



**Projekto „VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS GERINIMAS,
DIEGIANT VISUOMENĖS SVEIKATOS TECHNOLOGIJŲ VERTINIMO SISTEMĄ IR
NEPAGEIDAJAMŲ ĮVYKIŲ REGISTRAVIMO SISTEMĄ“ SFMIS NUMERIS VPI-4.3-
VRM-02-V-05-012**

**poveiklės Nr. 2.1.1.1. „NĮ stebėsenos analizė ES ir Lietuvoje bei NĮ registravimo,
stebėsenos ir prevencijos sistemos diegimui įvertinimas“**

**NEPAGEIDAJAMŲ ĮVYKIŲ REGISTRAVIMO SISTEMŲ ES ŠALYSE
A P Ž V A L G A**

Darbo grupės vadovas:

Ernestas Nedzinskas

Darbo grupės vykdytojai:

*Sandra Mekšriūnaitė
Kęstutis Rudaitis*

**VILNIUS
2013**

TURINYS

SANTRUMPOS	3
ĮVADAS	4
1.DANIJA	6
2.AIRIJOS RESPUBLIKA	8
3.ISPANIJA	9
4.JUNGTINĖ KARALYSTĖ (ANGLIJA, VELSAS)	11
5.ŠKOTIJA	13
6.VOKIETIJA	13
APIBENDRINIMAS	15
LITERATŪROS ŠALTINIAI	16

SANTRUMPOS

ES - Europos Sąjunga

SAM - Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

PSO - Pasaulio sveikatos organizacija (angl. WHO)

PPA - priežasties-pasekmės analizė (angl. Root Cause Analysis)

NĮRSP sistema - Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistema

ICPS - International Classification for Patient Safety (tarptautinė pacientų saugos klasifikacija)

ASPI - asmens sveikatos priežiūros įstaiga

NĮ - nepageidaujamas įvykis

IVADAS

1999 m. JAV medicinos institutas (American Medicine Insitute) paskelbė publikaciją „Klysti yra žmogiška: saugesnė sveikatos priežiūra“, kurioje buvo pranešama, kad kasmet JAV miršta nuo 40000 iki 98000 žmonių dėl klaidų medicinoje, o 1997 m. dėl klaidų medicinoje JAV mirė daugiau žmonių nei dėl transporto įvykių, AIDS ar krūties vėžio. Pastebima, jog sveikatos priežiūros sektorius dešimtmečiais atsilieka nuo kitų aukštos rizikos sričių (pvz. komercinės aviacijos), o klaidos medicinoje sudaro dideles tiesiogines ir netiesiogines išlaidas. Taigi sistema, kuri turi gydyti ir saugoti sveikatą, ją žaloja (Hipokrato priesaika – „nepakenkti“) [1].

Pranešimas tapo iššūkiu sveikatos priežiūros sistemai dėl keleto priežasčių: pirmiausiai – dėl netikėtų skaičių, ir antra – publikacijoje autoriai metė iššūkį „kaltinimo ir bausmių kultūrai“, egzistuojančiai daugelyje sveikatos priežiūros sistemų. Anot Harvardo visuomenės sveikatos mokyklos profesoriaus Dr. L. Leape, „*didžiausia blogybė norint išvengti klaidų medicinoje yra ta, jog mes baudžiame žmones už tai, jog jie daro klaidas.*“ Publikacijoje vietoje emocinio, su „gėda“ susijusio požiūrio, iškeltas naujas sisteminis požiūris į sveikatos paslaugų saugumą ir klaidų medicinoje prevenciją: klaidos yra organizacinių – sisteminių faktorių ir prielaidų, o ne individualaus neprofesionalumo ar aplaidumo, pasekmė. Šioje publikacijoje iškeltos idėjos skatina sveikatos priežiūros paslaugų saugumo problemą iškelti į viešumą ir įvardinti prioritetine sveikatos priežiūros sektoriaus problema. Tokiu būdu pradėta nauja sveikatinimo srities kryptis – pacientų sauga, kuri galėtų būti apibūdinama kaip siekis, taikant atitinkamas intervencijas, sudaryti sąlygas užtikrinti trokštamą sveikatos priežiūros paslaugų saugumą.

Kartu atsirado ir saugos kultūros sąvoka, apibūdinama kaip „individualių ir grupinių vertybių, požiūrių, supratimo, kompetencijų ir elgesio modelių visuma, kuri nustato organizacijos sveikatos ir saugos valdymo ypatumus ir įpareigoja jų laikytis“ [2]. Pagrindiniai pacientų saugos kultūros bruožai [3]:

- Pripažinimas, jog sveikatos priežiūros veikla iš esmės yra pavojinga ir joje turi būti pasiekti aukšti saugumo standartai;

- „Nekaltinanti“ (*a blame-free*) aplinka, kurioje žmonės gali pranešti apie įvykusias ar vos neįvykusias klaidas nebijodami būti apkaltinti;

- Skatinimas bendradarbiauti skirtingo lygio darbuotojus ir mokymas ieškoti pacientų saugos problemų sprendimo;

- Organizacijos resursų skyrimas saugumo problemoms spręsti.

Viena svarbiausių pacientų saugos kultūros sudėtinių dalių galima laikyti mokymąsi iš klaidų, tačiau tam pirmiausia klaidas reikia pastebėti ir tinkamai įvertinti. Medicinoje klaidoms nurodyti yra terminas „nepageidaujamas įvykis“. Skirtinguose šaltiniuose jis apibrėžiamas įvairiai, tačiau iš esmės tai yra „įvykis, įvykęs dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išėitį (rezultatą) pacientui, daugiau dėl medicininės pagalbos teikimo ir organizavimo, negu dėl paties paciento ligos ar būklės. Nepageidaujamą įvykį paprastai sukelia ne vienas veiksnys, bet daugybės aplinkybių ir įvykių tarpusavio sąveika.“[4]

NĮ stebėseną sveikatos priežiūros įstaigose yra viena iš priemonių gerinant sveikatos priežiūros paslaugas. PSO pritaria, kad pacientų saugos garantijos neužtikrinimas, kuris svarbus tiek pacientams, tiek sveikatos priežiūros specialistams, yra akivaizdus nesugebėjimas mokytis iš savo ir kitų klaidų. Itin retai sveikatos priežiūros įstaigos teikia informacija kitomis įstaigomis apie įvykusius nesklandumus, neatitikimus vykdant sveikatos priežiūrą, ir taip pat retai dalinasi informacija apie gerą patirtį bei išanalizuotus sveikatos priežiūros paslaugų neatitikimus, priimtus sprendimus, įdiegtas prevencines priemones. Nors kiekvienas pranešimas apie NĮ pateiktas į NĮ registravimo sistemą teikia svarbią informaciją apie tam tikrą atvejį, tačiau NĮ registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistema suprantama daug platesne prame – tai tam tikrų procesų, technologijų visuma, susidedanti iš vienodų standartų formavimo, analizės ir mokymosi sklaidos, komunikacijos ir grįžtamojo ryšio užtikrinimo apie praneštus NĮ plėtojimo. [5].

