



Република Србија



Подршка Агенцији за акредитацију
здравствених установа Србије
Пројекат финансира
Европска унија



АГЕНЦИЈА ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ
ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ

ПРИРУЧНИК ЗА СПРОВОЂЕЊЕ МЕРА ЗА БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНАТА ПРЕМА ЗАХТЕВИМА АГЕНЦИЈЕ ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ

Верзија 1, јул 2010



Република Србија



Подршка Агенцији за акредитацију
здравствених установа Србије
Пројекат финансира
Европска унија



АГЕНЦИЈА ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ
ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ

АЗУС - АКРЕДИТАЦИОНИ ПРОГРАМ

**ПРИРУЧНИК ЗА СПРОВОЂЕЊЕ МЕРА ЗА
БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНАТА
ПРЕМА ЗАХТЕВИМА
АГЕНЦИЈЕ ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ
ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ**

Верзија 1, јул 2010



Уводна реч директорке Агенције за акредитацију здравствених установа

Најједноставнија дефиниција безбедности пацијента је превенција грешака и нежељених догађаја током пружања здравствених услуга. Развојем нових технологија, медицине и самог процеса лечења, здравствена заштита развија мултидисциплинарни приступ лечењу, постаје комплекснија и све скупља. У таквим условима и координација међу здравственим професионалцима је много сложенија. Пацијенти су старији са коморбидитетима који често захтевају прављење приоритета и доношење тежих одлука. Пружање здравствених услуга у таквом окружењу представља већи ризик за настанак нежељених догађаја.

Нежељени догађаји углавном се повезују са болничким лечењем, али могу се десити током пружања услуга на свим нивоима здравствене заштите.

Акредитациони програм Србије посвећује нарочиту пажњу безбедности пацијента као основне карактеристике квалитета здравствене заштите. Да би помогли здравственим установама да лакше уведу безбедносне праксе припремили смо Приручник о безбедности пацијента.

У припреми Приручника имали смо велику подршку Пројекта Министарства здравља финансираног средствима Европске уније „Подршка Агенцији за акредитацију здравствених установа” и Гђе Елме Хајдеман.

Надамо се да ће вам наша упутства пружити практичну помоћ да у вашим установама уведете безбедне праксе и да учините пружање здравствених услуга безбеднијим за пацијенте као и за здравствене професионалце.





САДРЖАЈ:

1. СТРАТЕГИЈА ЗА БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНТА АГЕНЦИЈЕ ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ (АЗУС).....	7
1.1. Увод.....	7
1.2. ОСНОВЕ ЗА ИЗРАДУ СТРАТЕГИЈЕ ЗА БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНТА АЗУС-А.....	7
1.3. ДОПРИНОС АЗУС-А ПО ПИТАЊУ БЕЗБЕДНОСТИ ПАЦИЈЕНТА	8
1.4. АЗУС СТРАТЕГИЈА.....	9
1.4.1. Процедуре у хирургији везане за безбедност:.....	9
1.4.2. Свођење на минимум могућности настанка инфекција у установама.....	10
1.4.3. Безбедно руковање лековима	10
1.4.4. Нега и лечење “правог” пацијента.....	10
1.4.5. До безбедног лечења елиминисањем/свођењем на минимум нежељених догађаја.....	11
1.5. ЗАКЉУЧАК.....	11
2. СТАНДАРДИ АЗУС-А КОЈИ СЕ ОДНОСЕ НА БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНТА.....	12
2.1. СТАНДАРДИ ЗА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ ПРИМАРНОГ НИВОА	12
2.2. СТАНДАРДИ ЗА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ СЕКУНДАРНОГ И ТЕРЦИЈАРНОГ НИВОА.....	14
3. СТРАТЕГИЈА ЗА БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНТА: ОБРАЗАЦ ЗА ПОПУЊАВАЊЕ	18
4. ХИГИЈЕНА РУКУ	19
4.1. ПРОБЛЕМ БЕЗБЕДНОСТИ ПАЦИЈЕНТА У ВЕЗИ ХИГИЈЕНЕ РУКУ	19
4.2. РЕШЕЊЕ ЗА БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНТА У ВЕЗИ СА ХИГИЈЕНОМ РУКУ	20
4.3. МОГУЋЕ ПРЕПРЕКЕ ЗА ПРИМЕНУ РЕШЕЊА.....	21
4.4. ЗАХТЕВИ АЗУС-А ПРЕМА ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА У ПОГЛЕДУ ХИГИЈЕНЕ РУКУ	22
5. БЕЗБЕДНЕ ХИРУРШКЕ ПРАКСЕ СВЕТСКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ: КОНТРОЛНА ЛИСТА ЗА БЕЗБЕДНОСТ У ХИРУРГИЈИ.....	23
5.1. ПРОБЛЕМ БЕЗБЕДНОСТИ ПАЦИЈЕНТА У ХИРУРГИЈИ	23
5.2. РЕШЕЊЕ ЗА БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНТА У ХИРУРГИЈИ.....	23
5.3. СМЕРНИЦЕ ЗА БЕЗБЕДНУ ХИРУРШКУ ПРАКСУ:.....	24
5.4. ПРИМЕНА КОНТРОЛНЕ ЛИСТЕ ЗА БЕЗБЕДНОСТ У ХИРУРГИЈИ:	25
5.5. МОГУЋЕ ПРЕПРЕКЕ У ПРИМЕНИ РЕШЕЊА	27
5.6. ЗАХТЕВИ АЗУС-А У ОДНОСУ НА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ У ПОГЛЕДУ БЕЗБЕДНЕ ХИРУРШКЕ ПРАКСЕ ..	28
6. БЕЗБЕДНО РУКОВАЊЕ ЛЕКОВИМА.....	29
6.1. ПРОБЛЕМ БЕЗБЕДНОСТИ ПАЦИЈЕНТА У ВЕЗИ СА РУКОВАЊЕМ ЛЕКОВИМА	29
6.2. ЗНАЧАЈНЕ ОБЛАСТИ РУКОВАЊА ЛЕКОВИМА	29
6.3. РЕШЕЊЕ ПРОБЛЕМА БЕЗБЕДНОСТИ ПАЦИЈЕНТА У ВЕЗИ СА БЕЗБЕДНИМ РУКОВАЊЕМ ЛЕКОВИМА	30
6.4. МОГУЋЕ ПРЕПРЕКЕ У ПРИМЕНИ РЕШЕЊА У ВЕЗИ БЕЗБЕДНОГ РУКОВАЊА ЛЕКОВИМА	31
6.5. ЗАХТЕВИ АЗУС-А У ВЕЗИ БЕЗБЕДНОГ РУКОВАЊА ЛЕКОВИМА	32
7. ЛЕЧЕЊЕ И НЕГА ПРАВОГ ПАЦИЈЕНТА: ИДЕНТИФИКАЦИЈА ПАЦИЈЕНТА.....	33
7.1. ПРОБЛЕМ У ОБЛАСТИ БЕЗБЕДНОСТИ ПАЦИЈЕНТА У ВЕЗИ ИДЕНТИФИКАЦИЈЕ ПАЦИЈЕНТА	33
7.2. РЕШЕЊЕ ПРОБЛЕМА БЕЗБЕДНОСТИ ПАЦИЈЕНТА У ВЕЗИ ИДЕНТИФИКАЦИЈЕ ПАЦИЈЕНТА.....	33
7.3. МОГУЋЕ ПРЕПРЕКЕ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ РЕШЕЊА ПРОБЛЕМА У ВЕЗИ ИДЕНТИФИКАЦИЈЕ ПАЦИЈЕНТА	34
7.4. ЗАХТЕВИ АЗУС-А У ВЕЗИ ИДЕНТИФИКАЦИЈЕ ПАЦИЈЕНТА	35
8. ПРАЋЕЊЕ НЕЖЕЉЕНИХ ДОГАЂАЈА.....	36
8.1. ПРОБЛЕМ У ОБЛАСТИ БЕЗБЕДНОСТИ ПАЦИЈЕНТА У ВЕЗИ НЕЖЕЉЕНИХ ДОГАЂАЈА.....	36
8.2. РЕШЕЊЕ ПРОБЛЕМА БЕЗБЕДНОСТИ ПАЦИЈЕНТА У ВЕЗИ НЕЖЕЉЕНИХ ДОГАЂАЈА	36
8.3. МОГУЋЕ ПРЕПРЕКЕ РЕШЕЊА ПРОБЛЕМА БЕЗБЕДНОСТИ ПАЦИЈЕНТА У ВЕЗИ НЕЖЕЉЕНИХ ДОГАЂАЈА	38
8.4. ЗАХТЕВИ АЗУС-А У ВЕЗИ НЕЖЕЉЕНИХ ДОГАЂАЈА	40
8.5. НЕЖЕЉЕНИ ДОГАЂАЈИ КОЈИ БИ СЕ МОГЛИ ПРИЈАВЉИВАТИ.....	41
8.6. ОБРАЗАЦ ЗА ПРИЈАВЉИВАЊЕ НЕЖЕЉЕНИХ ДОГАЂАЈА (НАЦРТ).....	42
8.7. АНАЛИЗА ОСНОВНОГ УЗРОКА НАСТАЈАЊА НЕЖЕЉЕНИХ ДОГАЂАЈА	43





1. Стратегија за безбедност пацијента Агенције за акредитацију здравствених установа Србије (АЗУС)

1.1. Увод

Акредитација јесте поступак оцењивања квалитета рада здравствене установе¹. Квалитет рада директно одређује квалитет здравствене заштите коју пружа здравствена установа. Безбедност пацијента заузима централно место у погледу квалитетне здравствене заштите. Имајући у виду да акредитација прати квалитет неопходно је да постоји: јавно и директно бављење питањем безбедности пацијента и јасно дефинисан метод за праћење безбедности пацијента у процесу акредитације. Безбедност пацијента може се дефинисати као смањење или ублажавање поступака који нису безбедни у оквиру здравственог система, као и спровођење најбоље праксе која води ка оптималним исходима по здравље пацијента². Стратегија за безбедност пацијента АЗУС-а предлаже иницијални приступ везан за безбедност пацијента.

1.2. Основе за израду Стратегије за безбедност пацијента АЗУС-а

Постоји неколико кључних докумената који се тичу питања безбедности пацијента у здравственом систему Србије и на основу којих су постављене фазе за развој овог питања у оквиру рада АЗУС-а:

Закон о здравственој заштити („Сл. гласник РС“ 107/2005 и 72/2009-др.закон) - оквир за функционисање здравственог система Србије. Закон поставља шест начела здравствене заштите и један од њих је начело сталног унапређења квалитета здравствене заштите (*члан 23*). Ово начело се не односи само на потребу за проналажењем повољних исхода при пружању здравствене заштите, већ и на потребу да се смање ризици од појаве нежељених последица. Активности везане за безбедност пацијента доводе до минимума или елиминишу ризик од појаве нежељених дејстава и тиме унапређују квалитет здравствене заштите. У *члану 203* се даље предлаже да се мере и активности примене тако да се повећају могућности повољних исхода и “смање ризици од настанка нежељених дејстава”. На крају, овим Законом се у здравствени систем Србије уводи акредитација и оснива се АЗУС задужен за оцењивање квалитета рада здравствене установе, на основу примене оптималног нивоа утврђених стандарда (*члан 213*). Оптималан ниво утврђених стандарда односи се на безбедност пацијента, са фокусом на достизање повољних исхода и смањивање ризика.

Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента („Сл. гласник РС“ 65/2009): визија стратегије делимично се односи на „достизање безбедне и сигурне здравствене заштите коју заједничким напорима развијају сви кључни актери у здравственом систему у интересу корисника”. Као кључном актеру у систему здравствене заштите АЗУС-у је додељена улога у промовисању и праћењу безбедности пацијента у здравственим установама које улазе у процес акредитације

¹ Правилник о акредитацији здравствених установа Србије, члан 2., „Службени Гласник 112/2009“

² Канадски речник за безбедност пацијента, октобар 2003.



(одељак 9.1). Стратегијом се такође дефинише безбедност пацијента: „идентификација, анализа и корекција ризичних догађаја, са циљем да се здравствена заштита учини безбеднијом и да се ризици по здравље пацијента сведу на минимум”. Исто тако, при стварању безбедног система здравствене заштите „безбедност пацијента је примарна, а потенцијална опасност да се науди пацијенту током дијагностичких или терапијских процедура сведена је на најмању меру”. Тиме се сматра да безбедност пацијента мора да буде повезана и са безбедношћу оних који пружају здравствену заштиту, како би се створио сигуран систем здравствене заштите.

Правилник о акредитацији здравствених установа („Сл. гласник РС“ 112/2009): У члану 1 утврђује се „начин, поступак и услови за акредитацију здравствених установа”. У Правилнику стоји исто као у Закону о здравственој заштити да је АЗУС задужен за оцењивање квалитета рада здравствене установе на основу примене оптималног нивоа утврђених стандарда (члан 2). Оптимални ниво стандарда је у вези са безбедношћу пацијента, са фокусом на смањивање ризика и достизање повољних исхода. У складу са тим, АЗУС стандарди покривају област везану за безбедност пацијента. Усклађеност рада здравствене установе са стандардима мери се скалом за оцењивање која садржи оцене од 1-5 (члан 18). На основу целокупног оцењивања одређује се који се ниво акредитације (на једну, три или седам година) додељује установи (члан 18). Сва три нивоа акредитације захтевају да посебно дефинисани стандарди и критеријуми за безбедност пацијента буду оцењени са четири или пет (имају предност приликом доношења одлуке о нивоу додељене акредитације). Уколико постоје препоруке везане за ове стандарде и критеријуме, неопходно је да установа на основу истих направи план за унапређење квалитета и безбедности пацијента. АЗУС даље прати спровођење плана.

Светско удружење за безбедност пацијента: СЗО је у октобру 2004. године основала ово удружење у циљу реализовања међународних активности везаних за безбедност пацијента. Удружење је основано као одговор на све већи број међународних истраживања према којима просечно „10% популације, корисника здравствене заштите у развијеним земљама, сноси последице повреда и нежељених догађаја”³. Према истраживању које је било актуелно у време оснивања Удружења за безбедност пацијента доказано је да је тај проценат чак био већи од 10%. Удружење је прихватило став који важи и данас, да “безбедност пацијента највећи акценат ставља на појаву нежељених догађаја који настају као последица недостатака који се јављају у организацији и активностима на нивоу система, а не на нивоу појединаца или производа”. На основу међународне сарадње Удружење је обезбедило смернице за одређене области здравствене заштите, где је утврђено да постоје ризици по безбедност пацијента (на пример: *Девет начина за безбедност пацијента*, мај 2009, *High 5s Иницијатива*, децембар 2006, *Контролна листа за операциону салу*, ажурирана 2009. године). Препоруке Удружења настале су на основу међународних истраживања и високо вреднованих едукативних материјала, који су лако доступни на сајту СЗО: www.who.int/patientsafety/information_centre/documents.

1.3. Допринос АЗУС-а по питању безбедности пацијента

Имајући у виду почетне изазове везане за безбедност пацијента, АЗУС је одредио области на које ће се фокусирати. Тиме се омогућава да се у краћем временском периоду увиде реалне промене и унапређења на пољу безбедности пацијента у здравственим установама у Србији, које су у процесу акредитације. Такође је неопходно да се развије стратегија за праћење области које су изабране, у одређеном временском периоду, тако да се на крају

³ Билтен СЗО, вол. 82, бр 12, Женева, децембар 2004.



може оценити колики је утицај имала стратегија АЗУС-а. У зависности од развоја иницијалних области, током времена ће бити додате нове области везане за безбедност пацијента.

1.4. АЗУС стратегија

У оквиру стратегије је:

- Дефинисано пет кључних циљева за безбедност пацијента;
- Изабране неопходне активности које ће се применити како би се достигли циљеви;
- Одређен временски оквир примене ових активности (за АЗУС и за здравствене установе);
- Припрема едукативног материјала који објашњава специфичне активности и очекивања током примене Стратегије АЗУС-а;
- Спровођење едукација у оквиру система здравствене заштите, посебно у здравственим установама које учествују у процесу акредитације;
- Праћење примене захтева у погледу безбедности пацијента;
- Извештавање о прогресу и резултатима примене захтева у погледу безбедности пацијента.

АЗУС циљеви за безбедност пацијента (иницијални)

Циљеви за безбедност пацијента заснивају се на међународним циљевима, поткрепљени истраживачким радом и имају утицај на целокупну здравствену установу. Захтевају фокусиран и координисан напор да би се извршила њихова примена. Иницијални циљеви за безбедност пацијента су:

1. Процедуре у хирургији везане за безбедност
2. Свођење на минимум могућности настанка инфекција у установама
3. Безбедно руковање лековима
4. Нега и лечење “правог” пацијента
5. До безбедног лечења елиминисањем/свођењем на минимум нежељених догађаја

Неопходне активности за остварење циљева везаних за безбедност пацијента

1.4.1. Процедуре у хирургији везане за безбедност:

Неопходна активност: Непоходно је да установа примењује Хируршку контролну листу СЗО.

Разрада: Ретко се дешава да се нека хируршка процедура спроведе на погрешан начин (укључујући погрешну страну тела, погрешан орган, погрешно место, погрешан имплант и погрешну особу), али ако до тога дође последице су велике по здравље пацијента. Употребом Хируршке контролне листе СЗО за операциону салу на једноставан начин обезбеђују се: неопходне информације о пацијенту, које су познате свим члановима тима и добра комуникација у оквиру тима. Контролна листа се фокусира на три кључна периода у операционој сали: пре давања анестезије, пре хируршког реза и пре него што пацијент напусти операциону салу. Примењује се широм света, а њена примена почела је и у здравственим установама у Србији.



1.4.2. Свођење на минимум могућности настанка инфекција у установама

Неопходна активност: Непоходно је да установа примењује стратегију за хигијену руку.

Разрада: Да би се инфекције, које настају у установама, свеле на минимум неопходне су комбиноване и мултидисциплинарске стратегије. Постоје бројни докази који показују да употреба антисептика за хигијену руку доприноси смањењу инфекција насталих у установама и зато треба да заузму централно место како би се осигурала безбедност пацијента. Светско удружење за безбедност пацијента СЗО има добро објашњене смернице и процедуре за хигијену руку (доступне на интернету). Иако су делимично спроведене стратегије за примену хигијене руку у здравственим установама Србије, имплементација није у потпуности извршена. На основу тога АЗУС може да има велики утицај у акредитованим установама, односно у установама које су у процесу акредитације уколико:

- 1) предложи стратегију за хигијену руку и обезбеди едукацију за њену примену,
- 2) захтева примену стратегије и
- 3) редовно прати правилно спровођење стратегије.

1.4.3. Безбедно руковање лековима

Неопходне активности: Установе треба да уклоне концентроване електролите ван одељења за лечење пацијента (да спрече да дође до мешања са слично пакованим растворима; да спрече лошу припрему или лоше руковање интравенозним растворима), примене програм за безбедно руковање наркотицима и обезбеде програм обуке за коришћење инфузионе пумпе.

Разрада: Приликом руковања лековима може доћи до пропуста везаних за безбедност пацијента и грешке могу имати вишеструке последице. Претходно предложене три активности односе се на руковање лековима, које уколико се не спроводи на адекватан начин може да има потенцијално велике последице по здравље пацијената. Због тога се предлаже да се те активности прве узму у обзир. У случају када се концентровани електролити замене другим сличним растворима, који се чувају на одељењу за лечење пацијената или у случају да се припрема интравенозних раствора неправилно спроводи, може доћи до смртог исхода. Неадекватно складиштење и издавање лекова може бити опасно по здравље пацијента. Употреба инфузионих пумпи од стране особља које не поседује адекватну обуку, може да доведе до неадекватног, неефективног или ризичног давања лекова по здравље пацијента.

1.4.4. Нега и лечење “правог” пацијента

Неопходна активност: Установе треба да примене систем за идентификацију пацијената.

Разрада: Погрешна идентификација пацијената доводи до грешака у прописивању и давању лекова, трансфузији, испитивањима и спровођењу процедура над погрешном особом. Најчешћи облик идентификације је наруквица коју пацијент носи око зглоба. Међутим, често се дешава да наруквица нестане или информације које се налазе на њој нису тачне. Поред тога, до проблема долази и кад особље не успе да одреди које процедуре, тестови и лекови се односе на одређеног пацијента. Такође се дешава да нарукнице немају систем кодирања како би се лакше препознало здравствено стање пацијента или његове потребе. Добро направљен систем за идентификацију пацијената решава овакве врсте проблема и тиме се смањују ризици везани за безбедност пацијента.



1.4.5. До безбедног лечења елиминисањем/свођењем на минимум нежељених догађаја

Неопходна активност: Установе треба да примене систем који лако препознаје нежељене догађаје.

Разрада: Нежељени догађај је било која нежељена повреда или компликација која доводи до појаве инвалидитета, смртог исхода или продуженог боравка у болници, а настаје као последица рада менаџмента у здравственој установи⁴. Нежељени догађаји до којих најчешће долази су: повреда пацијента, неопходна или непланирана операција, инфекција настала у здравственој установи, пријем пацијента у болницу до којег је дошло због неправилног лечења на нивоу примарне здравствене заштите, поновни пријем пацијента због неадекватног лечења, проблеми са трансфузијом крви, нежељена реакција на лек, срчани застој, респираторни застој, падови и смртни исходи. Нежељени догађаји који имају озбиљне последице и не дешавају се често спадају у непредвидиве и необјашњиве догађаје. Систем препознавања нежељених догађаја подразумева: извештавање и вођење документације о нежељеним догађајима, анализу нежељених догађаја како би се одредиле активности за спречавање понављања нежељеног догађаја, примена активности на унапређењу квалитета рада и објављивање резултата.

