

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Το αντικείμενο του προβλήματος

John Sandars

Επισημάνσεις

- Πολλοί ασθενείς ζημιώνονται από το σύστημα φροντίδας υγείας, τόσο το δευτεροβάθμιο όσο και το πρωτοβάθμιο, και συχνά αυτή η ζημία μπορεί να προληφθεί
- Η συχνότητα και η φύση των απειλών ως προς την ασφάλεια του ασθενούς εξαρτώνται από τη μέθοδο ανίχνευσης και ταξινόμησης
- Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αποτελούν τη συνηθέστερη απειλή της ασφάλειας του ασθενούς στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας
- Η αποτυχία και η καθυστέρηση της διάγνωσης αποτελούν τις συνηθέστερες απειλές της ασφάλειας του ασθενούς στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί την κυριότερη μέριμνα όλων των παροχών φροντίδας υγείας. Φαίνεται αντιφατικό το γεγονός ότι οι ασθενείς μπορεί να ζημιώθουν όταν αντιμετωπίζονται για πρόβλημα υγείας και τους παρέχεται φροντίδα για αυτό. Παρ' όλα αυτά, η παροχή φροντίδας είναι πολύπλοκη και η αποτελεσματικότητά της επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Είναι αναπόφευκτο κάποιοι ασθενείς να ζημιώθουν εντός οποιουδήποτε συστήματος φροντίδας υγείας, και σε κάθε ζήτημα που αντιμετωπίζεται υπάρχει το ενδεχόμενο να εμφανιστεί ζημία. Το γεγονός αυτό είχε αναγνωριστεί από την εποχή των ιατρών της αρχαίας Ελλάδας και της αρχαίας Ρώμης – «Πρώτα από όλα, μην κάνεις κακό σε κανέναν».

Πόσο συχνά απειλείται η ασφάλεια του ασθενούς;

Τη δεκαετία του 1970, η έρευνα αποκάλυψε ότι περισσότερες από το 36% των εισαγωγών σε μια γενική ιατρική μονάδα και το 13% των εισαγωγών στη μονάδα εντατικής θεραπείας ακολουθούνταν από ανεπιθύμητα γεγονότα στα οποία ασθενείς ζημιώνονταν, συνηθέστερα ως αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής (Εικόνα 1.1). Παρ' όλα αυτά, ήταν η δημοσίευση του Harvard Medical Practice Study (HMPS) το 1991 που τόνισε στους παρόχους τη φροντίδα υγείας και τους υπεύθυνους για τη λήψη των αποφάσεων την έκταση της ζημίας που υφίστανται οι ασθενείς. Η ασφάλεια του ασθενούς ήταν τότε το πρωταρχικό θέμα του κοινού, όχι μόνο στις Η.Π.Α. αλλά και σε ολόκληρο τον κόσμο.

Η HMPS ανέλυσε πάνω από 30.000 τυχαιοποιημένα δεδο-



Εικόνα 1.1 Εξάνθημα στην ράχη ενός 80χρονου ασθενούς που προκλήθηκε από μια αλληλεργική αντίδραση στο αντιμυκοπιασικό φάρμακο τερμπιναφίνη. (Αναπαραγωγή από Dr P. Marazzi, Science Photo Library.)

μένα ασθενών που προσφάτως είχαν νοσηλευτεί μέσα από τυχαία επιλογή από 51 νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών. Ανεπιθύμητα περιστατικά, που ορίζονται ως παρατεταμένη νοσηλεία, ανεπάρκεια τη χρονική στιγμή του εξιτηρίου ή θάνατος ως αποτέλεσμα ιατρικής πρακτικής, ανιχνεύτηκαν με αυτόν τον τρόπο. Το ποσοστό των εισαγωγών στο νοσοκομείο που αντιμετώπισαν τέτοια ανεπιθύμητα περιστατικά ανερχόταν στο 3,7%. Το ποσοστό των ανεπιθύμητων γεγονότων που μπορούσαν να προληφθούν ήταν 58%. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν και σε μια παρόμοια μελέτη που περιελάμβανε νοσοκομεία οξέων περιστατικών στο Κολοράντο και στη Γιούτα, με το ποσοστό των ανεπιθύμητων συμβάντων να ανέρχεται στο 2,9%, εκ των οποίων το 53% μπορούσε να προληφθεί. Η μελέτη Quality in Australian Health Care ανέλυσε επίσης ιατρικά δεδομένα που είχαν καταγραφεί και βρήκε ότι 16,6% των εισαγωγών στα νοσοκομεία βιώνουν ανεπιθύμητα συμβάντα (Πίνακας 1.1). Η καταγραφή των αποτελεσμάτων και από τις δύο αμερικανικές μελέτες υποδηλώνει ότι το 1997, ο αριθμός των Αμερικανών ασθενών που κατέληγε στα νοσοκομεία ως αποτέλεσμα προβλέψιμων ανεπιθύμητων λαθών κυμαίνόταν μεταξύ 44.000 και 98.000. Αν αυτά τα ποσοστά είναι τυπικά της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, τότε τουλάχιστον 850.000 εισαγωγές θα βιώσουν κάποιο ανεπιθύμητο λάθος.

