

Bolesnikova sigurnost, bolesnik u središtu i programi Svjetske zdravstvene organizacije

Jasna Mesarić¹, Antoinette Kaić-Rak²

¹Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, bolnička transfuzijska jedinica pri KB Merkur

²Ured SZO-a u Republici Hrvatskoj

SAŽETAK Bolesnikova sigurnost i bolesnik u središtu imperativi su kvalitetne zdravstvene zaštite. Upitnici o bolesnikovu iskustvu i zadovoljstvu danas su standardizirani alati za procjenu i mjerenje kvalitete zdravstvene zaštite od korisnika, ali i od pružatelja zdravstvene skrbi. Bolesnikova sigurnost je višedimenzionalna pa razumijevanje, praćenje i razvoj sigurnosti zahtijeva različita mjerenja i podatke (kvantitativne i kvalitativne). U svijetu postoje brojne inicijative civilnih društava, organizacije i programi za poboljšanje bolesnikove sigurnosti i poimanja bolesnika u središtu. Svima njima zajednički su ciljevi izrade preporuka za učinkovito upravljanje zdravstvenim ustanovama, veću uključenost bolesnika u donošenje odluka na svim razinama sustava, te za razvoj kvalitete zdravstvene zaštite s jasnim odgovornostima i međusobnim izvješćivanjem.

KLJUČNE RIJEČI bolesnik u središtu; pokazatelji kvalitete zdravstvene skrbi; bolesnikova sigurnost; sudjelovanje bolesnika; sigurnost bolesnika; rukovođenje sigurnošću

„Pogreške su činjenica života. Ono što je važno je reakcija na pogrešku“

Nikki Giovanni, afričko-američki pjesnik, 1943.

Bolesnikova sigurnost i bolesnik u središtu imperativ su kvalitetne zdravstvene skrbi i područje od prioritetnog interesa u svim razvijenim zemljama i u zemljama u razvoju. Vijeće Europske unije je u lipnju 2009. g. izdalo preporuke za uspostavljanje i razvoj nacionalne politike i programa za bolesnikovu sigurnost u zemljama članicama.

Poimanje bolesnikove sigurnosti podrazumijeva nastojanja i aktivnosti koje se poduzimaju kako bi svi postupci i okruženje u pružanju zdravstvene skrbi osigurali željeni ishod bolesnikova liječenja. Prema podacima iz literature, koji uključuju sve veći broj zemalja članica Europske unije, neželjeni događaji u kojima dolazi do nenamjerne štete za bolesnika nanesene pogreškom u liječenju pojavljuju se u 8% do 12% bolesnika.¹ Točni podaci u Hrvatskoj za sada nisu poznati. Neželjeni događaji mogu se nazvati i jatrogenim i potrebno ih je razlikovati od komplikacija koje su također neželjene, ali mogu nastati tijekom ispravnog liječenja. Uz neželjene događaje, navlastito one s trajnim posljedicama, povezane su sudske tužbe pa s tim u svezi razvoj i uspostavljanje upravljanja rizicima u zdravstvenim ustanovama, što prelazi okvire ovog teksta. Kada se nepovoljan događaj dogodi, sustav mora osigurati: 1. informaciju o događaju svima onima koji su u to uključeni, 2. analizu o tome što se i zašto dogodilo, 3.

učenje iz pogreške kako bi se ubuduće spriječila pojava istog ili sličnog slučaja.^{2,3}

Od početaka medicine poznato je da nepredvidljivi, neželjeni događaji mogu naštetiti bolesniku. Tako su već u 4. st. pr. Kr. Grci oblikovali izraz prevencija u dobro poznatoj Hipokratovoj zakletvi, a kvaliteta zdravstvene skrbi i bolesnikova sigurnost postali su dio profesionalne etike, prije svega u smislu ne nanijeti štetu „*Primum nil nocere*“.

Usprkos znanstvenom i istraživačkom napretku tijekom 19. i 20. stoljeća, podaci o neželjenim događajima i neželjenim ishodima u pružanju zdravstvene skrbi nisu se prikupljali sustavno niti su se analizirali uzroci i cilju njihove prevencije. Štoviše, postoje samo pojedinačni prikazi slučajeva.

