© Коллектив авторов, 2015

ПРОБЛЕМЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ: ОШИБКИ МЕДСЕСТЕР И ДЕФИЦИТ УХОДА

А.Е. Крюков, канд. мед. наук, **М.М. Авхименко,** канд. мед. наук, **Д.В. Гаврюченков**
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
E-mail: krukov.alexandr.msk@yandex.ru

Рассматривается проблема безопасности пребывания пациентов в лечебных учреждениях, приведены основные причины ошибок медсестер и способы их предотвращения в медицинских организациях разных стран.

Ключевые слова: медицинские ошибки медсестер, причины, профилактика.

ВОЗ уделяет проблеме безопасности пациентов в медицинских организациях большое внимание. В связи с этим на 55-й сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения принята резолюция WHASS, в которой содержится призыв к странам – участницам этого форума уделять самое пристальное внимание проблемам обеспечения безопасности пациентов и качества медицинской помощи, включая системы мониторинга лекарств, медицинского оборудования и технологий. Прошло 5 лет с опубликования эпохального отчета Института медицины (Institute of Medicine, IOM), в котором впервые обнародованы данные, ныне широко известные: от 44 до 98 тыс. человек погибают в больницах США вследствие предотвратимых медицинских ошибок [1]. Получается, что ошибки медиков стоят на 8-м месте в списке самых важных причин смерти. От них умирает больше людей, чем от рака молочной железы, СПИДа и автомобильных аварий. Эти ошеломляющие данные противоречат этическому принципу «не навреди». Напомним, что в отчете учитывали только признаваемые всеми неблагоприятные последствия ошибочных вмешательств, произошедших случайно или непреднамеренно.

Право граждан на получение ухода при оказании им медицинской помощи гарантировано законодательно. Так, в статье 6 Федерального Закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сказано, что «приоритет интересов пациента осуществляется, в том числе, и обеспечением ухода при оказании медицинской помощи». Содержание термина «уход» законодатель, к сожалению, не раскрывает. До сих пор нет утвержденных хотя бы на ведомственном уровне критериев «дефицита самоухода», при котором требуется уход с привлечением специального персонала. Не определены конкретные обязанности медучреждений по обеспечению этого ухода. Не определены стандарты ухода при различных проблемах самоухода, нет критериев ненадлежащего ухода за пациентами. До сведения пациентов и их родных не доведена информация о том, на какой уход они могут рассчитывать при госпитализации или при амбулаторно-поликлиническом обслуживании. Таким образом, норма закона об уходе, не подкрепленная другими нормативными актами, не может работать и как бы повисла в воздухе. Между тем, неблагоприятные последствия для здоровья и жизни пациентов, связанные с дефицитом ухода, все чаще становятся поводом для судебных исков и прочих скандальных разбирательств. Однако в состоянии ли лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) обеспечить необходимый уход при той непосильной нагрузке, которую несут сегодня медсестры? Президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль считает, что: «не все зависит от врачей и даже главных врачей. Нагрузка колоссальная, с кадрами просто катастрофа…медицинские сестры работают круглосуточно…» (цит. по [3]).

Он полагает, что с помощью видео-камер можно предотвратить часть конфликтов между пациентами и медперсоналом. В НИИ неотложной детской хирургии и травматологии стоят камеры видеонаблюдения, в том числе и в палатах. Это облегчает наблюдение за детьми, что особенно важно в условиях кадрового дефицита, дисциплинирует детей,

их родителей и медицинский персонал. За много лет работы нареканий на наличие камер не было, но появилась возможность получения достоверной информации при возникновении непонимания в различных конфликтных ситуациях [2].

Хронометраж работы палатных медсестер, проведенный в одной из российских больниц, показал, что в рабочем распорядке медсестры недостаточно времени для осуществления простейшего ухода за больными. Поэтому приходится привлекать родственников или платный персонал для обеспечения ухода за тяжелыми больными. На нехватку времени для выполнения необходимых больным процедур жалуются медсестры многих стран, о чем свидетельствуют многочисленные материалы сестринских сайтов в Интернете.

