven kezelhetik, így ugyan elkerülhetik a problémákat, de nem jutnak közelebb a közös cél jobb megvalósításához.

ÖSSZEGZÉS

Válaszadási gyakorlatra jellemző:

A kérdőívek kitöltése anonim volt, és a szakdolgozók véleményére alapoztam. Tekintettel arra, hogy különböző egységekben dolgoznak így nem minden egység tudott állást foglalni bizonyos kérdésekben.

Amennyiben nem válaszoltak ennek okát próbáltam kideríteni:

- Nincs tapasztalatuk, nincs ötletük
- Ismeretlen a terület, még nem hallottak a dologról
- A kérdés nem adaptálható helyi viszonyokra
- Félelem a véleménynyilvánítástól
- Mindennapi munkájuk részét nem illeti

ZÁRSZÓ

Az irodalomban szereplő véleményekkel egyetértünk (Merkac: Mittelungen der Sanitatverwaltung, 2004.105.3.16), mely szerint a betegbiztonság a kórházi minőségmenedzsment része. A fogalom azt jelenti, hogy a kórházi ellátást igénybe vevő beteg bízhat abban, hogy neki a „*primum nil nocere*” etikai alapelvet követve, biztosítják, hogy

az elvégzett diagnosztikai, ápolási vagy terápiás intézkedésekkel nem okoznak további bajt, vagy ezek által nem kerül életveszélyes helyzetben, vagy nem halhat meg.

Véleményünk szerint a betegbiztonság egy olyan szemlélet gyakorlása, amikor a beteg útja során, az első megjelenéstől kezdve, minden olyan körülményt (emberi, struktúra,) tudatosan veszünk figyelembe, amely az ő ellátása, kezelése, műtéti beavatkozása során kockázati tényező lehet, azáltal neki kárt okozhatunk. Ezáltal minimalizálni kell a károkat, törekedve a legnagyobb betegbiztonságra. Olyan szervezeti kultúrát törekszünk kialakítani, amikor szövődmények, károkozás, egészségromlás esetén pedig nem a számonkérés és büntetés a cél, - nem vétkességen alapuló kultúra- hanem a tanulságok levonásával fejlesztjük a betegbiztonság elérésének magasabb szintjét.

A szervezeti kultúra elemzésével, átalakításával, oktatással mindez elérhető. Tehát minden egészségügyi intézményben a betegbiztonság magas szintű elérése céljából az alábbi területeken van lehetőség tovább lépni:

- A nem vétkességen alapuló kultúra megteremtése
- Hibakultúra és hibamenedzsment
- Kockázat kezelés
- Infrastrukturális oldal javítása
- Megfelelő kommunikáció kialakítása

Ha mégis károsodás vagy nem várt esemény következik be az alábbi lépéseket kell megtenni.:

- a betegtől való bocsánatkérés

- orvosi-ápolási pénzügyi jóvátétel biztosítása

1. sz. MELLÉKLET

Felmérés

Minőségügyi dokumentáció

2007.február 14.

Szabó Mária dr.

BETEGBIZTONSÁG- KOCKÁZATBECSLÉS KLINIKÁNKON

Kedves Kolleganők!

Ismeretes, hogy a megelőzhető nemkívánatos események több mint fele orvosi hiba következménye, mellette egyéb számos ok, mint kockázati tényező befolyásol. Emiatt is szükséges minden intézményben a betegbiztonsági kultúra megfelelő kiépítése. A beteg biztonsága céljából az osztályokon és ambulanciákon a kockázatbecsléssel kapcsolatos kérdéskört tekintem át. E célból kérem az osztályvezetők illetve nővérek, ápolók közös tapasztalatát, állásfoglalását.

Egy jól összeállított tanulmány alapján az alábbi főbb területek ölelik át e témakört, melyben 9 kérdéscsoportba sorolhatók a betegbiztonság legfontosabb kezdeményezései

Kérem hogy az alábbi kérdésekre szíveskedjeteek őszintén válaszolni.

Egyrészt a fenyegető tényezőkre, fennálló kockázatokra, esetleges veszélyhelyzetekre gondolatok, másrészt pedig arra, hogy részünkről mi tehető ezek elkerülésére.

