

## LABĀS PRAKSES PIEMĒRA IESNIEGŠANAS ANKETA

<b>IEVADS</b>
<b>Iestādes nosaukums:</b>
Bērnu klīniskā universitātes slimnīca
<b>Ieviestā Labās prakses piemēra nosaukums:</b>
Pacientu drošības gadījumu ziņošanas-mācīšanās sistēma
<b>Ar kādu mērķi tika radīta šī prakse (darbība, rīcība, metode)?</b> <i>Lūdzam aprakstīt mērķus, kas tika izvirzīti pirms prakses ieviešanas un kādas problēmas mudināja uz pārmaiņām?</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Iedzīvīnāt pacientu drošības kultūru caur mācīšanos no nevēlamiem notikumiem, neveiksmēm, riska situācijām, kļūdām klīniskajā praksē;</li> <li>1.2. Veidot vidi, kurā negadījumu, neveiksmju, kļūmju analīze notiek gaisotnē, kas ir brīva no soda un pārmetumiem, fokusējoties uz tiem faktoriem, kurus var ietekmēt slimnīcas sistēmas līmenī;</li> <li>1.3. Iegūt informāciju par aktuālajiem riskiem pacientu drošības pilnveidošanai;</li> <li>1.4. Ziņojumu apkopošanas mērķis slimnīcas līmenī ir saskaņot sistēmiskas problēmas un cēloņus organizācijā kopumā, kā arī ilgtermiņā izvērtēt, vai uzlabojumu aktivitātes devušas gaidīto rezultātu, saskaņot kopsakarības, tendences un riskus, kuru mazināšanai meklējami jauni risinājumi, aizsargmehānismi.</li> </ol>
<b>Uz kuru pacientu grupu attiecas problēma un kā tā ietekmēja šo riska grupu?</b> <i>Miniet, piemēram, vai tie ir visi pacienti vai noteikta pacientu kategorija, piemēram, grūtnieces, diabēta pacienti, stacionārie pacienti utt., un kā problēma ietekmēja riska grupu.</i>
<p>Pētījumi liecina, ka pacientu drošības kultūra un rezultāti pacientam ir savstarpēji saistīti lielumi, bet pacientu drošības kultūras pamats ir risku apzināšana, mācīšanās un pilnveide, kas nav iespējama vidē, kur valda kļūdu noliegšana, slēpšana un soda sankcijas.</p> <p>Šī prakse attiecas uz katru slimnīcas darbinieku.</p>
<b>Atsauces. Kāds ir prakses pamatojums?</b> <i>Lūdzam uzskaitīt izmantoto literatūru, informācijas avotus, kurus izmantojāt prakses izstrādē. Pieredzes pārņemšana no citām iestādēm, kur tāda prakse jau izmantota, arī ir izmantojama kā atsauce.</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Galvenie secinājumi un ieteikumi attiecībā uz ziņošanas un mācību sistēmām par pacientu drošības negadījumiem Eiropā. Ziņojums, ko sagatavoja Eiropas Komisijas Ziņošanas un mācību sistēmu apakšgrupa (PSQCWG); 2014. gada maijs.</li> <li>• WHO Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide 2011.</li> <li>• Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals, Joint Commission International, January 2013;</li> <li>• Final Technical Report for The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v.11. Technical Annex 2 - Glossary of Patient Safety Concepts and References.</li> <li>• American College of Healthcare Executives (ACHE) and IHI/NPSF Lucian Leape Institute. <i>Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success</i>. Boston, MA: American College of Healthcare Executives and Institute for Healthcare Improvement; 2017. Available at <a href="http://www.ih.org/resources/Pages/Publications/Leading-a-Culture-of-Safety-A-Blueprint-for-Success.aspx">http://www.ih.org/resources/Pages/Publications/Leading-a-Culture-of-Safety-A-Blueprint-for-Success.aspx</a>;</li> </ul>

- Canadian Patient Safety Institute (CPSI). Patient Safety. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/PatientSafetyIncidentManagementToolkit/PatientSafetyManagement/pages/patient-safety-culture.aspx>;
- Concise Incident Analysis Tool: A Resource for Health Care Organization. 2014 Canadian Patient Safety Institute;
- Department of Health, Western Australia. Clinical Incident Management Toolkit. (2015). Perth: Patient Safety Surveillance Unit, Patient Safety and Clinical Quality Division.

