

Šta je upravljanje rizikom?

U mnogim zemljama legislativa daje ovlasti vladinim tijelima – inspekcijama da kontroliraju rad zdravstvenih ustanova i službi u pogledu pridržavanja zakonskih propisa koji se tiču potencijalnih opasnosti i šteta po pacijente, javnost i osoblje. To uključuje opće zdravlje i sigurnost, kliničke opasnosti, (kao što su toksične hemikalije, lijekovi, izvori jonizirajućeg zračenja i medicinski aparati) i opasnosti iz okoliša i po okoliš (kao što su zdravstveni objekti, vatra, higijena hrane i dispozicija otpadnih tvari). Inspektori često traže da zdravstvene ustanove imaju napisane, interne procedure za minimiziranje rizika i gledaju da li ustanove mogu učinkovito odgovoriti na nepovoljne događaje. Osim toga, neke vlade, osiguravatelji i neovisna tijela (akreditacijski programi i ISO) objavljuju standarde utemeljene na dokazima o prethodnim nepovoljnim događajima, žalbama, parnicama i istragama. Zdravstvene ustanove moraju biti u potpunosti sigurne i posjedovati učinkovite procedure za pitanja rizika i sigurnosti. One moraju mjeriti same sebe da bi pružile dokaze o sigurnosti.

Upravljanje rizikom suviše je kompleksna materija da bi se mogla ukratko izložiti. Neka zainteresirani pogledaju priručnik za upravljanje rizikom koji je AKAZ pripremio za ustanove u projektima kvaliteta. Ovdje će biti riječi samo o nekim aspektima nepovoljnih događaja.

Problem nepovoljnih događaja i medicinskih grešaka u zdravstvenoj zaštiti nije nov. Studije iz ranih 50. i 60. godina izvještavale su o nepovoljnim događajima, ali je ta materija dugo bila zanemarivana. Korpus znanja širi se Harvard Medical Practice studijom iz 1991. godine. Potom istraživanja u Australiji, V. Britaniji i S. Irskoj to potvrđuju a naročito publikacija 1999. *To err is human: building a safer health system* koju je izdao IOM u Americi. Danas, mnoge zemlje – Kanada, Danska, Nizozemska, Švedska, itd. gledaju sve ozbiljnije na ovaj problem.

Raspon nepovoljnih događaja kreće se od 3,2 do 16,6% (u prosjeku 9 -11%) svih hospitaliziranih pacijenata. Pola tih događaja moglo se prevenirati, a jedna trećina su doveli do ozbiljnih šteta čak i smrtnih ishoda. Velika Britanija objavila je 2000 god. izvještaj *An organization with a memory*, a 2001. god. *Building a safer NHS* u kojima procjenjuje da se nepovoljni događaji javljaju u oko 10% bolničkih prijema ili oko 850.000 nepovoljnih događaja svake godine i oko 44.000 smrtnih ishoda od kojih se polovica mogla spriječiti. Svaki deseti pacijent u evropskim bolnicama pretrpi neku štetu i nepovoljan događaj koji je povezan s njegovom u bolnicama.

Učinci oštećenja pacijenata su ogromni. Oni emocionalno i fizički devastiraju pacijente i njihove porodice; incidenti su stresni za osoblje, dok se članovi radnih timova demoraliziraju i postaju nezadovoljni.

Finansijski gubici su također ogromni. Procjenjuje se da produžene hospitalizacije zbog nepovoljnih događaja koštaju V. Britaniju oko 400 miliona funti godišnje bez potencijalnih troškova parničenja koji iznose oko 2.400 miliona funti za postojeća i potencijalna parničenja. Samo intrahospitalne infekcije koštaju oko 1000 miliona funti svake godine. Ukupni gubici u SAD, uključujući gubitak prihoda, invaliditet i medicinske troškove, procjenjuju se na 17.000 – 29.000 miliona \$ godišnje.

