

Wpłynęło dnia: 2011-07-29
Wpłynęło dnia: 2011-07-29
Wydział Polityki Społecznej
Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa dr n. biol. Grażyna Kruk-Kupiec
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej, Piekary Śląskie,
41-940 ul. Bytomska 62, Tel. 32 3934 - 299

Piekary Śląskie 4.07.2011r.

Wpłynęło dnia: 2011-08-01
ZALECENIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELEGNIASTWA
DLA DOBREJ PRAKTYKI PIELEGNIARSKIEJ Bezpieczny Szpital – Bezpieczny Pacjent

ZARZĄDZANIE RYZYKIEM ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH
PROJEKT BEZPIECZNEJ PRAKTYKI MEDYCZNEJ – PROFILAKTYKA RYZYKA UPADKU.

Zalecenia Rady Komisji Wspólnot Europejskich w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (KOM 2008 / 836 wersja ostateczna), zwracają uwagę na fakt iż 8 – 12 % pacjentów przyjmowanych do szpitala w państwach członkowskich cierpi z powodu zdarzeń niepożądanych podczas korzystania z opieki zdrowotnej .

Zdaniem Komisji Wspólnot Europejskich Państwa Członkowskie, powinny stworzyć lub udoskonalić systemy zgłaszania i wyciągania wniosków w celu rejestrowania skali i przyczyn zdarzeń niepożądanych oraz opracowania skutecznych rozwiązań i sposobów reagowania .Bezpieczeństwo pacjentów powinno być częścią kształcenia i szkolenia pracowników opieki zdrowotnej .

Przedstawione zalecenia Konsultanta Krajowego w dz. Pielęgniarstwa są próbą wyjścia w kierunku oczekiwań nałożonych przez Radę Komisji wspólnot Europejskich, jak również zaproponowania środowisku pielęgniarskiemu, a w konsekwencji pracownikom medycznym podjęcia wysiłku organizacji działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów w szpitalach .

Działania te są tym bardziej ważne w okresie sprawowania polskiej Prezydencji w Radzie UE.

Zwracam się do Wojewodów, Ministerstwa Zdrowia, Departamentu Pielęgniarek i Położnych, Konsultantów Wojewódzkich w dz. Pielęgniarstwa o podjęcie działań w kierunku propagowania zaleceń w środowisku zawodowym, poprzez uwzględnienie bezpieczeństwa pacjentów jako kwestii priorytetowej w polityce i programach na poziomie krajowym , regionalnym i lokalnym.

Odpowiedzialnymi na poziomie szpitali za organizację dobrej praktyki pielęgniarskiej są osoby zarządzające i odpowiedzialne za dział pielęgniarstwa – Dyrektorzy ds. Pielęgniarstwa / Naczelne Pielęgniarki / Przełożone Pielęgniarek .

Z poważaniem
Grażyna Kruk- Kupiec
Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa
Grażyna Kruk-Kupiec

4.08.2011

Starszy Inspektor
Jan Smolik
Jan Smolik

Piekary Śląskie 4.07.2011r.

**ZALECENIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA
DLA DOBREJ PRAKTYKI PIEŁĘGNIARSKIEJ Bezpieczny Szpital – Bezpieczny Pacjent**

**ZARZĄDZANIE RYZYKIEM ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH
PROJEKT BEZPIECZNEJ PRAKTYKI MEDYCZNEJ**

Wstęp

„ Uwzględnienie bezpieczeństwa pacjentów jako kwestii priorytetowej w polityce i programach w zakresie zdrowia na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym jako zadanie dla państw członkowskich „

Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, Bruksela, dnia 15.12.2008r.

Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych obejmuje identyfikację, analizę oraz redukcję zdarzeń. Celem zarządzania ryzykiem jest wdrażanie do praktyki takich rozwiązań które pozwoliły by na eliminację lub ograniczenie występowania zdarzeń niepożądanych .

Pojęcie ryzyka i zarządzania ryzykiem w medycynie pojawiło się w latach 70 .Badania które zostały przeprowadzone w USA i Raport Narodowego Instytutu Zdrowia z 1999 r. wykazały, że szpital jest instytucją udzielającą świadczeń zdrowotnych o wysokim stopniu złożoności, a tym samym wysokim poziomie ryzyka. Całkowite wyeliminowanie występowania zdarzeń niepożądanych nie jest możliwe, konieczne jest określenie częstotliwości występowania zdarzeń niepożądanych .