Bolesnikova sigurnost je koncept novijeg datuma koji je proizašao kao odgovor na općenito nisku razinu upozorenja i znanja o učestalosti i značenju prevencije neželjenog događaja u pružanju zdravstvene skrbi. Prvi ozbiljan pristup tome potiče iz 1990. godine, kada su izvješća iz nekoliko zemalja ukazala na zapanjujući godišnji porast komplikacija i smrtnih ishoda zbog posljedica pogrešaka u liječenju.⁴ Od tada, bolesnikova sigurnost dobila je mnoge definicije od kojih većina ističe izvješćivanje, analizu i prevenciju medicinskih pogrešaka i neželjenih događaja, uključujući pri tome i one zamalo izbjegnute (*near – miss*), administrativne i nemedicinske naravi. Međutim, još uvijek ne postoji jasno definirana međunarodna klasifikacija bolesnikove sigurnosti.⁵

Bolesnikova sigurnost je povezana prije svega s

odnosom između liječnika i bolesnika. No, okruženje i razina tehnološke opremljenosti igraju ključnu ulogu u ishodu određene medicinske intervencije, što predstavlja drugi kut složenosti pružanja zdravstvene skrbi i čini drugu dimenziju povezanosti bolesnikove sigurnosti s odnosom između bolesnika i ustanove.

Prema preporukama *National Patient Safety Agency* (NPSA) u Londonu, za ostvarivanje što sigurnije zdravstvene zaštite stoji sedam bitnih koraka (<http://www.npsa.nhs.uk>). Prva tri koraka su: 1. uspostaviti koncept, metode i alate u praksi u cilju razvoja kulture sigurnosti, 2. usredotočiti se na bolesnikovu sigurnost u cijeloj ustanovi, 3. integrirati upravljanje rizicima u sustav upravljanja. Sljedeći koraci su: 4. uspostaviti sustav izvješćivanja na lokalnoj i nacionalnoj razini, 5. uključiti bolesnika i javnost u sustav zdravstvene zaštite, 6. analizirati uzroke neželjenih događaja (*root cause analysis*), 7. prevesti naučeno u praksu.

BOLESNIK U SREDIŠTU

Bolesnik u središtu (engl., *patient-centeredness, patient-focused care, patient-oriented care*) je model/pojam koji znači da bolesnik i njegova obitelj jesu i trebaju biti uključeni u zdravstvenu skrb kroz usku suradnju sa zdravstvenim osobljem i utječući na donošenje odluka i oblikovanje zdravstvene politike. Bolesnikovo iskustvo i (ne)zadovoljstvo jedinstveno je i autentično te može zdravstvenom osoblju dati sasvim nov pogled na njihov vlastiti rad.⁶ Bolesnik u središtu kao ideja stara je nešto više od 30 godina i u početku njena karakteristika bila je uglavnom filozofska i nerealistična. Uspostavljanje upitnika o iskustvu bolesnika u pružanju zdravstvene skrbi (HCAHPS, engl., *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*) predstavlja radikalnu promjenu u poimanju bolesnikove sigurnosti. Upitnici o bolesnikovom iskustvu i zadovoljstvu danas su standardizirani alati za procjenu i mjerenje kvalitete zdravstvene zaštite od strane korisnika. U ostvarenju modela bolesnik u središtu treba istaknuti i važnost iskustva liječnika i ostalog medicinskog osoblja koje sudjeluje u pružanju zdravstvene skrbi, te uspostavljanje alata (upitnika) za procjenu i mjerenje kvalitete zdravstvene zaštite od strane pružatelja. Bolesnik u središtu nije zamjena za vrsnoću medicinske skrbi, ali će svakako iskustva i (ne)zadovoljstva korisnika i pružatelja zdravstvene skrbi pridonijeti razvoju nacionalne strategije bolesnikove sigurnosti. Svaka ustanova može imati svoj specifičan pristup u uspostavljanju modela „bolesnik u središtu“, a preporuke Instituta Picker iz Bostona i njegovih sestrinskih organizacija u Europi mogu biti od koristi (<http://www.pickerinstitute.org/>).

