

Několik definic, několik poznámek

A. Jabor, J. Franeková

Následující text je ne zcela sourodým celkem – zamyšlením nad několika definicemi a situacemi. Rámec je uveden první definicí, která určitým způsobem změnila pohled na péči o pacienty:

Medicína založená na důkazu (evidence based medicine, EBM) je vědomé, zřetelné a soudné používání nejlepších současných důkazů při rozhodování o péči o jednotlivé pacienty.

(Sackett, 1996, český překlad uveden v Greenhalgh, 2003).

Od této definice je jen krok k definici guidelines, které mají být rovněž založeny na důkazech.

Guidelines založené na důkazech (evidence-based guidelines) jsou 1. konsensuální přístupy pro zacházení s opakovanými problémy řízení zdravotnictví s cílem redukovat variabilitu praxe a zlepšit výstupy péče. Vytvoření guidelines zdůrazňuje používání jasných důkazů z existující literatury (spíše než samotné mínění expertů) jako základ pro poradenství, nebo 2. guidelines, které byly vědecky vyvinuty na základě současné literatury a jsou konsensuálně podpořeny.

(WHO)

V definici EBM jsou skloubeny dva principy:

- využití důkazů v medicínské literatuře se všemi jejich atributy (tj. váha důkazů podle toho, zda jde o velké randomizované kontrolované studie na straně jedné nebo kazuistiky a mínění expertů na straně druhé a třídy profitu/ohrožení pacienta při použití diagnostické procedury nebo poskytnutí léčby) – tedy často sumární, statistická data z velkých souborů pozorování
- péče o nemocnou lidskou bytost, o unikátního jednotlivce, často se vymykajícího všeobecným pohledům a přístupům.

Personalizovaná medicína je do určité míry jen módním slovním spojením, protože medicína založená na důkazu nutně musí být personalizovaná podle uvedené definice a je otázkou, zda medicína svou podstatou není personalizovaná obecně.

Pacient je osoba, která je příjemcem zdravotní péče.
(WHO)

V medicíně pracujeme s pacienty nebo zdravými osobami. Někdy se zavádí pojem klient (Client: a person under the protection of another, a person who engages the professional services of another,

customer; Webster's New Encyclopedia Dictionary, 1993). Ale význam slova pacient pochází z latinského patiens (trpící, nemocný; Lexicon medicum, Galén, Praha, 2004), jde o jedince který potřebuje péči (Patient: an individual awaiting or under medical care and treatment; Webster). Zdá se, že pojem klient má velmi malý až žádný emocionální a sociální rozměr. Klientem se může pacient stát u přepážky zdravotní pojišťovny, ale na lůžku je pacientem se všemi svými obtížemi a utrpením. Ne všichni pacienti jsou klienty (nezralý novorozenec jistě není klient) a ne všichni klienti jsou pacienty. Kontext použití slova klient a pacient je odlišný a platí to i pro laboratorní medicínu. Nadužívání slova klient vede (nejen v laboratorní medicíně) k pocitu, že se dá laboratorní péče koupit, že je předmětem obchodu, nabídky a poptávky, nekontrolovaných finančních toků a možná – v konečném důsledku – i poškození pacienta. V souvislosti se zdravotní péčí má tedy smysl používat pouze pojem pacient: „bezpečnost pacienta (patient safety)“ je dnes již natolik běžný pojem, že zavádět pojem „bezpečnost klienta“ by bylo vskutku úsměvné. Diskuse o klientech a pacientech je také diskusí o současném newspeaku s převrácenými hodnotami, který i v souvislosti s bezpečností známe důvěrně z nedávné historie: orgány „Veřejné bezpečnosti“ zajišťovaly často něco úplně jiného než bezpečnost veřejnosti (a zdá se, historie se opravdu opakuje v kruzích).

Bezpečnost pacienta

Bezpečnost pacienta je podmnožinou kvality zdravotní péče. Niže uvedená definice je často uváděnou „oficiální“ definicí, ale existují další definice; všechny ale charakterizují proces zabraňování možnému poškození pacienta. Předpokládá se přitom, že systémem poskytování zdravotní péče obsahující rizikové procedury a rizikové situace, které je nutné identifikovat a minimalizovat jejich vliv na zdraví.

Bezpečnost pacienta představuje redukcí rizika zbytečného poškození spojeného s poskytováním zdravotní péče na akceptovatelné minimum. Akceptovatelné minimum je skupinovým názorem na současné znalosti, dostupné zdroje a kontext, ve kterém byla péče poskytnuta s uvážením rizika nezahájení léčby nebo jiné léčby.