ES šalių NĮRSP sistemų apžvalga atlikta įgyvendinant projekto „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“ (toliau – Projektas) (projekto kodas Nr. VP1-4.3-VRM-02-V-05-012, projekto finansavimo ir administravimo sutarties Nr. VP1-4.3-VRM-02-V-05-012) veiklos 2.1.1. „ASPI pasiruošimo NĮ registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos diegimui įvertinimas ir NĮ modelio sukūrimas“ poveiklę „NĮ stebėsenos analizė ES ir Lietuvoje bei NĮ registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos diegimui įvertinimas“.

ES šalių NĮRSP sistemų apžvalga atlikta siekiant surinkti informaciją apie egzistuojančias kitose ES šalyse NĮRSP sistemas, susijusias su NĮ duomenų rinkimu ir panaudojimu pacientų saugai gerinti.

Šios veiklos metu buvo atlikta 6 ES šalių (Danijos, Ispanijos, Jungtinės Karalystės (Anglijos, Velso), Airijos, Škotijos, Vokietijos) apžvalga apie šiose šalyse galiojančias NĮRSP sistemas. Informacija rinkta iš interneto išteklių, darbinių stažuočių metu, tiesiogiai bendrauta su šalių atitinkamų institucijų specialistais. Apžvalga atlikta vadovaujantis šiais aspektais:

- NĮ registraciją koordinuojanti įstaiga;
- Duomenų teikimo pobūdis, registruojami NĮ tipai, kita registruojama informacija;
- NĮ registruojančios institucijos, duomenų apie NĮ teikėjai;
- Duomenų analizė ir grįžtamas ryšys duomenų teikėjams/ duomenų viešinimas:

I. NĖ REGISTRAVIMO, STEBĖSENOS IR PREVENCIJOS SISTEMOS EUROPOS SAJUNGOS ŠALYSE

1. DANIJA

Pirmieji žingsniai Danijos NĖ stebėsenos srityje atsirado tuomet, kai kitose šalyse atliktų studijų (“The Harvard Medical Practice Study”[6] , “The Quality in Australian Health Care Study”[7]) rezultatai parodė, kad NĖ dažnis sveikatos priežiūros įstaigose svyruoja nuo 3,7 proc. iki 16,6 proc. Todėl 2001 m. buvo atlikta studija Danijos sveikatos priežiūros įstaigose, kurios rezultatai parodė, kad NĖ dažnis yra apie 9,0 proc., o keturių iš 10 nustatytų NĖ buvo galima išvengti. Šie rezultatai ir buvo pacientų saugos plėtojimo pradžia šioje šalyje ir nuo 2004 m. Danijoje pradėjo veikti pacientų saugos įstatymas, kuris vėliau nuo 2007 m. perkeltas į Danijos sveikatos priežiūros įstatymą. Šiame Pacientų saugos įstatyme yra sakoma, kad “sveikatos priežiūros specialistas, kuris pateikė duomenis apie NĖ, negali būti baudžiamas savo darbdavio, kitų institucijų dėl to, kad pateikė duomenis apie NĖ į duomenų sistemą”. Pagrindinė pacientų saugos kultūros idėja Danijoje – mokytis iš padarytų klaidų – buvo, yra ir plėtojama toliau, skatinant sveikatos priežiūros specialistus teikti duomenis apie NĖ, juos analizuoti, kad panašūs NĖ nepasikartotų ateityje.

NĖ registraciją koordinuojanti įstaiga

Danijoje duomenis apie NĖ renka ir analizuoja Danijos nacionalinė pacientų teisių ir skundų agentūra (Danish National Agency for Patients’ Rights and Complaints – NAPRC [8]). Šioje įstaigoje veikia trijų skirtingų duomenų registravimo ir analizės sistemos: NĖ registravimo sistema, pacientų skundų ir žalos atlyginimo (kompensacijos) sistemos. NĖ registracijos sistemoje vykdoma elektroniniu būdu pateiktų NĖ statistinė analizė. Nors šios sistemos veikia savarankiškai, tačiau bendrai analizei ir mokymuisi naudojami visų trijų sistemų duomenys. Svarbiausia visų sistemų funkcija – kuo greičiau reaguoti į praneštus sunkius NĖ, reaguoti į išpėjimus, kurie gali sukelti NĖ, kurti prevencines priemones užregistruotiems NĖ, pacientų skundams mažinti. Duomenys apie NĖ pateikiami per elektroninę duomenų teikimo sistemą (Danish Patient Safety Database – DPSD) [9]. Pagrindinė šios sistemos paskirtis – perspektyvinė – išanalizuoti užregistruotus NĖ, mokytis iš klaidų pateikiant rekomendacijas, kad panašūs atvejai nepasikartotų ateityje.

Duomenų teikimo pobūdis, registruojami NĖ tipai, kita registruojama informacija

Nuo 2004 m. visi sveikatos priežiūros specialistai iš visų profilių sveikatos priežiūros įstaigų gali pateikti duomenis apie NĖ elektroniniu būdu ar popierine forma. Nuo 2011 m. duomenis gali pateikti ir pacientai ar jų artimieji. Tiek sveikatos priežiūros specialistai, tiek pacientai (ar jų artimieji) teikia duomenis per tą pačią NĖ registravimo sistemą. Visuomenės įtraukimas į NĖ registravimo sistemą – prisidėti prie pacientų saugos plėtros šalyje. 2012 m. bendroje ataskaitoje pacientų pateikti duomenys apie NĖ sudarė apie 1,5 proc. visų užregistruotų NĖ atvejų. Tuo tarpu bendras užregistruotų NĖ atvejų skaičius 2012 m. pabaigoje buvo apie 124 tūkst.

Minėtoje DPSD sistemoje taip pat veikia trys NĖ registravimo positemės, susijusios su radiacine sauga, medicinos prietaisais ir nepageidaujamosiomis reakcijomis į vaistus. Nors pagrindinė minėtų NĖ stebėseną vykdoma kitose įstaigose, tačiau dalis informacijos perduodama ir DPSD ir bendra analizė vyksta sinergiškai.

NĖ registravimo etapai:

Yra trijų lygių (etapų) duomenų teikimo sistema:

Istaigos/ padalinio/ skyriaus lygmuo

Kiekviename sveikatos priežiūros įstaigos padalinyje/ skyriuje yra atvejo vadybininkas ir už pacientų saugą atsakingas asmuo. Atvejo vadybininkas atsakingas už pateiktų NĖ atvejų valdymą bendradarbiauja su vietos (ligoninės) rizikos vadybininku. Atvejo vadybininkas turi užtikrinti, kad teikiami duomenys apie NĖ atitinka Danijoje adaptuotą PSO Pacientų saugos klasifikaciją. Taip pat suveda NĖ duomenis į elektroninę duomenų formą, jei duomenų teikėjas užpildė popierinę duomenų teikimo formą.

Tuo tarpu įstaigos rizikos vadybininkas padeda, paaiškina kolegoms kaip reikia pateikti duomenis, jei įvyksta NĮ. Be to jis atsakingas už pacientų saugos gerinimo ir rizikos atvejų mažinimo priemonių kūrimą.