## PRAKSES APRAKSTS

### Ieviestās prakses apraksts:

*Lūdzam aprakstīt praksi pietiekami detalizēti, lai citas iestādes varētu gūt pietiekamu priekšstatu par šo praksi, lai to pārņemtu. Vēlams iekopēt procedūras aprakstu, attēlus, grafikus, bet ja tas nav iespējams, pievienot tos atsevišķi.*

Pacientu drošības gadījumi - neparedzēti, nevēlami notikumi vai apstākļu kopums, kā rezultātā radies vai varēja rasties, netīšs (nejaušs, bez iepriekšēja nodoma, t.sk. kļūdas vai neizdošanās dēļ) kaitējums pacientam ārstniecības procesa laikā.

*Reģistrējamo pacientu drošības gadījumu piemēri – nevēlami notikumi, kļūdas, saistītas ar zāļu ordinēšanu un ievadīšanu, manipulāciju veikšanu, pacientu identifikāciju, laikus nepamanītu pacienta stāvokļa pasliktināšanos, novēlotu diagnostiku vai nepilnīgu ārstēšanas taktiku vai ārstēšanas iznākumu, kas nesasniedza cerēto rezultātu, ar i/v katetriem saistītas problēmas, III-IV pakāpes izgulējumi u.c., kas noveda (varēja novest) pie papildu iejaukšanās, ārstēšanas intensitātes palielināšanās.*

**Pamatprincips** - darbinieks(i), kurš ziņo un/vai ir iesaistīts pacientu drošības gadījumā, netiek nopelns vai sodīts ziņošanas un gadījuma analīzes rezultātā.

Struktūrvienību vadītāji (klīniku, daļu, procesu vadītāji, virsārsti, virsmāšas) ir atbildīgi:

- par pacientu drošības gadījumu ziņošanas veicināšanu;
- par pacientu drošības gadījumu analīzi, t.sk. nepieciešamo uzlabojumu identificēšanu un to īstenošanu;
- ziņošanas – analīzes procesā gūtās pieredzes izplatīšanu struktūrvienībā.

**BKUS atsevišķi izdalījusi t.sauc. nepieļaujamus jeb signālgadījumus** (*Sentinel Event/Never Event*) jeb gadījumus ar vislielāko potenciālu nenotikt, īstenojot efektīvus pasākumus sistēmas līmenī. Šādu notikumu nozīmīguma dēļ ir pietiekami, ka tie notiek tikai vienreiz, lai veiktu tūlītēju analīzi nolūkā noskaidrot, kādi faktori izslēguši, vājinājuši vai citādi ietekmējuši organizācijā realizēto pasākumu kopumu drošai ārstniecībai. Ne visi šādi gadījumi notiek kļūdas dēļ, kā arī ne visas kļūdas rezultējas šādos gadījumos.

### Par signālgadījumu tiek uzskatīts:

- jebkurš gadījums, kas ir rezultējies neparedzētā, negaidītā pacienta nāvē;
- jebkurš gadījums, kas ir rezultējies nozīmīgā paliekošā funkciju zudumā, nesaistītā ar pacienta slimības vai pavadošās slimības (blakusslimības) dabisko gaitu;
- jebkuru procesu variācijas, kurām atkārtojoties, būtu liela iespējamība attiecībā uz nopietnu nelabvēlīgu iznākumu – pacienta nāvi vai paliekošu funkciju zudumu;
- jebkurš no zemāk minētajiem gadījumiem, kas noticis slimnīcā pacienta ārstniecības laikā:

- ekstremitātes vai tās funkciju zudums, kas nav tieši saistīts ar pacienta slimību;
- jebkura pacienta nāve, paralīze, koma vai cits paliekošs funkciju zudums, kas saistīts ar zāļu ievadīšanu;
- pacientam veikta nepareiza invazīva manipulācija (operācija, procedūra) vai tā veikta pacienta ķermeņa nepareizajā vietā vai veikta nepareizajam pacientam;
- sajaukts zāļu ievades veids (i/venozs ar i/tekālu; p/o zāles ievadītas i/v);
- koncentrēta šķīduma ievade fiziol. šķ.vietā (konc.KCL, NaCl);
- midazolāma pārdozēšana, sajaucot koncentrācijas;
- metotreksāta pārdozēšana ne-onkoloģijas pacientiem;
- nazo- oro- gastrālā caurulīte ievietota elpceļos un uzsākta barošana;
- svešķermeņa, tādu kā sūklis, pincete u.tml. atstāšana pacientā pēc ķirurģijas;
- smaga neonatāla hiperbilirubinēmija (Bil virs 520 mmol/l);
- hemolītiska transfūzijas reakcija, kas radusies asins grupu nesaderības rezultātā (pamata, nevis apakšgrupu nesaderība);
- prolongēta fluoroskopija ar kumulatīvo devu virs 15 Gy vienā laukā vai radioloģijas izmeklējums (MR, DT, scintigrāfija) nepareizajai ķermeņa vietai vai devā, kas par 25% pārsniedz plānoto;
- pacienta izkrišana pa logu;
- pacienta krišana vai cita trauma, kuras rezultātā iestājusies pacienta nāve vai nozīmīgs paliekošs funkciju zudums;
- zīdaiņa izrakstīšana (atdošana) nepareizajai ģimenei;
- pacienta, kurš saņem īpašu aprūpi un ārstēšanu slēgta tipa nodaļā, suicīds vai suicīds 72 stundu laikā pēc izrakstīšanas no ārstniecības iestādes;

### Ziņošanas tehniskais izpildījums

- Ziņošana notiek elektroniski, strukturētas informācijas iegūšanai izmantojot „Help Desk Software - HESK” programmatūras sagatavotas e-veidlapas.
- E-veidlapas atrodamas slimnīcas iekšējā mājaslapā (intraneta vidē), atverot logu: Reģistrē pacientu drošības gadījumu! (Attēls Nr. 1).

Attēls Nr.1



- Ziņotāja kontakta informācija ir svarīga, lai nepieciešamības gadījumā precizētu informāciju un nodrošinātu atgriezenisku saiti. Ziņotāja datus redz atbildīgā persona, kura saņem elektronisko ziņojumu, t.sk.persona, kurai gadījums tiek novirzīts tā analīzes nolūkos (parasti – struktūrvienības vadītājs vai struktūrvienības deleģēts pārstāvis).
- Ziņotājam ir iespēja palikt anonīmam.
- Struktūrvienības/procesa vadītājs, kura ietvaros nevēlamais notikums radies, informāciju par gadījumu saņem elektroniski e-pastā, ka ir saņemts jauns ziņojums, vai caur „HESK”

sistēmu.

- Secinājumi tiek pievienoti sistēmai.
- Uzlabojumu aktivitātes, kuru realizēšanai nepieciešams laiks, tiek vadītas caur Korektīvo-preventīvo aktivitāšu reģistru, sekojot līdzi noteiktajiem termiņiem.