Najbolji način da se greške reduciraju jeste da se naciljaju nedostaci sistema (rutine, procedure, organizacija) a ne da se optužuju pojedinci. Zato je bitno razbiti dva mita: Mit o savršenosti – ako se ljudi dovoljno trude, greška se ne može dogoditi; i drugi, mit o kažnjavanju – ako kaznimo ljude koji cine greške, oni ih neće više činiti ili će ih manje počinuti.

Zdravstveni sistem je visoko rizičan sistem i uvijek uključuje rizike. To se mora jasno priznati. Ali se ti rizici mogu reducirati analizom prethodnih incidenata (proaktivnim djelovanjem). Za to je potrebna

kultura otvorenosti, poštenja, neoptuživanja (kultura sigurnosti); jasne linije odgovornosti, jačanje funkcija upravljanja rizikom i metoda poboljšanja kvaliteta.

U V. Britaniji ustrojen je Nacionalni sistem za izvještavanje i učenje iz nepovoljnih događaja. Šta se preporučuje?

Izgradnja kulture sigurnosti. Uobičajeno se dešava nakon incidenta da se čovjek suspendira a da se ne ispituju i analiziraju korijeni incidenta. To je promoviralo nespremnost osoblja da saopštava o incidentima. Zato treba jasno ustrojiti politike o isljeđivanju incidenta i kako se daje podrške pacijentima, porodici i osoblju. Politika treba da opiše uloge osoblja i odgovornosti kada stvari pođu po lošem.

Aktivnosti u upravljanju rizikom. Lokalni sistemi upravljanja rizikom dizajniraju se da pomognu zdravstvenim organizacijama da upravljaju efikasno rizikom i smanje šanse za pojavu nepovoljnih događaja. Sigurnost pacijenta je ključna komponenta upravljanja rizikom i treba je integritirati sa sigurnošću osoblja, upravljanjem žalbama, parničanjem i procjenom finansijskog i okolišnog rizika. Postoje klinički i neklinički rizici s odgovarajućim indikatorima izvedbe koje treba pratiti i kontrolirati. Sistem izvještavanja generira informacije i omogućuje proaktivnu procjenu rizika.

Izvještavanje. Zdravstveni sistem treba da ima centralizirani sistem za prikupljanje podataka o incidentima. Tako se mogu analizirati vrste, učestalost i težina incidenata i koristiti te informacije za učenje i poboljšanje sistema i kliničke zaštite. Organizacija treba da razvije politiku koja će ohrabriti i podržati osoblje da prijavljuje incidente.

Pacijenti. Istraživanja pokazuju da pacijenti prihvataju loše vijesti ako su im saopćene na vrijeme, potpuno i s uvažavanjem. Pacijenti očekuju častan odnos medicinskih timova prema njima a ta otvorenost minimizira i ublažava traumu koju oni imaju i osjećaju. Pacijenti kojima se osoblje nije izvinilo ili objasnilo šta se desilo, vjerovatnije će se žaliti i tražiti finansijsku naknadu. Organizacija treba imati politiku o otkrivanju nepovoljnih događaja pacijentima koji mogu dovesti do šteta ili smrtnog ishoda.

Učenje. Najvažnija je *Root Cause Analysis* (RCA) kojim se pregledava incident (šta se desilo, kako i zašto se nešto desilo). Nakon toga slijedi brza preporuka za rješenje i reduciranje šansi za isti događaj u budućnosti. Politika opisuje kriterija kada treba poduzeti RCA.

Implementacija rješenja. Lokalni akcioni plan nakon nepovoljnog događaja mora se provesti kroz cijelu organizaciju koja tada aktivno uči («organizacija koja uči»). Utjecaj tog učenja mjeri se u vremenu kao dio osiguranja i poboljšanja kvaliteta. S rezultatima se upoznaje sve osoblje. Nakon toga se sistem, procesi, rutine, organizacija, edukacija, trening redizajniraju da bi sistem kao cjelina bio sigurniji. Poslije toga se mjeri utjecaj redizajniranog sistema i prati trend istih grešaka.