

Bezpieczeństwo Pacjenta

Procedury i co dalej...

IV Ogólnopolska Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa

Program Konferencji

30 listopada 2018 r.

Warszawski Uniwersytet Medyczny
Centrum Dydaktyczne
Aula A im. Prof. Janusza Piekarczyka

Warszawa
ul. Trojdena 2a

KOMITET NAUKOWY KONFERENCJI

Dr hab. n. o zdr. Aleksandra Czerw – przewodnicząca

Prof. dr hab. n. med. Piotr Małkowski

Prof. dr hab. n. med. Bożena Walewska-Zielecka

Prof. dr hab. n. med. Robert Rudowski

Prof. dr hab. Michał Marczak

Dr hab. n. med. Bożena Czarkowska-Pączek

Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib

Dr hab. n. med. Tomasz Kryczka

Dr hab. n. o zdr. Anna Staniszevska

Dr n. med. Grzegorz Juszczyk

Dr n. o zdr. Grażyna Dykowska

Dr n. med. Wojciech Boratyński

Dr n. praw. Anna Augustynowicz

Dr inż. Maciej Lasek

Dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz

Dr n. med. Grażyna Bączek

Dr n. med. Wojciech Kwietniewski

Dr n. med. Mariola Głowacka

Dr n. med. Agnieszka Bukowska

Dr n. hum. Małgorzata Marcysiak

Dr n. o zdr. Anna Leńczuk-Gruba

Dr Jolanta Bilińska

Dr n. o zdr. Grażyna Wójcik

Dr inż. Beata Sińska

Dr n. o zdr. Marta Dąbrowska-Bender

Mgr Agata Kaczyńska

KOMITET ORGANIZACYJNY KONFERENCJI

Dr n. o zdr. Grażyna Dykowska – przewodnicząca

Dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz

Dr n. o zdr. Anna Leńczuk-Gruba

Mgr Jakub Świtalski

Mgr Ewa Wiśniewska

Mgr Mariola Borowska

Mgr Magdalena Jabłońska

Mgr Monika Kowalczyk

Lic. Zuzanna Strząska-Kliś

Lic. Grzegorz Bartkowiak

Studentka Aleksandra Barwicka

Student Mateusz Eid



**Program szczegółowy Konferencji
„Bezpieczeństwo Pacjenta”**

8³⁰ – 9⁰⁰ Rejestracja gości

Godzina	Temat wystąpienia	Prelegent
		Dr hab. n. o zdr. dr n. ekon. Aleksandra Czerw <i>Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny</i>
	Otwarcie konferencji Przywitanie gości	Prof. dr hab. n. med. Piotr Małkowski <i>Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM</i>
9 ⁰⁰ – 9 ²⁰		Dr hab. n. med. Tomasz Kryczka <i>Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny</i>
	Prowadzenie Konferencji	Zuzanna Strząska-Kliś Grzegorz Bartkowiak

SESJA 1

Prowadzący: Aleksandra Czerw, Tomasz Kryczka, Maciej Lasek

9 ²⁰ – 9 ³⁰	Zalecenia Rady Unii Europejskiej z dnia 9 czerwca 2009 roku w sprawie bezpieczeństwa pacjentów (2009/C151/01)	Grażyna Dykowska Aleksandra Czerw Anna Augustynowicz <i>Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny</i>
		Zofia Sienkiewicz <i>Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny</i>

$9^{30} - 9^{40}$

Systemowe uwarunkowania
zgłaszalności zdarzeń
niepożądanych

Michał Marczak
*Zakład Zarządzania Ryzykiem
Choroby i Utraty Zdrowia w
Systemach Zabezpieczenia
Zdrowotnego, Katedra Polityki
Ochrony Zdrowia, Uniwersytet
Medyczny w Łodzi*

$9^{50} - 10^{00}$

System gromadzenia informacji
o zdarzeniach niepożądanych –
możliwości, zalety, zagrożenia

Maciej Lasek
*Zakład Mechaniki, Wydział
Mechaniczny Energetyki i Lotnictwa,
Politechnika Warszawska*

$10^{00} - 10^{10}$

Bezpieczeństwo pacjenta
a organizacja stanowiska pracy
pielęgniarki i położnej

Bożena Ścieglińska
*Samodzielny Publiczny Dziecięcy
Szpital Kliniczny im. Józefa Polikarpa
Brudzińskiego w Warszawie*

$10^{10} - 10^{20}$

Bezpieczeństwo hospitalizacji
pacjenta w kontekście
monitorowania zdarzeń
niepożądanych

Olga Dembicka
*Mazowieckie Centrum Rehabilitacji
„STOCER”
Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny*

$10^{20} - 10^{30}$

Błąd pielęgniarki czy błąd
systemu? Czego możemy
nauczyć się od lotnictwa?

Kajetan Gawarecki
Air Med Escort

Julia Gawarecka
*Uniwersytet SWPS
Air Med Escort*

$10^{30} - 10^{50}$

Dyskusja

$10^{50} - 11^{20}$

Przerwa

SESJA 2

Prowadzący: Robert Rudowski, Michał Marczak, Agata Kaczyńska

11²⁰ – 11³⁰ Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych w praktyce placówek ochrony zdrowia

Sandra Kryska
Śląska Wyższa Szkoła Medyczna w Katowicach

11³⁰ – 11⁴⁰ Zespół terapeutyczny wobec sytuacji trudnych. Bezpieczeństwo pacjenta w położnictwie

Grażyna Bączek
Centrum Medyczne „Żelazna”

11⁴⁰ – 11⁵⁰ Rola jakości i bezpieczeństwa pacjenta na przykładzie Miejskiego Centrum Medycznego im. dr K. Jonschera w Łodzi

Michał Banaś
Miejskie Centrum Medyczne im. dr. K. Jonschera w Łodzi

11⁵⁰ – 12⁰⁰ Uszkodzenia dróg żółciowych w operacyjnym leczeniu kamicy pęcherzyka żółciowego. Przyczyny i postępowanie

Justyna Smaga
Katedra Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, I Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Janusz Sierdziński
Zakład Informatyki Medycznej i Telemedycyny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Włodzimierz Otto
Katedra Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, I Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

12⁰⁰ – 12¹⁰

Kazuistyka zdarzeń
niepożądanych w chirurgii

Wojciech Kwietniewski
*Zakład Medycyny Sądowej i Prawa
Medycznego, Wydział Medyczny,
Uniwersytet Rzeszowski*

12¹⁰ – 12²⁰

Upadki osób starszych – wielki
problem geriatryczny.
Przyczyny, konsekwencje, ocena
ryzyka oraz możliwości
prewencji

Monika Biercewicz
Kornelia Kędziora-Kornatowska
*Katedra i Klinika Geriatrii
Collegium Medicum w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu*

12²⁰ – 12³⁰

Jeden trudny dzień w szpitalu
Psychiatrycznym, co można
było zrobić lepiej, opis
przypadków

Maja Herman
*I Wydział Lekarski
Warszawski Uniwersytet Medyczny*

12³⁰ – 12⁴⁰

Upadki wewnątrzszpitalne –
charakterystyka
poszkodowanych

Maciej Krajsman
Andrzej Cacko
*Zakład Informatyki Medycznej
i Telemedycyny, Warszawski
Uniwersytet Medyczny*

12⁴⁰ – 12⁵⁰

W poszukiwaniu nowego
modelu organizacji opieki
pielęgniarskiej w szpitalu – jako
element polityki bezpieczeństwa