Lehet példát, konkrét esetet írni, minden válaszadás értékes számomra. Tudom, hogy nem egyszerű a feladat, csoportmunka, gondolkodni kell rajta, de nem sűrgetlek benneteket.

Az is elképzelhető, hogy van olyan kérdéskör , amelyre nem tudtok választ adni nem baj, csak akkor írjátok oda hogy nem érthető vagy nem alkalmazható.

A határidő március 15.

Tisztelettel kérem együttműködésüket és az osztályok megjelölésével a válaszokat megadni. Remélem sikerülni fog.

Tudom, hogy sok a feladatotok de kérem együttműködő támogatásokat.

Köszönettel
Szabó Mária
2007-02-14

IRODALOMJEGYZÉK

Aspden P. et al. Ed. Patient safety: Achieving a new standard for care. Committee on data standards for patient safety. National Academy Press. Washington 2004. 550.p.

Betegbiztonság az egészségügyben c. Tájékoztató kiadvány. Egészségügyi Minisztérium 2007.

EüM irányelv a betegazonosító rendszer működéséről 1/2005 .

Gulácsi L. :Klinikai kiválóság, Springer Orvosi Kiadó Kft, 1999.

Helembai K.: Ápoláslélektan Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1987.

Hooper, L., L.Jones: The imperative to improve top ten trend in patient safety initiative NEC Solutions (America) Inc. Healthcare Solution Division, 2005.

Kohn, L.T.: To err is human. Building a safer health system. National Academy Press Washington, 2000. p.33.

Kullmann L.: A betegbiztonság javítása. Kórház, 2006.6.

Losonczy Á.: A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben Magvető Kiadó, Budapest, 1986

Lövey I., Manohar S. Nadkarni: Az örömteli szervezet HVG Kiadó Rt., Budapest, 2003

Makai P., Gulácsi L.: Betegbiztonság. Medical Tribune IV.évf. 11, 2006.június 8.

Makai P., Gulácsi L.: A betegbiztonság alapjai és a dán betegbiztosítási rendszer I. II rész

IME IV. 5., 2005, és IME IV. 6. 2005.

Molnár P., Csabai M.: A gyógyítás pszichológiája Springer Hungarica, Budapest, 1996

Pearson,A.,Vaughan,B.:Az ápolási gyakorlat modelljei Medicina Könyvkiadó. Budapest, 1995 .

Pilling J.: Orvosi kommunikáció Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2004

1992.évi LXIII. törvény a személyes adatok védelméről és közérdekű adatok nyilvánosságáról.

1997. évi XLVII. törvény az egészségügyről és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről

1997.évi CLIV. törvény az Egészségügyről.

WHO : World Alliance for Patient Safety program. Epiinfo 13.évf. 30.2006.

Worchitz Merka: betegbiztonság a betegellátásban. Mitteilungen der Sanitatverwaltung. 105. 3. 16., 2004.

A beteg biztonság javítására irányuló törekvéseink a Zala Megyei Kórházban

Dr. Kránitz Katalin

Zala Megyei Kórház Zalaegerszeg

Az egészségügyi ellátás biztonságának kérdése az utóbbi években egyre inkább előtérbe kerül nemcsak a fejlett országokban, hanem Magyarországon is. Ennek ellenére az ellátási hibák nagyságáról pontos adataink nincsenek. Egyes becslések szerint a hibák 95-98 %-a rendszerhiba, nem pedig személyes mulasztás következménye. Magyarországon nincsenek a hibák feltárására irányuló széleskörű felmérések.

A betegellátás biztonságát veszélyeztető problémák:

- ellátó rendszerből adódók
 - forráshiány (humán-, pénzügyi- gazdasági erőforrások)
 - szervezetlenség,
 - infrastruktúra hiányosságai,
- személyi problémák
 - túlterheltség,
 - érdektelenség,
 - előrelátás hiánya,
- a betegek személyiségéből adódó problémák
 - együttműködés hiánya,
 - az egészségkultúra nem megfelelő volta.