Zachowanie bezpieczeństwa pacjentów, stworzenie optymalnych warunków do prowadzenia procesu leczniczego jest zadaniem pracowników medycznych .

Współczesna medycyna powinna podążać z kierunkiem ciągłych zmian, budowania nowoczesnego modelu opieki nad pacjentem. Części składowe tego modelu wiążą się z wiedzą medyczną oraz realizacją procedur poprawiających jakość świadczeń, a tym samym bezpieczeństwa pacjenta .

Zalecenia Rady Komisji Wspólnot Europejskich w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (KOM 2008 / 836 wersja ostateczna), zwracają uwagę na fakt iż 8 – 12 % pacjentów przyjmowanych do szpitala w państwach członkowskich cierpi z powodu zdarzeń niepożądanych podczas korzystania z opieki zdrowotnej.

Zdaniem Komisji Wspólnot Europejskich, Państwa Członkowskie powinny stworzyć lub udoskonalić systemy zgłaszania i wyciągania wniosków w celu rejestrowania skali i przyczyn zdarzeń niepożądanych oraz opracowania skutecznych rozwiązań i sposobów reagowania. Bezpieczeństwo pacjentów powinno być częścią kształcenia i szkolenia pracowników opieki zdrowotnej .

- ❖ każdej choroby infekcyjnej np. zapalenia dróg moczowych, nietrzymania moczu, które pogarszają stan ogólny i sprawność pacjenta.

Czynniki zewnętrzne środowiskowe predysponujące do wystąpienia upadków, związane są z otoczeniem w którym przebywa pacjent.

Na upadki może mieć wpływ brak poręczy, uchwytów, nierówna podłoga, ślizga podłoga w łazience oddziału, oświetlenie, brak balkoników oraz wiele innych .

Zagrożenia które wpływają na upadki pacjentów mogą mieć także charakter organizacyjny .

Cele projektu:

1. Zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów poprzez eliminację czynników zagrożenia dla zdrowia lub życia chorego, określenie przyczyn i wprowadzenie działań naprawczych w zakresie zarządzania ryzykiem upadków .
2. Zwiększenie odpowiedzialności pracowników medycznych za zachowanie bezpiecznych warunków pobytu pacjentów w szpitalu .
3. Szkolenia pracowników w zakresie zapobiegania upadkom pacjentów, rozpoznawania sytuacji krytycznych .
4. Edukacja pacjentów i rodzin , opracowanie poradników.
5. Opracowanie skali oceny ryzyka upadku .
6. Opracowanie systemu prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej w zakresie wywiadu , oceny ryzyka upadku , planowania opieki .
7. Poprawa jakości życia pacjentów .
8. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych - upadków pacjentów .
9. Wdrażanie rozwiązań w zakresie usprzętowania, eliminacji barier technicznych i organizacyjnych .

Oczekiwany rezultat wdrożenia projektu :

1. Zmniejszenie liczby występowania zdarzeń niepożądanych – upadków pacjentów.
2. Zwiększenie świadomości pracowników medycznych w zakresie rozpoznawania i eliminacji czynników zewnętrznych, organizacyjnych, technicznych w środowisku szpitalnym, mogących wpływać na występowanie upadków .
3. Zwiększenie świadomości pacjentów oraz ich rodzin w zakresie czynników wpływających na występowanie upadków .
4. Poprawa bezpieczeństwa pobytu pacjenta w szpitalu.
5. Poprawa jakości opieki, zwiększenie odpowiedzialności za zachowanie bezpiecznych warunków pobytu pacjentów.
6. Otrzymanie informacji na temat przyczyn występowania zdarzeń niepożądanych.
7. Wprowadzenie nowych rozwiązań technicznych i organizacyjnych.

ZALECENIA

Zalecenie I .

W sprawie organizacji dobrej praktyki pielęgniarskiej w przedmiocie zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych .

1. Na poziomie podmiotu leczniczego (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej. Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011r.) jest powołany zespół ds. zdarzeń niepożądanych który analizuje występujące zdarzenia w tym upadki.

