

Grzegorz Cira, Marcin Mikos

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Katedra Bioinformatyki i Zdrowia Publicznego

ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE W RATOWNICTWIE MEDYCZNYM

Autor korespondencyjny:

Marcin Mikos, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Katedra Bioinformatyki i Zdrowia Publicznego,
ul. G. Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków
e-mail: m.mikos@diatl.krakow.pl

Streszczenie

Wprowadzenie: Zdarzenia niepożądane są z uwagi na złożoność procesu udzielania świadczeń zdrowotnych nieuniknionym elementem na różnych jego etapach. Obowiązkiem podmiotów prowadzących działalność leczniczą i osób tymi podmiotami zarządzających, a także personelu medycznego jest podejmowanie działań mających na celu zidentyfikowanie i wyeliminowanie przyczyn danego zdarzenia niepożądanego, tak aby uniknąć podobnych sytuacji w przyszłości.

Materiał i metody: W pracy przedstawiono problematykę występowania zdarzeń niepożądanych w ratownictwie medycznym w Polsce, analizę występującego w nim ryzyka oraz dokonano identyfikacji najczęściej występujących zdarzeń niepożądanych. Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego; grupę badawczą stanowiło 180 czynnych zawodowo ratowników medycznych.

Wyniki: W badaniu własnym wykazano, iż najczęściej występującymi zdarzeniami niepożądanymi są: zbyt długi czas dojazdu zespołu ratownictwa medycznego do pacjenta oraz nieprawidłowa decyzja co do miejsca transportu pacjenta. Według zdecydowanej większości ankietowanych zdarzenia niepożądane występowały w ich praktyce zawodowej rzadziej niż 5 razy miesięcznie. Najczęstszą przyczyną ich powstawania jest przemęczenie ratowników medycznych oraz stres.

Wnioski: Zdarzenia niepożądane są istotnym problemem systemu ratownictwa medycznego i wymagają stałego monitorowania, raportowania oraz działań edukacyjnych w celu zapobiegania im w przyszłości.

Słowa kluczowe: zdarzenie niepożądane, ratownictwo medyczne, bezpieczeństwo pacjenta, ratownik medyczny

Wprowadzenie

Ratownictwo medyczne jest systemem powołanym w celu ratowania zdrowia i życia ludzi, w którym właściwa komunikacja, integracja i koordynacja działań poszczególnych podmiotów ma decydujące znaczenie dla bezpieczeństwa jego użytkowników.

Problemem współczesnego ratownictwa medycznego, podobnie jak całej służby zdrowia, jest występowanie zdarzeń niepożądanych, które mają wpływ na bezpieczeństwo pomocy medycznej udzielanej pacjentowi. Wiele z nich daje się przewidzieć i można im zapobiec, jeśli tylko podejmowane są odpowiednie działania edukacyjne i prewencyjne.

Współczesna medycyna i ratownictwo medyczne powinny zmierzać w stronę budowania nowoczesnego modelu opieki nad pacjentem, co wiąże się z realizacją procedur poprawiających jakość świadczeń, a tym samym – bezpieczeństwo pacjenta.

Celem niniejszej pracy jest analiza problemu zdarzeń niepożądanych w ratownictwie medycznym: opisano ich rodzaje, przyczyny i częstotliwość występowania. Artykuł przedstawia również możliwości zapobiegania zdarzeniom niepożądanym i rekomendacje dotyczące poprawy bezpieczeństwa pacjenta.

Pojęcie zdarzenia niepożądanego

Zdarzenie niepożądane definiowane jest jako uszczerbek na zdrowiu pacjenta powstały w trakcie diagnostyki lub leczenia, niezwiązany z naturalnym przebiegiem choroby [1]. Zdarzeniem niepożądanym określa się również każde niezamierzone i nieoczekiwane zdarzenie, które mogło lub spowodowało szkodę u jednego lub więcej pacjentów uzyskujących opiekę zdrowotną, przy czym szkoda powstała w trakcie leczenia nie jest związana z naturalnym przebiegiem choroby. W Unii Europejskiej zdarzenia niepożądane dotyczą co dziesiątego hospitalizowanego pacjenta, a w Polsce dochodzi do nich w 7,6% wszystkich hospitalizacji [1]. Z pewnością podobny odsetek dotyczy też ratownictwa medycznego, ale brak jest szczegółowych danych w tej materii [2].

Zdarzenia niepożądane mogą wystąpić na każdym etapie systemu ratownictwa medycznego, tj. od momentu wezwania zespołu ratownictwa medycznego i wykonywania medycznych czynności ratunkowych w ambulansie, poprzez

transport osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (faza przedszpitalna), przyjęcie pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego, aż do momentu jego wypisu.

