

# Bezpečnosť pacienta v primárnej starostlivosti na Slovensku

MUDr. Jana Bendová<sup>1</sup>, MUDr. Iveta Vaverková<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Veľký Biel

<sup>2</sup>Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Bratislava

Bezpečnosť pacienta je predchádzanie nežiaducim udalostiam počas obdobia poskytovania zdravotnej starostlivosti s cieľom minimalizovať poškodenie pacienta. Bezpečnosti pacientov v primárnej starostlivosti na Slovensku sa venuje málo pozornosti. Potenciál pre nežiaduce udalosti je však veľký. Predpokladá sa, že na Slovensku sa vyskytne 5 – 80 bezpečnostných incidentov v primárnej starostlivosti denne. Až 50 % týchto incidentov by sa dalo vyhnúť poučením sa z predchádzajúcich prípadov. Vo svete sa osvedčili elektronické anonymné hlásne systémy. Ich úlohou nie je kritizovať, obviňovať, či trestať, ale poučiť sa z týchto chýb. „*Mýliť sa je ľudské, zakrývanie chýb je neodpušiteľné, nepoučiteľnosť je neospravedliteľná.*“

**Kľúčové slová:** bezpečnosť pacienta, primárna starostlivosť, pochybenie, bezpečnostný incident.

## Patient safety in primary care in Slovakia

Patient safety is the prevention of adverse events during health care provision in order to minimize harm to the patient. Patient safety in primary care in Slovakia is given little attention. However, the potential for adverse events is high. It is assumed that in Slovakia there are 5 – 80 safety incidents in primary care each day. Up to 50% of these incidents could be avoided learning from previous cases. Anonymous electronic reporting systems have proven to be effective in the world. The role of it is not to criticize, blame, or punish, but to learn from these mistakes. "*To err is human, to cover up is unforgivable, to fail to learn is inexcusable.*"

**Key words:** patient safety, primary care, medical error, safety incident.

Via pract., 2012, 9 (1): 32–33

## Úvod

**Primum non nocere – Predovšetkým neškodiť** – jedna z hlavných zásad medicíny platí od antických čias až do súčasnosti. Pacientovi môžeme uškodiť nielen tým, že niečo urobíme (zle), ale aj neurobením niečoho dobrého, čo vedie k nežiaducemu výsledku.

**Bezpečnosť pacienta je predchádzanie nežiaducim udalostiam počas obdobia poskytovania zdravotnej starostlivosti s cieľom minimalizovať poškodenie pacienta a dosiahnuť bezpečnejšiu zdravotnú starostlivosť.** Bezpečnosť pacienta je **právo pacienta neutrpieť zbytočnú ujmu** spojenú so zdravotnou starostlivosťou.

Nedostatočná bezpečnosť pacienta predstavuje závažný problém pre verejné zdravie, ako aj vysoké hospodárske zaťaženie. Rezervy sú v prístupe samotných zdravotníkov. Aj všeobecným praktickým lekárom v ambulancii sa môže stať, že pochybia v diagnostike alebo liečbe pacienta, čo si však často nedokážu pripustiť.

## Súčasný stav

Dôležitosť problematiky bezpečnosti pacienta v systéme zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je všeobecne uznávaná, venuje sa jej aj Programové vyhlásenie vlády v kapitole Kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti a bezpečnosť pacienta (1). Prakticky sa však tejto téme venuje len veľmi málo priestoru. Bezpečnosť pacienta

je často chápaná veľmi úzko – ako lieková bezpečnosť. Viac pozornosti sa bezpečnosti pacienta dostáva v nemocniciach (napr. prevencia deku-bitov, nozokomiálnych nákaz). Problematika bezpečnosti pacienta počas zdravotnej starostlivosti v ambulanciách všeobecných lekárov je však stále Popoluškou. Chýbajú údaje o výskyte nežiaducich udalostí v primárnej zdravotnej starostlivosti, chýbajú praktické kroky a vôbec vízia, akým smerom by sa mala táto oblasť uberať. Prítom výskum dospel k záveru, že problémy bezpečnosti pacientov v primárnej starostlivosti sú koncepčne a organizačne odlišné od problémov, ktoré sú v špecializovanej alebo nemocničnej starostlivosti (2).