Grażyna Wójcik
*Zakład Pielęgniarstwa Społecznego,
Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Magdalena Sękowska
*Szpital Elbląska
„MAGODENT”*

Kajetan Gawarecki
Air Med Escort

12⁵⁰ – 13¹⁰

Dyskusja

Prowadzący: Anna Leńczuk – Gruba, Monika Kowalczyk, Małgorzata Marcysiak

Prewencja zdarzeń niepożądanych w praktyce zawodowej pielęgniarek anestezyjologicznych i intensywnej opieki

Katarzyna Bugaj¹, Anna Leńczuk-Gruba², Zofia Sienkiewicz²

¹*Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa,*

²*Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Bezpieczeństwo pacjenta a jakość opieki pielęgniarskiej nad dziećmi hospitalizowanymi z powodu wymiotów

Józefa Czarnecka¹, Ewa Kobos², Zofia Sienkiewicz², Joanna Tkaczyk

¹*Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

²*Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Znaczenie analiz zdarzeń niepożądanych w poprawie bezpieczeństwa pacjentów w placówce medycznej

Sandra Kryska

Śląska Wyższa Szkoła Medyczna w Katowicach

Pielęgniarka w zespole terapeutycznym a bezpieczeństwo pacjenta

Marcysiak Małgorzata, Korycińska-Koniczuk Katarzyna, Ostrowska Bożena, Bukowska Agnieszka

Pracownia Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych, Zakład Pielęgniarstwa i Kształcenia Podyplomowego, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

Duchowość studentów pielęgniarstwa i postawy wobec osoby chorej a bezpieczeństwo pacjenta

Marcysiak Małgorzata¹, Wierzbicka Joanna¹, Marcysiak Miłosz²

¹*Pracownia Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych, Zakład Pielęgniarstwa i Kształcenia Podyplomowego, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie*

²*Zakład Pracy Socjalnej, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie*

Wiedza pielęgniarek opieki długoterminowej oraz pracujących w domach pomocy społecznej w zakresie stosowania opatrunków w leczeniu odleżyn jako element zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi

Natalia Michalska¹, Ewa Kobos², Grażyna Wójcik²

¹*absolwentka studiów magisterskich WUM, kierunek pielęgniarstwo*

²*Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Ryzyko upadków a bezpieczeństwo pacjenta geriatrycznego - porównanie pensjonariusza Domu Pomocy Społecznej i seniora mieszkającego w środowisku domowym

Zuzanna Strząska – Kliś¹, Grzegorz Bartkowiak¹, Grażyna Dykowska²

¹Stacjonarne studia II stopnia, kierunek Pielęgniarstwo, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Zakład Ekonomiki Zdrowia I prawa Medycznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Bezpieczeństwo personelu pielęgniarstwa a postępowanie poekspozycyjne po kontakcie z materiałem biologicznym w miejscu pracy

Zofia Sienkiewicz¹, Wiesław Fidecki², Ewa Kobos¹, Beata Dziedzic¹, Józefa Czarnańska³, Anna Leńczuk-Gruba¹, Mariusz Wysokiński², Tomasz Kryczka¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie 3 Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Czy pielęgniarstwo środowisko pracy jest bezpieczne? Czynniki powodujące zagrożenie zdrowia zespołu pielęgniarstwa

Zofia Sienkiewicz¹, Katarzyna Gajewska², Grażyna Dykowska³, Anna Leńczuk-Gruba¹, Ewa Kobos¹, Tomasz Kryczka¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu,

²Wydział Nauki o Zdrowiu, kierunek Pielęgniarstwo – absolwent

³Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, Wydział Nauki o Zdrowiu

Bezpieczeństwo pacjenta dobre praktyki na podstawie doświadczeń Centrum Medycznego Żelazna

Daria Walewska¹ Monika Gałaszkiwicz¹ Alicja Misztal¹, Grażyna Bączek^{1,2}

¹Centrum Medyczne „Żelazna”

²Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, WUM

Bezpieczeństwo pacjenta jako wynik partnerstwa i optymalnej komunikacji interpersonalnej w relacjach pielęgniarki i zespołu terapeutycznego

Magdalena Zawadzka, Elżbieta Nazar, Marta Kamińska, Beata Haor

Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu

Instytut Nauk o Zdrowiu, PWSZ we Włocławku

Zalecenie Rady Unii Europejskiej z dnia 9 czerwca 2009r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (2009/C 151/01)

Grażyna Dykowska¹; Aleksandra Czerw¹; Anna Augustynowicz¹ Zofia Sienkiewicz²

¹*Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego WUM WNOZ*

²*Zakład Pielęgniarstwa Społecznego WUM WNOZ*

Cel: Pokazanie zaleceń UE mających wpływ na bezpieczeństwo pacjentów w poszczególnych państwach UE

Zalecenie miało na celu stworzenie ram stymulujących kształtowanie polityki i przyszłych działań w państwach członkowskich i między nimi w celu rozwiązania kluczowych problemów dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, przed jakimi stoi UE w tym m.in. m.in. sklasyfikować i mierzyć bezpieczeństwo pacjentów na szczeblu wspólnotowym poprzez wzajemną współpracę i współpracę z Komisją poprzez opracowania wspólnych definicji i terminów z uwzględnieniem międzynarodowych działań normalizacyjnych, takich jak międzynarodowa klasyfikacja na rzecz bezpieczeństwa pacjentów opracowana przez WHO oraz działania Rady Europy w tej dziedzinie;

Chociaż bezpieczeństwo pacjentów jest obecnie powszechnym elementem polityki zdrowia publicznego, budowanie kultury bezpieczeństwa pacjentów w środowisku opieki zdrowotnej wydaje się jeszcze większym wyzwaniem. Wyciągnięcie wniosków ze zgłoszonych błędów oraz uwzględnienie pacjentów w zapobieganiu szkodom wymagają dalszej uwagi. Pakiet bezpieczeństwa pacjenta, opublikowany w dniu 19 czerwca 2014 r. przez Komisję Europejską, akcentuje to, jak Komisja oraz kraje Unii radzą sobie z wyzwaniami w zakresie bezpieczeństwa pacjentów. Opisuje postępy dokonane od 2009r. oraz bariery, które trzeba pokonać w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

System gromadzenia informacji o zdarzeniach niepożądanych – możliwości, zalety, zagrożenia

Maciej Lasek, Agata Kaczyńska
Politechnika Warszawska, Uczelnia Łazarskiego

Wprowadzenie: Doświadczenia wynikające z badania wypadków lotniczych wykazały, że zdarzenia te były z reguły poprzedzane różnymi niepożądanymi zdarzeniami, których identyfikacja i wyeliminowanie na wcześniejszym etapie mogło zapobiec wystąpieniu wypadkom lub poważnym incydentom. W celu ułatwienia analizy zdarzeń, które mogłyby mieć wpływ na obniżenie poziomu bezpieczeństwa ustanowiono system zgłaszania takich zdarzeń.

Cel pracy: Praca ma na celu przedstawienie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych (wypadków, poważnych incydentów i incydentów) w lotnictwie cywilnym.

Podstawowe założenia pracy: W pracy przedstawiono modele obowiązkowego i dobrowolnego systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Omówiono cel rozdzielania tych systemów, zakres gromadzonych informacji, ochronę zgromadzonych informacji przed niewłaściwym wykorzystaniem, system przetwarzania (analizy) tych informacji oraz sposób publikacji wniosków wynikających z analiz. Wskazano na systemowe rozwiązania prawne zapewniające skuteczność działania systemu zgłaszania oraz oczekiwane kierunki ewolucji takiego systemu.

