

## CULTURA SIGURANȚEI PACIENȚILOR LA NIVEL ORGANIZAȚIONAL

CARMEN DANIELA DOMNARIU<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

**Cuvinte cheie:** cultură, siguranța pacienților, organizație, factori umani

**Rezumat:** Studii recente arată că una din marile conștientizări în domeniul medical din ultimii zece ani, a fost că, în ciuda recunoașterii puterii medicinei moderne pentru a vindeca sau ameliora boala, spitalele nu erau considerate locuri sigure pentru vindecarea pacienților. Dimpotrivă, spitalele erau considerate ca locuri cu risc potențial de vătămare a pacienților. Un răspuns important la conștientizarea acestui fapt a fost creșterea interesului în domeniul siguranței pacienților, în special prin evaluarea conceptului de cultură a siguranței pacienților și a factorilor umani cu relevanță în siguranța pacienților.(1)

**Keywords:** culture, patient safety, organisation, human factors

**Abstract:** Recent studies show that one of the major awareness in the medical field over the past decade, was that despite the recognition of the power of modern medicine to cure or ameliorate any disease, hospitals were not considered safe places to heal the patients. On the contrary, hospitals were regarded as places with potential risk of harm to patients. An important response to this awareness has been the increasing interest in patient safety, in particular in evaluating the concept of patient safety culture and the human factors relevant to patient safety.(1)

Conceptul de cultură a siguranței pacienților a apărut pentru prima dată în Statele Unite ale Americii. Legea privind îmbunătățirea calității și siguranței pacienților, 109-41, publicată în iulie 2005, în S.U.A., vizează îmbunătățirea siguranței pacienților prin încurajarea raportării voluntare și confidențiale a tuturor evenimentelor care ar putea avea un impact negativ asupra pacienților, ca urmare a săvârșirii actelor medicale, fără teama repercusiunilor.(2)

Siguranța pacienților se referă la faptul că aceștia nu trebuie să fie supuși unor riscuri inutile sau potențiale, aferente îngrijirilor medicale. În ultimii șapte ani, această problemă se află și în atenția Uniunii Europene. Studii recente au arătat că, într-un număr din ce în ce mai mare de țări, erorile medicale survin în aproximativ 10% dintre cazurile de spitalizare, deși se întâmplă evenimente neprevăzute în toate unitățile unde se acordă asistență medicală.

Cultura organizațională este descrisă ca fiind un set de convingeri comune unui grup de indivizi dintr-o organizație. Conceptul de cultură a siguranței a fost introdus ca și concept specific culturii organizaționale după accidentul produs la reactorul nuclear de la Cernobyl, în anul 1986, ulterior stabilindu-se că acesta s-a produs mai degrabă ca urmare a unei erori umane decât în urma unei defecțiuni tehnice. Astfel, cei care au luat parte la investigații, au ajuns la concluzia că erorile umane au ca punct de plecare lipsa unei culturi organizaționale bine pusă la punct.(3)

Cercetătorii sunt de părere că una din condițiile cheie ale siguranței în orice industrie care implică riscuri, inclusiv în sistemul de sănătate, o reprezintă crearea unei culturi organizaționale. Cultura siguranței pacienților se referă la un ansamblu coerent și integrat de atitudini, valori, principii, comportamente individuale și organizaționale, în vederea reducerii continue a pagubelor asupra pacienților. Atribute cum ar fi comunicarea deschisă privind problemele de siguranță,

munca în echipă, sprijin local și organizațional, toate acestea contribuie la crearea unei culturi pozitive a siguranței pacienților. Toți participanții (personalul medical din prima linie, medici, administratori, manageri, psihologi) sunt responsabili de propria lor siguranță, de cea a colegilor, a pacienților, a aparținătorilor. Această siguranță trebuie situată mai presus de obiectivele financiare sau operaționale. Ei trebuie să încurajeze și să recompenseze identificarea, comunicarea și soluționarea problemelor de securitate, să acționeze în vederea anticipării evenimentelor nedorite și să ofere infrastructura corespunzătoare menținerii în bune condiții a sistemelor de securitate. Cei mai mulți experți în siguranță consideră că în domeniul medical, nu se prea poate vorbi despre o reală cultură organizațională.

Literatura privind siguranța în medicină vorbește despre patru categorii de convingeri care afectează în mod dramatic siguranța pacienților în general. Prima ar fi faptul că cei care lucrează în domeniul medical sunt în primul rând interesați de responsabilitatea individuală, dând vina pentru situațiile neplăcute pe cei care iau primul contact cu actul medical. Se impune astfel, crearea unui sistem care abordează problematica siguranței pacienților din prisma factorilor latenți, care ar putea duce sau preveni săvârșirea erorilor medicale.

