

Удружење здравствених
радника Зајечар

Штампани материјал за медицинске сестре и здравствене техничаре
кандидате за решавање теста на тему

Нежељени догађаји у сестринској пракси

Припремила:
СМС Даниела Гречић

Интерни материјал Удружења здравствених радника
Зајечар, 2024

Садржај:

Увод.....	3
1.0 Стратегија за истрагу, анализу и превенцију нежељених догађаја	5
Безбедност пацијената	7
Побољшање квалитета здравствене неге	9
Болничке инфекције.....	11
Пад пацијената.....	13
Улога медицинске сестре у превенцији пада и едукацији пацијената.....	17
2.0. Циљеви рада.....	20
3.0. Метод рада.....	21
4.0. Резултати истраживања.....	22
5.0. Закључак.....	42
6.0. Литература.....	43
Прилог	45

УВОД

Нежељени догађај је неочекивани и нежељени инцидент који је у директној вези са лечењем или услугама које су пружене пацијенту. Сваки догађај који се десио током процеса пружања здравствене заштите и који је резултирао повредом, компликацијама или смртним исходом пацијента/запосленог/посетиоца, сматра се неочекиваним нежељеним догађајем у здравству.

Нежељени догађај је догађај којим се наноси штета пацијенту, везано за активности током пружања здравствене заштите, а не као последица обољења и основног здравственог стања. У току пружања здравствене заштите, могу се јавити нежељени догађаји, који могу бити:

- Медицински (декубитус, екстравазација, анафилактичка реакција...);
- Немедицински (конфликти, лоши међуљудски односи...).

Према приручнику за безбедност АЗУС, постоје два узрока која доводе до нежељеног догађаја и то:

- Приступ појединца – нежељени догађај настаје због немара појединца, његове лоше мотивације, несмотрености и занемаривања;
- Приступ система – за настанак нежељеног догађаја одговоран је систем здравствене заштите или здравствена установа.

Нежељени догађаји су повезани са медицинском услугом, а медицинска услуга је активност у процесу здравствене заштите која се може обављати самостално или у пакету са другим услугама, једнократно или више пута у току пружања здравствене заштите, али се увек спроводи на исти начин и представља целину по себи.

Све чешће се сусрећемо са оптужбама болесника или њихових породица, који су оптерећени сумњом да нису предузете мере које би спречиле настанак нежељеног инцидента са насталим компликацијама. Велики број пацијената је у свом животу, у току пружања здравствене заштите, претрпео последице нежељених догађаја који су довели до погоршања њиховог здравственог стања.

У циљу превенције нежељених догађаја у сестринској пракси, битну улогу има унапређење квалитета рада, дефинисање показатеља и процена квалитета рада. За здравствене установе које обављају стационарну делатност, поред показатеља квалитета

рада за установу у целини и по гранама медицине, значајни су и показатељи из области безбедности пацијената. Безбедност пацијената представља идентификацију, анализу и корекцију ризичних догађаја, са циљем да се здравствена заштита учини безбеднијом и да се ризик по пацијента сведе на најмањи могући ниво.

Нежељени догађаји се углавном повезују са болничким лечењем, али се могу десити током пружања услуга на свим нивоима здравствене заштите. Где год да се јави, нежељени догађај треба препознати и одмах реаговати. Здравствени радници морају бити упознати са листом нежељених догађаја који подлежу евиденцији, а при настанку нежељеног догађаја, дужни су да предузму активности којима се спречава настанак штете, односно којима се умањују штетне последице након догађаја.

1.0. Стратегија за истрагу, анализу и превенцију нежељених догађаја

Стратегијом за истрагу, анализу и превенцију нежељених догађаја се настоји да се обезбеде услови за пружање безбедне и квалитетне здравствене заштите. Кључни циљ Стратегије за истрагу, анализу и превенцију нежељених догађаја је смањење инциденце и тежине нежељених догађаја.

Циљеви стратегије су:

1. Смањење инциденце и тежине нежељених догађаја;
2. Безбедна и квалитетна здравствена заштита;
3. Идентификација и анализа нежељених догађаја;
4. Интеграција управљања нежељеним догађајима;
5. Обезбеђивање да управљање нежељеним догађајим буде у складу са Законом.

Успешна имплементација процеса управљања нежељеним догађајима доноси следеће користи:

1. Рационалније управљање расположивим ресурсима;
2. Смањење броја тужби;
3. Очување угледа установе.

Процес управљања нежељеним догађајима подразумева:

1. Идентификовање нежељених догађаја;
2. Анализу нежељених догађаја;

3. Превенцију нежељених догађаја;
4. Документовање, праћење и извештавање о нежељеним догађајима.

Идентификовање нежељених догађаја – полазна основа у процесу управљања нежељеним догађајима је упознавање запослених са дефиницијом нежељеног догађаја, као и оспособљавање запослених да нежељене догађаје уоче, забележе, анализирају и спрече. Упознавање запослених са дефиницијом нежељеног догађаја се обавља преко састанака у здравственим службама. На нивоу установе је дефинисана листа нежељених догађаја које здравствени радници треба да пријављују, и усвојена је процедура за пријављивање нежељеног догађаја.

Анализа нежељеног догађаја – након пријаве препознатог нежељеног догађаја у служби, један примерак обрасца за пријављивање нежељеног догађаја се доставља Стручном савету, који на својим састанцима анализира нежељене догађаје и предлаже мере за њихову превенцију, те о томе обавештава службе и Комисију за унапређење квалитета рада.

Превенција нежељених догађаја – након анализе пријављених нежељених догађаја доносе се закључци о могућностима превенције истог или сличног нежељеног догађаја и о томе се информишу службе.

Документовање, праћење и извештавање о нежељеним догађајима – дефинише процедуру о пријављивању нежељених догађаја, листе нежељених догађаја који се пријављује као и дефиниције нежељених догађаја које се примењују у установи. Пријављивање нежељених догађаја нема за циљ кажњавање, већ превенцију и избегавање поновног јављања нежељеног догађаја.

Неочекивани нежељени догађаји, који подлежу обавезном пријављивању, укључују:

- Хируршки поступак изведен на погрешном пацијенту;
- Хируршки захват изведен на погрешном делу тела;
- Инструмент или предмет који је остао на месту хируршког поступка који захтева додатни поступак;
- Трансфузијска реакција због АБО некомпатибилности;
- Смрт, кома или озбиљна оштећења здравља услед нетачне фармакотерапије;
- Смрт мајке или тешка болест повезана са порођајем;
- Отмица новорођенчета;

- Отпуст новорођенчета у погрешну породицу;
- Смрт или трајни инвалидитет здравог новорођенчета са порођајном тежином већом од 2.500 грама, који није повезан са урођеним болестима;
- Тешка неонатална жутица;
- Самоубиство или покушај самоубиства у здравственој установи у року од 72 сата након отпуста;
- Радиотерапија погрешног дела тела;
- Радиотерапија дозом већом 25% од планиране дозе.

У процесу истраге, анализе и превенције нежељених догађаја сви запослени морају бити свесни своје одговорности, морају бити информисани и бити укључени у едукацију.

Пријављивање нежељених догађаја:

- Сврха пријављивања нежељених догађаја није санкција, већ проналажење узрока, анализа и предузимање мера ради минимизирања поновног наступања истог догађаја.
- Све службе на које се односи процедура морају имати Књигу нежељених догађаја и попуњени образац за пријаву нежељеног догађаја. У Књигу нежељених догађаја уносе се следећи подаци: редни број, име особе која пријављује нежељени догађај; датум, опис догађаја, време, место, како и зашто се догађај десио;
- Књига нежељених догађаја је оверена печатом службе;
- Књига нежељених догађаја се налази на месту приступачном свим запосленима.