POKAZATELJI (MJERENJE) BOLESNIKOVE SIGURNOSTI

Bolesnikova sigurnost je višedimenzionalna pa razumijevanje, praćenje i razvoj sigurnosti zahtijeva različita mjerenja i podatke. U literaturi se mogu naći podaci o

broju neželjenih događaja za različite populacije bolesnika i oblike zdravstvene skrbi. Međutim, konačne brojke tih događaja nisu najbolji pokazatelji njihove težine i ishoda. Američka agencija za istraživanje i kvalitetu u zdravstvu, AHQR (*Agency for Healthcare research and Quality*) definirala je skupinu pokazatelja kvalitete bolesnikove sigurnosti i podijelila ih je u dvije kategorije: 1. na razini pružanja zdravstvene skrbi tijekom boravka u bolnici i 2. na svim ostalim razinama zdravstvene zaštite izvan bolnice.⁷ Pokazatelji bolesnikove sigurnosti prema definiciji AHQR jesu alati za mjerenje neželjenih događaja koji se javljaju u pružanju zdravstvene skrbi i koje je moguće spriječiti promjenama u sustavu (<http://www.ahrq.gov/>). Pokazatelji bolesnikove sigurnosti razvijeni su i definirani u okviru SimPaTiE projekta, te organizacija OECD (engl., *Organisation for Economic Co-operation and Development*) i *European Community Health Indicator Monitoring* (ECHIM), a neki od tih pokazatelja uključeni su u PATH (engl., *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital*) program SZO-a (<http://www.pathqualityproject.eu/>).

Procjena bolesnikove sigurnosti može se provoditi kvantitativnim pristupom uporabom pokazatelja koji se odnose na događaje ili medicinske pogreške koje se mogu spriječiti. Izravno mjerljivi štetni događaji, kao što su npr. kirurški zahvat na krivom mjestu, pogrešna krvna grupa, suicid u bolnici javljaju se rijetko i imaju više značajke pokazatelja upozorenja. Njihova vrijednost u nadziranju promjena u svrhu poboljšanja je ograničena, ali su se pokazali korisnim na nacionalnoj i lokalnoj razini.⁷ Kvantitativno mjerenje kvalitete bolesnikove sigurnosti uključuje npr. stopu smrtnosti, stopu štetnih događaja uzrokovanih lijekovima, stopu infekcija.⁸

Danas se u procjeni bolesnikove sigurnosti sve više rabi kvalitativna metodologija temeljena na pojedinom slučaju kroz sustav izvještavanja i analizu dotičnog slučaja, što potiče uspostavljanje kulture sigurnosti. Uz to, svaki pojedinu događaj može upozoravati na ozbiljnu sustavnu pogrešku. Kvalitativna analiza neželjenih događaja i organizacijske prakse bolesnikove sigurnosti pridonosi spoznaji uzroka, prevencije i sigurne prakse. Valjanost pokazatelja ovisi o kvaliteti prikupljenih podataka koji trebaju biti usklađeni za odgovarajuće rizike. Administrativni podaci stoga nisu zadovoljavajući, navlastito oni na kliničkoj razini.

PROGRAMI SVJETSKJE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE (SZO)

U rujnu 2004. g. SZO je pokrenuo svjetsko udruženje za bolesnikovu sigurnost (*World Alliance for Patient Safety*) u cilju: 1. skretanja najveće moguće pozornosti na problem bolesnikove sigurnosti; 2. uspostavljanja i jačanja znanstvenog zanimanja za poboljšanje bolesnikove sigurnosti i kvalitete zdravstvene zaštite, uključujući nadzor primjene lijekova, medicinske opreme i tehnologije.⁹ Udruženje je ukazalo na važnost svih za-

interesiranih partnera u razvoju politike bolesnikove sigurnosti i njenog uspostavljanja u praksu u zemljama članicama SZO-a. Svake godine udruženje predstavi nekoliko programa koji pokrivaju sustavne i tehničke aspekte za poboljšanje bolesnikove sigurnosti. Jedan od tih programa je *Patient for Patient Safety* (PFPS) koji osigurava uključivanje bolesnika i članova njihovih obitelji u proces zdravstvene zaštite.