Pojęcie zdarzenia niepożądanego stosuje się nie w celu przypisania winy określonej osobie, ale dla podkreślenia charakterystycznego dla błędu organizacyjnego braku możliwości wskazania osoby odpowiedzialnej za jego powstanie [3]. Kluczowa jest bowiem przyczyna powstania zdarzenia i możliwości jego uniknięcia w przyszłości, a nie obarczanie odpowiedzialnością konkretnych osób uczestniczących w zdarzeniu niepożądanym. Kategorii zdarzeń niepożądanych nie należy mylić z błędem medycznym, gdyż jest ono pojęciem prawno-medycznym i wiąże się, w przeciwieństwie do zdarzeń niepożądanych, z przypisaniem winy konkretnej osobie odpowiedzialnej za wyrządzenie szkody na zdrowiu.

Pojęcie zdarzenia niepożądanego wiąże się zarówno z obszarem poprawy jakości, jak i z zarządzaniem ryzykiem. Celem jest wdrażanie rozwiązań, które pozwoliłyby na eliminację lub ograniczenie występowania zdarzeń niepożądanych. Placówki medyczne są instytucjami udzielającymi świadczeń zdrowotnych o wysokim stopniu złożoności, a tym samym – wysokim poziomie ryzyka. Całkowite wyeliminowanie zdarzeń niepożądanych nie jest zatem możliwe. Dlatego zachowanie bezpieczeństwa pacjentów i stworzenie optymalnych warunków do prowadzenia procesu leczniczego jest istotnym wyzwaniem dla pracowników medycznych [4].

Placówki medyczne powinny stworzyć i udoskonalać systemy zgłaszania zdarzeń niepożądanych, rejestrowania ich skali i przyczyn oraz opracować skuteczne sposoby reagowania. Bezpieczeństwo pacjentów powinno być ważną częścią kształcenia i szkolenia pracowników opieki zdrowotnej, w tym ratowników medycznych. Należy zachęcać do zgłaszania zdarzeń niepożądanych poprzez stworzenie uczciwych okoliczności, mających odmienny charakter od procedur dyscyplinarnych dotyczących lekarzy, pielęgniarek, dyspozytorów medycznych, ratowników medycznych czy personelu szpitala. Funkcjonowanie placówek medycznych, nowoczesne kierowanie i zarządzanie zespołami musi uwzględniać problematykę bezpieczeństwa pacjenta. Nowoczesny model opieki medycznej powinien obejmować wewnętrzny system jakości i stwarzać warunki gwarantujące optymalny poziom bezpieczeństwa pacjenta [4].

Ratownictwo medyczne jako obszar szczególnego ryzyka

Ratownictwo medyczne to zespół działań i czynności podejmowanych w celu ratowania życia i zdrowia ludzkiego w razie nagłych zagrożeń. W Polsce w obecnym stanie prawnym funkcjonuje Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) [5]. Podstawowym zadaniem tego systemu jest to, aby każda osoba, która znalazła się w sytuacji nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, uzyskała w jak najkrótszym czasie kompleksową pomoc medyczną. W systemie tym, z racji wy-

konywania świadczeń na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w warunkach ograniczonych możliwości informacyjnych, czasowych, diagnostycznych i leczniczych, jak również w warunkach często wręcz ekstremalnego stresu, występuje bardzo wysokie prawdopodobieństwo zaistnienia zdarzeń niepożądanych. Z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta oraz bezpieczeństwa pracy ratowników medycznych niezbędne jest więc ich wcześniejsze przygotowanie teoretyczne, psychologiczne oraz prawne.

W szczególnej sytuacji są dyspozytorzy medyczni, obciążeni bardzo dużą odpowiedzialnością za swoje działania, prowadzone w warunkach dużej niepewności. Częstym niewłaściwym postępowaniem dyspozytorów medycznych jest nieuzasadniona odmowa wysłania karetki do pacjenta, który potrzebuje szybkiej i fachowej pomocy medycznej [5], a także zbyt późne wysłanie zespołu ratownictwa medycznego. Do przyczyn tych zdarzeń zalicza się m.in. brak umiejętności prowadzenia rozmowy, skłonność do bagatelizowania objawów u pacjentów oraz przekraczanie własnych kompetencji przez dyspozytorów [6].

Zespoły Ratownictwa Medycznego są jednostkami systemu odpowiadającymi za podjęcie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia i transport pacjenta do najbliższego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub innej odpowiedniej jednostki specjalistycznej. Podstawowym zadaniem ratownictwa medycznego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia oraz kwalifikowany transport uszkodzonego. Zespoły są utrzymywane w stałej gotowości do natychmiastowego podjęcia medycznych czynności ratunkowych w rejonie działania [7].

Najczęstsze zdarzenia niepożądane w ratownictwie medycznym

Zdarzenia niepożądane w systemie ratownictwa medycznego można podzielić na dwa typy: zdarzenia obecne w większości obszarów ochrony zdrowia i zdarzenia charakterystyczne tylko dla tego systemu.

