

СЕСТРИНСКИЕ ОШИБКИ КАК УГРОЗА БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Т.В. Матвейчик, канд. мед. наук

Белорусская медицинская академия последипломного образования

E-mail: matveichik51@rambler.ru

Описаны подходы к оценке и предупреждению сестринских ошибок в европейских странах и отношение респондентов из Беларуси к сестринским ошибкам. Даются предложения по результатам анкетирования.

Ключевые слова: анкетирование, сестринские ошибки, выводы и предложения.

Цель укрепления первичного звена медицинской помощи и создания системы управления качеством – обеспечить население доступной и более совершенной помощью в соответствии с принципами социальной справедливости. Этому способствует правильная организация работы сестринского персонала, поскольку одной из причин жалоб населения на качество медицинской помощи являются сестринские ошибки.

Европейское бюро ВОЗ указало на необходимость учета 4 компонентов оценки качества медицинской помощи; это квалификация медицинского персонала; оптимальность использования ресурсов; риск для здоровья пациентов; удовлетворенность пациентов взаимодействием с системой здравоохранения. Рекомендации по совершенствованию первичной медицинской помощи и улучшению ее качества включены в перечень задач ВОЗ по достижению здоровья для всех.

Между тем качество сестринских услуг в части безопасности не может быть признано удовлетворительным; научные исследования выявляют нежелательные инциденты на госпитальном уровне оказания медицинской помощи медсестрами.

В докладе Комиссии по качеству медицинской помощи Американского института медицины «Ошибаться – в природе человека: построение более безопасной системы здравоохранения» указано, что смертность пациентов в стационарах, обусловленная дефектами медицинской помощи, достигает 44–98 тыс. случаев в год. Для таких стран, как Великобритания, Австралия, Канада и Дания, установлены причины ухудшения здоровья у 10–16% госпитализированных. Данные рабочей

группы по качеству стационарной медицинской помощи организации «Больницы для Европы», указывают на то, что в 2000 г. пострадал от предотвратимых осложнений лечения каждый 10-й пациент европейских больниц. Согласно сведениям ряда авторов, частота возникновения ошибок на уровне первичного звена медицинской помощи – от 5 до 80 на 100 тыс. посещений. Больше всего (26–78%) ошибок диагностики. Другая группа неблагоприятных событий (от 11 до 42% ошибок) обусловлена выбором неадекватной тактики лечения, являющейся причиной 10–20% судебных исков.

Важнейшими предпосылками к возникновению сестринских ошибок являются проблемы взаимодействия между амбулаторным и госпитальным этапами и оказания медицинской помощи.

Причины сестринских ошибок – дефекты образования, низкая правовая и этическая культура медсестер.

Воздействуя на причины ошибок, можно улучшить качество медсестринской помощи.

Не последнюю роль в появлении погрешностей в работе играют стресс, усталость, спешка, т.е. субъективные факторы, которые являются причиной около 10% ошибок. Неправильная организация работы, недостаток опыта, игнорирование пожеланий пациента, недооценка мнения коллег в разных сочетаниях становятся причинами почти каждой выявленной ошибки.

В целом материалы исследований, осуществленных в разных странах и посвященных изучению причин медицинских (сестринских) ошибок, указывают на их многофакторный и комплексный характер, с чем связана сложность поиска их источника. Почти в 50% случаев причины ошибки обнаружить не удается.

Большинство авторов считают, что на амбулаторном этапе медицинской помощи от 60 до 83% ошибок являются предотвратимыми, в связи с чем представляется целесообразным их анализ (одна из функций руководителя сестринского дела). Сестринские ошибки анализируют с разных точек зрения:

- их причины;

- времени и места совершения;
- прогноза для здоровья и жизни;
- своевременности и правильности медицинских действий.

На всех этапах развития медицины анализу и освещению ошибок, совершаемых медицинскими работниками, придавалось особое значение. Гиппократ утверждал, что хорошим врачом является тот, кто признается в ошибке. Обращаясь к своим коллегам, он говорил: «Если мы будем требовательны к себе, то не только успех, но и ошибка станет источником знаний». Советский терапевт и гематолог, академик АМН СССР И.А. Кассирский так писал о врачебных ошибках: «...ошибки – это неизбежные и печальные издержки врачебной деятельности, и единственно оптимальное в них то, что они помогают тому, чтобы их не было. Выявленные, признанные, они учат, как не ошибаться. Вот почему систематический анализ допущенных ошибок является необходимой предпосылкой для совершенствования медицинской помощи населению». Это применимо и к сестринским ошибкам.