Neki od programa koje je korisno istaknuti su sljedeći:¹⁰

- *Clean Care is Safer Care* (cilj ovog programa je podići svijest o utjecaju bolničkih infekcija na bolesnikovu sigurnost te angažirati sve sudionike na razini svih zemalja za njihovo suzbijanje)
- *Safer Surgery Saves Lives* (cilj je poboljšati sigurnost kirurškog bolesnika putem razvoja standarda kirurške prakse)
- *Taxonomy for Patient Safety* (cilj je razvoj međunarodne klasifikacije (ICPS, engl., *International Classification for Patient Safety*) u svrhu pojašnjenja koncepta i definicije bolesnikove sigurnosti).
- *Research to improve patient safety* (cilj je poticaj razvoja istraživačkih projekata u zemljama članicama pod geslom „Znanje je neprijatelj nesigurne zdravstvene skrbi“)
- *Reporting and Learning* (udruženje je razvilo nacrt preporuka za sustavno izvješćivanje o neželjenim događajima i učenju kao pomoć zemljama članicama u razvoju njihovog nacionalnog sustava izvješćivanja).

Program SZO-e „Sigurna operacija spašava život“ (*Safer Surgery Saves Lives*) transparentan je i lako dostupan. Ciljevi ovog programa jesu: 1. sprečavanje infekcija u kirurškim salama, 2. poboljšanje sigurnosti kod anestezije i općenito unutar kirurškog tima, 3. poboljšanje kirurške prakse. Prvi rezultat ovog značajnog nastojanja jest dobra raširenost kontrolne liste za sigurnost kirurških zahvata. Kontrolna lista, koja je trenutno u procesu evaluacije, neće obuhvaćati sve sigurnosne mjere u kirurgiji, ali je očit napredak u pravom smjeru, uz potvrde povećanja sigurnosti s 50 na 80% u pružanju odgovarajuće kirurške skrbi. Postoji zabrinutost da kontrolnu listu, ukoliko ne bude obvezna, timovi koji rade pod vremenskim pritiskom neće slijediti, te da čak i ako bude obvezna – neće biti korištena u onom duhu u kojem je zamišljena. Međutim, kao početak nastojanja širom svijeta za sigurnijim operacijama, to je odličan prvi korak. Veći problem predstavlja činjenica da od deset ciljeva samo jedan naglašava odgovornost bolnice ili zdravstvenog sustava. Ispunjavanje tih ciljeva zahtijevat će puno više od pristupa „ukori i obučiti“; rad će se morati nastaviti i uzeti u razmatranje načine rada koji se nalaze u pozadini rizika i šteta/povreda.

U Velikoj je Britaniji Nacionalna agencija za bolesnikovu sigurnost (NPSA, engl., *National Patient Safety Agency*) u suradnji s multi-profesionalnom referentnom grupom stručnjaka prilagodila kontrolnu listu za primjenu u Engleskoj i Walesu. Kontrolna lista daje pregled

bitnih standarda kirurške skrbi i osmišljena je da bude jednostavan i široko primjenjiv instrument za poboljšanje kirurške sigurnosti. Ključne poruke „Sigurnije kirurgije“ razvijene od strane NPSA-a¹¹, promovirane u siječnju 2009. jesu:

- osigurati prihvaćanje provođenja kontrolnih lista od strane uprave i kirurškog tima unutar bolnice;
- osigurati provođenje kontrolne liste za svakog bolesnika koji prolazi kirurški zahvat (uključujući lokalnu anesteziju);
- osigurati ulazak korištenja kontrolne liste u kliničke bilješke ili elektronski zapis od strane člana tima, na primjer, kirurga, anesteziologa, sestre.