Systém hlásenia existuje len pre hlásenie nežiaducich účinkov liekov. Tento systém je ukotvený legislatívne. Podľa § 42 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach č. 140/1998 Z. z. sú všetci lekári povinní hlásiť výskyt nežiaduceho účinku lieku a zdravotníckej pomôcky Štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv. Problematikou farmakovigilancie (farmakobdelosti) sa dlhodobo zaoberajú viaceré pracoviská – Ústav klinickej farmakológie Lekárskej fakulty UK, Farmaceutická fakulta UK, ako aj Štátny ústav pre kontrolu liečiv. Dlhodobé výsledky sledovania kvality hlásenia nežiaducich účinkov liekov a monitorovania liekovej bezpečnosti boli opakovane prezentované na odborných podujatiach a publikované (3).

Ako je to však v praxi? Počty nahlásených nežiaducich účinkov sú už roky nízke a neodrážajú

realitu. Túto situáciu sa pokúšal zlepšiť projekt Farmakovigilancia (4), ktorý pred štyrmi rokmi realizovala Spoločnosť všeobecného praktického lekárstva v spolupráci s Ústavom farmakológie a klinickej farmakológie Slovenskej zdravotníckej univerzity. Projekt dotazníkovou metódou anonymne zisťoval reálnu situáciu v ambulanciách praktických lekárov na Slovensku v oblasti sledovania bezpečnosti a interakcií liekov. Cieľom projektu bolo zmapovať, koľko všeobecných lekárov pre dospelých hlási nežiaduce účinky. V SR totiž existuje systém spontánneho hlásenia nežiaducich účinkov liekov (NÚL). Jeho záchytnosť sa odhaduje na menej ako 1 %, z toho vyplýva, že počet nahlásených NÚL nezodpovedá skutočnosti.

Keďže chýba systém zbierania údajov, chýba aj porozumenie povahy a distribúcie chýb (bezpečnostných incidentov), ktoré sa vo všeobecnej lekárskej praxi vyskytujú. Odhaduje sa, že až 50 % incidentov by sa dalo vyhnúť poučením sa z predchádzajúcich incidentov (5).

Na jednej strane, lekári chyby priznávajú len ťažko alebo ich trivializujú. Na druhej strane, pretrvávajú atmosféra strachu z odhalenia chyby, obviňovania a poníženia, keď podozrenie na chybu vo forme podnetu alebo sťažnosti adresuje pacient priamo kontrolnému orgánu, ktorým je Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Ako túto situáciu zmeniť? Ako zariadiť, aby lekári hlásili chyby, ktoré urobili? Inak ako anonymne to nepôjde. Dôkazom

sú hlásne systémy z krajín, ktoré už takýto systém majú – napr. Austrália, Nový Zéland, Veľká Británia, Nemecko (6), Dánsko, Holandsko, Španielsko a pred rokom k nim pribudlo aj Poľsko (tabuľka 1) (7). Lekári majú možnosť anonymne (elektronicky alebo na papierovom formulári) opísať situáciu, pri ktorej došlo k chybe, či už v procese diagnostiky, liečby, alebo k inej chybe. Úlohou systému nie je kritizovať, obviňovať, či trestať. Hlavnou úlohou systému je poučiť sa z týchto chýb, pretože chyby sa často opakujú. „Mýliť sa je ľudské, zakrývanie chýb je neodpustiteľné, nepoučiteľnosť je neospravedliteľná.“ (8).

