

ПРОБЛЕМЪТ С ГРЕШКИТЕ В ДЕНТАЛНАТА МЕДИЦИНА – СТРАТЕГИИ ЗА ПОСТИГАНЕ НА БЕЗОПАСНОСТ В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА, НАЙ-ЧЕСТО СРЕЩАНИ ГРЕШКИ

Станислав Станев

Пловдивски Университет
Паисий Хилендарски"
Пловдив, България

РЕЗЮМЕ — Денталната професия има за основна цел предоставянето на безопасна помощ, насочена към минимализиране на рисковете и установяването на открита култура, свързана с безопасността на пациентите. За тази цел са разработени различни стратегии като идентификация на заплахите за безопасността на пациентите чрез доклад на инцидентите, идентификация на най-добри практики, комуникация и обучение по отношение на безопасността на пациентите и др. Като най-често срещани са грешките, свързани с обезболяването, медикаментозните грешки, неправилно водена документация, липса на информирано съгласие, неспазване на стандартите за работа и правилата за добра медицинска практика. Въпросът за грешките в денталната практика е особено актуален в наши дни. Неговата дискусия ще доведе до повече яснота и правилно разбиране на проблема от страна на денталното съсловие.

Ключови думи: грешки, дентална практика, стратегии

MALPRACTICE PROBLEM IN DENTAL MEDICINE - SAFETY STRATEGIES IN DENTAL PRACTICE, THE MOST COMMENTED

Stanislav Stanev

The Plovdiv University "Paisii Hilendarski"
Plovdiv, Bulgaria

ABSTRACT - The dental profession has as its main purpose the provision of safe help, aimed at minimizing risks and establishing an open culture, related to patient safety. Different strategies such as identification of patient safety threats have been developed for this purpose through a report of incidents, identification of best practice, communication and education.

Corresponding author at: Plovdiv University, Plovdiv, Bulgaria, e-mail: st.stanev@advokat.bz

The most common errors associated with pain management, medication errors, misguided documentation, absence of informed consent, non-compliance with medical standards and rules for good medical practice. The question of dental practice errors is particularly relevant these days. His discussion will lead to more clarity and correct understanding of the problem by the dental profession.

Keywords: errors, dental practice, strategies

Въведение

Денталната професия има за основна цел предоставянето на безопасна помощ, насочена към минимизиране на рисковете и установяването на открита култура, свързана с безопасността на пациентите, където практикуващите зъболекари могат да се учат както от собствения си опит, така и от опита на други. Това е и основна предпоставка за осигуряването на добро общо здраве на пациентите.

Въпросът за грешките дълго време стои дълго време някак си далече от денталната професия. Денталните лекари се включват много по-бавно от техните колеги-медиците, в системното разглеждане на въпроса как безопасността на пациента може да бъде подобрена. И това е така, защото грешките, свързани с денталната професия не са така смъртоносни и донякъде се омаловажават и от самите специалисти и от общността (Стойкова М, Мусурлиева Н 2011). Все още обаче стоят важни предизвикателства пред професията като това дали може да се избегне риска от изваждането на неправилния зъб или можем ли да понижим риска от невъзможност за идентификация на рак на устната кухина, защото оралното и общото здраве са неразривно свързани (Мусурлиева Н 2016).

Материал и методи

Осъществено е проучване на достъпната литература, налична в базата данни Pub Med. Използвани са ключови думи malpractice, dental practice, strategies for patient safety.

Резултати и обсъждане

Темата за избягване на риска и грешките в медицинската практика не е нещо ново и през миналия век има много инициативи в тази връзка. През 1952 г., британското правителство провежда Конфиденциално проучване на смъртността сред родилките в болниците. Това изследване е последвано от подобни проучвания - на предоперативна смъртност и на самоубийства/убийствата при лечението за психичното болните. През 1963 г., след разкриването на фактите за сериозни вродени увреждания, предизвикани от приложението на лекарството thalidomide, е създадена Комисия за безопасност на лекарствата. В следствие, тази комисия се развива в познатия в момента Регулаторен орган за лекарства и здравни продукти (MHRA). Доклад от Австралия, публикуван през 1995 г., изнася подобни резултати - вредите за пациентите се срещат и случват често, отколкото се е смятало в миналото (Wilson R M, Runciman W B, 1995). Тези доклади провокират размисли, свързани с това как можем да осигурим безопасността на пациентите.