### Ziņoto gadījumu analīze un mācīšanās

- Par pacientu drošības gadījuma analīzi atbild un analīzi organizē tās struktūrvienības vadītājs (vai viņa deleģēts pacientu drošības pārstāvis), kuras ietvaros šis gadījums radies;
- struktūrvienības vadītājs izvērtē gadījuma analīzes steidzamību;
- gadījumi analizējami atbilstoši gadījuma kontekstam – tie var tikt tikai pārrunāti ar iesaistītajiem darbiniekiem vai diskutēti struktūrvienības ietvaros, piemēram, periodiski organizētās darbinieku tikšanās reizēs (sanāksmēs);
- riska robežstāvokļa gadījumi (gadījumi bez sekām pacientam, nenozīmīga riska gadījumi) var tikt analizēti vairāki kopā vai tikai tad, ja tie atkārtojas;
- ja pārrunu vai diskusiju laikā gadījuma cēloņi nav vienkārši saskatāmi vai nav viennozīmīgi skaidri, kā arī nozīmīga, kritiska riska gadījumā, gadījuma analīze un secinājumi būs veiksmīgāki, ja tiks izmantots kāds (vai vairāki) no analīzes atbalsta rīkiem, piemēram:
  - gadījuma hronoloģija kontekstā ar „kas bija labi un kas nebija labi?”;
  - „5 Kāpēc”/cēloņu-seku analīze jeb secīgu jautājumu virkne kādēļ/„kāds cēlonis izraisīja?” un/vai kāpēc nenotradāja aizsargmehānismi?”;
  - veicinošo faktoru analīze, domājot, kā mazināt to ietekmi;
- struktūrvienības vadītājam nepieciešamības gadījumā ir rekomendējams aicināt gadījuma analīzē piedalīties citu struktūrvienību darbiniekus (īpaši atbalstāma ir ārstu un māsu kopīgi veikta gadījuma analīze);
  - lai gadījums pacientu drošības sistēmas ietvaros tiktu slēgts, struktūrvienības vadītājs ziņošanas sistēmā kā atbildi ievada – „slēgt” un/vai pievieno secinājumus un ierosinātās vai jau veiktās uzlabojumu aktivitātes;
  - struktūrvienības vadītājs atbild par mācīšanos un atgriezenisko saiti struktūrvienības ietvaros – ir svarīgi, ka informācija, secinājumi un uzlabojumi būtu zināmi un diskutēti starp visiem darbiniekiem;
  - pacienta un personāla dati, tiklīdz tie vairs nav nepieciešami gadījuma analīzes sakarā, tiek izdzēsti no elektroniskās ziņošanas sistēmas un gadījuma analīzes pierakstiem.

Pacientu drošības sistēmas vadītāja loma ziņošanas-mācīšanās sistēmā:

- Pacientu drošības sistēmas vadītājs pārrauga, koordinē un konsultatīvi atbalsta pacientu drošības gadījumu ziņošanu un analīzi, ja struktūrvienības ietvaros tāda ir nepieciešama;
- Ir tiesības ierosināt un organizēt gadījuma analīzi multidisciplinārā komandā, ja noticis gadījums atbilst signālgadījumam, kā arī citos sarežģītos gadījumos, kuros iesaistītas vairākas struktūrvienības;
- Signālgadījumu analīzi veic, pielietojot pamatcēloņu analīzes metodi, t.sk. iepriekš minētos gadījuma analīzes atbalsta rīkus (*RCA – Root Cause Analysis*), šo gadījumu analīze jāpabeidz 45 kalendāro dienu laikā kopš notikuma;
- Pacientu drošības sistēmas vadītājs slimnīcas līmenī nodrošina mācīšanos no gadījumiem, par gadījumu cēloņiem un veiktajiem pasākumiem gan diskusiju, gan lekciju, prezentāciju un semināru veidā, gan caur sadaļu slimnīcas iekšējā mājaslapā „Esi vērīgs”, gan ikgadējā izdevumā „Saulspuķe”, kas publicēts un pieejams lasīšanai ikvienam slimnīcas iekšējā

