

Józefa Czarnecka¹, Mirella Sulewska¹, Alicja Wieczorek², Andrzej Krupienicz³

¹Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

³Zakład Podstaw Pielęgniarstwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Ocena bezpieczeństwa pacjenta na podstawie wiedzy pielęgniarek

Evaluation of patient safety on the basis of the knowledge of nursing personnel

STRESZCZENIE

Wstęp. Osiągnięcie kultury bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej wymaga pogłębiania wiedzy wynikającej z badań na temat niesprzyjających okoliczności powstawania błędów. Niezbędne jest wypracowanie modeli dobrej praktyki zapobiegania błędom. Działanie to wymaga wysiłku wszystkich członków zespołu, w którym każdy musi być odpowiedzialny za redukcję błędów medycznych.

Cel pracy. Celem badania było prześledzenie oceny pielęgniarek co do kultury bezpieczeństwa z ogólnego punktu widzenia.

Materiał i metody. Narzędziem badawczym wykorzystanym w badaniu była wystandaryzowana ankieta szpitalna dotycząca bezpieczeństwa pacjenta stworzona przez Agencję do spraw Badań Jakości Opieki Zdrowotnej. Kwestionariusz zawiera 42 pytania, ocena była dokonywana w pięciostopniowej skali. W badaniu wzięło udział 111 studentów studiów magisterskich Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Były to osoby czynnie pracujące w zawodzie pielęgniarskim.

Wyniki i wnioski. Wyniki przeprowadzonych badań wykazują, że 60,3% ankietowanych jest przekonanych, że ich błędy będą wykorzystane przeciw nim. O skuteczności procedur i systemu zapewnienia jakości w zapobieganiu błędom medycznym przeświadczonych jest 55% badanych, natomiast 48% ankietowanych widzi problem w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentom.

Na podstawie przeprowadzonych badań niezbędne jest stworzenie klimatu wsparcia dla pracownika, który popełnił błąd.

Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (2): 101–104

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo pacjenta, błędy medyczne, kultura bezpieczeństwa, niepożądane zdarzenie

ABSTRACT

Introduction. Achievement of a proper safety culture in health care system requires widening of the knowledge (obtained from clinical trials) concerning the unfavourable conditions of medical errors. Models of good practice must be developed to avoid such errors. This requires a joint effort of the whole medical team, with every member being responsible for the reduction of the number of medical errors.

Aim of the study. The aim of the study was to follow nurses' evaluation of the safety culture in terms of a general patient safety.

Material and methods. The aim was achieved with the use of a standardised survey, Hospital Survey on Patient Safety Culture developed by the Agency of Healthcare Research and Quality. The questionnaire consisted of 42 questions, and the evaluation was based on a 5-point scale. The study involved 111 students from Master's degree programs at the Medical University of Warsaw. All of them were professionally active as nurses.

Results and conclusions. The results of the study revealed that 60.3% of the nursing staff are convinced that their errors will be used against them. As much as 55% of the survived nurses believe that procedures and the system of quality assurance are successful in preventing medical errors. According to 48% of the respondents, safety provided to patients is not sufficient.

The study showed that it is absolutely necessary to develop a climate of support for those staff members who committed a medical error.

Nursing Topics 2010; 18 (2): 101–104

Key words: patient safety, medical errors, safety culture, adverse events

Wstęp

W środowisku szpitalnym zorientowanym na pacjenta kładzie się nacisk na to, aby system opieki skupiał się na:

- zapobieganiu błędom;
- uczeniu się na błędach;
- budowaniu kultury bezpieczeństwa wśród personelu, kierowników i pacjentów.

Zapobieganie błędom

Działania w kierunku bezpieczeństwa pacjenta to takie, które minimalizują ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie zapewniania opieki zdrowotnej. Działania te wymagają wysiłku całego zespołu, w którym każdy jest odpowiedzialny za redukcję błędów medycznych. Pielęgniarki, jako największa grupa zawodowa świadcząca usługi medyczne, są głównymi członkiniami tego zespołu, profesjonalistkami, które najszybciej mogą wychwycić błędy i zapobiec niepożądanym zdarzeniom w trakcie opieki nad pacjentem.

Uczenie się na błędach

Bez wsparcia, zaangażowania i pomocy ze strony kierownictwa, trudy polepszania jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej będą ograniczone i krótkotrwałe. Kierownictwo jest centralnym punktem w organizacji bezpieczeństwa i wysokiej jakości opieki, ponieważ ma wpływ na:

- model, który jest używany w organizacji usług;
- popieranie i podtrzymywanie klimatu bezpieczeństwa i wysokiej jakości opieki;
- odpowiednią obsadę pielęgniarską na oddziałach;
- to, w jaki sposób środowisko psychiczne i procesy pielęgnowania wpływają na obciążenie pracą i płynność pracy pielęgniarek.