Įstaigos rizikos vadybininkas gavęs informaciją iš skyriuose dirbančių atsakingų asmenų per elektroninę duomenų teikimo sistemą 90 dienų laikotarpyje turi išanalizuoti užregistruotą NĮ, t.y. užregistruoti įstaigose sistemoje apie naują atvejį, sukurti veiksmų planą užregistruotam atvejui išspręsti, pateikti rekomendacijas bei grįžtamąją informaciją duomenų teikėjui, užregistruoti NĮ atvejį į nacionalinį registrą per DPSD. Esant lengvam ar žalos nesukėlusiam NĮ, duomenys perduodami tiesiogiai į nacionalinį registrą, o esant vidutinio sunkumo ar sunkiam NĮ duomenys perduodami į savivaldybės ar regioninį pacientų saugos padalinį detalesnei analizei.

Pacientų saugos skyrius ar rizikos vadybininkas bendradarbiauja su įstaigos kokybės padaliniu. Atliktos NĮ aprašomosios analizės pateikiamos ir minėtam padaliniui, kaip viena iš pacientų saugos kokybės gerinimo priemonių.

Dažnai kuriamos, išbandomos ir vertinamos rekomendacijos NĮ mažinimui ir pacientų saugai gerinti pirmiausia sukuriamos vietiniame (įstaigos) lygyje. Informacijos apsiskeitimas vyksta tiek iš vietinio į nacionalinį lygį, tiek iš nacionalinio į vietos – ASPI – lygį.

Kiekviena įstaiga turi turėti NĮRSP sistemą, nes tai įpareigoja įstaigų akreditavimo sistema. Įstaigos įpareigotos supažindinti darbuotojus su galiojančia NĮRSP sistema bei įrodyti, kad sistema įstaigoje ištikrųjų veikia: vyksta NĮ registracija, jų analizė, užtikrinamas grįžtamas ryšys duomenų teikėjams.

Savivaldybės ar regiono lygmuo

Savivaldybės ar regiono lygyje registruojami ir analizuojami sunkesni NĮ atvejai, o taip pat, jei NĮ apima kelis padalinius ar įstaigas. Regioniniame lygmenyje renkama informacija apie atliktas bet kokio sunkumo NĮ analizes ir vykdytas prevencines priemones įstaigos lygyje. Taip užtikrinama gerosios praktikos sklaida tarp regiono sveikatos priežiūros įstaigų.

Asmeninė informacija apie duomenų teikėjus ar pacientus savivaldybių ar regioniniame lygiuose išlieka, tačiau regiono pacientų saugos skyrių atvejo vadybininkai duomenis nuasmenina prieš pateikiant juos į Danijos nacionalinę pacientų teisių ir skundų agentūrą. Informacija apie duomenų teikėją gali žinoti ir dalintis informacija tik tos pačios savivaldybės ar regiono specialistai, kurie sprendžia vieną atvejį ir tik įsitikinus, kad asmeninė informacija ištikrųjų reikalinga atvejo analizei.

Nacionalinis lygmuo

Danijos nacionalinėje pacientų teisių ir skundų agentūroje renkama ir analizuojama informacija tiek iš sveikatos priežiūros įstaigų, tiek iš regioninių pacientų saugos skyrių. Duomenų komplektą sudaro pacientų skundai, žalos atlyginimo (kompensavimo) atvejai bei užregistruoti NĮ atvejai. Čia kuriama ir teikiama tiek Danijos specifinių NĮ atvejų analizės, tiek kitose šalyse atliktų tyrimų rezultatai, tarptautiniu lygiu diegiamų prevencinių priemonių pacientų saugai gerinti pavyzdžiai.

Nacionaliniu lygiu kuriamos rekomendacijos kartu su teisininkais bei pacientų skundų ir žalos atlyginimo centrais.

DPSD yra adaptuota pagal PSO tarptautinę pacientų saugos klasifikaciją (WHO ICPS) [10]. Tokios klasifikacijos diegimas įgalina palyginti pacientų saugos koncepcijas tarptautiniu lygiu. Danijos NĮ registravimo sistemoje adaptuotos 2 WHO ICPS dalys: NĮ tipai ir NĮ poveikio išėitys (rezultatai). NĮ klasifikatorių sudaro 13 NĮ tipų, kurie suskirstyti į NĮ atsiradimo procesų ir struktūros potipius.

Registravimo forma turi kelias laisvai aprašomas (free-text) dalis: atvejo aprašymui, pasekmių įvardijimui ir siūlomoms rekomendacijoms pateikti. Atliktus duomenų teikėjų apklausą apie galiojančią NĮ registravimo sistemą, paaiškėjo, kad duomenų pateikimo forma per sudėtinga duomenų teikėjams, nors yra tik 13 NĮ tipų, tačiau tolesnė potipių klasifikaciją per daug smulkmeniška, todėl pranešėjui užtrunka daug laiko, kol užregistruojamas NĮ pagal kategorijas ir laisvai aprašoma dalis dažniausiai lieka neužpildyta. Taip pat minėta, kad kai kurie NĮ tipai sunkiai suprantami, o jų aprašymai sistemoje mažai suprantami (pvz. administrative processes, clinical processes, recourses and organization).

Duomenų analizė ir grįžtamas ryšys duomenų teikėjams/ duomenų viešinimas

Pirminė NĮ duomenų registracija, stebėseną ir prevenciją vyksta sveikatos priežiūros skyriuje/ padalinyje. Skyriaus atsakingas darbuotojas yra atsakingas už pateiktų rekomendacijų iš įstaigos pacientų saugos skyriaus įgyvendinimą, kitų skyriaus kolegų supažindinimą su naujomis prevencinėmis priemonėmis.

Kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga gali analizuoti tiek savo duomenis apie NĮ iš duomenų bazės (kiekviena įstaiga turi prisijungimo kodą) pasirenkant ataskaitų formas (grafikai ar lentelės), tiek stebėti bendras NĮ tendencijas nacionaliniu lygiu. Grįžtamas ryšys iš nacionalinio lygio duomenų teikėjams užtikrinamas metinių ataskaitų, naujienlaiškių, įspėjamųjų pranešimų teikimu internetinėje svetainėje, mokymų rengimu tiek už pacientų saugą atsakingiems asmenims, tiek sveikatos priežiūros specialistams (duomenų teikėjams).

2. AIRIJOS RESPUBLIKA

2004 m. Airijos Respublikoje įdiegta Nacionalinė NĮ registravimo sistema (STARSWeb). Tokios sistemos sukūrimą paskatino Valstybinė skundų agentūra (orig. State Claims Agency – SCA) siekiant sumažinti NĮ atvejų skaičių sveikatos sistemoje ir taip plėtoti pacientų saugą. Kasmet užregistruojama apie 100 tūkst. NĮ iš apytiksliai 700 sistemos naudotojų.