Любую патологию, возникающую в связи с медицинскими действиями, профилактическими, диагностическими или лечебными (Зильбер А.П., 2008), называют ятрогенной. Ятрогенное поражение (ЯП) – неумышленное или неизбежное повреждение функций или структуры организма, вызванное медицинскими действиями (Зильбер А.П., 2008). Пример неумышленного повреждения структуры организма – поражение легких при массивной гемотрансфузии. Пример неизбежного повреждения функций – дисбактериоз при антибактериальной терапии.

Мы пользовались классификацией профессиональных ятрогений по А.П. Зильберу (2008).

I. Классификация профессиональных ятрогений:

1. ЯП, связанные с диагностическими процедурами:

- инструментальное повреждение эндоскопом и т.п.;
- радиационные поражения при рентгенологических (скопических) исследованиях;
- аллергические и токсические реакции на контрастное или тест-вещество; подобные ЯП нередки в практике медсестер на стационарном этапе медицинской помощи.

2. ЯП, связанные с лечебными или диагностическими действиями:

- лекарственная болезнь от «преднамеренной» или непреднамеренной медицинской интоксикации, в том числе связанной с вынужденной передозировкой медикаментов

(химиотерапия при раке);

- аллергические реакции на медикаменты (включая анафилактический шок);
- радиационные поражения при лучевой терапии;
- пункционные, инъекционные, инфузионные и другие повреждения органов и тканей;
- операционный стресс и механическое повреждение органов при хирургических операциях.

3. ЯП, связанные с профилактическими мероприятиями:

- реакция на вакцинацию;
- инфекционно-воспалительное поражение вследствие инъекций (абсцессы).

4. Информационные ЯП:

- реакция на слова;
- действие санитарного просвещения, книг, специальных статей на некомпетентных или мнительных людей;
- самолечение; из-за различий в толковании термина в Республике Беларусь, Российской Федерации (РФ) и странах Евросоюза частота последствий самолечения в Беларуси выше, чем в РФ и странах Евросоюза.

II. Патогенетическая классификация профессиональных ятрогений:

- неизбежное действие метода (операция – стресс);
- действие избыточной дозы или режима, в том числе при недооценке индивидуальной чувствительности больного;
- влияние погрешности процедуры (газовая эмболия при внутривенной инъекции).

III. Регистрация ЯП:

- согласно VIII Международной классификации болезней (МКБ), травм и причин смерти, регистрируются осложнения медицинских действий, возникающих лишь в связи с ошибкой врача или медсестры;
- согласно МКБ IX (1983), регистрируются осложнения медицинских действий (E 870-879);
- в современной МКБ X ЯП помещены в разделы T80-88 и T40-84.

Ятрогенными действиями медицинского персонала считаются только в том случае, если причиной смерти являются не заболевание или травма как таковые, а осложнения, вызванные медицинскими действиями.

Анализ указанных материалов позволяет сделать следующие выводы:

- ятрогенными нередко считают заболевания, таковыми не являющиеся;

- критические состояния больных часты и нуждаются в более широком и глубоком изучении, чем это практикуется;
- ятрогения – следствие несовершенства медицины, а не вины медицинского работника; этот постулат должен быть широко известен больным с рисками; понятие медицинского риска должно быть известно всему населению, чтобы не было неоправданных обвинений в адрес врачей и медсестер.

Этическая и правовая оценка ЯП проводится в случаях претензий пациента, подлежащих анализу экспертов, лечебно-профилактического учреждения.

Для оценки масштабов и причин сестринских ошибок важно проанализировать мнение об этом руководителей сестринских коллективов. Несколько лет назад в Белорусской медицинской академии последипломного образования было анонимно проанкетировано 152 слушателя – руководителя сестринского коллектива. Подобное анкетирование позволяет: проследить за эволюцией отношения к совершенной ошибке вследствие занятий на эту тему; понять, какие действия руководителя могут снизить риск совершения ошибки; оценить этичность разбора сестринских ошибок; узнать мнение организаторов о способах предупреждения ошибок. Автор и ранее обращалась к этой теме, однако практика свидетельствует о сохранении актуальности проблемы.

Была разработана специальная анкета, содержащая 5 вопросов с несколькими вариантами ответов. Целью анкетирования было проанализировать отношение респондентов к ситуации с сестринскими ошибками.