(WHO)

V laboratorní medicíně představuje ohrožení bezpečnosti například neposkytnutí výsledku tam, kde měl být k dispozici (nevhodná indikace, nedostatečná práce laboratorních pracovníků v pre-přeanalytické fázi, nedostatečná komunikace s klinikou), poskytnutí zbytečného výsledku (zbytečně vynaložené prostředky bez efektu), poskytnutí chyb-

ného výsledku (selhání kontrolních mechanismů), zpoždění výsledku (nedostatečná postanalytická fáze), neohlášení výsledku s kritickou informací (nevyhovující seznam kritických hodnot, nedůsledný systém hlášení kritických hodnot) a podobně. Pokud porovnáme tyto požadavky s normami kvality, je evidentní shoda v přístupech.

V předchozím sdělení na stránkách FONS jsme popsali základní koncepty pro zlepšení bezpečnosti zdravotnických systémů: otevřenost a transparentnost, vhodná organizační struktura, komunikace, dobré pracovní prostředí a reformované vzdělávání. V této souvislosti se hovoří o kultuře bezpečnosti.

Kultura bezpečnosti je kultura vykazující následujících pět vysoce hodnotných atributů, které se snaží odborníci na zdravotní péči uvést do života implementací efektivních systémů řízení pro zajištění bezpečnosti: 1. kultura, kde všichni pracovníci (včetně personálu první linie, lékařů a administrativních pracovníků) přijímají odpovědnost za bezpečnost vlastní, jejich spolupracovníků, pacientů a návštěvníků; 2. (kultura, která) dává přednost bezpečnosti nad finančními a provozními cíli; 3. (kultura, která) podporuje a ohodnocuje identifikaci, komunikaci a řešení otázek bezpečnosti; 4. (kultura, která) zabezpečuje možnost poučit se v organizaci z nežádoucích příhod; 5. (kultura, která) zajišťuje vhodné zdroje, struktury a odpovědnosti pro udržování efektivních systémů bezpečnosti.
(WHO)

Bezpečné poskytování výsledků laboratorních testů je možné pouze v případě uzavření smyčky brain-to-brain od pre-preanalytické fáze až po post-postanalytickou fázi s minimalizací chyb v celkovém procesu vyšetřování. První bod výše uvedené definice je záležitostí jednotlivců, jejich morální úrovně a vzdělávání. Druhý bod ukazuje, že se medicína potýká s pokoušenými vyplývajícími z „prodeje a nákupu“ péče a problém řeší v laboratorním prostředí i norma ISO 15189 ve všech svých vydáních. Třetí bod provází všechny přístupy zabývající se bezpečností: komunikace, aktivní sdělování informací partnerům, konzultace, konsilia, semináře, rozborů problémů nejen na pracovišti ale i ve spolupráci s partnery. Čtvrtý bod v laboratořích řešíme důslednou evidencí neshod, rozбором jejich příčin, nápravami a prevencí. Pátý bod je otázkou prostředí, ve kterém se zdravotní péče poskytuje a bohužel je obvykle jen málo možností, jak tento aspekt kultury bezpečnosti pozitivně ovlivnit.

Bezpečnost diagnostického procesu

Diagnostický proces je procesem efektivního stanovování diagnózy, v širším slova smyslu sem patří i monitorování a další důvody pro použití

laboratorního testu. Výsledek laboratorního testu představuje důkaz ve smyslu definice medicíny podložené důkazy a „vědomé, zřetelné a soudné používání nejlepších současných důkazů“ by mělo být provázeno také vědomým a soudným používáním laboratorních testů – tedy racionální indikací. Finanční restrikce v poslední době sice vedly k opuštění zbytečně rozsáhlých vyšetřovacích panelů, ale někdy se vyšetření přesouvají v závislosti na způsobu úhrady mezi institucemi, ambulantními a lůžkovými zařízeními, vynechávají se často potřebná vyšetření a ordinují jen „bodově levná“ vyšetření, často bez většího smyslu.