STARSWeb konfidenciali, saugi, internetinė sistema, kurioje dalyvauja visos ligoninės ir kitos sveikatos priežiūros įstaigos, priklausančios SCA klinikinės žalos atlyginimo sistemai (orig. Clinical Indemnity Scheme – CIS). Kiekviena duomenis teikianti įstaiga gali prisijungti tik prie savo duomenų bazės, tuo tarpu Nacionaliniame lygmenyje vykdoma visų sistemoje dalyvaujančių įstaigų duomenų stebėseną, analizuojamos duomenų kitimo tendencijos. Nors pagrindinė CIS sistemos funkcija yra pacientų skundų valdymas, tačiau pateikiamų duomenų apie įvykusius arba beveik įvykusius (angl. near miss) NĮ bei sunkių NĮ analizė – skirti dalintis gerąja praktika tarp įstaigų bei mokytis iš klaidų [11].

NĮ registraciją koordinuojanti įstaiga

Valstybinė skundų agentūra, kurios pagrindinės funkcijos – pacientų skundų valdymas bei rekomendacijų kūrimas ir diegimas sveikatos priežiūros įstaigose, siekiant sumažinti NĮ skaičių, tuo pačiu sumažinti ir pacientų skundų skaičių.

Duomenų teikimo pobūdis, registruojami NĮ tipai, kita registruojama informacija

Duomenų teikėjas (sveikatos priežiūros specialistas) užpildo popierinę NĮ registravimo formą, kuri perduodama įstaigos kokybės ir rizikos skyriui (orig. Quality and Risk Department) ar kitam atsakingam asmeniui toje įstaigoje. Išanalizuotas užregistruotas atvejis turi būti perduodamas nacionaliniam registru per STARSWeb sistemą 4 savaitių laikotarpyje. Elektroniniu būdu veikianti duomenų apie įvykusius arba beveik įvykusius NĮ registravimo sistema veikia nacionaliniu lygiu.

Informaciją apie pacientų skundus bei sunkius NĮ įstaigos atsakingas asmuo perduoda Valstybinės skundų agentūros klinikinės rizikos patarėjui žodžiu ar elektroniniu paštu, taip pat užpildo formą per STARSWeb sistemą 48 valandų laikotarpyje [12].

Duomenys nacionaliniam registru teikiami anonimiškai (tiek duomenų teikėjo duomenys, tiek informacija apie pacientą nuasmeninami), nebent užregistruoti atvejai susiję su pacientų skundais. Jei atvejai nagrinėjami teisiniu keliu, sveikatos priežiūros įstaiga turi atskleisti paciento duomenis [13]. Registruojami visi įvykę NĮ ir beveik įvykę NĮ (angl. near miss). Įvykio aprašymą sudaro: demografiniai duomenys, įvykusio NĮ ar beveik įvykusio NĮ identifikavimas, detalus atvejo aprašymas, atvejo išeitis, rizikos laipsnio nustatymas, įvykdytų priemonių ar veiksmų plano sudarymo aprašymas.

NĮ registruojančios institucijos, duomenų apie NĮ teikėjai

Duomenis gali pateikti tiek sveikatos priežiūros specialistai dirbantys ligoninėse ir kitose sveikatos priežiūros įstaigose, tiek pacientai (visuomenė). Registravimo sistemoje dalyvauja visos įstaigos, priklausančios klinikinės žalos atlyginimo sistemai.

Duomenų analizė ir grįžtamas ryšys duomenų teikėjams/ duomenų viešinimas

STARSWeb duomenų bazė atspindi nacionalinį NĮ vaizdą pagal dažnį ir tipus, o tai lemia valdymo priemonių kūrimą atitinkamiems NĮ mažinti, kurių mažėjimas galimai turi įtakos ir pacientų skundų mažėjimui. Nacionaliniame lygmenyje dirbantys klinikinės rizikos patarėjai analizuodami NĮ bendradarbiauja su klinikinių skundų specialistais, analizuoja kiekvieną užregistruotą sunkų NĮ, susisiekiama su įstaigos atsakingu asmeniu detalesnei informacijai gauti, rekomenduoja veiksmų planą konkrečiam atvejui išspręsti.

Grįžtamas ryšys duomenų teikėjas grindžiamas duomenų saugumu apie duomenų teikėjus (nacionalinėje sistemoje duomenys nuasmeninti), teikiama informacija apie atliktas sunkių NĮ analizes, kad panašūs atvejai nepasikartotų, rengiami naujienlaiškiai, vykdomi seminarai bei nuotoliniai mokymai. Klinikinės žalos atlyginimo sistemos specialistai ruošia kasmetines duomenų ataskaitas bei viešai publikuoja jas internete.

Sistemos trūkumai

Duomenys į nacionalinę STARSWeb duomenų bazę pateikiami neišsamiai (palyginus su popierine duomenų teikimo forma) nepilnai, mažai informacijos pateikiama laisvai aprašomoje (free-text) dalyje; STARSWeb sistema skirtingose įstaigose buvo adaptuota nevienodai, todėl ir duomenų ataskaitos, jų pobūdis varijuoja.

3. ISPANIJA

Pacientų saugos įvykių registravimo, analizės ir mokymosi sistemos kūrimo idėja Ispanijoje prasidėjo atlikus literatūros apžvalgą apie kitose šalyse esančias NĮRSP sistemas, bei 2005 m. atlikus NĮ stebėsenos tyrimą nacionaliniu lygiu, kurio rezultatai parodė, kad NĮ dažnis bendro pobūdžio ligoninėse buvo apie 9,3 proc. visų hospitalizacijų, o pirminės sveikatos priežiūros centruose tai sudarė apie 2 proc. visų pacientų apsilankymų. Dėl to, pasitelkus tiek sveikatos priežiūros įstaigas administruojančių įstaigų, tiek sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius specialistus buvo inicijuotas NĮRSP sistemos diegimas ir plėtojimas iš pradžių atlikus pilotinį tyrimą dviejose ligoninėse.

Šiuo metu Ispanijoje veikia savanoriška, konfidenciali, nebausminė, sistemiškai orientuota NĮRSP sistema (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente – SiNASP) [14]. SiNASP kūrimą iniciavo Ispanijos Sveikatos, socialinių paslaugų ir lygybės ministerija kartu su Regionų sveikatos centrais siekiant gerinti Pacientų saugą per NĮ registravimo, analizės ir mokymosi sistemą.

Sistemos struktūra, NĮ taksonomija, analizės ir mokymosi iš pateiktų duomenų galimybių metodika sukurta remiantis PSO tarptautine pacientų saugos klasifikacija (WHO ICPS) ir kitų šalių patirtimi, kurios panaudojo šią klasifikaciją, bei adaptuojant šią klasifikaciją Ispanijos sveikatos priežiūros įstaigose. Elektroninė duomenų apie NĮ registravimo ir analizės sistema bei esanti programinė įranga sukurta stebėti registruojamus NĮ, kurti ir pateikti rekomendacijas NĮ mažinimui, stebėti proceso veiklos kokybės vertinimo indikatorius, teikti mokymosi medžiagą sveikatos priežiūros specialistams. Sistemoje dalyvauja apie 25 tūkst. sveikatos priežiūros specialistų.