Безбедност пацијената

Безбедност пацијента се може дефинисати као смањење или ублажавање небезбедних активности и радњи, у оквиру здравственог система, што доводи до оптималних исхода по пацијента. Активности на обезбеђивању безбедности пацијента обухватају идентификацију, анализу и корекцију ризичних догађаја, са циљем да се здравствена заштита учини безбеднијом и да се ризици по здравље пацијента сведу на минимум.

Са технолошким развојем и увођењем сложених дијагностичких и терапијских процедура у свакодневну клиничку праксу расту и ризици од потенцијалних јатрогених ефеката који могу настати током њихове примене.

Нежељени догађаји, који могу настати током пружања здравствених услуга пацијенту, су веома важни показатељи квалитета здравствене заштите, њихово идентификовање и проучавање имплицира примену праксе, која је до тада била заступљена током рада, доприноси смањењу њиховог појављивања, побољшању безбедности пацијента и унапређењу квалитета здравствене заштите. Ови догађаји, који се другачије зову јатрогене повреде, могу се дефинисати и као ненамерне повреде или штете по пацијента, узроковане пруженом здравственом заштитом много више него самим процесом болести, а које доводе до продуженог боравка у болници, обољевања или неспособности пацијента или чак до смртног исхода. Ту спадају, падови пацијента и интрахоспиталне инфекције, који широм света, чак и у најсавременијим здравственим установама, веома често представљају горући проблем, затим постоперативне инфекције, декубитуси, постоперативна плућна емболија, нежељени догађаји који настају за време анестезије, током трансфузије крви, грешке у ординирању или апликовању терапије, самоубиства на одељењима за ментално здравље, као и неочекивани смртни исход. Падови у здравственим установама су најчешћи нежељени догађаји. Управо они чине већину свих нежељених болничких догађаја. Сваки пад представља могућност додатних материјалних оптерећења и правне последице за установу и здравственог радника.

У циљу достизања највишег нивоа квалитета рада и безбедности пацијента, применом Стратегије за стално унапређење квалитета здравствене заштите, тежи се да се смањи:

- неуједначен квалитет здравствених услуга;
- неприхватљив ниво варирања у исходима по здравље лечених пацијента;
- неефикасно коришћење здравствених технологија;
- време чекања на медицинске процедуре и интервенције;
- незадовољство корисника пруженим здравственим услугама;
- незадовољство запослених у систему здравствене заштите;
- трошкове који настају због лошег квалитета.

Квалитет здравствене заштите је препознат као једна од најважнијих карактеристика система здравствене заштите, како државног, тако и приватног сектора. Стално унапређење квалитета и безбедности пацијената је саставни део свакодневних активности здравствених радника, здравствених сарадника и свих других запослених у здравственом систему и представља континуирани процес чији је циљ достизање вишег нивоа ефикасности и успешности у раду, као и веће задовољство корисника и давалаца здравствених услуга.

Код пацијената који су хоспитализовани, пад се дефинише као неочекивано и нехотимично спуштање на земљу или неку другу нижу површину, а није последица синкопе или неке спољашње силе. Пад се такође дефинише као медицинска грешка која представља неуспех или неизвршавање планираних поступака.

Побољшање квалитета здравствене неге

Квалитет здравствене заштите је препознат као једна од најважнијих карактеристика система здравствене заштите. Безбедност пацијената заузима централно место у погледу квалитетне здравствене заштите, те је неопходно да постоји директно и јавно бављење питањем безбедности пацијената. Најчешће дефинисани показатељи безбедности пацијента су култура безбедности, стопа инциденције болничких инфекција, број падова и повреда у болничким условима, број лежећих пацијената са декубиталним ранама, грешке у спровођењу терапије лековима и други.

Култура безбедности пацијената подразумева препознавање ризика за настанак грешака од стране запослених. Да би се успоставила култура безбедности у некој организацији здравствене заштите, први корак је процењивање постојеће културе, односно процена ставова здравствених радника према безбедности пацијената. Здравствену установу са позитивном културом безбедности карактерише: отворена хоризонтална и вертикална комуникација, заједнички став о значају безбедности пацијената и поверење у ефикасност спроведених превентивних мера. Унапређење културе безбедности унутар здравствене установе је основна компонента спречавања или смањења грешака и побољшања општег квалитета здравствене заштите. За развој културе безбедности пацијената потребно је снажно лидерство, планирање и редовна евалуација.

Унапређење безбедности пацијената захтева посвећеност, темељно познавање

техничких процеса, отворену размену информација, разумевање узрока грешака и ефикасног начина да се смање грешке.

Многобројне болнице широм Европе и Америке су доказале да права комбинација технологије и неге у знатном броју смањују број падова пацијената али још битније, далеко више се смањује број насталих повреда приликом самог пада.

У Америци је пракса да приликом пада пацијената, ако пацијент доживи накнадне повреде, цео рачун сноси болница. Иако је велики број падова могао бити избегнут, сама превентива пада је јако комплекса због великог броја чиниоца који могу да доведу до пада као што су фактори стања пацијента: слабост мускулатуре, хронична стања, употреба помоћне апаратуре при ходању као и неадекватна нега и неправовремени одзив и закаснела реакција сестара. Настојања да се нежељени догађаји као што су падови пацијената који се догађају током хоспитализације редукују, укључују развој инструмената за процену и идентификацију пацијената под ризиком.

Један од примарних циљева свих активности које се спроводе у оквиру здравственог система, управо је побољшање безбедности пацијената. Посматрано у целини, један од главних аспеката у дефинисању квалитета је правилан одабир приступа и метода којима ће се он мерити. Због тога су истраживања која се баве овом тематиком од непроцењивог значаја и резултати сваке нове студије буде пажњу и осветљавају нове путеве у дефинисању и избору параметара, чијом ће се квантификацијом смернице за унапређивање квалитета рада у здравственом систему даље унапређивати.

Неопходна је трајна едукација медицинских сестара о теми сигурности пацијената, а нарочито схватање важности правилне комуникације. Иако је промишљање о овој теми новијег датума, професионална будућност медицинских сестара никако неће моћи да се планира ван фокуса управо сигурности пацијената.

Сестринство дуги низ година негује традицију пружања максимално квалитетне здравствене неге за болеснике, развијајући модел најбоље праксе. Модел најбоље праксе

укључује холистички приступ болеснику, вођење сестринске документације и организацију сестринске неге уз поступке контроле квалитета. Овакав начин рада омогућиће даљу анализу којој је циљ смањивање инцидената у болници.

Болничке инфекције

Болничка инфекција је инфекција настала код пацијената и особља у болници или током пружања здравствене заштите у некој другој здравственој или социјалној установи. Поред услова за дефинисање инфекције према анатомској локализацији мора да испуњава и један од следећих услова:

- Симптоми инфекције су се појавили трећег дана текуће хоспитализације или касније (дан пријема = први дан);
- Симптоми инфекције су се јавили на дан пријема, при чему је од претходног отпуста из неке болнице за акутне поремећаје здравља протекло мање од 48 сати;
- Пацијент је хоспитализован са симптомима инфекције (или су се они манифестовали током прва два дана од почетка хоспитализације);
- Пацијент је примљен са антимикуробном терапијом инфекције која испуњава критеријуме за активну инфекцију оперативног места, то јест инфекција се испољила у току 30 дана од операције, ако није уграђен имплантат;
- Пацијент има дубоку инфекцију оперативног места или инфекцију органа/простора која се испољила у току 90 дана од операције, имплантат је уграђен;
- Пацијент је хоспитализован са симптомима инфекције изазваном бактеријом *Clostridium difficile* (или су се симптоми јавили током прва два дана од почетка хоспитализације), при чему је од претходног отпуста из болнице за акутне поремећаје здравља протекло мање од 28 дана;
- Када је неко инвазивно медицинско помагало (трахеални тубус, централни/периферни венски катетер, уринарни катетер) пласирано првог или другог дана од пријема, а симптоми инфекције се развили пре трећег дана хоспитализације.

