

Tanulni kell a hibákból, nem büntetni!

Készülőben az irányelvek

Készülnek az új szakmai irányelvek, a szakfelügyeletről szóló rendeletek, és várhatóan nagyobb szerepet kap a betegbiztonság az egészségügy átalakításában és az intézmények akkreditálásakor is.
 Belicza Évával,
 a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának igazgatóhelyettesével, a GYEMSZI tanácsadó-jával a minőségügy aktuális kérdéseiről beszélgettünk.

– *A szaktárca egyik leggyakrabban hangsúlyozott álláspontja szerint az egészségügy átalakítása nemcsak a fenntarthatóságot szolgálja, hanem a betegek biztonságát is. De vajon tényleg így van ez, amikor a hírek szerint a helyi politikai lobbik gyakorta felülírják egy-egy térségben a szakmai érveket?*

– Magam az elvekről tudok beszélni, hiszen az átalakítás lebonyolításában nem veszek részt, és azt mondhatom: az elvek rendjén valók. Ha bezárják azokat az osztályokat, ahol kevés a szakember, nincs kellő tapasztalat, akkor az a betegek érdekeit is szolgálja. Nyilvánvaló, amikor az egészségpolitika, a kormány dönt ezekben a kérdésekben, azt is vizsgálja, vajon hatékonyabb lesz-e a rendszer, lehet-e ezzel spórolni. Ha ilyenfajta fiskális szemléletet akarunk a történetbe vinni, akkor is érdemes azon elgondolkodnunk, kinek jó, ha javítjuk a betegbiztonságot. A beteg szempontjából ez ugyanis azt jelenti, hogy kevesebb lesz a szövődmény, kevesebb gyógyszer kell szednie, rövidebb idő alatt meggyógyulhat. Csakhogy ez az ellátóknak is jó, hiszen mindez összességében kevesebbe kerül majd a kórháznak. Értem, hogy a betegnek az a kényelmes, ha kevesebbet kell utaznia, ám ha a problémája megoldására nincs kellő tapasztalat helyben, ha nincs kellő számú eset, amely mellett összerázódik a gyógyító team, akkor a kimenetel rosszabb lesz: a beteg összességében mégiscsak többet utazik majd messzebbre, hogy végül meggyógyítsák.

– *Lassan el kellene dönteni, az-e a fontos, hogy odaérjünk a kórházba, mielőtt kihűl a forró leves, vagy hogy meg is gyógyítsák a hozzátartozót. De nyíltan eddig csupán arról hallhattunk, hogy a szülészeti ellátásnál évente legalább 500 szülés, illetve a gyermekgyógyászat jelenléte az elvárás annak érdekében, hogy anya és gyermeke egyaránt biztonságban legyen. Mi az, amire igyekeznek még figyelni?*

– Nem tudom, milyen ajánlások mentén dolgoznak a kollégák, de azt mondhatom: több erre vonatkozó kutatás ismert. Magam is számos elemzést végeztem, ame-



Fotó: Bodó Gábor

lyekben azt vizsgáltam, miként alakul az ápolási idő hossza, vagy milyen a szövődmények aránya a különféle műtétek után. Egyértelműen kimutatható: ahol kevesebb esetet láttak el egy évben, ott mindkettő többnek mutatkozott. Kutatási adatok támasztják alá azt is, hogy azokon a sebészeti osztályokon, amelyeken nővérhiány van, magasabb a húgyúti vagy az egyéb nozokomiális fertőzések aránya.

– *Mert rögtön megkatéterezik a beteget, ami önmagában fertőzésforrás?*

– Nem csak ezért. Tavaly indult el hazánkban is egy kézhigiénés kampány, mert a kézmosás gyakorisága jelentősen befolyásolja a kórházi fertőzéseket. Előfordul, hogy azokon az osztályokon, amelyeken a műtétet követően rengeteg testnedvvel érintkezik a nővér, hiába megy ezt követően betegtől betegig, egyszerűen nincs ideje arra, hogy minden alkalommal kezét mosson... Azt remélem, a struktúra átalakításával kicsit segíthetünk az ápolóhiányon is. Összetett kérdésről van szó, és jó lenne, ha a más minisztériumokban ülő döntéshozók is felismernék, hogy a szakemberhiány jelentősen megnövelheti a költségeket, ami hatékonyságcsökkenéshez vezet.