Nuotolinio mokymosi sistema prieinama visiems sveikatos priežiūros specialistams, kurie naudojami SiNASP sistema. Šioje sistemoj pateikiama literatūra apie pacientų saugą bei nuolat atnaujinama informacija apie SiNASP sistemos naudojimą (duomenų pateikimą, ataskaitų parsisiuntimą ir pan.)

Koordinuojanti įstaiga

Ispanijoje duomenis apie NĮ renka ir analizuoja nacionaliniu lygiu Ispanijos sveikatos, socialinių reikalų ir lygybės ministerija, kuri renka apibendrintus duomenis iš regionų, teikia bendras (nacionalines) ataskaitas, stebi NĮ tendencijas regionuose, kuria sveikatos plėtojimo strategijas ir projektus gerinant pacientų saugą nacionaliniu lygiu.

Duomenų teikimo pobūdis, registruojami NĮ tipai, kita registruojama informacija

NIRSP sistema sudaryta piramidės principu, kuri sujungia įvairių lygių (ligoninių, regionų) duomenis į bendrą nacionalinį lygį. Daugiausia informacijos apie NĮ gauna ir žinoma sveikatos priežiūros įstaigos lygyje, perduodant duomenis į regioninį ir nacionalinį registrą informacijos pateikiama mažiau. Registruojami įvykę NĮ, beveik įvykę NĮ, žalos nesukėlę NĮ.

Istaigos lygmeniu

Sveikatos priežiūros įstaiga yra pagrindinis NĮ registravimo, analizės ir mokymosi lygis. Registracija apie NĮ įstaigos lygyje teikiama neanonimiškai. Duomenų teikėjas gali nurodyti savo elektroninį pašto adresą, tam kad pacientų saugos skyriaus specialistas galėtų susiekti, jei reikalinga papildoma informacija, o taip pat yra galimybė informuoti duomenų teikėją apie užregistruoto NĮ analizės procesą, pateikiamos rekomenduojamos priemonės. Asmeniniai pranešėjų duomenys sistemoje išlieka 15 dienų. Šis laikotarpis skirtas pacientų saugos skyrių specialistui peržiūrėti, įvertinti užregistruotą NĮ, susiekti su duomenų siuntėju, jei reikalinga detalesnė informacija. Tuo pačiu tai garantija duomenų teikėjui, kad bet kuriuo atveju jo asmeniniai duomenys sistemoje bus pašalinti. Toks įteisinimas užtikrina sveikatos priežiūros specialistų saugumą, tuo pačiu sumažėja baimė registruoti NĮ, paraleliai didėja registruojamumas. Taip pat 15 dienų laikotarpis per trumpas laiko tarpas pradėti teisinį procesą, o tai aktualu sveikatos priežiūros specialistams aktyviai dalyvauti NĮ registracijoje, nepriklausomai nuo NĮ sunkumo laipsnio. Pradėjus naują NĮ atvejo registraciją, ją užbaigti galima ir vėliau, pradinė informacija išsaugoma, tačiau užbaigti registraciją būtina per 30 dienų.

Pacientų saugos skyriaus specialistai ligoninėje gavę pranešimus apie NĮ iš sveikatos priežiūros specialistų (duomenų teikėjų), per 7 dienas turi pateikti grįžtamąją informaciją duomenų teikėjui. Kiekvieno užregistruoto NĮ atvejo rizikos laipsnis SiNASP sistemoje automatiškai įvertinamas pagal prieš tai pateiktą informaciją ir tokiu būdu nustatomas NĮ sunkumo vertinimo indeksą (angl. *Severity Assessment Code – SAC*) nuo 1 iki 4, apskaičiuojant pasekmes ir galimai pasikartojimo NĮ dažnį [15]. Jei atvejis išties sunkus (SAC-1) ir reikia daugiau laiko atvejui išanalizuoti, prevencinėms priemonėms įdiegti, grįžtama informacija vis tiek per 7 dienas turi būti pateikiama, tokiu atveju išsaugomas ir plėtojamas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir pacientų saugos skyriaus specialistų bendradarbiavimas.

Kiekvienas sveikatos priežiūros specialistas žino prisijungimo kodą prie SiNASP sistemos. Pacientų saugos skyriaus specialistai turi atskirus prisijungimo kodus visai sistemai prižiūrėti. Ši saugumo sistema užtikrina galimybę stebėti ir valdyti tik šioje įstaigoje užregistruotus NĮ atvejus bei stebėti viso regiono apibendrintą statistiką apie NĮ.

Regioniniu lygmeniu

Regionų sveikatos centrai renka duomenis iš regione esančių sveikatos priežiūros įstaigų, teikia periodines duomenų ataskaitas apie šiame regione esančiose ligoninėse užregistruotus NĮ. Regioniniame lygmenyje galima stebėti duomenis apie kiekvieną sveikatos priežiūros įstaigą, kuri priklauso tam regionui. Nors įstaigų pavadinimai įvardijami, tačiau informacija apie pacientus ar duomenų teikėjus yra nuasmeninta. Kiekvienas regiono centras yra atsakingas už tame regione pacientų saugos plėtojimą, todėl dažniausiai rengiami sveikatos priežiūros plėtojimo modeliai, rekomendacijos ir mokymai sveikatos priežiūros specialistams pagal regioninio lygio poreikius.

Nacionaliniu lygmeniu

Ispanijos Sveikatos, socialinių paslaugų ir lygybės ministerija – renka apibendrintus duomenis iš regionų, teikia bendras (nacionalines) ataskaitas, stebi NĮ tendencijas regionuose, kuria sveikatos strategijas ir projektus gerinant pacientų saugą nacionaliniu lygiu.

Sistemos vertinimui įdiegta sistemos veiklos proceso indikatorių stebėseną. Veikla vertinama pagal tokius rodiklius, kaip: NĮ skaičius 100 lovadienų, sveikatos priežiūros specialistų procentinė dalis, kurie pateikė savo asmeninius duomenis, NĮ procentinė dalis pagal NĮ sunkumo vertinimo indeksą –SAC, atliktų PPA skaičius ir pan.

NĮ registruojančios institucijos, duomenų apie NĮ teikėjai

Elektroninėje duomenų teikimo SiNASP sistemoje dalyvauja bendro pobūdžio ligoninių sveikatos priežiūros specialistai (gydytojai, slaugytojai, gydytojai-rezidentai). Pirminės sveikatos priežiūros centrai šioje sistemoje dalyvauja tik kai kuriuose regionuose, tačiau kasmet tokių įstaigų sistemoje daugėja.

Užpildyta duomenų pateikimo forma patenka į sveikatos priežiūros įstaigos pacientų saugos skyrių. Pirminiai duomenys neanonimiški, vėliau duomenys nuasmeninami ir persiunčiami į Regioninį lygmenį, kuris renka ir analizuoja duomenis iš kelių ligoninių – vėliau duomenys persiunčiami Nacionaliniam lygmeniui – Sveikatos apsaugos, socialinių reikalų ir lygybės ministerijai.

Elektroninėje duomenų teikimo SiNASP sistemoje užregistruoti naują ar pabaigti registraciją apie NĮ galima per kelis kartus. Taip pat galima informuoti ir apie kolegos NĮ.