Таким образом, проблема ухода за больными остро стоит не только в нашей стране. Недавно в Великобритании разгорелся грандиозный скандал. Выяснилось, что более 3 тыс. пациентов скончались в британских больницах из-за отсутствия надлежащего ухода [1].

Решение проблем безопасности пациентов в ЛПУ нашей страны, конечно, требует решения на федеральном уровне. Законодатель в лице Минздрава РФ, безусловно, должен обеспечить медиков нормативной базой по уходу, принять стандарты ухода. В соответствии с этими стандартами должны быть разработаны трудовые нормы и нормы ресурсного обеспечения, а также выделено необходимое финансирование. Государственные органы надзора должны строго контролировать расходование материальных средств и качество ухода за больными. Страховщики должны включить требования по уходу в договоры о медицинском страховании и требовать их выполнения. Определенные решения могут принять на локальном уровне и главные врачи. А что делать рядовым сотрудникам, врачам и медсестрам?

Приведем отрывок из письма медсестры – нашей читательницы:

«…Больной кричал, просил укол. Я звонила по телефону дежурному врачу, но он не отвечал. Уйти из отделения я не могла – много тяжелых больных. Я не знала, что делать. А потом позвонила дежурному по городу – у нас есть такая должность. Рассказала о ситуации и поднесла трубку к палате, где кричал больной. Я попросила дежурного сказать, что мне делать, дополнив, что завтра отправлю докладную. Он, наконец, отреагировал и обещал перезвонить. Через 5 мин перезвонил, но не он, а наш главный врач. Сначала ругал меня, а потом велел уколоть больного без врача. Не буду говорить, что утром врач получил выговор. Я выговора не получила, но моя работа стала невыносимой. Видно, придется уходить. Думаю пойти в отделение по уходу, которое открывается в соседней больнице…»

Вывод прост: мы находимся в ситуации, когда обычное выполнение обязанностей требует от медсестер совершения поступка, подвига.

Рост числа ошибок медработников, зафиксированных в последние десятилетия, потребовал проведения исследований, посвященных изучению условий работы различных групп медицинского персонала, в том числе медсестер, и влияния этих условий на четкость выполнения профессиональных обязанностей. При изучении условий труда медсестер объектами исследования были факторы, которые повышали риск совершения ошибок. Так, ряд европейских исследователей (Malchaire, 1992; Gadbois; 1992, Estrin-Behar, 1990), изучавших работу медсестер в палатных отделениях крупных европейских больниц, сделали вывод, что в течение своей смены медсестры решают различные пространственно разбросанные и короткие по времени исполнения задачи, постоянно отвлекаясь на внешние сигналы (телефонные звонки, обращения пациентов, неотложные распоряжения врачей и т.п.) и часто прерывая выполнение задания (цит. по [4]).

Так, по данным Estrin-Behar, медсестры 10 хирургических и терапевтических отделений французских больниц, где проходили исследования, выполняли в среднем 320 коротких задания за утреннюю смену (8 ч) и 250 заданий – за ночную смену (12 ч). При этом их действия прерывались в ходе выполнения задания: в утреннюю смену – 78 раз, а в ночную – 28 раз. При этом суммарное время, когда медсестра вынуждена была передвигаться по отделению, стоять в согнутом положении или с вытянутыми руками, сидеть на корточках, составляло почти 70% от общего рабочего времени. За 1 дневную смену медсестра проходила около 7 км, а ночью – 5 км. В этих условиях на непосредственную работу с больным оставалось не более 15–20% рабочего времени.

Исследователи обратили внимание на то, что в отделениях (палатах), где работа медсестер была хорошо продумана и организована, хождение занимало меньше времени, а число незапланированных отключений от выполнения задания было существенно, иногда почти в 2 раза, меньше. Хорошая организация работы характеризовалась четким разделением функций между медсестрами, правильной планировкой палат (рабочих помещений) с выделением функциональных секторов. Так, например, медсестры, занимающиеся приготовлением медикаментов для пациентов, имели специально выделенные индивидуальные места за загородкой. Если какая-то из них отвлекалась, то вернувшись к прерванной работе, она точно знала, что все лежит на прежних местах и не потревожено действиями других коллег.