Анкета содержала следующие вопросы и варианты ответов:

- в какую из известных Вам классификаций попадает совершенная Вами серьезная сестринская ошибка?
 - нарушения этики – 27,7±4%;
- ошибка при осуществлении технических, инвазивных или операционных вмешательств – 50±1,85% (t=5,92);
 - фармакологические, фармакогнозические ошибки – 5,5±2,15%;
 - нарушение внимания – 22,2±5,19%;
- Вы – организатор сестринского дела, в функции которого входит изменение отношения к совершенной медсестрой ошибке; к какому способу Вы прибегнете:
 - дипломатичный подход к пациенту с целью повышения его толерантности к медицинскому персоналу – 27,7±2,15%;

- привлечение медицинского страхования рисков – 22,2±5,19%;
- популяризация среди населения идеи личной ответственности за здоровье – 11,1±3,33%;
- контроль за качеством соблюдения сестринских технологий путем: а) обучения технике манипуляций с помощью наставника – 61,1±1,34%; б) жесткого контроля исполнительской дисциплины; в) само- и взаимоконтроля как необходимой части работы – 77,8±0,79% (t=4,6);
- использование стандартов качества выполнения сестринской услуги – 11,1±3,33%;
- материальное и иное стимулирование за работу без ошибок – 77,8±0,79%;

- какой способ уменьшения риска совершения сестринских ошибок я выбираю:
 - работа в паре: опытный сотрудник – молодой – 44,5±2,19% (t=10,47);
 - устные комментарии своих действий – 16,6±2,21%;
 - развитие устойчивости против стресса – 38,9±2,28%;
 - избегать устных публичных заявлений об ошибках в неподготовленной аудитории – 44,5±2,19%;
 - использование анонимных заявлений об ошибках друг друга – 5,5±2,15%;
 - введение в медицинскую документацию листка информации об ошибках;
 - систематизация, анализ и выявление тенденции сестринских ошибок по итогам работы за год – 77,8±0,79%;
- какой принцип я предпочитаю, когда идет разбор сестринских ошибок на конференциях, собраниях:
 - не культивировать страх за совершенную ошибку – 27,7±4%;
 - не стыдить – 55,6±1,57%;
 - создание доброжелательной атмосферы сотрудничества – 66,7±1,13%;
 - доверие: знаю, могу помочь – 66,7±1,13% (t=10,68);
 - коллегиальность – 61,1±1,34%;
- наиболее важным способом предупреждения сестринских ошибок, на мой взгляд, является:
 - создание атмосферы ответственности – 44,5±2,19%;
 - объективизм и коллективизм при разборе ошибок – 50±1,85%;
 - повторение – мать учения: 55,6±1,57%;
 - обмен мнениями с профессионалами более высокого уровня – 72,2±0,96 (t=20,39);

*Указанные проценты – частота полученного ответа.

- коллективная ответственность – $5,5 \pm 2,15\%$;
- заполнение листка информации о допущенных ошибках – $11,1 \pm 3,33\%$;
- единый организационный, административный и правовой подход к сестринским ошибкам – $33,4 \pm 3,2\%$.

Полученные сведения достоверны ($p < 0,05$).

Выводы по результатам анкетирования:

- наиболее часто сестринские ошибки совершаются при осуществлении технических, инвазивных или операционных вмешательств – $50 \pm 1,85\%$ ($t=5,92$);
- предпочтительным способом изменения отношения к совершенным медсестрой ошибкам руководители считают:
 - само- и взаимоконтроль – $77,8 \pm 0,79\%$ ($t=4,6$) и материальное и иное стимулирование за работу без ошибок; по их мнению, этот показатель должен быть заложен в модель конечных результатов по итогам года ($77,8 \pm 0,79\%$);
 - привлечение наставника, обучающего выполнению манипуляций;
- предпочтительным способом уменьшения риска совершения сестринских ошибок респонденты считают работу в паре: опытный специалист – молодой ($44,5 \pm 2,19\%$; $t=10,47$);
- этическим принципом, избранным большинством проанкетированных, явился принцип доверия: знаю, могу помочь ($66,7 \pm 1,13\%$; $t=10,68$); респонденты одобряют также обмен мнениями с профессионалами более высокого уровня – $72,2 \pm 0,96$ ($t=20,39$), создание доброжелательной атмосферы сотрудничества ($66,7 \pm 1,13\%$).