– Bár az államosítás részben már megtörtént, egyelőre nem világos, mi lesz a sorsa a korábban jól működő, az ellátás minőségét, a minimumfeltételek meglétét is ellenőrző szakfelügyeleti rendszernek. Nem tudni, lesz-e elegendő pénz a szaktekin-télyek megfizetésére, és hogy nem okoz-e gondot, ha ugyanaz lesz az intézmények fenntartója, mint amely ellenőrzi a kór-házakban folyó munka minőségét.

– Az ezzel kapcsolatos rendeletek kés-zülőben vannak; amíg nem küldik őket tárcaközi egyeztetésre, nem beszélhetek a részletekről. Annyi azonban elmondha-tó, hogy kettéválik a szakfelügyelet: lesz egy hatósági jogkörökkel rendelkező hál-lózat és egy kifejezetten a szakmai mun-ka minőségének fejlesztésére koncent-ráló szakembergárda. Ez utóbbi kerül a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minő-ség- és Szervezetfejlesztési Intézethez (GYEMSZI), így tehát elkerülhetők az ösz-szeférhetetlenséggel kapcsolatos aggodal-mak. A célzott adatgyűjtések kritérium-rendszere már elkészült; ez abban segít majd, hogy ha egy szakember adatgyűj-tést kíván indítani, akkor a továbbiak-ban ez egységes szempontok szerint, cél-orientáltan történjen az országban. Azt várjuk, hogy ez lehetővé teszi az ellátás megismerését segítő, a következtetések levonására alkalmas, korábban a felügye-letnél gyűjtött, de azoknál sokkal jobban értelmezhető indikátorok kialakítását is. Szeretnénk megújítani a klinikai auditok rendszerét is, ami az intézményekben fol-yó szakmai munka szisztematikus felül-vizsgálatát jelenti.

– Szeretnék, vagy ez a nemzetközi elvárás?
– Nem, ez saját indíttatás. A klinikai audi-tok végzése a szakmai irányelvek szerin-ti működés ellenőrzését jelenti. Az irány-elvek fejlesztésének megújítására ugyan-csak elindítottunk egy programot, ami azt is igényli, hogy az irányelvekkel kapcso-latos rendeletet átírjuk.

– Miért van erre szükség? A korábbi 485 irányelv közül mintegy 400 érvényét ve-szítette az év végén, de a szakárca újfent meghosszabbította azok érvényességét.

– Valóban ez történt; automatikusan meg-újították az összes korábbi irányelvet. Ab-ban egyeztünk meg a szakmával és a tár-cával, hogy áttekintetjük a tagozatokkal a hozzájuk tartozó irányelveket, és a ta-gozatok meghatározzák, melyek azok, amelyeket azonnal hatályon kívül kell

Adatok a gyógyszerelési hibákról

Magyarországon a legfrissebb vizsgálatok alapján az esetek 10-13 százalékában fordulnak elő gyógyszerelési hibák az egészségügyi intézményekben. Míg azon-ban másutt inkább a hatóanyag megfelelőségével van probléma, vagy azittal, hogy a betegek nem megfelelő időben kapják meg a számukra rendelt szert, itthon in-kább a hatóanyag mennyiségével, a gyógyszerérzékenység feltűntetésével akadnak gondok. Mindezeket még súlyosbítják a betegek kórházba bevitt saját gyógyszerei, amelyek nem egyszer vezetnek túlgyógyszereléshez.