Do najczęstszych zdarzeń niepożądanych w ochronie zdrowia należą zakażenia [9]. Z racji specyfiki wykonywania części medycznych czynności ratunkowych w warunkach pozaszpitalnych, często w ekstremalnych sytuacjach i warunkach, ratownictwo medyczne generuje wysokie prawdopodobieństwo występowania zakażeń. Prowadzą do nich w szczególności zaniedbania w procesie dezynfekcji i aseptyce, nadmierne wychłodzenie chorego, powikłania procedur ratowniczych (niejałowe wkłucia, intubacja zabrudzoną rurką intubacyjną) [10]. W ratownictwie medycznym występują też inne powszechne w ochronie zdrowia zdarzenia niepożądane: błędy lekowe (podanie niewłaściwego leku lub leku w niewłaściwej dawce, pominięcie dawki, nieodpowiedni czas podania, niewłaściwa droga podania, kontynuowanie leczenia pomimo nieskuteczności terapii, niepodanie leków, których pacjent wymagał, podanie jednocześnie leków lub

pokarmów wchodzących w niekorzystne interakcje, podanie leku wywołującego wcześniej reakcje alergiczne lub nieodpowiednie przygotowanie leku [11].

Zdarzenia niepożądane mogą też wynikać z niedostatecznego nadzoru i ochrony pacjenta. Przykładami takich zdarzeń są zgon lub uraz pacjenta powstałe na skutek upadku, a także samobójstwo lub jego próba u pacjenta podczas interwencji ratowniczej [12]. Zdarzenia niepożądane związane z użyciem sprzętu i aparatury medycznej to kolejne źródło niebezpieczeństw dla pacjenta. Ich przykładem może być użycie niesprawnego sprzętu medycznego, uszkodzonego narzędzia, niekompatybilność sprzętu medycznego pochodzącego od różnych producentów.

Do zdarzeń niepożądanych typowych dla ratownictwa medycznego należą m.in. niezadysponowanie zespołu ratownictwa medycznego do pacjenta wymagającego interwencji, zbyt długi czas oczekiwania pacjenta na zespół ratownictwa medycznego, wypadek komunikacyjny w trakcie transportu medycznego, nieprawidłowy wybór miejsca hospitalizacji pacjenta (nieadekwatnego do jego stanu zdrowia), a także zbyt długie oczekiwanie na przekazanie pacjenta przez zespół ratownictwa medycznego na oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć.

Przyczyny zdarzeń niepożądanych

Przyczyny zdarzeń niepożądanych są różnorodne i związane zarówno z uwarunkowaniami o charakterze systemowym, jak i indywidualnym. Do głównych przyczyn zdarzeń niepożądanych zalicza się m.in.: niewłaściwą komunikację w zespole, brak jednoznacznego przypisania odpowiedzialności w zespołach, brak bliskiego kontaktu z chorym, rozproszenie uwagi i w efekcie opóźnienie leczenia, nieodpowiedni skład osobowy personelu, zmęczenie, presję pacjenta i jego rodziny, pracę w nieakceptowanych warunkach (podjęcie się wykonania skomplikowanego zabiegu przy użyciu sprzętu trudnego w obsłudze w warunkach presji czasowej), brak systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych.

Ostatnia z przyczyn, tj. brak monitorowania zdarzeń niepożądanych, wydaje się najważniejsza. Ujawnienie zdarzeń niepożądanych i oparta na tym edukacja personelu medycznego pozwalają na ich uniknięcie w przyszłości. Dzięki temu mogą zachodzić zmiany procedur i zasad postępowania nie tylko w danej jednostce, ale w całym systemie [12].

W badaniu przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych ratownicy medyczni wskazywali na następujące przyczyny zdarzeń niepożądanych: zbyt duże obciążenie pracą (83%), brak motywacji (55%), przestarzałe bądź niekompletne procedury (53%), brak szkoleń (39%), brak nawyku zwracania sobie nawzajem uwagi (40%) oraz brak wsparcia ze strony doświadczonych kolegów (40%) [12].

Aby zminimalizować prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń niepożądanych, należy uaktualniać i udoskonalać systemy ich zgłaszania, rejestrowania skali i przyczyn oraz wyciągania odpowiednich wniosków, co pozwoli

opracować skuteczne rozwiązania i sposoby reagowania. Ponadto, bezpieczeństwo pacjentów powinno być częścią kształcenia i szkolenia pracowników opieki zdrowotnej [13].

Występowaniu zdarzeń niepożądanych sprzyja rutyna w wykonywaniu czynności przez pracownika medycznego, przemęczenie i przewlekły stres, brak wiedzy i doświadczenia, a także zaniedbywanie szkoleń i oszczędności finansowe w danej jednostce. W eliminacji zdarzeń niepożądanych – będących w dużym stopniu wynikiem błędu ludzkiego – kluczowe jest odpowiednie wykorzystanie wiedzy teoretycznej i praktycznej przez personel medyczny.

W piśmiennictwie wykazano, że im dłuższy staż pracy, tym więcej zdarzeń niepożądanych występujących w codziennej praktyce pielęgniarek. Także miejsce pracy ma wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych. Najczęściej dotyczą one pielęgniarek w wieku powyżej 41 lat, o stażu pracy większym niż 15 lat. Na oddziale o profilu zabiegowym prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń niepożądanych jest dwukrotnie wyższe niż na oddziale o profilu zachowawczym [14].