În al doilea rând, clinicienii se confruntă deseori cu erori în practica clinică, dând impresia că aceste erori sunt inevitabile – „normalizarea devianței”.(4)

În al treilea rând, sistemul medical este organizat ierarhic. Acest lucru este foarte important în siguranța pacienților. Incidentele medicale nu sunt raportate de teama repercusiunilor, sau sunt văzute ca un atac la persoană, în loc să fie considerate un mod de îmbunătățire a organizării și funcționării unității medicale respective. În cele din urmă, nu se prea vorbește de învățarea organizațională în domeniul medical. Deseori, personalul medical din prima linie constată că aceleași

<sup>1</sup>Autor corespondent: Carmen Domnariu, Str. Luptei, Nr. 21, Sibiu, 550330, România, E-mail: cdomnariu@yahoo.com, Tel: +40269 21.28.12  
Articol intrat în redacție în 14.06.2012 și acceptat spre publicare în 16.07.2012  
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Septembrie 2012;2(3):1-3

tipuri de probleme apar în mod repetat și că acestea există în foarte multe organizații din lume. Culegerea și transmiterea informațiilor care au dus la rezultate pozitive în domeniu, în cazul de față prin reducerea erorilor medicale, nu se realizează în mod real. Învățarea intra și interinstituțională poate duce la identificarea de soluții viabile pentru siguranța pacienților.

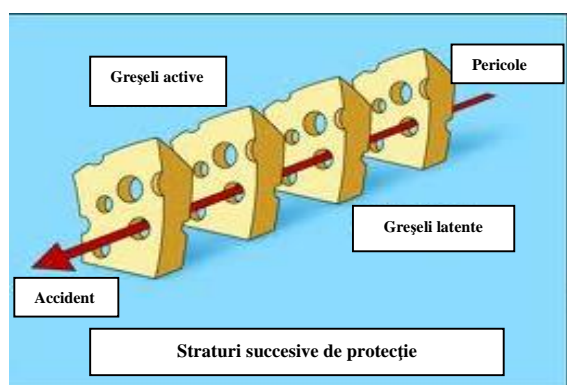
### Principii de bază privind siguranța pacienților

Abordarea tradițională a siguranței pacienților avea la bază principiul conform căruia de vină pentru erorile medicale era chiar furnizorul de servicii medicale: medicul care a efectuat transplantul, sau care a diagnosticat pacientul, asistenta care a pus perfuzia etc. În ultimii zece ani, s-a recunoscut că această abordare nu ia în considerare faptul că de cele mai multe ori, erorile medicale erau comise de persoane competente, bine pregătite. Este puțin probabil ca astfel de erori să fie prevenite doar prin avertizarea și pedepsirea angajaților.

Abordarea modernă a siguranței pacienților propune ca principiu de bază în înțelegerea siguranței pacienților, „gândirea sistemică”. Această paradigmă recunoaște condiția umană – și anume faptul că omul poate greși – recunoscând totodată și importanța creării de sisteme care să anticipeze erorile medicale înainte ca acestea să poată vătăma pacientii. Această abordare a reprezentat piatra de temelie a acțiunilor de îmbunătățire a conceptului de siguranță în multe industrii cu grad înalt de risc dar din nefericire, a fost ignorată în medicină.(5)

Psihologul englez James Reason a pus bazele unui model al accidentelor care survin într-o organizație, model care s-a transformat într-un model mental al siguranței sistemelor. (Figura 1). Acest model, care își are rădăcinile în numeroase investigații ale accidentelor produse în domenii cum ar fi aviația comercială, centralele nucleare, scoate în evidență faptul că în organizațiile complexe, este foarte greu ca o singură persoană să fie singura răspunzătoare de erorile comise. Găurile modelului propus de Reason sunt reprezentate de erorile sistematice ce se produc într-o organizație, iar sistemul este reprezentat de felii de brânză. Fiecare felie de brânză protejează organizația de posibilele erori. Pentru ca o eroare majoră să se poată produce este nevoie ca fiecare gaură să fie aliniată una după alta. Modelul diferențiază între erorile „latente” și cele „active”. Erorile latente sunt problemele existente, iar cele active sunt greșelile care duc la producerea accidentului.(6)

Figura nr. 1 Modelul “Swiss cheese”



Acest model scoate în evidență faptul că analizele erorilor medicale trebuie să se concentreze asupra rădăcinilor cauzelor, asupra tuturor condițiilor care favorizează apariția unei erori și nu doar asupra personalului direct implicat în furnizarea de îngrijiri medicale. Cauzele cele mai des întâlnite, după Charles Vincent ar putea fi: inexistența unei liste de verificare

înainte efectuării oricăror proceduri medicale, starea de oboseală instalată, timiditatea unor asistente de a a-și exprima opinia, atunci când suspectează vreo greșeală. Acestea reprezintă poate cele mai mari amenințări la adresa siguranței pacienților, dar care pot fi remediate cu ajutorul unei analize amănunțite a factorilor umani implicați la nivel de organizație.

