



Uczmy się na błędach zamiast zamiatać je pod dywan

Fot. Sylwia Mierzevska/UCK

Rozmowa z dr. hab. Tomaszem Stefaniakiem, dyrektorem ds. leczenia i lekarzem naczelnym Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku.

W Polsce od lat trwają dyskusje nad opracowaniem i wdrożeniem programu monitorowania działań niepożądanych w medycynie. W gdańskim UCK dokonaliście tego, czego nie udało się zrobić na poziomie krajowym. Działa System Zgłaszania Niezgodności i Potencjalnej Niezgodności. Dlaczego zdecydowaliście się na takie rozwiązanie?

Organizacja taka jak szpital powinna być ekstremalnie transparentna i to na każdym poziomie: oceny wyników leczenia czy informacji przekazywanych pacjentom i ich rodzinom. Nasz system nie działa jeszcze tak idealnie, jak byśmy chcieli, ale wciąż nad tym pracujemy.

Na czym polega ten system?

W dużym skrócie – na rejestrowaniu niezgodności, które następnie podlegają ocenie, i wypracowaniu działań zaradczych. Przy czym działania te powinny być oparte na klarownych schematach postępowania zapisanych w procedurach, żeby w obliczu trudnej de-

cyzji personel miał się do czego odnieść. Celem nie jest wyłapanie działań niepożądanych, żeby kogokolwiek karać, ale wyciągnięcie z nich wniosków systemowych.

Czy korzystaliście z jakichś wzorców światowych? Często jako modelowy przykład przytaczany jest system szwedzki.

Inspirowaliśmy się przede wszystkim systemami anglosaskimi. Jeśli chodzi o system szwedzki, to nie widzieliśmy możliwości przeniesienia go na grunt polski. Szwecja jest krajem w dużo większym stopniu socjalistycznym. Ich program zgłoszeń charakteryzuje się sporym rozproszeniem odpowiedzialności. A my nie chcieliśmy przyjąć zasady „stało się, no i cóż”, ale „stało się i zrobimy wszystko, żeby tego nie powtarzać”. Nasz kontraktowy system zatrudnienia lekarzy jest o wiele bliższy amerykańskiemu, gdzie odpowiedzialność spoczywa na wykonawcy działania. Dlatego uznaliśmy, że tam powinniśmy szukać inspiracji. System amerykański jest przy tym bardziej atakowany przez roszczenia

„Organizacja taka jak szpital powinna być ekstremalnie transparentna i to na każdym poziomie: oceny wyników leczenia czy informacji przekazywanych pacjentom i ich rodzinom”

prawne, a system brytyjski funkcjonuje od początku XX wieku i słynie z transparentności. Działanie takiego systemu miałem okazję obserwować w szpitalu w Szkocji, gdzie pracowałem na oddziale transplantacyjnym. Zakłada on, że nie wystarczy zapłacić pacjentowi zadośćuczynienie, co też jest ważne, ale trzeba jak najgłębiej rozdrapywać rany, rozmawiać o niezgodnościach i wyciągać z nich wnioski. Uczmy się na błędach. To o wiele skuteczniejsze niż sucha teoria, gdy wyczytamy, że jakieś działanie powoduje 10-procentowe ryzyko powikłania.

W Polsce spór toczy się też na poziomie nomenklatury, środowisko medyczne postuluje, żeby wprowadzić określenie np. „działania niepożądane” zamiast „błędy medyczne”. Wy posługujecie się nazwą „niezgodności”. Jak ją rozumieć?

Błędy medyczne czy działania niepożądane wiążą się z potencjalnym bądź zaistniałym uszczerbkiem na zdrowiu lub zagrożeniem życia pacjenta. Przyjęliśmy szerszą definicję: niezgodność to wszystko, z czym się nie zgadzam. Jeśli lekarz ma wewnętrzny schemat wartości i widzi coś, co budzi jego sprzeciw, może to zgłosić.

To dość subiektywne, ponieważ schemat wartości każdego pracownika może być nieco inny.