Καμιά παρόμοια μελέτη που να χρησιμοποιεί συστηματικά δεδομένα από ιατρικές καταγραφές δεν έχει πραγματοποιη-

Πίνακας 1.1 Έρευνα από Η.Π.Α. και Αυστραλία για τα ανεπιθύμητα γεγονότα στα νοσοκομεία

	Πρακτική μελέτη του Harvard, 1991	Μελέτη ποιότητας Αυστραλιακής Φροντίδας Υγείας, 1995
Ποσοστό των εσωτερικών επεισοδίων που οδηγούν σε επιβλαβή ανεπιθύμητα γεγονότα	3,7%	16,6%
Ποσοστό των εσωτερικών επεισοδίων που οδηγούν σε μόνιμη αναπηρία ή θάνατο	0,7%	3%

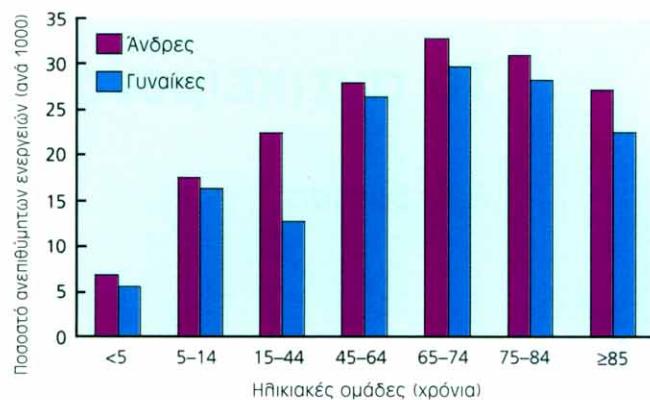
θείει στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει ευκαιριακές αναφορές σε μια προσπάθεια να εκτιμήθουν τα ανεπιθύμητα γεγονότα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Μια από τις μεγαλύτερες μελέτες πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία, όπου αναλύθηκαν 805 περιστατικά από 324 γενικούς ιατρούς. Το υπολογιζόμενο ποσοστό των ανεπιθύμητων γεγονότων ήταν 40-80 ανά 100.000 περιστατικά, εκ των οποίων το 76% θεωρήθηκε ότι μπορούσαν να προληφθούν και το 27% είχε τη δυναμική για σοβαρότερη ζημία. Σε μια μελέτη συνταγογραφήσεων που έγινε από γενικούς ιατρούς και ανασκοπήθηκε από κοινοτικούς φαρμακοποιούς, ανιχνεύτηκε ότι η δυνητική ανεπιθύμητη αντίδραση των φαρμάκων ήταν 0,13% επί του συνόλου των συνταγών. Τα ποσοστά αυτά μπορεί αρχικά να φαίνονται μη σημαντικά, αλλά είναι σημαντικό να θεωρήσει κανείς ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο συμβαίνουν πάνω από ένα εκατομμύριο επιθεωρήσεις γενικών ιατρών κάθε μέρα και ότι 1,5 εκατομμύρια συνταγογραφήσεις πραγματοποιούνται καθημερινά.