Ellátási hiba kialakulásához vezet még a nem megfelelő betegazonosítás, a diagnosztika, illetve terápia során bekövetkező

tévesztés, a munkatársak közti kommunikációs problémák, - mikor nem kerül átadásra műszak, vagy ügyelet végén a beteggel kapcsolatos összes információ -, valamint a dokumentációs hiányosságok. A súlyos állapotú betegek diagnosztikai vizsgálatra, illetve egyéb okból történő szállítása, mobilizálása, az eközben végzett ellenőrzés, monitorozás hiányosságai szintén ellátási hibákat eredményezhetnek.

Összességében elmondhatjuk, hogy a betegellátás folyamán több alkalommal is előfordulnak olyan kritikus pontok, ahol a korábban felsorolt okok miatt ellátási hibák alakulhatnak ki. Ezek következményeként a beteg állapota romolhat, súlyos esetben az ellátási hiba a beteg halálához is vezethet. Számolhatunk a betegelégedetlenséggel, betegelvándorlással, a panaszos, peres ügyek számának emelkedésével, nem beszélve ezek gazdasági hatásairól (ápolási napok számának emelkedése, kártérítések, illetve peres ügyek következtében jelentkező kifizetési kötelezettségek).

A leírtak alapján könnyen belátható, hogy az ellátási hibák gyakori előfordulása nemcsak az intézmény presztízsét, hanem a gazdálkodást is jelentősen befolyásolják. Hogyan tudjuk mindezt elkerülni? Törekednünk kell az ellátási hibák megelőzésére, ahogy ezt J. Reason 1995-ben már megfogalmazta:

„Az emberi tökéletlenség nem küszöbölhető ki, de a rendszer hibái, szervezési hiányosságai felderíthetők és megoldhatók.”

1994 júniusában Zalaegerszegen ült össze az egészségügy minőségével és gazdaságosságával foglalkozó konferencia, ahol Keith

A. McIntyre, a londoni Medical Protection Limited, európai igazgatójának előadásában a következő hangzott el:

„Még a legjobb vezetői gárda által irányított egységekben is, ahol a lehető legjobb szakembereket alkalmazzák és a legjobb műszereket használják, minden évben számos orvosi hiba és nem várt esemény következik be, amelyek azután nem kielégítő gyógyuláshoz és így incidensekhez vezetnek”.

A konferencia ajánlásait, valamint saját tevékenységünket szisztematikusan végiggondolva az ellátási hibák megelőzésére a következő módszerek szolgálhatnak:

- minőségbiztosítási, minőségirányítási rendszer működtetése,
- protokoll kialakítása a panaszok kezelésére,
- a szervezeten belüli kommunikáció javítása,
- a betegdokumentáció megfelelőségének rendszeres kontrollja,
- a nem várt események jelentési rendszerének kidolgozása,
- a „majdnem esetek” jelentése, ezek értékelése és következtetések levonása,
- a természetes emberi vonakodás legyőzése a hibák jelentésével kapcsolatban.

Mindezeket összefoglalva azt gondolom, hogy a hibák megelőzését nagyban elő tudja segíteni, ha saját magunkban és munkatársainkban egyaránt erősíteni tudjuk a minőség iránti elkötelezettséget.

Az MSZ EN ISO 9001:2001 szabvány 7.5.3. fejezete rendelkezik az azonosítással és nyomon követhetőséggel kapcsolatban. A szabvány

egészségügyi értelmezése az Egészségügyi Közlöny 2003. évi 13. számában jelent meg. A 7.5.3. egészségügyi értelmezése szerint „Az egészségügyi szolgáltató szervezetnek azonosítani és nyomon kell követnie az ellátási tevékenység minden egyes lépését”.

A Kórházi Ellátási Standardok (KES) szintén 2003-ban megjelent 2.0 verziója a betegek azonosításával kapcsolatban többek között a következőket írja:

„BFE 2.3.1.: A dokumentáció elegendő adatot tartalmaz ahhoz, hogy azonosítsa a beteget, támogassa a diagnózist, megindokolja terápiát, dokumentálja a kórlefolyt és a kezelés eredményét, elősegítse az ellátás folyamatosságát az egyes egészségügyi szolgáltató szervezetek között.

BLL. 7.4.4.: Rendszert alkalmaznak arra, hogy a gyógyszerkiosztás során a megfelelő beteg, a megfelelő gyógyszert, a megfelelő adagban és a megfelelő időben kapja meg.

BLL. 7.5. A betegeket gyógyszer beadása előtt azonosítják.”