Szakértők szerint a nem feltétlenül emberi hibából, sokkal inkább magából az ellá-tásból adódó nemkívánt események 70 százalékát meg lehetne előzni az egészségügy-ben. Ehhez azonban adatokat kell gyűjteni, azokból következtetéseket levonni, majd ajánlásokat tenni a helyes gyakorlat kialakítására. És persze az is szükséges hozzá, hogy az egészségügyben dolgozók elhiggyék: az adatokat a betegek biztonsága érdek-ében gyűjtik, nem pedig azért, hogy esetleges hibáik miatt őket felelősségre vonhassák. E szemlélet elterjedése érdekében vezette be itthon is a Semmelweis Egyetem Egész-ségügyi Menedzserképző Központja az Egészségügyi Világszervezet 2006-os ajánlását követően a NEVES néven ismert programot, amelyben az intézmények anonim mó-don gyűjthetik a náluk előfordult eseteket – ma már a betegesések, a felfekvések, az el-maradt műtétek mellett a sebfertőzések, a gyógyszerelési hibák és a hamarosan véget érő tesztüzemmódot követően a tűszúrások balesetek gyakoriságát is.

helyezni. Az történt ugyanis, hogy a ka-rácsony előtti kapkodásban véletlenül olyan irányelveket is megújítottak, ame-lyek már évekkel ezelőtt lejártak, s azóta új született helyettük. Ezen túlmenően a tagozatok azt is meghatározzák, hogy az aktuális irányelvek közül melyiket kíván-ják megújítani, illetve a következő évek-ben milyen új irányelvek elkészítése in-dokolt.

– Lehet, hogy szélsőséges, de talán jogos a kérdés: van értelmük egyáltalán a ke-zelési irányelveknek és a helyi szakmai protokolloknak, amikor gazdasági okból ma ezek betarthatatlanok?

– A gond az, hogy a jelenleg érvényben lévő irányelvek jó része nem valódi irány-elv, hanem inkább kimásolt tankönyvfe-jezet. Most dolgozunk az irányelvfejlesz-tés módszertánán. Megkértük a tanácsot, hogy mindenütt jelöljenek ki egy személyt, aki ennek a felelőse lesz. Jelen-leg a fogalmak szintjén igyekszünk tisz-ta képet kialakítani, és velük együttmű-ködve az irányelv szerkezetét és tartalmát koncepcionálisan összeállítani. Az irány-elveket a tanácsok írják meg, a tagozatok fogadják el és végül a tárca kihirdeti. Az a véleményünk, hogy a jelenlegi négy-százból legyen inkább hetven, de azok legyenek jók, algoritmizálhatók; olyan ajánlások, amelyek az adott társadalmi, gazdasági, kulturális környezetben meg-valósíthatók. Ott lesznek az irányelvben az evidenciák, és ha ezek közül nem a

legjobbnak tekinthetőt ajánlja majd a szakma, akkor meg is magyarázza, hogy miért. Nem muszáj a legdrágább eljárásokat bevezetnünk; az a cél, hogy a megfinanszírozható, de mégis hatásos terápiák kerüljenek be az ajánlásokba, amelyek, szemben a mai gyakorlattal, összhangban vannak az egészségbiztosítónál alkalmazott finanszírozási protokollokkal is. A finanszírozásinál magasabb rendű szakmai irányelveknek ugyanakkor nem csak az a céljuk, hogy a legjobb gyakorlatra tegyenek ajánlást. Segítségükkel az is elérhető, és ez talán a fontosabb, hogy országszerte egységesen lássák el a betegeket. Mindez hatékonyabbá teszi az ellátást, hiszen ki lehet védeni az indokolatlan, párhuzamos kezeléseket, és jót tesz a betegbiztonságnak is, hiszen világossá válik, hogy egyik terápiás lépés után minek kell(ene) következnie...

– ...elkerülendő egy gyakori hibaforrást. Önök a Semmelweis Egyetem Menedzserképzőjének égisze alatt évekkal ezelőtt meghonosították Magyarországon az ano-

nim jelentéseket, a nem várt események elemzését lehetővé tévő NEVES rendszert, ám a kórházak ma sem tolonganak, hogy részt vehessenek ebben. Miért ver gyökeret ilyen nehezen az a fajta kultúra, amely felelősök keresése helyett a hibák feltárására helyezi a hangsúlyt a hasonló gondok megelőzése érdekében?

