

„...i przełoży się na ograniczenie ryzyka pomyłki”

O tej tragicznej pomyłce i oczekiwanych zmianach w procedurach chirurgicznych informowało wiele mediów. W maju 2015 r. w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu, wiodącej, wielospecjalistycznej jednostce opieki zdrowotnej województwa dolnośląskiego, której organem założycielskim jest Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, 57-letniemu pacjentowi zamiast chorej nerki usunięto zdrową.



Nie mamy wątpliwości, że doszło do błędu w sztuce lekarskiej. To jest kardynalny błąd – mówił wówczas na konferencji prasowej prof. Romuald Zdrojowy, szef Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej. Reakcja Ministerstwa Zdrowia była niemal natychmiastowa. Zapowiedziane zostały zmiany w rozporządzeniu dotyczącym prowadzenia okołooperacyjnych kart kontrolnych (OKK) w zakresie rodzajów dokumentacji medycznej i sposobów jej przetwarzania. Dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że stosowanie karty w znaczącym stopniu zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań pooperacyjnych oraz ryzyko zgonu. Procedurę tę przyjęło ponad 100 tys. szpitali na całym świecie. Według danych WHO w placówkach prowadzących taką dokumentację ryzyko popełnienia błędów zmniejszyło się o ponad 33%, a ryzyko zgonu pacjenta o 50%.

W Polsce do tej pory karty nie były obowiązkowe, ale zalecane przez Ministerstwo Zdrowia. Prowadzą je 102 szpitale mające certyfikat akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. W przeprowadzonej w tych placówkach ankiecie 64% respondentów wskazało, że dzięki temu zmniejszyła się liczba powikłań u pacjentów.

Rekomendacja resortu z 11 sierpnia 2011 r. również miała związek z tragiczną pomyłką (w lipcu 2011 r. w Centrum Onkologii w Warszawie 45-letniemu pacjen-

towi usunięto zdrową nerkę). Wówczas pojawiła się propozycja, aby przed każdą operacją na ciele pacjenta flamastrem zaznaczać organ kwalifikowany do wycięcia. Nie zdecydowano, wbrew zapowiedziom, o wprowadzeniu obowiązku wypełniania OKK na oddziałach zabiegowych. Ewa Kopacz, ówczesna minister zdrowia, w „Komunikacie w sprawie stosowania okołooperacyjnej karty kontrolnej podczas zabiegów chirurgicznych” apelowała: „Okołooperacyjna karta kontrolna powinna być wprowadzona we wszystkich oddziałach i jednostkach zabiegowych w Polsce. Karta powinna być podpisana przez koordynatora, którym może być lekarz anestezjolog prowadzący znieczulenie do zabiegu, a także przez członków zespołu operacyjnego, tj. lekarza chirurga prowadzącego zabieg lub pierwszą asystę oraz pielęgniarkę anestezjologiczną przygotowującą chorego do znieczulenia i zajmującą się nim po znieczuleniu. Okołooperacyjna karta kontrolna powinna być załączona do dokumentacji pacjenta i stanowić część historii choroby. Celem wprowadzenia karty jest maksymalne zminimalizowanie możliwości wystąpienia zdarzenia niepożądanego, zgonów pacjentów lub komplikacji pooperacyjnych. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia opublikowało formularz karty oraz wytyczne jej wprowadzania. Szpitale zostały zaproszone do poprawy bezpieczeństwa zabiegów chirurgicznych poprzez stosowanie

okołooperacyjnej karty kontrolnej. Rozwiązanie zostało pozytywnie przyjęte i opiniowane przez Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Towarzystwo Promocji Jakości oraz konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej”.

Teraz wraca się do tej sprawy. 30 czerwca opublikowany został projekt rozrządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Od 24 lipca 2015 r. jest on dostępny w „Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej”, a w życie ma wejść 1 września 2015 r. W jego uzasadnieniu czytamy m.in.:

■ „Proponuje się określenie sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej w przypadku, gdy ustalenie rozpoznania onkologicznego jest zależne od wyniku badania diagnostycznego (np. histopatologicznego, cytologicznego), zleconego w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu (w związku z wykonywanym zabiegiem diagnostyczno-leczniczym), ale którego wynik nie jest znany w dniu wypisu ze szpitala i wystawienia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. W takim przypadku rozpoznanie ustalone przy wypisie nie zawsze odpowiada ostatecznemu rozpoznaniu ustalonymu na podstawie wyniku badania histopatologicznego. Proponuje się zatem wprowadzenie obowiązku uzupełnienia historii choroby (już po wypisaniu pacjenta)

o rozpoznanie onkologiczne ustalone na podstawie wyniku badania diagnostycznego.

■ Proponuje się wprowadzenie okołoperacyjnej karty kontrolnej jako dokumentacji medycznej prowadzonej na bloku operacyjnym. Celem prowadzenia karty jest zapewnienie, by przed rozpoczęciem operacji, w jej trakcie i po zakończeniu zostały wykonane wszystkie niezbędne czynności, co pozwoli na uporządkowanie oraz ujednolicenie stosowanych procedur i przełoży się na ograniczenie ryzyka pomyłki.

■ Proponuje się także wprowadzenie zmiany przepisu dotyczącego wystawienia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. Obecne przepisy wymagają na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego podpisu lekarza wypisującego oraz lekarza kierującego oddziałem, co powoduje trudności praktyczne w sytuacji nieobecności lekarza kierującego oddziałem. Dla usprawnienia procedury wypisu pacjenta ze szpitala proponuje się umożliwienie podpisania karty informacyjnej z leczenia szpitalnego przez innego lekarza upoważnionego przez lekarza kierującego oddziałem (oprócz lekarza wypisującego).

Okołoperacyjna karta kontrolna, poinformowano 9 lipca 2015 r. w Zabrzu podczas konferencji z udziałem ministra zdrowia Mariana Zembali, poprawia wyniki leczenia. Minister zachęcał kolegów lekarzy do stosowania OKK opracowanej na podstawie formularza *Surgical Safety Checklist* zalecanego przez Światową Organizację Zdrowia. Jego zdaniem, po należyтым wdrożeniu i w warunkach dobrej organizacji pracy jej wypełnienie powinno zająć zaledwie kilka minut. Mówiono też, że karta w żadnym razie nie zastępuje kompetencji, staranności, świetnej organizacji pracy na bloku operacyjnym i świetnego sprzętu. Jest po prostu jednym z wielu zabezpieczających narzędzi.

Karta, co sprecyzowano już kilka lat temu, ma zapobiegać występowaniu tzw. zdarzeń niepożądanych podczas zabiegów chirurgicznych, czyli:

- przeprowadzenia operacji u innego niż planowano pacjenta,
- przeprowadzenia innej niż planowano operacji lub nieprawidłowego przeprowadzenia operacji,
- przeprowadzenia operacji na zdrowej części ciała – w wypadku narządów parzystych.