Duomenų analizė ir grįžtamas ryšys duomenų teikėjams/ duomenų viešinimas

Pirminė duomenų analizė vyksta vietiniame – sveikatos priežiūros įstaigos – lygyje, kuriame esantis pacientų saugos skyrius gauna pranešimus iš sveikatos priežiūros specialistų. Gavus pranešimą minėto skyriaus specialistai atsako duomenų teikėjui (jei jis nurodo elektroninį pašta) apie gautą pranešimą į SiNASP sistemą. Neanonimiški duomenys sistemoje išlieka 15 dienų, tam, kad pacientų saugos skyriaus specialistai peržiūrėtų ir išanalizavę užregistruotą atvejį galėtų susisikėti su duomenų teikėju dėl papildomos informacijos (jei tokios reikėtų) apie užregistruotą atvejį. Taip pat 15 d. Yra garantija duomenų teikėjui, kad jo duomenys išnyks bei 15 d. – per trumpas laiko tarpas, kad pradėti teisminį procesą.

NĮ valdymas sveikatos priežiūros įstaigoje vykdomas pagal seką:

- NĮ nustatymas;
- NĮ aprašymas SiNASP sistemoje;
- NĮ klasifikacija;
- NĮ analizė;
- Rekomendacijų kūrimas ir įgyvendinimas;
- Grįžtamas ryšys duomenų teikėjams

Mažo ir vidutinio sunkumo NĮ (SAC-3, SAC-4) dažniausiai lieka kaip statistiniai duomenys ir stebėsenos dalis, tuo tarpu sunkiems NĮ (SAC-2, SAC-1) rekomenduojama atlikti PPA ar kitokią giluminę analizę. Vienu ir kitu atveju sukuriamos rekomendacijos ir rizikos mažinimo priemonių planas bei stebimos pateiktų rekomendacijų įgyvendinimo tendencijos.

Grįžtamas ryšys duomenų teikėjui įstaigoje užtikrinama elektroniniu laišku ar telefonu (jei pranešėjas pateikia šiuos duomenis), taip pat periodinėmis ataskaitomis, diskusijų pagalba. Vykdomi nuotoliniai mokymai sveikatos priežiūros specialistams, organizuojami seminarai kartu su kitų regionų ar šalies ekspertais. SiNASP sistema nuolat tobulinama ir atnaujinama, atsižvelgiant į duomenų teikėjų, pacientų saugos skyrių specialistų pasiūlymus. Informacija internete nėra viešinama nei įstaigos nei nacionaliniu lygiu.

4. JUNG TINĖ KARALYSTĖ (ANGLIJA, VELSAS)

Pirmieji pacientų saugos plėtojimo žingsniai Jungtinėje Karalystėje buvo pradėti jau 1997 m., kuomet sveikatos priežiūros įstaigose buvo pradėtos diegti klinikinio valdymo gerinimo priemonės. Už šių priemonių kūrimą ir įgyvendinimą buvo atsakinga Nacionalinė sveikatos sistema (orig. National Health System – NHS), kuri teikė tiek finansinę paramą, tiek informacinę medžiagą visoms NHS priklausančioms sveikatos priežiūros įstaigoms. Tuo tikslu 2001 m. įkurta Nacionalinė pacientų saugos agentūra (orig. National Patient Safety Agency), kuriai buvo pavesta sukurti informacinę duomenų bazę NĮ registruoti bei mokymosi sistemą, kuri būtų prieinama ir patraukli visiems sveikatos priežiūros specialistams, dirbantiems NHS. Tuo pagrindu 2003 m. buvo sukurta, įdiegta ir toliau plėtojama Nacionalinė duomenų teikimo ir mokymosi sistema (orig. National Reporting and Learning System), kurios pagrindinės funkcijos – vykdyti NĮ stebėseną, greitai reaguoti į įspėjamuosius įvykius bei kurti naujas intervencijas sveikatos priežiūros paslaugų gerinimui [16;17].

NĮ registraciją koordinuojanti įstaiga

Anglijos Nacionalinė sveikatos sistema (orig. NHS England) nuo 2012 m. perėmė Nacionalinės duomenų teikimo ir mokymosi sistemos valdymą, tuo pačiu toliau vykdo NĮ stebėseną, bendradarbiauja su visomis sveikatos priežiūros įstaigomis, kurios priklauso NHS, kitomis įstaigomis ir suinteresuotomis organizacijomis, kuria ir diegia rekomendacijas gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Duomenų teikimo pobūdis, registruojami NĮ tipai, kita registruojama informacija

Nacionalinė duomenų teikimo ir mokymosi sistema, tai išsami duomenų bazė, apie NĮ, skirta analizuoti bei skatinti ir plėtoti įgyvendinimo priemones dėl šių įvykių mažinimo. Duomenys elektroniniu būdu į nacionalinį registrą teikiami konfidencialiai iš sveikatos priežiūros įstaigų rizikos valdymo skyrių. Priklausomai nuo įstaigos dydžio ir profilio, stebimas skirtingų įstaigų ataskaitų pateikimo periodiškumas, užregistruotų NĮ skaičius. Registruojami visi įvykę ir beveik įvykę NĮ. Dauguma duomenų elektroninėje sistemoje pateikia sveikatos priežiūros įstaigų rizikos vadybininkai. Informaciją nacionaliniam registruui apie NĮ galima pateikti iš karto arba kiekvieno mėnesio suvestines ataskaitas. Taip pat elektroniniu būdu per Centrinę įspėjimų sistemą (orig. Central Alerting System) teikiama informacija apie ypatingai svarbius pranešimus (įspėjimus) susijusius su NĮ, vaistais, medicinos prietaisais [18]. Informaciją apie ypatingus atvejus rekomenduojama pranešti iš karto.

Informaciją apie NĮ gali teikti ir pacientai, tačiau pacientų užregistruotų NĮ stebėseną skirta visų NĮ stebėsenos dalis, t.y. mokymusi iš klaidų. Ši stebėseną nėra skirta pacientų skundams nagrinėti. Jiems analizuoti yra skirta atskira tvarka, atsakingos institucijos.

Duomenų teikimas į Nacionalinę duomenų teikimo ir mokymosi sistemą vykdomas savanoriškumo principu, o nuo 2010 m. informaciją apie NĮ, kurie sukėlė sunkią žalą ar mirtį, privalo registruoti ir pranešti į nacionalinį registrą visos sveikatos priežiūros įstaigos.

NĮ registruojančios institucijos, duomenų apie NĮ teikėjai

NĮ stebėsenoje dalyvauja aktyvaus gydymo sveikatos priežiūros įstaigos (ligoninės), pirminės sveikatos priežiūros centrai, greitosios medicinos pagalbos centrai, farmacijos sektoriaus įstaigos.

Duomenys nacionaliniam registruui teikiami neanonimiškai, tačiau asmeninė informacija tiek apie duomenų teikėjus, tiek apie pacientus yra užtikrinama atitinkamais teisės aktais. Asmeniniai duomenys reikalingi tik tam, kad analizės vykdančias personalas galėtų susisiekti su duomenų teikėju dėl papildomos informacijos apie įvykusį NĮ, apie vykdytus prevencinius veiksmus. Šie asmeniniai duomenys saugomi iki 3 metų.