Ποιες είναι οι μορφές της απειλής ως προς την ασφάλεια του ασθενούς:

Οι ανεπιθύμητες επιδράσεις των φαρμάκων, που ορίζονται ως οι βλάβες που απορρέουν από ιατρική παρέμβαση που σχετίζεται με ένα φάρμακο, αποτελούν τη συνηθέστερη απειλή της ασφάλειας του ασθενούς στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Παρ' όλα αυτά, δεν είναι όλες οι ανεπιθύμητες επιδράσεις των φαρμάκων προλήψιμες, όπως για παράδειγμα μια απρόβλεπτη αλλεργική αντίδραση. Σε μια ανασκόπηση 4.031 εισαγωγών ενηλίκων σε 11 ιατρικές και χειρουργικές μονάδες σε δύο νοσοκομεία των Η.Π.Α., σημειώθηκε ένα ποσοστό 6,5 ανεπιθύμητων επιδράσεων φαρμάκων ανά 100 εισαγωγές, εκ των οποίων το 28% κρίθηκε ότι μπορούσε να προληφθεί. Οι ανεπιθύμητες επιδράσεις των φαρμάκων είναι επίσης συχνές και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με το 13-51% όλων των αναφερόμενων ανεπιθύμητων περιστατικών να συνδέεται με τα φάρμακα. Σε δύο πρόσφατες μελέτες νοσοκομειακών εισαγωγών στο Ηνωμένο Βασίλειο, περίπου το 6% θεωρήθηκε ως το αποτέλεσμα μιας ανεπιθύμητης ενέργειας φαρμάκου που θα μπορούσε να είχε προληφθεί (Εικόνα 1.2).

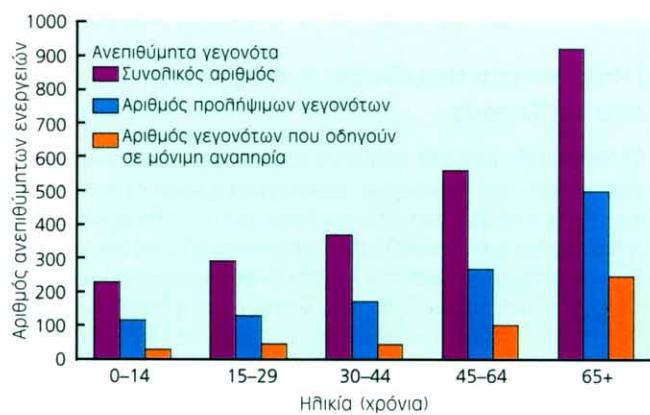
Στα νοσοκομεία, άλλες κοινές μορφές ανεπιθύμητων συμβάντων αποτελούν οι λοιμώξεις που μπορούν να προληφθούν, τα χειρουργικά και διαγνωστικά λάθη καθώς και περιστατικά που περιλαμβάνουν τον ιατρικό εξοπλισμό (Εικόνα 1.3).

Η ιατρική-νομική βάση δεδομένων της Ιατρικής Εταιρείας Προστασίας παρέχει μια χρήσιμη πηγή πληροφόρησης



Εικόνα 1.2 Τα ποσοστά των ανεπιθύμητων ενεργειών κατά ηλικία και φύλο. (Από Aylin P, Tanna S, Bottle A, Jarman B. Πόσο συχνά αναφέρονται τα ανεπιθύμητα γεγονότα στις στατιστικές των αγγλικών νοσοκομείων; Br Med J 2004, 329:369.)

που αφορά 1.000 επακόλουθες επισήμως καταγεγραμμένες αναφορές που έχουν γίνει εις βάρος γενικών ιατρών στο Ηνωμένο Βασίλειο και σχετίζεται ισχυρά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ευρύτερη κατηγορία ήταν η Διερεύνηση και Θεραπεία (63%), ακολουθούμενη από τη Συνταγογράφηση (19%). Στην κατηγορία Διερεύνηση και Θεραπεία, οι βασικές μορφές ήταν η αποτυχία ή η καθυστέρηση στη διάγνωση και η αναφορά στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Η μεγαλύτερη ομάδα σχετίζοταν με κακοήθεια, ακολουθούμενη από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος και από τραυματισμούς. Στην ομάδα Συνταγογράφηση, οι βασικές μορφές ήταν η αποτυχία στην προειδοποίηση ή την αναγνώριση των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων, ακολουθούμενη από το ιατρικό λάθος. Το ιατρικό λάθος αφορά σε οποιοδήποτε στάδιο της ιατρικής διαδικασίας, συμπεριλαμβανομένης της συνταγογράφησης, της αντιμετώπισης, της χορήγησης φαρμάκων και της παρακολούθησης. Οι βασικές κατηγορίες σχετίζονταν με τη χρήση των στερεοειδών στην αντιμετώπιση νοσημάτων και τις αλλεργικές αντιδράσεις όταν συνταγογραφούνταν αντιβιοτικά. Προβλήματα από τη χορήγηση θεραπειών σημειώθηκαν στο 4,8% των παραπόνων, με τους κύριους τύπους να είναι τα φτωχά συστήματα καταγραφής, οι δυσκολίες στην επικοινωνία