### Factorii umani implicați în siguranța pacienților

Având la bază acest model organizațional al psihologului James Reason, cercetătorii au descoperit faptul că peste 70% din erorile medicale se datorează factorilor umani, cu precădere aspectelor ce țin de modul în care se desfășoară comunicarea în cadrul organizației, factorilor de management (leadership), dar și aspectelor ce țin de structura echipei de lucru, de coeziunea, dinamica, munca în echipă, sau aspecte individuale, stresul, starea de oboseală care pot influența în mod negativ desfășurarea actului medical, cu repercusiuni în defavoarea pacienților.(7)

În ceea ce privește *factorii de management*, în domeniul sănătății, se poate spune că leadership-ul managerial nu a fost studiat îndeaproape. Studiile arată faptul că acolo unde siguranța a reprezentat o prioritate managerială, unitățile spitalicești au înregistrat mai puține accidente. Un studiu efectuat în Marea Britanie arată că percepția personalului medical cu privire la eficiența stilului managerial era strâns legată de numărul redus de plângeri venite din partea pacienților. Managerii de vârf trebuie să își manifeste preocuparea față de conceptul de siguranță în general într-un mod vizibil, de exemplu prin vizite în saloane, laboratoare. În Statele Unite ale Americii, această manifestare vizibilă a angajamentului față de siguranță se numesc „runde executive” și au scopul de a influența personalul medical subordonat în privința culturii siguranței pacientului.

De asemenea, se pare că stilul managerial transformțional concentrat pe schimbare, pare să fie cel mai potrivit stil managerial în unitățile medicale.

Studiile de specialitate au demonstrat că problemele de *comunicare* reprezintă prima sursă a erorilor medicale. Acordarea de îngrijiri medicale sigure necesită comunicare între indivizi care îndeplinesc roluri diferite, cu o educație, pregătire și experiență diferită. Câteva din problemele cheie des întâlnite în rapoartele de cercetare în domeniu indică calitatea informațiilor din dosarele pacienților, rapoartele cazurilor, statutul personalului subordonat căruia îi este teamă să vorbească, dificultăți în a transmite și a prelua informația în unitățile medicale mari.

În organizațiile în care siguranța este considerată ca fiind primordială, se efectuează ședințe de informare înainte efectuării oricărei misiuni. Acest lucru ar trebui introdus în mod obligatoriu în toate unitățile medicale care oferă îngrijiri medicale. În momentul de față, singurul instrument de acest fel este lista de verificare folosită de echipele chirurgicale înainte de efectuarea vreunei intervenții chirurgicale. Un element important al ședințelor de informare (briefing) ar fi crearea oportunităților de a discuta, de a schimba informații, între fiecare din membrii echipei. De asemenea, ședințele de debriefing sunt vitale în siguranța pacienților. Evaluarea performanțelor individuale, sau a echipei, după caz, în sens pozitiv sau negativ, este extrem de importantă mai ales în cazul tinerilor specialiști, care nu s-au confruntat cu toate situațiile critice, evitând astfel riscul de a comite aceeași eroare și în viitor. Ședințele de debriefing reprezintă o tehnică care poate îmbunătăți siguranța pacienților prin lecțiile învățate atât din situațiile pozitive, cât și din cele critice.

*Munca în echipă* este afectată de caracteristicile structurale ale echipei, care include numărul de membri, statusuri, ierarhia rolurilor, normele acceptate ca și

comportament de grup. Acești factori diferă în funcție de tipul de echipă, de organizație, putând influența coeziunea grupului. La nivelul spitalelor, se consideră că echipele de lucru sunt bine stabilite, funcționând după protocoale și proceduri bine stabilite, spre deosebire de unitățile medicale de asistență primară, unde rolul membrilor este amestecat. Așa cum am menționat în paragrafele anterioare, în domeniul sănătății este nevoie de intervenția echipelor multidisciplinare, astfel că rolul fiecărui membru al echipei trebuie foarte bine stabilit, pentru a se evita comiterea de erori.

