

Betegbiztonság

betegbiztonság

- ⇒ nemkívánatos események jelentősége
- ⇒ okok
- ⇒ megelőzés lehetőségei és feltételei

Nil nocere!

Ne árts!

**Ne okozz akaratlanul
bántalmat!**

Betegbiztonság?

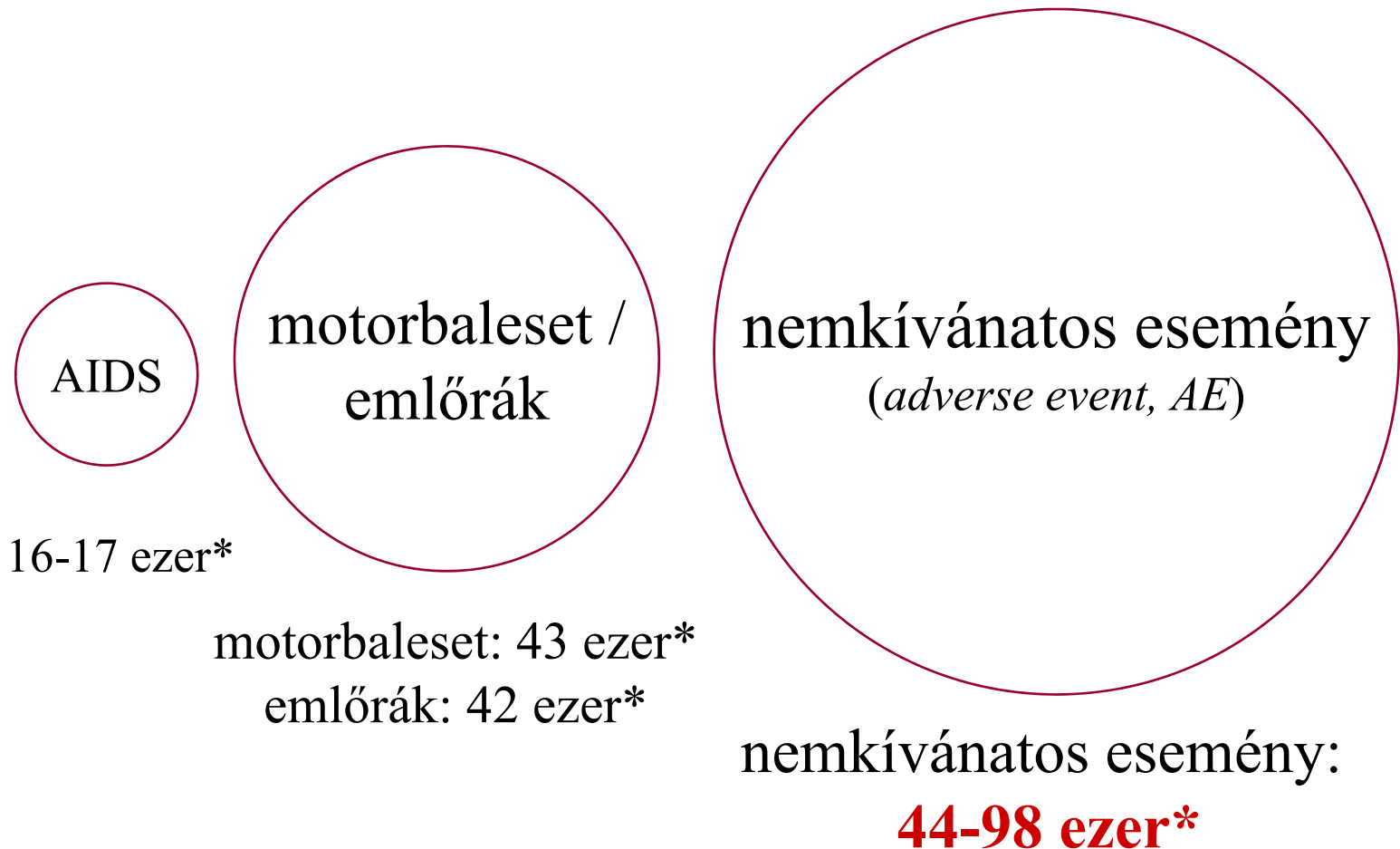
- **Probléma?**

- ⊖ Tudjuk, hogy mennyi nemkívánatos esemény, ellátási hiba fordul elő?
- ⊖ Ismerjük-e a következményeket?
- ⊖ Kell-e foglalkozni ezzel a témakörrel?
- ⊖ És ha igen, mi az ellátó szerepe a megelőzésben?