Podsumowanie: Wprowadzenie systemu zgłaszania i analizy zdarzeń oraz przekonanie do niego środowiska lotniczego jest podstawowym filarem bezpieczeństwa opartego na filozofii niekarania za błędy i dzielenia się własnymi doświadczeniami. Jest to możliwe jedynie w przypadku zapewnienia gwarancji zgłaszającym, że informacje te nie będą wykorzystane do innych celów niż poprawa bezpieczeństwa i zapobieganie takim zdarzeniom w przyszłości.

Słowa kluczowe: Bezpieczeństwo, lotnictwo, system zgłaszania zdarzeń niepożądanych

Bezpieczeństwo pacjenta a organizacja stanowiska pracy pielęgniarki, położnej

Bożena Ścieglińska

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego

Naczelnia Pielęgniarka Samodzielnego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w

Warszawie

Niniejsze streszczenie odnosi się do kwestii organizacji pracy personelu medycznego w tym Pielęgniarek, Położnych jako jeden z czynników gwarantujących bezpieczeństwo pacjenta.

Profesjoniści sektora zdrowia pracują w warunkach, jakich im stworzy system opieki zdrowotnej oraz kadra zarządzająca tym systemem.

Prawodawstwo w systemie ochrony zdrowia reguluje między innymi zagadnienia:

1. wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
2. standardów postępowania i procedur medycznych;
3. stosowania wyrobów medycznych, urządzeń medycznych;
4. wykonywania czynności medycznych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny;
5. norm zatrudnienia personelu medycznego;
6. kwalifikacji personelu medycznego w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Przez stanowisko pracy rozumie się przestrzeń pracy, wraz z wyposażeniem w środki i przedmioty pracy, w której pracownik wykonuje pracę.

W odniesieniu do sektora zdrowia wyposażenie stanowisk pracy, to przede wszystkim sprzęt specjalistyczny (aparatura, wyroby medyczne) wymagający obsługi przez wykwalifikowany personel. Niedopuszczalne jest wyposażenie stanowisk pracy w sprzęt, który nie spełnia wymagań określonych przepisami prawa czy też brak tego sprzętu. Przy wyborze sprzętu należy kierować się zasadą: stosowany sprzęt musi być dostępny w ilości pożądanej, bezpieczny dla użytkownika (pacjent, personel), skuteczny, wygodny w użyciu i akceptowany przez personel.

W tym miejscu nie można pominąć kwestii ergonomii. Celem ergonomii jest polepszenie warunków pracy personelu medycznego, które w konsekwencji polepszą jakość pracy, co przekłada się na bezpieczeństwo pacjenta.

Niezbędnym elementem związanym ze stanowiskiem pracy jest dokumentacja w tym:

Opis stanowiska pracy określający główne zadania, uprawnienia i odpowiedzialność, środki wykorzystywane w procesie realizacji zadań, wymagania w zakresie kwalifikacji i kompetencji zawodowych.

Uzupełnieniem powyższej dokumentacji są standardy, procedury odnoszące się do wykonywanych zadań.

Standardy pełnią ważną rolę w zapewnieniu właściwej opieki nad pacjentem oraz realizacji procesu leczenia. Standardy , procedury są sposobem na uzyskanie powtarzalnych, pożądaných zachowań, tworzą odpowiednie nawyki, powinny być dostosowane do warunków, w których mają obowiązywać.

W kwestii norm zatrudnienia personelu medycznego należy podkreślić fakt ,ze pacjent będzie bezpieczny wówczas, gdy pielęgniarka, położna będzie pracowała z zastosowaniem bezpiecznej obsady adekwatnej do potrzeb zdrowotnych pacjenta.

Reasumując

Z punktu widzenia osób odpowiedzialnych za organizację udzielania świadczeń zdrowotnych na poziomie podmiotów leczniczych wyzwaniem jest znajomość , interpretacja oraz wdrożenie norm prawnych, jak również poszukiwanie rozwiązań minimalizujących potencjalne zagrożenia dla pacjentów i personelu.

Z punktu widzenia personelu medycznego wyzwaniem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w warunkach określonych normami prawa.

Bezpieczeństwo hospitalizacji pacjenta w kontekście monitorowania zdarzeń niepożądanych

Olga Dembicka

Mazowieckie Centrum Rehabilitacji „STOCER” Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny

Błądzić jest rzeczą ludzką, ukrywanie błędów jest grzechem ciężkim, ale brak uczenia się na popełnionych błędach jest niewybaczalny”.

(prezydent WHO Alliance for Patient Safety, sir LiamDonaldson.)

Wstęp: Rozwój medycyny, nowych technologii z jednej strony niesie ogromne korzyści dla jakości leczenia i bezpieczeństwa hospitalizacji pacjentów, z drugiej zaś staje się przyczyną występowania zdarzeń niepożądanych.

Zdarzenie niepożądane zgodnie z definicją przyjętą w programie akredytacji szpitali, to „szkoda wywołana w trakcie lub w efekcie leczenia, nie związaną z naturalnym przebiegiem choroby, stanem zdrowia pacjenta lub ryzyko jej wystąpienia „. Natomiast definicja zawarta w ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zdarzenie medyczne to, zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta będący następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną :

1) diagnoz, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,

2) leczeniem, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,

3) zastosowaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

W ramach programu akredytacji szpitali wymienia się następujący katalog zdarzeń niepożądanych : ciało obce pozostawione w polu operacyjnym, niewłaściwy pacjent, miejsce, strona operowana, odcewnikowa infekcja łóżyska naczyniowego, uszkodzenia ciała powstałe w wyniku zabiegu operacyjnego, sepsa po zabiegu operacyjnym, embolia płucna lub zakrzepica żył głębokich po zabiegu operacyjnym, samobójstwo w szpitalu, niewłaściwe podanie leku, upadki w szpitalu, reperacje, samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala.

Bezpieczeństwo hospitalizacji powinno stać się priorytetem w zakresie funkcjonowania wszystkich podmiotów leczniczych.

Według Światowej Organizacji Zdrowia zdarzenia niepożądane dotyczą co dziesiątego pacjenta hospitalizowanego. Badania przeprowadzone w Szwecji w 2009 roku wskazały występowanie zdarzeń niepożądanych u około 12 % pacjentów. W Niemczech natomiast wykazano, że około 19 tyś. pacjentów umiera w skutek błędów medycznych.

W ramach projektu „Bezpieczny Szpital - Bezpieczny Pacjent” Centrum Monitorowania Jakości, przeprowadziło badania w latach 2014 i 2015 z których

wynika, że w 40% przypadków sądy orzekają wystąpienie niepożądanego zdarzenia medycznego.

Z przytoczonych danych wynika jeden wniosek: aby poprawić bezpieczeństwo hospitalizacji oraz jakość udzielanych świadczeń trzeba zdarzenia niepożądane monitorować.

W tym celu w szpitalach powołuje się zespoły ds. monitorowania zdarzeń niepożądanych.

Zadania zespołu to m.in. identyfikacja i gromadzenie oraz analiza danych dotyczących zdarzeń, analiza źródłowa zdarzeń, wypracowanie rekomendacji i zaleceń dla poprawy bezpieczeństwa pacjenta. Z prac zespołu winny wynikać określone działania naprawcze i profilaktyczne. Nie chodzi o to, aby prowadzić do stygmatyzacji, ale na podstawie wniosków wynikających z analizy źródłowej wprowadzać takie działania, aby w przyszłości zdarzenia nie występowały.