Niezgodność może się odnosić do aspektów prawnych, obowiązujących procedur, dobrej praktyki i własnego systemu wartości. Jest to zarówno np. palenie papierosów na terenie szpitala, jak i podanie pacjentowi krwi niezgodnej z jego grupą. Z punktu widzenia systemu akredytacyjnego może się wydawać, że to określenie jest zbyt szerokie, ale za jego przyjęciem stała pewna strategia. Taka duża pula informacji pozwala rzetelniej obserwować funkcjonowanie szpitala. Założyliśmy bowiem, że lepiej jest mieć możliwie najwięcej informacji i pozwolić personelowi zgłaszać nawet błahy sprawy, niż kazać zastanawiać się nad tym, czy to, co zauważyli, jest już nieprawidłowością czy jeszcze nie. Mamy świadomość, że więcej informacji to więcej pracy, cho-

ciażby poświęconej na analizę zgłoszeń, ale i tak warto ją wykonać.

W jakiej formie pracownicy zgłaszają niezgodności?

W pierwotnym systemie zarządzania jakością były to tzw. karty niezgodności w formie papierowej. Ta formuła jest niezwykle uciążliwa do analizy, trudno to posegregować i opisać, a potem wyciągnąć jakiegokolwiek wnioski. Od początku przyjęliśmy założenie, że musimy ten proces scyfryzować i zergonomizować, czyli sprawić, że samo zgłoszenie jest proste, a potem można je łatwo grupować. Scyfryzowanie zgłoszeń pozwala także na *feedback*, co okazało się kluczowe dla sukcesu tego przedsięwzięcia. Osoba zgłaszająca powinna widzieć, że jej wysiłek nie poszedł na marne, ktoś się tym zainteresował, przeanalizował, coś zmienił, a może uznał za nieuzasadnione i umotywował swoje stanowisko. Dzięki temu personel wie, że każde zgłoszenie ma znaczenie.

W Polsce jest zła atmosfera wokół działań niepożądanych. Propozycje rządowe zakładają zaostrzenie kar za „błędy medyczne”. Jak udało się przekonać personel do zgłaszania takich sytuacji?

Przede wszystkim daliśmy bardzo jasny komunikat, że zgłaszanie niezgodności nie wiąże się z jakimikolwiek negatywnymi konsekwencjami, czy to zawodowymi, czy prawnymi. To podstawowy warunek, żeby personel zwracał uwagę na niepokojące zdarzenia w szpitalu i chciał je raportować. Karanie zabiłoby system w ciągu sekundy. Nasz personel szybko przekonał się, że w trudnych sytuacjach może liczyć na nasze wsparcie, np. prawne. Jeżeli jest potrzebna pomoc psychologiczna, to ją zapewniamy. Szpital jest ubezpieczony i w razie potrzeby wypłacamy pacjentowi odszkodowanie. To nas chroni i powoduje, że nie mamy powodu ukrywać czegokolwiek.

Personel może zgłaszać własne niezgodności czy również innych?

I popełnione przez siebie, i zaobserwowane u innych. Na początku pracownicy byli bardzo zaskoczeni, że ktoś zgłosił ich niezgodność. Może nawet była mała walka na zgłoszenia. Szybko jednak ten ping-pong się skończył i wszyscy skupili się na merytorycznych aspektach systemu.

Czy mimo wszystko spotkaliście się z oporem personelu?

Na początku personel ćwiczył system na sprawach błahych, takich jak brak papieru w drukarce, wciąż zacinający się zamek w drzwiach. Ale krok po kroku nasi pracownicy nabierali zaufania, bo przekonali się, że to nie działa na ich szkodę. Mogą zgłosić zdarzenie

anonimowo lub będąc zalogowanym. Odsetek anonimowych zgłoszeń jest znikomy. Nie tylko nie karzemy za zgłoszone niezgodności, ale taka osoba powinna zostać nauczycielem, bo wie, na czym polega problem, jakie czynniki powodują, że zdarzenie może zaistnieć. Z własnego doświadczenia zna ciężar sprawy.

Naprawdę ludzie, którzy popełnili błąd, są w UCK szkoleniowcami?

Czasami tak się zdarza. To zależy od problemu, z jakim mamy do czynienia. Dla nas najważniejszym pytaniem nie jest, kto to zrobił, ale dlaczego doszło do niezgodności. W docieraniu do sedna problemu stosujemy zasadę 5 razy dlaczego. Na przykład: dlaczego do tego doszło? – bo nie wiedziałam; dlaczego nie wiedziałas? – bo nie było szkoleń; dlaczego nie było szkoleń? itd. Dopiero skupienie się na źródle problemu daje szansę, że uda się systemowo rozwiązać tę, jak to określamy, niezgodność w całym szpitalu. Natomiast rozwiązania korekcyjne, gdy tylko pouczyliśmy czy wyszkoliliśmy jedną osobę, są stratą czasu i energii, bo niewiele zmieniają w całej organizacji, nie chronią też przed powtórzeniem błędu w przyszłości. Zresztą za tym słabym punktem rzadko stoi człowiek, są to raczej problemy systemowe. Wypadki zdarzają się w każdej dziedzinie. Nikt nie przychodzi do pracy w szpitalu, żeby przecacać krew niezgodną z grupą pacjenta, pozostawiać serwety w jamie brzusznej chorego i podawać nie te leki, które pacjent ma przepisane.