Према пореклу, болничке инфекције (БИ) деле се на:

1. ендogene БИ - узроковане патогенима који су део трајне или пролазне флоре домаћина
 - Јављају се када микроорганизам дође на место које није његово природно станиште (нпр. инфекције уринарног тракта повезане са уринарним катетером, који омогућава бактеријама из гастроинтестиналног тракта да уђу у примарно стерилну бешику);
 - Затим разне повреде ткива или неправилна употреба антибиотика (инфекције изазване гљивицама, инфекције узроковане *clostridium difficile*).

2. егзогене унакрсне инфекције, узроковане патогенима који се преносе са пацијента на пацијента
 - Директан контакт пацијента (руке, капи пљувачке или друге телесне течности);
 - Аерогени (аеросол или честице прашине контаминирани пацијентовим бактеријама);
 - Преко здравствених радника који су трајно или привремено загађени микроорганизмима током контакта са пацијентом (руке, одећа, носна слузница, струма);
 - Кроз разне предмете, укључујући медицинску опрему, који постају контаминирани у контакту са пацијентима, рукама здравствених радника, посетиоцима и другим изворима у болничком окружењу.

3. егзогене инфекције, чији је извор болничко окружење, узроковане патогенима који лако преживе у болничком окружењу
 - Узроковане патогенима који живе у води, у влажном окружењу, а понекад и првенствено у стерилним растворима или дезинфицијенсима, а који потичу од посетиоца и других извора у болничком окружењу.

Пад пацијента

Пад пацијента у болничкој установи спада у нежељене догађаје у здравственој установи и један је од показатеља сигурности пацијента и индикатор квалитета у систему акредитације. Отприлике трећина падова узрокује неки облик повреде пацијента и директно

доприноси смањењу квалитета здравствене неге уз различите психофизичке потешкоће. Превенције пада пацијената важна је дужност свих здравствених радника, а посебно медицинских сестара. Један од алата за помоћ при процени ризика од пада јесу стандардизоване скале које се примењују у ту сврху.

Фактори који доводе до пада пацијената:

1. Неадекватна процена;
2. Проблеми у комуникацији;
3. Неадекватни и недостајући протоколи безбедности пацијената;
4. Недостаци у физичком окружењу;
5. Недостатак контроле рада особља.

Физиолошка стања која представљају ризик од пада:

1. Старост;
 - Рана старост (млади стари) – од 65 до 75 година;
 - Просечна старост (стари стари) – од 76 до 85 година;
 - Позна старост (веома стари) – преко 85 година.
2. Поремећена стања;

Депресија - представља стање безвољности, беспомоћности, незнања, са успореном моторичком и менталном динамиком, изгубљеном мотивацијом, праћено суморним, тешким мислима као и телесним поремећајима;

Вртоглавица и Вертиго - то је неодређен израз који болесници употребљавају да би описали неколико различитих субјективних стања. Уз привид кретања често је присутан и функционални окуломоторички поремећај (нистагмус), рушење у стајању и ходању;

Ортостатска хипотензија - ортостатска (постурална) хипотензија је превелики пад артеријског крвног притиска приликом заузимања усправног положаја. Пресинкопа, вртоглавица, заносење, збуњеност или замаглење вида се јављају унутар неколико секунди од устајања;

3. Визуална погоршања (тешко опште стање пацијента);
4. Коришћење одређених медикамената (бензодиазепини, антипсихотици, бенседини).

Године старости пацијената су директно пропорционалне са ризиком од пада као и добијања фрактура, унутрашњег крварења и контузија. 24% пацијената који доживе пад су

старости од 74 година и више. Свака болница треба да води своју статистику падова пацијената на годишњем нивоу. Исто тако треба да води статистику у погледу узрока пада: да ли је случајни пад, очекивани физиолошки пад и неочекивани физиолошки пад, пад услед непрописног понашања пацијената у болници или тако могући али врло ретки намерни или исценирани падови од стране болесника. Прва два типа пада могу се превенирати док друга два није могуће превенирати. Када су у болници учестали прва два типа пада, случајни и очекивани физиолошки то је јасан показатељ неадекватне неге као и неодговарајућег дизајна ентеријера (собе, амбуланте, ходника) и на њих се јасним мерама може деловати.

Пажљиви преглед лекова који употребљава болесник је важан део плана неге како би се спречио пад. У студији становника у три старачка дома, истраживачи на Универзитету Johns Hopkins открили да промене лекова имају огроман утицај на ризик од пада. Открили су да је након промене лекова ризик од падова био је три пута већи у данима након промене лекова.

Један од ризичних догађаја је свакако пад и повреда пацијента настали током хоспитализације. Праћење броја падова и повреда хоспитализованих пацијената као показатеља квалитета рада болнице из области безбедности пацијента захтева њихово правилно дефинисање.

Америчка асоцијација медицинских сестара (American Nurses Association - ANA) преузела је све дефиниције при чему пад дефинише као „непланирано спуштање на под или непланирано спуштање преко одложене, тј.неупотребљиве ствари или друге опреме, са или без повреде, која се догоди у одговарајућој болничкој јединици." Сви облици падова су укључени било да су последица физиолошких узрока (несвестица) или амбијенталних узрока (клизав под) укључујући и асистирани пад.

Асистирани пад је пад код кога је неко од особља, нпр медицинска сестра, али не члан породице или посетилац, са пацијентом приликом пада и покушава да минимизира учинак пада, придржавајући пацијента или на неки други начин покушава да спречи пад. Помоћ пацијенту да се врати на столицу или постељу после пада није асистирани пад.

Пад је, дакле, пултифакторијалне етиологије и доскора су се узроци пада класификовали на унутрашње и спољашње факторе. Спољашњи фактори укључивали су амбијенталне, док су унутрашњи укључивали физиолошке факторе ризика који могу да

провоцирају пад. Раздвајање унутрашњих од спољашњих фактора ризика требало је да олакша утврђивање превентивних стратегија.

Падови хоспитализованих пацијената класификују у три категорије: акцидентални, неантиципирани физиолошки и антиципирани физиолошки пад. Акцидентални падови потичу од спољашњих фактора, као што су амбијентални, а дешавају се нехотице нпр. када пацијент запне, оклизне се или откаже опрема. Иако је око 14% свих падова акцидентално, већина превентивних стратегија је усмерена на спречавање ових падова. Треба истаћи да пацијенте који доживе акцидентални пад не можемо идентификовати пре пада и не треба процењивати ризик за пад применом неке предиктивне скале, као што је Морсеова скала пада (Morse Fall Scale).

Неантиципирани физиолошки пад догађа се када физиолошки узроци нису евидентирани као могући фактори ризика за пад. Ови падови узроковани су стањем пацијената које се не може предвидети све док пацијент не падне (нпр. несвестица, цереброваскуларни инсулт, конвулзије или патолошка фрактура кука). Неантиципирани физиолошки падови представљају 8% свих падова који се догађају у болницама. Антиципирани физиолошки пад се дешава код пацијената чији скор на предиктивној скали указује да су под ризиком падања.

Према скали, ови пацијенти имају неке од следећих карактеристика: претходни пад, несигуран и ограничен ход, коришћење помоћних средстава за кретање, примена интравенске терапије или измењено ментално стање (конфузије).

Према овој класификацији антиципирани физиолошки падови чине 78% свих падова хоспитализованих пацијената и могу да се успешно превенирају.

У клиничко - болничким условима повреде у вези са падом се углавном категоришу у 5 група:

1. Нема повреде: указују да пацијент није претрпео повреду након пада;
2. Блага повреда (модрице, огуљотина): указује на повреду која захтева једноставне интервенције као што су чишћење ране, постављање завоја, апликација хладног облога или локално неког медикамента или једноставно елевације екстремитета;
3. Умерена повреда (раздеротине, уганућа или преломи): указују на повреду која захтева ушивање ране или постављање удлаге/имобилизације;

4. Озбиљна повреда је она која захтева хирушку интервенцију или тракцију, пријем у јединицу интензивне терапије због мониторинга или захтева допунска испитивања, нпр. повреда главе;

5. Смртоносна повреда (летална повреда) је она код које наступа смрт због повреде која је настала од претрпљеног пада.