1.5. Закључак

АЗУС има значајну улогу у успостављању система безбедности пацијента у оквиру здравственог система Србије. Важно је да АЗУС има јасне циљеве и дефинисану, али и флексибилну стратегију, како би током времена дошло до прилагођавања потребама и приоритетима система. Стратегија АЗУС-а је компатибилна са стратегијама и активностима других кључних актера који имају важну улогу за безбедност пацијента.

⁴ Канадски Институт за информације у здравству (CIHI), 2002.



2. Стандарди АЗУС-а који се односе на безбедност пацијента

2.1. Стандарди за здравствене установе примарног нивоа

Стандарди за домове здравља за здравствену заштиту одраслих, жена, деце и специјалистичко-консултативну службу су исти и то су:

Критеријум	4.11	Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима. • Адекватно складиштење и издавање лекова • Безбедно руковање наркотицима • Адекватна припрема и руковање интравенозним растворима • Правилно руковање инфузионим пумпама.
Критеријум	4.12	Нежељени догађаји се евидентирају, пријављују и оцењују
Критеријум	8.7	Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедуре за спречавање/минимизирање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама (болничких инфекција) и заразних болести
Критеријум	8.8	Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку

Поливалентна патронажа

Критеријум	3.3	Патронажна сестра/техничар је опремљена/опремљен прибором за патронажне сестре у коме се налази следеће: • Комплет за обраду пупчане врпце • Средство за дезинфекцију • Маска за лице, рукавице и каљаче • Апарат за мерење крвног притиска
Критеријум	9.7	Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедуре за спречавање/минимизирање болничких инфекција
Критеријум	9.8	Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку



Радиолошка дијагностика

Критеријум	2.6	Нежељени догађаји се бележе, пријављују и испитују.
Критеријум	4.1	Водичи/упутства, протоколи и процедуре односе се на следеће: • Управљање ризиком • Безбедност пацијента • Безбедно руковање опремом • Безбедност и менаџмент информационих система за радна места где се ради са ризичним материјама • Контрола електричних, механичких и ризика од радијације • Заштита од радијације • Извештавање о инцидентима • Контрола инфекције

Лабораторијска дијагностика/Лабораторија

Критеријум	2.6	Нежељени догађаји се бележе, пријављују и испитују
Критеријум	4.1	Процедуре и упутства односе се на следеће: • Управљање ризиком • Безбедно руковање и чување узорака, укључујући и коришћење адекватне опреме и одеће • Безбедан транспорт узорака у другу лабораторију • Спречавање и ограничавање утицаја штетних инцидентата • Деконтаминација лабораторијске опреме и инфективног материјала • Деконтаминација и одлагање игли, шприцева, ланцете и других оштрих инструмената • Безбедно складиштење, обележавање, руковање и одлагање опасног материјала

Фармацеутска здравствена делатност/Апотека

Критеријум	2.7	Нежељени догађаји се бележе, пријављују и испитују.
Критеријум	4.1	Водичи/упутства, протоколи и процедуре односе се на следеће: • Управљање ризиком • Безбедност пацијента (нежељене реакције на лек, нежељени догађаји, нпр. погрешно издат лек) • Планирање у случају ванредне ситуације • Безбедност на радним местима која укључују рад са опасним материјама • Безбедно руковање цитотоксичним лековима • Управљање фармацеутским отпадом



Животна средина

Критеријум	1.2	Постоје политика и процедуре свођења на минимум инфекција повезаних са здравственим интервенцијама (болничких инфекција) и заразних болести у установи
Критеријум	1.3	Постоје мере, процедуре и поступци чишћења, дезинфекције и стерилизације простора, опреме, материјала и медицинских уређаја. • Уведени су процеси дезинсекције и дератизације.
Критеријум	16.1	Болница се придржава важећих закона и прописа из области заштите од пожара.

Руковођење

Критеријум	4.1	Информације се прикупљају и анализирају како би се идентификовали ризици. Информације се односе на: • Здравље и безбедност на раду; • Контролу ширења заразних болести; • Безбедност пацијента и запослених; • Нежељене догађаје; • Спремност за хитно реаговање у случају ванредне ситуације.
Критеријум	5.2	Сви запослени су упознати са поступком пријављивања нежељених догађаја.

2.2. Стандарди за здравствене установе секундарног и терцијарног нивоа

Лечење пацијента-Опште одредбе

Критеријум	3.7	Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима. • Адекватно складиштење и издавање лекова; • Безбедно руковање наркотицима; • Адекватна припрема и руковање интравенозним растворима; • Правилно руковање инфузионим пумпама.
Критеријум	3.8	О нежељеним догађајима води се евиденција, испитују се узроци њиховог настанка и о истима се извештава.
Критеријум	7.7	Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедуре за спречавање/минимизирање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама (болничких инфекција) и заразних болести
Критеријум	7.8	Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку



Операциона сала

Критеријум	1.5	Постоји контролна листа која садржи минимум податаке које препоручује Светска здравствена организација.
Критеријум	5.3	Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима. • Адекватно складиштење и издавање лекова; • Безбедно руковање наркотицима; • Адекватна припрема и руковање интравенозним растворима; • Правилно руковање инфузионим пумпама.
Критеријум	5.10	О нежељеним догађајима се води евиденција, испитују се о њима се извештава.
Критеријум	7.7	Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедуре за спречавање/минимизирање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама (болничких инфекција) и заразних болести
Критеријум	7.8	Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку

Одељење за интензивно лечење и негу

Критеријум	4.10	Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима. • Адекватно складиштење и издавање лекова; • Безбедно руковање наркотицима; • Адекватна припрема и руковање интравенозним растворима; • Правилно руковање инфузионим пумпама.
Критеријум	5.9	Нежељени догађаји се евидентирају, испитују и о њима се извештава.
Критеријум	8.7	Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедуре за спречавање/минимизирање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама (болничких инфекција) и заразних болести
Критеријум	8.8	Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку



Служба за пријем и збрињавање ургентних стања

Критеријум	3.3	Постоји систем за спречавање настанка грешака приликом руковања лековима. • Адекватно складиштење и издавање лекова; • Безбедно руковање наркотицима; • Адекватна припрема и руковање интравенозним растворима; • Правилно руковање инфузионим пумпама.
Критеријум	5.9	О нежељеним догађајима се води евиденција, испитују се и о њима се извештава.
Критеријум	8.7	Постоји јасно дефинисана и примењена политика и процедуре за спречавање/минимизирање инфекција повезаних са здравственим интервенцијама (болничких инфекција) и заразних болести
Критеријум	8.8	Постоји и примењује се стратегија за хигијену руку

Радиолошка дијагностика

Критеријум	2.6	Нежељени догађаји се бележе, пријављују и испитују.
Критеријум	4.1	Водичи/упутства, протоколи и процедуре односе се на следеће: • Управљање ризиком; • Безбедност пацијента; • Безбедно руковање опремом; • Безбедност и менаџмент информационих система за радна места где се ради са ризичним материјама; • Контрола електричних, механичких и ризика од радијације; • Заштита од радијације; • Извештавање о инцидентима; • Контрола инфекције.

Лабораторијска дијагностика/Лабораторија

Критеријум	2.6	Нежељени догађаји се бележе, пријављују и испитују
Критеријум	4.1	Процедуре и упутства односе се на: • Управљање ризиком; • Безбедно руковање и чување узорака, укључујући и коришћење адекватне опреме и одеће; • Безбедан транспорт узорака у другу лабораторију; • Спречавање и ограничавање утицаја штетних инцидентата; • Деконтаминација лабораторијске опреме и инфективног материјала; • Деконтаминација и одлагање игли, шприцева, ланцете и других оштрих инструмената; • Безбедно складиштење, обележавање, руковање и одлагање опасног материјала.



Фармацеутска здравствена делатност/Апотека

Критеријум	2.7	Нежељени догађаји се бележе, пријављују и испитују.
Критеријум	4.1	Водичи/упутства, протоколи и процедуре односе се на следеће: • Управљање ризиком; • Безбедност пацијента (нежељене реакције на лек, нежељени догађаји, нпр. погрешно издат лек); • Планирање у случају ванредне ситуације; • Безбедност на радним местима која укључују рад са опасним материјама; • Безбедно руковање цитотоксичним лековима; • Управљање фармацеутским отпадом.

Животна средина

Критеријум	1.2	Постоје политика и процедуре свођења на минимум инфекција повезаних са здравственим интервенцијама (болничких инфекција) и заразних болести у установи
Критеријум	1.3	Постоје мере, процедуре и поступци чишћења, дезинфекције и стерилизације простора, опреме, материјала и медицинских уређаја. • Уведени су процеси дезинсекције и дератизације.
Критеријум	16.1	Болница се придржава важећих закона и прописа из области заштите од пожара.

Руковођење

Критеријум	4.1	Информације се прикупљају и анализирају како би се идентификовали ризици. Информације се односе на: • Здравље и безбедност на раду; • Контролу ширења заразних болести; • Безбедност пацијента и запослених; • Нежељене догађаје; • Спремност за хитно реаговање у случају ванредне ситуације.
Критеријум	5.2	Сви запослени су упознати са поступком пријављивања нежељених догађаја.



3. Стратегија за безбедност пацијента: ОБРАЗАЦ ЗА ПОПУЊАВАЊЕ

Области безбедности пацијента: (заокружити једну)
• Хигијена руку • Безбедна хируршка пракса • Безбедно руковање лековима • Нега и лечење правог пацијента • Нежељени догађаји
Које безбедносне праксе тренутно постоје у овој области безбедности пацијента?
Које безбедносне праксе је потребно увести или изменити у овој области безбедности пацијента?
Ко би требало да буде укључен у примену ових пракси? (обезбедити листу) Лидери /руководство установе? Клиничари? Други Како ћемо их укључити?
Кога би требало задужити за рувођење имплементације безбедносних пракси?
Која нова или измењена правила / процедуре треба уврстити као део имплементације безбедносних пракси?
Која врста едукације ће бити потребна за спровођење ове имплементације? Од кога? Када?
Који ресурси ће бити потребни за имплементацију? За шта? Када?
Који би били изазови или препреке спровођењу ове имплементације? На шта би се односили и како ће бити решени?
Шта можемо реално постићи пре пилот-тестирање? Шта је наш план (главни кораци и временски оквир за њих)?



4. Хигијена руку

4.1. Проблем безбедности пацијента у вези хигијене руку

Последице болничких инфекција (инфекција добијених током лечења, инфекција повезаних са здравственим интервенцијама) могу бити:

- Повећан број смртних случајева
- Продужено лечење
- Значајно повећање трошкова лечења односно здравствене заштите

Међународни подаци показују да око 1,4 милиона људи у свету добије болничке инфекције.⁵ Европски подаци указују⁶ да постоји преваленција болничких инфекција која се креће у болницама од 4,6% до 9,3%, што одговара броју случајева од око 5 милиона болничких инфекција. Болничке инфекције доводе до око 25 милиона додатних болничких дана и додатних трошкова у износу од 13-24 милијарди евра годишње. Болничке инфекције допринесе смртним исходима у 2,7% случајева (135.000 годишње). Упоредни подаци о инфекцијама повезани са здравственим интервенцијама у примарној здравственој заштити нису доступни, иако постоји општа сагласност о томе да до њиховог јављања долази и у овом сектору.