Do najczęstszych przyczyn występowania zdarzeń niepożądanych należą:

- 1) nietrafna analiza faktycznych, nawet podstawowych dla danego schorzenia lub stanu pourazowego objawów (dotyczy to w szczególności obserwacji pooperacyjnej, oceny zgłaszanych dolegliwości podczas udzielania pomocy doraźnej, przebiegu porodu, np. nierozpoznanie zawału mięśnia sercowego ściany dolnej w przypadku postaci brzusznej zawału);
- 2) niewykorzystanie dostępnych, a celowych w konkretnej okoliczności zdrowotnej możliwości diagnostycznych, np. niewykonanie tomografii komputerowej głowy przy jej urazie, zbyt późne wykonanie lub niewykonanie badań dodatkowych (np. badań krwi przy objawach wskazujących na możliwość krwotoku wewnętrznego), brak monitorowania porodu (KTG), mimo że taka możliwość istnieje, brak konsultacji specjalistycznych w przypadkach, które tego wymagają; rezygnacja (np. z powodu braku czasu lekarza) ze szczegółowego podmiotowego i przedmiotowego badania chorego [16];
- 3) błędy w terapii farmakologicznej, np. podanie antybiotyku bez pobrania wymazu i wykonania posiewu oraz bez antybiogramu, długotrwałe stosowanie leku bez przeprowadzania badań kontrolnych [15];
- 4) podjęcie się świadczeń medycznych mimo braku stosownych kompetencji, np. wykonywanie przez lekarza ginekologa znieczulenia ogólnego i zabiegu łyżeczkowania, wykonywanie zabiegów w znieczuleniu ogólnym w gabinecie niespełniającym norm wymaganych przepisami;
- 5) bezpodstawne odroczenie przeprowadzenia zabiegu operacyjnego np. z godzin nocnych na poranne [16].

Do zdarzeń niepożądanych zalicza się także następujące sytuacje z codziennej praktyki medycznej:

- 1) wadliwą identyfikację chorego – Sąd Najwyższy stwierdził, że wadliwa identyfikacja pacjenta i wykonanie zabiegu u niewłaściwej osoby stanowi zaniedbanie o charakterze organizacyjno-administracyjnym [17];
- 2) pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym – Sąd Najwyższy zdecydowanie sprzeciwił się uznawaniu tego zdarzenia za błąd w sztuce medycznej i sklasyfikował je jako niedopełnienie obowiązku staranności i ostrożności, spoczywającego na każdym człowieku, nie tylko profesjonalście [16];
- 3) niezachowanie zasad aseptyki przy dokonywaniu zabiegów (np. niewysterylizowane igły, materiały opatrunkowe i inne narzędzia medyczne użyte do zabiegu, przystąpienie do operacji bez umycia rąk);
- 4) braku technicznego przygotowania do zawodu (np. zbyt szybkie tempo dokonania iniekcji, transfuzja krwi niewłaściwej grupy);
- 5) odmowa lub opóźnienie w udzieleniu pomocy;
- 6) wykonanie zabiegu operacyjnego organu zdrowego zamiast chorego;
- 7) inne niedopatrzienia natury organizacyjnej (np. zamiana wyników badań diagnostycznych pacjenta, pomyłki przy wypisywaniu karty choroby, zamiana leku, nieprawidłowe przygotowanie leku, przekroczenie czasu naświetlania promieniami Roentgena, wprowadzenie do bazy danych diagnozy dotyczącej innego chorego) [16].

W tabeli 1 przedstawiono przyczyny ryzyka, mechanizmy kontrolne oraz skutki wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

Tabela 1. Ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych w ratownictwie medycznym

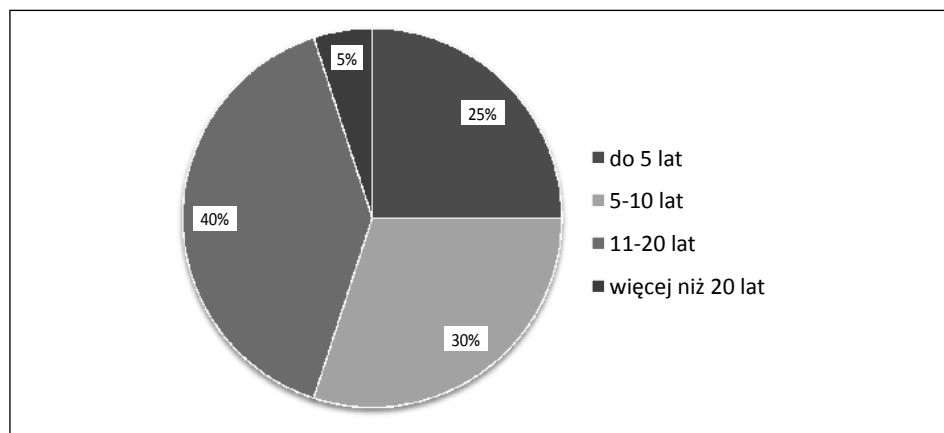
| Przyczyna ryzyka | Funkcjonujące mechanizmy kontrolne | Skutek |
|---|--|------------------------------------|
| Brak odpowiednich szkoleń ratowników medycznych z zakresu bezpieczeństwa pacjenta | Kompleksowy program szkoleniowy | Roszczenie związane z zaniedbaniem |
| Nieprzestrzeganie zasad sanitarno-epidemiologicznych | Ocena każdej kluczowej czynności pod względem bezpieczeństwa pacjenta | Zakłócenia w świadczeniu usług |
| Nieprzestrzeganie obowiązujących standardów i procedur postępowania | Wprowadzanie nowych i modyfikowanie już istniejących procedur i standardów postępowania | Uszczerbek na reputacji |
| Brak staranności przy udzielaniu świadczeń medycznych | Zapewnienie środków finansowych na świadczenia medyczne | Konsekwencje finansowe i kontrole |
| Niebezpieczny sprzęt medyczny | Program kontroli i serwisowania sprzętu | |
| | Program wymiany sprzętu | |
| | Proces raportowania i identyfikowania zdarzeń niepożądanych związanych z hospitalizacją pacjenta | |
| | Stworzenie zespołu kontrolującego i nadzorującego ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych | |

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kędziora R, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009.

Material i metody

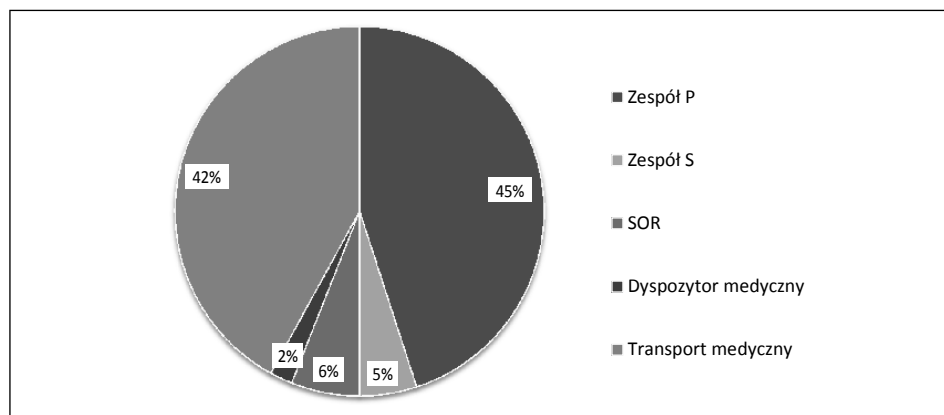
Badanie dotyczące występowania zdarzeń niepożądanych zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza składającego się z metryczki i pytań zasadniczych.

Grupa badawcza liczyła 180 czynnych zawodowo ratowników medycznych, którzy do badania przystąpili anonimowo i dobrowolnie. W badaniu wzięło udział 45% kobiet i 55% mężczyzn. Staż pracy w badanej grupie przedstawiał się następująco: 11–20 lat (40%), 5–10 lat (30%), do 5 lat (25%), ponad 20 lat (5%).



Rycina 1. Staż zawodowy osób uczestniczących w badaniu

45% badanych stanowili ratownicy medyczni w zespole podstawowym (zespół P), a 42% – w transporcie medycznym. 6% osób pracowało w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR), 5% – w zespole specjalistycznym (zespół S), a 2% było dyspozytorami medycznymi.