Във Великобритания, Министерство на здравеопазването започва да търси начини как да осъществи тази идея. В техния доклад „*Организация с памет*“, публикуван през 2000 г., разработването на план за „клинично управление“ на местно ниво се възприема като правилния път за предоставяне на по-добри и качествени медицински грижи (Department of Health, London 2001). Като начин за подобряване на безопасността на пациента, се изисква разработването на унифицирани механизми за доклад и систематичен подход при избягването, анализа и извличането на поуки от допуснатите грешки. Всичко това трябва да се предприеме в контекста на една по-открита култура на общуване и споделяне на опит сред медицинските специалисти. Следва докладът, озаглавен *Изграждане на по-безопасна национално здравеопазване за пациенти* през 2001 г. и създаването на Националната агенция за безопасност на пациентите (NPSA), която да подпомогне в развитието на тази дейност (Department of Health, London 2001).

През 2003 г. Агенцията за проучване и качество в здравеопазването в САЩ създаде своя четирикомпонентна рамка за безопасност на пациентите. Във Великобритания, през 2004 г., NPSA стартира програмата „седем стъпки за безопасност на пациентите“, предназначена да предложи на NHS организациите практически насоки и помощ при подобряването на безопасността на пациентите (*Seven steps to patient safety*. London: National Patient Safety Agency, 2004). Идентифицираните в тези планове елементи могат да се използват за илюстрация на механизмите за развитие на по-безопасно здравеопазване.

СТРАТЕГИИ ЗА РАЗВИТИЕ НА ПО-БЕЗОПАСНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Стратегия първа: Идентификация на заплахите за безопасността на пациентите чрез доклад на инцидентите. Тук става въпрос за идентификация на грешките и причините за травми на пациентите, свързани с медицински дейности. Пример, който вече е известен на денталните лекари, е „схемата на жълта карта“ за докладването на нежелани реакции към медикаменти, организирано от Medicines and Healthcare products Regulatory Agency UK (MHRA) (Yip J, Radford DR 2013). По-малко известно на зъболекарите е фактът, че National Patient Safety Agency (NPSA) в Англия и Уелс използва Национална система за доклад и изучаване грешките, в която могат да се регистрират съобщения за нежелани събития или случили се нежелани събития. Тази база данни включва близо 5,5 милиона случая. Подобна система за доклад на инциденти е налична и във Финландия. От 2007 г. действа доброволна и анонимна система за доклад на инциденти, свързани с безопасността на пациентите (HaiPro), но скорошно проучване показва, че само 6% от зъболекарите, които са участвали в проучването, използват системата (Hiivala N, Mussalo-Rauhamaa H 2013). Повечето от зъболекарите или нямат достъп до системата, или не знаят за нейното съществуване.

Тъй като денталните лекари работят в индивидуални или малки групови практики, те биха се възползвали най-много от голямото натрупване на информация, свързана с неблагоприятните събития, свързани с безопасността на пациентите. Идеята за системата за доклад на инциденти, свързани с безопасността на пациентите трябва да претърпи допълнително развитие в денталната практика.

Стратегия втора: Оценка на инцидентите и идентификация на най-добри практика. В болниците е лесно приложимо използването на системи за доклад на инциденти, за което целият персонал се окуражава да участва. Когато се случат

инциденти с пациенти, свързани с увреждане или “почти случило се увреждане”, подробностите за тях се записват в база с данни, след което може да се анализира относителната честота на различните типове инциденти, както и тяхната тежест. Въз основа на получената информация, могат да се положат усилия да се идентифицират съществените причини и могат да бъдат изградени модели на базирани на доказателства практики за безопасност. След като бъдат идентифицирани, сериозните инциденти могат да бъдат анализирани, като се използват различни стратегии, включително “анализ на основните причини”. След това, “научените уроци”, се въвеждат в бъдещата практика като т.нар. „добри практики“ .