Celem wystąpienia jest przedstawienie i analiza konkretnych ryzyka, które mogą prowadzić do wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz pokazanie przykładowej ścieżki postępowania wyjaśniającego.

Wszyscy pracownicy szpitali powinni być świadomi stosowania określonych działań, procedur postępowania, których przestrzeganie może spowodować eliminacje lub chociażby minimalizację występowania zdarzeń niepożądanych.

Błąd systemu czy błąd pielęgniarki? Czego możemy nauczyć się od lotnictwa?

Kajetan Gawarecki¹ .Julia Gawarecka²

¹WUM Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Air Med Escort

²USWPS, Air Med Escort

Wprowadzenie: O błędzie pielęgniarki bądź innym błędzie medycznym i jego konsekwencjach dowiadujemy się przy okazji spektakularnych tragedii. Formalne postępowanie wyjaśniające, a także środowiskowa i medialna dyskusja toczy się przeważnie w kontekście poszukiwania winnego, a nie przyczyn. Te jednak leżą w dużej mierze poza zakresem świadomości personelu medycznego. Z tej samej przyczyny prawdopodobnie znaczna ilość zdarzeń niepożądanych pozostaje ciemną liczbą incydentów, które o mały włos nie zakończyły się tragedią.

Cel pracy:

Zwrócenie uwagi na pułapki prowadzące do zdarzenia niepożądanego wynikające [m.in.](#) z ograniczeń ludzkiego organizmu oraz propozycje zastosowania rozwiązań analogicznych do funkcjonujących w lotnictwie

Podstawowe założenia: Autor przedstawia przykłady realnych niebezpiecznych sytuacji z praktyki pielęgniarskiej, które z łatwością można wyeliminować przy pomocy sprawdzonych schematów postępowania stosowanych w lotnictwie. Wprowadzenie takich elementów jak struktura błędu (model "sera szwajcarskiego" J.Reasona), świadomość sytuacyjna, zarządzanie zasobami załogi i komunikacja do praktyki pielęgniarskiej i programu studiów oraz szkoleń jest realną drogą zwiększenia bezpieczeństwa pacjenta.

Podsumowanie: Lotnictwo, mimo obiektywnych zagrożeń, jest dziś jedną z najbezpieczniejszych dziedzin aktywności człowieka. W medycynie coraz więcej doniesień wskazuje na zdarzenia niepożądane jako jedną z głównych przyczyn osłabienia pożądanego wyniku terapeutycznego, pogorszenia stanu zdrowia lub wręcz śmierci pacjenta. Porównanie dróg lotnictwa i medycyny w zapewnieniu bezpieczeństwa pozwala wskazać konieczne kierunki działań.

Słowa kluczowe: Błąd pielęgniarki, Czynniki ludzkie,

Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych w praktyce placówek ochrony zdrowia

Sandra Kryska

Śląska Wyższa Szkoła Medyczna w Katowicach

Wstęp: Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych jest nowym, ale bardzo prężnie rozwijającym się elementem zarządzania placówkami ochrony zdrowia. Placówki decydujące się na zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych mają większą kontrolę nad bezpieczeństwem pacjentów oraz personelu medycznego

Cel pracy: Celem pracy jest charakterystyka korzyści wynikających z zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych w placówce szpitalnej

Materiał i metody: W pracy przedstawiono efekty procesu wdrażania systemu zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych. System ten wdrażany był w latach 2017-2018 w wielospecjalistycznym szpitalu znajdującym się w województwie śląskim

Wyniki: Dzięki opracowaniu oraz wdrożeniu systemu zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych w szpitalu wielospecjalistycznym możliwe było zdefiniowanie zdarzeń, które mają potencjalne, niekorzystne konsekwencje dla pacjenta lub personelu medycznego i mogą w negatywny sposób przyczynić się do przebiegu i/lub efektów procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Pozwoliło to również na opracowanie systemu zgłaszania i analizy zdarzeń niepożądanych, a jej wyniki umożliwiły wprowadzenie adekwatnych do potrzeb oraz skutecznych rozwiązań poprawiających bezpieczeństwo pacjentów

Wnioski: Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych może przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego, dzięki zastosowaniu rozwiązań adekwatnych do aktualnych potrzeb

Słowa kluczowe: Zdarzenia niepożądane, ryzyko zdarzeń niepożądanych, zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych, placówki medyczne

Uszkodzenia dróg żółciowych w operacyjnym leczeniu kamicy pęcherzyka żółciowego. Przyczyny i postępowanie

Justyna Smaga¹ Janusz Sierdziński² Włodzimierz Otto¹

1. *Katedra Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, I Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny*
2. *Zakład Informatyki Medycznej i Telemedycyny, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Wstęp: Cholecystektomia jako metoda leczenia objawowej kamicy żółciowej to jedna z najpopularniejszych operacji wykonywanych niemal na każdym oddziale chirurgicznym w Polsce. Standardowo wykonuje się ją techniką laparoskopową. Mimo bezspornych zalet, technika ta obciążona jest 2- krotnie zwiększonym ryzykiem powstania kalectwa dróg żółciowych w porównaniu do techniki klasycznej i wynosi 0,5%.

Z analiz statystycznych wynika, że tylko w 1/5 przypadków uszkodzenie dróg żółciowych rozpoznaje się w trakcie operacji. Uszkodzenie to diagnozowane jest zwykle w ciągu pierwszych dni po operacji z powodu wystąpienia żółtaczki mechanicznej u pacjenta (całkowite zamknięcie dróg żółciowych) lub z powodu wycieku żółci do drenu (częściowe lub całkowite przerwanie ciągłości dróg żółciowych).

Postępowanie w jatrogennym uszkodzeniu dróg żółciowych uwarunkowane jest przez różne czynniki, do których należą czas rozpoznania uszkodzenia, rodzaj i rozległość uszkodzenia a także doświadczenie zespołu wykonującego rekonstrukcję dróg żółciowych.

Jak wynika ze zgromadzonych i przeanalizowanych przez nas danych, rezultat operacji rekonstrukcyjnej zależy od prawidłowego rozpoznania uszkodzenia dróg żółciowych oraz od decyzji o skierowaniu pacjenta do ośrodka referencyjnego bez podejmowania wcześniejszej próby wykonywania operacji naprawczych. Taki sposób postępowania wpływa ostatecznie na możliwość ograniczenia ilości interwencji chirurgicznych u pacjenta z uszkodzeniem dróg żółciowych.

Cel pracy: Ocena długoterminowych wyników rekonstrukcji dróg żółciowych

Materiał i metody: Na potrzeby projektu powstał system telemedyczny wykorzystujący narzędzia GIS przeznaczone do oceny i prezentacji niepożądanych skutków leczenia w różnych ośrodkach chirurgicznych w Polsce. Geograficzny System Informacji (GIS) można zdefiniować, jako: „*Zorganizowany zbiór urządzeń komputerowych, oprogramowania, informacji geograficznych oraz personelu zaprojektowany w celu zbierania, przechowywania, uaktualniania, przetwarzania, analizowania i prezentacji wszystkich form informacji posiadających i nieposiadających wymiaru przestrzennego*”. [Gotlib D, Iwaniak A, Olszewski R., GIS – Obszary zastosowań, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.] Zaproponowane rozwiązanie systemu do oceny niepożądanych skutków leczenia, używa wyłącznie otwartych standardów narzędziowych Free i OpenSource. Wykorzystując do tego odpowiednio środowisko Javy oraz serwer danych przestrzennych np. GeoServer wraz ze środowiskiem bazodanowym np. bazą PostgreSQL oraz z jej dodatkiem PostGIS. Uzyskujemy w ten sposób rozwiązanie relacyjno-objektowe za pomocą, którego można zapisać dane przestrzenne wprost do bazy danych oraz wyświetlić, publikować i edytować je w sieci WEB z użyciem ogólnie przyjętych standardów. Przy użyciu biblioteki OpenLayers opartej o technologię JavaScript mamy możliwość dodawania dynamicznych map, jako składników strony HTML, z ich jednoczesnym podziałem na część wizualizacyjną danych (map tools) i danych przestrzennych (map data). Umożliwia to pracę na wielu źródłach danych (wektorowych, rastrowych, statystycznych, obrazowych).