Duomenų analizė ir grįžtamas ryšys duomenų teikėjams/ duomenų viešinimas

Gautus duomenis nacionaliniu lygiu analizuoja klinikiniai ekspertai nustatant bendras (nacionalines) sveikatos priežiūros grėsmes bei NĮ tendencijas. Kartais ekspertų teikiamos rekomendacijos skirtos tik konkrečiai sveikatos priežiūros įstaigai. Vienoje įstaigoje užregistruoti (pateikti) duomenys apie sunkius NĮ nacionaliniam registruui, suteikia galimybę diegti prevencines priemones kitai įstaigai, mažinant panašių NĮ tikimybę kitoje įstaigoje. Kiekvienas sunkus NĮ bei mirties atvejis nagrinėjamas atskirai.

Nacionalinio registro ataskaitos suskirstytos pagal šalies regionus ir sveikatos priežiūros įstaigų profilius (teikiamas paslaugas): bendro pobūdžio ligoninės, universitetinės ligoninės, slaugos, psichikos sveikatos centrai ir pan. Pusmetinėse ataskaitose (priklausomai nuo įstaigos dydžio) grafiškai pateikiami: bendras NĮ skaičius bei NĮ dažnis 1000 lovodienų, žalos laipsnis (nėra žalos, maža žala, vidutinio sunkumo žala, sunki žala ar mirties atvejis) bei palyginamieji duomenys su to paties profilio įstaigomis tame regione. Suskirstyti NĮ pagal tipus paraleliai lyginami su visos šalies to paties profilio įstaigomis [19].

Tokios ataskaitos viešinamos internete. Nacionalinio registro internetinėje svetainėje duomenys suskirstyti pagal NĮ tipus, sveikatos priežiūros įstaigas, klinikinį profilį, duomenų teikėjus, pacientų saugos temas [20].

Įstaigos yra raginamos aktyviau dalyvauti NĮ registracijos procese, nes didesnis užregistruotų atvejų skaičius nerodo žemą sveikatos paslaugų kokybę, o įrodo įstaigos darbuotojų sąmoningumą plėtojant

pacientų saugos kultūrą. Didesnis užregistruotų NĮ atvejų skaičius nacionaliniu lygiu suteikia galimybę plėtoti grįžtamą (mokymosi) informaciją kiekvienai įstaigai atskirai.

5. ŠKOTIJA

NĮ registraciją koordinuojanti įstaiga

Škotijos Nacionalinė Sveikatos sistema (orig. National Health System Scotland – NHSScotland) – vyriausybinių organizacijų, įgyvendinanti Pacientų saugos programą [21], kurios vienas iš siekių sumažinti NĮ skaičių gerinant pacientų saugą. Tai patariamoji, vertinimo ir rekomendacijų kūrimo ir jų diegimo organizacija.

Duomenų teikimo pobūdis, registruojami NĮ tipai, kita registruojama informacija

Registruojami įvykę ir beveik įvykę NĮ. Pagrindinė informacija apie NĮ yra: NĮ vieta, data, NĮ detalus aprašymas, NĮ poveikio išeitys (rezultatai), atliktas analizės ir prevencinių veiksnių planas ir pan.

NĮ registruojančios institucijos, duomenų apie NĮ teikėjai

Kiekvienas sveikatos sektoriuje dirbantis specialistas (gydytojas, slaugytojas, kiti medicinos ir administracijos darbuotojai) gali teikti informaciją apie NĮ (tiek bendro pobūdžio ligoninių specialistai, tiek pirminių sveikatos priežiūros centrų specialistai). Tačiau duomenų apie NĮ kiekis iš pirminio sveikatos sektoriaus yra gan mažas. 2005 m. iš maždaug 85 tūkst. pirminiame lygyje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų gauta 438 pranešimai apie NĮ.

Nepriklausomi ekspertai įvertinę Škotijos Pacientų saugos programą pastebėjo, kad šalyje galioja skirtingos sveikatos duomenų sistemos, susijusios vienaip ar kitaip su NĮ registravimu, tačiau šalyje nėra vieningos sistemos jungiančios panašius NĮ iš skirtingų sveikatos sektorių, gydymo profilių.

Škotijoje vyrauja skirtinga NĮ registravimo sistema skirtinguose regionuose. Vienuose regionuose galioja popierinė NĮ registravimo sistema, kiti regionai adaptavo elektroninę NĮ duomenų teikimo sistemą, tačiau pastarosiose vyrauja skirtingo modelio NĮ registravimo sistema duomenims kaupti ir ataskaitoms teikti. Nors visuose regionuose teikti duomenis apie NĮ yra privaloma, tačiau duomenys skirtinguose regionuose skiriasi tiek jų pobūdžiu, tiek užregistruotų NĮ kiekiu.

Galiojančių NĮ sistemų analizė Škotijoje parodė, kad skirtingos sistemos orientuotos daugiau į regioninį sveikatos sektorių, todėl ir prevencinės priemonės kuriamos ir diegiamos daugiau regioniniame lygyje.

Duomenų analizė ir grįžtamas ryšys duomenų teikėjams/ duomenų viešinimas

Kai kuriuose regionuose yra teikiama grįžtama informacija duomenų teikėjams apie kiekvieno užregistruoto NĮ analizę, prevencines priemones šioms įvykiams mažinti ir pan., tačiau grįžtamojo ryšio lygis šalies mastu yra gan mažas, dėl to motyvacija registruoti NĮ yra menka.

Kadangi duomenys apie NĮ renkami ir analizuojami skirtingų regionų sveikatos priežiūros įstaigose skiriasi, tai duomenų ataskaitos (ketvirtinės, metinės ir pan.) ir jų pobūdis skiriasi. Informacijos sklaida tarp regionų mažai išplėta.

NĮ PPA sistema yra vykdoma daugelyje regionų, tačiau nėra sistemingos instrukcijos šioms analizėms apdoroti, neadaptuota gerosios praktikos sklaida. Nesant vieningos nacionalinės informacinės sistemos, – pacientų saugos plėtra, prevencinių veiksnių diegimas vyksta regioniniu lygiu. Nors yra įdiegta ir nuolat atnaujinama elektroninė mokymosi sistema, tačiau apklausa parodė, kad apie 60 proc. sveikatos priežiūros specialistų niekada nėra dalyvavę mokymuose apie NĮ registravimo sistemos naudojimą.

6. VOKIETIJA

NĮ registraciją koordinuojanti įstaiga

Vokietijos medicinos asociacija, Privalomo sveikatos draudimo ir Nacionalinė gydytojų asociacija – šios institucijos iniciavo kritinių įvykių, susijusių su sveikatos priežiūra, medicinoje registravimo ir

mokymosi sistemą, siekiant pagerinti pacientų saugą, plėtoti prevencines strategijas. Visą elektroniniu būdu teikiamų duomenų tinklą sudaro 11 skirtingų posistemių, sujungtų į vieną bendrą Kritinių įvykių registravimo sistemą (angl. Critical Incident Reporting System – CIRS) [22].