Стратегия три: Комуникация и обучение по отношение на безопасността на пациентите. Основната идея на тази стратегия е, че чрез ефективна комуникация между различните специалисти, продължаващо обучение могат да бъдат избегнати грешките. След завършване на университета, повечето дентални лекари са запознати с грешките, които не трябва да допускат в практиката. В допълнение на добре известните рискове, се появяват и нови рискове, свързани с безопасността, с развитието на новите клинични разработки и методи за лечение. Такъв пример е непрекъснатата актуализация на “програмата жълта карта” за безопасността на лекарствата на МНРА или публикациите на различни защитни зъболекарски организации, основани на жалби или тъжби на пациенти, с които защитните организации са се занимавали. Такива публикации често предоставят анализ на самите случаи и предоставят съвети как съдебните спорове могат да бъдат избегнати в бъдеще. Във вторичната стоматологична помощ, много болници организират срещи, на които се дискутират въпроси, свързани с клиничната ефективност, включително безопасност на пациентите. По този начин се извеждат заключения и “научените уроци” се фокусират върху подобряване на качеството на грижата за пациента – модел „учим се от грешките“. В САЩ към American dental Association има открит горещ телефон (Ethics Hotline), на който всеки дентален лекар може да се обади и потърси съвет.

Стратегия четири: Изграждане култура на безопасност и грижа за пациента. Осигуряването на безопасността на пациента трябва да се базира върху идеята за непрекъснато усъвършенстване и квалифициране на медицинските специалисти. Инцидентите с пациентите могат да бъдат разглеждани не само като източник на вина, а като натрупване на опит и възможност за повишаване качеството на медицинското обслужване. Приоритетът на тази стратегия е поемането на ангажимент за споделяне на опит, както добрия, така и лошия, така че всички да могат да се поучат от него. Успехът на денталната професия в голяма степен се определя от работата в екип и въпросът за безопасността на пациента трябва да бъде неразделна част от денталното екипно обучение. Крайната цел на стратегията е създаването на култура, издигаща безопасността на пациента на пиедестал. Трудностите, идентифицирани в медицинската практика важат и за денталната професия. Редица автори са на мнение, че обучението, свързано с проблемите за безопасността на пациентите, трябва да бъде включено в университетското и следдипломното образование по дентална медицина.

Стандартите за денталната професия, публикувани 2013 г. от Стоматологичния съюз (GDC) във Великобритания, представят някои важни принципи, свързани с безопасността на пациентите :

- Да се поставят интересите на пациента на първо място
- Да се записват всички инциденти, свързани с безопасността на пациента и своевременно да се докладват на съответните органи
- Безопасността на пациента да е водеща при лечението

Пред денталните лекари стои предизвикателството да се разбие мита, че грешките се случват само в медицинската професия.

Най-често срещани грешки в денталната практика

Грешки свързани с предписването на лекарство (медикаментозни грешки)

В тази група се включват грешки свързани с непознаването на фармакокинезата и динамиката на лекарствата като предписването на грешно лекарство (при алергия от страна на пациента), грешно изчислена доза на лекарството (спрямо теглото, най-често при деца)), време на прием на лекарството (например при поставянето на импланти антибиотикът по правило се изписва преди самата операция), грешно изписана рецепта и др.

Грешки свързани с обезболяването

Тук можем да отнесем неправилното поставяне на проводна анестезия със засягане на нервите, инжектиране на свръх доза или твърде малко анестетик, неподходящ вид анестетик и др.

Неправилно водена или липса на медицинска документация

Всички дейности, извършени в заведенията по дентална медицина, трябва да бъдат регистрирани в специални документи –

- Документи, свързани с лечебната дейност (амбулаторен журнал, рецепти, направления и др.),
- Документи, свързани с експертна дейност (болничен лист, медицинска бележка)
- Финансови документи (Стойкова М, Мусурлиева Н 2014).