TÉVEDNI EMBERI DOLOG

To Err is Human – halálokok mértéke

(Colorado és Utah, USA, 1999)



AE-k incidencia az aktív ellátást végző kórházakban

- UK: **11%**
- Új Zéland: **10%**
- Dánia: **9%**
- Ausztrália: **11%**
- Kanada: **8%** általában, **11%** oktató kórházakban

Magyarországon évente hány AE lehet a kórházakban?

kb. 2.6 m elbocsátott kórházi eset

kb. 2.2 m akut elbocsátás

AE-k becsült aránya 10%

(220.000 eset érintett)

ha az AE-k becsült **halálozása 6%**

= 13.200 haláleset

megelőzhető, ellátási hiba következtében fellépő halálozások (**70%**): kb. 9.200 haláleset

Példák nemkívánatos eseményekre

- beteg elesése, leesése
- kórházi szerzett decubitus
- kórházi szerzett húgyúti fertőzés
- sebészeti sebfertőzés
- előírástól eltérő dózis, gyógyszer beadása miatti következmények
- ellenoldali műtét
- betegcseréből adódó károsodás

A nem megfelelően biztonságos ellátás terhe

- Szakmai probléma
- Egyéni probléma
- Gazdasági probléma
- Rendszer probléma
- Társadalmi probléma

1:10



Betegbiztonság (*patient safety*)

- Mentesség az akaratlan bántalomtól.
- A károsodások elkerülése, megelőzése és javítása az egészségügyi ellátás területén hozott intézkedésekkel.
 - A gyakorlati munka során ismerik a betegbiztonsági kockázatokat, és a rendszereket, folyamatokat ezek ismeretében, és ezek kivédésére törekedve alakítják ki és működtetik.

Nemkívánatos esemény (*AE -adverse event*)

- Az ellátás nyújtásához köthető károsodás, és nem a betegségből eredő komplikáció.
- Példák:
 - ⇒ gyógyszer tévesztés vagy rossz dózis-megállapítás miatti nem kívánt gyógyszerhatás
 - ⇒ kórházi szerzett fertőzés

Hiba (*error*)

- rossz terv alkalmazása a cél eléréséhez (azaz *hiba a tervezésben*)

vagy

- a szándékhoz képest történő mulasztás a tervezett tevékenység végrehajtása során (azaz *hiba a végrehajtásban*)

- rossz terv készítése a cél eléréséhez
 - nehezen észlelhető
 - háttér: ismerethiány, pl.
 - beteg
 - beteg állapota
 - kezelési módok
 - evidencián alapuló kutatások alkalmazása
- példa:
 - olyan antibiotikum elrendelése, amelyre az kórokozó nem érzékeny

Végrehajtási hibák

- tévesztés (pl. g vs mg)
- felejtés (pl. kihagyás)
- tévedés (pl. helytelen módszer választása)
- szándékos megszegés (pl. eltérés a protokolltól)

Hasonló hangzású hatóanyag név „sound alike drugs”

- Vinblastin vs. Vincristin
- Hydroxizin vs. Hydralazin
- Prostacyclin vs. Prostaglandin
- Cefotaxim vs. Cefuroxim
- Bisacodyl vs. Bisoprolol

Hibák okai

- Aktív
- Látens
- Hozzájáruló tényező

Miért?

*a beteg
károsodik*

Miért?

*a beteg
károsodik*

példák:

- *szövődmény*
- *késlekedés a
gyógyulásban*
- *állapot romlása*
- *fájdalom*
- *halál*

Miért?