În domeniul siguranței pacienților, un aspect delicat îl reprezintă diferențele de statut în cadrul echipelor, mai precis poziția, rangul ocupat de persoanele în vârstă, cu renume, cu experiență, față de cei tineri și cu mai puțină experiență. Percepția asupra statutului poate avea un impact major asupra comportamentului unor membri ai echipei și, implicit asupra siguranței pacienților. În cazul de față, există acea diferență dintre medici și asistente, primii fiind considerați având un rang superior celeilalte categorii. Există situații când subordonații evită intenționat raportarea unei erori medicale, de teama diferenței de statut sau de teama de a nu încălca normele de grup. Aceste aspecte sunt deosebit de grave și ar trebuie identificate prin administrarea de chestionare care să măsoare comportamentul la nivel de grup.

*Stresul și starea de oboseală* au consecințe grave atât în ceea ce privește siguranța, cât și productivitatea. Cele mai multe accidente industriale au la bază starea de oboseală a angajaților. Oboseala are efecte negative asupra performanțelor cognitive, care se reduc cu până la 40% după două nopți nedormite (după Krueger, 1989).

Domeniul medical reprezintă unul dintre domeniile cu cea mai mare implicare emoțională. În România, o echipă a Institutului de Sănătate Publică București a întreprins un studiu în trei unități sanitare din Capitală. Concluzia arată că medicii testați în studiului lor consideră că factorii stresanți sunt: constrângerea temporală, perturbarea ritmurilor circadiene, caracterul disritmic al activității, riscul decizional, insatisfacția profesională, dificultățile privind adaptarea și inserția la locul de muncă, pericolul pentru sănătatea proprie, responsabilitatea deosebită, suprasolicitarea emoțională ș.a.

În domeniul sănătății, programul de lucru prelungit, gărzile continuate cu programul obișnuit de muncă determină apariția stării de oboseală, cu consecințe negative asupra siguranței pacienților. În SUA, 41% din medicii rezidenți au menționat starea de oboseală ca fiind cauza celor mai grave erori medicale, iar 31% dintre aceste cazuri au avut ca rezultat decesul pacienților. 61% dintre medicii anesteziști au raportat comiterea de erori pe fondul oboselii.

Ultima categorie a factorilor umani implicați în siguranța pacienților se referă la *mediul de lucru*, la riscurile pe care le implică nu numai mediul în care angajații din domeniul medical își desfășoară activitatea, dar și în ceea ce privește echipamentul medical folosit, acesta fiind ori insuficient, ori foarte uzat.

Oferirea de servicii de îngrijiri medicale presupune interacțiunea dintre pacient și mediul de lucru, dar și dintre echipament și pacient. Aceste interacțiuni trebuie atent analizate utilizând metode care să identifice evenimentele neplăcute care ar putea apărea ca urmare a utilizării acestora. Lipsa echipamentelor necesare întârzie diagnosticarea rapidă și la timp a bolilor, fapt care determină o creștere a numărului de îmbolnăviri care necesită tratament spitalicesc și implicit a cheltuielilor aferente.

Existența unor instrumente pentru evaluarea culturii organizaționale și a factorilor umani pornind de la resursele individuale, instruire, experiență de muncă, competență,

epuizare profesională, stres, oboseală, la dificultățile de comunicare în cadrul organizației, management defectuos, existența unui sistem punitiv de raportare a erorilor medicale, sau la chestiuni legate de munca în echipă, structura și coeziunea unei echipe va ajuta considerabil la diminuarea comiterii de erori medicale și, implicit va îmbunătăți siguranța pacienților în unitățile sanitare.

### REFERINȚE

1. Emmanuel, L., Berwick, D., Reason, J. (2008). What exactly is patient safety? *British medical Journal* 2001, 98-109.
2. Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005; Public Law 109-41 (S. 544) 109<sup>th</sup> Unites States Congree, first session, selected documents; 2006.
3. European Agency for Safety and Health at Work. Working environment information working paper. Occupational Safety and Health culture assessment – A review of main approaches and selected tools; 2011.
4. Vaughan D. The dark side of organizations: Mistake, Misconduct and Disaster; Annual Reviv of Sociology.1999;25:271-305.
5. Wachter RM. Understanding Patient Safety; 2007.
6. Vincent C. Patient Safety. BMJI Books; 2010.
7. Salas E, Barach P, Battles J. & King H. The relation between teamwork and patient safety. In P. Carayon, (Ed) Human Factors and Ergonomics in Patient Safety. Mahwah, NJ: LEA. 2010;7:133-143.