Vokietijos medicinos kokybės agentūra (angl. The German Agency for Quality in Medicine – AQuMed/ÄZQ), įkurta 1995 m., koordinuoja sveikatos priežiūros kokybės programas, ypatingą dėmesį skiriant įrodymais pagrįstos medicinos plėtojimą, informacijos apie pacientų saugą valdymą. Tai nevyriausybinė organizacija, jungianti 52 ekspertus iš 47 institucijų [22].

Duomenų teikimo pobūdis, registruojami NĮ tipai, kita registruojama informacija

Registruojami: įvykę NĮ, beveik įvykę NĮ, klaidos susijusios su procedūrų nesilaikymu. Duomenys į nacionalinę duomenų bazę teikiami anonimiškai, o tai užtikrina įstaigų atsakingi darbuotojai, kurie peržiūri kiekvieną atvejį bei panaikina informaciją, kuri susijusi su paciento ar duomenų teikimo asmenine informacija. Elektroniniu būdu teikiama tokia informacija, kaip: paciento amžiaus (pasirenkamas amžiaus intervalas), lytis, NĮ tipas, įtakojantys veiksniai, duomenų teikėjo specializacija ir pan. Taip pat duomenų pateikimo formoje yra galimybė laisvai aprašyti (free-text) išsamiau apie NĮ: kas atsitiko, koks rezultatas (išėitis), kokios galėjo būti priežastys, ar buvo galimybė išvengti NĮ. Paieškos dalyje galima peržvelgti užregistruotus NĮ aprašymus, bei paskaityti specialistų komentarus ir rekomendacijas.

NĮ registruojančios institucijos, duomenų apie NĮ teikėjai

NĮ registravimo sistemoje dalyvauja stacionarios, pirminės sveikatos priežiūros, slaugos įstaigos. Vokietijoje duomenų apie NĮ registravimas paremtas savanoriškumo principu.

Duomenų analizė ir grįžtamas ryšys duomenų teikėjams/ duomenų viešinimas

Elektroninėje duomenų sistemoje galima peržvelgti užregistruotus NĮ aprašymus, bei paskaityti specialistų komentarus ir rekomendacijas. Kadangi duomenys teikiami anonimiškai, duomenų teikėjai informaciją apie konkrečius atvejus sistemoje galima rinktis pagal temas (anesteziologija, chirurgija, ortopedija ir pan.), pagal įstaigos profilį (bendro pobūdžio ligoninė, slaugos ligoninė ir pan.), pagal NĮ priežastis (NĮ susiję su dokumentacija, NĮ susiję su hospitaline infekcija, NĮ susiję su infuzine terapija ir pan.).

Vokietijos medicinos kokybės agentūra yra sveikatos priežiūros specialistų ir suinteresuotų įstaigų nepriklausoma institucija siekianti gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir pacientų saugą šalyje. Grįžtamas ryšys duomenų teikėjams vyksta per ataskaitų, informacinių leidinių, NĮ priežasčių analizes ir prevencijos metodų kūrimą.

APIBENDRINIMAS

PSO rekomenduoja keturis pagrindinius NĮ registravimo principus:

- Duomenų teikimas turi būti saugus: asmenys teikdami informaciją apie NĮ negali būti baudžiami už tai, kad teikia duomenis;
- Duomenų teikimas turi prasmę, kai yra užtikrinamas atsakas apie pateiktus duomenis: mažiausia grįžtamoji informacija galėtų būti – duomenų statistika, geriausias atsakas – rekomendacijos užregistruotiems atvejams mažinti;
- Išsamiai analizei, mokymuisi ir informacijos sklaidai užtikrinti reikia numatyti papildomų teik žmogiškųjų, tiek finansinių resursų.
- Įstaiga, kuri vykdo NĮ stebėseną turi užtikrinti statistinių duomenų, rekomendacijų, prevencinių priemonių sklaidą [5].

Apžvelgus pasirinktų ES šalių NĮRSPS, galima matyti, kad visose šalyse veikia elektroniniu būdu teikiamų duomenų apie NĮ registravimo sistema, todėl NĮ atvejų pateikimas yra greitas, patogus ir efektyvus. Visos NĮRSP sistemos užtikrina duomenų teikėjų anonimiškumą ar konfidencialumą, tačiau atskirose šalyse duomenų nuasmeninimas vyksta skirtinguose duomenų teikimo lygiuose (įstaigos, regioninis/savivaldybės, nacionalinis)

Pagrindiniai NĮRSP sistemų veikimo etapai yra visose šalyse analogiški:

- NĮ stebėseną;
- NĮ analizę;
- grįžtamojo ryšio užtikrinimas;
- metodikų ir rekomendacijų rengimas ir teikimas duomenų teikėjams;
- mokymų vykdymas.

LITERATŪROS ŠALTINIAI

1. Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health system (Executive Summary). National Academy Press, Washington, D.C. 1999.
2. Organizing for safety: Third report of the ACSNI (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations) study group on human factors. (1993). Health and Safety Commission (of Great Britain). Sudbury, England: HSE Books.
3. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Safety Culture. <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5> [žiūrėtas 2013-08-20]
4. LR sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 144-5268; 2007, Nr. 95-3864)
5. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2005
6. Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1999.
7. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW et al. The quality in Australian Health Care Study. Med J Aust. 1995.
8. Prieiga per internetą: <http://www.patientombuddet.dk/>
9. Prieiga per internetą: <http://www.dpsd.dk/>
10. Tarptautinė pacientų saugos klasifikacija. (Versija 1.1.) Techninė ataskaita ir techniniai priedai (The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (v.1.1) - Technical Report and Technical Annexes. WHO, 2009. Prieiga per internetą): http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf
11. Prieiga per internetą: <http://www.stateclaims.ie/ClinicalIndemnityScheme/starswebStats.html>
12. <http://www.stateclaims.ie/ClinicalIndemnityScheme/publications/2009/RapidNotificationOfSeriousClinicalEvent.pdf>
13. <http://www.stateclaims.ie/ClinicalIndemnityScheme/publications/2009/SOPIncidentNotificationRequirements.pdf>
14. <https://www.sinasp.es/>
15. http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2005/pdf/sac_matrix.pdf
16. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/>
17. [:https://www.mja.com.au/journal/2006/184/10/development-national-reporting-and-learning-system-england-and-wales-2001-2005](https://www.mja.com.au/journal/2006/184/10/development-national-reporting-and-learning-system-england-and-wales-2001-2005)
18. <http://www.nrls.nhs.uk/resources/type/alerts/>
19. [:http://www.nrls.nhs.uk/patient-safety-data/organisation-patient-safety-incident-reports/directory/](http://www.nrls.nhs.uk/patient-safety-data/organisation-patient-safety-incident-reports/directory/)
20. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?q=workbooks>
21. Institute for Healthcare Improvement. The breakthrough series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. Cambridge (Massachusetts): Institute for Healthcare Improvement; 2003. Innovation series 2003.
22. <http://www.cirsmedical.de/>