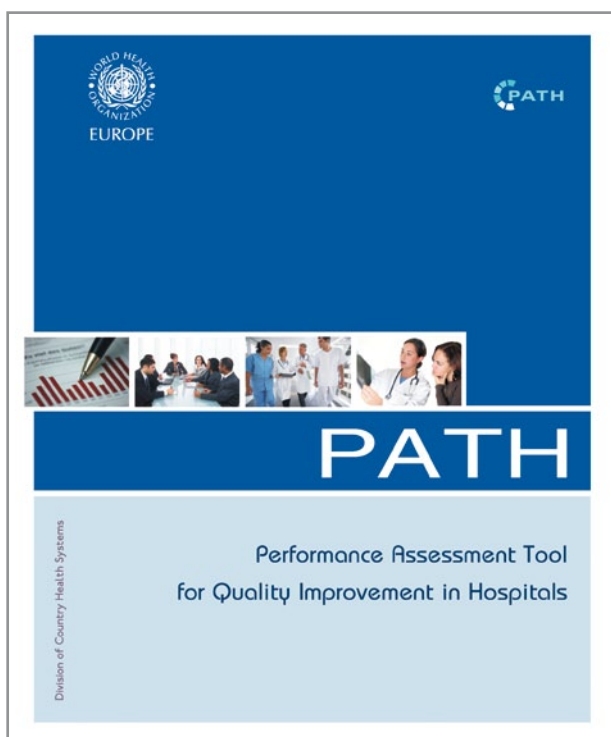
Kontrolna lista sadrži 10 ciljeva:

- Cilj 1. Tim će operirati na pravom bolesniku na pravom mjestu.
- Cilj 2. Tim će se koristiti metodama za koje je poznato da sprečavaju štetne posljedice od anestezije, a štite bolesnika od boli.
- Cilj 3. Tim će prepoznati i učinkovito se pripremiti za po život opasan gubitak respiratorne funkcije.
- Cilj 4. Tim će prepoznati i učinkovito se pripremiti za rizik od velikog gubitka krvi.
- Cilj 5. Tim će izbjeći izazivanje alergijskih ili nepoželjnih reakcija na lijekove za koje se zna da su rizične po bolesnika.
- Cilj 6. Tim će dosljedno koristiti poznate metode za smanjivanje rizika od infekcija u kirurškoj sali.
- Cilj 7. Tim će spriječiti nehotično zadržavanje instrumenata ili ostalog materijala u kirurškim ranama.
- Cilj 8. Tim će osigurati i točno identificirati sve kirurške uzorke.
- Cilj 9. Tim će učinkovito komunicirati i razmjenjivati kritične informacije za sigurno vođenje operacije.
- Cilj 10. Bolnice i javnozdravstveni sustavi uspostaviti će redovno praćenje kirurških kapaciteta, obima i rezultata.

Prema podacima iz literature, primjena kontrolne liste u odraslih kirurških bolesnika podvrgnutih operacijama (osim operacijama na srcu) povezana je sa smanjenjem komplikacija s 11 na 7% i stope smrtnosti s 1,5 na 0,8%.¹²

Osim navedenih programa treba istaknuti program PATH koji je inicirao regionalni ured SZO-a za Europu 2003. g. i koji se provodi u 20-ak europskih zemalja. U 2009. g. započeo je novi krug programa (PATH ,09) u koji su se uključile i neke zemlje izvan Europe, a od novih europskih zemalja inicijativom Hrvatskog društva za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite HLZ-a važnost tog programa prepoznata je i u Hrvatskoj. O zaključcima i glavnim porukama prve Nacionalne konferencije „PATH u Hrvatskoj“, koja je održana u Zagrebu u veljači 2009. godine, objavljen je prikaz u Medixu br. 82, travanj 2009. (op. ur.).