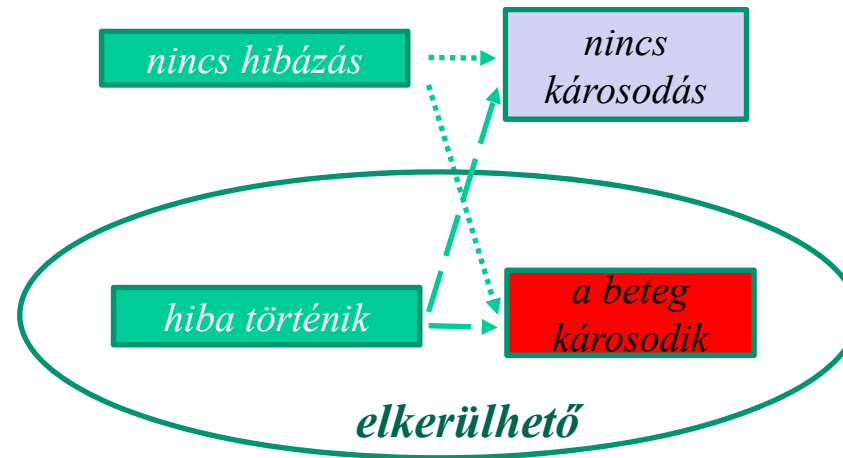
nincs hibázás

hiba történik

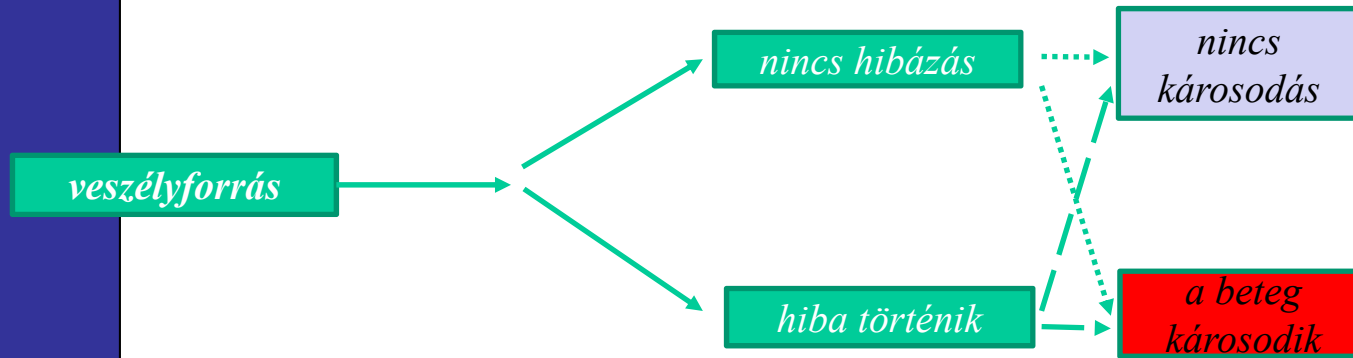
*a beteg
károsodik*

- *tévedés*
- *tévesztés*
- *felejtés*
- *megszegés*

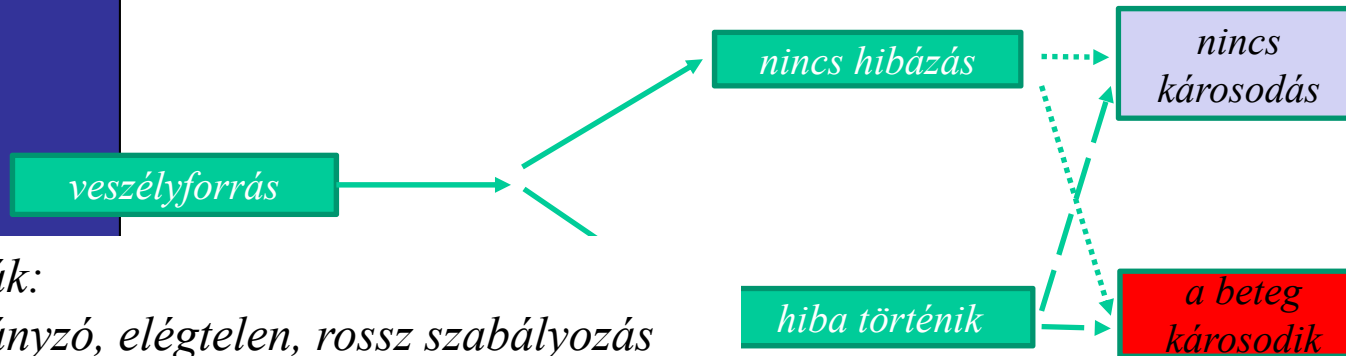
Miért?