Многие исследователи указывают на несовершенство информационного обеспечения труда рядовых медицинских работников. Во всем мире проблемой является утрата информации при передаче смен. Мало больниц может похвастаться четким регламентом передачи информации от медсестры, сдающей смену, медсестре, принимающей смену. Значительно затрудняют работу неразборчивый почерк в листе назначений, невнятность информации на многочисленных ярлыках и этикетках. Доказано, что хорошо читаемая этикетка должна иметь матовую поверхность (чтобы блики не нарушали зрительного восприятия), а буквы должны иметь высоту не менее 2,5 мм. К сожалению, этим требованиям удовлетворяют не более половины лекарственных этикеток. Большое значение имеет дизайн упаковок: совершенно недопустимо одинаковое оформление упаковок разных препаратов. Особо опасно, если упаковка одного и того же препарата, но в разных дозировках, ничем не отличается.

Проблема последних лет – ошибки при работе с компьютером. Очень часто программы имеют неудобный, плохо читаемый интерфейс, сложные системы поиска. В таком случае компьютер только осложняет работу медсестры, увеличивая риск технической ошибки. Безусловно, это не значит, что нужно отказаться от компьютеризации рабочих мест медсестер, однако делать это надо продуманно, придавая значение так называемым «мелочам».

В большинстве больниц не отработаны системы передачи устной информации. В экстренных ситуациях врачи часто отдают устные распоряжения и лишь позже делают записи в истории болезни. Необходимо ввести практику, при которой исполнитель повторяет вслух сделанное распоряжение, как это принято, например, в армии, в гражданской авиации: «Полкубика строфантина в вену», – «Есть полкубика строфантина в вену».

Отдельного разговора требует совершенствование звуковых сигналов. В ходе модернизации многие больницы закупили современное оборудование со звуковыми сигналами. Как показывает опыт европейских больниц, персонал не всегда идентифицирует сигналы, а если этих сигналов слишком много, то отключает их. Так, в одном хорошо оснащенном отделении реанимации, медсестры могли идентифицировать по слуху только треть сигналов, подаваемых приборами. В остальных случаях им приходилось обходить всю палату, чтобы найти источник звука. В другом крупном отделении из 1433 сигналов, зарегистрированных за 3 нед проведения исследования, только 8 предупреждали о фатальных нарушениях. Неудивительно, что случаи отключения тревожной сигнализации встречаются все чаще, а это, безусловно, может кончиться трагедией для больного. Недавно закончилось разбирательство дела медсестры отделения кардиореанимации, якобы заснувшей и не услышавшей сигнала монитора о возникшей у больного фибрилляции желудочков. Больной скончался. Медсестра уверяла, что не спала и что сигнала не было. При проверке оказалось, что звуковой сигнал был отключен; его отключила дневная медсестра. Врач распорядился сделать звук всех сигналов чуть тише, однако она, не зная английского, не разобралась с надписями на экране прибора, который не был русифицирован. Очевидно, что обвинять ее в данном случае несправедливо.