Εικόνα 1.3 Οι αριθμοί των ανεπιθύμητων γεγονότων, των προηλψιμών ανεπιθύμητων γεγονότων και εκείνων που οδηγούν σε μόνιμη αναπηρία, κατά ηλικία. (Προσαρμοσμένο από Wilson RM et al., 2005.)

μεταξύ των μελών της ιατρικής πράξης και τα λάθη από τους αποδέκτες ή άλλους που συμμετείχαν σε αυτήν. Οι πράξεις των νοσηλευτών αναφέρθηκαν στο 3,2% των παραπόνων, με τις κύριες μορφές να σχετίζονται με την πραγματοποίηση ένεσης ή τη λήψη αίματος, την υλοποίηση μιας διαδικασίας και τη μη ολοκληρωμένη συμβουλευτική πρακτική.

Προοπτικές από τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας

Σε μια τηλεφωνική έρευνα 1.513 ενηλίκων στις Η.Π.Α., το 42% ανέφερε ότι αυτοί ή ένα μέλος της οικογένειάς τους έχει βίωσει ζημία μετά από την αλληλεπίδρασή του με το σύστημα υγείας. Το ίδιο επίσης αναφέρεται και από άλλες μελέτες. Το 1/3 των ιατρών ανέφερε ζημία είτε στους ίδιους είτε στα μέλη των οικογενειών τους ως αποτέλεσμα του συστήματος υγείας, και σε μια άλλη μελέτη το 16% των ασθενών βίωσε λάθος όσον αφορά στη φαρμακευτική αγωγή.

Ποιο είναι το κόστος των απειλών ως προς την ασφάλεια του ασθενούς;

Στις Η.Π.Α., οι ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορούν να προληφθούν έχει υπολογιστεί ότι κοστίζουν 17-29 εκατομμύρια δολάρια τον χρόνο. Σε αυτό το ποσό περιλαμβάνεται το κόστος δικαστηρίων και το υψηλό κόστος του συστήματος φροντίδας υγείας. Ο συνολικός οικονομικός αντίκτυπος, στον οποίο συμπεριλαμβάνονται η απώλεια εισοδήματος και οι αναπηρίες, έχει υπολογιστεί στα 38-50 εκατομμύρια δολάρια τον χρόνο. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα ανεπιθύμητα γεγονότα στους νοσηλευόμενους ασθενείς έχει υπολογιστεί ότι κοστίζουν τουλάχιστον 2 εκατομμύρια λίρες κάθε χρόνο για τις επιπλέον μέρες νοσηλείας που απαιτούνται.

Πέραν του οικονομικού κόστους, υπάρχουν και άλλες συνέπειες. Η συνέπεια ενός ανεπιθύμητου γεγονότος στο οποίο ένας ασθενής έχει υποστεί ζημία θα έχει επίδραση στην ψυχολογική και κοινωνική αποκατάσταση όλων όσων συμμετέχουν στο περιστατικό, είτε αυτός είναι ο ασθενής, η οικογένεια ή ο επαγγελματίας υγείας. Υπάρχουν επιπλέον βαθύτερες συνέπειες, όπως η απώλεια της εμπιστοσύνης του κοινού στο σύστημα υγείας.