Превентива пада се огледа и у менаџменту ризика за настанак пада који су:

1. Проблеми при кретању болесника;
2. Проблеми при транспорту болесника;
3. Споредни ефекти медикаментозне терапије као и нежељена дејства (вртоглавица, дрхтавица, отежана циркулација);
4. Конфузије;
5. Учестала употреба тоалета.

Комуникација и размена информација између клиничког као и неклиничког особља о стању готово сваког пацијента доводи у великој мери до смањења ризика од пада пацијената. Веома је битан континуитет у спровођењу овакве комуникације - дакле сваког радног дана, у свакој смени је неопходна комуникација о тренутном физичком стању пацијента, као и процедурама рада са овим пацијентима.

Најбитније код превентиве пада пацијената јесте интрадисциплинарни приступ нези болесника као и избегавање самосталног рада запослених са оваквим пацијентима. Најчешће се препоручује рад у двоје при нези оваквих болесника. Такође битно је да је тим радника са оваквим пацијентима мултидисциплинаран. Мултидисциплинарни тимови морају бити унапред припремљени, увежбани за све ситуације као и за процедуре рада са таквим пацијентима.

Улога медицинске сестре у превенцији пада и едукацији пацијената

Медицинска сестра је самостални здравствени радник чија је основна делатност здравствена нега, а степен самосталности условљен је врстом активности којом се бави. Будући да је подручје здравствене неге јасно одређено, од медицинске сестре се очекује да препозна и решава пацијентове проблеме из тог подручја. Медицинска сестра прикупља

податке, тумачи их и чува у одговарајућој документацији, а њиховом даљом обрадом добијају се информације које чине основу за унапређење квалитета и развоја здравствене неге. Медицинске сестре у свом свакодневном раду се сусрећу са великим бројем података које настају у подручју здравствене неге. Посматрање болесника и његовог целокупног стања се данас не може замислити без сестринске документације.

Документација здравствене неге темељи се на теоретским основама и потпомогнута је процесом здравствене неге. При коришћењу података употребљава се папирна и рачунарски обрађена документација.

Сестринска документација се разликује од лекарске. Обе врсте документације и документовања су повезане, а различите у смислу лечења пацијената и одговорности.

Висок ризик за пад је честа сестринска дијагноза која се прати и документује и уједно је и честа тема на сестринским стручним усававањима где се прате нова сазнања о спречавању падова. Осим последица за болесника сваки пад представља и могућност додатних материјалних оптерећења за установу са сврхом надокнађивања евентуалне штете. У здравственим установама значајан је број инцидената који се завршавају са падом и због тога се створила потреба континуираног праћења на том подручју.

Процена ризика за пад се врши помоћу Морсеове скале. Морсеова скала је лествица којом процењујемо ризик за пад, бодује се неколико категорија при чему већи број бодова (45 и више) представља већи ризик за пад.

Морсеова скала се састоји од шест лествица које се процењују (претходни падови, друге медицинске дијагнозе, помагала при кретању, инфузија, став/премештање, ментални статус) па је могући распон бодова од 0 до 125 на темељу чега се утврђује ниво потенцијалног ризика.

Северноамеричка асоцијација за сестринске дијагнозе (NANDA) уврстила је ризик од пада у сестринску дијагнозу. Сестринска дијагноза је специфичан закључак о реаговању појединца, породице или заједнице на актуелни или потенцијални здравствени проблем који особље службе здравствене неге може самостално да спречи, ублажи или реши. Сестринска дијагноза треба да буде исказана у оквиру законских компетенција медицинске сестре. Ризик од пада дефинише се као стање повећане осетљивости за пад и настанак

телесних повреда. Та чињеница обавезује медицинске сестре на спровођење одређених самосталних и зависних интервенција, по налогу лекара у превенцији пада. Пад се дефинише и као медицинска грешка која представља неуспех или неизвршавање планираних поступака како је намеравано (нпр. грешка у извођењу) или примена погрешног плана у постизању циља (нпр. грешка у планирању). Пад се као медицинска грешка према препоруци Заједничке комисије за акредитацију здравствених установа (ЈСАНО) може отклонити благовременом проценом ризика применом наведених скала код свих хоспитализованих пацијената и имплементацијом програма превенције.

Превенција падова је од посебне важности у стандарду сигурности болесника. Дужност свих здравствених радника, а највише медицинских сестара и техничара је спречити пад болесника.

Током хоспитализације, ризик за пад се процењује зависно од стања болесника свакодневно односно при свакој промени у општем стању болесника. Процена ризика за пад процењује се Морсеовом скалом. Једном утврђен узрок пада омогућава специфичан приступ и израду одговарајућег превентивног плана.

Превенција пада започиње проценом и бодовањем болесника Морсеовом скалом. Улога медицинске сестре током хоспитализације је процена болесниковог стања и евалуација на скалама, конкретно Морсеовој лествици за пад. На темељу добијених резултата и прикупљених података поставља се сестринска дијагноза која условљава израду плана здравствене његе.

Планом се одређује циљ на темељу којег се спроводе интервенције које су прилагођене болеснику. По спроведеним интервенцијама израђује се евалуација циља. Сваки спречени или настали пад се евидентира у сестринску документацију, као и на посебне обрасце. Циљ пријаве нежељеног догађаја је унапређивање сигурности пацијента, учењем из насталих грешака, као и развијање радног окружења у коме запослени имају прилику да уче из претходних лоших искустава и на темељу тога поправљају учињене грешке.

2.0. Циљеви рада

1. Утврдити учесталост нежељених догађаја у сестринској пракси
2. Утврдити да ли медицинске сестре раде на побољшању сигурности пацијената
3. Утврдити утицај међуљудских односа на појаву грешака у сестринској пракси

Метод рада

Врста студије

Истраживање је спроведено по типу студије пресека.

реме и место

Истраживање је спроведено у Општој болници у Зајечару у периоду од 09.04.2023.године до 21.05.2023.године.

Популација и узорак

Истраживање је спроведено у популацији медицинских сестара и техничара од 20 до 50 година старости који су запослени у Општој болници у Зајечару. Узорак је био састављен од 50 испитаника. Сви испитаници су добровољно пристали да учествују у истраживању.

Техника и инструмент истраживања

Техника истраживања је анкетирање, а инструмент истраживања је анкетни упитник. Аутор овог истраживања је конструисао анкетни упитник. Анкетни упитник се састојао из два дела. Први део су чинила питања која се односе на демографска обележја, а другим делом питања смо испитали безбедност пацијената током хоспитализације и грешке које се дешавају у раду медицинских сестара.

Статистичка обрада података и приказ резултата

Приказани подаци су обрађени једноставним статистичким методама и приказани апсолутним бројевима, процентима и графиконима.

4.0. Резултати истраживања



Графикон 1. Пол испитаника

Наш узорак био је састављен од 20% испитаника мушког пола и 80% женског пола (Графикон 1).



Графикон 2. Старост испитаника

Расподела испитаника у односу на године је следећа: 20% испитаника је старости од 20 до 30 година, 40% испитаника имају од 31 до 50 година, 30% испитаника старости је од 51 до 60 година, док је 10% испитаника старости више од 60 година (Графикон 2).



Графикон 3. Место становања испитаника

У селу живи 36% испитаника, док је из града 64 % испитаника (Графикон 3).



Графикон 4. Брачни статус испитаника

Половина испитаника (50%) удато је и ожењено, 30% неудараних и неожењених, а 20% испитаника је разведено (Графикон 4).