Хронический стресс и синдром эмоционального выгорания снижают работоспособность и качество выполнения заданий, повышает риск профессиональных ошибок. Одной из основных причин хронического стресса медсестер является высокое психоэмоциональное напряжение, которое отмечают все исследователи. Что является причиной этого напряжения? К примеру, финские медсестры жаловались на острую нехватку знаний, а также отсутствие ясности в разграничении полномочий и ответственности с другими работниками – врачами и медсестрами. Ответственность в сочетании с отсутствием соответствующих полномочий и возможности изменить свою работу, спокойно спланировать и подготовиться должным образом к предстоящим действиям – все это создает дополнительное напряжение и беспокоит финских медсестер. Почти 50% медсестер переживают сильный стресс, когда экстренная ситуация возникает в отсутствие врача. Согласно масштабным исследованиям, проведенным в ряде европейских стран в 90-х годах, 25% медсестер испытывают постоянный стресс на работе. Многие испытывают эпизоды «с сильным эмоциональным выбросом» при конфликтах с больными и коллегами и т.п. Стресс усиливается в отсутствие поддержки. Медсестры ощущают, что их не ценят, что их знания и опыт никому не нужны, что они не могут оказать влияния на ситуацию, даже если она полностью соответствует их квалификации. В 1983 г., изучив статистику самоубийств европейских медсестер, Katz обнаружил, что уровень самоубийств медсестер выше, чем в среднем среди женщин в данном регионе. Особенно остро страдают от стрессов медсестры, несущие высокую рабочую нагрузку, которая сочетается с низким уровнем самостоятельности и социальной поддержки. Результаты этих исследований демонстрируют, что расширение самостоятельности и поддержка могут значительно снизить уровень стресса в тех случаях, когда невозможно уменьшить давление высокой рабочей нагрузки [4].

И здесь особую роль играет позиция руководителя сестринского коллектива – старшей и главной медсестры. Были проведены исследования, доказавшие связь между уровнем стресса и стилем работы руководителя. В тех коллективах, где старшие

и главные медсестры правильно организуют индивидуальную работу с медсестрами, беседуют с ними, всегда готовы выслушать и принять их предложения, ценят, хвалят даже за небольшие достижения, уровень стресса среди медсестер ниже.

Большое значение имеют взаимоотношения медсестер с врачами. В коллективах, где царит командный стиль работы, отношения между персоналом расцениваются как «хорошие», отмечается невысокий уровень стресса среди медсестер.

Однако, помимо внешних причин ошибок, существуют внутренние причины, связанные с природой человеческого познания. Ведь многие ошибки люди делают, совершая автоматически привычные действия. Поэтому порой самые чудовищные ошибки наблюдаются у наиболее опытных и квалифицированных работников.

Одна из самых распространенных ошибок совершается по типичному сценарию – «работник смотрел, но не видел». Медсестра смотрела на упаковку с лидокаином, но не видела, что это не 2% раствор, а 10%, который нельзя использовать для разведения антибиотиков для внутривенного введения; водитель смотрел на дорогу, где был пешеход, но не видел его и не сбавил скорость; матрос не увидел стоп-сигнала; рабочий не заметил надвигающегося лезвия пилы и т.п. За каждым из этих случаев – человеческая трагедия. Эксперты считают, что их нельзя связать с небрежностью или глупостью работника. Скорее их причиной является ограничение внимания при выполнении высокотехнологичных работ.

Стараясь найти причины таких ошибок, следует вспомнить об одной особенности нашего восприятия – мы воспринимаем и осознаем далеко не все, что видим и слышим. Органы чувств получают и отправляют в мозг человека массу сигналов, однако для сознательной обработки отфильтровывается лишь только малая их часть, остальные – отбрасываются. Со все возрастающим потоком информации наш мозг просто не в состоянии справится. Этот фильтр называют вниманием. Оно позволяет нам не осознавать, как мы дышим, как одежда давит на кожу, мы не слышим фоновых звуков. Внимание позволяет мозгу бросить все свои силы на обработку только самой нужной информации.

Однако внимание имеет еще одну особенность: концентрируясь на одних сигналах, человек может не заметить важные изменения других, которые он счел на этот момент не самыми важными. Так, водитель, разговаривая по мобильному телефону, может полностью погрузиться в тему разговора, перестроив внимание на полученную информацию и отключившись от сигналов дорожной ситуации.

