

Richard S Klasco

MD
Chief Medical Officer Thomson
MICROMEDEX Emergency Room
Physician
Swedish Medical Center
Englewood, Colorado
Assistant Professor of Surgery
University of Colorado School of Medicine
USA

Redukcja błędów: lekcje z doświadczeń amerykańskich

Chociaż błędy w leczeniu jak i metody ich zapobiegania są najważniejszym tematem, to jednak postęp w ich redukcji nie jest tak olbrzymi jak by się tego można było spodziewać. Jakże są tego przyczyny, i jak możemy posunąć się naprzód?



Interesuję się błędami w leczeniu od wielu lat. Przez Większość tych lat, jednakże, moi koledzy nie podzielali tego zainteresowania. W następstwie raportu z 1999 pod tytułem *To Error is Human* (Rzeczą ludzką jest robić błędy) opublikowanym przez US Institute of Medicine – a także zamieszanie, regulacje i sprawy sądowe – zainteresowanie wzrosło raptownie. Z tym zainteresowaniem, a także z mijającym czasem, można by się spodziewać znaczącego postępu do do którego powinno dojść. Jednakże, ku zaskoczeniu, do tego wcale nie doszło. Pytanie “dlaczego nie” jest interesujące, a odpowiedź na to pytanie ma następstwa dla krajów szukających większych postępów w redukcji błędów niż poczyniły to Stany Zjednoczone do chwili obecnej.

Problemy

Kultura obwiniania się

Jednym z powodów naszego wolnego postępu w redukcji błędów jest kultura obwiniania się. Większość osób zatrudnionych w opiece zdrowotnej postrzega błędy jako osobiste niedociągnięcia. Stawiamy sobie nierealne oczekiwania w pracy i także szybko oczerniamy kolegów z pracy którzy popełniają błędy. Następstwa tego mogą być poważne. Większość z nas ma współpracowników w pracy, których kariera, a może też życie, zmieniło się na gorsze jako rezultat medycznej pomyłki. Całe instytucje mogą stać się ofiarą tego syndromu.

Śmierć 18 letniego Libby Ziona w 1984 – którego ojciec był byłym sędzią okręgowym i pisywał dla *New York Times* – jako rezultat interakcji pomiędzy *phenelzine* a *meperidine* doprowadził do bardzo publicznego, narodowego skandalu. W 1994 roku śmierć bostońskiego dziennikarza Betsy Lehmana z powodu przedawkowania *cyclophosphamide*, w uznanym Harvard's Dana-Farber Cancer Institute, doprowadziło do anulowania \$95 milionowej emisji obligacji i poważnie wstrząsnęło zaufaniem do Dana-Farber's Institute.

Stając w obliczu takich drakońskich konsekwencji, ludzie skłaniają się do podążania znaną ścieżką działania; po prostu próbują zatuszować problem. Prawdziwy problem, jednakże, leży w poleganiu na ludziach aby wykonywali dobrze rzeczy które robią źle. Jako że wszyscy jesteśmy podatni na zmęczenie, rozproszenie, przeszkadzanie i monotonię, pomyłek związanych z tymi zadaniami można się spodziewać. Proaktywne plany do łagodzenia tych pomyłek powinny mieć miejsce.

Zadowolenie

Cierpimy także na krótką pamięć. Jak tylko wrzawa spowodowana skandalicznym błędem związanym z leczeniem osłabnie, spokój ducha zadowawia się zbyt szybko. Na przykład, pomimo powyższych przykładów, badanie z 2003 przygotowane przez *New England Journal of Medicine* sugeruje że opinia publiczna nie ma poczucia pilnego zajęcia się tym problemem. Co było do przewidzenia, lekarze biorący udział w badaniu byli jeszcze mniej przejęci tym problemem.

Rozwiązania

Chociaż występuje zniechęcenie tą sytuacją, są też powody do optymizmu. Rozwiązania są dziś dostępne, które mogą mieć znaczący wpływ na ten problem.

Technologia **Embrace**

USA jest powolna w przyswajaniu sprawdzonej technologii w zwalczaniu błędów w leczeniu. Pomimo dostępności computerised physician order entry - CPOE (Computerised Physician Order Entry, jest procesem elektronicznego zapisu przez lekarza instrukcji dotyczących leczenia pacjentów pod jego opieką. Te zapisy są przekazywane przez sieć komputerową do personelu medycznego (pielęgniarek, terapeutów, farmaceutów, lekarzy lub innych) lub do służby (apteki, laboratorium lub radiologii) odpowiedzialnych za realizację zamówienia. CPOE zmniejsza opóźnienia w realizacji zamówień, redukuje błędy związane z pismem odręcznym lub transkrypcji, pozwala na dookonywanie zapisów w miejscu leczenia pacjenta – przy łóżku, stanowi błąd kontroli niewłaściwych dawek lub testów, a także upraszcza inwentaryzację i delegowania opłat - BC), THOMSON Medstat szacuje, że mniej niż 5% amerykańskich szpitali używa obecnie CPOE, liczba która wzrosnie tylko do 12% przez najbliższe pięć lat (Louis Diamond,- komunikacja personalna).