A magyar egészségügyben az elmúlt 10 évben egyre több egészségügyi intézményben kezdtek el minőségirányítási rendszert kialakítani, melynek alapeleme többek között az ellátás biztonságának fejlesztése.

A Zala Megyei Kórház 1995 óta ISO 9000 szabvány szerinti minőségirányítási rendszert működtet és fejleszt. 2003 tavaszán a meglévő ISO rendszerünkhöz a Kórházi Ellátási Standardok (KES) előírásainak adaptálását is megkezdtek. A munka során szembesültünk azzal, hogy a standardokban előírt betegbiztonsági szempontoknak sok esetben nem tudunk megfelelni.

A probléma kezelésére minőségfejlesztő team jött létre, amely feltárta azokat a területeket, ahol a biztonságos betegellátás érdekében lépéseket kell tennünk. A kritikus, mielőbbi beavatkozást igénylő problémák a következők voltak:

1. a kórházba kerülő **betegek biztonságos azonosíthatóságának megoldása** az ellátás egész folyamán, különös tekintettel a gyermekek, idősek, eszméletlen vagy zavart tudatállapotú, valamint cselekvőképességükben teljesen vagy részlegesen korlátozott betegek tekintetében,
2. a **diagnosztikai vagy terápiás beavatkozásokra szállított betegek felügyelete**, figyelembe véve a kórház két telephelyből adódó sajátosságait,
3. **a gyógyszerelés biztonságának fokozása.**

A kritikus problémákat végig gondolva a minőségfejlesztő team a következő javaslatokat tette:

1. betegazonosító csuklópánt bevezetése
2. betegfelügyelő alkalmazása a Radiológiai Osztályon, a Központi műtőblokkban, valamint ügyeleti időszakban a két telephely közti szállításokhoz,
3. napi háromszori gyógyszerelés bevezetése.

Ad.1.

A biztonságos betegazonosítás korábbi tapasztalataink szerint, már több alkalommal okozott problémát kórházunkban. Mivel a kórház két, egymástól 6 km-re fekvő telephelyen működik, gyakran előfordul a betegek két telephely közti szállítása diagnosztikai és egyéb

vizsgálatokra, valamint két osztály közti áthelyezéskor. Fekvőbetegek esetében a szállítást az OMSZ végzi, járóképes betegek szállítását pedig a két telephely közt rendszeresen közlekedő intézeti mikrobusszal oldjuk meg. Mivel az OMSZ szállítási kapacitása korlátozott, az intézeti busz használata egyre inkább előtérbe került. Többször előfordult, hogy az így szállított idős, kissé zavart beteg elkóborolt, az őt ápoló osztály azonosítása nehézséget okozott. Ugyancsak adódott probléma a betegazonosítással, pl.: a büfét felkereső fekvőbeteg rosszulléte kapcsán.

A műtétre a műtő előterében várakozó, premedikációban szedatívumot kapott beteg biztonságos azonosítása szintén nem volt megoldott. Kutatásaink során azzal szembesültünk, hogy külföldön számos intézetben használnak csuklópántot fekvőbeteg intézetekben a betegek azonosítására (pl.: Ausztria, USA). Mindezek miatt több fórumon egyeztetve fogadtuk el a fejlesztő team javaslatát a betegazonosító csuklópánt bevezetésére. A bevezetés előtt mind a munkatársak, mind a lakosság és házi orvosok körében széleskörű tájékoztatást végeztünk. 2003. június 2-től a műtétes osztályokra kiterjedően, majd három hónap pozitív tapasztalatait összegezve **2004. január 4-től** az egész intézetben, az **országban elsőként** bevezettük a Zala Megyei Kórházban a **betegazonosító csuklópántot**. A használat során meggyőződünk arról, hogy az adatfelvétel gyors és egyszerűen kivitelezhető, ügyeltünk az adatbiztonságra és a jogszerűségre. A 2004. július 3-án Szegeden bekövetkezett sajnálatos betegcsere intézkedésünk helyességét igazolta.

Ad. 2.