Специалисты в области безопасности проводят специальные исследования, как переключить внимание человека, сконцентрированного на одних сигналах, на появление неожиданных объектов. Раньше для привлечения внимания к таким объектам использовали яркие цвета, контрасты, движения, звуки, однако сейчас они работают недостаточно эффективно. Сегодня упор делается на специальном обучении и тренингах персонала. Таким образом, если раньше считали, что яркая надпись на лекарственной упаковке: «Вводить медленно!», – гарантирует от ошибки, то теперь проводят специальное обучение медсестер, которые должны мгновенно схватывать содержание информации на упаковке, замечая даже малейшие изменения. Разработка таких тренингов – задача профессионалов по психологии внимания.

Очень часто, делая что-то привычное и хорошо знакомое, мы отключаем внимание и продолжаем действовать на основе «мышечной памяти», т.е. автоматически. Собственно, опытный работник и отличается от неопытного тем, что многие его действия доведены до автоматизма. Автоматизм обеспечивает быстрое и четкое выполнение повторяющихся манипуляций. Однако такой автоматизм может сыграть и злую шутку. Дело в том, что делая что-то автоматически, мы отключаем свое внимание и в этот момент можем не заметить изменения ситуации, требующего других действий. Так возникают фатальные ошибки, в основе которых лежит концентрация внимания с последующим автоматизмом действий, что характерно именно для опытных сотрудников.

Представим ситуацию: опытная медсестра, знающая что флакон с физиологическим раствором для разведения антибиотиков всегда стоит на столике в правом углу, берет его, и, практически не глядя, набирает жидкость в шприц. Однако в этот день в кабинет забежала практикантка и передвинула флаконы, в результате на привычном месте оказался хлористый кальций или 10% лидокаин. Последствия понятны. Если бы на месте опытной медсестры в этом случае оказалась молодая и неопытная, трагедии бы не произошло, так как она сознательно искала бы флакон с физиологическим раствором, читая этикетки. Она не наработала автоматизма и поэтому не ошибется.

Еще одна причина ошибок – «видеть не то, что есть, а то, что ожидаю увидеть». Представим медсестру, которая 10 лет подряд ежедневно берет с определенной полки один и тот же флакон и читает на нем одну и ту же надпись. И в один прекрасный день на полке появился такой же флакон, но с другой надписью. Она привычно берет его, смотрит на упаковку и не видит ничего необычного… Такую ошибку может допустить любой че-

ловек, даже самый добросовестный и внимательный.

В последнее время от таких неудач спасает применение чек-листа, т.е. списка, содержащего минимально необходимый ряд проверок для какой-либо работы. Чек-лист пришел в медицину из авиации. Отмечая пункты списка, работник может узнать о состоянии или корректности выполнения работы. Чек-лист напоминает о минимальном количестве нужных шагов и делает их наглядными. Важность чек-листов трудно переоценить. Каким бы опытным ни был сотрудник, в спешке он может легко забыть важную деталь. Чек-лист не только упрощает процедуру, но и вводит строгую дисциплину, при которой повышается производительность [5].

Можно ли уберечься от таких ошибок? Можно ли исключить автоматические действия из своей трудовой практики? Эксперты единодушны: это невозможно. Если в привычной ситуации работники перестанут действовать автоматически, вся работа встанет. Поэтому, если медсестра совершила ошибку и перепутала упаковки, нужно интересоваться не тем, почему медсестра была невнимательна, а тем, почему упаковка не привлекла ее внимание, и медсестра действовала привычно, не заметив изменения. Существует мнение: все должны работать по правилам. Разработай их, и не будет ошибок. Однако это глубокое заблуждение. Строгая работа по правилам – это особая форма забастовки, так как известно, при попытке все делать по правилам, работа просто затормозится. Такую забастовку называют «итальянской», причем она приносит больше вреда, чем простой отказ от работы [4].

Таким образом, современные системы безопасности должны функционировать при среднем уровне внимания работников, с учетом сложившихся автоматизма и искажения восприятия. Итак, почти каждая ошибка работника – это ошибка системы. Поэтому нам надо подумать о том, как защитить наших коллег от осуждения и уголовного преследования.

Литература

1. Власов В.В. Безопасность пациентов. Международный журнал медицинской практики. 2014; 6: 67–70.