Jednakże, CPOE może w dużym stopniu zwiększyć bezpieczeństwo pacjenta. Wprowadzenie CPOE w Harvard's Brigham and Women's Hospital zredukowało pomyłki o 55%, z 10.7 do 4.9 na 1,000 pacjento-dni. Poziom poważnych błędów w leczeniu spadł o 88%. W LDS Hospital w Salt Lake City, innym wiodącym ośrodku informatyki medycznej, niekorzystne wypadki z użyciem antybiotyków – adverse drug events (ADEs) zostały zredukowane o 70%. Gdyby CPOE zostało przyjęte przez wszystkie miejskie szpitale amerykańskie, eksperci szacują że pół miliona pomyłek w leczeniu można by powstrzymać każdego roku.

Zaglądaj do bazy ewidencji

Nawet mniej wyrafinowane rozwiązania, takie jak clinical decision support systems (CDSS), w których to przepisujący recepty sprawdza informacje elektronicznie a potem kontynuuje tradycyjną, pisemną formę recepty, może dostarczyć ważnego dostępu do medycyny bazującej na faktach. Systematyczne recenzje z 2003 w *Archives of Internal Medicine* popierają efektywność takiego podejścia. Dlatego też, CDSS reprezentuje wartę zastanowienia tymczasowe rozwiązanie dla instytucji, które muszą opóźnić wprowadzenie CPOE. CDSS dostarcza lekarzom informacji, które potrzebują aby uniknąć pomyłek. Rzeczywiście, wycofaniu wielu leków z rynku amerykańskiego można było zapobiec, gdyby tylko lekarze na czas wykorzystali te informacje.

Troglitazone jest dobrym przykładem. Jako pierwszy lek w nowej klasie czynników antydiabetycznych, reprezentował on unikalne zalety terapeutyczne dla milionów ludzi. Jednakże wielu lekarzy zapomniało o monitorowaniu funkcji wątroby w odpowiedni sposób, co spowodowało wiele przypadków niewydolności wątroby. Związane z tym wycofanie **troglitazone** oznaczało, że wielu pacjentów straciło dostęp do przydatnego leku.

Używaj źródeł informacji mądrze

Wiele amerykańskich instytucji jest skuszona urokiem nowej technologii, która oferuje dużo mniej korzystny zwrot z inwestycji. Przykładem może być szpital rejonowy, który kupuje za wiele milionów dolarów gammanóż, stereotaktyczny neochirurgiczny instrument, który używa wiązek jonowego promieniowania, zamiast kupować stalowe instrumenty. Poza wysoce wyspecjalizowanymi centrami, takie narzędzie będzie bezużyteczne przez większość czasu. Tak jak z wieloma podobnymi instrumentami w stylu "Star Wars", szpitale kupują je, wiedząc że dany instrument nigdy się nie zwróci.

Szpitale mają raczej nadzieję że te instrumenty przyciągną szanowanych lekarzy i pozwolą szpitalowi konkurować bardziej efektywnie o wpływowych pacjentów tychże lekarzy. CPOE, z drugiej strony, oferuje wspaniały zwrot inwestycji. W 735-łóżkowym Brigham and Women's Hospital, wprowadzenie CPOE kosztowało \$1.9 miliona, z rocznymi kosztami utrzymania w obrębie \$500,000. Roczny koszt zapobiegającego ADE był oszacowany na \$2.8 miliona, oszczędzając prawie \$500,000 w kosztach bezpośrednich, i dodatkowe \$5 do \$10 milionów rocznie w kosztach pośrednich.

(...)



Powód do optymizmu

Wiele krajów podjęło się analizy własnych pomyłek w leczeniu, w sposób podobny do tego przedstawionego przez US Institute of Medicine. Pomimo tego że wszystkie nie spełniają oczekiwań, to jednak niektóre wskaźniki są budujące. Dane pochodzące z Harvard School of Public Health and the Commonwealth Fund's International Health Care Symposium sugerują, że wykorzystywanie systemów elektronicznych jest dużo bardziej zaawansowane w Wielkiej Brytanii, Nowej Zelandii i Australii niż to ma miejsce w USA. Dlatego też, dla krajów które chcą się uczyć z doświadczeń amerykańskich, istnieje wspaniała okazja do przejęcia przywództwa w zagadnieniach bezpieczeństwa pacjenta i redukcji pomyłek. Chęć zaadoptowania niezbędnych rozwiązań – zarówno jeśli chodzi o czynnik technologiczny jak i ludzki – będzie kluczem do sukcesu.

Więcej informacji na stronie:

<http://www.abe.pl/html/polish/eproducts.php?type=databases&name=micromedex>



THOMSON REUTERS