### Podnety zo zahraničia

V dňoch 7 – 8. 9. 2011 sa vo Varšave konala **medzinárodná konferencia LINNEAUS Euro-PC so zameraním na bezpečnosť pacientov v primárnej starostlivosti**. Slovenských všeobecných lekárov zastupovali MUDr. Jana Bendová a MUDr. Iveta Vaverková. LINNEAUS je skratka *Learning from International Networks about Errors and Understanding Safety in Primary Care* – Učenie sa z medzinárodných sietí o chybách a chápanie bezpečnosti v primárnej starostlivosti. Uvádzame podstatné informácie, ktoré na tejto podnetnej konferencii odzneli.

Potenciál na nežiaduce udalosti v primárnej starostlivosti je obrovský, ale vedomostí o bezpečnosti pacientov v tomto kontexte je minimum. Prehľad literatúry naznačuje, že napríklad vo Veľkej Británii sa vyskytuje 5 – 80 bezpečnostných incidentov na 100 000 konzultácií (9), čo by znamenalo na Slovensku 5 – 80 bezpečnostných incidentov denne (pri zhruba 2 200 VLD a 40 – 50 návštev pacientov na 1 ambulanciu denne). Návšteva praktického lekára sa z tohto pohľadu javí riskantnejšia ako cesta lietadlom.

Aj keď je potenciál pochybení veľký, z analýzy databáz vyplynulo, že 50 % pochybení nemá následky, 20 % vedie ku klinicky irelevantnému oneskoreniu diagnózy, 10 % vedie k hnevu pacientov, ale 20 % pochybení môže mať vážne následky (10).

Prevažnú väčšinu incidentov možno zaradiť do štyroch hlavných kategórií:

- diagnostika,
- preskripcia,
- komunikácia medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a pacientmi,
- organizácia (vrátane administratívnych problémov).

Údaje z Veľkej Británie indikujú, že najčastejšími chybami sú **chyby v diagnostike** – oneskorenie diagnostiky alebo nesprávna diagnostika (63 – 66 %) (10).

**Chyby v medikácii** vyplývajú najmä z polyfarmácie – interakcie liek/liek alebo interakcie diagnó-

**Tabuľka 1.** Vybrané európske krajiny so zavedeným systémom hlásenia incidentov (2)

Krajina	Rok zavedenia systému	Patrón
Veľká Británia	2004	National Patient Safety Agency (NPSA)
Dánsko	2004	National Board of Health
Španielsko	2005	Ministerio de Sanidad y Consumo
Holandsko	2006	Health Care Inspectorate
Nórsko	2006	Directorate of Health
Poľsko	2011	Unwersytet Medyczny w Łodzi

za/liek (napr. betablokátory u pacientov s bronchiálnou astmou). Druhou najčastejšou oblasťou chýb je neadekvátna preskripcia u geriatrických pacientov. Na Slovensku už existujú softvérové programy na kontrolu týchto interakcií, sú však málo používané. Tieto programy sú kompatibilné len s niektorými ambulantnými softvérmi a ostatní užívatelia ich musia používať separátne, čo je nepraktické.

### Špecifická ambulantnej starostlivosti v SR a bezpečnosť pacienta

**Inštitúciou, ktorá sa zaoberá chybami, je Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.** Ako vyplýva zo správy ÚDZS za rok 2010 (11), v roku 2010 Úrad prijal 1 469 podaní v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti, z toho 245 podaní bolo uznaných za opodstatnené. Z tohto počtu sa 16 podaní (6,5 %) týkalo všeobecných lekárov pre dospelých (štvrté miesto po chirurgii, gynekológii a pôrodnictve a vnútornej lekárske). Tieto podania iniciujú pacienti.