Wyniki: Dokonując szczegółowych obliczeń i analiz statystycznych wykazano, że: czas bez objawów po ostatecznej rekonstrukcji, wskazujący na skuteczność zespolenia żółciowego, wynosił ponad 5 lat u 78,6% pacjentów z grupy C, ale tylko 67,8% pacjentów z grupy A, 56,2% pacjentów z grupy B i 54,6 % pacjentów z grupy D. Wskazana różnica między grupami była statystycznie istotna (Chi-kwadrat = 15,61, p <0,001). Wyniki analizy wieloczynnikowej wykazały, że zakażenie wewnątrz jamy brzusznej i podskórny zespół żółci, który rozwinął się po początkowej operacji; niepowodzenie miejscowych chirurgów w rekonstrukcji przewodu żółciowego; objawy zapalenia dróg żółciowych przed ostateczną rekonstrukcją dróg żółciowych i płeć były niezależnymi czynnikami, które miały niekorzystny wpływ na długość okresu bez objawów po ostatecznej rekonstrukcji.

Wnioski: Rezultat rekonstrukcji dróg żółciowych zależy od poprawnej oceny skierowania pacjenta, co wpływa z kolei na późniejsze interwencje podejmowane w szpitalach publicznych. Ponadto, właściwe szkolenie chirurgów ogólnych z umiejętności nietechnicznych i chirurgicznych może zmniejszyć częstotliwość zarówno urazów, jak i nieudanych napraw dróg żółciowych.

Słowa kluczowe: Jatrogenne uszkodzenie dróg żółciowych, kalectwo dróg żółciowych, cholecystektomia laparoskopowa, rekonstrukcja dróg żółciowych, kamica pęcherzyka żółciowego

Kazuistyka zdarzeń niepożądanych w chirurgii

Wojciech Kwietniewski

Uniwersytet Rzeszowski Wydział Medyczny Zakład Medycyny Sądowej i Prawa Medycznego

Wprowadzenie: Opinie sądowe lekarskie sporządzane na zlecenie organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości stanowią źródło informacji na temat zdarzeń niepożądanych w tym błędów medycznych

Cel pracy: Wskazanie najczęstszych rodzajów zdarzeń niepożądanych w chirurgii w oparciu o analizę opinii sądowo lekarskich, przykłady zdarzeń zaopiniowanych jako błędy medyczne

Podstawowe założenia pracy: Analiza opinii aktowych, dotyczących podejrzenia o błąd medyczny wydanych przez zespół opiniujący Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2005-2010 z udziałem specjalisty chirurga. Poznanie ogólnej charakterystyki zdarzeń niepożądanych, w chirurgii, w badanym materiale Próba identyfikacji „najślabszych punktów” procesu leczniczego w kontekście wykorzystania uzyskanych informacji do tworzenia programów zapobiegawczych. Próba oceny ilości i rodzaju zdarzeń niepożądanych przy zastosowaniu nowych technik chirurgicznych, takich jak operacje laparoskopowe i zabiegi endoskopowe.

Podsumowanie: Błąd medyczny stwierdzono łącznie w 15% opiniowanych przypadków. Najczęściej dotyczył on przypadków ostrych. Zdecydowanie przeważały błędy o charakterze diagnostycznym, zaś błąd organizacyjny stanowił najrzadziej opiniowaną kategorię błędów. W badanym materiale ilość błędów związanych z operacjami laparoskopowymi była wyższa, niż w przypadkach operacji metodą otwartą. W operacjach pęcherzyka i dróg żółciowych błąd medyczny stwierdzono jedynie w przypadkach zabiegów laparoskopowych.

Słowa kluczowe: Zdarzenia niepożądane, chirurgia

Upadki osób starszych – wielki problem geriatryczny.

Przyczyny, konsekwencje, ocena ryzyka oraz możliwości prewencji.

Biercewicz Monika, Kędziora-Kornatowska Kornelia

Katedra i Klinika Geriatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wprowadzenie Wraz ze starzeniem się wielu społeczeństw, w tym także ludność Polski wzrastała będzie ilość problemów charakterystycznych dla tej grupy osób. Jednym z takich problemów, niestety często bagatelizowanym lub zbyt mało dostrzeganym są upadki. W geriatrii zaliczane są one do tzw. „wielkich problemów geriatrycznych. Niosą za sobą poważne konsekwencje odczuwane w sferze zdrowotnej, psychologicznej, społecznej i ekonomicznej. Wpływają na pogorszenie jakości życia osób starszych, ich samodzielność i niezależność.

Cel pracy Celem pracy jest przedstawienie problemu upadków ze zwróceniem uwagi na ich przyczyny, konsekwencje, ocenę ryzyka oraz możliwości prewencji

Podstawowe założenia pracy Zgodnie z danymi literaturowymi uważa się, że około 30 % osób w wieku podeszłym upada każdego roku. Niestety problemu upadków nie da się całkowicie wyeliminować. Świadomość ważności tematu, przyczyn i konsekwencji upadków może jednak wpłynąć na zredukowanie częstości ich występowania. Do upadków dochodzi zarówno w środowisku domowym osoby starszej jak i poza nim. Zdarzają się także w instytucjach i placówkach opiekuńczych. Upadki należą do jednych z najczęstszych zdarzeń niepożądanych, do których dochodzi podczas hospitalizacji. Przyczyny upadków można podzielić na wewnętrzne: - związane z samym procesem starzenia się organizmu (szczególnie w obrębie układu nerwowego, mięśniowego, słuchu, wzroku oraz zmiany wzorca chodu) oraz -zależne od stanów chorobowych występujących w okresie starości (w szczególności schorzenia układu sercowo-naczyniowego oraz nerwowego). Nie można pominąć także istotnej przyczyny jaką stanowi wielolekowość. Przyczyny zewnętrzne (środowiskowe) odnoszą się do niebezpieczeństw, które mogą pojawić się w środowisku domowym jak i poza nim np.: śliskie podłogi, brak udogodnień, nieodpowiednie obuwie, progi czy niekorzystne warunki atmosferyczne. Analizując konsekwencje jakie wynikają z upadków do najpoważniejszych należą złamania, krwiaki, powikłania związane z wtórnym unieruchomieniem czy tzw. zespół poupadkowy. Warto podkreślić, że upadki i ich następstwa wiążą się niejednokrotnie z koniecznością hospitalizacji, długotrwałej rehabilitacji i kosztownym leczeniem. Istotnym elementem ułatwiającym identyfikację osób zagrożonych upadkiem jest wnikliwy, ukierunkowany wywiad, dokładne badanie lekarskie wraz z przeglądem przyjmowanych leków (także dostępnych bez recepty). Ważnym uzupełnieniem tej oceny jest zastosowanie specyficznych narzędzi – testów. Najczęściej do tego celu wykorzystuje się: test Tinetti, Up&Go czy test Berg. Biorąc pod uwagę fakt, iż każdy upadek może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia, kluczowe znaczenie ma prewencja. Działania związane z prewencją odnoszą się m.in. do: leczenia chorób ostrych i przewlekłych będących przyczynami upadku, kontroli i ewentualnej modyfikacji leczenia, analizy miejsca zamieszkania osoby starszej (jeśli