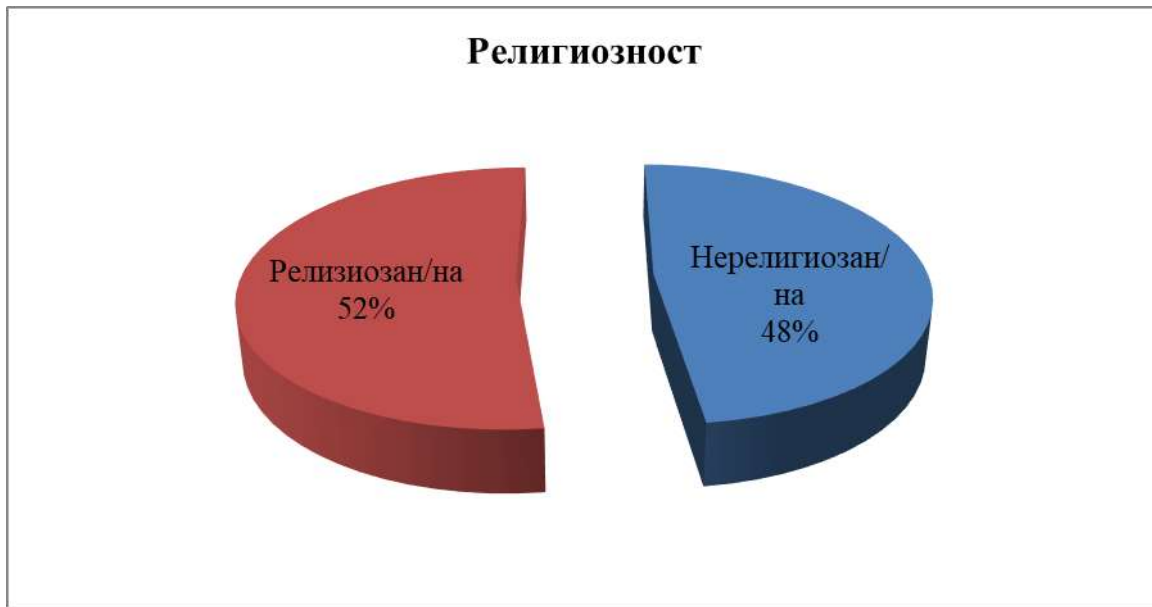
Графикон 5. Радни статус испитаника

До 5 година радног искуства има 10% испитаника, 5 до 10 година 20% испитаника, 11 до 20 година 30% испитаника и више од 20 година радног искуства има 40% испитаника (Графикон 5).



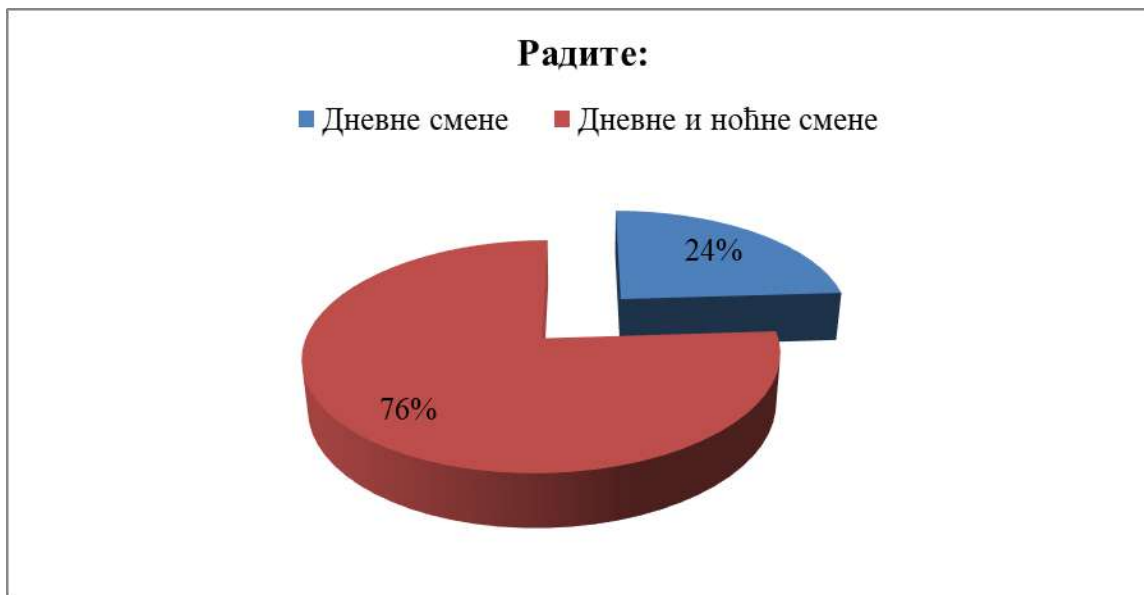
Графикон 6. Породични односи испитаника

Добре породичне односе има 50% испитаника, одличне односе има 20% испитаника, док лоше породичне односе има 30% испитаника (Графикон 6).



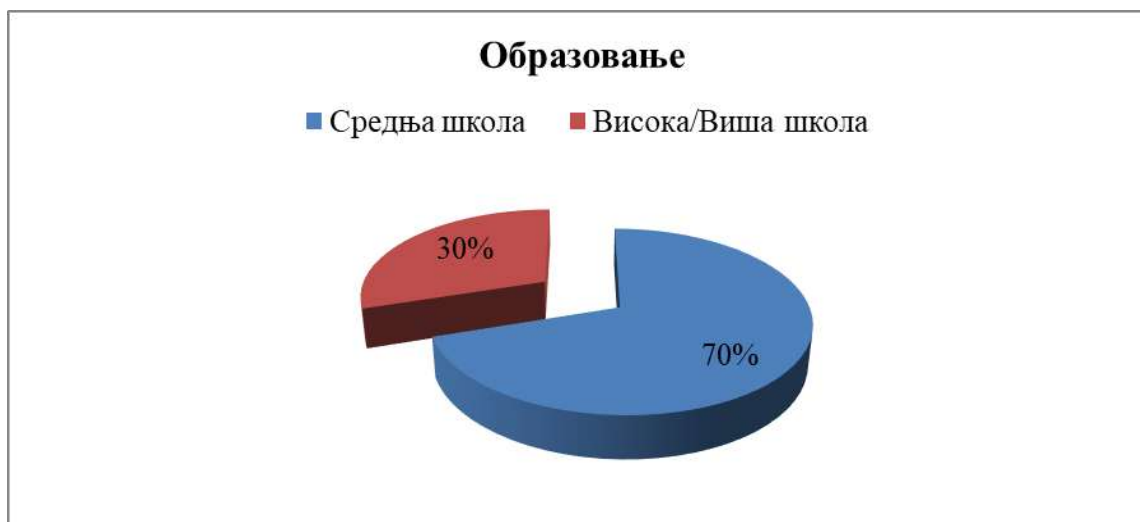
Графикон 7. Религиозност испитаника

Више од половине (52%) испитаника себе сматра религиозним, док 48% испитаника себе сматра атеистима (Графикон 7).