Διαφορές μεταξύ των μελετών

Είναι άμεσα εμφανές ότι υπάρχουν βαθιές διαφορές μεταξύ των ποικίλων μελετών, και αυτό δεν ισχύει μόνο μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Όταν συγκρίνονται μελέτες είναι απαραίτητο να λαμβάνονται υπ' όψιν τα ακόλουθα σημεία:

- **Ο σκοπός της συλλογής δεδομένων.** Μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για ποικίλους σκοπούς. Μερικές είχαν ως κύριο στόχο την ανίχνευση της συχνότητας και της φύσης ανεπιθύμητων γεγονότων, αλλά κάποιες είχαν ανασκοπήσει καταγεγραμμένα και ιατρικά-νομικά δεδομένα. Τέτοιες βάσεις δεδομένων είναι πιθανότερον να περιλαμβάνουν παράπονα που δεν μπορούν να αποδειχτούν, να περιέχουν στοιχεία για σοβαρότερα περιστατικά και να μην περιλαμβάνουν γεγονότα που έχουν τη δυναμική πρόκλησης ζημίας.
- **Υλοποίηση.** Στο Ηνωμένο Βασίλειο, δεν έχει γίνει εκτεταμένη εργασία· και οι περισσότερες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί στις Η.Π.Α. και στην Αυστραλία. Οι χώρες αυτές έχουν διαφορετικές προσεγγίσεις στην παροχή υγείας και η

σύγκριση μεταξύ χωρών με διαφορετικά συστήματα υγείας μπορεί να μην είναι κατάλληλη.

- **Ορισμόι.** Ο ορισμός ενός «ανεπιθύμητου συμβάντος» θα υποδηλώσει το τι ανιχνεύτηκε και το τι συνιστά ένα ανεπιθύμητο συμβάν ποικίλει σημαντικά μεταξύ των διαφόρων μελετών. Μερικές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει έναν ευρύτερο ορισμό που περιέκλει την πρακτική και δυνητική ζημία στους ασθενείς, ενώ άλλες θεωρούσαν μόνον τα περιστατικά που προκαλούσαν πρακτική ζημία, περιλαμβανομένων εκείνων που είχαν ως αποτέλεσμα την ανάληψη ιατρικής-νομικής δράσης. Η ταξινόμηση της ζημίας έχει γίνει συχνά από ποικίλους ανθρώπους, που κυμαίνονται από ιατρούς ιδιώτες μέχρι ιατρικό προσωπικό.
- **Τρόπος συλλογής δεδομένων.** Η ανίχνευση της αληθούς συχνότητας απαιτεί μια συστηματική διαδικασία, παρόμοια με ένα μαζικό πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου για την ταυτοποίηση μιας ασθενείας. Μελέτες έχουν προσπαθήσει να συλλάβουν τη συχνότητα εντός του πληθυσμού ενός νοσοκομείου, συχνά στοχεύοντας συγκεκριμένες ομάδες, όπως οι ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Παρ' όλα αυτά, τέτοιες μελέτες εξαρτώνται πολύ από το σύνολο των ασθενών, και ευκαιριακά προγράμματα έχουν εισαχθεί ευρύτερα, που περιλαμβάνουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η περιστασιακή αναφορά, μια μορφή ευκαιριακού ελέγχου, δεν παρέχει μια αληθή πληθυσμιακή συχνότητα, επειδή περιορίζεται μόνο σε όσα περιστατικά αναφέρονται. Οι περισσότερες μελέτες είναι περιστασιακές, βάσει της ανίχνευσης περιστατικών μετά από ατομική αναφορά.
- **Ταξινόμηση.** Το βάθος της κατανόησης των απειλών ως προς την ασφάλεια του ασθενούς ποικίλλει μεταξύ των μελετών. Οι περισσότερες μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει απλές ταξινομήσεις, όπως τη συνταγογράφηση, αλλά αυτό μπορεί να υπεραπλουστεύσει την αιτία.

Είναι εύκολο να διαφωνεί κανείς για την ακριβή συχνότητα, τις μορφές και το κόστος των απειλών για την ασφάλεια του ασθενούς, αλλά το κύριο μήνυμα παραμένει: πολλοί ασθενείς ζημιώνονται από την παροχή υγείας, τόσο την δευτεροβάθμιας όσο και την πρωτοβάθμιας, και η ζημία αυτή μπορεί συχνά να προληφθεί.