Zadania zespołu :

- ❖ identyfikacja zdarzeń niepożądanych na podstawie kart zgłoszeń,
- ❖ gromadzenie i poddawanie analizie danych dotyczących zdarzeń niepożądanych ,
- ❖ mapowanie danych i informacji ,
- ❖ ustalanie przyczyn źródłowych zdarzenia, podjęcie działań wyjaśniających, wydanie zaleceń i wyciągnięcie wniosków ,
- ❖ przekazanie informacji pracownikom ,
- ❖ opracowywanie rocznych raportów .

Zalecenie II

W sprawie rejestru pacjentów u których wystąpiło zdarzenie niepożądane w tym upadek pacjenta.

1. Personel medyczny zgłasza wystąpienie zdarzenia niepożądanego (zdarzenia dzielimy na rzeczywiste i potencjalne / niedoszło).
2. Zespół ds. analiz zdarzeń niepożądanych dokonuje analizy zgłoszonego przypadku .
3. Określenie kolejności zdarzeń.
4. Zidentyfikowanie przyczyn źródłowych.
5. Przygotowanie planu działań .
6. Sporządzenie raportu i przekazanie personelowi oddziału.

Zalecenie III

W sprawie oceny zagrożenia ryzyka upadku .

1. Każdy nowoprzyjęty pacjent w okresie pierwszych godzin swojego pobytu w oddziale, podczas zebrania wywiadu pielęgniarskiego, zostaje oceniony pod kątem zagrożenia upadkiem przy użyciu skali mającej zastosowanie w ocenie stopnia zagrożenia.
2. Ocena jest powtarzana wg. przyjętego schematu w oddziale.

Zalecenie IV

W sprawie dokumentowania .

1. Szpital ocenia poziom ryzyka zagrożenia upadkami przy użyciu skali oceny ryzyka
2. Chorym którzy uzyskują liczbę punktów klasyfikującą ich do grupy ryzyka zagrożenia upadkiem, plan opieki uwzględnia ocenę ryzyka oraz działania podejmowane w tym zakresie .

Zalecenie V

W sprawie edukacji pacjenta i edukacji rodzin w zakresie profilaktyki ryzyka upadku .

1. Każdy pacjent z grupy ryzyka zagrożenia upadkiem oraz w razie konieczności jego rodzina lub opiekunowie powinni zostać przeszkoleni .
2. Oddziały szpitalne powinny być wyposażone w ulotki , poradniki z profilaktyki ryzyka upadku.

Zalecenie VI

W sprawie szkoleń pracowników medycznych.

1. Roczne plany szkoleń zawierają problematykę związaną z profilaktyką upadków .

Zalecenie VII

Sprawie realizacji zadań z zakresu zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych – projektu bezpiecznej praktyki medycznej – profilaktyki ryzyka upadku przez konsultantów wojewódzkich w dz. pielęgniarstwa .