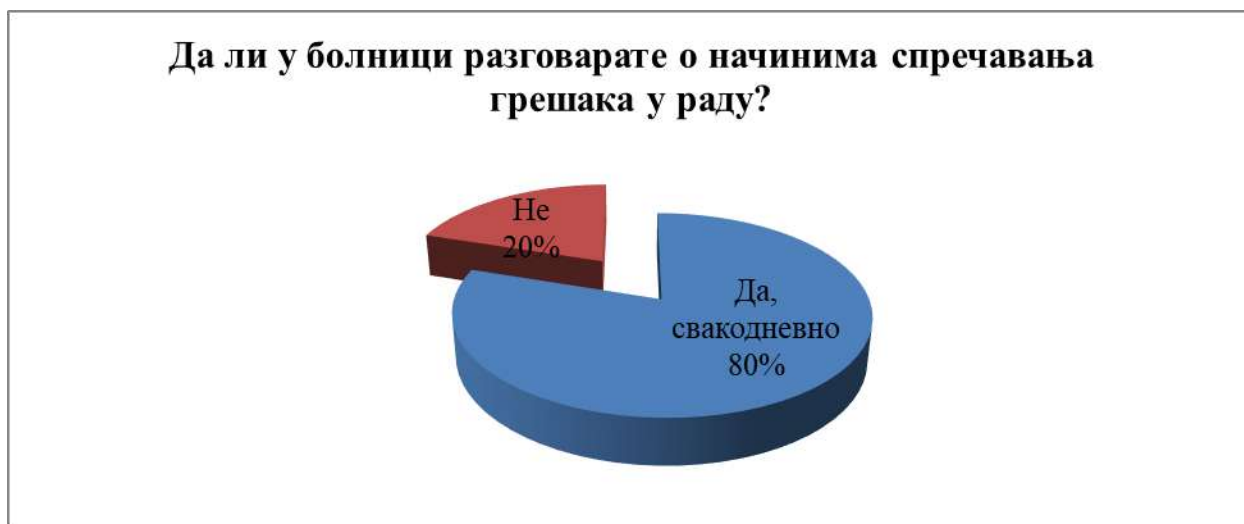
Графикон 8. Сменски рад испитаника

Дневне смене ради 24% испитаника, док у сменама (дневне и ноћне смене) ради 76% испитаника (Графикон 8).



Графикон 9. Образовање испитаника

Средње образовање има 70% испитаника, док 30% испитаника има више/високо образовање (Графикон 9).

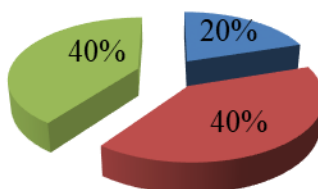


Графикон 10. Разговори о начину спречавања грешака у раду

Да се свакодневно разговара у болници о начину спречавања грешака у раду истакло је 80% испитаника, док је негативно одговорило 20% испитаника (Графикон 10).

Ако бисте уочили грешку у раду колега, шта би сте урадили?

- Пријавио/ла бих
- Упозорио/ла бих колегу да пријави грешку
- Само бих указао/ла колеги на грешку



Графикон 11. Грешке у раду колега

Уколико би уочили грешку у раду колега 20% испитаника би пријавило колегу, 40% би упозорило колегу да пријави грешку, док би 40% само указало колеги на грешку (Графикон 11).

Да ли након спровођења интервенције пратите реакције пацијента?

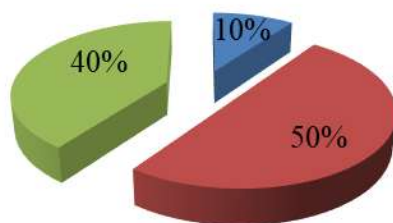


Графикон 12. Праћење реакције пацијента након интервенције

Сваки испитаник увек прати реакцију након спровођења интервенције (Графикон 12).

Да ли при парентералној апликацији лека мешате лекове (у шприц или раствор)?

■ Да ■ Понекад ■ Не

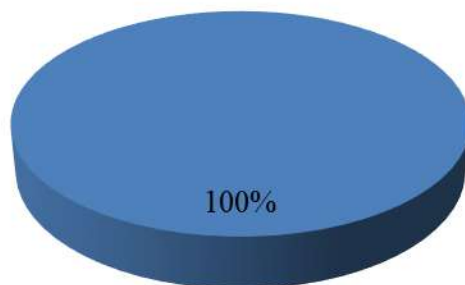


Графикон 13. Мешање лекова при парентералној апликацији

При парентералној апликацији лекова, увек меша лекове 10% испитаника, понекад 50% испитаника, а никад не меша лекове 40% испитаника (Графикон 13).

Шта је инкопатибилност?

■ Неподударност

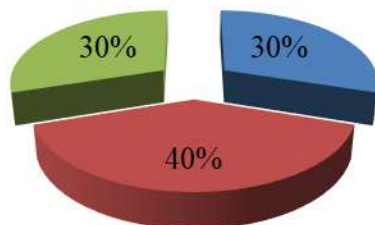


Графикон 14. Инкопатибилност

Сви испитанци су одговорили да је инкопатибилност неподударност лекова (Графикон 14).

Безбедност апликације лекова подразумева?

- Безбедност пацијената
- Безбедност медицинске сестре-техничаре
- Безбедност за околину



Графикон 15. Безбедност апликације

Да безбедност апликације лекова подразумева безбедност пацијената, изјаснило се 30% испитаника, 40% испитаника да је то безбедност за медицинске сестре, а 30% испитаника да је то безбедност за околину (Графикон 15).

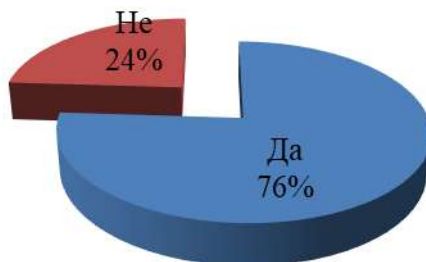
Да ли Вам се десило да замените пацијенте?



Графикон 16. Замена пацијената

Током свог рада 10% испитаника истакло је да је заменило пацијента, док 90% испитаника никада није заменило пацијента (Графикон 16).

**Да ли дајете надређенима информације о
нежељеним догађајима који су се десили у току
смене?**



Графикон 17. Да ли испитаници дају надређенима информације о нежељеним догађајима који су се десили у току смене

Да надређенима дају информације о нежељеним догађајима у току смене рекло је 76% испитаника, а 24% испитаника не даје надређенима информације о нежељеним догађајима (Графикон 17).

**Да ли медицинске сестре могу слободно да кажу
надређеној особи ако примете да су неке
интервенције негативно утицале на пацијента?**



Графикон 18. Да ли медицинске сестре слободно могу надређеној особи да кажу уколико примете да су неке интервенције негативно утицале на пацијента

Надређенима могу слободно да саопште негативне утицаје интервенције на пацијенте истакло је 80% испитаника, док 20% испитаника то чини понекад (Графикон 18).

Да ли сте Ви обавештени о грешкама које се дешавају на Вашем одељењу?



Графикон 19. Структура испитаника у односу на обавештеност о грешкама

Сви испитаници су обавештени о грешкама које се дешавају на њиховом одељењу (Графикон 19).

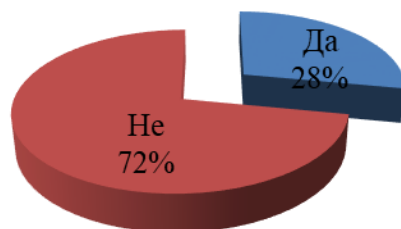
Да ли медицинске сестре слободно могу да питају надређене о њиховим одлукама донетим у вези неге пацијената?



Графикон 20. Да ли медицинске сестре слободно могу да питају надређене о њиховим одлукама донетим у вези неге пацијената

Три четвртине испитаника (76%) могу да питају надређене о њиховим одлукама донетим у вези неге пацијента, понекад то може да учини 12% испитаника (Графикон 20).

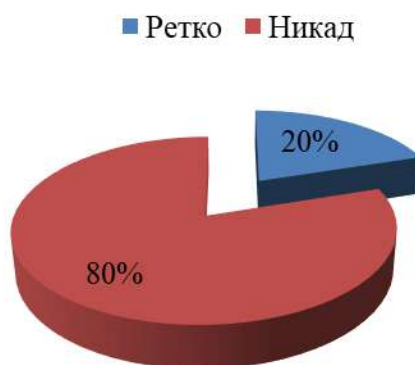
Да ли медицинске сестре на Вашем одељењу имају страх да питају друге колеге за помоћ уколико за нешто нису сигурне?



Графикон 21. Страх медицинских сестара да на свом одељењу питају друге колеге за помоћ

Да медицинске сестре на њиховом одељењу немају страх да питају друге колеге за помоћ уколико за нешто нису сигурне истакло је 72% испитаника, а 28% испитаника истакло је да на њиховом одељењу медицинске сестре имају страх да за помоћ питају колеге (Графикон 21).