mājaslapā.
<p><b>Papildu dati par praksi:</b>  <i>Lūdzam aprakstīt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kurš izstrādāja vai kas bija iesaistīti prakses izstrādāšanā, ierosināja izmaiņas?</i></li> <li>• <i>Cik ilgu periodu tiek izmantota pielietotā prakse?</i></li> <li>• <i>Kāda profila vai kurās nodaļās tā pašlaik tiek pielietota?</i></li> <li>• <i>Vai pēc prakses ieviešanas tika pamanītas kādas nepilnības (šķēršļi), kurām sekoja izmaiņas procedūrā?</i></li> </ul>
<p>-Izstrādāja pacientu drošības sistēmas vadītājs, saskaņojot to pacientu drošības komandā. Pacientu drošības komanda tika izveidota ar mērķi iedzīvināt un uzturēt pacientu drošības filozofiju, kā arī virzīt slimnīcu pacientu drošības mērķu sasniegšanai. Komanda apvieno klīniku, ārstniecības un aprūpes vadītājus ar motivāciju pilnveidot pacientu drošību slimnīcā. Tās loma ir noteikt un saskaņot mērķus un aktivitātes pacientu drošības pilnveidei, kā arī iesaistīties sarežģītu nevēlamu gadījumu analīzē, apstiprināt gadījuma analīzes komandu, izvērtēt struktūrvienību ietvaros veiktos uzlabojumus.</p> <p>-Ziņošanas-mācīšanās sistēma tika uzsākta 2013.gadā.</p> <p>-Laika gaitā tika papildināta ar signālgadījumu definēšanu un taktiku to analīzē.</p> <p>-Tika precizēta struktūrvienību vadītāju loma gadījumu analīzē un atgriezeniskajā saitē struktūrvienības ietvaros.</p> <p>-Ziņoto gadījumu skaits šobrīd tiek monitorēts un izmantots kā viens no indikatoriem slimnīcas stratēģijas ietvarā kategorijā „droša, motivējoša un veselīga darba vide”, jo ziņojumu skaits atspoguļo darbinieku gatavību iesaistīties risku pamanīšanā un uzlabojumu īstenošanā, kam šāda vide ir pamatnosacījums. Struktūrvienību vadītāju darba novērtēšanā ziņoto gadījumu skaits arī ir iekļauts (jo vairāk ziņojumu, jo vairāk mācīšanās, uzlabojumu, jo labāks vadītājs).</p> <p>-Signālgadījumu skaits tiek monitorēts un ir indikators kategorijā „ārstniecības rezultāti”.</p> <p>-Arī realizēto korektīvo-preventīvo aktivitāšu skaits tiek monitorēts.</p>
<p><b>Kādi papildu resursi bija nepieciešami?</b>  <i>Lūdzam aprakstīt nepieciešamos rīkus prakses ieviešanai, piemēram, vai iestādē tika iegādāts jauns aprīkojums, veiktas speciālas apmācības darbiniekiem, izstrādātas iekšējās vadlīnijas, kas ir pieejamas visiem utt.</i></p>
<p>-Hesk programma ir brīvpieejas rīks, tika pielāgota ziņošanas sistēmai iekšēji slimnīcas ietvaros un papildu resursus neprasija;</p> <p>-Pirms ziņošanas uzsākšanas notika pacientu drošības apmācības 24 stundu apmērā slimnīcas valdes locekļiem un klīniku vadītājiem, pēc tam virsārstiem, virsmāsām, struktūrvienību vadītājiem. Mācību procesā akcents uz cilvēka faktoriem, pacientu drošības kultūru, iznākuma cēloņiem veicinošajiem faktoriem, pacientu drošības mērķiem.</p> <p>-Apmācību moduļi tika realizēti arī turpmāk, īsākos semināru veidā, lekciju, prezentāciju u.c.formātā.</p> <p>-Jaunajiem darbiniekiem tiek piedāvāta ievadlekcija pacientu drošībā.</p>
<b>REZULTĀTI</b>
<p><b>Vai tika sasniegti pirms prakses ieviešanas izvirzītie mērķi?</b>  <i>Lūdzam atbildēt par katru mērķi (ja bija vairāki), norādot, vai izvirzītais mērķis tika sasniegts, daļēji sasniegts vai netika sasniegts.</i></p>
<p>Ziņošanas-mācīšanās sistēma joprojām ir savā attīstībā.  Ziņojumu skaits pieaudzis no 77 2013.gadā līdz 436 ziņojumiem 2018.gadā.</p>