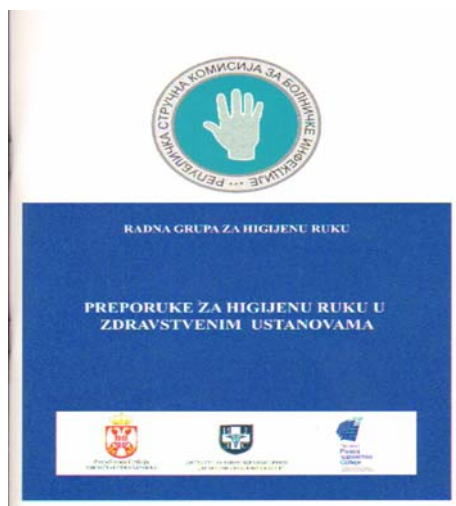
Одавно је доказано да је лоша хигијена руку главни узрок инфекција повезаних са здравственим интервенцијама у здравственој установи. Средином XIX века откривено је преношење болести преко руку (Semmelweis, Беч, Holms, Бостон). Осамдесетих година прошлог века почело је интересовање и објављене су прве националне смернице. Центар за контролу болести, Саветодавни одбор за праксу контроле инфекција ставља акценат на употребу антисептика за руке који нису на бази воде (1995.-2002.). Постоје значајни докази да коришћење антисептика за руке смањује учесталост ових инфекција.

Рад Саветодавног одбора послужио је као основ за Стратегију унапређења хигијене руку Светске здравствене организације – 2007./2008. година (што представља Први глобални изазов на плану безбедности пацијента).

Радна група за хигијену руку Републичке стручне комисије за болничке инфекције у Србији је 2007. године објавила приручник о хигијени руку и болничким инфекцијама. Овај приручник (насловна страна приказана на слици бр.1) свим здравственим установама пружа корисне информације за спровођење програма хигијене руку.

⁵ WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (2009); Patient Safety Solutions: Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care Associated Infections, volume 1, solution 9, May 2007

⁶ Hospital in Europe Link for Infection Control Through Surveillance (HELICS)



Слика бр. 1 – Препоруке за хигијену руку у здравственим установама

4.2. Решење за безбедност пацијента у вези са хигијеном руку

Прихватање правилне хигијене руку као приоритета здравствене установе

Због могућих ефеката лоше хигијене руку, која често може да резултира инфекцијом, она представља највећу опасност за безбедност пацијента. Дакле, правилна хигијена руку мора да буде не само циљ сваке здравствене установе, већ и један од највиших приоритета. Постављање правилне хигијене руку као приоритета директно ће се одразити на развој и спровођење стратегије хигијене руку на нивоу целе здравствене установе.

Подршка руководства, административна подршка и финансијски ресурси као чиниоци у имплементацији правилне хигијене руку на нивоу целе здравствене установе

На нивоу целе здравствене установе настоји се да се обезбеди правилна хигијену руку, што захтева одређене ресурсе, који имају различите улоге. Руководство има задатак да промовише и спроводи потребне мере за обезбеђивање хигијене руку као и праћење правилног коришћења техника правилне хигијене руку. Административна подршка је неопходна за заједничко и доследно спровођење тих мера и активности у оквиру целе здравствене установе, док финансијска средства служе за едукацију, израду промотивног материјала и набавку средстава као што су средства на бази алкохола и/или раствори који су лако доступни и налазе се на одговарајућим местима у оквиру здравствене установе.

Прихватање неопходности мултидисциплинарних и различитих облика активности, које укључују:

- Обезбеђивање лако доступних средстава за чишћење руку на бази алкохола;
- *Стални и безбедни приступ залихама текуће воде* (славине, чесме) у свим просторијама како би се омогућило спровођење правлине хигијене руку;
- *Едукацију* здравствених професионалаца о правилним техникама за одржавање хигијене руку;
- Излагање промотивног *подсетника* за хигијену руку на радном месту;
- *Мерење степена придржавања* правила за правилну хигијену руку кроз посматрање, надзор и давање повратних информација здравственим радницима о добијеним резултатима;



- Укључивање пацијената и њихових породица што подразумева:
 - о Подизање свести о ризицима који настају услед недостатка хигијене руку;
 - о Информисање о значају хигијене руку;
 - о Подстицање особља на прање руку у присуству пацијената;
 - о Едукација пацијената о правилној хигијени руку.

4.3. Могуће препреке за примену решења

Недостатак знања

Постоји могућност да недостаје знање о значајним преваленцијама болничких инфекција и њиховом утицају на лечење пацијента. Такође је могуће да недостају и ресурси који су потребни да се обезбеди адекватно лечење, недостатак знања о вези између хигијене руку и болничких инфекција. Таква знања треба пружити на нивоу целе здравствене установе кроз ефикасне образовне програме. За примену правилних техника и праксе прања руку потребно је обезбедити и делотворна средства за прање руку, а нарочито она на бази алкохола, као и њихову доступност. Правилна хигијена руку треба да постане стална пракса међу онима који раде у здравственој установи, као и за пацијенте и чланове њихових породица.

Недостатак подстицаја за промене у понашању

Потребно је време да правилна хигијена руку постане свакодневна пракса за све запослене у здравственој установи (и за иначе заузето особље, које често нема довољно времена) . Технике правилне хигијене руку, могу бити заборављене, те је потребно обнављати знање о истим. Из тог разлога неопходно је значајно променити досадашње понашање и посветити време за правилно одржавање хигијене руку. Пацијент и његова породица треба да буду свесни улоге коју могу имати у уношењу потенцијалних инфекција у здравствену установу, уколико и они сами не спроводе правилну хигијену руку. Без подстицаја промене и промена у понашању као што су боље и шире познавање овог проблема и помоћи и/или притиска колега, мале су могућности да до промена дође.

Недостатак јасно утврђеног поступка

Циљ утврђивања јасног поступка омогућава да се промовише, управља, прати и надгледа пракса правилне хигијене руку. Такође, јасан поступак предвиђа едукацију свих запослених о потреби да се побољша и унапреди хигијена руку, као и о начинима и средствима да се то оствари, нпр. коришћење техника ефикасног прања руку и употреба средстава за прање руку на бази алкохола. Да би се на одговарајући начин управљало стратегијом за хигијену руку, здравствена установа треба да усвоји јасне смернице. Праћење усклађености са смерницама за хигијену руку и прописаном праксом мора да се примењује као део спровођења стратегије. Лоше утврђен поступак ће за резултат имати расипање и недовољан утицај на обезбеђивање одговарајућег лечења пацијената и њихове безбедности.

Недостатак ресурса

Спровођење стратегије хигијене руку на нивоу целе здравствене установе захтева ресурсе како би се обезбедила одговарајућа едукација, одговарајућа средства за прање/чишћење руку и ефикасно праћење коришћења правилне технике за хигијену руку и средстава за прање/чишћење. Без потребних ресурса неће се остварити напредак у смањењу појаве инфекција у здравственој установи које настају услед лоше хигијене руку.



Недостатак прихватања и подршке руководства здравствене установе

Значај прихватања и подршке руководства здравствене установе за спровођење ефикасне стратегије хигијене руку је од изузетне важности. Стратегија за хигијену руку мора бити подржана као приоритетни део стратегије здравствене установе, јер недостатак подршке руководства може имати велике последице за безбедност пацијента.

4.4. Захтеви АЗУС-а према здравственим установама у погледу хигијене руку

Развити стратегију за хигијену руку на нивоу целе здравствене установе

Стратегија треба да буде заснована на водичу или упутству одређеном на националном и међународном нивоу (као што је претходно наведено у овом документу) и обухвати:

- Одговарајуће смернице подршке (неопходно је да политика здравствене установе одреди правац потребних активности);
- План спровођења (који даје опис свих активности које треба предузети, временски оквир, ресурсе који су потребни, као и лица за вођење активности на спровођењу плана);
- Ресурсе (укључити људске, материјалне и финансијске ресурсе);
- Едукацију (за запослене у здравственој установи, пацијенте и њихове породице);
- Праћење усаглашености (ко, шта, како и у ком временском периоду треба да изврши).

Обезбедити доказе о постигнутом напретку у спровођењу стратегије

Предлаже се да се предвиди рок не дужи од три године за припрему и спровођење ефикасне стратегије за хигијену руку.



5. Безбедне хируршке праксе Светске здравствене организације: Контролна листа за безбедност у хирургији⁷

5.1. Проблем безбедности пацијента у хирургији

Светска здравствена скупштина (WHA) је 2004. године донела закључак да постоје проблеми који се односе на безбедност пацијента, у широком обиму и целом свету, и одобрила међународној алијанси да се бави унапређењем безбедности пацијента. У складу са тим, Светска здравствена организација представила је главне области безбедности пацијента који су захтевали удружене напоре за њихово решење и означила их и промовисала као *“Глобални изазови за безбедност пацијента”*.

Безбедност у хирургији идентификована је као један од тих изазова. Истраживања су показала да је велики део нежељених догађаја везан за хируршке процедуре (процењено је око 50 %), као и да је висока стопа нежељених догађаја у хирургији могла бити спречена бољом праксом.

5.2. Решење за безбедност пацијента у хирургији

Проблем безбедности хируршке праксе може бити решен упознавањем са циљевима, смерницама за безбедну хируршку праксу и применом Контролне листе за безбедност у хирургији.

Десет кључних циљева за безбедну хируршку праксу:

Циљ 1: Тим оперише правог пацијента на правом месту.

Циљ 2: Приликом руковања анестетикима ради отклањања бола код пацијента, тим користи познате методе за спречавање наношења штете пацијенту.

Циљ 3: Тим препознаје и ефикасно реагује у случају животне угрожености пацијента, због губитка респираторних функција или недостатка ваздуха.

Циљ 4: Тим препознаје и ефикасно реагује када постоји ризик од великог губитка крви.

Циљ 5: Тим спречава настанак ризичних реакција, као што су алергије и нежељене реакције на лекове.

Циљ 6: Тим доследно користи методе за умањивање ризика од инфекције оперативног поља

Циљ 7: Тим спречава да дође до несмотреног остављања инструмената и санитетског материјала у хируршкој рани.

Циљ 8: Тим прецизно означава све узете узорке.

Циљ 9: Тим има добру комуникацију и размењује кључне информације за безбедно извођење операције.

Циљ 10: Болнице и здравствени систем спроводе редовни надзор хируршких капацитета, обима рад и исхода.

⁷ Информације за овај документ су преузете из: WHO Guidelines for Safe Surgery 2009; Manual: WHO Surgical Safety Checklist 2009.



5.3. Смернице за безбедну хируршку праксу:

СЗО је спровела низ активности како би одговорила на изазов везан за безбедност у хирургији:

- Формирана је група стручњака из целог света за руковођење активностима
- Припремљене су дефиниције и терминологија
- Предложена су решења
- Установљене су иницијативе за учење и извештавање
- Припремљене су смернице за најбољу праксу

Близу сто експерата допринело је истраживању и развоју смерница, које су прошле пилот тестирање у сваком од шест региона СЗО. Смернице су установљене за хируршке ресурсе и хируршко окружење.