Miért?



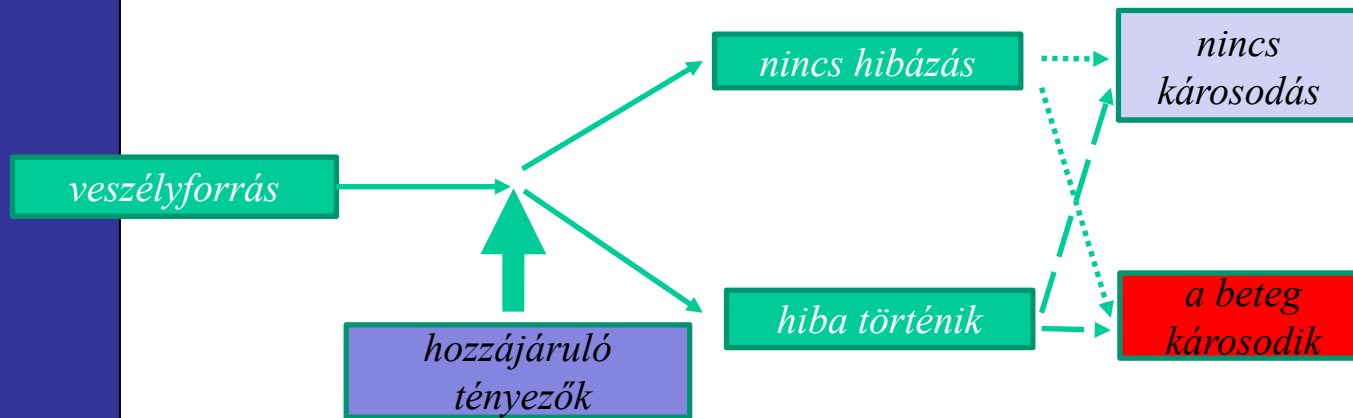
Miért?



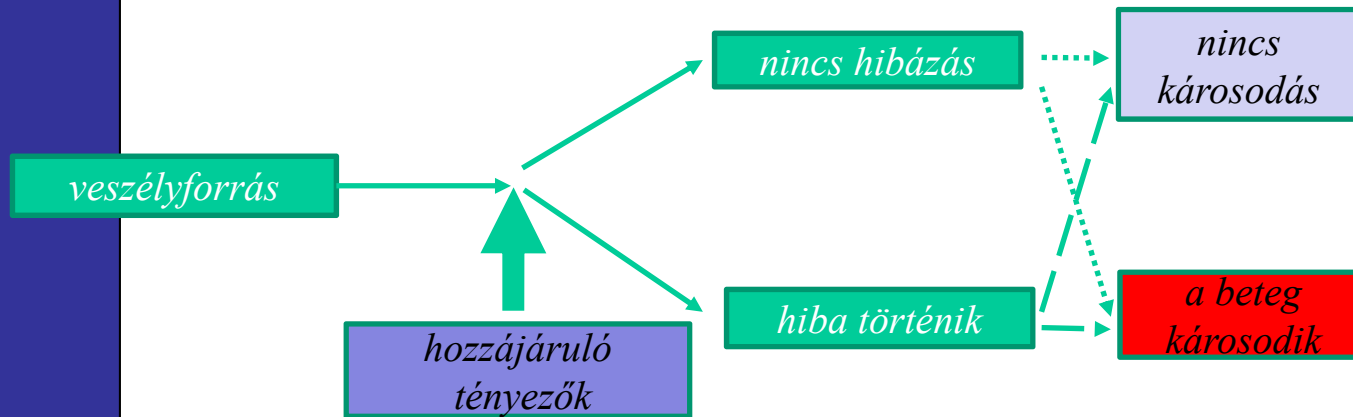
példák:

- *hiányzó, elégtelen, rossz szabályozás*
- *kevés, képzetlen, rossz összetételű munkatársi gárda*
- *felelősségi és hatáskörök nem egyértelműek*
- *kontroll, felügyelet elégtelensége*
- *elégtelen kommunikáció*
- *hiányos, kései információ*
- *eltérés a szabályoktól*

Miért?



Miért?



példák:

- zsúfoltság
- időnyomás
- stressz, idegesség
- megszakítás, zavarás

Kapcsolat az aktív és a látens hibalehetőségek között



- A látens hibalehetőségek és hibák éveken keresztül megbújhatnak a rendszerben, mielőtt hozzájáruló tényezőkkel és aktív hibalehetőségekkel kombinálva nemkívánatos eseményt hoznak létre.
- Az aktív hibalehetőségeket gyakran nehéz előre látni, de a látens hibalehetőségek és hibák, valamint a hozzájáruló tényezők behatárolhatók és orvosolhatók, mielőtt ártalmas eseményt okoznak.

Esettanulmány

elfogadott eljárásrendek, irányelvek,
protokollok;
a naprakész, valid képzés biztosítása;
eredményes kommunikáció;
gyógyszerbiztonság; és
betegbevonás

Vincristine esettanulmány

Nem biztonságos ellátást előidéző okok (kivonat)

nem megfelelő számú képzett szakember

- teljesítmény kényszer – túl sok beteg ellátása
 - ⇒ túl sok **megszakítás**
 - ⇒ jelentősebb **emlékező képességet** vár el
 - ⇒ gátolja az eredményes **kommunikációt** a szereplők között
 - a súlyos nemkívánatos események 70%-ának legfontosabb oka kommunikációs probléma (USA)

Nem biztonságos ellátást előidéző okok (kivonat)

- **dolgozói fáradtság**
 - ⇒ 24 órás műszakot teljesítő orvosok 36%-kal több komoly ellátási hibát követnek el
 - ⇒ a fáradt orvosok 5x több komoly diagnosztikai hibát követnek el, 4x több olyan hibát, ami a beteg halálához vezet, és sokkal több munkahelyi sérülést okoznak maguknak

Nem biztonságos ellátást előidéző okok (kivonat)

- **kései és téves diagnózisok, 10-15%**
- a vizsgálati **tesztek** megfelelő **követésének a hiánya**
- potenciálisan életet fenyegető állapotokra utaló laboratóriumi tesztek követően a **megfelelő terápia kb. 50%-ban történt meg időben**

Nem biztonságos ellátást előidézõ okok (kivonat)

a szervezet kultúrája nem támogató

- annak elfogadása, hogy **minden dolgozó felelős** a betegbiztonságért
- a **pénzügyi és szervezeti célokkal szemben a betegbiztonság kerül előtérbe**
- **buzdítás és jutalmazás** a veszélyforrások, kockázatok és események azonosítása, kommunikációja és megoldása érdekében
- az eredményes biztonsági rendszerek érdekében a **szükséges struktúra kialakítása és a felelősség meghatározása**

A nembiztonságos ellátás kimenetei (kivonat)

- a kórházi betegek 7.5-10.4%-a tapasztalt **gyógyszerelésből eredő károsodást**
- **orvosi eszközök** miatti károsodás: 6.3/1000 betegnap (US)
- **sebészet és anesztézia**, összes nemkívánatos esemény 48%-a
- **nosocomiális fertőzések**: a betegek 5-10%-a érintett a kórházakban

A nemkívánatos események kezelése

Mit tegyünk?

AE-kre e vonatkozó kutatások legfontosabb megállapításai

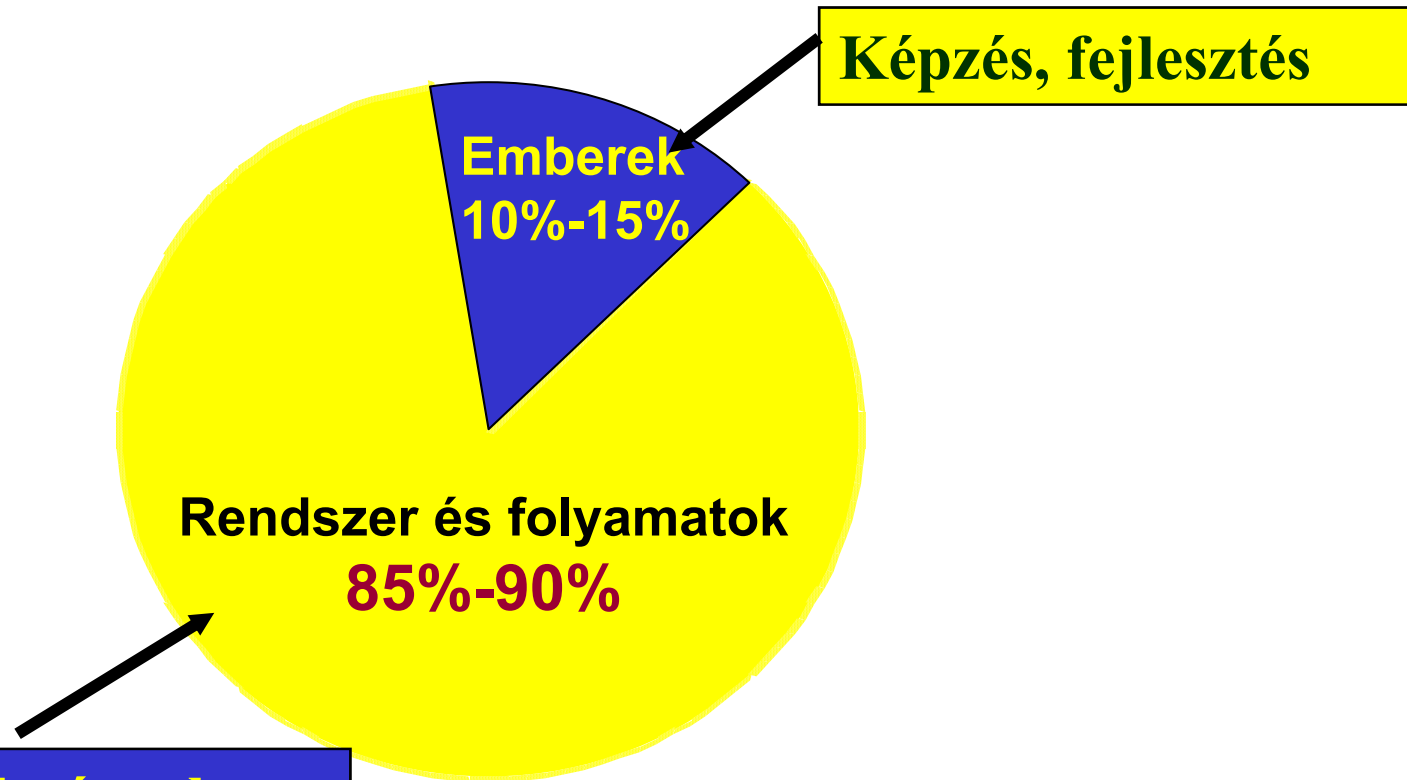


Jelentős probléma, mindenütt létezik.

Szükséges:

- a nemkívánatos eseményekre vonatkozó **adatok gyűjtése, elemzése és terjesztése** úgy, hogy lehetővé tegye **minden intézménynek a tanulást**
- a **betegbiztonságra vonatkozó kutatások támogatása**
- az ellátás nyújtása során fellépő **rendszeres hibák okainak beazonosítása**
- a rendszerre, és nem az esendő emberekre való koncentráció
- a **biztonság kultúrájának elismerése**

Mi is a hibák gyökere?



Látens körülmények
feltárása, rendszerek,
folyamatok átalakítása

Képzés, fejlesztés

KÉRDÉS?