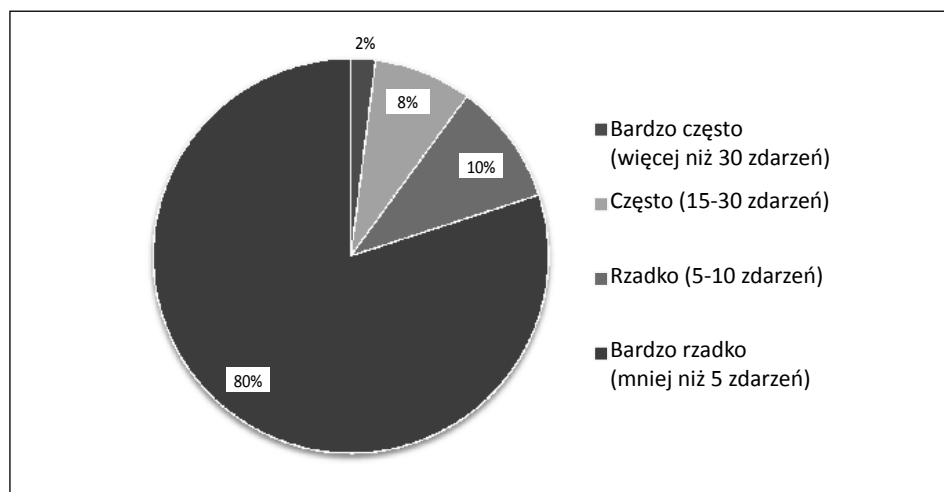


Rycina 2. Miejsce pracy ratownika medycznego

Wyniki

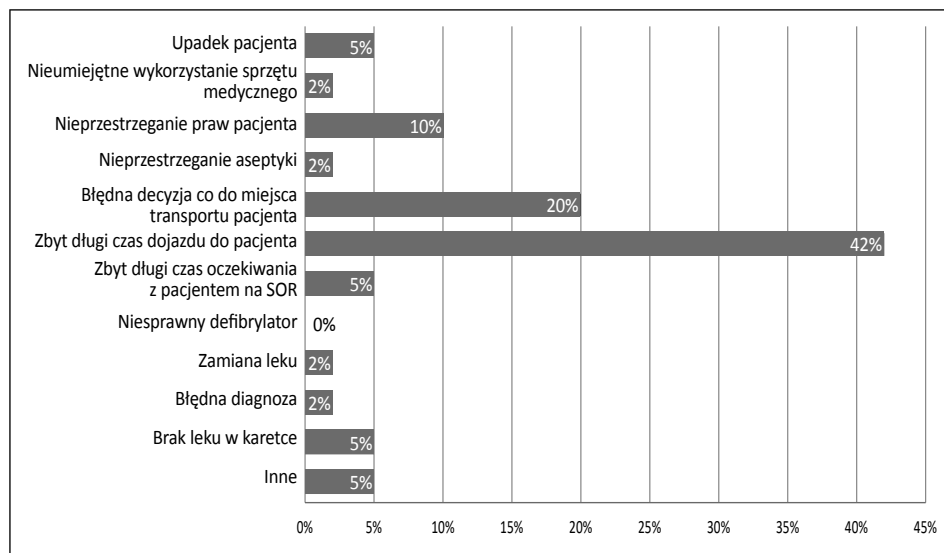
Wyniki badań wskazują, że 55% ankietowanych, w trakcie ostatniego miesiąca, w czasie wykonywania medycznych czynności ratunkowych w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego lub poza nim było świadkiem zdarzenia niepożądanego.

Ratownicy medyczni zapytani zostali o częstotliwość występowania zdarzeń niepożądanych. Zdaniem większości ankietowanych (80%) zdarzenia niepożądane w pracy ratownika medycznego występują bardzo rzadko – mniej niż 5 zdarzeń miesięcznie. 10% ratowników medycznych twierdziło, że zdarzenia niepożądane w ich pracy występowały rzadko (5–15 zdarzeń miesięcznie). Zdaniem 8% badanych zdarzenia niepożądane występowały często, a zdaniem 2% badanych – bardzo często.



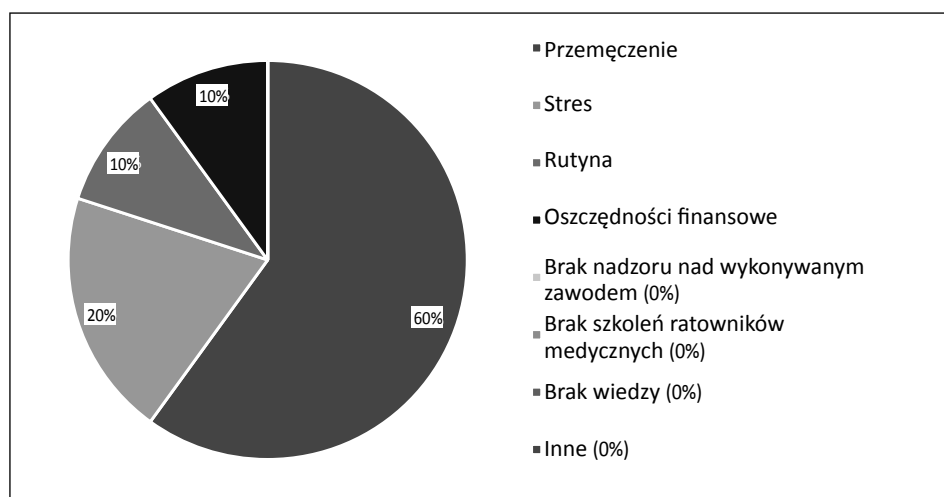
Rycina 3. Częstotliwość zdarzeń niepożądanych

Respondentów zapytano o najczęściej występujące rodzaje zdarzeń niepożądanych, których byli świadkami. 42% ankietowanych wskazało na zbyt długi czas dojazdu do pacjenta. Kolejnym często występującym zdarzeniem niepożądanym jest niewłaściwa decyzja co do wyboru miejsca transportu pacjenta (20%). Dość częstym zdarzeniem niepożądanym jest nieprzestrzeganie praw pacjenta (10%). Kolejne rodzaje zdarzeń niepożądanych (po 5% wskazań) to: brak leku w karetce, zbyt długi czas oczekiwania z pacjentem w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, upadek pacjenta i inne. Najmniej wskazań (po 2%) uzyskały: błędna diagnoza, zamiana leku, nieprzestrzeganie aseptyki oraz nieumiejętne wykorzystanie sprzętu medycznego.