W takim razie kto jest sprawcą np. pozostawienia chusty w ciele pacjenta, jeśli nie człowiek?

Gdybym wierzył, że pracownik zrobił to celowo, natychmiast bym go zwolnił. Ale mało prawdopodobne jest, że lekarz zrobił to intencjonalnie albo przez niechlujstwo. Jeśli postępował zgodnie z procedurą i doszło do powikłania, zgonu czy jakiegoś zdarzenia, nie należy oceniać tego w kategorii błędu medycznego. W szpitalu nie można wszystkiego przewidzieć i uniknąć powikłań, które nie muszą wynikać z działania personelu, ale np. stanu pacjenta, chorób współistniejących, przebiegu leczenia. Warunkiem jest jednak postępowanie zgodne ze standardami. Niemniej takie sytuacje są zwykle bardzo dramatyczne również dla tej osoby, która taką niezgodność popełniła. Należy zastanowić się, co spowodowało, że nie udało się zauważyć tej chusty. Może za mało było personelu w sali operacyjnej i ktoś musiał wykonywać podwójną robotę. A może zabrakło schematu postępowania, który by uchronił przed taką sytuacją. Możemy personelowi, który dopuścił się uchybienia, pogrozić palcem, ale to kompletnie niesystemowe działanie. Dlatego bardziej skuteczne jest przeanalizowanie zdarzenia i zastanowienie się, jak uniknąć podobnych w przyszłości.



Fot. Sylwia Mierzevska/UCK

„ Nie chcieliśmy przyjąć zasady stało się, no i cóż, ale stało się i zrobmy wszystko, żeby tego nie powtarzać ”

Wźmy inny przykład. Jeśli personel pali papierosa na terenie szpitala, wiedząc o zakazie, robi to celowo.

Jeśli są anarchistami. Pozostali palą, bo prawdopodobnie nie mają wyznaczonego miejsca do palenia. Na lotniskach zorganizowano palarnie, co jest niemożliwe w szpitalach, ale może bardziej sensownym rozwiązaniem jest zaproponowanie np. bezpłatnego programu leczenia nikotynizmu, opieki poradni antynikotynowej. Oczywiście możemy taką osobę ukarać upomnieniem, ale to niewiele wniesie. Ona nadal będzie szukała miejsca, gdzie może zapalić. Znajdzie się też ktoś inny, kto jeszcze nie dostał kary. I tak w kółko będziemy wyłapywali palaczy i nigdy nie rozwiążemy problemu. Trzeba pracy i nakładów, żeby pójść w zupełnie inną stronę niż szybkie, reaktywne, ale nieskuteczne działania.

Czy pracownicy zgłaszają również bardzo poważne błędy?

Oczywiście. Najpoważniejsze, czyli zgony i przymusy bezpośrednie, są zgłaszane z automatu, podobnie jak powikłania kliniczne, np. krwawienie w trakcie operacji czy samobójstwa pacjentów. Prowadzimy bardzo

” To nie jest system, który pewnego dnia pozwoli nam osiągnąć doskonałość, ale z pewnością pomoże rozwiązać wiele problemów. Usprawnianie pracy szpitala jest nieustającym procesem ”

wnikliwą, pięciostopniową analizę przyczyn zgonów. Nawet jeśli mówimy o zgonach na oddziałach paliatywnych, to one nie powinny pozostać bez krytycznego spojrzenia, czy wszystko było dobrze przeprowadzone, czy chociażby leczenie bólu było prawidłowe. Pewnie jeszcze wiele jest do zrobienia, ale mam poczucie, że już dzisiaj w naszym szpitalu pod względem bezpieczeństwa jest całkiem nieźle.

Niektóre zdarzenia kwalifikują się do postępowania prokuratorskiego. Z jednej strony obiecuje się personelowi, że nie poniesie żadnych konsekwencji, a z drugiej nie zawsze można spełnić to założenie.