istnieje możliwość eliminacji czynników ryzyka–adaptacja pomieszczeń, zastosowanie udogodnień z uwzględnieniem potrzeb osób starszych), zaopatrzenie narządu wzroku i słuchu, zaopatrzenie w odpowiednio dobrany i dopasowany sprzęt ortopedyczny, rehabilitacja poprawiająca sprawność, kinezyterapia z zastosowaniem odpowiednio dobranych ćwiczeń ruchowych, fizykoterapia z zastosowaniem bodźców fizycznych (np. ciepła, zimna, ultradźwięków), które działają p/bólowo, p/zapalnie, zmniejszają napięcie mięśniowe i wpływają na poprawę sprawności. Prewencja to także szeroko prowadzona edukacja, której odbiorcą jest sama osoba starsza jak i rodzina czy opiekun. Ważną rolę prewencyjną powinno się także upatrywać w tworzeniu programów zapobiegającym upadkom o zasięgu ogólnokrajowym. Do promowania aktywnego i zdrowego stylu życia powinny włączyć się mass media, instytucje skupiające osoby starsze, Uniwersytety Trzeciego Wieku czy Kluby Seniorów.

Podsumowanie Uświadomienie problemu upadków osób starszych oraz podjęcie odpowiednich działań prewencyjnych ma istotne znaczenie dla zmniejszenia urazowości, zredukowania negatywnych skutków wynikających z upadku oraz zwiększenia bezpieczeństwa seniorów. Niezmiernie ważna jest identyfikacja osób zagrożonych upadkiem oraz redukcja modyfikowalnych czynników ryzyka.

WN707

Słowa kluczowe upadki, geriatrya

Upadki wewnętrzshpitalne – charakterystyka poszkodowanych

Maciej Janusz Krajsman, Andrzej Cacko

Zakład Informatyki Medycznej i Telemedycyny WUM

Wstęp: Upadki pacjentów należą do najczęściej zgłaszanych zdarzeń niepożądanych dotykających pacjentów szpitali w Polsce

Cel pracy: Określenie typowych scenariuszy prowadzących do upadku pacjenta oraz podejmowanych zazwyczaj w takich sytuacjach interwencji personelu medycznego

Materiał i metody: Materiał: karty zgłoszenia zdarzenia niepożądanego z jednego z polskich szpitali, dotyczące upadków pacjentów w latach 2016, 2017 i z pierwszej połowy roku 2018.

Badanie retrospektywne – analiza danych z kart pod względem okoliczności, przyczyn i skutków upadków osób hospitalizowanych

Wyniki: Najczęściej raportowano upadki w drodze do/z łazienki, w łazience lub z łóżka. Przyczynami zazwyczaj są poślizgnięcia, osłabienie pacjentów, zasłabnięcia, próby sforsowania barierek i upadki z łóżka w czasie snu.

Wśród powikłań dominują stłuczenia i otarcia. Ogólnie spektrum powikłań rozciąga się jednak od braku dolegliwości po ciężki stan pacjenta i operacje neurochirurgiczne, hospitalizację w OIT, konieczność prowadzenia RKO a nawet śmierć pacjenta

Wnioski: Upadki wewnętrzshpitalne są stosunkowo częstym zdarzeniem niepożądanym stanowiącym zagrożenie dla pacjenta i generującym istotne obciążenie dla systemu ochrony zdrowia. Należy podejmować działania mające na celu zapobieganie upadkom pacjentów

W poszukiwaniu nowego modelu organizacji opieki pielęgniarskiej w szpitalu – jako element polityki bezpieczeństwa

Grażyna Wójcik¹ Magdalena Sękowska² Kajetan Gawarecki³

¹Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Szpital Elbląska „MAGODENT”

³Air Med Escort

Wstęp: Podmioty lecznicze, które w ostatnich latach są zmuszone funkcjonować w warunkach dużych ograniczeń ekonomicznych i kadrowych nie wykazują dostatecznego zainteresowania dla funkcjonujących w ich obrębie rozwiązań dotyczących pracy zespołów terapeutycznych. Natomiast problematyka organizacji pracy jest kluczowa zarówno dla bezpieczeństwa pacjenta jak i dla efektywności realizowanego procesu leczenia i opieki.

Cel pracy: Analiza wybranych metod organizacji pracy zespołów pielęgniarskich w odniesieniu do krytycznych obszarów bezpieczeństwa pacjenta.

Podstawowe założenia: Organizacja pracy zespołu pielęgniarskiego może być oparta na utrwalonych schematach pracy (tradycja), doraźnych działaniach wynikających z doświadczenia i decyzji poszczególnych profesjonalistów lub też świadomych decyzjach zarządczych. W pracy przedstawiona zostanie analiza wybranych metod organizacji pracy w aspekcie zagrożeń bezpieczeństwa pacjenta. W oparciu o doświadczenie wybranych placówek przedstawione zostaną możliwości wykorzystania metody „pracy zespołowej” i „primary nursing” jako rozwiązań poprawiających jakość i bezpieczeństwo opieki.

Podsumowanie: Metoda organizacji pracy czyli podział ról, zadań i odpowiedzialności ale także określenie przepływu informacji dotyczącej pacjenta ma kluczowe znaczenia dla zapewnienia bezpieczeństwa.

Słowa kluczowe: Metoda organizacji pracy, bezpieczeństwo, opieka pielęgniarska

Prewencja zdarzeń niepożądanych w praktyce zawodowej pielęgniarek anestezjologicznych i intensywnej opieki

Katarzyna Bugaj ¹, Anna Leńczuk-Gruba ², Zofia Sienkiewicz ²

¹ *Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa*

² *Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Wstęp: Prewencja zdarzeń niepożądanych musi obejmować identyfikację, analizę przyczyn, okoliczności i warunków w jakich wystąpiły oraz podjęcie działań na rzecz redukcji tych zdarzeń. Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki stworzyło w 2012 roku rejestr, w którym pielęgniarki mogą zgłaszać przypadki zdarzeń niepożądanych w celu ich rzetelnego monitorowania. Niestety do tej pory nie udostępniono wyników monitorowania tego problemu w praktyce pielęgniarstwa anestezjologicznego.

Cel pracy: Próba analizy najczęstszych zdarzeń niepożądanych w pracy pielęgniarek anestezjologicznych i intensywnej opieki oraz poznanie opinii pielęgniarek odnośnie działań wpływających na minimalizowanie błędów w praktyce pielęgniarstwa.

Material i metody: Badanie przeprowadzono w terminie czerwiec - lipiec 2017. Grupę badawczą stanowiło 100 pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w oddziałach OIOM. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki: W badanej grupie najwięcej personelu pielęgniarstwa - 22% przyznało się do podania leku niewłaściwemu pacjentowi, a 17% do przygotowania leku bez zlecenia lekarskiego. Najważniejsze działanie prewencyjne zdarzeń niepożądanych w opinii badanych to większa obsada personelu przypadającego na pacjenta (średnia 4,8). Według 56% respondentów czas poświęcony w kształceniu zawodowym na problematykę zdarzeń niepożądanych nie był wystarczający. 85% pielęgniarek deklarowało chęć udziału w takich szkoleniach.