Od kierownictwa wymaga się stałych wysiłków mających na celu poszerzenie wiedzy podstawowej dotyczącej rozwoju bezpieczeństwa pacjentów, identyfikacji błędów i systemu raportowania. Ponadto istotne jest przekazywanie i prowadzenie odpraw i dyskusji o popełnionych błędach medycznych, wyciąganie wspólnych wniosków na temat znaczenia bezpieczeństwa i zaufania w skuteczność środka zapobiegawczego oraz wdrażanie programów edukacyjnych [1].

Kultura bezpieczeństwa

Kultura bezpieczeństwa pacjenta w organizacji zależy od całego zespołu, jego wiedzy, postaw, poglądów, kompetencji i wzorów zachowań. Bardzo ważne jest ustalenie kultury bezpieczeństwa, której głównymi cechami są otwartość i uczciwość, a komunikacja opiera się na wzajemnym zaufaniu oraz stworzenie takiej atmosfery środowiska pracy, w której wszyscy pracownicy są upoważnieni do głośnego wypowiadania się na temat błędów. Kierownictwo nie może pozwalać pracownikom na wzajemne obwinianie się, lecz opracować system prze-

kazywania danych o zdarzeniach zagrażających bezpieczeństwu pacjentów. Powinno się również stworzyć klimat wsparcia dla pracownika, który popełnił błąd, a przede wszystkim wdrażać programy edukacyjne, obejmujące zarządzanie ryzykiem, radzenie sobie ze stresem oraz umiejętności reagowania w sytuacjach naznaczonych ryzykiem. Sprawozdanie to musi być bez lęku o karę dla osób, które to zdarzenie zgłosiły. Należy też wyeliminować mit doskonałości (błąd nie powinien się nigdy zdarzyć) oraz mit kary (karanie winnego zwiększy bezpieczeństwo w przyszłości). Jest to główny wysiłek w kierunku osiągnięcia bezpieczeństwa pacjenta [2].

Cel pracy

Celem badania była ocena kultury bezpieczeństwa przez pielęgniarki z punktu widzenia:

- ogólnego postrzegania bezpieczeństwa pacjenta;
- raportowania błędów i sprawozdawczości;
- oczekiwań związanych z zarządzaniem i wsparciem dla pacjenta i pielęgniarek oraz różnej oceny pielęgniarek.

Materiał i metody

Badania z wykorzystaniem anonimowego kwestionariusza przeprowadzono wśród 111 studentów studiów magisterskich Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Były to osoby czynnie pracujące w zawodzie pielęgniarka/ki.

W badaniu wykorzystano jako narzędzie badawcze wystandaryzowany kwestionariusz *Hospital Survey on Patient Safety Culture* stworzony przez Agencję do spraw Badań Jakości Opieki Zdrowotnej (AHRQ, *Agency for Healthcare Research and Quality*). Kwestionariusz jest przeznaczony dla pracowników ochrony zdrowia i służy ocenie wiedzy personelu na temat bezpieczeństwa pacjenta, błędów medycznych, raportowania niepożądanych zdarzeń. Kwestionariusz zawiera 42 punkty, a jego oceny dokonuje się w 5-stopniowej skali. Składa się z danych demograficznych oraz 12 podtematów związanych z bezpieczeństwem pacjenta.

Wyniki

Wśród 111 badanych był jeden mężczyzna. W badanej grupie 66% pielęgniarek miało średnie wykształcenie, natomiast 34% — tytuł licencjata pielęgniarstwa. Także 34% ankietowanych pracowało w zawodzie 21 lat lub dłużej, natomiast 9% badanych krócej niż rok.

Prawie wszyscy ankietowani (97%) mieli bezpośredni kontakt z pacjentem. Najbardziej typowym miejscem pracy (70% badanych) były oddziały szpitalne: 48% badanych pracuje w szpitalu ponad 10 lat, a 32% pracowało ponad 10 lat na tym samym oddziale. Ponad 10-letni staż pracy w zawodzie pielęgniarka/ki wskazało 81% badanych.