Када се јави грешка која утиче на здравствено стање пацијента колико се често пријављује?



Графикон 22. Колико се пријављају грешке које утичу на здравствено стање пацијената

Једна петина (20%) испитаника тврди да се пријављују грешке које утичу на здравствено стање пацијента, док 80% испитаника тврди да се никада не пријављују грешке које утичу на здравствено стање пацијента (Графикон 22).



Графикон 23. Колико се пријављују грешке које не утичу на здравствено стање пацијената

Када су у питању грешке које не утичу на здравствено стање пацијента половина испитаника (50%) истиче да се ретко пријављују, док друга половина истиче да се такве грешке никада не пријављују (Графикон 23).



Графикон 24. Извештаји о нежељеним догађајима у протеклих 12 месеци

Нема извештаје о нежељеним догађајима у протеклих 12 месеци 80% испитаника, док 20% испитаника истиче да је у посматраном временском периоду пријављено 1 до 5 извештаја о нежељеним догађајима (Графикон 24).



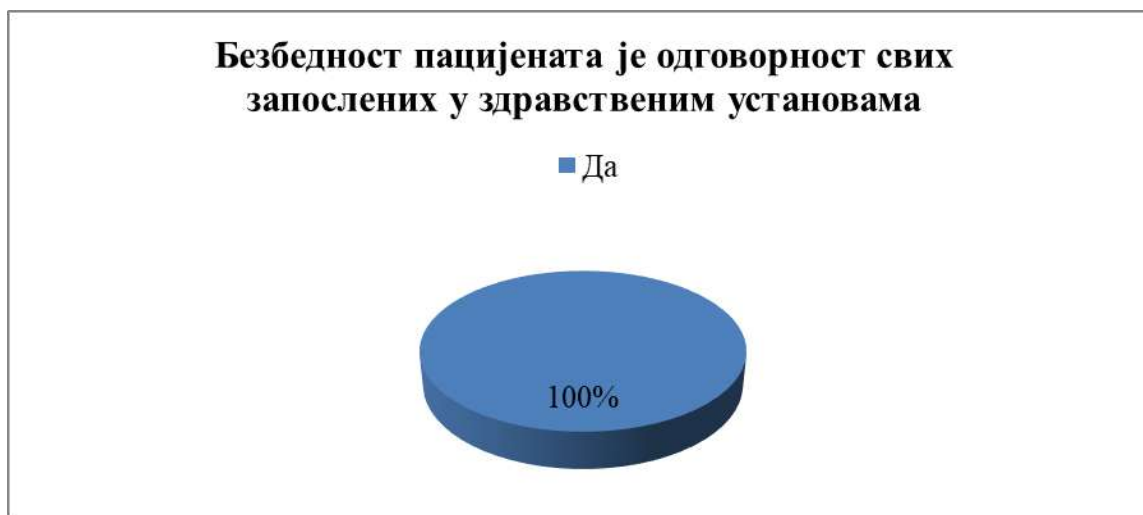
Графикон 25. Падови пацијената

Више од половине испитаника (56%) изјавило је да се падови на одељењу ретко дешавају, да се дешавају падови изјавило је 20% испитаника, а да се никада не дешавају навело је 24% испитаника (Графикон 25).



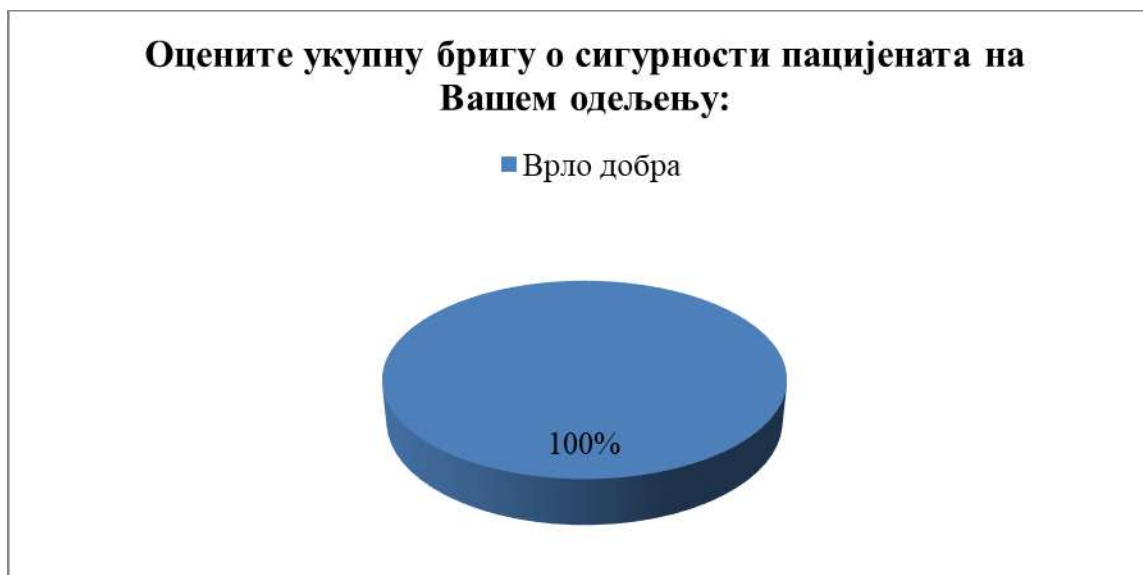
Графикон 26. Грижа савест медицинских сестара узрокована падом пацијента

У ситуацијама када пацијент доживи пад, 74% испитаника увек има грижу савести, док 26% испитаника ретко има грижу савести (Графикон 26).



Графикон 27. Безбедност пацијената

Сви испитаници мишљења су да је безбедност пацијената одговорност свих запослених у здравственим установама (Графикон 27).

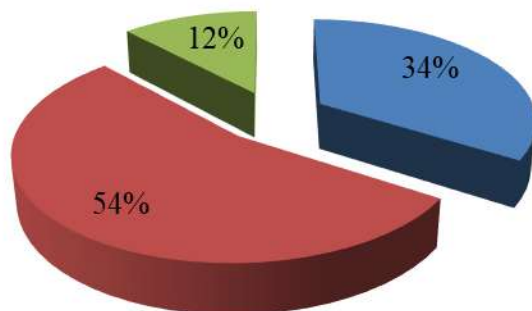


Графикон 28. Укупна бригаа о сигурности пацијената на одељењу испитаника

По мишљењу свих испитаника безбедност пацијената на њиховом одељењу је врло добра (Графикон 28).

**Активно радите на побољшању сигурности
пацијената пратећи протоколе:**

■ Ретко ■ Већину времена ■ Никад



Графикон 29. Побољшање сигурности

На побољшању сигурности пацијената током радног дана, активно ради 54% испитаника, ретко то ради 34% испитаника, а 12% испитаника никада (Графикон 29).

**Да ли се дешавају грешке у вођењу медицинске
документације?**



Графикон 30. Вођење медицинске документације

Да се никада не дешавају грешке у вођењу медицинске документације истакло је 74% испитаника, а да се то понекад дешава тврди 26% испитаника (Графикон 30).

Да ли сте Ви некад погрешили у вођењу документације пацијената?



Графикон 31. Да ли су медицинске сестре некада погрешиле у вођењу документације пацијената

У вођењу документације пацијената, понекад погрешити 50% испитаника, никада не грешити 30% испитаника, а 20% испитаника редовно грешити у вођењу медицинске документације пацијената (Графикон 31).

На састанцима колектива разговарате о превенцији грешака које се догађају:



Графикон 32. Разговори на састанцима о превенцији грешака

Да углавном разговарају на састанцима колектива о превенцији грешака истакло је 72% испитаника, а да не разговарају 28% испитаника (Графикон 32).

Да ли се на Вашем одељењу десило да сте лек упућен једном пацијенту, дали другом пацијенту?