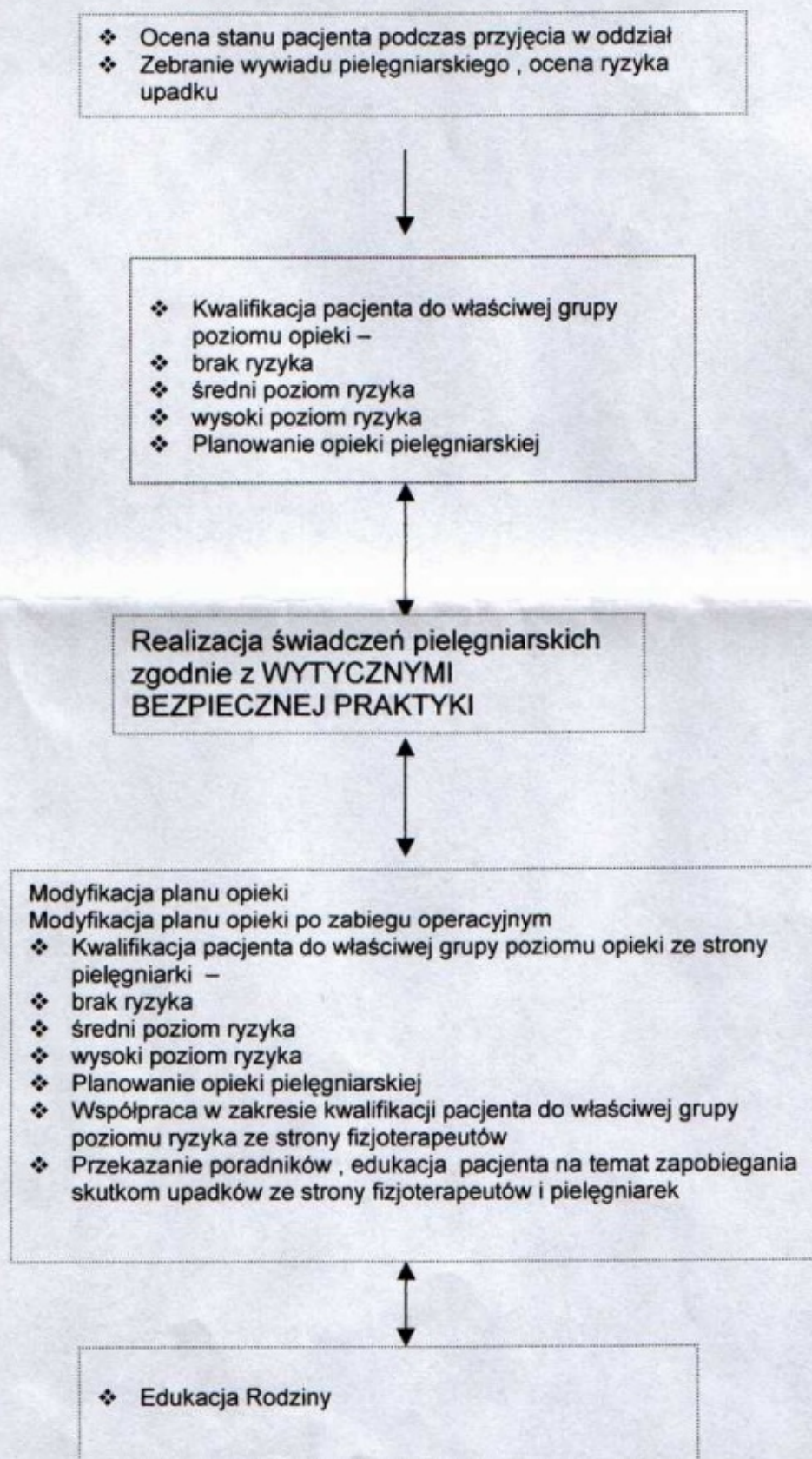
1. Konsultant krajowy oraz konsultanci wojewódzcy zwracają uwagę podczas przeprowadzanych wizytacji / kontroli, na realizację przez kierowniczą kadrę pielęgniarską, zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych profilaktyki ryzyka upadku.

Zalecenie VIII

W sprawie odpowiedzialności za realizację zaleceń Dobrej Praktyki Pielęgniarskiej - Profilaktyki Ryzyka Upadku .

1. Za realizację zaleceń, odpowiada osoba zarządzająca pielęgniarstwem – Dyrektor ds. Pielęgniarstwa / Naczelną Pielęgniarką / Przełożoną Pielęgniarek.

Algorytm postępowania w Projekcie Bezpiecznej Praktyki Medycznej – Profilaktyka Ryzyka Upadku



Piekary Śląskie 4.07.2011r.

**ZALECENIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA
DLA DOBREJ PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ Bezpieczny Szpital – Bezpieczny Pacjent**

**ZARZĄDZANIE RYZYKIEM ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH
PROJEKT BEZPIECZNEJ PRAKTYKI MEDYCZNEJ –**

PROFILAKTYKA RYZYKA UPADKU

Wstęp

Projekt w swoich założeniach koncentruje się na zminimalizowaniu zagrożeń jakim są upadki pacjentów, które mogą wystąpić podczas pobytu w szpitalu. Projekt jest adresowany do pielęgniarek, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, lekarzy, kadry kierowniczej, pracowników działów mających znaczenie w poprawie bezpieczeństwa pobytu pacjenta w szpitalu oraz członków zespołów problemowych funkcjonujących na terenie szpitala.

Upadki są główną przyczyną występowania zdarzeń niepożądanych pośród hospitalizowanych pacjentów.