– 2001-ben egy bolognai minőségügyi konferencián hallottam Berwick professzornak, a betegbiztonság egyik apostolának előadását, így amikor 2006-ban a WHO felkért a NEVES hazai elindításának megszervezésére, a dolog nem volt ismeretlen, bár nagyon szkeptikus voltam. Az első meglepetés akkor ért, amikor a Golub Iván vezette Kórházszövetség azonnal mellénk állt. Körbejártuk az országot Kullmann professzorral, hogy csatlakozó kórházakat gyűjtsünk a pilothoz, és azt kell mondjam, viszonylag jó volt a fogadókészség. Tizenkét intézményt szólítottunk meg, nyolc kórházban fogadtak, és végül heten maradtak a program elindítására. A NEVES-hez kapcsolódó Betegbiztonsági Fórumot egy évvel később kezdtük, és mára túl vagyunk a tizenhetedik alkalmon úgy, hogy már vidékre is hívnak bennünket. Az ismeretek terjesztését célozza és rövidesen elkészül a TÁMOP 6.2.2 pályázati konstrukció keretében fejlesztett, betegbiztonsági szakemberképzésre alkalmas távoktatási tananyagunk. A tervek szerint áprilisra, a Kórházszövetség konferenciájára véglegesítjük a NEKED-nek nevezett, a hazai fekvőbeteg-ellátó intézmények számára készült ajánlást is, amely a súlyos kimenetelű, nemkívánatos események utáni teendőkről szól. Sok minden történt tehát a kezdetektől, de még mindig nem beszélünk eleget ezekről a kérdésekről. Az intézmények vezetőjétől legtöbbször még azt várják az emberek, hogy büntesse meg a hibázót, de a sajtóban elsikkad az a hír, hogy egy kórházigazgató egy ellenoldalon elvégzett műtétet követően milyen intézkedéseket vezetett be a hasonló hibák elkerülésére. A szemléletváltozást elősegítendő ezért az intézmények akkreditációját megelőző standard-fejlesztés során is a betegbiztonságra koncentrálnunk. Szeretnénk, ha minél több helyen lenne kockázatfelmérés, és kialakítanák az intézmények a nemkívánatos eseményekkel kapcsolatos tanuló rendszerüket is, azaz azt, miképpen okulhatnak saját hibáikból.

ELADÓ PRAXISOK

BAZ megyében, Miskolctól 19 km-re, Tiszaújvárostól 15 km-re, az M35-ös autópálya mellett Hejőkeresztúr és Szakáld körzet vegyes háziiorvosi praxisa 970 db-os jelenlegi kártyaszámmal eladó. Központi ügyelet van, mely vállalkozás formájában működik. Igény esetén szolgálati lakás is biztosított.

Irányár: 2,3 millió Ft. Alkuképes!

Telefon: 30 358-4731, e-mail: csipov@freemail.hu

Nagyalásny központtal, négy településből álló területi ellátási kötelezettséggel háziiorvosi körzet, iskola-egészségügyi feladatok ellátásával, valamint társulás keretében ellátott ügyeleti kötelezettséggel betölthető. Foglalkozás-egészségügyi ellátás is működött.

Az állás önkormányzati feladatátadási megállapodás alapján vállalkozás keretében látható el. A feladatellátás 2012. május 1-jétől kezdhető meg.

A praxis asszisztenciával rendelkezik, jól felszerelt, modern informatikával ellátott, vegyes körzet (1300 kártya). Az egészségházban fogorvosi, védőnői ellátás is működik. Az önkormányzatok által biztosított rendelő mellett felújított önkormányzati lakás biztosított.

Kórház és járóbeteg-szakellátás 15 km-re tömegközlekedéssel optimálisan, gyorsan megközelíthető. Nagyalásnyban óvoda, teljesen felújított iskola, posta van. Gyógyszertár 10 km-re található.

Az állás írásban pályázat benyújtásával lehetséges, a borítékon fel kell tüntetni: háziiorvosi állás. Benyújtási határidő: 2012. április 25.

Érdeklődni bővebben: Csöngői Gábor polgármesternél a 30/259-0226-os telefonon és a helyszínen lehet (Nagyalásny Község Önkormányzata, 8484 Nagyalásny, Kossuth u. 29.).

(X)

Köbli Anikó