Diagnóza je buď 1. komplex „symptomů“ (poruchy vzhledu nebo funkce nebo pocitů, které si pacient uvědomuje), „známek“ (poruchy, které může lékař nebo jiná osoba detegovat) a „nálezů“ (poruchy odhalené laboratorními, rentgenologickými nebo jinými diagnostickými postupy, nebo odpověď na léčbu), nebo 2. určení povahy choroby, poškození nebo kongenitálního defektu, provedené na základě studia známek a příznaků choroby.
(WHO)

Na straně jedné je diagnostický proces studiem nebo vyhledáváním známek a příznaků, na straně druhé je jeho součástí získávání „nálezů“ pomocí laboratorních metod, aby se získal objektivní náhled na existující poruchy. Získávání „nálezů“ v drtivé většině případů nelze oddělit od posouzení obtíží pacienta, symptomů, objektivních známek. Toto je také základem klinické povahy laboratorní medicíny, i když tento rozměr je ohrožován. „Průmyslové“ poskytování laboratorních výsledků ve velkých robotizovaných laboratořích je možnou alternativou k tradičním (malým) laboratořím, ale naprosto nevyřešený je podíl takových laboratořích na pre-preanalytické a post-postanalytické fázi. Dalším problémem jsou požadavky na vyšetření samoplátců: je správné nabízet laboratorní vyšetření za úhradu? Kdo bude výsledek interpretovat? Kdo bude zajišťovat léčbu? Problematika genetického vyšetřování otvírá velkou řadu možností a situací, na které pravděpodobně ještě nejsme připraveni.

Bezpečnost screeningu

Screeningové akce jsou při vhodném použití dobrým nástrojem pro diagnostiku, jsou také dobrou příležitostí jak zviditelnit laboratorní medicínu. Screening může být užitečným postupem (viz dále definice), ale může se také stát metodou ohrožující pacienty, zatěžující zdravotnický systém, postupem přesunujícím zdroje do nevhodných souvislostí.

Screening je strategie k vyhledávání jedinců s nerozpoznanou chorobou nebo rizikem v bezpříznakové populaci.

(The Free Dictionary by Farlex, <http://www.thefreedictionary.com/>)

Poměrně podstatné slovo v definici je **strategie** (strategy: a careful plan or method; Webster), důsledné naplánování screeningu s uvážením výhod i nevýhod pro pacienty i systém. Občas se setkáváme s názory rádooby odborníků, kteří – v rámci omezeného soustředění na laboratorní diagnostiku – podporují například screeningové vyšetřování tumorových markerů, které může mít opodstatnění pouze ve výjimečných případech.

Goal-oriented patient care

Pokud se používá pojem „goal-oriented patient care“, míní se tím akcentace pohledu pacienta na omezení přinášené chorobou nebo subjektivní pocit benefitu z terapie. Pacient může mít zcela odlišné požadavky na výstup léčby („goal-oriented outcome“), ve které mohou například biomarkery hrát okrajovou až nepodstatnou roli (Reuben, 2012). Pacientovi je v podstatě jedno, jaký má výsledek měření HbA_{1c} nebo CRP. Pacient může mít jiné cíle, akcentuje odstranění takových příznaků, které jej omezují při jeho denní, oblíbené, potřebné nebo nutné činnosti. Komerčně zaměřená laboratorní medicína se v poslední době dostává pod kritiku z hlediska nejasné indikace lékařem (racionální indikace nemůže mít komerční charakter), může být vyloučena spolupráce mezi pacientem a lékařem od provedení vyšetření až k interpretaci testu a aplikaci výsledku, v centru zájmu jsou jen některé elementy složitějšího organismu zdravotní péče. V centru zájmu nemá být ani samotný lékař nebo

zdravotnický systém, ani samotný pacient. Bardes polemizuje s novým pojmem „patient-centered medicine“ jako kontrastu ke starší koncepci „doctor-centered medicine“ a říká: „Pacient a lékař musejí koexistovat v terapeutickém, sociálním a ekonomickém vztahu vzájemných a vysoce propojených privilegií.“ (Bardes, 2012). Laboratorní medicína, proces od indikace testů až po jejich interpretaci, není průmyslový proces. Je to součást medicíny, která musí nést jedinečný rys vztahu lékař - pacient.

Účelem článku nebylo uvést celistvý přehled konceptů a definic souvisejících s bezpečností poskytované péče pacientům. Cílem bylo předložit několik definic, které bychom neměli obcházet při každodenní péči o pacienty. Nepředkládáme návody k řešení, ale spíše podněty k zamyšlení nad principy naší práce, na které někdy při běžných pracovních povinnostech neprávem zapomínáme.

Některé části textu jsou z připravované monografie Principy interpretace laboratorních testů.

Literatura

- Bardes, C.L.: Defining „patient-centered medicine“. N. Engl. J. Med., 366, 2012, s. 782-783.
- Greenhalgh, T.: Jak pracovat s vědeckou publikací. Grada, Praha, 2003.
- Reuben, D.B., Tinetti, M.E.: Goal-oriented patient care – an alternative health outcomes paradigm. N. Engl. J. Med., 366, 2012, s. 777-779.
- WHO: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Technical Report, version 1.1. WHO, January 2009. WHO/IER/PSP/2010.2.