**Bezpečnosť pacientov** v ambulantnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku v súčasnosti negatívne **ovplyvňujú dva dôležité faktory**. Prvým faktorom je **zrušená funkcia všeobecného lekára ako „strážcu brány“** (*gate-keeping*), v dôsledku čoho všeobecný lekár nie je informovaný o osude svojho pacienta – o diagnostickom a liečebnom procese, ktorý pacient absolvuje v ambulanciách špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Ako sa má teda vyrovnáť s liekovými interakciami? S tým súvisí aj druhý problém – **doteraz neimplementovaný projekt elektronického zdravotníctva**, ktorý by prvý problém dokázal čiastočne korigovať. Náš názor je, že e-health je veľmi užitočný nástroj zvyšovania kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti, ale nie je riešením na všetko. Údaj, že medzi všeobecnými lekármi je len 40 % počítačových užívateľov, veru nie je priaznivým prognostickým faktorom úspešnej implementácie e-health.

V informačnej brožúre Svetovej zdravotníckej organizácie o výskume v bezpečnosti pacientov z roku 2009 (12) sa píše: „Aj ten najlepšie vyškolený a dobre vzdelaný personál môže byť negatívne ovplyvnený stresom a únavou, čo zvyšuje frekvenciu nežiaducich udalostí“. Priemerného všeobecného lekára pre dospelých navštívi na Slovensku denne

40 – 50 pacientov. Na jedného pacienta teda zostáva málo času. Lekári musia nastúpiť do práce, aj keď sú unavení po odpracovaní nočnej služby.

### Záver

Dúfame, že tento príspevok otvorí diskusiu na tému bezpečnosti pacienta a nielen to – že táto diskusia povedie k praktickým krokom: vytvoreniu systému evidencie, výmeny informácií, edukácie a nápravných opatrení s cieľom predchádzať výskytu, resp. minimalizovať výskyt pochybení pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Výsledkom bude zvýšenie kvality zdravotnej starostlivosti z pohľadu bezpečnosti pacienta.

### Literatúra

1. Programové vyhlásenie vlády SR na obdobie rokov 2010 – 2014; s. 30 [www.mod.gov.sk/data/files/553.pdf](http://www.mod.gov.sk/data/files/553.pdf)
2. Godycki-Ćwirko M, Lekarz Rodzinny 2011; ročník XVI; 7–8: 775–778.
3. Tisoňová J, Szalayová A, Kriška M, Gibala P, Foltán V. Factors influencing the spontaneous reporting of adverse drug reactions – The experience of the Slovak Republic. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2004; 13 (5): 333–337.
4. Projekt Farmakovigilancia – bezpečnosť pacienta Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva <http://www.vpl.sk/sk/farmakovigilancia-bezpecnost-pacienta/>
5. Comptroller and Auditor General. A Safer Place for Patients: Learning to improve patient safety. National Audit Office (2005). [www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/05-06/0506456.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/05-06/0506456.pdf)
6. [www.jeder-fehler-zaeht](http://www.jeder-fehler-zaeht)
7. <http://blnsk.umed.lodz.pl/bop/>
8. Donaldson, Sir Liam, England speaking at the launch of the World Alliance for Patient safety in Washington DC, USA, 27. 10. 2004, dostupné: <http://www.who.int/patientsafety/news/establishment/en/>
9. Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies [Review]. *Family Practice* 2003; 20(3): 231–236.
10. LINNEAUS EURO-PC konferencia, Varšava, 7. 9. 2011, dostupné online <http://www.linneaus-pc.eu/workp4.html>
11. Správa o činnosti ÚDZS za rok 2010 – Vestník ÚDZS č. 7/2011 [http://www.udzs.sk/buxus/docs/spravvy/VE\\_7\\_Sprava\\_cin2010\\_web.pdf](http://www.udzs.sk/buxus/docs/spravvy/VE_7_Sprava_cin2010_web.pdf)
12. Informačná brožúrka Svetovej zdravotníckej organizácie o výskume v bezpečnosti pacientov, 2009, s. 5, [http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_IER\\_PSP\\_2009.10\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.10_eng.pdf)

**MUDr. Jana Bendová**  
Ambulancia všeobecného lekára  
pre dospelých  
Poľovnícka 14, 900 24 Veľký Biel  
[jana\\_bendova@hotmail.com](mailto:jana_bendova@hotmail.com)