Три главне области које се тичу смерница су: *превенција инфекције оперативног поља, безбедна анестезија и безбедан хируршки тим.*

Свака од ових области је посебно представљена у оквиру табеле број 1:

Табела 1. Ресурси и окружење у хирургији: главне области смерница

<u>Превенција инфекције оперативног поља</u>	<u>Безбедна анестезија</u>	<u>Безбедан хируршки тим</u>
• Прање руку; • Адекватна употреба антибиотика; • Припрема оперативног поља антисептицима; • Атрауматска нега оперативне ране; • Деконтаминација и стерилисање инструмената.	• Присуство анестезиолога; • Сигурносна провера апарата за анестезију и лекова; • Прањење рада срца пулсним оксиметром; • Прањење крвног притиска; • Прањење температуре.	• Унапређена комуникација; • Прави: пацијент, оперативно, поље, захват; • Писмена сагласност; • Доступност свих чланова тима; • Адекватна припрема тима и планирање захвата; • Потврда о алергијама код пацијента.

5.4. Примена Контролне листе за безбедност у хирургији:

Контролна листа за безбедност у хирургији СЗО представља један од практичних начина унапређења безбедности пацијента (Слика бр. 2).

Kontrolna lista za bezbednost u hirurgiji		
Pre uvođenja u anesteziju (uz prisustvo medicinske sestre i anesteziologa)	Pre hirurškog reza (uz prisustvo medicinske sestre, anesteziologa i hirurga)	Pre nego što pacijent napusti operacionu salu (uz prisustvo medicinske sestre, anesteziologa i hirurga)
Da li je pacijent potvrdio svoj identitet, mesto, zahvat i saglasnost? ☐ Da ☐ Nije primenjivo	☐ Svi članovi tima su se predstavili imenom i funkcijom. ☐ Potvrđeno je ime pacijenta, zahvat i mesto hirurškog reza.	Medicinska sestra usmeno potvrđuje: ☐ Naziv zahvata ☐ Obavljeno brojanje instrumenata, kompresa i igala ☐ Označavanje uzoraka (naglas pročitati oznake uzoraka, uključujući i ime pacijenta) ☐ Da li postoje problemi sa opremom koje je potrebno rešiti
Da li je mesto hirurškog reza označeno? ☐ Da ☐ Nije primenjivo	Da li je primenjena antibiotska profilaksa u poslednjih 60 minuta? ☐ Da ☐ Nije primenjivo	Za hirurga, anesteziologa i sestru: ☐ Šta su ključna pitanja za oporavak i tretman ovog pacijenta?
Da li je obavljena provera aparata i medikamenata za anesteziju? ☐ Da	Očekivane kritične situacije Za hirurga: ☐ Koji su kritični ili nesvakidašnji koraci? ☐ Koliko će događaj trajati? ☐ Koliki je očekivani gubitak krvi? Za anesteziologa: ☐ Da li postoje neke specifičnosti vezane za pacijenta? Za tim medicinskih sestara: ☐ Da li je sterilnost (uključujući vrednosti pokazatelja) potvrđena? ☐ Da li postoje pitanja/problemi u vezi sa opremom?	
Da li je puls-oksimetar priključen i u funkciji? ☐ Da	Da li su neophodna snimanja prikazana? ☐ Da ☐ Nije primenjivo	
Da li pacijent ima: Alergije? ☐ Ne ☐ Da Otežano disanje ili respiratorne rizike? ☐ Ne ☐ Da, i oprema/asistencija je omogućena Rizik od gubitka >500ml krvi (7ml/kg za decu)? ☐ Ne ☐ Da, i potrebne tečnosti i intravenozni/centralni pristup su planirani		

Ova lista nije predviđena kao sveobuhvatna. Podržavaju se dodaci i modifikacije u skladu sa lokalnom praksom. Revidirano u januaru 2009. © SZO, 2009

Слика бр. 2: Контролна листа за безбедност у хирургији

Контролна листа за безбедност у хирургији припремљена је за употребу у операционој сали и подељена на три дела које је потребно попунити на одговарајући начин. Сваки део садржи посебна питања на које треба да одговори хируршки тим.

Пре увођења у анестезију: (уз присуство медицинске сестре и анестезиолога)

- Да ли је пацијент потврдио идентитет, место захвата, захват и дао сагласност? *(да)*
- Да ли је означено место захвата? *(да/није применљиво)*
- Да ли је извршена проvera aparata и медикамената за анестезију? *(да)*
- Да ли је пулсни оксиметар прикључен и функционише? *(да)*
- Да ли је код пацијента констатовано:
 - Позната алергија? *(да/не)*
 - Отежани дисајни путеви или ризик од аспирације? *(не/да, опрема, асистенција омогућена)*
 - Ризик од губитка >500мл крви (7мл/кг у случају деце)? *(не/да, планирана течност и два интравенозна/централна приступа)*



**Пре првог хируршког реза: (уз присуство медицинске сестре,
анестезиолога и хирурга)**

- Потврдити да су се сви чланови тима представили именом и функцијом
- Потврдити име пацијента, захвата и место хируршког реза
- Да ли је примењена антибиотска профилакса у последњих 60 минута? *(да/није примењиво)*
- Очекивани критични догађаји:
 - За хирурга:
 - Који су критични или нерутински кораци?
 - Колико ће догађај трајати?
 - Колики је очекивани губитак крви?
 - За анестезиолога:
 - Да ли постоје неке специфичности везане за пацијента?
 - За тим медицинских сестара:
 - Да ли је стерилност (укључујући вредности показатеља) потврђена?
 - Да ли су најважнији снимци приказани? *(да/није примењиво)*

**Пре него пацијент напусти операциону салу (уз присуство
медицинске сестре, анестезиолога и хирурга):**

- Назив захвата
- Обављено бројање инструмената, компреса и игала
- Означавање узорака (наглас прочитати ознаке узорака, укључујући и име пацијента)
- Да ли постоје проблеми са опремом које је потребно решити
- За хирурга, анестезиолога и сестру:
 - Шта су кључна питања за опоравак и третман овог пацијента?

Употреба Контролне листе за безбедност у хирургији

- Одређен је координатор за спровођење **Контролне листе за безбедност у хирургији** (за сваку хируршку процедуру).
- Обично је то медицинска сестра за безбедност, али може бити и било који члан клиничког особља који учествује у захвату.
- Координацију врши једно лице што је кључ успеха у коришћењу контролне листе.
- Координатор попуњава сваки од три дела контролне листе по реду.
- Координатор потврђује да је тим испунио своје задатке пре него што настави са следећим одељком.
- Обављање свих корака се усмено проверава и потврђује са одговарајућим чланом тима.
- Тим интегрише провере у своју редовну радну праксу у оквиру операционе сале.

Искуство у коришћењу обрасца контролне листе показало је да сваки део може бити попуњен за један до два минута.

Измене Контролне листе за безбедност у хирургији:

Није препоручљиво уклањање одређених корака или ставки из **Контролне листе за безбедност у хирургији** само из разлога што не могу бити одмах испуњени. Међутим, могуће је унети допуне и измене у складу са потребама установе у којој се примењује.



СЗО препоручује да се одређени принципи опрезно примењују приликом измена контролне листе, а то су:

- Задржати концизност листе са фокусом на критичне ставке.
- Задржати садржај листе који се брзо и лако попуњава и не ремети редован рад операционе сале.
- Свака ставка контролне листе треба да буде повезана са одређеном и јасном активношћу.
- Контролну листу треба користити и као средство вербалне комуникације за тим операционе сале, а не само као писани документ.
- На изменама контролне листе треба да ради хируршки тим, који примењује контролну листу.
- Измењена контролна листа треба да буде тестирана пре употребе.

5.5. Могуће препреке у примени решења

Недостатак знања

Могуће је постојање недостатка знања о природи нежељених догађаја који су у вези са хируршком праксом, њиховој стопи настајања у оквиру установа или њихових могућих утицаја на исходе лечења. На основу међународног искуства нежељени догађаји се дешавају и морају се предузети одређене активности у циљу смањења или отклањања њиховог настајања у будућности. Потребно је познавање смерница које постоје за безбедну хируршку праксу. Нарочито је важно познавање Контролне листе за безбедност у хирургији свима који су ангажовани у извођењу хируршких захвата.

Недостатак подстицаја за промене у понашању

Најважније је створити најбезбедније могуће услове и окружење за спровођење хируршких процедура. Контролна листа за безбедност у хирургији је средство које се може примењивати у операционој сали уз мале, или никакве, трошкове и са минималним променама у постојећем понашању. Прво, употреба контролне листе мора бити прихваћена као редовна активност хируршког тима, а друго, тим мора да одвоји мало додатног времена потребног да се листа попуни као део сваког хируршког захвата.

Непостојање јасног поступка

Безбедност у хирургији се не може постићи без јасно утврђеног поступка којим се њоме управља, промовише и прати. Мора постојати јасан поступак за едукацију целокупног хируршког особља о потреби унапређења безбедности и неопходним средствима за унапређење, као што је коришћење Контролне листе за безбедност у хирургији. Потребно је утврдити јасну политику на одговарајућим нивоима установе (на пример на нивоу руководства или нивоу одељења за хирургију) како би се одредило коришћење смерница за безбедност у хирургији и примени контролне листе. Неопходно је обезбедити праћење доследности коришћења контролне листе након њеног увођења у примену.

Недостатак ресурса

Иако примена смерница и контролне листе захтева минималне ресурсе, одређени ресурси су потребни да обезбеде одговарајућу едукацију и праћење њеног коришћења после примене. Ови ресурси су од кључног значаја за успех у спровођењу активности безбедне хируршке праксе.



Недостатак подршке од стране руководства установе

За спровођење безбедне хируршке праксе, нарочито за коришћење Контролне листе за безбедност у хирургији од великог је значаја подршка руководства установе. Безбедна хируршка пракса заузима кључно место у оквиру стратегије за безбедност пацијента у здравственој установи.

5.6. Захтеви АЗУС-а у односу на здравствене установе у погледу безбедне хируршке праксе

Примена Контролне листе за безбедност у свим операционим салама, за све хируршке гране

Примена подразумева постојање:

- Одговарајуће политике подршке
- Плана спровођења
- Неопходне едукације хируршког особља
- Плана праћења употребе и коришћења контролне листе за безбедност у хирургији

Обезбеђивање доказа о постигнутом напретку у спровођењу стратегије

Предлаже се да се предвиди период не дужи од три године за припрему и спровођење ефикасне стратегије за примену Контролне листе за безбедност у хирургији. Обезбедити доказе о постигнутом напретку у спровођењу стратегије.



