

Polskie Towarzystwo Ergonomiczne, Oddział w Krakowie

Zebranie naukowe Oddziału PTErg i Komisji Ergonomicznej O/PAN w Krakowie
oraz Komisji Ergonomii Polskiej Akademii Umiejętności – 07.06.2018 r.

Tytuł: **Medyczne zdarzenia niepożądane**

Autorzy: dr med. **Janusz Pokorski**, lek. med. **Joanna Pokorska**
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

kontakt: janusz.pokorski@uj.edu.pl

Streszczenie:

Medyczne zdarzenie niepożądane (ZN) to szkoda wywołana w trakcie diagnostyki i/lub leczenia, nie związana z naturalnym przebiegiem choroby i stanem zdrowia pacjenta lub ryzyko jej wystąpienia. Według WHO zdarza się co dziesiątemu pacjentowi szpitalnemu. Tradycyjnie winę za wystąpienie ZN przypisuje się profesjonalistom opieki zdrowotnej, głównie lekarzom i pielęgniarkom, tj. ostatniemu z ogniw łańcucha przyczynowo-skutkowego. Prawie nigdy nie łączy się nieszczęścia pacjenta z działaniami producenta sprzętu medycznego czy projektanta opakowań leków starającego się zadowolić właściciela firmy farmaceutycznej przez dominację logo firmy nad istotnymi informacjami. Surowej kary dla „sprawcy“ domaga się rodzina ofiary, społeczeństwo i media. Surowe ukaranie lekarza czy pielęgniarki kończy sprawę, natomiast nie usuwa przyczyny zdarzenia, która zwykle pozostaje w systemie opieki zdrowotnej jako tzw. błąd ukryty (*latent error*) aby w przyszłości zrealizować się w postaci kolejnego zdarzenia niepożądanego. Pamiętajmy przy tym, że „sprawcy“ medycznych ZN nie czynią tego celowo, a w dodatku są „drugą ofiarą“ ZN (*second victim*).

Poprawa sytuacji w tym zakresie wymaga odejścia od dominującej obecnie kultury „winy i kary“ i zastąpienia jej działaniami w kierunku doskonalenia systemu opieki zdrowotnej z uwzględnieniem wszystkich działających na jego rzecz sektorów pozamedycznych. Przyczyna medycznego zdarzenia niepożądanego powstaje często dużo wcześniej, często poza systemem opieki zdrowotnej – i ma zwykle charakter niedoskonałości ergonomicznej urządzeń, interfejsów, programów komputerowych, opakowań i in. Aktualnie zwraca się uwagę jedynie na stan techniczny urządzeń, co ma niewielki związek z ich ergonomiczną doskonałością. Urządzenie sprawne pod względem technicznym może „wymuszać“ na użytkowniku pomyłkę w przypadku nieuwzględnienia przez projektanta zasad UCD (projektowanie dla użytkownika). Lawinowy rozwój wiedzy i technologii medycznych pozwala pomóc pacjentom w stanach dotychczas nieuleczalnych, z drugiej strony jednak stwarza nowe, dotąd nieznanne zagrożenia wynikające z wysokiego stopnia złożoności układów.

Zagadnienia istotne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta to między innymi:

- normalizacja jednostek miar, procedur, nazewnictwa, interfejsów,
- doskonalenie sposobów monitorowania, zgłaszania i analizy ZN i ZN niedoszłych – konieczność wykorzystania doświadczeń lotnictwa, badań kosmicznych i przemysłu,
- doskonalenie pracy zespołowej, komunikacji i obiegu informacji,
- kształtowanie czasu pracy personelu zgodnie z zasadami chronoergonomii,
- doskonalenie pracy zespołowej i zasad sprawowania funkcji kierowniczych,
- doskonalenie procedur i eliminacja przepisów fikcyjnych – przykładem jest całkowity zakaz palenia w szpitalach zwiększający poziom stresu pacjentów uzależnionych, zwiększający zagrożenie pożarem oraz będący istotnym czynnikiem sprzyjającym zdarzeniom niepożądanym,
- zmęczenie personelu – aktualnie zjawisko powszechne wynikające z karygodnego niedofinansowania opieki zdrowotnej (wina czynników decyzyjnych najwyższego szczebla).

Bezpieczeństwa pacjenta nie da się poprawić bez istotnego zwiększenia finansowania opieki zdrowotnej dla eliminacji zjawiska „wieloletowości“, zbyt małych obsad lekarskich i pielęgniarskich oraz emigracji zawodowej najlepszych.