Βιβλιογραφία

- Baker GR, Norton PG, Flintoft V et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Can Med Assoc J* 2004; 170: 1678-1686.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324: 370-376.
- Davis P, Lay-Yee R, Briant R et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *New Zeal Med J* 2002; 115: U271.
- Davis P, Lay-Yee R, Briant R et al. Adverse events in New Zealand public hospitals II: preventability and clinical context. *New Zeal Med J* 2003; 116: U624.
- Department of Health Expert Group. *An Organisation with a Memory*. Department of Health, London, 2000.
- Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery* 1999; 126: 66-75.
- Haynes K, Thomas M (eds) *Clinical Risk Management in Primary Care*. Radcliffe Medical Press, Oxford, 2005.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324: 377-384.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η φύση του λάθους

Jenny Firth-Cozens, John Sandars

Επισημάνσεις

- Οι περισσότερες απειλές ως προς την ασφάλεια του ασθενούς είναι το αποτέλεσμα ενός πολύπλοκου συνδυασμού ενεργών και λανθανουσών αποτυχιών
- Οι ενεργείς αποτυχίες συνήθως οφείλονται στον ανθρώπινο παράγοντα
- Οι λανθάνουσες αποτυχίες προκαλούνται κυρίως από υποκείμενα οργανωτικά προβλήματα και προδιαθέτουν σε ενεργείς αποτυχίες
- Οι λανθάνουσες αποτυχίες αποτελούν την πρωταρχική αιτία των περισσότερων απειλών για την ασφάλεια του ασθενούς

Οι ενεργείς αποτυχίες σχετίζονται συνήθως με τον ανθρώπινο παράγοντα. Περιστασιακά, μπορεί να υπάρχει μια ξαφνική και απροσδόκητη αποτυχία του εξοπλισμού, αλλά αυτό είναι σπάνιο. Αυτές οι ενεργείς αποτυχίες συμβάλλουν στις περισσότερες απειλές προς τους ασθενείς. Παρ' όλα αυτά, οι λανθάνουσες αποτυχίες είναι «λάθη που πρόκειται να γίνουν» και σχετίζονται με το σύστημα υγείας. Αυτές οι λανθάνουσες αποτυχίες αποτελούν την πρωταρχική αιτία των περισσότερων ενεργών αποτυχιών.

Ανθρώπινοι παράγοντες

Οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται «στην αιχμή»—ή επαγγελματική πείρα ζητείται, τα αποτελέσματα σημειώνονται ταχύτατα και είναι εκεί όπου φαίνεται κάθε απειλή στην ασφάλεια του ασθενούς.

Στην αιχμή, εμφανίζονται οι «ενεργείς αποτυχίες». Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λάβουν αποφάσεις και εμφανίζονται πράξεις που συμβάλλουν στη μη ασφαλή φροντίδα του ασθενούς (π.χ. λάθη κατά την τέλεση μιας πράξης). Μπορεί επίσης να παραλείψουν βήματα μιας κλινικής πρακτικής (π.χ. λάθη παράλειψης). Αυτές οι αποτυχίες είναι πιθανότερες αν ο επαγγελματίας υγείας αντιμετωπίζει πολύπλοκα περιστατικά, υψηλά επίπεδα αβεβαιότητας, πιέσεις χρόνου και κόπωση (Πλαίσιο 2.1).

Η γνωστική ψυχολογία έχει πιστοποιήσει τρεις τύπους λαθών εξαιτίας του ανθρώπινου παράγοντα (Εικόνα 2.2).

Η παροχή υγείας είναι αναπόφευκτα συνδεδεμένη με έναν αυξημένο κίνδυνο απειλών για την ασφάλεια του ασθενούς. Τα προβλήματα που παρουσιάζονται είναι συχνά πολύπλοκα και δύσκολα προσδιορίζονται. Η απάντηση των εργαζομένων στην παροχή υγείας είναι επίσης πολύπλοκη, με μια ευρεία πλειοψηφία αυτών να εργάζεται προκειμένου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα, χρησιμοποιώντας καθένας διαφορετικές προσεγγίσεις για να διευθετήσει την κατάσταση.

Γιατί εμφανίζονται απειλές στην ασφάλεια των ασθενών;

Η διερεύνηση πολλών απειλών στην ασφάλεια του ασθενούς έχει δείξει ότι υπάρχουν συνήθως πολλαπλές αιτίες και αυτές τείνουν να εμφανίζονται όταν υπάρχει ένας ατυχής συνδυασμός «ενεργών αποτυχιών» και «λανθανουσών αποτυχιών» (Εικόνα 2.1).