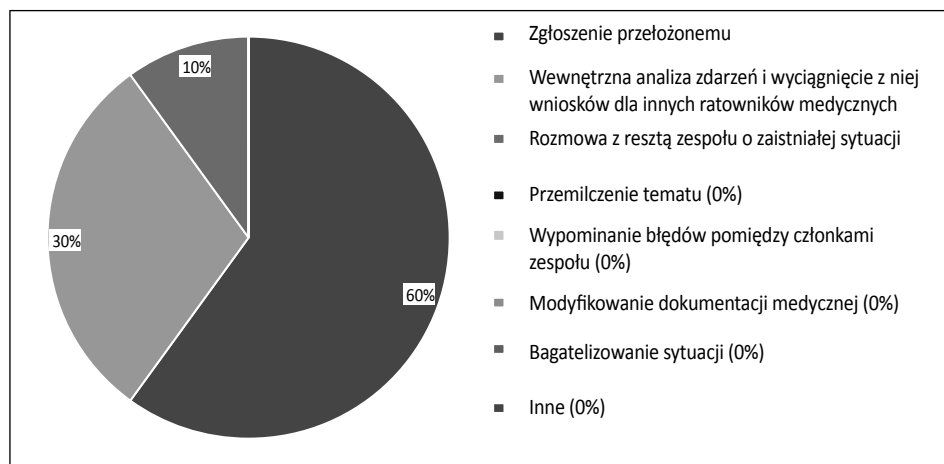
Rycina 4. Rodzaje zdarzeń niepożądanych, których ratownicy medyczni byli świadkami w ostatnim miesiącu

Rycina 5 ilustruje najczęstsze przyczyny występowania zdarzeń niepożądanych, z jakimi spotkali się badani. Respondenci w większości (60%) uznali, że jedną z najważniejszych przyczyn występowania zdarzeń niepożądanych w ratownictwie medycznym jest przemęczenie. Na drugim miejscu znalazł się stres (20%), na trzecim – rutyna i oszczędności finansowe (po 10%). Zdaniem badanych brak wiedzy czy brak szkoleń nie ma bezpośredniego wpływu na występowanie zdarzeń niepożądanych.



Rycina 5. Najczęstsze przyczyny występowania zdarzeń niepożądanych w ratownictwie medycznym według respondentów

W badaniu diagnozowano postawy ratowników medycznych wobec zdarzenia niepożądanego. Najczęstszym zachowaniem wśród respondentów było zgłoszenie przełożonemu takiego faktu (60% respondentów). Na drugim miejscu znalazła się wewnętrzna analiza zdarzeń i wyciągnięcie z niej wniosków dla innych ratowników medycznych (30%). Niewielki odsetek badanych (10%) o zdarzeniu niepożądanym rozmawiał z resztą zespołu. Nikt z badanych nie bagatelizował zdarzenia niepożądanego, nie wypominał kolegom ich błędów, nie przemilczał tematu ani nie próbował modyfikować dokumentacji medycznej.



Rycina 6. Dominujące wśród ratowników medycznych postawy wobec zdarzenia niepożądanego

Dyskusja

Zapobieganie zdarzeniom niepożądanym ma kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa pacjenta oraz bezpieczeństwa pracy ratowników medycznych. Dobrym przykładem w tej dziedzinie mogą być doświadczenia z Danii. Wprowadzono tam ustawę, zgodnie z którą personel medyczny jest zobowiązany do raportowania zdarzeń niepożądanych. Dyrekcja i właściciel szpitala mają obowiązek przeprowadzić ich analizę i wdrożyć działania naprawcze, a zadaniem Board of Health jest upowszechnienie informacji i wiedzy wynikających z analiz. Zgłaszający zdarzenie niepożądane nie mogą być w związku z tym pociągani do odpowiedzialności karnej. Poprawa bezpieczeństwa pacjenta powinna opierać się na edukacji, analizie zdarzeń i błędów oraz uzyskiwaniu informacji zwrotnej. Działania zapobiegawcze powinny być ukierunkowane nie na wskazywanie winnych, ale na ulepszanie systemu [18].

Uzyskane wyniki badań na temat zdarzeń niepożądanych w ratownictwie medycznym są zgodne istniejącymi w literaturze opisami tego zjawiska wśród lekarzy czy pielęgniarek i zbliżone do wyników podobnego badania przeprowadzonego w Stanach Zjednoczonych [12].

Ujawniony w badaniu własnym problem opóźnienia czasu dojazdu zespołów ratownictwa medycznego do pacjenta i niewłaściwego wyboru docelowego miejsca jego hospitalizacji jest opisywany również w krajowej literaturze naukowej (dotyczy w szczególności obszaru postępowania w ostrych zespołach wieńcowych oraz udarze niedokrwiennym mózgu) [19,20].

Wnioski

1. Najczęstszymi zdarzeniami niepożądanymi w ratownictwie medycznym są: zbyt długi czas dojazdu zespołu ratownictwa medycznego do pacjenta oraz nieprawidłowa decyzja co do docelowego miejsca transportu pacjenta.
2. Najczęstszą przyczyną występowania zdarzeń niepożądanych w ratownictwie medycznym jest przemęczenie ratowników medycznych oraz stres w pracy.
3. Najczęstszą postawą ratowników medycznych w sytuacji wystąpienia zdarzeń niepożądanych jest zgłaszanie takiej sytuacji przełożonemu.
4. Niezbędne są szkolenia ratowników medycznych w zakresie problematyki bezpieczeństwa pacjenta.
5. Bezpieczeństwo pacjenta w ratownictwie medycznym powinno być przedmiotem stałego monitorowania w ramach systemu pozwalającego na jego regularną ocenę. Istotne jest wyciąganie i wprowadzanie w życie wniosków z tej oceny oraz uczenie się na błędach.

Bibliografia

1. Bielecki K. *Zdarzenia niepożądane w chirurgii a błąd medyczny* [w:] Pokorski J, Pokorska J, Złowodzki M (red.). *Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne*. Kraków 2010; 72.
2. Kutryba B, Kutaj-Wąsikowska H. *Programy bezpieczeństwa*. *Zdrowie i Zarządzanie*. 2003; 6: 23.
3. Nesterowicz M. *Odpowiedzialność cywilna zakładu leczniczego* [w:] Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Toruń 2013; 12.
4. Kruk-Kupiec G. *Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa dla dobrej praktyki pielęgniarskiej*. *Bezpieczny Szpital – Bezpieczny Pacjent*, Biuletyn Informacyjny. 2011; 7: 13.
5. Skoczylas J. *Prawo ratownicze*. Warszawa 2007; 54.
6. Chowaniec C, Lada M, Wajda-Drzewiecka K, et al. *Problem odpowiedzialności dyspozytorów medycznych funkcjonujących w systemie ratownictwa medycznego*. *Arch Med Sąd Krynimol*. 2014; 64(1): 34–43.

7. Ryś A. *Czy ratownictwo medyczne jest potrzebne?* [w:] Jakubaszko J, Ryś A (red.). *Ratownictwo medyczne w Polsce. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym*. Kraków 2002; 15.
8. Kutryba B, Kutaj-Wąsikowska H. *Bezpieczny pacjent, bezpieczny szpital*. Menedżer Zdrowia. 2003; 3: 23.
9. Kędzióra R. *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*. Warszawa 2009; 228.
10. Filar M. *Lekarskie prawo karne*. Kraków 2000; 18.
11. Zawilińska E. *Monitorowanie zdarzeń niepożądanych*; http://smp.org.pl/upload/konfl/Zdarzenia_niepożadane.pdf [dostęp 16.05.2017].
12. Nesterowicz M. *Odpowiedzialność cywilna zakładu leczniczego* [w:] Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Toruń 2013; 23.
13. Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną. KOM(2008) 0836. Bruksela, 15.12.2008.
14. Aftyka A, Rozalska-Walaszek I, Medak E et al. *Opinie pielęgniarek na temat częstości występowania błędów medycznych w codziennej praktyce*. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2014; 4(49): 6.
15. Ptaszyńska-Sarosiek I, Niemcunowicz-Janica A, Janica J. *Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawie błędu medycznego pracowników pogotowia ratunkowego w materiale zakładu medycyny sądowej Akademii Medycznej w Białymstoku*. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*. 2007; 53(2): 34.
16. Marek Z. *Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*. Kraków 2007; 34.
17. Liszewska A. *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce medycznej*. *Zakamycze*, Kraków 2009; 28.
18. Kryst L. *Zdarzenia niepożądane i błędy medyczne w opiece zdrowotnej*. *Bezpieczeństwo Pracy*. 2011; 11: 20.
19. Mikos M, Matonóg L, Helon A. *Bezpieczeństwo pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu w praktyce ZRM*. *Na Ratunek*. 2017; 1: 52–55.
20. Mikos M. *Błąd decyzji dotyczący wyboru miejsca transportu pacjenta*, 15.09.2016. *Medycyna Praktyczna*; <http://www.mp.pl/ratownictwo/prawo/149869,blad-decyzji-dotyczacy-wyboru-miejsca-transportu-pacjenta-odpowiedzialnosc-ratownika-medycznego> [dostęp 16.05.2017].

Adverse events in the Polish emergency system

Abstract

Introduction: Unwanted and unexpected events are the unavoidable part of the healthcare sector. The medical facilities and medical staff are responsible for identifying and eliminating unwanted and unexpected events.

Material and methods: This work presents the problem of occurrence of adverse events in the emergency medical services in Poland and it is also identifying the most frequent adverse events and as well as it presents the analysis of risks that potentially may happen in this sector. An anonymous questionnaire was distributed to 180 paramedics.

Results: According to this research the most frequent adverse events are too long waiting time for the arrival of the medical services to examine a patient and the incorrectly made decision of where the patient should be transferred to. The most common reason for the occurrence of adverse events is tiredness and stress.

Conclusion: Unwanted and unexpected events are a significant problem in the emergency medical services and require continuous monitoring, reporting as well as educating to prevent them in the future.

Key words: patient safety, adverse event, paramedic