6. Безбедно руковање лековима

6.1. Проблем безбедности пацијента у вези са руковањем лековима

Грешке у вези са руковањем лековима учествују великим делом у настајању нежељених догађаја у здравственим установама. Оне се јављају у свим активностима везаним за лекове (набавци, прописивању, издавању, руковању и праћењу), али су најчешће оне које се односе на прописивање и руковање. СЗО, Центар за сарадњу за решење проблема безбедности пацијента указује на то да: *"У неким земљама и до 67% рецепата пацијената имају једну или више грешака. До 46% грешака се јавља када су пацијенту писани нови налози приликом пријема или отпуста."*⁸ Најчешће грешке у прописивању укључују појаве као што су: нејасно написан рецепт, нејасно написан назив лека, недостатак одговарајућег упутства о дозирању, грешке у транскрипцији телефонских налога. Административне грешке често укључују: погрешне лекове, погрешне дозе или погрешног пацијента.

Грешке у прописивању и административне грешке доводе до **нежељених догађаја** које је неопходно пријавити и анализирати, а на основу тога урадити препоруке за мере које ће помоћи да се елиминишу или минимизирају њихове појаве у будућности. (Процес за идентификовање, извештавање и анализу таквих догађаја налази се у делу овог документа под називом: *минимизирање нежељених догађаја*.)

Безбедно руковање лековима подразумева предузимање практичних (проактивних) мера од стране здравствених установа у различитим областима руковања лековима.

6.2. Значајне области руковања лековима

- Контрола безбедног руковања концентрованим растворима електролита;
- Безбедно руковање наркотицима;
- Безбедно коришћење инфузионих пумпи.

Контрола безбедног руковања концентрованим растворима електролита⁹

СЗО наводи да су многе земље широм света идентификовале концентровани калијум хлорид као лек високог ризика, а посебно опасним се сматра примена инекција концентрованих раствора електролита. Неправилно руковање овим растворима може довести до смрти. Клинички није могуће ревидирати њихове ефекте.

Безбедно руковање наркотицима¹⁰

- Опијати (наркотици) се сматрају лековима "високог упозорења" широм света. Грешке које се могу догодити везане за њих представљају ризик за пацијенте. Опијати (наркотици) су категорија лекова која се често поистовећује са лековима који изазивају оштећења. Постоји више ситуација које могу представљати узрок за појаву грешака, односно узрок небезбедног руковања опијатима (наркотицима);

⁹ *Control of Concentrated Electrolyte Solutions*, WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, Patient Safety Solutions, volume 1, solution 5, May 2007.

¹⁰ Colquhoun et al, *Implementing System Safeguards to Prevent Error-Induced Injury with Opioids Narcotics*, *Healthcare Quarterly*, 9(Sp): 36-42.



- Називи опијата често звуче слично, и може доћи до забуне у вези онога што је наручено и што је прописано;
- Разне јачине(концентрације) ових лекова са сличним именом, у сличном паковању су често смештени заједно у простору за лечење пацијената и могу се лако заменити једни за друге;
- Велики избор опијата се често налази у простору за лечење пацијената како би се задовољиле потребе пацијената који имају јаке болове;
- У пракси се од здравственог радника често захтева да идентификује, припреми и даје опијате без додатне провере онога шта је урадио.

Безбедно коришћење инфузионих пумпи^{11 12}

У здравственим установама РСрбије у току је процес увођења инфузионих пумпи. Због безбедности пацијента неопходно је истраживање њиховог безбедног коришћења. Инфузионе пумпе су медицински апарати које уливају течност, лек или хранљиве материје у циркулаторни систем пацијента. Они производе високе, али контролисане притиске и тако се може контролисати убризгавање количине течности субкутално или епидурално. Грешке од стране особља које са њима рукује повезане су са: погрешним програмирањем пумпи, руковањем погрешним лековима и неправилним коришћењем опреме.

6.3. Решење проблема безбедности пацијента у вези са безбедним руковањем лековима

Концентровани раствори електролита

Препоручују се одређене радње у вези са концентрованим растворима електролита:

- Промовисање безбедне праксе са калијум-хлоридом и другим концентрованим растворима електролитима. Њихово безбедно коришћење, а нарочито калијум-хлорида, се мора посматрати као висок приоритет на нивоу целе установе.
- Неопходно је са са електролитима калијума руковати као са контролисаном супстанцом. Контролисане супстанце захтевају строгу контролу наручивања, чувања, припреме, употребе и документације.
- Уклонити све концентроване растворе електролита из простора предвиђеног за лечење и негу пацијента и чувати их у посебним деловима апотеке. Када се чувају у посебним просторима где се лече пацијенти, ампуле калијума треба да буду означене (на пример, флуоресцентним налепницама за упозорење) тако да јасно указују на потребна растварања.

Безбедно руковање наркотицима

Препоручују се одређене радње у вези са руковањем наркотицима:

- Уклањање залиха наркотика из простора предвиђеног за лечење и негу пацијента. Наркотици би требало да се безбедно чувају у апотеци(осим у посебно одређеним јединицама);
- Обезбедити посебне дозе хидроморфона, морфина, суфентанила. У апотеци. треба обезбедити унапред упаковане или унапред измерене дозе према потребама пацијента;

¹¹ *Sentinel Event Alert, Issue 15, The Joint Commission, November 30, 2000.*

¹² *Colquhoun and Koczmara, Medication Safety Alerts, CJHP, volume 58, No. 3, June 2005.*



- Чување залиха само у одређеним јединицама: палијативног збрињавања, операционој сали, као и у зони припреме/паковања-испоруке. Када се наркотици чувају у овим јединицама, треба проценити могуће ризике и предузети мере како би се спречило да дође до грешака;
- Ограничити мешање наркотика ван апотеке, колико год је то могуће;
- Едуковати особље како да користе наркотике како би што мање долазило до грешака и проблема.

Безбедно коришћење инфузионих пумпи

Препоручују се четири конкретне активности везане за инфузионе пумпе:

- Ефикасна обука свих запослених који ће користити пумпе (компетентност особља). Добро планиран програм обуке треба да се развија пре имплементације коришћења инфузионих пумпи;
- Обезбедити континуитет у обуци особља за коришћење и надгледање рада пумпи. Истраживања су показала да су грешке у вези са пумпом мање, ако га користи особље које је већ упознато са радом истих. Дакле, предност је у томе да постоји група запослених која је развила добро познавање и експертизу рада пумпе, кроз понављајући и редован рад са пумпама;
- Систем двоструке контроле (особље са подељеном одговорношћу). Две особе проверавају примену пумпи у свим фазама како би се обезбедило што мање грешака насталих због неправилног програмирање пумпи, коришћења погрешних лекова и/или неправилног коришћења опреме;
- Едукација пацијента како да сам користи лекове. Једна од великих предности инфузионих пумпи је да су дизајниране тако, да многи пацијенти могу себи сами давати лекове. Ово помаже пацијенту да буде независан у самосталном коришћењу лекова. Међутим, када се пумпе користе од стране пацијената, они морају добити јасна упутства о томе како се пумпе користе, како би постигли максималну корист и безбедност;
- Пажљиво доношење одлуке о набавци. Када се пумпе набаве потребно је да се пажљиво разматрати како, од кога и где ће се користити. У оквиру здравствене установе, треба водити рачуна о набавци минималног броја модела пумпи, како би се спречила непотребна забуна (и могуће грешке) за запослене који морају да науче како да користе различите моделе пумпи.

6.4. Могуће препреке у примени решења у вези безбедног руковања лековима

Постоји низ препрека које могу представљати сметњу у спровођењу успешног програма за праћење нежељених догађаја у здравственим установама.

Недостатак знања

Могуће је постојање недостатка знања о природи нежељених догађаја који су у вези са руковањем лековима, њиховој стопи настајања у оквиру установа или њихових могућих утицаја на исходе лечења. На основу међународног искуства нежељени догађаји се дешавају и морају се предузети одређене активности у циљу смањења или отклањања њиховог настајања у будућности.

Исто тако, постоји недостатак информација о проактивним мерама које се могу предузети како би се у потпуности спречили нежељени догађаји као што су радње везане за безбедну



употребу концентрованих раствора електролита, безбедно коришћење наркотика и безбедно коришћење инфузионих пумпи.

Недостатак подстицаја за промене у понашању

Промене понашања или пракси су неопходне за примену предложених мера везане за безбедност лекова. Веома је значајно да, при доношењу ових промена, буду упознати сви (и апотека и установа). Неопходно је омогућити едукацију кадрова у вези промена понашања или пракси и њихов значај за безбедност пацијената. Спровођење имплементације треба да се прати.

Непостојање јасног поступка

Све три препоручене области (**контрола безбедног руковања концентрованим растворима електролита - безбедно руковање наркотицима - безбедно коришћење инфузионих пумпи**) ће захтевати јасну и детаљну процедуру за примену на нивоу установе. Подршка руководства организације ће бити обавезна, а императив ће бити руковођење од стране апотеке.

Недостатак ресурса

За спровођење предложених промена у наведене три области биће потребна средства, кадровски ресурси, посебно за апотеке. Такође ће бити потребна средства за образовне програме, средства за припрему и дистрибуцију концентрованих раствора електролита, наркотика, као и за куповину инфузионих пумпи. Без обезбеђења ових ресурса, пракса безбедног руковања лековима не може бити примењена.

Недостатак подршке од руководства установе:

Значај подршке руководства **установе:** за спровођење свих мера везаних за безбедност лекова је императив за успех.

6.5. Захтеви АЗУС-а у вези безбедног руковања лековима

Развити стратегију за безбедно руковање лековима на нивоу установе.

Стратегија обухвата: уклањање концентрованих раствора електролита из простора предвиђеног за лечење и негу пацијената, заштитне мере за употребу наркотика., безбедне радње везане за употребу инфузионих пумпи.

Развити план спровођења стратегије.

Установе треба да размотре израду плана спровођења стратегије за трогодишњи период који почиње одмах. Завршетак спровођења стратегије треба очекивати на крају треће године, када систем за безбедност лекова треба да буде потпуно оперативан. По завршетку периода спровођења, стратегија би била процењена и по потреби модификована. Треба напоменути да мере у вези са безбедним руковањем концентрованим електролитима треба спровести брже и да ће период за њихову примену бити мањи од три године.

Обезбедити доказе о постигнутом напретку у спровођењу стратегије.



7. Лечење и нега правог пацијента: идентификација пацијента

7.1. Проблем у области безбедности пацијента¹³ у вези идентификације пацијента

У целом свету познато је да погрешна идентификација пацијента може довести до грешака у:

- прописивању и давању лекова,
- трансфузији,
- анализама,
- извођењу процедуре на погрешној особи.

Погрешна идентификација пацијента сматра се распрострањеним и озбиљним проблемом у области безбедности пацијента и неопходно је да здравствена установа уложи велике напоре за његово решавање. Постоје различити приступи и технологије које се користе у свету за тачну идентификацију пацијента. Независно од тога која је од технологија у употреби неопходно је, у оквиру плана лечења који се пружа пре него што се приступи интервенцији, обезбедити тачну идентификацију пацијента.