Нормативните документи в Република България, свързани с воденето на медицинска документация са Законът за здравето, Законът за лечебните заведения, Наредба 1 от 27.02. 2013 за изискванията за обработка, използване на медико-статистическа информация, Стандарта за превенция и контрол на вътреболничните инфекции (май 2013), Кодексът по професионална етика на лекарите по дентална медицина.

Основна учетна форма (в нея е вписана първичната информация за пациента като паспортна част, диагноза, вид и етап на лечебните процедури) в денталният кабинет се явява амбулаторният журнал форма 74 а, утвърдена от Министъра на здравеопазването (1967 г.). Той съдържа графи, които задължително се попълват-паспортна част на пациента, диагнозата, всички извършени манипулации по дати, ако към тях има осчетоводяване се записват и съответните суми (за тях трябва да има издадени финансови документи). Според Националният Рамков Договор за дентални дейности между Националната здравноосигурителна каса и Български зъболекарски съюз за 2012г., екземпляр от амбулаторният лист на пациента на хартиен носител, подписан от

лекаря и пациента, подпечатан с печата на лечебното заведение, формират амбулаторен журнал. Следователно лекарите по дентална медицина могат да имат амбулаторен журнал, формиран от хронологично подредените амбулаторни листове на кешовите и здравноосигурените пациенти.

Липса на информирано съгласие

Информираното съгласие е процес, в който въз основа на получената информация в подходящ обем и форма и нейното разбиране информираният пациент може да направи избор за диагностиката и лечението или интервенциите, които му предстоят. Нормативната уредба, касаеща вземането на информирано съгласие от пациентите включва Конституцията на Република България (чл. 30 и чл.41), Закон на здравето(чл. 87 ,чл.88 и чл.89), Национален рамков договор за медицинските дейности 2015 г. Съгласно 33 при хирургични интервенции, обща анестезия, инвазивни и други диагностични и терапевтични методи, които водят до повишен риск за живота и здравето на пациента или до временна промяна в съзнанието му информираното съгласие се предоставя в писмена форма. Извън тези точно посочени хипотези законът не изисква задължителна писмена форма на информираното съгласие (Мусурлиева Н, Станев С 2017). Наличието на писмено информирано съгласие при нужда значително по-лесно ще защити лекаря, отколкото устното такова. Само писмената форма на информирано съгласие може да защити лекаря в случай на усложнения, които могат да възникнат в хода на лечение, поради факта, че съдът не зачита устни форми на информирано съгласие. Важно е да се отбележи, че информираното съгласие има юридическа стойност дотолкова, доколкото да направи действието спрямо пациента правомерно, но съгласието на пациента не освобождава лекаря от отговорност при неблагоприятен ефект. Съществуват две форми на информирано съгласие –

- Общо - дава право на медиците да извършват някои изследвания и манипулации, без при това да е необходимо да искат съгласие за всяка от тях поотделно. В неговия обхват обикновено влизат рутинните за дадено лечебно заведение и за заболяването процедури
- Специфично - при всички медицински действия, свързани с някаква опасност или неприятни физически, емоционални и психически усещания. То трябва да бъде писмено изразено. Писмено съгласие трябва да се изисква и при всички случаи на провеждане

Неспазване на медицинските стандарти

Понастоящем са налице само три утвърдени медицински стандарта, касаещи упражняването на денталната професия. Това са:

- Орална хирургия, приет с Наредба № 50/26.11.2010;
- Детска дентална медицина, приет с Наредба № 51/26.11.2010;
- Ортодонтия, приет с Наредба № 52/26.11.2010.