Az ellátás másik kritikus pontja tapasztalatunk szerint a súlyos állapotú betegek szállítás és várakozás alatti monitorozása, felügyelete. A problémát elsősorban a rendelkezésre álló humánerőforrás kapacitás jobb kihasználásával terveztük megoldani. Napi gyakorlatunkat átgondolva ezért több intézkedést hoztunk, melyek a gördülékenyebb betegszállítást, a várakozási idő csökkentését, az adott szakterületen éppen szabadon lévő szakemberek felügyeletbe való bevonását célozták. Mivel a belső források átcsoportosításával a teljes területet nem tudtuk lefedni, a Radiológiai Osztályon és a Központi Műtőben egy-egy **betegfelügyelő** munkatárs felvételére került sor. Intézkedésünk helyességét a radiológián elvégzett betegelégedettségi vizsgálat eredménye is igazolta. Az időszakos távollétek és a helyettesítési problémák miatt e területen még további feladatok megoldása vár ránk.

Ad. 3.

A belső auditok során szembesültünk azzal a problémával, hogy a KES elvárásainak a gyógyszerelés tekintetében nem felelünk meg. Az intézet eddigi gyakorlata – több osztályon napi egyszeri gyógyszerelés, a gyógyszer bevétel ellenőrzésének hiánya miatt – a gyógyszerelés biztonsága megkérdőjelezhető. Ezért munkafolyamatainkat átgondolva egy fejlesztő team bevonásával elkészítettük az egész intézetre vonatkozó **gyógyszerelési protokollt**, melyben szabályoztuk a gyógyszer beszerzés, rendelés, tárolás, betegnek történő gyógyszerelés, dokumentálás módját, meghatároztuk a gyógyszerelési hibákat és hibajelentés rendszerét. Az új gyógyszerelési protokoll bevezetése elsősorban az ápoló személyzet létszáma és leterheltsége miatt ütközött nehézségekbe, de

munkatársaink az ismételt tájékoztatók és meggyőzés eredményeképpen elfogadták, hogy a betegek biztonsága érdekében muszáj a saját tevékenységük átgondolásával és racionalizálásával ezt a problémát megoldani. Jelenleg az intézet minden betegellátó osztályán napi három alkalommal, az esedékes bevételkor kapja meg a beteg a gyógyszert és a gyógyszerelő ápoló meggyőződik róla, hogy a beteg valóban a számára szükséges gyógyszert kapta meg. A gyógyszerelési hibák jelentési rendszere viszont – talán az egyéni felelősséggel való nehezebb szembesülés okán és amiatt, hogy ennek a magyar egészségügyben még igazán nincs hagyománya – nem működik megfelelően, tehát ezen a területen is van még tennivalónk.

Az ellátási hibák kiküszöbölésében és megelőzésében minden munkatársunk segítségére szükség van, ezért nagyon fontos a felelős együtt gondolkodás, a hiba feltárási technikák oktatása, megismerése, minél több munkatárs bevonása a minőségfejlesztő tevékenységbe.

Kapcsolódó jogszabályok

- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 60/2003.(X.20.) EszCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges minimumfeltételekről
- **1/2005. (EüK. 1.) EüM irányelv a betegeazonosító rendszer működéséről**
- EüM közlemény a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES) kézikönyvéről (EüK 2007. február 28. 4. szám.)
- ESzCsM ajánlás az ISO 9001:2000 szabvány alkalmazásához egészségügyi szolgáltató szervezetekben (EüK 2003. május 29. 13. szám)

1/2005. (EüK. 1.) EüM irányelv a betegazonosító rendszer működéséről

A fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézményekben bevezetendő betegazonosító rendszer működéséről a következő irányelvet adom ki:

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet módosításáról rendelkező 88/2004. (X. 20.) ESzCsM rendelet 3. §-ának (5) bekezdése vezeti be 2005. január 1-jei hatállyal a betegazonosító rendszer intézményét. Eszerint minden fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézményben biztosítani kell a betegellátás biztonságát fokozó betegazonosító rendszer működését, amelynek részletes szabályait a szervezeti és működési szabályzatban kell meghatározni, figyelemmel a hatályos adatvédelmi rendelkezésekre is.

A betegazonosító rendszer célja:

A betegazonosító rendszer azt a célt szolgálja, hogy a fekvőbeteg-ellátó intézményeken belüli ellátás során segítse az egészségügyi személyzetet a beteg azonosításában. A rendszer bevezetése és használata fokozza az ellátás biztonságát, mert ellenőrizhetővé teszi, hogy valóban az adott betegen végezzék el a számára szükséges vizsgálatot, beavatkozást. A rendszer működése hozzásegít ahhoz is, hogy azok a betegek, akik - betegségük folytán, vagy más okból - az intézményben eltévednek és nem találják vissza, vagy az intézmény

területén bárhol rosszul lesznek, és ellátásuk érdekében személyüket, továbbá a felelős osztályt azonosítani szükséges; ezt a lehető legrövidebb időn belül el tudják végezni.

A betegazonosító rendszer általános elvei:

- **célhoz kötöttség:** az adatkezelés célhoz kötöttségének elve alapján csak olyan személyes adat kezelhető, amely az adatkezelés céljának megvalósulásához elengedhetetlen, a cél elérésére alkalmas; csak a cél megvalósulásához szükséges mértékben és ideig;
- **személyes adatok védelme:** a személyes adatok védelmét és az érintett személyiségi jogait (ha törvény kivételt nem tesz) az adatkezeléshez fűződő más érdek nem sértheti; így az érintett személyes és különleges (egészségügyi) adatait a gyógykezelésben részt vevő egészségügyi személyzeten kívül illetéktelenek nem ismerhetik meg;
- **diszkrimináció-mentesség:** a betegazonosító formája, színe, alakja, jellege nem lehet olyan, ami diszkriminációra adna alkalmat: így nem lehet példának okáért messziről felismerhető jelzéssel ellátni egyes betegcsoportokat; nem lehet a jelzés megbélyegző a betegellátás szempontjából, vagy a többi beteg előtt.

A betegazonosító formái:

Az azonosító formája lehet csuklószalag, azonosító lánc, azonosító kártya, vagy egyéb, melyet az intézmény szabadon választ meg. A választásnál figyelembe kell venni az olvashatóság, a praktikusság, az egyszerűen kezelhetőség (le- és felvétel, a viselhetőség), a

kényelmesség, a biztonságosság és a diszkrimináció-mentesség szempontjait.

Az azonosítás módja, folyamata:

Sürgős szükségben, ha a beteg kommunikációra képtelen vagy a kommunikációban akadályozott, a beteget minden esetben indokolt ellátni az azonosítóval. Erre lehetőséget nyújt a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény 3. §-ának (8) bekezdése, mely szerint „Ha az érintett fizikai cselekvőképtelensége folytán nem képes hozzájárulását adni adatai kezeléséhez, akkor a saját vagy más személy létfontosságú érdekeinek védelméhez, valamint katasztrófa- vagy sürgőshelyzet elhárításához vagy megelőzéséhez szükséges mértékben sor kerülhet személyes adatainak, beleértve különleges adatait is, kezelésére.”

Egyéb esetben a betegnek lehetővé kell tenni, hogy az azonosító rendszerről való tájékoztatás után - különös figyelemmel az invazív beavatkozás előtt állókra - a betegazonosító rendszer alkalmazását kérje. Amennyiben a beteg igényli az azonosító rendszer használatát, ennek tényét a betegdokumentációban dokumentálni kell és ezt a beteggel alá kell íratni.

Elhunyt személy esetén az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a halottakkal kapcsolatos rendelkezései végrehajtásáról, valamint a rendkívüli halál esetén követendő eljárásról szóló 34/1999. (IX. 24.) BM-EüM-IM együttes rendelet 1. §-ának (6) bekezdése is alkalmazandó.

Újszülött esetében az azonosítás a helyben szokásos módon történhet, kiegészítve az intézmény által használt betegazonosítóval.

A betegazonosító rendszer használatáért költségtérítés nem kérhető.

Az azonosítóval a felvételkor kell, illetve lehet ellátni a beteget, továbbá ha ellátása közben kerül a sürgős szükség állapotába. A beteget meg kell kérni arra, hogy az azonosítót lehetőség szerint az ellátás teljes időtartama alatt viselje. Az azonosítót indokolt feltüntetni a kórlapon, vizsgálatkérő lapon, leleten. A beteget minden egyes ellátási esemény előtt azonosítani kell úgy, hogy az azonosítót a kórlapon, vizsgálatkérő lapon, leleten feltüntetett azonosító adatokkal össze kell hasonlítani.