Ponad połowa ankietowanych (55%) uważa, że procedury i system zapewnienia jakości skutecznie zapobiegają występowaniu błędów, 26% z tym się nie zgadza. Informacje o błędach, które popełniono na od-

Tabela 1. Odpowiedzi ankietowanych na temat bezpieczeństwa pacjenta
Table 1. Interviewees' answers about patient's safety

Podtematy związane z bezpieczeństwem	Zdecydowanie nie zgadzam się	Nie zgadzam się	Ani tak, ani nie, obojętnie	Zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
To czysty przypadek, że nie zdarzają się poważne błędy*	10	58	14	20	5
Nigdy nie wykonuje się większej liczby zadań kosztem bezpieczeństwa pacjenta	10	44	14	39	4
Występują problemy w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentom	5	39	14	45	8
Procedury i systemy zapewnienia jakości skutecznie zapobiegają występowaniu błędów	5	24	21	51	10
Błędy prowadzą do pozytywnych zmian	11	26	25	44	5
Personel jest informowany o błędach, które występują	2	14	32	24	39
Na swoim oddziale personel omawia możliwości zapobiegania ponawianiu błędów	10	23	36	22	20
Pracownicy są przekonani, że ich błędy są lub będą wykorzystywane przeciwko nim	4	22	18	57	10
Podczas zgłaszania zdarzeń pracownik jest traktowany z należytą uwagą w przyjaznej atmosferze	4	41	22	40	4
Pracownicy mają przeświadczenie, że błędy, które popełnili są przechowywane w ich aktach osobowych	1	41	27	39	3
Praca odbywa się w trybie kryzysowym, to znaczy próbuje się wykonywać zbyt wiele zadań i zbyt szybko	5	36	17	43	10
W napiętych sytuacjach kierownik wymaga, aby personel pracował szybciej, nawet jeśli oznaczałoby to „pójście na skróty”	12	38	20	36	5

*4 osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie

dziale otrzymało 56% badanych, natomiast 14% nie zostało o tym poinformowanych. O tym, że błędy prowadzą do pozytywnych zmian przekonanych jest 44% respondentów, zaś 33% nie zgadza się z tym (tab. 1).

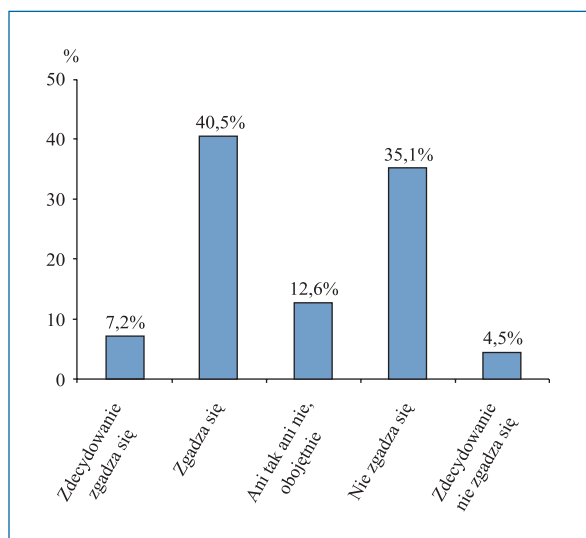
Na pytanie: „Czy występują problemy w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentów?” 47,7% ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej, natomiast 39,6% odpowiedziało, że nie ma takiego problemu (ryc. 1).

Prawie połowa ankietowanych (48%) nie zgadza się z tezą, że nigdy nie wykonuje się większej liczby zadań kosztem pacjenta, zaś 38% odpowiedziało, że się z tym zgadza. Tylko 23% pielęgniarek jest przekonanych, że to czysty przypadek, iż nie zdarzają się poważne błędy medyczne, natomiast 48% badanych uważa, że pracuje w „trybie kryzysowym” (są zmuszane do wykonywania zbyt

wielu zadań i zbyt szybko); odmiennego zdania jest 37%. Także 36,9% ankietowanych przyznaje, że w sytuacjach napiętych przełożony wymaga szybszego tempa pracy, nawet jeśli oznaczałoby to „pójście na skróty”. Z tym twierdzeniem nie zgadza się 45% pielęgniarek (ryc. 2).