Zapewniam, że pracodawca wobec nikogo nie wyciąga żadnych konsekwencji. Co więcej, zobowiązujemy się do wspierania personelu także podczas dochodzenia prowadzonego przez prokuraturę. Przyznam, że takich sytuacji nie mieliśmy zbyt wiele. Nie jestem w stanie bazować na jakimś konkretnym przypadku, ale staram się wyobrazić sobie, że gdyby coś takiego jednak się wydarzyło, natychmiast byśmy to zgłosili, kierując się zasadą transparentności. Jeśli pracownik postępował zgodnie z procedurami, nic mu nie grozi.

Ile zgłoszono niezgodności?

Od początku tego roku ponad 5 tys. Niewiele jest spektakularnych, najczęściej są to prozaiczne sprawy, że czegoś zabrakło, nieprawidłowe są relacje międzyludzkie, zbyt długie oczekiwanie na konsultacje czy poważniejsze już zdarzenia związane z pomyłkami farmakoterapeutycznymi. Nie zapominajmy o tym, jaki cel przyświeca Systemowi Zgłaszania Niezgodności. Chodzi przede wszystkim o to, żeby wyciągać wnioski i wprowadzać zmiany systemowe, które będą im zapobiegać.

Kto analizuje niezgodności i opracowuje procedury?

Najczęściej nadzoruje to dyrektor ds. lecznictwa, ale do współpracy są zapraszani w zależności od potrzeb różni

specjaliści, np. konsultanci w danej dziedzinie medycyny. Sięgamy też do piśmiennictwa. Na przykład jeśli chodzi o podanie pacjentowi krwi niezgodnej grupy, to jest osobny zespół klinicystów, którzy starają się odpowiedzieć na pytanie, co zrobić, żeby do takich zdarzeń nie dochodziło, jakie wyciągnąć wnioski systemowe. Mamy też zespół ds. etyki, ponieważ zgłaszane były kwestie związane z mobbingiem czy podejrzanymi zachowaniami, kiedy jakaś osoba była na oddziale i wykonywała procedury medyczne niezlecone przez lekarza.

Które ze zgłoszonych niezgodności pozwoliły naprawić system?

Wszystkie zdarzenia wymagające wprowadzenia działania korygującego są źródłem inspiracji dla projektów poprawy jakości, których obecnie jest 72, a ponad 100 już zakończyliśmy. Jednym z najbardziej spektakularnych jest zmiana zasad dostępu do bloku operacyjnego. Chodzi o to, żeby optymalizować zasoby i możliwie najlepiej wykorzystywać czas pracy. Wcześniej było sporo niezgodności w tym zakresie, bo zabieg się przedłużał, inny spadł z grafiku albo z jakiegoś powodu pacjent nie mógł być operowany.

Co zrobić, żeby takie sytuacje się nie zdarzały?

Wprowadziliśmy radykalną zmianę na poziomie odpowiedzialności za planowanie. Dotychczas koordynator dostawał listę życzeń i jakoś musiał te puzzle sensownie poukładać. Odwróciliśmy to, mówiąc, że np. klinika chirurgii ogólnej ma do dyspozycji jedną salę od 9 do 19, a drugą do 15 i zapłaci za to określoną sumę. W naszym szpitalu funkcjonują rynki wewnętrzne – każda klinika „kupuje” na zasadzie rozliczeń wewnętrznych różne usługi i później wykazuje wynik ekonomiczny. To zmusiło oddziały do odpowiedzi na pytania, kiedy i na jak długo potrzebują dostępu do sali, ile w tym czasie uda się zrobić zabiegów. Im bardziej zminimalizują przerwy, tym lepszy efekt. I poszczególne oddziały zaczęły się zastanawiać, jak to wszystko dobrze poukładać. Harmonogram pracy bloku operacyjnego to była dość radykalna zmiana, ale dokonaliśmy też wielu innych, takich jak seria szkoleń antymobbingowych oraz przeciwdziałających wypaleniu zawodowemu. Kupiliśmy detektory metalu na blok operacyjny. Jeśli nie można doliczyć się narzędzi po operacji, to detektor w tym pomoże, bo np. coś mogło się zawieruszyć w serwetach.

To nie jest system, który pewnego dnia pozwoli nam osiągnąć doskonałość, ale z pewnością pomoże rozwiązać wiele problemów. Usprawnianie pracy szpitala jest nieustającym procesem.

Rozmawiała Monika Stelmach