Zasad, su u PATH aktivno i dobrovoljno uključene



SLIKA 1. Naslovnica edukativne brošure programa PATH, u kojem su predstavljeni koncept programa, odabrani pokazatelji kvalitete, postupak prikupljanja podataka, te informacije o mogućnostima uključivanja u program. Više o tome može se naći na web stranici: <http://www.pathqualityproject.eu/>

slijedeće bolnice: KBC Zagreb, KBC Rijeka, KBC Osijek, KB Sveti Duh, Zagreb, KB Sestre Milosrdnice, Zagreb, Klinika za dječje bolesti Zagreb, Sveučilišna klinika Vuk Vrhovac, Zagreb, OB Zadar, OB Karlovac, OB Gospić, OB Vukovar, OB „Dr Tomislav Bardek“ Koprivnica, OB Bjelovar, OB Pula, OB Vinkovci, OB Zabok, OB Virovitica, Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“, Zagreb, Psihijatrijska bolnica Ugljan, Psihijatrijska bolnica Lopača, SB za produženo liječenje, Duga Resa i SB za zaštitu djece s neurorazvojnim motoričkim smetnjama Goljak, Zagreb. Temeljem iskustva drugih zemalja, PATH može koristiti kao prvi korak u pripremi bolnice/zdravstvene ustanove za akreditaciju (slika1).

ZAKLJUČAK

Bolesnikova sigurnost i bolesnik u središtu izazovi su danas svakog zdravstvenog sustava. Poboljšanje i razvoj kvalitete zdravstvene zaštite (bolesnikove sigurnosti) zahtijeva znanje, izbor i primjenu specifičnih metoda i alata prilagođenih lokalnim situacijama. Jačanje uloge bolesnika i javnosti jedna je od važnih metodoloških kategorija. U Hrvatskoj je na tom području još puno zadaća pred stručnjacima. Raspoloživi programi i iskustva drugih mogu zasigurno biti od pomoći. Svi bismo trebali shvatiti da se kvaliteta zdravstvene zaštite koju pružamo najbolje ogleda na razini bolesnikove sigurnosti.

Patient safety, patient-centered care and World Health Organization programs

SUMMARY Patient safety and patient-centred care should have top priority in quality health care. Patient experience and patient satisfaction questionnaires are standardized tools for the assessment and measurement of health care quality. Due to a multidimensional nature of patient safety, various measurements and data (qualitative and quantitative) are needed for its understanding, follow-up and development. There are many different civil society initiatives, organisations and programs for improvement of patient safety and patient-centred care. The goals they have in common are development of recommendations for efficient management of healthcare facilities, inclusion of patients in decision making process at all health system levels and development of health care quality with distinct responsibilities and mutual reporting.

KEY WORDS quality indicators, health care; patient-centered care; patient participation; safety; safety management

LITERATURA

1. Technical report „Improving Patient Safety in the EU“ prepared for the European Commission, published 2008 by the RAND Cooperation.
2. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care* 2006;15:39–43.
3. Eldar R. Understanding and preventing adverse events. *Croat Med J* 2002;43:86–8.
4. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995;163(9):458–71. Retrieved on 2006–07–01.
5. Runciman W, et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care* 2009;21:18–26.
6. Duclos CW, Eichler M, Taylor L, Quintela J, Main DS, Pace W, Staton EW. Patient perspectives of patient-provider communication after adverse events. *Int J Qual Health Care* 2005;17:479–86.
7. Millar EJ, Mattke S et al. Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries. <http://www.oecd.org/dataoecd/53/26/33878001.pdf>. OECD 18.2004
8. Kilbridge PM, Classen DC. Automated surveillance for adverse events in hospitalized patients: back to the future. *Qual Saf Health Care* 2006;15(3):148–9.
9. World Alliance for Patient Safety (2008). Second Global Patient Safety Challenge Safe Surgery Saves Lives. WHO. <http://www.who.int>
10. www.who.int/patientsafety/en/
11. www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/clinical-specalty/surgery/
12. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MC, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA; Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360:491–9.

ADRESA ZA DOPISIVANJE

Doc. dr. sc. Jasna Mesarić, dr. med.
Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, bolnička transfuzijska jedinica pri KB Merkur
Petrova 3, 10000 Zagreb
E-mail: jasna.mesaric@mef.hr
Telefon: + 385 1 2430 110