7.2. Решење проблема безбедности пацијента у вези идентификације пацијента

Здравствена установа обавезна је да значајно смањи ризик од погрешне идентификације пацијента кроз одређене активности које се препоручују:

- Едукација кроз коју је неопходно нагласити да је примарна одговорност особља да:
 - провери идентитет пацијента пре обављања интервенције.
 - повеже правог пацијента са правом интервенцијом, односно лечењем пре него што се са њим почне.
- Едукација пацијента о мерама које треба предузети у циљу обезбеђења правилне идентификације, као и разлозима обавезне употребе наруквице или карте за идентификацију и контролу идентитета, независно од тога када је интервенција извршена.
- Спровођење обуке о процедурама за контролу и потврду идентитета пацијента, у оквиру континуираног стручног усавања здравствених радника.
- Употреба најмање два идентификатора за потврђивање идентитета пацијента (на пример име и датум рођења пацијента).
 - Као начин за идентификацију не треба користити број собе пацијента (у болницама), с обзиром да не представља поуздан начин за идентификацију, јер се у случају премештања пацијента број собе мења.

¹³ *Patient Identification*, WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, Patient Safety Solutions, volume 1, solution 2, May 2007.



- Стандардизација приступа идентификацији пацијента:
 - Идентификациона наруквица сматра се погодном за употребу у болницама. Потребно је да буде фиксирана и да садржи неопходне информације о пацијенту. Употреба идентификационе нарукнице различитих боја или различитих јединствених обележја, може се користити за различите пацијенте или различита здравствена стања пацијената.
 - Употреба идентификационе нарукнице или карте може се сматрати погодном и за употребу у примарној здравственој заштити (домови здравља).
- Развијање протокола за решавање специфичних проблема који се односе на:
 - Идентификацију пацијената са истим именом.
 - Идентификацију пацијената који су у стању поремећене свести (конфузија, кома) Идентификацију узорака кроз поступак обележавања епрувета/узорака у присуству пацијента пре, током и после анализе.

7.3. Могуће препреке за спровођење решења проблема у вези идентификације пацијента

Недостатак знања

Могућ је недостатак знања о значајним проблемима који се односе на безбедност пацијента који су проузроковани погрешном праксом идентификације пацијента. Значај правилне евиденције и употребе средстава за идентификацију пацијента и информација о томе, мора се у потпуности прихватити и подржати. Здравственој установи се препоручује да испита постојећу праксу за идентификацију пацијента и процени ризике повезане са истим.

Недостатак подстицаја за промене у понашању

Због великог обима посла запослени у здравственој установи током рада често прибегавају краћим путевима, што између осталог доводи и до недостатка одговарајуће контроле идентитета пацијента или грешака у обезбеђивању примене праве процедуре на правом пацијенту. Неопходно је елиминисати праксу прибегавања краћим путевима, а могуће резултате таквог рада јасно означити и учинити познатим здравственим радницима и пацијентима. Разматрање ревизије поступка идентификације пацијента, које треба да буде опште прихваћено и објављено, представља могућност значајног смањења грешака.

Недостатак јасно утврђеног поступка

Правилна идентификација пацијента захтева примену јасно утврђеног поступка који ће обезбедити: одговарајућу едукацију здравствених радника и пацијената, доследну употребу најмање два идентификатора (на пример име и презиме и датум рођења) и стандардизовани приступ идентификацији пацијента у оквиру здравствене установе. Без тако јасно утврђеног поступка постоји ризик од озбиљних грешака које се могу догодити у здравственој установи.



Недостатак ресурса

За спровођење поступка правилне идентификације пацијента на нивоу целе установе потребно је обезбедити одговарајућу едукацију, средства која ће се користити, одговарајуће протоколе за решавање проблема идентификације и ефикасно праћење праксе идентификације пацијената. Без ресурса (људских и финансијских) није могуће остварити значајан напредак у правцу свођења грешака на минимум које настају због лоше идентификације пацијента.

Недостатак подршке од стране руководства

Подршка руководства установе у спровођењу делотворног система идентификације пацијента веома је значајна. Идентификација пацијента мора бити прихваћена као кључни део стратегије за безбедност пацијента здравствене установе.

7.4. Захтеви АЗУС-а у вези идентификације пацијента

Развити стратегију за идентификацију пацијента на нивоу целе установе.

Стратегија мора да обухвати:

- Политику за идентификацију пацијената на нивоу целе установе;
- Захтев за коришћење најмање два идентификатора за идентификацију сваког пацијента;
- Коришћење стандардизованог приступа идентификацији (наруквица/карта);
- Протоколе за идентификацију (на пример: исто име, услови за кодирање бојом);
- Едукацију особља /пацијената;
- Праћење усклађености (шта, како, ко треба да уради и у ком временском периоду).

Развити план спровођења стратегије.

Обезбедити доказе о постигнутом напретку у спровођењу стратегије.

Препоручује се да у периоду од три године буде припремљена и спроведена ефикасна стратегија за идентификацију пацијента. У релативно кратком периоду могуће је решити постојеће проблеме везане за безбедност пацијента и постићи значајан напредак.



8. Праћење нежељених догађаја

8.1. Проблем у области безбедности пацијента у вези нежељених догађаја

Здравствене установе су организације са комплексним активностима које укључују различите профиле људи различитих професија, који међусобно сарађују у циљу пружања услуга лечења. Сама природа здравствене установе ствара своје окружење у коме могу настати ненамерни и нежељени догађаји.

Настајање нежељених догађаја у здравственој установи ствара највећи проблем у области безбедности пацијента. Међународна истраживања спроведена широм света показала су да нежељени догађаји настају у великом проценту у односу на укупан број пацијената примљених у болницу (приближна стопа износи 7-8%). Често ови догађаји немају за последицу повреду или оштећење по здравље пацијента (око 65% нежељених догађаја). Међутим, они представљају могућу опасност за безбедност пацијента и због тога треба да се разматрају. Сматра се да око 5% нежељених догађаја изазива сталну инвалидност, а 1-2% су повезани са смрћу пацијента. Спроведена истраживања показују да се многи нежељени догађаји могу спречити (око 40%).

Велики значај придаје се евиденцији о настајању нежељених догађаја у болницама, а недовољан је у области примарне здравствене заштите и другим нивоима система здравствене заштите.

8.2. Решење проблема безбедности пацијента у вези нежељених догађаја

Истраживање након појаве нежељених догађаја

Потребно је да здравствена установа има утврђен поступак којим се правилно дефинише и правилно спроводи истраживање нежељеног догађаја када он наступи на нивоу целе установе. Овај поступак укључује четири главне активности:

- Дефинисање нежељеног догађаја;
- Саопштавање и упознавање особља са дефиницијама;
- Развијање стратегије за истрагу у вези нежељеног догађаја;
- Утврђивање јединственог приступа нежељеним догађајима на нивоу установе.

Дефинисање нежељених догађаја

Потребно је да здравствена установа одабере дефиницију нежељених догађаја која ће се користити у оквиру установе. Канадски речник за безбедност пацијента (*Canadian Patient Safety Dictionary*) наводи да су у употреби најчешће три дефиниције:

1. Неочекиван и нежељен инцидент директно повезан са лечењем или здравственом услугом која је пружена пацијенту.
Ова дефиниција наглашава да је догађај *неочекиван* и *нежељен*.



2. Инцидент који је настао у току процеса пружања здравствене заштите и довео до повреде или смрти пацијента.
Ова дефиниција истиче да је догађај *довео до повреде или смрти* (и на тај начин означава да је изазвао озбиљне последице).

3. Нежељен исход за пацијента, укључујући повреду или компликацију.
Ова дефиниција подвлачи да *исход за пацијента* укључује *повреду* или *компликацију*.

Здравствене установе могу да усвоје било коју од ове три дефиниције или установе дефиницију која представља комбинацију елемената разних дефиниција.

Свакако треба да буде наведено да поједини нежељени догађаји када наступе захтевају више пажње и детаљнију истрагу, с обзиром да могу имати озбиљне последице (неочекивани губитак живота, екстремитета или виталног органа). Постоје различити термини као што су: *озбиљан нежељени догађај*, *критичан инцидент* или нежељени догађај познат под називом *стражарни догађај*. У даљем тексту ће бити коришћен израз *озбиљан нежељени догађај*.

Саопштавање и упознавање особља са дефиницијама

Без обзира на одабрану дефиницију важно је да установа има јасну дефиницију нежељеног догађаја и озбиљног нежељеног догађаја, као и разумевање значења дефиниција. Након одабира одговарајуће дефиниције, неопходно је са њоме упознати особље у оквиру установе. Таква комуникација представља део стратегије на нивоу целе здравствене установе за спровођење праћења нежељених догађаја. За установу ће такође бити важно да стално прати употребу дефиниција како би обезбедили једнообразност њихове употребе у оквиру установе.

Када се одговарајуће дефиниције одаберу потребно је да установа дефинише који ће од нежељених догађаја бити сматран нежељеним догађајем који захтева истрагу. Листа са примерима нежељених догађаја приказана је у поглављу 8.5. Такође се препоручује да нова Национална стратегија о квалитету треба да истакне додатне појаве за праћење, које би могле бити сматране нежељеним догађајима.

Развијање стратегије за истрагу нежељеног догађаја

Потребно је да здравствена установа има своју стратегију за истрагу нежељених догађаја која се једнообразно спроводи у свим одељењима/службама у установи. Кључни део ове стратегије може бити припрема *обрасца за пријављивање нежељених догађаја* који ће се користити када се утврди настајање нежељеног догађаја. Пример овог обрасца садржан је у поглављу 8.6. овог документа. У обрасцу за извештавање ће се водити евиденција о свим значајним информацијама које се односе на нежељени догађај: како је спроведена истрага и које су промене уведене или препоручене за спровођење како би се свела на минимум или отклонила могућност поновног наступања овог догађаја у будућности.

Образац садржан у поглављу 8.6. такође обухвата референце за детаљнију истрагу озбиљних нежељених догађаја са смртним исходом, губитком екстремитета или виталних органа. За ове озбиљне нежељене догађаје препоручује се истрага употребом *анализе основног узрока проблема*. Кратак опис ове анализе основног узрока садржан је у поглављу 8.7. овог документа.



Утврђивање јединственог приступа нежељеним догађајима на нивоу установе

Потребно је да установа развије и примени јединствен приступ проблему нежељених догађаја на нивоу целе установе. Такав приступ ће обухватити следећа питања:

Политику-смернице

Политика-смернице установе на целокупном нивоу ће обухватити:

- *сврху* праћења нежељених догађаја: побољшано лечење, спречавање настанка, побољшање безбедности пацијента;
- *поступак* који ће бити коришћен у извештавању, истраживању и спровођењу одговарајућих мера и активности и начин саопштавања резултата;
- пружање одговарајуће *едукације* за праћење и истраживање нежељених догађаја особљу;
- *распоређивање ресурса* за едукацију особља, истраживање догађаја и спровођење потребног побољшања.

Поступак

Поступак утврђен на нивоу установе треба да обухвати објашњење за:

- извештавање о нежељеним догађајима;
- анализу узрока нежељених догађаја;
- спровођење мера за побољшање у циљу смањења на минимум или отклањања настанка нежељених догађаја;
- саопштавање и упознавање особља са резултатима истраживања и активностима које треба предузети.