Wnioski: Pielęgniarki anestezjologiczne rzadko deklarowały, że były sprawcą lub świadkiem zdarzenia niepożądanego, co może świadczyć, że personel pielęgniarstwa nadal obawia się konsekwencji zgłaszania takich incydentów. Do działań istotnie minimalizujących ryzyko występowania zdarzeń niepożądanych respondenci zaliczyli większą obsadę personelu.

Respondenci wskazali na potrzebę poszerzenia wiedzy na temat problematyki zdarzeń niepożądanych.

Słowa kluczowe: zdarzenia niepożądane, pielęgniarka anestezjologiczna

Bezpieczeństwo pacjenta a jakość opieki pielęgniarskiej nad dziećmi hospitalizowanymi z powodu wymiotów

Józefa Czarnecka¹, Ewa Kobos², Zofia Sienkiewicz², Joanna Tkaczyk

¹ Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Bezpieczeństwo pacjentów uważane jest za wskaźnik jakości opieki pielęgniarskiej, ponieważ pielęgniarki świadczą opiekę w sposób ciągły i mają stały kontakt z pacjentem. Pielęgniarki powinny brać odpowiedzialność za swoje czyny oraz dbać o rozwój i poprawę świadczonych usług. Kilkukrotne wymioty stwarzają zagrożenia odwodnienia, niedożywienia, zaburzeń elektrolitowych, utraty masy ciała. Rolą pielęgniarki podczas opieki nad osobą wymiotującą jest zadbanie o jej komfort, intymność i bezpieczeństwo. Pielęgniarka pomaga w określeniu przyczyny wymiotów i ich eliminacji, kontroluje dietę i nawodnienie pacjenta, pomaga zachować higienę, wykonuje zlecenia lekarskie.

Cel pracy: Celem badania była ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej przez opiekunów dzieci hospitalizowanych z powodu wymiotów.

Materiał i metody: Do przeprowadzenia badania wykorzystano wystandaryzowaną ankietę, zawierającą 17 pytań zamkniętych dotyczących satysfakcji rodziców z opieki nad dzieckiem hospitalizowanych z powodu wymiotów. Badanie zostało przeprowadzone w 2018 roku w Szpitalu Dziecięcym w Oddziale Pediatrycznym oraz Oddziale Chirurgii i Ortopedii Dziecięcej.

Wyniki: W badaniu wzięło udział 102 rodziców dzieci mających wymioty. Większość z nich stanowiły kobiety (77,5%). Ponad połowa badanych (57,8%) miała wykształcenie wyższe. Zawsze skuteczną pomoc w walce z wymiotami otrzymało 39,2% badanych. Nigdy nie otrzymało skutecznej pomocy 15,7% badanych. Potrzebę otrzymywania leków przeciwwymiotnych przez dzieci zgłosiło 61,8% rodziców. Według 38,2% rodziców ich dzieci nie wymagały interwencji farmakologicznej w związku z wymiotami. Większość rodziców dzieci hospitalizowanych z powodu wymiotów sądziło, że personel zawsze robił, co tylko mógł, aby pomóc pacjentom uporać się z wymiotami (34,3%), 27,5% deklarowało, że personel zazwyczaj robił wszystko, co był w stanie, aby zapobiec wymiotom, 20,6% sądziło, że tylko czasami. Według 17,6% opiekunów personel nigdy nie robił wszystkiego, co był w stanie, aby pomóc dziecku poradzić sobie z wymiotami. Informacji na temat dalszego postępowania z dzieckiem po opuszczeniu szpitala nie otrzymało 30,4% rodziców. Najliczniejsza grupa rodziców (26,5%) oceniła szpital na „9” w skali od 1-10. Najwyższą ocenę „10” dla szpitala wystawiło 21,6% respondentów.

Wnioski: Opiekunowie dzieci hospitalizowanych z powodu wymiotów byli zadowoleni z opieki pielęgniarskiej sprawowanej nad ich dziećmi. Pomimo

wykazanych niedociągnięć w opiece pielęgniarskiej, rodzice wciąż bardzo pozytywnie ocenili szpital w którym przebywało ich dziecko.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo, jakość opieki, hospitalizacja

Znaczenie analizy zdarzeń niepożądanych w poprawie bezpieczeństwa pacjentów w placówce medycznej

Sandra Kryska

Śląska Wyższa Szkoła Medyczna w Katowicach

Wprowadzenie: Konieczność monitorowania zdarzeń niepożądanych stanowi jeden z elementów akredytacji zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń w warunkach stacjonarnych. Aby możliwe było dokonanie analizy zdarzeń niepożądanych, która pozwoli na opracowanie konstruktywnych wniosków konieczne jest określenie zdarzeń, które zostaną uznane w placówce za zdarzenia niepożądane oraz zbieranie szczegółowych informacji na ich temat.

Cel pracy: Celem pracy jest określenie znaczenia analizy zdarzeń niepożądanych w poprawie bezpieczeństwa pacjentów w placówce.

Materiał i metoda: W badaniach własnych przedstawiono przebieg procesu zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych, do których doszło w placówce szpitalnej. Do zbierania informacji na temat sytuacji niekorzystnych lub potencjalnie niekorzystnych dla pacjenta wykorzystano autorski formularz rejestracji zdarzenia niepożądanego.

Wyniki: Zdarzenia niepożądane to zdarzenia, które – choć nie związane ze schorzeniem z powodu którego pacjent przebywa w szpitalu – mogą w istotny sposób wpłynąć na przebieg oraz efekty procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Wśród zdarzeń niepożądanych, które zostały zgłoszone w placówce objętej analizami w ramach monitorowania zdarzeń niepożądanych kilkakrotnie powtórzyły się zdarzenia dotyczące poślizgnięcia się lub upadku pacjenta. Na podstawie przeprowadzonych analiz określono miejsca, w których najczęściej dochodziło do tego rodzaju zdarzeń, a następnie wprowadzono działania korygujące.

Wnioski: Analiza zdarzeń niepożądanych, jeśli jest rzetelnie prowadzona w oparciu o właściwie skonstruowany formularz rejestracji zdarzenia niepożądanego, może doprowadzić do usunięcia czynników zagrażających bezpieczeństwu pacjentów.

Słowa kluczowe: *zdarzenia niepożądane, analiza zdarzeń niepożądanych, matryca SAC*

Pielęgniarka w zespole terapeutycznym a bezpieczeństwo pacjenta

Marcysiak Małgorzata, Korycińska-Koniczuk Katarzyna, Ostrowska Bożena, Bukowska Agnieszka

Pracownia Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych, Zakład Pielęgniarstwa i Kształcenia Podyplomowego, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

Wstęp: W skład zespołu terapeutycznego, obok pielęgniarki, wchodzi profesjonalistów z różnych dziedzin – m. in. lekarz, psycholog, rehabilitant. Relacja z podmiotem opieki w zakresie komunikacji, roli, postawy i dostępności może w dużej mierze wpływać na ich postrzeganie i kreować oczekiwania potencjalnych pacjentów, co również przekłada się na ich bezpieczeństwo. Pielęgniarka, ze względu na funkcje zawodowe pełni szczególną rolę w zespole wobec podmiotu opieki w zakresie jego bezpieczeństwa

Cel pracy: Celem niniejszych badań było poznanie miejsca pielęgniarki wśród członków zespołu terapeutycznego w bezpieczeństwie pacjenta

Material i metody: Badania przeprowadzono wśród 239 potencjalnych pacjentów zamieszkujących w mieście i na wsi. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Do porównań średnich użyto test t-Studenta, test U Manna-Whitneya dla prób niezależnych oraz korelację Spearmana. Poziom istotności wnioskowania statystycznego ustalono na $p=0,05$.