Gondoskodni kell arról, hogy a betegazonosító az eltávolítás után ne legyen felhasználható.

Az intézmény, továbbá az egyes osztályok által használt azonosító rendszert, az azonosítás módjának, folyamatának részletes szabályait a szervezeti és működési szabályzatban kell szabályozni.

A betegazonosító rendszer intézményi szabályozásának tartalmazni kell:

- A betegazonosító képzés módját.
- Az azonosító felhelyezésének, illetve kiadásának helyét, a felelős személy megnevezését, a kötelező tájékoztatás rendjét, (figyelemmel az invazív beavatkozás előtt állók tájékoztatására).
- A kötelezően előírt beazonosítások helyét (pl. minden diagnosztikai és invazív beavatkozás előtt, műtét előtt, más szervezeti egységbe történő átadás-átvétel, továbbá, szállítás esetén stb.).
- Az ellenőrzést végző személy dokumentációs kötelezettségét (ellenőrzés időpontja, megfelelősége, aláírás).
- A beteg elbocsátásakor az azonosító vissza-, illetve levételéért felelős személy megnevezését.
- Az azonosító megsemmisítésének vagy a betegdokumentációban történő elhelyezésének módját.
- Az azonosításnál észlelt eltérések (a felmerülő hibák) kezelését.

Az azonosító tartalma:

Az azonosítónak olyan adattartalommal kell rendelkeznie, amely pontosan és kizárólagosan azonosítja az adott beteget és az ellátásáért felelős szervezeti egységet. Az azonosító a lehető legszűkebb körben tartalmazzon adatot és a tartalom ne kerüljön nyilvánosságra (így például az egészségügyi ellátó hálózaton kívüli személyek számára az azonosító alapján a beteg ne legyen azonosítható). Az azonosító a betegségre utaló különleges adatot nem tartalmazhat. A betegazonosító elemei lehetnek például: a Taj-szám utolsó négy számjegye és a beteg nevének monogramja, illetve a

felvétel dátuma, az osztály (szervezeti egység) kódja stb. Az azonosító elemei kombinálhatóak az intézmény sajátosságainak megfelelően. Az azonosító tartalma, formája, színe nem utalhat a viselőjének betegségére.

Az adattartalom megismerésére a fekvőbeteg-ellátó intézmény adatkezelőinek van joga: betegellátó, intézményvezető, adatvédelmi felelős.

Amennyiben olyan beteg ellátása szükséges, aki nem rendelkezik személyazonosító okmányokkal (például a sürgős szükség állapota), akkor a beteget sürgősségi, egyedi azonosítóval kell ellátni. Ilyen azonosító elem lehet példának okáért: számsor (esetleg egyszerű sorszám), vagy a szervezeti egység kódja és a felvétel dátuma stb.

Az irányelvben foglaltakat az Egészségügyi Közlönyben történő közzétételét követő 15. naptól kell alkalmazni.

Betegbiztonsággal kapcsolatos linkek

A Világszövetség a Betegbiztonságért (World Alliance for Patient Safety) kezdeményezés honlapja

<http://www.who.int/patientsafety/en/>

A Luxemburgi Nyilatkozat, Európai Unió:

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf

Az angol Nemzeti Betegbiztonsági Ügynökség honlapja

<http://www.npsa.nhs.uk>

Betegbiztonság Akciószövetség, Németország

<http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/index.html>

Orvosi Centrum a Minőségért az Orvostudományban, Németország

<http://www.aeqq.de/>

Dán Társaság a Betegbiztonságért

<http://www.patientsikkerhed.dk/About>

Ausztrál Egyesület a Minőségért az Egészségügyben

<http://www.aahhc.org.au/>

A Betegek Biztonságáért, Magyarország

<http://www.betegbiztonsag.hu>

Betegbiztonsággal kapcsolatos hazai publikációk

Kulin László dr.: Tévedni emberi dolog-betegbiztonság a tények tükrében. 1. rész, áttekintés. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2004; 42 (1): 26-35.

Kulin László dr.: Tévedni emberi dolog-betegbiztonság a tények tükrében. 2. rész, javaslatok. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2004; 42 (3): 37-43.