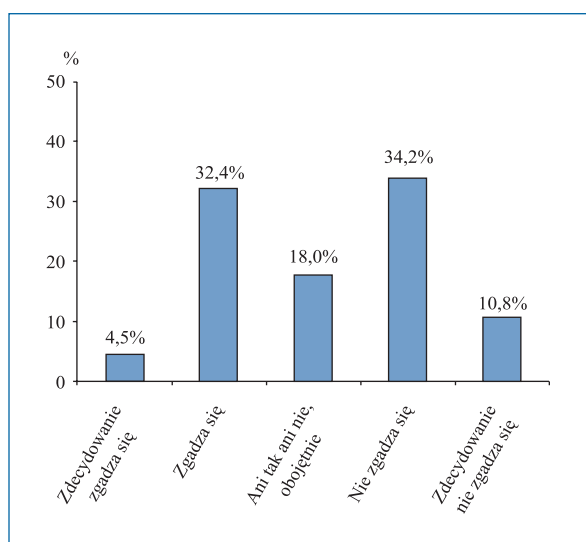
Tylko 37% ankietowanych odpowiedziało, że personel na oddziale, w którym pracują, omawia możliwości zapobiegania ponawianiu błędów. Większość badanej grupy (60,4%) jest przekonana, że ich błędy będą wykorzystane przeciwko nim (ryc. 3).

Brak wsparcia i przyjaznej atmosfery podczas zgłaszania niepożądanych zdarzeń odczuwało 40% badanych, a 37% jest przekonanych o przechowywaniu notatek na temat popełnionych błędów medycznych w ich aktach osobowych.



Rycina 1. Występowanie problemów z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjenta

Figure 1. Occurrence of problems with providing patient's safety



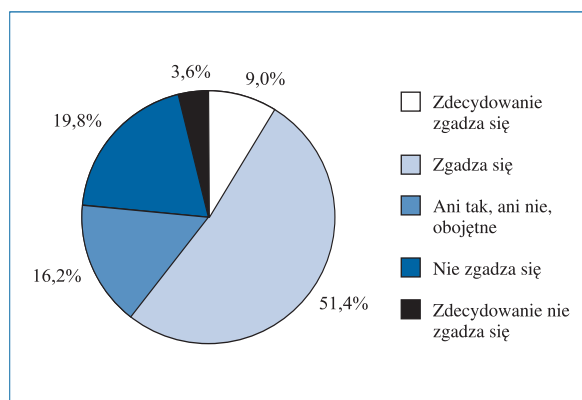
Rycina 2. Opinia ankietowanych na temat podejścia kierownictwa do pracy personelu w sytuacjach kryzysowych

Figure 2. Opinion of interviewees about director's approach to work in crisis situations

Dyskusja

Bezpieczeństwo pacjenta jest głównym elementem jakości opieki zdrowotnej i dlatego jest tak ważne w systemie raportowania i identyfikacji [3].

W badaniu wykazano, że bezpieczeństwo pacjenta nie jest najmocniejszą stroną systemu opieki medycznej. Kierownicy muszą aktywnie pracować z zespołem, aby przekształcić dotychczasowy niekorzystny klimat pracy i sposób dostarczania opieki. Pielęgnowanie jest nierozdzielnie związane z bezpieczeństwem pacjentów, ale niewystarczająca liczba personelu oraz przyzwolenie



Rycina 3. Opinia ankietowanych na temat wykorzystywania błędów personelu przez pracodawcę

Figure 3. Opinion of interviewees about using employees' mistakes by employer

nie kierownictwa na omijanie procedur w sytuacjach kryzysowych zwiększa ryzyko popełniania błędów. Budzi to zgrozę i niepokój przyszłych potencjalnych pacjentów korzystających z usług medycznych.

Stworzenie bezpiecznego systemu opieki opiera się na gromadzeniu danych oraz dokonywaniu analizy zebranych informacji. Zidentyfikowanie problemu wymaga przekazania informacji zwrotnej w celu przemodelowania systemu tam, gdzie zidentyfikowano problem. Konieczne jest także wytworzenie świadomości i zrozumienia znaczenia bezpiecznej opieki zdrowotnej.

Sprostanie wyzwaniu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom nie będzie łatwe. Procesy opieki, technologie, potrzeby pacjentów oraz odpowiedzi na interwencje terapeutyczne i organizacyjne są bowiem złożone. Nadzieje i wyzwania odnośnie do poprawy jakości oraz bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej są ogromne, ale większość z nich wymaga celowego przekształcenia organizacji i procesów opieki zdrowotnej.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań postawiono wnioski:

1. Niezbędne jest stworzenie klimatu wsparcia dla pracownika, który popełnił błąd.
2. Istnieje potrzeba budowania kultury bezpieczeństwa.
3. Konieczne jest wypracowanie mechanizmów raportowania popełnionych błędów.

Piśmiennictwo

1. Hughes R.G. (red.). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ). Rockville 2008.
2. Hughes R.G., Clancy C.M., Nurses' role in patient safety. J. Nurs. Care Qual. 2009; 24: 1, 1-4.
3. Zhan C., Yang H.P., Assessing patient safety in the United States, Med. Care 2005; 43 (supl. 3): I-42-I-43