Ресурси

На нивоу целе установе треба да буду обезбеђени ресурси за:

- истраживање нежељених догађаја, посебно озбиљних нежељених догађаја;
- спровођење активности у сврху смањења на минимум или отклањања узрока нежељених догађаја;
- едукацију особља о извештавању и истраживању нежељених догађаја.

Едукација

Јединствен приступ установе проблему нежељених догађаја треба да обухвати програм едукације и то:

- општу едукацију о нежељеним догађајима, њихове дефиниције, њихово праћење и приступ установе тим питањима;
- посебну едукацију о техникама истраживања које ће се користити.

8.3. Могуће препреке решења проблема безбедности пацијента у вези нежељених догађаја

Постоје бројне препреке које могу да спрече установу у успешном спровођењу програма за праћење нежељених догађаја:



Недостатак знања

Може постојати недостатак знања о природи нежељених догађаја, стопи њиховог настајања у оквиру установе, њиховом могућем утицају или потреби о њиховом извештавању и истраживању у сврху свођења на минимум или елиминисања њиховог настајања у будућности. Сходно томе, едукација особља у оквиру установе о значају извештавања и истраживања нежељених догађаја је веома важна.

Страх од казних мера (укор и казна)

Постоји тенденција оптуживања појединца у случајевима наступања нежељених догађаја, а нарочито озбиљних нежељених догађаја, уместо да се открије основни узрок таквог догађаја. Страх да би појединац могао бити оптужен и кажњен уколико је повезан са догађајем доводи до тога да се често оклева у њиховом пријављивању и извештавању. Основни узрок догађаја није увек везан за људски фактор већ за недостатке у систему. Потребно је предузети мере опреза како би се створила повољна клима за истраживање нежељеног догађаја, који скреће пажњу са оптуживања и кажњавања појединца, осим у случајевима очигледног немара.

Недостатак подстицаја за промене у понашању

Најважније је указати на потребу за извештавањем о нежељеним догађајима у оквиру установе и да ће предузете активности бити подржане. У истраживању догађаја свој допринос треба да пружи и административно особље и особље које се бави надзором рада запослених. Када је потребно променити понашање или праксу после истраживања нежељеног догађаја важно је да промене буду подржане од стране руководства. Када се уведе добар поступак пријављивања нежељених догађаја, извештавање о нежељеним догађајима је знатно чешће него пре увођења. Потребно је да руководство здравствене установе предузме активности са циљем да повећање броја пријављивања нежељених догађаја не буде виђено као “тамна мрља”, односно недостатак у квалитету рада здравствене установе.

Недостатак јасног поступка

Поступак за извештавање, истраживање и предузимање мера и активности мора бити јасан, транспарентан и добро познат на нивоу целе установе.

Недостатак ресурса

Делотворно праћење нежељених догађаја не може се остварити без одговарајућих ресурса (људских и финансијских). Ресурси су потребни за истраживање нежељених догађаја, али исто тако и за спровођење промена које би довеле до свођења на минимум или спречавања поновног настајања догађаја. Уколико се не предузме активност у решавању проблема који су довели до наступања догађаја, особље ће увидети да извештавање о нежељеним догађајима и спровођење истраге о разлозима њиховог настанка представља губитак времена. Решавање проблема који доводе до нежељених догађаја није ни брзо ни једноставно, али је потребно указати да се њиховом решавању поклања велика пажња.

Недостатак подршке од стране руководства

Подршке руководства установе у праћењу нежељених догађаја је од великог значаја. Веома је важно да резултати истраге нежељених догађаја буду разматрани од стране хијерархијски вишег руководства када за тим постоји потреба. Учешће и посвећеност



особља установе праћењу нежељених догађаја биће у директној вези са начином на који то посматрају и у томе учествују њихови руководиоци.

8.4. Захтеви АЗУС-а у вези нежељених догађаја

Развити стратегију за спречавање нежељених догађаја на нивоу целе установе

Стратегија мора да обухвати:

- Политику праћења нежељених догађаја на нивоу целе установе;
- Утврђен поступак за праћење нежељених догађаја који ће се примењивати на нивоу целе установе;
- Обезбеђивање одговарајућих ресурса на нивоу целе установе за едукацију за праћење нежељених догађаја и спровођење стратегије за спречавање нежељених догађаја.

Развити план спровођења стратегије на нивоу целе установе

Установа треба да размотри развијање и спровођење плана у периоду од три године почевши одмах. Завршетак спровођења стратегије треба предвидети за крај трогодишњег периода, када би систем праћења нежељених догађаја у потпуности функционисао.

Обезбедити доказе о оствареном напретку у спровођењу плана



8.5. Нежељени догађаји који би се могли пријављивати¹⁴¹⁵

Нежељени догађаји	Врста	Појединости
Падови пацијента током лечења, амбулантног лечења, прегледа или трансфера	Пад који није био уочен	Оштећена страна је пацијент, а пад није био уочен од стране особља
	Пад који је био уочен	Оштећена страна је пацијент, а пад је био уочен од стране особља
Нестанак	Окружење у којем се спроводи лечење	Пацијент је нестao
Кашњење примене дијагностичких тестова/лечења	У вези са клиничком дијагностиком и општим лечењем*	Кашњење дијагнозе, лечења, претрага или резултата
	Трансфузија крви	Кашњење пријема
	У вези са лечењем или операцијом	Кашњење лечења
	Узорак*	Кашњење у раду лабораторије
Догађаји у вези са лабораторијским узорцима	Узорак*	Сваки догађај у вези са узорцима, на пример погрешна етикета или изведена погрешна анализа
Повреда или изложеност особља	Изложеност крви или телесним течностима или убод иглом и повреда оштрим предметом или физичка повреда	Оштећена страна је запослени у здравственој установи
Изостављена доза лека	Грешка у медикацији*	Изостављена доза лека
Прописан/ординиран погрешан лек	Грешка у медикацији*	Погрешан назив лека
Погрешна доза лека	Грешка у медикацији*	Погрешна доза
Погрешна идентификација пацијента	Пријем, отпуст, трансфер	Погрешан пацијент, лични број исти код више пацијената, погрешна наруквица за идентификацију
	Узорак*	Погрешна етикета или узорак узет од погрешног пацијента
	Инвазивна хируршка метода	Погрешан пацијент
	Лечење	Погрешан пацијент
	Грешка у медикацији*	Погрешном пацијенту написан рецепт или ординиран лек
	Трансфузија крви	Погрешном пацијенту написан налог или ординирана трансфузија
Појава декубиталних рана код лежећих пацијената		
Компликације настале услед давања анестезије		
Поновљене операције у истој регији		
Механичка јатрогена оштећења настала приликом хируршке интервенције		
Тромбоемболијске компликације		
Појаву алергијске или друге посттрансфузијске реакције при давању крви или деривата крви	Трансфузија крви	
Апсцес	Апсцес настао након интрамускуларног давања инекције*	
	Апсцес настао након интравенског давања лека или раствора*	
Поломљена игла током давања инекције	*	

¹⁴ Листа усвојена од Schade, C., et al: www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol1/Advances-Schade_63.pdf;

Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о обавезним показатељима квалитета здравствене заштите, Институт за Јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“

¹⁵ Могући догађаји применљиви за Домове здравља су означени са звездицом *



8.6. Образац за пријављивање нежељених догађаја (нацрт)

Образац попунио/ла _____ Датум _____	
<i>Нежељени догађај се може дефинисати на један од три следећа начина:¹⁶</i> Неочекивани и нежељени инцидент који је у директној вези са лечењем или услугама које су пружене пацијенту Инцидент који се десио током процеса пружања здравствене заштите и који је резултирао повредом пацијента или смртним исходом Нежељени исход за пацијента, укључујући повреду или компликације	
Шта се десило?	Опис:
	Тежина стварне или могуће штете:
	Да ли је то озбиљан нежељени догађај (критичан инцидент)? Да _____ Не _____
	<i>Озбиљан нежељени догађај је онај који резултира озбиљним последицама по пацијента (неочекиваним смртним исходом, губитком екстремитета или виталног органа) или постоји значајан ризик од озбиљних последица.</i>
	Особе које су биле укључене:
	Опрема која је била укључена:
Место догађаја?	Одељење/специјалност:
Време догађаја?	Датум: Време (сат/минут):
Како се догађај десио?	Непосредни узроци:
Зашто се догађај десио?	Основни узроци:
	Уколико се десио озбиљан нежељени догађај, да ли сте извршили анализу основног узрока ? Да _____ Не _____
	Потребно накнадно додати резултате анализе основног узрока
Које мере су предузете или предложене?	Непосредне:
	Дугорочне:
Који је утицај догађаја?	Штета нанета пацијенту:
	Штета нанета установи:
	Остало:
Који су фактори смањили утицај, или могли да смање утицај догађаја?	

¹⁶ Речник о безбедности пацијената, Институт за безбедност пацијената у Канади



8.7. Анализа основног узрока настајања нежељених догађаја¹⁷

Анализа основног узрока настајања нежељених догађаја представља аналитички алат који помаже пружаоцима здравствених услуга да на свеобухватан, систематичан начин сагледају значајне инциденте (озбиљне нежељене догађаје). Ефективна примена анализе основног узрока укључује одличну примену одговарајуће законске регулативе и утицај људског фактора, као и јасно примењене организационе смернице и процедуре.

Циљ анализе основног узрока настајања нежељених догађаја је да одреди:

- шта се догодило;
- зашто се догодило и
- шта може да се учини како би се смањило њихово поновно настајање.

Анализа основног узрока настајања нежељених догађаја:

1. је интердисциплинарна, укључује учешће експерата из “прве линије” тј. са места догађаја;
2. укључује учешће оних који најбоље познају ситуацију;
3. непрекидно све дубље истражује, питајући зашто? зашто? зашто? на сваком нивоу узрока и последица;
4. уочава промене које је потребно увести у систем и
5. објективна је, како би разјаснила потребу настајања свести о могућим конфликтима интереса и осетљивости у погледу тог проблема.

Да би анализа била систематична, она мора да обухвати:

1. разумевање начина интеракције људи са окружењем;
2. уочавање могућих проблема везаних за процес и систем;
3. анализу истакнутих система “узрок-последица” кроз серију питања зашто?;
4. идентификацију ризика и њиховог потенцијалног доприноса догађају;
5. развој мера и активности са циљем побољшања процеса и система;
6. мерење и евалуацију спровођења мера и активности и
7. документацију о свим предузетим радњама (од момента идентификације до поступка евалуације).

Да би анализа била поуздана, треба да:

1. укључи учешће руководства здравствене установе и оних који су непосредно укључени у систем и процес;
2. буде доследно примењивана у складу са смерницама/политиком и процедурама здравствене установе;
3. укључи уважавање резултата из одговарајуће литературе која се односи на овај проблем.

¹⁷ Информације су преузете из: *Canadian Root Cause Analysis Framework*, Canadian Patient Safety Institute, March 2006.

Прво издање
Јул 2010



**Агенција за акредитацију
здравствених установа Србије**
Др Суботића 5, 11000 Београд
Тел./Факс: 011 206 2735
Е - mail: office@azus.gov.rs
www.azus.gov.rs