Εικόνα 2.1 Η πυραμίδα της Ζημίας.

Πλαίσιο 2.1 Τα πρώιμα σημεία ενός ιατρού με πρόβλημα

- **Ανύπαρκτη δράση:** αργοπορία, εκτεταμένη απουσία πόρων ασθενείας, με απόκριση όταν τον καλούν ασθενείς.
- **Χαμηλοί ρυθμοί εργασίας:** αργοπορία στην πήψη αποφάσεων, στη σύνταξη επιστολών, στην ολοκλήρωση διαδικασιών.
- **Εκνευρισμός σε θαλάμους/κειρουργεία:** εκρήξεις θυμού, φωνές, πραγματικές ή φανταστικές προσβολές.
- **Ευερεθιστότητα:** χαμηλή ανοχή αστριστίας, ανικανότητα συμβιβασμού, δυσκολία στο να θέτει τα πράγματα σε σειρά προτεραιοτήτων.
- **Σύνδρομο παράκαμψης:** συνάδελφοι, νοσηλευτές ή ασθενείς βρίσκουν τρόπους να αποφύγουν την άποψή τους/της για βοήθεια.
- **Προβλήματα καριέρας:** δυσκολία με εξετάσεις, αβεβαιότητα για την επιλογή καριέρας, απογοήτευση όσον αφορά την ιατρική.
- **Εσωτερική αποτυχία:** απόρριψη της εποικοδομητικής κριτικής, αμυντική στάση, προκλητικός.

Προσαρμοσμένο από Paice E. *The role of education and training*. In: Cox J, King J, Hutchinson A, McAvoy, P. (eds), *Understanding Doctors' Performance*. Radcliffe Publishing, Oxford, 2005.)



Εικόνα 2.2 Αλγόριθμος πράξης. (Προσαρμοσμένο από Reason, J. *Human Error*. Cambridge University Press, Cambridge, 1990.)

- Παραδρομές.** Αυτές συνήθως συμβαίνουν όταν υπάρχει αποπροσανατολισμός κατά τη διάρκεια μιας διαδικασίας ρουτίνας. Στα παραδείγματα περιλαμβάνονται η απόσπαση της προσοχής όταν προετοιμάζεται μια ένεση με αποτέλεσμα να μπαίνει λάθος δόση μέσα στην σύριγγα, και η σύγχυση των ονομάτων των φαρμάκων όταν υπάρχει καταπόνηση. Το άτομο αντιλαμβάνεται την παραδρομή μόνο «κατόπιν εορτής».
- Παρεκκλίσεις.** Αυτές εμφανίζονται όταν μια σταθερή προσέγγιση, όπως ένα πρωτόκολλο ή μια κατευθυντήρια οδηγία, δεν ακολουθείται. Τα άτομα αναγνωρίζουν ότι δεν ακολουθούν μια συγκεκριμένη συμβουλή και επιλέγουν να μην ακολουθήσουν τη συμβουλή. Ένα παράδειγμα είναι όταν ο επαγγελματίας υγείας αντιμετωπίζει μια πολύπλοκη κλινική κατάσταση και επιλέγει να μην ακολουθήσει μια κατευθυντήρια οδηγία, επειδή αυτή δεν αποκρίνεται με ευκολία στο πρόβλημα που αυτός χειρίζεται.
- Λάθη.** Αυτά συμβαίνουν όταν υπάρχει αποτυχία στην κρίση. Τα λάθη συνήθως εμφανίζονται όταν το ιατρικό προσωπικό έχει ανεπαρκή γνώση για ένα πρόβλημα, είτε όσον αφορά στη διάγνωση είτε στη θεραπεία. Εναλλακτικά, λάθη μπορούν επίσης να εμφανιστούν επειδή ένας

λανθασμένος κανόνας εφαρμόζεται για την επίλυση ενός προβλήματος αυτού του τύπου τα λάθη ονομάζονται λάθη βασισμένα σε κανόνες.

- Παραβάσεις.** Υπάρχει μια σκόπιμη προσπάθεια μη τήρησης κοινά αποδεκτών προσεγγίσεων. Τα περιστατικά αυτά είναι σπάνια.

