

Să învățăm din greșeli! Despre siguranța pacienților în cabinetul de medicină de familie

**Andrea
Neculau¹,
Marius
Mărginean²**

*1. Medic primar
Medicină de Familie,
Asistent universitar,
Universitatea Transilvania,
Facultatea de Medicină
Brașov*

*2. Medic primar
Medicină de Familie*

*Membri ai Grupului Modele
inovative de practică
în Medicina de Familie
al SNMF*

Siguranța pacientului este o temă prioritară în întreaga lume atât pentru lucrătorii din domeniul medical, cât și pentru beneficiarii serviciilor medicale. Problematika a apărut odată cu creșterea complexității sistemelor de îngrijiri medicale, care expune pacienții la riscuri din ce în ce mai mari.

În ultimele două decenii, Organizația Mondială a Sănătății a atras atenția, în permanență, asupra efectelor adverse și a incidentelor care apar inerent în activitatea medicală. Și Consiliul Europei a subliniat, încă din 2009, că numărul efectelor nedorite, generate de sistemele de îngrijiri medicale, se ridică la cifre impresionante: 5 milioane de infecții intraspitalicești pe an în Europa, 70% din istoricele medicale ale pacienților au erori (2005), 1,5 milioane de decese pe an în SUA din cauza erorilor medicale. Costurile acestor efecte nedorite sunt ridicate: 13-24 miliarde de euro pe an doar în Europa, din cauza infecțiilor asociate îngrijirilor medicale.

Chiar dacă erorile produse în asistența medicală primară nu sunt atât de impresionante ca în spitale, totuși ele există. Se estimează, de exemplu, că 70% din injecțiile efectuate nu sunt necesare, iar injecțiile efectuate în condiții lipsite de siguranță sunt responsabile pentru 33% din cazurile noi de hepatită B, 42% din cazurile de hepatită C și de 2% din cazurile noi de HIV, în întreaga lume.

În fața acestor realități, comunitatea medicilor de familie a început și ea să fie preocupată de subiect.

Siguranța pacientului în sistemele de sănătate - cadrul definitoriu

În prezent, siguranța pacientului este considerată aproape ca o disciplină distinctă în cadrul sectorului de sănătate, care încearcă să reducă apariția și impactul evenimentelor adverse și să maximizeze recuperarea după un asemenea incident.

Literatura de specialitate menționează că un cadru sigur de furnizare a serviciilor de sănătate are în vedere patru domenii în care trebuie luate măsuri legate de siguranța pacientului:

1. personalul care lucrează în sectorul de furnizare de servicii de sănătate;

2. consumatorii de servicii de sănătate;
3. infrastructura sistemelor de intervenții terapeutice;
4. îmbunătățirea continuă a metodelor de feedback.

În acest articol vom acorda o atenție mai mare responsabilității personalului care lucrează în sistemul de sănătate și modalităților prin care pot fi prevenite erorile la acest nivel.

O primă modalitate prin care profesioniștii pot preveni evenimentele adverse este de a identifica zonele predispușe la erori. Intervenția proactivă prin diverse sisteme de minimizare a apariției erorilor poate preveni evenimentele nedorite. Fiecare profesionist poate menține un mediu de lucru sigur din punct de vedere clinic, reacționând adecvat la apariția unor probleme.

Printre cele mai importante teme legate de siguranța pacientului sunt cele legate de parteneriatul medic-pacient, prevenirea și controlul infecțiilor, siguranța medicației și a procedurilor administrate, recunoașterea și răspunsul rapid la apariția unor incidente și accidente în unitatea medicală. Erorile pot fi administrative, de diagnostic, de medicație sau legate de transmiterea unor infecții.

Erorile

Studiul erorilor se poate face atât la nivel organizațional, cât și la nivel individual, prin raportarea incidentelor și analiza lor. Este necesară o abordare sistemică, prin care să se favorizeze învățarea organizațională și generarea de schimbări la nivelul sistemului.

Definiții ale erorii:

Bill Runciman afirmă că eroarea apare „atunci când cineva încearcă să facă ceea ce este corect, dar de fapt face un lucru greșit”. Această definiție este valabilă mai ales la erorile fără intenție. James Reason definește erorile ca fiind secvențe planificate de activitate mentală sau fizică, care nu reușesc să conducă la rezultatele scontate,



FOTO: SHUTTERSTOCK

atunci când aceste eșecuri nu pot fi atribuite întâmplării (Reason J. Human Error. Cambridge: Cambridge University Press, 1990).

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește un eveniment legat de siguranța pacientului ca fiind „un eveniment care a avut loc (sau s-ar fi putut produce) și a produs un prejudiciu involuntar unui pacient, printr-un act voluntar sau prin omisiune, și nu a fost datorat problemei medicale de bază a pacientului”.

Se definesc două tipuri de erori:

■ **Eroare fără intenție:** numită și eroare de execuție (numai cine nu muncește nu greșește!). Poate fi observată sau poate trece neobservată. În această categorie intră și greșelile din cauza unor scăpări din memorie, când cineva uită să facă ceva.

■ **Eroare cu intenție:** reprezintă acțiunea efectuată cu intenție, ceea ce este mult mai grav. De obicei este numită greșeală. Este fie urmarea încălcării unei reguli, fie o lipsă de cunoștințe. Include erorile de diagnostic, care pot fi urmate de tratamente neadecvate. De obicei, acestea apar atunci când furnizorul este confruntat cu situații clinice, cu care nu este familiarizat.

Alte definiții ale erorilor întâlnite în literatură:

■ **Eroarea de judecată:** eroare legată de un raționament eronat (Zipperer și colab.).

■ **Eroare de procedură:** o eroare care apare ca urmare a unei acțiuni întreprinse. Exemplele includ: administrarea unui medicament la momentul nepotrivit sau în doze incorecte, sau folosind o cale de administrare greșită; intervenții chirurgicale efectuate pe partea greșită a corpului sau ero-

rile de transfuzie de sânge care implică o compatibilitate sanguină pentru un alt pacient (JCAHO 2001).

■ **Eroare de neglijență:** eroare din cauza neatentei sau a superficialității (Zipperer și colab.).

■ **Eroare de omisiune:** o eroare care apare ca urmare a faptului că nu au fost efectuate acțiunile necesare; de exemplu, când din cauza întârzierii în efectuarea unei intervenții cezariene survine moartea fetală, atunci când o asistentă medicală omite o doză de medicament ce trebuie administrat, sau atunci când sinuciderea unui pacient este asociată cu lipsa monitorizării într-o unitate de psihiatrie. Erorile de omisiune pot sau nu să conducă la rezultate negative (JCAHO 2001).

OMS definește în mod distinct **violarea** ca fiind abaterea, devierea de la un protocol, reglementări sau proceduri care sunt cunoscute.

Factorii care pot influența apariția erorilor în medicină sunt:

■ inadecvarea în proiectarea unor echipamente sau amplasamente;

■ factori de mediu;

■ erori cognitive prin omisiune sau voluntare, precipitate prin:

✓ informații inadecvate;

✓ prelucrare necorespunzătoare a informațiilor;

✓ factorii situaționali, cum ar fi stresul/volumul de muncă crescut;

■ decizii contraproductive sau inadecvate (Bogner M.S. Human Error in Medicine. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, 1994),

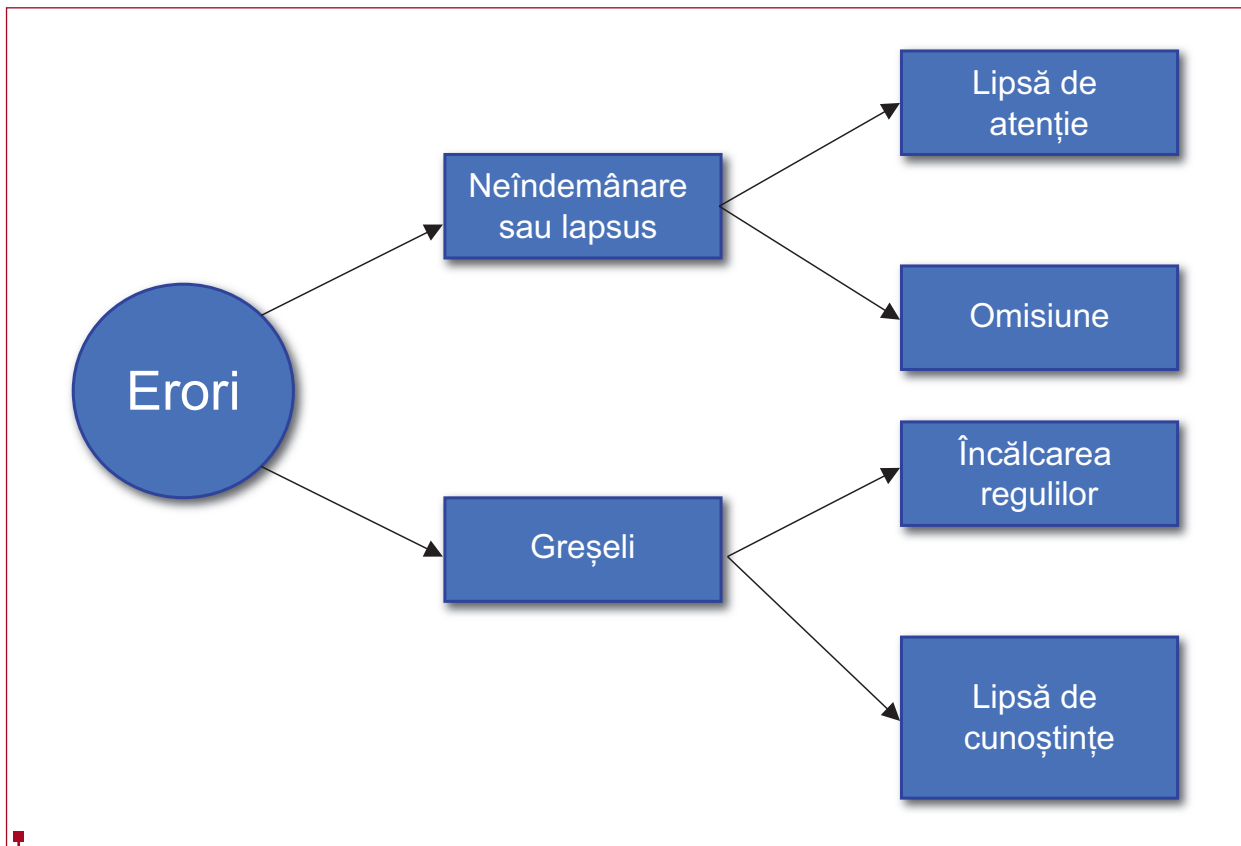


Figura 1. Tipuri de erori (după OMS, 2011)

OMS subliniază situații care cresc riscul de producere a erorilor și sugerează o serie de modalități pentru a evita apariția lor:

■ **Lipsa de experiență.** Deși medicina bazată pe dozezi pune pe ultimul loc experiența în luarea deciziilor, personalul medical trebuie să se informeze și să deprindă efectuarea unor manevre și proceduri înainte de a le aplica pacienților, eventual să fie supervizați în perioada de început.

■ **Graba (presiunea timpului).** Așa cum știm cu toții, presiunea timpului poate fi frecvent generatoare de greșeli. Uneori poate avea rezultate grave. Alteori poate avea rezultate negative peste un timp îndelungat. Exemplul banal este lipsa rutinei de spălare a mâinilor după orice intervenție sau consultație. Unele cadre medicale consideră că din lipsă de timp se poate sări peste acest mic amănunt, dar care poate avea urmări negative legate de transmiterea unor agenți patogeni.

■ **Situațiile de urgență.** În unitățile medicale mai mici, deși asigurarea urgențelor nu este o activitate de rutină, cazurile deosebite pot aduna întreaga echipă pentru acordarea unui prim ajutor. În lipsa unor proceduri clare, echipele ad-hoc pot reacționa diferit, lăsând loc producerii unor erori. Exemplul clasic în literatură este legat de acțiunile în caz de dezastru, în care intervenția nu este bine coordonată sau participă echipe care nu au o experiență comună.

■ **Verificarea neadecvată.** Orice acțiune efectuată pacientului, mai ales cele cu risc crescut, trebuie făcută după o atentă verificare a datelor. Chiar și în practica curentă de medicină de familie, trebuie în permanență avute în vedere toate informațiile legate de un tratament, doze, frecvență, comorbidități etc. Mai ales atunci când reglementările CNAS sunt atât de încurcate, verificările trebuie efectuate. Un sistem informatic poate fi util, dacă este conceput ergonomic, dacă include regulile atât medicale, cât și cele administrative.

■ **Lipsa de proceduri.** Desfășurarea unei activități medicale de calitate se poate face doar într-un mediu în care există proceduri clare și ele sunt respectate. Acesta este de fapt scopul adoptării unor sisteme de calitate, care încearcă să pună ordine în cele mai importante puncte ale activității cabinetului medical. Din păcate, în România, acest lucru este departe de a fi implementat, atât din lipsa de viziune a politicii sanitare, cât și din continua hărțuire a medicilor de către sistemul de asigurări. Lipsa unor proceduri clare conduce la erori care pot fi descoperite peste ani buni, și ele pot pune în pericol întreaga funcționare a echipei medicale.

■ **Informațiile neadecvate și insuficiente.** Întreaga activitate medicală implică și un transfer impresionant de informații în toate direcțiile. Se poate discuta aici despre acuratețea cu care se înregistrează informațiile pacientului în evidența primară a cabinetului (pe hârtie sau

electronic), dar și de transferul de informații între medic și pacient. Presiunea timpului intervine și aici, favorizând apariția erorilor. De asemenea, informarea pacientului privind deciziile medicale și mai ales modalitatea de aplicare a tratamentului pot fi insuficiente, ceea ce conduce la rezultate mai slabe ale actului medical, uneori punând chiar în pericol pacientul. Un aspect important este reprezentat de eroarea prin omisiune, din nou favorizată de presiunea timpului, care poate conduce la temporizări inutile sau întâzieri în actul medical.

Există o serie de factori individuali care predispun la erori, unii legați de personalul medical, alții de pacient:

■ **Lapsusul.** Medicii, de obicei, au o memorie bună, dar până la urmă capacitatea de memorare este și ea limitată. Mai ales când informațiile sunt legate de aspecte marginale sau externe practicii medicale (a se citi reglementări și legislație prost concepute), erorile pot apărea frecvent. Dacă ele nu sunt corectate la timp, se pot perpetua. Oricum, un serviciu medical modern trebuie să fie dotat cu sisteme informatice bune, care să ajute personalul medical în multiple feluri (să ofere informații ușor de accesat, algoritmi, ghiduri de practică, materiale informative, calculatoare medicale, sisteme de alerte și chemare a pacienților la control).

■ **Oboseala.** Este una din marile probleme ale serviciilor medicale, mai ales în sistemele de sănătate prost organizate. Oboseala afectează atenția, studiile arătând că efectele depriverii de somn sunt similare cu ale consumului de alcool.

■ **Stresul, foamea, boala.** Starea de sănătate a personalului medical poate influența, desigur, calitatea serviciilor și siguranța pacientului. Continuarea peste o anumită limită expune personalul la apariția sindromului de burnout.

■ **Limbajul (bariera lingvistică).** Comunicarea cu pacientul poate fi îngreunată de barierele lingvistice, dar și de cele culturale, nivelul de educație etc. Personalul medical trebuie să găsească cea mai bună cale de comunicare, astfel încât pacientul să înțeleagă informațiile primite. În caz contrar, rezultatele îngrijirilor medicale pot avea mult de suferit.

■ **Atitudinile periculoase.** Mai ales începătorii, până la instalarea unor rutine, s-ar putea hazarda să încalce reguli, unele chiar elementare, în special când acționează fără supervizare. Cu timpul, înțelegerea și intrarea în rutină pot duce la reducerea situațiilor în care sănătatea lor sau chiar a pacientului este expusă riscurilor.

Managementul situațiilor de risc pentru erori medicale

Managementul riscurilor este legat direct de îmbunătățirea calității și siguranței îngrijirilor medicale, prin identificarea circumstanțelor și a situațiilor care expun pacienții la risc și, apoi, prin luarea unor măsuri de prevenire sau control al acestor riscuri. Principalii pași în managementul riscurilor sunt:

- identificarea riscului;
- evaluarea frecvenței și a gravității riscului;
- reducerea sau eliminarea riscului;
- evaluarea costurilor economisite prin reducerea riscului sau evaluarea costurilor care s-ar fi produs dacă acel risc nu ar fi fost înlăturat.

Identificarea riscurilor este o problemă care trebuie să preocupe în permanență sectorul medical. Erori există oriunde este implicat factorul uman. Dar erori pot apărea și din funcționarea unor aparate și dispozitive, iar aici, desigur, discutăm despre o modalitate mai clasică de minimizare a riscurilor, prin aplicarea unui sistem de verificare periodică a echipamentelor.

Există și formule mnemotehnice de verificare a stării personalului medical, care indică un risc crescut pentru siguranța pacientului, când ar fi mai indicată încetarea activității sau luarea unei pauze de odihnă:

HALT

Hungry (Foame)

Angry (Supărat)

Late (Târziu)

Tired (Obosit)

I'M SAFE

Illness (Boală) - Am simptomele vreunei boli?

Medication (Medicație) - Sunt sub influența vreunui tratament?

Stress (Stres) - Sunt sub vreo presiune psihologică la locul de muncă? Am probleme de ordin financiar, control de la casa de asigurări, probleme familiale?

Alcohol (Alcool) - Am consumat alcool în ultimele 8 ore? Dar în ultimele 24 de ore?

Fatigue (Oboseală) - Sunt obosit și nu m-am odihnit suficient?

Eating (Alimentație) - Am mâncat adecvat?

Există și riscuri, erori datorate unor probleme legate de legislația ambiguă sau neadecvată. Chiar și aceste erori ar trebui înregistrate, analizate și găsite soluții pentru îmbunătățire.

Indiferent despre ce tip de eroare discutăm, esențial este să existe o cultură la nivelul organizației care să permită sesizarea și, ulterior, înregistrarea erorilor. Le putem numi mai elegant (ca în Marea Britanie) evenimente semnificative. Este important ca întregul proces să nu aibă loc într-un mediu ostil, într-o cultură a blamării. Această abordare arhaică, în care pentru fiecare greșeală trebuie găsit un responsabil, este contraproductivă. Greșeli se întâmplă, și de rezolvarea lor este responsabil doar sistemul, organizația. Ea poate depista și prevedea o serie întregă de erori posibile. Studiile arată o corelație strânsă între cultura organizațională și gradul de siguranță al serviciilor medicale oferite. În plus, organizațiile care au o cultură a raportării evenimentelor semnificative sunt capabile să învețe din greșeli, fără teama de repercusiuni. Cel mai important instrument este **sistemul de raportare a evenimentelor semnificative** (erori, efecte adverse, incidente). Raportarea poate fi anonimă, de exemplu utilizând sisteme electronice online sau prin simple registre de sugestii și reclamații. Pot fi utilizate, de asemenea, chestionare de evaluare a gradului de satisfacție a pacientului, unde pot fi raportate diverse aspecte negative. De asemenea, este important feedbackul pe care conducerea organizației îl poate primi de la angajați și colaboratori. Esențial este ca informațiile colectate să fie periodic analizate într-un mod structurat și să se caute soluții pentru ca aceste evenimente să nu se repete.

Cum aplicăm conceptul de siguranța pacientului în activitatea de zi cu zi:

■ Stabilirea unor relații bune cu pacientul

Există dovezi clare că stabilirea unor bune relații cu pacientul influențează pozitiv rezultatele îngrijirilor de sănătate. Furnizorii de servicii medicale ar trebui să trateze orice pacient ca pe o ființă umană unică, cu propria sa experiență legată de boală. Un tratament corect nu va avea rezultate la fel de bune dacă nu se stabilește o relație de încredere reciprocă, dacă pacientul nu se simte în siguranță și dacă nu se poate stabili o comunicare reală.

■ Cunoașterea și înțelegerea factorilor implicați în eșecuri

Orice efect nedorit sau incident poate fi asociat cu mulți factori. Când se analizează o eroare trebuie cunoscuți și analizați toți factorii posibili. Întrebările trebuie să vizeze înțelegerea mecanismelor care au permis apariția acelei erori.

■ Evitarea căutării unor vinovați

Dacă persoanele implicate nu sunt deschise la depistarea și analizarea erorilor, nu există șanse ca ele să învețe din erori. Este bine ca în analiza unor erori să se studieze ghidurile sau materiale bazate pe dovezi, pentru a încerca să se găsească explicații la incidentul survenit.

■ Practica medicală bazată pe dovezi

Personalul medical trebuie să cunoască principiile medicinei bazate pe dovezi și cum să se informeze eficient,

cum să utilizeze ghidurile și protocoalele, cum să aplice în practică aceste principii.

■ Continuitatea îngrijirii pacientului

Experiența unui pacient în sistemul de îngrijiri se poate derula pe o perioadă îndelungată. Continuitatea îngrijirilor este importantă deoarece ea scade posibilitatea apariției erorilor, printr-o cunoaștere mai bună a pacientului, precum și a intoleranțelor sale și a comorbidităților. Evident, și în aceste cazuri, menținerea unui sistem informațional și înregistrarea corectă a datelor sale au mare importanță.

■ Acordarea atenției cuvenite propriei sănătăți

Întregul personal medical trebuie să acorde o atenție deosebită propriei sănătăți, precum și a colegilor. În acest fel pot fi evitate o serie întregă de greșeli ce pot apărea în cazul în care discutăm despre o scădere a atenției sau a capacităților personalului. Și nu în ultimul rând, trebuie acordată atenția cuvenită rolului pe care personalul medical îl poate avea legat de transmiterea unor agenți patogeni.

■ Respectarea eticii profesionale

Personalul medical trebuie să fie conștient de obligațiile legale și etice și să pună întotdeauna pe primul loc interesul pacientului.

Managementul unui eveniment semnificativ

Programul de îmbunătățire a siguranței pacientului din Marea Britanie a fost coordonat de National Patient Safety Agency, iar din 2012 a fost inclus ca direcție a NHS (National Health System). Scopul agenției este de a dezvolta un cadru pentru creșterea siguranței pacientului la orice nivel al sectorului de îngrijiri de sănătate. A fost dezvoltat un curriculum de pregătire în conformitate și cu cerințele OMS, dar aducând o contribuție importantă legată de implementare.

Un instrument de implementare important este așa-numitul „audit al evenimentelor semnificative”. Este modalitatea prin care organizațiile furnizoare de îngrijiri medicale își efectuează propriul audit al evenimentelor nedorite (evenimente semnificative), pe care le înregistrează, le analizează și iau măsuri ca ele să nu se repete.

Royal College of General Practitioners (RCGP) afirmă că evenimentele semnificative adecvate pentru analiză sunt acele evenimente în care medicul poate identifica o oportunitate pentru a face îmbunătățiri, fie din cauză că rezultatul a fost sub standard, fie pentru că a existat un potențial rezultat negativ („aproape că s-a produs”), dar aceste incidente arată o breșă în siguranța pacientului mai mică decât un „incident serios”. Incidentele care au implicații foarte grave în siguranța pacientului sau chiar a personalului medical trebuie tratate ca incidente serioase (serious incidents), investigate la modul cel mai atent și raportate într-un sistem național.

Auditul evenimentelor semnificative (SEA) cuprinde șapte etape și este realizat în cadrul organizației:

I. Conștientizarea și prioritizarea unui eveniment semnificativ

Personalul ar trebui să fie încrezător în capacitatea lui de a identifica și prioritiza un eveniment semnificativ atunci când el se întâmplă. Echipa ar trebui să fie pe deplin angajată în auditarea de rutină și regulată a evenimentelor semnificative.

II. Colectarea informațiilor

Colectarea a cât mai multe informații concrete cu privire la evenimentul produs, din mărturii personale, înregistrări scrise și alte documente de asistență medicală. Pentru evenimente mai complexe, o analiză aprofundată va fi necesară pentru a înțelege pe deplin factorii de cauzalitate.

III. Întâlnirea cu echipa medicală

Echipa ar trebui să desemneze un facilitator care va structura întâlnirea, va menține regulile de bază și va ajuta la analiza fiecărui eveniment. Echipa ar trebui să se întâlnească periodic pentru a discuta, investiga și analiza evenimentele. Aceste întâlniri sunt adesea elementul-cheie în coordonarea procesului SEA și ar trebui să aibă loc într-o atmosferă echitabilă, deschisă, onestă și neamenințătoare. Agreeți regulile de bază înainte de începerea întâlnirii, pentru a consolida spiritul educațional al SEA și pentru

a asigura că opiniile sunt respectate și persoanele fizice nu sunt „învinovățite”! Procesul-verbal al întâlnirii ar trebui să menționeze deciziile luate și punctele de acțiune. Acestea sunt transmise întregului personal, inclusiv celor care nu au putut participa la întâlnire. Un audit eficient ar trebui să implice o analiză detaliată a fiecărui eveniment, identificarea nevoilor de învățare și acordul tuturor participanților cu privire la orice acțiune care urmează să fie luată.

IV. Analiza evenimentului semnificativ

Analiza unui eveniment semnificativ răspunde la patru întrebări:

1. Ce s-a întâmplat?
2. De ce s-a întâmplat?
3. Care a fost lecția învățată?
4. Ce acțiuni s-au întreprins?

Raport de audit al unui eveniment semnificativ (ES)

Titlu	
Data producerii ES	
Data întâlnirii pentru discutarea ES	
Audit condus de:	
Membrii echipei prezenți	

1. Ce s-a întâmplat?

(Se va descrie în detaliu ce s-a întâmplat. Menționați, de exemplu, cum s-a întâmplat, unde s-a întâmplat, cine a fost implicat și ce impact a avut sau ar fi putut avea asupra pacientului, echipei, organizației și/sau a altora.)

2. De ce s-a întâmplat?

(Descrieți principalele motive - atât pozitive, cât și negative - care au contribuit la producerea evenimentului care a avut loc. Menționați, de exemplu, profesionalismul echipei, eroarea unui sistem, lipsa de cunoștințe sau complexitatea și incertitudinea asociată cu acel eveniment.)

3. Ce s-a învățat din această experiență?

(Demonstrați că analiza și învățarea din acest eveniment au avut loc la nivel individual sau în echipă și că membrii echipei au fost implicați în analiza evenimentului. Menționați, de exemplu: lipsa de pregătire și formare, necesitatea de a urmări sistemele sau procedurile; importanța vitală a lucrului în echipă sau a comunicării eficiente.)

4. Ce schimbări s-au făcut?

(Schițați ce acțiuni au fost agreeate și implementate, în cazul în care sunt relevante sau fezabile. Luați în considerare, de exemplu: modificarea unui protocol, actualizarea lui sau introducerea unuia nou, modul în care a fost făcut acest lucru și cine a fost responsabil, cum va fi monitorizată această schimbare. Este bine, de asemenea, să atașați orice dovezi documentare despre schimbarea propusă, de exemplu: o scrisoare de scuze către un pacient sau conținutul unui nou protocol.)

Figura 2. Structura unui raport de audit al evenimentelor semnificative

Rezultatele posibile pot include:

- nicio acțiune nu este necesară;
- sărbătorirea unei îngrijiri excelente;
- identificarea unei nevoi de învățare;
- este necesar un audit convențional;
- este necesară o acțiune imediată;
- este necesară o investigație suplimentară;
- împărtășirea lecției învățate.

V. Agrearea, implementarea și monitorizarea schimbărilor

Orice acțiune convenită ar trebui să fie pusă în aplicare de către personalul desemnat, pentru a coordona și monitoriza schimbările în același mod în care cabinetul ar acționa după rezultatele unor audituri „tradiționale”. Progresele înregistrate în implementarea schimbărilor necesare ar trebui să fie întotdeauna monitorizate prin includerea în ordinea de zi a întâlnirilor următoare. Acolo unde este cazul, implementarea efectivă și urmărirea schimbării sunt vitale pentru procesul SEA. Pentru a testa cât de bine s-a derulat procesul SEA, cabinetul ar trebui să se întrebe „care este șansa ca acest eveniment să se întâmple din nou”.

VI. Redactarea

Este important să se țină o evidență cuprinzătoare, anonimă, în scris, a fiecărui SEA, deoarece s-ar putea ca organisme externe să solicite dovezi că rezolvarea a fost efectuată la un nivel satisfăcător. Raportul de SEA este o înregistrare scrisă a modului în care a fost analizat în mod eficient un eveniment semnificativ. În figura 2 prezentăm un asemenea model de raport de audit.

VII. Raportarea, diseminarea și revizuirea

Raportarea atunci când lucrurile nu merg bine este esențială în medicina de familie. Cabinetul ar trebui să raporteze în mod oficial (fie către Serviciul național de raportare și învățare, fie prin intermediul organizațiilor profesionale) acele evenimente în care siguranța pacienților a fost sau ar fi fost în pericol să fie compromisă.

Cabinetele ar trebui să împărtășească cunoștințe legate de evenimente semnificative mai importante cu liderii locali, factorii de decizie în domeniul medical, cu colegii și alte cabinete, astfel încât și ceilalți să poată învăța din aceste experiențe.

Metoda de auditare a evenimentelor semnificative este considerată acceptabilă, mai ales din punct de vedere educațional, încurajând învățarea experiențială care are loc în urma reflecției asupra unor evenimente întâmplare, pe care participanții le analizează și încearcă să găsească soluții pentru ca ele să nu se repete. Este un proces ce facilitează raportarea erorilor și implicarea practicienilor în rezolvarea lor și, implicit, în creșterea siguranței pacientului.

Din experiența de până acum, cele mai multe evenimente semnificative sunt multifactoriale, fiind generate de probleme, cum ar fi:

- **informațiile:** de exemplu, omiterea menționării în fișe sau scrisori medicale a unor date potențial importante, uneori din cauza grabei sau poate chiar a solicitării exprese din partea pacientului. De asemenea, omiterea consemnării unor efecte secundare ale unor tratamente anterioare sau alergii, potențiale interacțiuni;

- **factori legați de pacient:** de exemplu, medicul nu verifică dacă pacientul a înțeles toate detaliile privind tratamentul, dozele, frecvența, posibilele efecte secundare;

- **factori profesionali:** abilități slabe de comunicare, lipsa de cunoștințe sau tehnici medicale, greșeli din cauza presiunii timpului, întreruperi frecvente și inutile, stres etc.

- **greșeli datorate sistemului:** de exemplu, lipsa de formare sau pregătirea necorespunzătoare pentru o anumită tehnică sau procedură, absența supravegherii, probleme legate de identificarea rolurilor și responsabilităților, lipsa unor reglementări clare sau protocoale, lipsa unor audituri sau verificări periodice.

Auditul evenimentelor semnificative este un instrument important, care a demonstrat că poate avea o rezonanță emoțională puternică, stimulând participarea și consolidarea echipelor de practicieni și responsabilizarea membrilor. Dezavantajele sunt legate de teama de litigii cu beneficiarii serviciilor, de o posibilă stare de jenă în cadrul echipei, mai ales când nu există o reală deschidere pentru învățarea din erori. Este însă o modalitate destul de eficientă și ușor de implementat, de pornire a unor programe de creștere a calității și siguranței pacientului, prin care personalul medical să deprindă metodele de raportare, analiză și rezolvare a erorilor întâlnite în activitatea curentă.

Siguranța pacienților și Consiliul Uniunii Europene

Nu putem încheia fără să menționăm că problema siguranței pacienților este și în atenția Consiliului Uniunii Europene. Prin recomandarea făcută în 2009, Consiliul UE, pe baza studiilor internaționale privind siguranța pacienților, recomandă statelor membre „să creeze, să mențină sau să amelioreze sisteme globale de raportare și învățare, astfel încât amploarea și cauzele evenimentelor adverse să poată fi luate în calcul în scopul de a dezvolta soluții și intervenții eficiente. Siguranța pacienților ar trebui să fie integrată în educația și formarea lucrătorilor din domeniul asistenței medicale ca furnizori de servicii medicale”. De asemenea, recomandă colectarea de date comparabile și agregate la nivel comunitar și formarea unor structuri eficiente privind siguranța pacientului. După cinci ani, a fost publicat raportul „Principalele constatări și recomandări cu privire la sistemele de raportare și învățare pentru incidentele în materie de siguranța pacienților în Europa”, elaborat de subgrupul Comisiei Europene pentru raportare și învățare PSQCWG (mai 2014), din care România lipsește. În figura 3 prezentăm câteva dintre recomandările generale privind sistemele de raportare a incidentelor în domeniul siguranței pacientului.

Concluzii

Studiul domeniului legat de siguranța pacientului ne demonstrează ce probleme reale există în sistemul de îngrijire a sănătății. Există componente care depind într-adevăr de pregătirea medicală a personalului medical, pentru a reduce erorile medicale legate de diagnostic și tratament, dar există o mulțime de alte puncte nevralgice ale sistemului de îngrijiri ce necesită o intervenție amplă din partea celor care decid politica sanitară. Este nevoie de organizare atât la nivelul sistemului, cât și la nivelul fiecărei unități unde

Principalele constatări și recomandări privind structura generală a sistemelor de raportare și învățare pentru incidentele în materie de siguranța pacienților în Europa (Raport Consiliului UE, 2014)

1. În statele membre există atât sisteme de raportare obligatorii, cât și voluntare. Fiecare tip de sistem de raportare are avantajele și dezavantajele lui.
2. Un sistem obligatoriu ar trebui să fie însoțit de reglementări privind raportarea fără riscul sancțiunilor și de norme clare privind confidențialitatea.
3. Tipurile de incidente care pot fi raportate variază. Cu toate acestea, o definiție largă permite raportarea oricăror preocupări, inclusiv incidente evitate la limită și incidente care nu au cauzat niciun prejudiciu, oferind o resursă bogată pentru învățare și pentru îmbunătățirea sistemelor.
4. Toți membrii personalului din organizațiile furnizoare de servicii medicale, nu numai furnizorii de servicii medicale, ar trebui să poată să raporteze incidente în materie de siguranță a pacienților.
5. Rapoartele prezentate de pacient și familie reprezintă o potențială resursă bogată pentru învățare și pentru îmbunătățirea siguranței pacienților și ar trebui să fie încurajate. Sunt necesare mai multe informații cu privire la modul de a facilita cel mai bine acest lucru în diferite contexte de asistență medicală.
6. Sistemul de raportare trebuie să fie separat de procedurile de plângeri oficiale, acțiunile disciplinare și litigii. Cadrele medicale care prezintă rapoarte ar trebui să fie protejate de măsuri disciplinare sau juridice. Trebuie să se asigure confidențialitatea persoanei care raportează și anonimizarea corespunzătoare a datelor.
7. Rapoartele anonimizate de date ar trebui să fie publicate periodic și lecțiile derivate ar trebui să fie distribuite pe scară largă pentru a sprijini dezvoltarea și monitorizarea inițiativelor de îmbunătățire a siguranței pacienților și pentru a preveni incidentele în întreaga Uniune Europeană.

Figura 3. Recomandări generale privind sistemele de raportare a incidentelor în domeniul siguranței pacientului

se oferă îngrijiri de sănătate. Sunt necesare reglementări care să pună accentul pe creșterea siguranței pacientului, și nu pe hărțuirea continuă a furnizorilor de servicii și a pacienților, pe motive financiare și administrative. Un mediu în care deopotrivă furnizorii și pacienții se vor simți într-o perpetuă stare de nesiguranță nu poate avea efecte pozitive în ceea ce privește calitatea îngrijirilor medicale. Este nevoie de informare, de crearea unor trasee coerente în care pacientul să se simtă în siguranță, iar furnizorii să știe exact ce au de făcut și cu cine colaborează. Sistemele

informatice trebuie să fie instrumente care să faciliteze procesele și nu să se rezume doar la a căuta vinovații.

Este nevoie de renunțare la cultura blamării, în care căutăm în permanență vinovați, fără a ne implica în crearea unui sistem coerent. Sunt necesare programe de îmbunătățire a siguranței pacientului și chiar de creștere a calității serviciilor medicale. Trebuie să existe o deschidere spre învățarea din greșeli, și nu de ascundere a lor. Politicile sanitare trebuie să fie centrate pe pacient, bazate pe informație și organizate pentru siguranță. ■

Bibliografie

1. Bowie, P., Pope, L., Lough, M. A review of the current evidence base for significant event analysis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 14, 4, 520-536, Aug. 2008. ISSN: 13561294.
2. Kay, J. et al. Acceptability and educational impact of a peer feedback model for significant event analysis. *Medical Education*. Malden, Massachusetts, 42, 12, 1210-1217, Dec. 2008. ISSN: 0308-0110.
3. Comisia Europeană, Grupul de lucru privind siguranța pacienților și calitatea asistenței medicale. Principalele constatări și recomandări cu privire la sistemele de raportare și învățare pentru incidentele în materie de siguranța pacienților în Europa. Mai 2014. Accesibil la: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learning_systems_ro.pdf
4. de Wet C., Bradley N., Bowie P. Significant event analysis: a comparative study of knowledge, process and attitudes in primary care. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice* [serial online]. December 2011;17(6):1207-1215.
5. Enhanced Significant Event Analysis – A Human Factors Approach Paul Bowie, Elaine McNaughton & David Bruce NHS Education for Scotland [http://www.qihub.scot.nhs.uk/media/1003530/esea-rcgparticle\[1\].pdf](http://www.qihub.scot.nhs.uk/media/1003530/esea-rcgparticle[1].pdf)
6. Gillam S., Siriwardena A. Frameworks for improvement: clinical audit, the plan-do-study-act cycle and significant event audit. *Quality In Primary Care* [serial online]. April 2013;21(2):123-130.
7. NHS England South, South West - Local Office – Learning from Primary Care. Significant Event Audits. Why share Significant Event Audits (SEAs). Peninsula House, Kingsmill Rd, Tamar View Ind Est, Saltash, Cornwall PL12 6LE, September 2015.
8. World Alliance for Patient Safety Project to Develop an International Patient safety Event Classification. The Conceptual Framework of an International Patient Safety Event Classification. Geneva: WHO; 2006.
9. WHO. The Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2011.