Графикон 33. Да ли се на одељењу десило да лек упућен једном пацијенту, дат другом пацијенту

Да лек прописан једном пацијенту добије други пацијент потврдило је 10% испитаника, а да се то никада није десило истакло је 90% испитаника (Графикон 33).

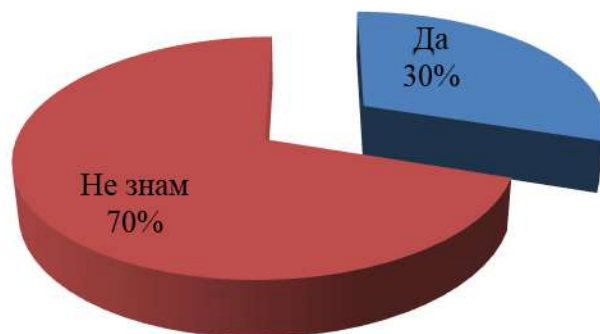
Да ли сматрате да је декубитус грешка медицинске сестре?



Графикон 34. Декубитус код пацијената као сестринска грешка

Мишљење 90% испитаника је, да је декубитус грешка медицинске сестре, док 10% сматра да није (Графикон 34).

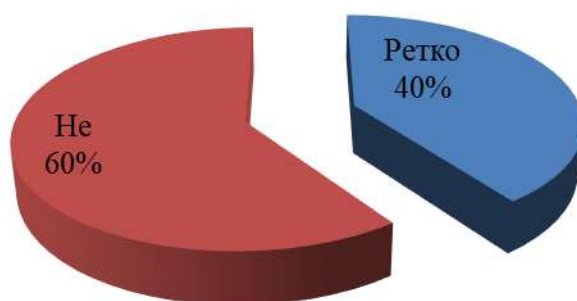
Да ли се некада десило да је урађен хирушки захват на погрешном делу тела?



Графикон 35. Хирушки захват на погрешном делу тела

Да се некада десило да је урађен хирушки захват на погрешном делу тела рекло је 30% испитаника, док 70% испитаника става је да не знају (Графикон 35).

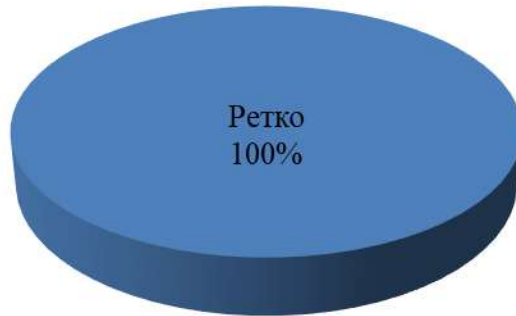
Да ли су се у Вашој болници дешавале ситуације повреде органа током хирушког захвата?



Графикон 36. Повреда органа током хирушког захвата

Повреде органа током хирушког захвата ретко се дешавају тврди 40% испитаника, док преосталих 60% испитаника истичу да се не дешавају (Графикон 36).

Да ли се десило да дође до повреде пацијената током неких интервенција?



Графикон 37. Повреде пацијената током интервенција

Сви испитаници мишљења су да током медицинских интервенција ретко дође да повреде пацијента (Графикон 37).

Сматрате ли да је појава интрахоспиталних инфекција грешка у раду медицинске сестре?



Графикон 38. Интрахоспиталне инфекције као грешка у раду медицинске сестре

Интрахоспиталне инфекције могу да буду грешке у раду медицинске сестре став је 40% испитаника, 30% испитаника сматра да нису грешке у раду медицинске сестре, док 30% испитаника не зна да ли интрахоспиталне инфекције могу бити последица грешке у раду медицинске сестаре (Графикон 38).

Сматрате ли да лоши међуљудски односи у колективу могу довести до грешке у раду са пацијентима?



Графикон 39. Лоши међуљудски односи као узрок грешке у раду

Сви испитаници сматрају да лоши међуљудски односи у колективу могу да доведу до грешке у раду са пацијентима (Графикон 39).

5.0. Закључак

На основу резултата истраживања можемо да закључимо следеће:

1. Нежељени догађаји као и грешке које утичу на здравствено стање пацијената се ретко јављају у сестринској пракси.
2. У пракси се понекад дешавају грешке у вођењу медицинске документације.
3. Једна четвртина медицинских сестара не информисе надређене о нежељеним догађајима, а приближно исти број има страх да затражи помоћ од колега.
4. Медицинске сестре немају правилан приступ у ситуацијама када уоче да колега направи грешку.
5. Безбедност пацијената је одговорност свих запослених у здравственим установама.
6. Медицинске сестре немају довољно знања о безбедности апликације лекова.
7. Иако знају за могућност инкопатибилности лекова и раствора, медицинске сестре не поштују увек принципе апликовања парентералне терапије.

8. Медицинске сестре не раде у довољној мери на побољшању сигурности пацијената.
9. Медицинске сестре сматрају да су падови пацијената чести, а да декубитус и интрахоспиталне инфекције спадају у домен одговорности медицинских сестара.
10. Лоши међуљудски односи доводе до грешке у сестринској пракси.

6.0. Литература

1. Алексић А. Улога и значај лидерства у условима глобалног пословања, Факултет безбедности, Београд, 2007.
2. Брзић Д. Узроци и превенција повреда, Школска књига, Загреб, 2012.
3. Влајковић Ј. Животне кризе и њихово превазилажење, Жарко Албуљ, Београд, 1997.
4. Грубић Нешић Л. Развој људских ресурса или спремност за промене, Медицински факултет Нови Сад, Нови Сад, 2005.
5. Илић И. Утицај негативних фактора на квалитет живота, Научна књига, Београд, 2008.
6. Јовановић П. Заштита инвалида у радној средини, Докторска дисертација. Медицински факултет у Новом Саду, Нови Сад, 2020.
7. Калауз С. Организација и управљање у подручју здравствене неге, Научна књига, Загреб, 2012.
8. Кекуш Д. Здравствена нега у превентивној здравственој заштити, Виша медицинска школа Ћуприја, Ћуприја, 2005.
9. Кртинић Г. Учесталост повреда код интезивно активних адолесцената, Медицински факултет у Новом Саду, Нови Сад, 2018.
10. Министарство здравља Републике Србије, Закон о јавном здрављу, „Сл. гласник РС“, бр. 15/2016.
11. Михајловић Д. Психологија рада и организације, Факултет организационих наука, Научна књига, Београд, 2018.
12. Марковић Р, Васић М, Сагрић Ц, Делјанин З, Ранчић Н, Марјановић С. Потреба за систематичним образовањем из здравственог менаџмента у Републици Србији, *Acta Facultatis Mediane Naissensis*. 2009; 26 (3): 143-149.
13. Марковић Ј, Марковић Д, Месић Е, Арсић Д, Арсић К, Арсић Ј. Специфичности комуникацијских вештина у медицини, *ПОНС Медицински часопис*. 2015; 12 (1): 25-29.
14. Пројекат Министарства здравља Републике Србије. Принципи и филозофија палијативног збрињавања, Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2010.

15. Провчин М. Превенција падова, Школска књига, Загреб, 2018.
16. Пауновић М, Тртица С, Јанковић С, Тамбурковски Г. (2008). Трауматизам-Изазов за ново Јавно здравље. На сајту: www.zdravlje.org.rs Очитано: 23.априла.2021.године
17. Стојановић З. Значај кинезитерапијског третмана у превенцији падова код институционализованих старих особа, Докторска дисертација, Медицински факултет Универзитет у Приштини, са привременим седиштем у Косовској Митровици, Косовска Митровица, 2018.
18. Тијанић М, Ђурановић Д, Рудић Р, Миловић Љ. Здравствена нега и савремено сестринство, Научна књига, Београд, 2018.
19. Худоровић Н, Крешић В. Синдром сагоревања на послу, Научна књига, Загреб 2019.
20. Храстић Љ. Медицинска сестра у превенцији падова, Школска књига, Загреб, 2016.