Предложения по результатам анкетирования:

- частое совершение сестринских ошибок при осуществлении технических, инвазивных или операционных вмешательств является следствием недостаточности полученных или незакрепленных практических навыков, что требует пересмотра процесса их приобретения и контроля;
- уменьшить число ошибок можно путем:
 - усиления само- и взаимоконтроля как необходимой части работы, связанной с человеческим фактором;
 - тренировки внимания на коллективных занятиях с психологом;
 - уменьшения нагрузки на 1 медсестру при работе в ночную смену;
 - обеспечения возможности короткого отдыха при организации работы в ночную смену;
- объединение в паре: опытный специалист – молодой является предпочтительной формой

организации труда персонала с разным стажем работы;

- доказанные ошибки, связанные с нарушением этики, подлежат коллективному разбору, анализу и оценке сестринским коллективом до административного наказания;
- сестринскому руководителю нового типа следует культивировать у подчиненных самодисциплину, обеспечивая контроль сестринской услуги на основе организационных стандартов качества;
- в модель конечного результата деятельности учреждения за год целесообразно ввести показатель работы медсестры без ошибок с последующим вознаграждением.

Осуществляемое при последипломной подготовке обучение наставничеству начинает давать результаты: этот метод одобряется большинством респондентов. Согласно результатам исследований, это может дать в перспективе ощутимый эффект.

Представляются рациональными «шаги по укреплению безопасности пациента» – предложенная британскими исследователями система стратегических мер на уровне первичного звена здравоохранения:

- анализ порядка оказания медицинской помощи с целью выявления скрытых системных недостатков;
- формирование культуры безопасности как свидетельство приверженности руководителей к изменению подходов к формированию культуры в группах медицинских работников (врач общей практики, помощник врача, медсестры), основанной на поощрении, а не наказании тех, кто добровольно указывает на недостатки в организации медицинской помощи;
- определение препятствий к принятию системных мер по предотвращению ошибок;
- анализ сестринских ошибок в системе первичной медицинской помощи по данным разных источников, включая добровольную и обязательную отчетность, материалы проверок аккредитационных комиссий, жалоб пациентов; укреплению профессионального статуса медсестры способствует система аттестации на рабочем месте;
- использование передового опыта ВОЗ, которая публикует серию «Решения в области безопасности пациентов»;
- разработка требований к безопасности применения медицинского оборудования, внедрение безопасных методик обследования и лечения;
- внедрение системы отчетности об ошибках на уровне первичного звена медицинской

помощи; медицинское сообщество должно понимать, когда оно способно и должно защитить медицинского работника.

Пять условий невиновности врача (медсестры):

- больной полностью информирован о возможном ЯП и дал согласие на применение метода;
- врач в силу объективных обстоятельств не мог применить менее инвазивные или более безопасные методы, устраняя данную патологию;
- были учтены индивидуальная чувствительность больного или его иные особенности, которые могли бы усугубить ЯП;
- были приняты меры для предупреждения или ослабления ЯП, применялись рациональный мониторинг, оптимальные методы устранения ЯП;
- ЯП не могли быть спрогнозированы, но мониторинг и меры безопасности были предусмотрены.

Выход из ситуации наказания врача (медсестры) за ошибку – медицинское страхование рисков. Платой за небрежность врачей в США, например, в 2007 г. явился рост частоты организационных мер на 14%. Принятые организационные меры:

- ужесточение требований страховых компаний к соблюдению стандартов;
- лишение лицензии за 3 и более случаев доказанной небрежности;
- оповещение о подобных случаях в средствах массовой информации;
- создание медицинских советов по контролю случаев медицинской небрежности.

Меры защиты врача (медсестры):

- самозащита и самообразование в области профессиональных рисков;
- создание интерпретационной модели, позволяющей наладить психологический контакт с больным;
- административная экспертиза;
- создание профессиональных ассоциаций (медицинских советов) и активное участие в досудебном погашении исков;
- досудебное гашение конфликта по поводу ЯП;
- защита в суде.

Серьезным фактором общественного противостояния несправедливому наказанию за совершение сестринских (врачебных) ошибок, обусловленных ЯП, должны стать профессиональные объединения типа Белорусского общественного объединения медсестер. В обязанность организаций подобного рода следует вменить защиту медсестер

от наказания за действия, обусловленные факторами риска медицинской профессии (по крайней мере, пока не будет введена система страхования медицинских – сестринских рисков).

Международный опыт свидетельствует о том, что для повышения безопасности больных необходимы комплексные и всеобъемлющие усилия по совершенствованию организации медицинской помощи, технологий, взаимоотношений между всеми участниками процесса.