<p>Signālgadījumu skaits 2018.gadā – 7 Korektīvo-preventīvo aktivitāšu skaits no pacientu drošības gadījumiem – 96 uzlabojumu aktivitātes 2018.gadā (šajā reģistrā nonāk tikai laikietilpīgās aktivitātes).</p>
<p><b>Kas prakses ieviešanas laikā izdevās īpaši labi? Kas to veicināja?</b> <i>Lūdzam uzskaitīt tos prakses elementus, kas bija viegli ieviešami, ar ko iestāde īpaši lepojas vai kas sniedza negaidīti labus rezultātus; norādiet faktoros, kas to veicināja.</i></p>
<p>-Apmācību semināri par cilvēka faktoriem jeb ergonomiku klīniskajos procesos 2015-2016.gadā izraisīja lēcieni ziņojumu skaita pieaugumā; -Nenoliedzami pozitīva ietekme ir augstākās vadības izpratnei, iedrošināšana nenosodošai pieejai un motivācija ziņot, -Būtisks katalizators – entuziastisks slimnīcas virsārsts u.c. entuziasti gan vadītāju, gan darbinieku vidū, kuri veicina ikdienā pacientu drošības kultūru klīniskajā vidē; -Gadījumu analīze komandā, virzot analītisko procesu cēloņu virzienā, distancējoties no individuālu darbinieku rīcībām, palīdz radīt izpratni par ziņošanas-mācīšanās sistēmas būtību un ieguvumiem.</p>
<p><b>Kas radīja grūtības vai neizdevās procedūras ieviešanas laikā? Kāpēc?</b> <i>Lūdzam uzskaitīt tos prakses elementus, kas radīja pretestību no darbiniekiem vai nedeva gaidītos rezultātus; norādiet faktoros, kas kavēja prakses ieviešanu.</i></p>
<p>Grūtības īpaši sākuma posmā bija saistītas ar spēju vispār runāt par nevēlamiem notikumiem, neuztvert personiski, izveidot izpratni, ka nevēlami notikumi ir daļa no ārstniecības procesa dēļ tā sarežģītības, nevis slikta profesionālisma. Bija jāiemācās, ka ziņošana nav par KĀDU cilvēku, bet gan notikumu. Jāmācās joprojām, ka arī vadītājiem nav jājūtas vainīgiem – visus riskus nav iespējams paredzēt, darba sistēma ir mainīga un tajā parādās jauni riski. Bija jāiemācās runāt, uzdot jautājumus, precizēt informāciju tā, lai tas netiktu uztverts kā „pratināšana”, autonomijas apdraudējums vai kompetences apšaubīšana. Šis izaicinājums joprojām pastāv, bet progress ir. Nedrošība attiecībā pret ārējo vidi (krimināllikuma pants, administratīvais sods par neskaidriem „veselības aprūpes pārkāpumiem”) joprojām uztur piesardzību nevēlamu notikumu ziņošanā. Ārstu profesionālā autonomija, personīgā augstā atbildības sajūta, iekšējais uzstādījums 100% nodrošināt izcilu ārstēšanu ir teicamas īpašības, tomēr ar šo tiek skaidrota ārstu rezistence nevēlamu notikumu ziņošanā visā pasaulē – nepieciešams laiks, izmaiņas ārstu izglītības sistēmā, lai izveidotu dziļu izpratni par sistēmas lomu attiecībā uz ārstniecības iznākumu. Pacientu drošība ir jauna zinātne – tikai 18 gadi! Joprojām izaicinājums – ziņot par savām kļūmēm, ne tikai novērotām praksē.</p>
<p><b>Ieteikumi tiem, kas gribētu ieviest Jūsu Labās prakses piemēru savā ārstniecības iestādē.</b> <i>Lūdzam sniegt ieteikumus, kas radušies prakses ieviešanas procesā un norādīt prakses elementus, kurus Jūs mainītu, ja vajadzētu praksi ieviest atkārtoti.</i></p>
<p>-Iespējams, termins „ziņošana” mūsu sabiedrībā izsauc daudz negāciju vēsturiskajā kontekstā. Iespējams, šodien šo sistēmu sauktu par risku identificēšanas sistēmu – Ziņo par identificētu risku! skanētu motivējošāk. -Augstākās vadības izpratnei un atbalstam ir būtiska loma, tāpat kā nepārtrauktai iekšējai apmācībai pacientu drošībā; -Ieteiktu demonstrēt slimnīcas ietvaros kādu izanalizētu gadījumu atbilstoši pamatcēloņu analīzes principiem, parādot, kā var tikt līdz cēloņiem, nevainojot cilvēkus. -Jo vairāk runāsi, dalīsies pieredzē, arī par uzlabojumiem, jo būs vienkāršāk pārvarēt aizspriedumus un vieglāk iesaistīt.</p>
<p><b>Brīva vieta Jūsu komentāram, papildu informācijai.</b></p>
<p>Pacientu drošības kultūrai, izpratnei par sistēmas lomu ārstniecības procesā un rezultātā pacientam, cilvēka faktoriem, mācīšanās no kļūdām un ārstniecības kvalitātes pilnveide, efektīvs komandas darbs un komunikācija, starptautiskie pacientu drošības mērķi- tās ir tēmas, kurām jābūt integrētām topošo medicīnas profesionāļu izglītībā.</p>