2. Громова Т.Р. Дефекты ухода за больными. Причины смерти тысяч пациентов. Сестринское дело. 2013; 6: 8–9.

3. Мельникова И.С. Какой уход необходимо обеспечивать пациентам с дефицитом самоухода? Размышления о Самарском Ч.П. Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. 2014; 1: 11–14.

4. Мельникова И.С. Почему ошибаются медицинские сестры? Главный врач. 2014; 3: 15–18.

5. Гаванде Атул. Чек-лист. Как избежать глупых ошибок, ведущих к фатальным последствиям. Перевод с англ.. М.: Альпина Паблишер, 2014. – 202 с.

SOME PATIENT SAFETY PROBLEMS IN HEALTHCARE FACILITIES: NURSES' ERRORS

A.E. Kryukov, Cand. Med. Sci.; M.M. Avkhimenko, Cand. Med. Sci.; D.V. Gavryuchenkov, Cand. Med. Sci.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

In 2002, the World Health Assembly adopted the WHASS resolution on patient safety in healthcare facilities. The paper gives the primary causes of nurses' errors and ways for their prevention in the healthcare facilities of different countries.

Key words: nurses' medical errors, causes, prevention.

ХРОНИКА

Всемирный день борьбы с инсультом

Этот день отмечается ежегодно во всем мире. Он был учрежден в 2006 г. Всемирной организацией по борьбе с инсультом (WSO) с целью привлечь внимание общественности к этой проблеме и призвать мировое сообщество к активным действиям по борьбе с заболеванием.

Девизом Всемирного дня борьбы с инсультом в 2014–2015 гг. становится фраза «Мне не все равно». В этот день специалисты, связанные с лечением и реабилитацией больных, родственники пациентов, перенесших инсульт, сами пациенты объединяются, чтобы противостоять этому грозному заболеванию. В 2012 г. WSO ввела новый символ борьбы с инсультом – синюю ленту. Инсульт — острое нарушение кровообращения головного мозга, которое характеризуется внезапным появлением неврологических симптомов, сохраняющихся в течение 24 ч и более или приводящих к смерти больного в более короткий промежуток времени. К основным факторам риска развития ишемического инсульта относят возраст, артериальную гипертензию, сахарный диабет, гиперхолестеринемию, атеросклеротический стеноз сонных артерий, курение, сердечно-сосудистые заболевания, (например, мерцательную аритмию).

Инсульт обусловливает около 6 млн смертей в год во всем мире, и как причина смерти уступает лишь ишемической болезни сердца. В России, по данным НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта РНИМУ им. Н.И. Пирогова, ежегодно переносят инсульт около 500 тыс. человек, и примерно половина из них умирают. Смертность от инсульта в России – одна из самых высоких в мире – 175 на каждые 100 тыс. человек. Свыше 90% выживших после инсульта пациентов становятся инвалидами. По данным Национального регистра инсульта, 31% людей, перенесших инсульт, нуждаются в посторонней помощи, 20% не могут самостоятельно ходить и лишь 8% способны вернуться к прежней работе.

Очень важно вовремя распознать и диагностировать инсульт, чтобы успеть вызвать врача. Симптомами инсульта являются: внезапный перекос лица; затруднение речи; слабость в руке или ноге. Возможны также головокружение, потеря сознания. Любой человек может распознать симптомы инсульта, попросив пострадавшего выполнить простые задания. Попросите его:

- улыбнуться;
- сказать любое простое предложение;
- поднять обе руки;
- высунуть язык (если язык отклоняется в сторону – это также может быть признаком инсульта).

В случае возникновения проблем даже с одним из заданий необходимо позвонить в скорую помощь!

Сегодня инсульт – это предупреждаемое и потенциально излечимое заболевание. При использовании эффективных методов первичной и вторичной профилактики, раннем выявлении группы пациентов высокого риска, применении в ранние сроки эффективных методов лечения и адекватных мер медицинского ухода можно ожидать более благоприятного исхода.