Останалите стандарти все още не са изработени и приети, което означава, че по отношение на тях не е налице необходимата нормативна задължителност. В това отношение хуманната медицина има по-детайлна регулация, поради което в практиката на контролните органи, изискванията към хуманната медицина са по-големи от тези

към денталната. Независимо от това посочените по-горе утвърдени медицински стандарти, касаещи денталната медицина не бива да бъдат пренебрегвани. Това важи особено ако определен казус бъде отнесен за решаване от съда. В този случай, при постановяване на своето решение, съдебният състав ще се ръководи именно от изискванията, които са посочени в рамките на съответния утвърден стандарт. С разширяването на списъка на утвърдените стандарти в денталната медицина, ще се повишават и изискванията към денталните лекари, съответно ще има по-голяма строгост на санкциите при констатирано неспазване.

Неспазване на правилата за добра медицинска практика

Правилата за добра медицинска практика на лекарите по дентална медицина (ПДМПЛДМ) са изработени в съответствие с изискването на чл.88 от Закона за здравето (ЗЗ), чл.77 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) и чл.5 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (*Обн. ДВ. бр.83 от 21 Юли 1998г, изм. ДВ. бр.39 от 20 Май 2011г.*) и чл.46 от Закона за здравето осигуряване (*Обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998г, изм. ДВ. бр.85 от 24 Октомври 2017г.*). *Същите са задължителни за всички лекари по дентална медицина в Република България.*

Правилата за добра медицинска практика на лекарите по дентална медицина, наричани по нататък за краткост "правилата", съдържат изискванията за своевременност, достъпност и качество на медицинската помощ, разработени на принципа на: професионална компетентност, комуникативни умения, етично поведение, достойно отношение към пациентите, умения за работа в екип. **Добрата медицинска практика в денталната медицина се основава на следните правила:** добронамереност и почтеност; повишаване на професионалните знания и клинични умения; акуратна документация за пациента; професионално ниво на общуване с пациентите и техните оторизирани родственици; конфиденциалността в отношенията лекар- пациент; създаване на възможност за "второ мнение" и отнасяне към друг специалист; поддържане на добри взаимоотношения с колегите; осъзната цена на грижите за здравето; недопускане на себеизтъкването и злоупотребата със заеманата лечебна позиция; активност в промоцията на здравето.

Заклучение

Въпросът за грешките в денталната практика е особено актуален в наши дни. Неговата дискусия ще доведе до повече яснота и правилно разбиране на проблема от страна на денталното съсловие.

Литература

Мусурлиева Н. Връзка между орално и общо здраве - клиничен случай на пациент с цитомегаловирус, токсоплазмоза и множествен кариес. Списание Редки болести и лекарства сираци 2016;7(2):26-7.

Мусурлиева Н, Станев С. Проблемът с грешките в денталната медицина – можем ли да ги избегнем и каква е ролята на съсловната организация в тяхното решаване. Лакс book 2017. ISBN 978-619-189-080-4

Стойкова М, Мусурлиева Н. Някои проблеми на профилактиката и промоцията на денталното здраве в България (обзор). *Дентална медицина* 2011; 93 (2):178-182

Стойкова М, Мусурлиева Н. Нормативни документи свързани с денталната практика. МУ-Пловдив 2014. ISBN 978-619-7085-32-7

Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ's patient safety initiative: building foundations, reducing risk. Interim report to the Senate Committee on appropriations. Rockville, Md: AHRQ, 2003. Online report available at <http://www.ahrq.gov/qual/pscongrpt/> (accessed June 2014).

Department of Health. An organisation with a memory. London: The Stationary Office, 2000.

Department of Health. Building a safer NHS for patients. London: The Stationary Office, 2001.

Hiiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Murtomaa H. Patient safety incident prevention and management among Finnish dentists. *Acta Odontol Scand* 2013; 71: 1663-1670.

Seven steps to patient safety. London: National Patient Safety Agency, 2004. Online steps available at <http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps> (accessed June 2014).

Wilson R M, Runciman W B, Gibberd R W, Harrison B T, Newby L, Hamilton J D. The quality in australian health care study. *Med J Aust* 1995; 163: 458–471

Yip J, Radford D R, Brown D. How do dentists deal with adverse drug reaction reporting? *Br Dent J* 2013; 214: E22.