Το σύστημα υγείας

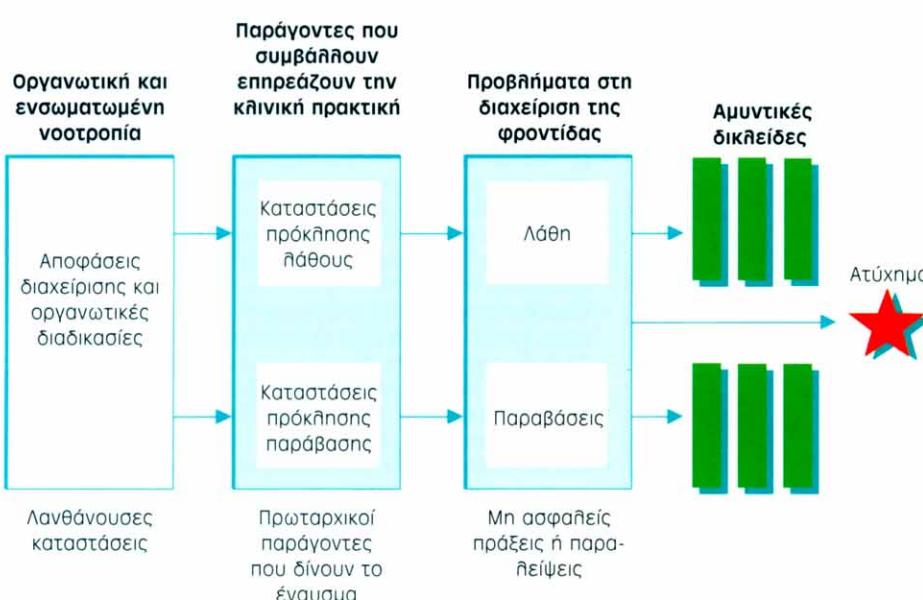
Οι επικεφαλής του συστήματος υγείας και οι υπεύθυνοι χάραξης της πολιτικής αποτελούν το «αμβλύ άκρο» – αποφασίζουν το πώς διανέμεται η παροχή φροντίδας μέσω των πολιτικών που ακολουθούνται, των οικονομικών ελέγχων και της διαχείρησης της εργασίας από τους επαγγελματίες υγείας (Εικόνες 2.3-2.4).

Στο αμβλύ αυτό άκρο, εμφανίζονται οι «λανθάνουσες συνθήκες» (Πλαίσιο 2.2). Δημιουργείται ένα εργασιακό περιβάλλον που αυξάνει την πιθανότητα μιας ενεργούς αποτυχίας στην αιχμή. Υπάρχουν πολλές λανθάνουσες αποτυχίες – όλες με δυναμική να προκαλέσουν ένα ανεπιθύμητο γεγονός. Ένα παράδειγμα είναι όταν το σύστημα υγείας είναι υπερκορεσμένο, όπως όταν σε ένα νοσοκομείο γίνονται περισσότερες εισαγωγές από αυτές που μπορεί να αντιμετωπίσει. Αυτό μπορεί να συμβαδίζει με μη επαρκές εργατικό δυναμικό. Συνήθως, υπάρχει ένας συνδυασμός πολλών μικρών παραγόντων, καθένας εκ των οποίων φαίνεται σπουδαίος όταν εξετάζεται χωριστά (Πλαίσιο 2.3).

Όταν οι λανθάνουσες αποτυχίες εμφανίζονται σε συνδυασμό με μία μόνο ενεργή αποτυχία, όπως ένα λάθος στη δόση ενός φαρμάκου από έναν επαγγελματία υγείας που είναι καταπονημένος επειδή εργάζόταν επί σειρά πολλών ωρών, το αποτέλεσμα είναι να εμφανιστεί κάποιο ανεπιθύμητο περιστατικό.

Ο ρόλος του καθενός στην ασφάλεια του ασθενούς

Μέχρι πρόσφατα, η συνηθέστερη προσέγγιση στο ζήτημα της ασφάλειας του ασθενούς είχε να κάνει με την εστίαση στα λάθη και στις παραβάσεις του κάθε επαγγελματία υγείας.



Εικόνα 2.3 Τα στάδια ανάπτυξης ενός οργανωτικού ατυχήματος. (Αναπαραγωγή από Reason JT, Understanding adverse events: the human factor. In Vincent, CA, Clinical Risk Management: Ensuring Patient Safety, London, BMJ Books, 2001.)