Przyczyny upadków można podzielić na wewnętrzne wynikające ze stanu chorobowego pacjenta, zaburzeń w obrębie organizmu, wieku oraz czynniki zewnętrzne związane z organizacją pracy, warunkami pobytu w szpitalu .

Czynniki wewnętrzne wynikają z :

- ❖ zmian inwolucyjnych usposabiających ludzi starszych do upadku ; dotyczą narządów zmysłu, które biorą udział w kontroli postawy; wzroku, słuchu, równowagi, układu nerwowego i mięśniowo – szkieletowego ,
- ❖ upośledzenia wzroku wywołanymi różnymi chorobami, które powodują obniżenie adaptacji do ciemności i ostrego światła ,widzenia przestrzennego,
- ❖ zmian zwłaszcza u osób starszych w obrębie układu mięśniowego, które polegają na zaniku komórek mięśniowych, osłabieniu siły mięśniowej ,
- ❖ stanów udarowych, które w różnym stopniu upośledzają sprawność motoryczną chorych,
- ❖ zaburzeń rytmu serca,
- ❖ niewydolności kręgowo podstawnej,
- ❖ zaburzeń chodu,
- ❖ założonych opatrunków gipsowych ,
- ❖ upadków w przeszłości które predysponują do ryzyka upadku ,

Zgodnie z wymienionym Stanowiskiem Komisji Wspólnot Europejskich, należy zachęcać do czynnego zgłaszania zdarzeń niepożądanych poprzez stworzenie uczciwych okoliczności, mających odmienny charakter od procedur dyscyplinarnych.

Funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej, nowoczesne kierowanie i zarządzanie zespołami musi uwzględniać problematykę bezpieczeństwa pacjenta.

Nowoczesny model zapewnienia wysokiej jakości opieki medycznej powinien uwzględniać wewnętrzny system jakości, staje się więc pewnym iż to zadanie dla kadry kierowniczej w celu zapewnienia dobrej praktyki pielęgniarstwa gwarantującej zapewnienie warunków dla możliwie optymalnego bezpieczeństwa pacjenta.

Przedstawione Zalecenia mają na celu przekazanie wytycznych postępowania dla kadry kierowniczej, zespołów pielęgniarstwa, a w dalszej kolejności pozostałych członków zespołów terapeutycznych w przedmiocie zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych..

Definicja zdarzenia niepożądanego

„ Zdarzenie niepożądane to szkoda wywołana w trakcie lub w wyniku leczenia, nie związana z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia pacjenta „

Założenia organizacyjne do zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych .

Program w swoich założeniach koncentruje się na wyeliminowaniu zagrożeń które mogą wystąpić podczas pobytu pacjenta w szpitalu. Adresowany do pracowników medycznych, mających wpływ na poprawę bezpieczeństwa pobytu pacjenta w szpitalu oraz członków zespołów zadaniowych funkcjonujących na terenie szpitala.

Cele projektu :

1. Zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów poprzez eliminację czynników zagrożenia dla zdrowia lub życia chorego, określenie przyczyn i wprowadzenie działań naprawczych w zakresie zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych.
2. Zwiększenie odpowiedzialności pracowników medycznych za zachowanie bezpiecznych warunków pobytu pacjentów w szpitalu .
3. Poprawa jakości życia pacjentów .
4. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych .
5. Ocena wdrożenia przez pracowników szpitala procedury monitorowania zdarzeń niepożądanych.
6. Wdrażanie rozwiązań w zakresie usprzętowania, eliminacji barier technicznych i organizacyjnych celem eliminacji zdarzeń niepożądanych .

Oczekiwany rezultat :

1. Zmniejszenie liczby występowania zdarzeń niepożądanych.
2. Poprawa bezpieczeństwa pobytu pacjenta w szpitalu.
3. Poprawa jakości opieki, zwiększenie odpowiedzialności za zachowanie bezpiecznych warunków pobytu pacjentów.
4. Zwiększenie świadomości pracowników medycznych .
5. Otrzymanie informacji na temat przyczyn występowania zdarzeń niepożądanych.
6. Wprowadzenie nowych rozwiązań technicznych i organizacyjnych .

ZALECENIA

Zalecenie I

W sprawie organizacji dobrej praktyki pielęgniarskiej w przedmiocie zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych .

1. Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego jest traktowane jako :

- ❖ niezależne z rejestrem skarg , wniosków i zażaleń pacjentów,
- ❖ całkowicie poufne,
- ❖ nie służy identyfikacji pacjenta i personelu,
- ❖ nie służy stygmatyzacji personelu,
- ❖ zawsze łączy się z analizą i szukaniem przyczyn,
- ❖ inicjuje działania naprawcze .

System zgłaszania ma zachęcać pracowników do czynnego zgłaszania zdarzeń poprzez stworzenie otwartych i uczciwych okoliczności .

2. Na poziomie podmiotu leczniczego (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej. Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011r.) jest powołany zespół ds. zdarzeń niepożądanych .

Zadania zespołu :

- ❖ identyfikacja zdarzeń niepożądanych na podstawie kart zgłoszeń,
- ❖ gromadzenie i poddawanie analizie danych dotyczących zdarzeń niepożądanych,
- ❖ mapowanie danych i informacji ,
- ❖ ustalanie przyczyn źródłowych zdarzenia, podjęcie działań wyjaśniających, wydanie zaleceń i wyciągnięcie wniosków ,
- ❖ przekazanie informacji pracownikom,
- ❖ opracowywanie rocznych raportów .

Zalecenie II

W sprawie rejestru pacjentów u których wystąpiło zdarzenie niepożądane.

1. Personel medyczny zgłasza wystąpienie zdarzenia niepożądanego (zdarzenia dzielimy na rzeczywiste i potencjalne / niedoszte).
2. Zespół ds. analiz zdarzeń niepożądanych dokonuje analizy zgłoszonego przypadku .
3. Określenie kolejności zdarzeń .
4. Zidentyfikowanie przyczyn źródłowych.
5. Przygotowanie planu działań .
6. Sporządzenie raportu i przekazanie personelowi oddziału.
7. Na poziomie oddziałów, a następnie szpitala – podmiotu leczniczego jest prowadzona analiza występowania zdarzeń niepożądanych .

Zalecenie III

W sprawie dokumentowania .

1. Szpital opracowuje własny system dokumentowania zdarzeń niepożądanych.

Zalecenie IV

W sprawie szkoleń pracowników medycznych .

1. Roczne plany szkoleń zawierają problematykę zdarzeń niepożądanych .

Zalecenie V

W sprawie realizacji zadań z zakresu zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych – projektu bezpiecznej praktyki medycznej przez konsultantów wojewódzkich w dz. pielęgniarstwa .

1. Konsultanci krajowi i wojewódzcy podczas przeprowadzanych wizytacji / kontroli zwracają uwagę na zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych w praktyce pielęgniarstwa.

Zalecenie VI

W sprawie odpowiedzialności za realizację zaleceń *Dobrej Praktyki Pielęgniarstwa* .

1. Za realizację zaleceń odpowiada osoba zarządzająca pielęgniarstwem – Dyrektor ds. Pielęgniarstwa / Naczelna Pielęgniarka / Przewodnicząca Rady Pielęgniarek.

Propozycja do katalogu rejestrowanych zdarzeń niepożądanych w obszarze praktyki pielęgniarstwa

1. Niewłaściwy pacjent
2. Odcewnikowa infekcja łóżyska naczyniowego
3. Sepsa po zabiegu operacyjnym
4. Upadki w szpitalu
5. Wypadnięcie z łóżka
6. Komplikacje wywołane nieprawidłowym podnoszeniem pacjenta dla pacjenta
7. Samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala
8. Błędy związane z pobieraniem próbek krwi, rozbieżności wykryte podczas kontroli zgodności krwi, obcogrupowe przetoczenie krwi
9. Niewłaściwy lek , niewłaściwa droga podania , niewłaściwy pacjent , niewłaściwe połączenie z innym lekiem
10. Samobójstwo
11. Inne zgodnie z definicją

BIBLIOGRAFIA

1. Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Bruksela, dnia 15.12.2008. KOM (2008) 836 wersja ostateczna
2. Kutryba B., Kutaj – Wąsikowska H. Bezpieczny pacjent, bezpieczny szpital. *Menedżer Zdrowia*, 2003 nr 3
3. Kutryba B., Kutaj - Wąsikowska H.: *Programy bezpieczeństwa. Zdrowie Zarządzanie*. 2003. nr 6