Для соблюдения законов нравственности обеими сторонами процесса оказания медицинской помощи (медицинские работники и пациенты) представляются важными следующие положения (Энгельгард Г.Г., Рай М.А., 1988):

- говорите только правду (что согласуется с принципом информированного согласия);
- помогайте людям купить то, что они хотят (платную медицинскую услугу);
- стремитесь к выгоде: экономика, ведущая к дефициту, плоха для всех;
- любите ближнего своего и будьте милосердны;
- храните честь и достоинство своей профессии;
- рыночные отношения хороши, но, обеспечивая их, соблюдайте права и высшие интересы больных, ибо «тому, кто не постиг науки добра, всякая иная наука приносит лишь вред» (Б. Паскаль).

Применение методик противостояния профессиональному стрессу повышает качество и безопасность сестринской помощи. Способствуют адаптации молодого специалиста на рабочем месте:

- наставничество; сформированная культура управленческого труда (если за работу отвечают более одного человека, виновных не найти);
- обучение рациональной организации рабочего времени;
- повышение правовой и этической культуры;
- корректирующее поведение руководителя при совершении подчиненным ошибок; руководитель, осуществляющий анализ, выявляя и предупреждая ошибки сотрудников, пользуется особыми приемами, позволяющими поддерживать деловые отношения и после выявления нелицеприятных фактов.

Правила корректирующего поведения руководителя при совершении профессиональных ошибок врачом (медсестрой):

- обеспечьте правильное отношение к ошибке;
- правильно выбирайте место разбора ситуации;

- правильно выбирайте время разбора;
- изложите с фактами суть проступка;
- критикуйте только за проступок;
- объясните, насколько важно изменить поведение.

«Поучение много значит, но поощрение – все... Поощрение после порицания подобно солнцу после дождя», – говорил Гете.

Таким образом, результаты исследования отражают позитивные изменения отношений в системе врач – медсестра – больной – партнеры, что подтверждено выбором респондентами в качестве наилучших способов борьбы с ошибками следующие: обмен мнениями с профессионалами более высокого уровня, создание доброжелательной атмосферы сотрудничества и доверия по принципу: знаю, могу помочь. Один из доступных методов адаптации специалиста на рабочем месте – организация наставничества, получающего все большее распространение.

Выявлено правовое поле для законодательных инициатив по защите врача (медсестры) от недобросовестной аргументации оппонентов и страхованию профессиональных рисков. Необходима разработка на основе мирового опыта стандартов ресурсного обеспечения, стандартов сестринских технологий и стандартов результатов. Как отмечалось в Послании Президента белорусскому народу и Национальному собранию 21 апреля 2010 г., «необходимо формировать общую культуру качества в стране. Воспитывать у наших людей устойчивое желание качественно жить, трудиться, учиться, выполнять возложенные на них обязанности. Это должно стать образом жизни! Потому что качество начинается с конкретного человека, с каждого из нас – нашей квалификации, ответственности».

Рекомендуемая литература

Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 848 с.

Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Организация сестринского дела. Учебное пособие. – Минск: Выш. шк., 2006. – 301 с.

Матвейчик Т.В., Вальчук Э.А., Иванова В.И. Индивидуальная форма повышения качества сестринских навыков: наставничество. Инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь (рег. № 9-0105 от 02.03.06). – Минск: БелМАПО, 2006. – 30 с.

Фоменко А.Г. Безопасность пациентов на уровне первичной медицинской помощи: современное состояние проблемы // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2008; 3: 15–20.

WHO Health For All Targets: The Health Policy For Europe. – Copenhagen, 1993.

Kohn L.T., Korrigan J.M., Donaldson M.S. To Err is Human. – Washington (DC): National Academy Press, 1999.

Hurwitz B. Learning from primary care: malpractice past, present and future // Qual.Saf. Health Care. – 2004; 13: 90–91.

Sandars J., Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies // Family Practice. – 2003; 20: 231–236.

Wilson T., Sheikh A. Enhancing public safety in primary care // BMJ. – 2002; 324: 584–587.

NURSING ERRORS AS A THREAT TO PATIENT SAFETY T.V. Matveichik, Cand. Med. Sci.

Byelorussian Medical Academy of Postgraduate Education

The paper describes the approaches to estimating and preventing nursing errors in European countries and the attitudes of respondents from Belarus to nursing errors. It gives proposals for the results of a questionnaire survey.

Key words: questionnaire survey, nursing errors, conclusions and proposals.



Журнал «Врач»

ежемесячное издание, поддерживающее живую связь между медицинской наукой, практикой и образованием. Его читатели – практические врачи, научные работники, преподаватели.

Подписка на электронную версию журнала на сайте www.rusvrach.ru

Подписаться можно с любого месяца

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» — 71425



ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
«РУССКИЙ ВРАЧ»