Wyniki: Analizując wyniki badań w zakresie komunikacji pielęgniarka uplasowała się na trzeciej pozycji, za rehabilitantem i psychologiem. Jeśli chodzi o rolę w oddziaływaniach terapeutycznych, pielęgniarka podobnie znalazła się na trzeciej pozycji, za lekarzem i rehabilitantem. W postrzeganiu postawy wobec podmiotu opieki, biorąc pod uwagę, m. in. zaufanie, wsparcie, pielęgniarka znalazła się na pierwszym miejscu, podobnie w aspekcie dostępności, co wpływa na poczucie bezpieczeństwa przez podmiot opieki

Wnioski: Istnieje potrzeba zweryfikowania kompetencji pielęgniarki wśród członków zespołu terapeutycznego w kontekście wypełnianych zadań wobec podmiotu opieki w zakresie bezpieczeństwa pacjenta

Słowa kluczowe: pielęgniarka, zespół terapeutyczny, bezpieczeństwo pacjenta

Wiedza pielęgniarek opieki długoterminowej oraz pracujących w domach pomocy społecznej w zakresie stosowania opatrunków w leczeniu odleżyn jako element zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi

Natalia Michalska¹, Ewa Kobos², Grażyna Wójcik²

¹absolwentka studiów magisterskich WUM, kierunek pielęgniarstwo

²Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Odleżyny nadal stanowią poważny problem kliniczny, powodujący cierpienie pacjentów i rosnące obciążenie finansowe. Ból i cierpienie z powodu odleżyn są postrzegane jako przejawy złej praktyki zapobiegania odleżynom. Zdarza się, że pielęgniarki wykazują słabe przestrzeganie wytycznych dotyczących profilaktyki i leczenia odleżyn co może wynikać z braku wiedzy, dlatego też pielęgniarki wymagają regularnych szkoleń i edukacji w tej dziedzinie praktyki.

Cel pracy: Analiza wiedzy pielęgniarek opieki długoterminowej z zakresu stosowania specjalistycznych opatrunków w leczeniu odleżyn.

Materiał i metody: W badaniu uczestniczyło ogółem 100 pielęgniarek zatrudnionych w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjach stacjonarnych, podmiotach świadczących pielęgniarstwą opiekę długoterminową domową oraz domach pomocy społecznej na terenie województwa mazowieckiego, po 20 respondentów z każdej formy opieki. Kryterium doboru do grupy badanej był minimum roczny staż pracy w opiece długoterminowej.

W badanej grupie kobiety stanowiły 98%. Najlichnějšíą grupę stanowiły osoby w przedziale wieku 35-50 lat (37%). Ponad połowa badanych (57%) posiadała wykształcenie wyższe licencjackie. Osoby pracujące w zawodzie 15-30 lat stanowiły 39% badanych, pracujące <15 lat - 35%. Kurs w zakresie leczenia ran posiadało 43% ankietowanych. Jedna czwarta pielęgniarek miała pod swoją opieką >10 pacjentów z odleżyną.

Wyniki: W badanej grupie tylko 10% respondentów uważało, iż opatrunki specjalistyczne są dostępne w ich miejscu pracy, 18% twierdziło, że raczej są dostępne. Niedostateczny poziom wiedzy na temat stosowania opatrunków w leczeniu odleżyn wykazano u 30% ankietowanych, dostateczny u 50%. Połowa ankietowanych pracujących w Zakładach Opiekuńczo-Leczniczych cechowała się dobrym poziomem wiedzy. Nie odnotowano istotnej korelacji pomiędzy wykształceniem respondentów, a poziomem ich wiedzy na temat stosowania opatrunków w leczeniu odleżyn. Ze wzrostem długości stażu pracy respondentów w aktualnym miejscu zatrudnienia zwiększał się poziom ich wiedzy na temat stosowania opatrunków w leczeniu odleżyn.

Wnioski: Na poziom wiedzy badanych nie miały wpływu wykształcenie, posiadanie kursu specjalistycznego w zakresie leczenia ran oraz dostępność opatrunków w miejscu pracy

Prawidłowe zastosowanie opatrunków specjalistycznych w leczeniu odleżyn jest istotnie związane z doświadczeniem zawodowym personelu pielęgniarskiego, wynikającym ze stażu pracy.

Pielęgniarki sprawujące opiekę nad większą liczbą pacjentów z odleżynami posiadają mniejszą wiedzę w zakresie stosowania opatrunków na odleżyny.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, opatrunki specjalistyczne, odleżyna, opieka długoterminowa

Ryzyko upadków a bezpieczeństwo pacjenta geriatrycznego - porównanie pensjonariusza Domu Pomocy Społecznej i seniora mieszkającego w środowisku domowym.

Strząska – Kliś Zuzanna¹, Bartkowiak Grzegorz¹, Dykowska Grażyna²

¹*Stacjonarne studia II stopnia, Kierunek Pielęgniarstwo, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

²*Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego*

Upadek seniora to jeden z Wielkich problemów Geriatrycznych. Nasilenie upadków w wieku starszym najczęściej wynika z ograniczonej sprawności fizycznej. Niezaprzeczalnie wpływa na bezpieczeństwo pacjenta w podeszłym wieku. U pacjentów, którzy raz doznali upadku prawdopodobieństwo kolejnego rośnie 2-3 krotnie. Upadek wiąże się nie tylko z drobnymi urazami skóry, ale również może być przyczyną złamań różnych kości. Dodatkowo po doznanym upadku u osoby starszej może wystąpić zespół „lęku poupadkowego”, poprzez negatywną ocenę swoich możliwości ruchowych oraz nieustający lęk o zdrowie osoba ogranicza swoją aktywność życiową i zawodową. Upadki jak i zespół „lęku poupadkowego” bardzo obniżają jakość życia osoby starszej.

Na podstawie ankiety opracowanej w Zakładzie Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, która uwzględniła 4 aspektów: funkcjonowania i zdrowia, socjo-ekonomiczny, psychologiczno-duchowy, rodzinny, uwzględniono aspekt dotyczący funkcjonowania, pozwalający na analizę dwóch pacjentów geriatrycznych: zamieszkującego w DPS oraz w samodzielnie w środowisku domowym.

Wnioski które można zaobserwować po owej analizie, na tych dwóch przypadkach, to fakt, iż osoba mieszkająca w środowisku DPS zdecydowanie lepiej ocenia swoje funkcjonowanie niż ta, która mieszka samodzielnie, co skutkuje większym poczuciem bezpieczeństwa i komfortu.

PATRONI HONOROWI KONFERENCJI

Jego Magnificencja
Rektor Warszawskiego
Uniwersytetu
Medycznego
prof. Mirosław
Wielgoś

Konsultant Krajowy
w dziedzinie zdrowia
publicznego
dr hab. n. med.
Jarosław Pinkas



Warszawska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych

SPONSOR



ORGANIZATORZY



Zakład Pielęgniarstwa
Społecznego Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego