



Școala doctorală de Medicină

Domeniul de doctorat: Medicină

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

CREȘTEREA SIGURANȚEI PACIENTULUI PRIN
ÎMBUNĂȚIREA PROCESULUI DE NURSING

Doctorand:
ADRIANA ROȘCA (GRINDEAN)

Conducător de doctorat:
Prof. Univ. Dr. CARMEN DANIELA DOMNARIU

Cuvinte cheie:

Siguranța pacientului

Procesul de nursing

Cultura organizațională privind siguranța pacientului

Plan de îngrijire

CUPRINS

CUPRINS	3
STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII.....	7
CAPITOLUL I.....	7
1. Introducere în domeniul siguranței pacientului	7
2. Scurt istoric al domeniului siguranței pacientului	7
3. Factori care influențează siguranța pacientului	7
3.1 Comunicarea	7
3.2 Cultura organizațională a siguranței	7
3.3 Medicina bazată pe dovezi.....	7
3.4 Planificarea turelor.....	8
3.5 Educația pentru sănătate	8
4. Cauzele erorilor medicale	8
5. Siguranța pacientului la nivel național și internațional.....	8
5.1 Raportarea erorilor medicale	9
5.2 Bariere de raportare	9
5.3 Siguranța pacientului în chirurgie.....	9
5.4 Siguranța pacientului la nivel național	10
CAPITOLUL II	11
1. Îmbunătățirea calității serviciilor de îngrijire și a siguranței pacientului prin procesul de nursing	11
1.1 Conceptul de calitate.....	11
1.2 Calitatea în îngrijirea medicală.....	11
1.3 Procesul de nursing și calitatea îngrijirilor medicale.....	12
2. Rolul asistentului medical în asigurarea calității îngrijirilor medicale.....	12
CONTRIBUȚIA PERSONALĂ.....	13
CAPITOLUL III.....	13

Studiul 1 - Analiza teoretică comparativă a trei modele internaționale consacrate privind siguranța pacienților - Modelul Swiss Chesse, Modelul SEIPS, Modelul Donabedian.....	13
1. Introducere.....	13
2. Scopul studiului	14
3. Ipoteză/Obiectivele studiului	14
4. Material și metodă.....	14
5. Descrierea modelelor consacrate internațional privind siguranța pacienților	16
5.1 Modelul Swiss Cheese.....	16
5.2 Modelul SEIPS	17
5.3 Modelul Donabedian (SPO)	18
6. Rezultate.....	18
6.1 Analiză comparativă între modele	18
7. Discuții.....	19
8. Concluzii ale studiului.....	19
9. Propunere.....	20
CAPITOLUL IV	20
Studiul 2 - Studiul culturii organizaționale privind siguranța pacientului în spital	20
1. Ipoteze de lucru/Obiective	20
1.1 Ipoteza principală.....	20
1.2 Ipoteza alternativă.....	21
1.3 Obiectivele studiului	21
2. Material și metodă.....	21
2.1 Prezentarea lotului de subiecți	22
2.2 Calculul și caracteristicile eșantionului luat în studiu	22
3. Rezultate.....	24
3.1 Analiza răspunsurilor și distribuția celor valide pe caracteristici	24
4. Discuții.....	25

4.1	Analiza răspunsurilor pentru indicatorii compuși.....	25
5.	Concluzii ale studiului.....	27
CAPITOLUL V		27
Studiul 3 - Îmbunătățirea siguranței pacienților în secțiile chirurgicale prin procesul de nursing.....		27
1.	Introducere.....	27
2.	Scopul studiului	28
3.	Ipoteză de lucru/Obiectivele studiului.....	28
4.	Material si metodă.....	28
5.	Analiza calitativă	28
5.1	Analiza utilizării și implementării planului de îngrijire	28
5.2	Aplicarea procesului de nursing în secția de chirurgie.....	29
5.3	Analiza eficacității implementării planului de îngrijire.....	29
5.3.1	Scopul	29
5.3.2	Ipoteza de lucru/obiective.....	29
5.3.3	Material și metodă	30
5.3.4	Rezultate	31
5.3.5	Discuții.....	33
5.3.6	Concluzii.....	33
CAPITOLUL VI.....		Error! Bookmark not defined.
CONCLUZII GENERALE.....		34
1.	Concluzii generale	Error! Bookmark not defined.
2.	Contribuții originale.....	34
3.	Direcții viitoare de cercetare	35
4.	Diseminarea rezultatelor.....	35
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ		36

STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII

CAPITOLUL I

1. Introducere în domeniul siguranței pacientului

Siguranța pacientului reprezintă un domeniu de preocupare și cercetare, care a apărut și a crescut odată cu crearea sistemelor de îngrijire a sănătății, care s-au dezvoltat și au devenit mult mai complexe. Pe măsură ce problematica siguranței s-a dezvoltat și a devenit din ce în ce mai importantă din perspectiva furnizorilor de îngrijire și asistență medicală, dar nu numai, dar și a autorităților și a factorului politic, au apărut cerințe și standarde impuse prin legislație.

2. Scurt istoric al domeniului siguranței pacientului

Pentru a aprecia progresele actuale realizate în siguranța pacientului este important să cunoaștem și să înțelegem istoricul siguranței pacientului, cum a apărut conceptul, care sunt modelele dezvoltate de-a lungul timpului și ce este important. Crearea unui mediu de siguranță în sistemele complexe de îngrijire medicală din zilele noastre necesită o schimbare de cultură majoră.

3. Factori care influențează siguranța pacientului

3.1 Comunicarea

Utilizarea comunicării eficiente între pacienți și profesioniștii din domeniul sănătății este considerată esențială pentru obținerea rezultatelor optime în acordarea asistenței medicale pacientului. Utilizarea comunicării eficiente atât verbală, non verbală cât și utilizarea tehnologiilor de comunicare adecvate poate contribui la prevenția apariției evenimentelor adverse, în timp ce o comunicare inadecvate sau mai puțin eficientă, contribuie la producerea acestora (1) (2) (3) (4).

3.2 Cultura organizațională a siguranței

În sănătate, ca și în alte domenii când se produce un eveniment nedorit se caută un vinovat. Într-o cultură a siguranței pacientului trebuie găsite cauzele erorii produse și nu cine este vinovat (5). De multe ori mai mulți factori sunt implicați în producerea unui eveniment advers, iar schimbările eficiente trebuie făcute doar atunci când toți factorii care au contribuit la producerea evenimentului au fost identificați, astfel încât un alt eveniment similar care ar putea să aibă loc să poată fi prevenit (6) (7).

3.3 Medicina bazată pe dovezi

Studiile au dovedit că medicina bazată pe dovezi a integrat examinarea individuală și abilitățile de diagnosticare cu cele mai bune date din cercetarea medicală, care se constituie ca dovezi. Pentru dezvoltarea planurilor de îngrijire se utilizează rezultate ale cercetărilor clinice pertinente din punct de vedere al acurateții testelor de diagnostic, eficacitatea și siguranța terapiei. (8).

3.4 Planificarea turelor

Cercetările au arătat că erorile de medicație din partea asistentelor medicale au probabilitatea, să apară mai des atunci când schimburile de lucru depășesc 12 ore sau când se lucrează peste 40 de ore pe săptămână. De asemenea, orele suplimentare au efecte dăunătoare asupra calității îngrijirii pacienților (9). Erorile găsite de cercetători au fost lipsa atenției la detalii, erori de omisiune, rezolvarea compromisă a problemelor din cauza oboselii (10).

3.5 Educația pentru sănătate

Studiile efectuate au demonstrat că educația reprezintă o problemă importantă de siguranță. Capacitatea de înțelegere a informațiilor medicale transmise pacientului poate duce de multe ori la erori de medicație și la evenimente adverse (11). Acești pacienți prezintă un risc mai mare de spitalizare și au șanse mari de a face erori cu privire la medicația ce le este prescrisă (12).

4. Cauzele erorilor medicale

- Factorul uman prin prezența oboselii, depresiei, epuizării, presiunii de timp, creșterea programului de lucru, stărilor de anxietate, și stres (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20).
- Complexitatea medicală datorată tehnologiilor moderne complicate, spitalizării prelungite.
- Neregulilor din sistem: comunicare deficitară, lipsa de coordonare, similitudinea în denumirile medicamentelor, factori de mediu (21).
- Circuitelor necorespunzătoare sau absența unor protocoale de îngrijire.

5. Siguranța pacientului la nivel național și internațional

Activitatea Organizației Mondiale a Sănătății privind siguranța pacientului a început în octombrie 2004 cu înființarea Alianței Mondiale pentru Siguranța Pacienților, care a solicitat OMS și Statelor Membre să acorde prioritate acestei problematici.

Recomandarea Consiliului Europei din 2009 propune o strategie la nivelul Uniunii Europene pentru promovarea siguranței pacienților. Această recomandare sporește importanța siguranței

pacienților și reprezintă un catalizator important pentru implementarea de măsuri atât la nivelul Uniunii Europene cât și la nivel național.

Planul global de acțiune pentru siguranța pacientului 2021-2030 prevede un cadru pentru toate țările. Scopul acestuia este de a dezvolta planuri naționale privind siguranța pacienților prin îmbunătățirea programelor clinice legate de siguranță.

Erorile medicale sunt un subiect de rezolvat la nivel mondial.

5.1 Raportarea erorilor medicale

Organizația Mondială a Sănătății și Uniunea Europeană încurajează raportarea erorilor atât pentru a învăța din ele cât și pentru a rezolva problemele de siguranță. În 2014 Comisia Europeană a publicat un raport despre sistemele de raportare și învățare. Modul în care se face raportarea variază de la o țară la alta, în funcție de istoricul dezvoltării sistemului de sănătate, de scopul sistemului de raportare și de cerințele de acreditare ale unității de acreditare.

5.2 Bariere de raportare

În ciuda existenței acestor recomandări ale organizațiilor internaționale, pentru a încuraja raportarea evenimentelor adverse, a faptului că majoritatea profesioniștilor din domeniu cunosc importanța problematicii și o înțeleg, în realitate cercetările arată că, există încă situații în care evenimente adverse nu sunt raportate, aceste situații sunt cunoscute ca „bariere” în raportare. Aceste bariere au fost evidențiate în diverse lucrări de specialitate, astfel încât acestea să fie cunoscute, studiate, pentru a contribui la diminuarea impactului acestora în afectarea raportării evenimentelor adverse apărute în sistem.

5.3 Siguranța pacientului în chirurgie

Îngrijirea chirurgicală în condiții de siguranță a pacienților este un element important în îngrijirea sănătății la nivel mondial.

Principalele efecte ale evenimentelor adverse din spitale au fost clasificate după procentul în care pot să afecteze pacientul:

- procedurile chirurgicale în proporție de 27%,
- erorile de medicație 18,3 %
- iar infecțiile asociate asistenței medicale afectează în proporție de 12,1 (22).

Tabel 1: Erorile medicale și posibilele efecte adaptate după raport WHO 2019b (22)

Erori medicale	Cauze	Consecințe
Erori de judecată	Probleme de comunicare și coordonare	Niciun efect asupra sănătății pacientului
Diagnostic greșit sau întârziat		
Greșeală tehnică	Lipsa de informații	Morbiditate minoră, temporară
Eroare de injectare	Lipsa unor protocoale adecvate	Morbiditate minoră, permanentă
Eroare de medicație (prescriere, distribuire, depozitare, pregătire și administrare, doză greșită, medicament greșit)	Cultură organizațională inadecvată	Morbiditate majoră, temporară
Tratament administrat altui pacient	Deficit de personal	Morbiditate majoră, permanentă
Inacțiune	Unități sanitare organizate necorespunzător sau echipate inadecvat	Deces
Expunere excesivă la radiații		
Erori de procese medicale		

5.4 Siguranța pacientului la nivel național

Strategia națională de sănătate 2014-2020 și planul de acțiune aferent, a prevăzut direcții strategice și măsuri pentru creșterea siguranței pacientului pe baza recomandărilor Comisiei Europene pentru Siguranța pacientului care includ:

- evaluarea performanței îngrijirilor utilizând protocoale,
- implementarea conceptului de siguranța pacientului și a instrumentelor și procedurilor bazate pe evidențe și bune practici, pe baza recomandărilor făcute de Organizația Mondială a Sănătății și Uniunea Europeană
- elaborarea și implementarea planului național pentru îmbunătățirea siguranței pacientului
- dezvoltarea programelor de cercetare privind siguranța pacientului

CAPITOLUL II

1. Îmbunătățirea calității serviciilor de îngrijire și a siguranței pacientului prin procesul de nursing

1.1 Conceptul de calitate

În toate aspectele vieții cotidiene, și nu numai, tot mai mult se vorbește despre calitate. Ne dorim produse de calitate, servicii de calitate, suntem tot mai conștienți și pretindem, că plătim pentru calitate. Aparent conceptul de calitate este general și subiectiv, cu o multitudine de posibile definiții, că este aplicabil la cele mai diferite trăsături sau caracteristici, în diverse domenii, sectoare de activitate sau funcțiuni, dar calitatea este un termen apreciat întotdeauna în raport cu standarde, norme și cerințe ale consumatorilor.

Încă de la finalul anilor 1920 au apărut primele lucrări care au abordat subiectul calității, aceste preocupari ale lui W. Edwards Deming, considerat și “părintele calității”, au deschis drumul în conștientizarea și fundamentarea teoretică a calității. După al doilea război mondial s-a dezvoltat și a apărut abordarea sistemică a conceptului de calitate, astfel punându-se bazele a ceea ce a devenit mai târziu « Managementul Calității ».

1.2 Calitatea în îngrijirea medicală

În domeniul sănătății vorbim despre calitatea serviciilor medicale, concept dezvoltat încă din anii 60' de către medicul și cercetătorul Avedis Donabedian. Acesta a definit un model conceptual pentru sistemele de sănătate, cu care a propus evaluarea sistemelor de îngrijire de sănătate.

Donabedian este considerat părintele conceptului modern de calitate a sistemelor medicale, acesta, descrie calitatea îngrijirilor de sănătate drept “acele îngrijiri care se așteaptă să maximizeze dimensiunile bunăstării pacienților, luând în considerare echilibrul câștigurilor și pierderilor așteptate, care apar în toate etapele procesului îngrijirilor de sănătate” (23).

De-a lungul anilor au fost definite diverse abordări privind conceptul de calitate în sistemele de îngrijire, de la abordările lui Womach și Jones (24), care propun un model bazat pe tehnicile « Lean » dezvoltate de către Toyota Production System (TPS), până la abordarea sistemică globală a specialiștilor din Organizația Mondială a Sănătății.

În literatura de specialitate se vorbește despre șase dimensiuni ale calității asistenței medicale: **siguranța, eficacitatea, centrarea pe pacient, timpul de îngrijire, eficiența, echitatea** (25).

Cultura organizațională este definită ca fiind un set de valori și convingeri comune, împărtășite de toți cei interesați, având în centru pacientul și siguranța acestuia. În acesastă abordare se asigură calitatea serviciilor medicale și siguranța pacientului.

1.3 Procesul de nursing și calitatea îngrijirilor medicale

Procesul de nursing este o metodă organizată și sistematică care permite acordarea de îngrijiri individualizate, este un proces intelectual compus din diverse etape logic ordonate având ca scop obținerea unei mai bune stări a pacientului. Acest proces este element de bază și se constituie ca fundament în definirea și manifestarea culturii organizaționale centrate pe siguranța pacientului. Procesul de nursing este contributor principal la calitatea asistenței medicale și a siguranței pacientului.

În țara noastră până în anul 2016 nu au existat standarde care să stabilească ca normă structura documentelor și a datelor și informațiilor ce se culeg în timpul procesului de nursing. Aceasta situație a constituit un risc potențial asociat, care afecta calitatea procesului de îngrijire.

La nivel național s-a început implementarea ca instrument standard a “dosarului de nursing” în anii 2016 și 2017. Astfel, calitatea serviciilor medicale, va fi un reper sau un criteriu din ce în ce mai utilizat, pentru a realiza transformarea și eficientizarea sistemului de sănătate. Acest criteriu va reflecta cu acuratețe gradul de îngrijire al pacienților, în concordanță cu progresul tehnologiei și în armonizare cu cultura organizațională.

2. Rolul asistentului medical în asigurarea calității îngrijirilor medicale

În activitatea de îngrijire, asistentul medical vine în contact cu diferiți indivizi, care se încadrează sau nu în tipare comportamentale, ori suportă modificări semnificative ale comportamentului, cauzate de boală, de propria percepție asupra statutului de bolnav, de măsura în care își valorizează starea de sănătate. Capacitatea asistentului medical de a identifica și înțelege aceste comportamente este esențială. În activitatea de nursing comunicarea verbală este importantă fiind utilizată permanent de la primul contact cu pacientul și până la finalizarea procesului de îngrijire. Această comunicare este un contributor principal în asigurarea siguranței pacientului.

Asistentul medical interacționează continuu cu pacientul, asigurând implicarea acestuia în propria îngrijire, determinându-l să aibă încredere în echipa medicală, încurajându-l să-și exprime preocupările, temerile, așteptările, făcându-l să se simtă important și sprijinit (26).

Asistentul medical obține o multitudine de date utile prin observarea directă a manifestărilor non verbale ale pacientului și coroborându-le cu cele furnizate de alte surse este în măsură să stabilească nevoile corecte de îngrijire, gradul de dependență și obiective realiste pentru intervențiile nursing (27).

CONTRIBUȚIA PERSONALĂ

CAPITOLUL III

STUDIUL 1 - Analiza teoretică comparativă a trei modele internaționale consacrate privind siguranța pacienților - Modelul Swiss Chesse, Modelul SEIPS, Modelul Donabedian

1. Introducere

Siguranța pacienților în unitățile sanitare constituie cea mai importantă prioritate a calității îngrijirilor de sănătate. Pe parcursul pacientului în spital, pot să apară o multitudine de neajunsuri, care nu sunt aparente, dar împreună pot duce la rănirea acestuia. Termenii specifici utilizați în diverse modele pentru siguranța pacientului :

Siguranța pacientului implică doua abordări pentru a fi asigurată: adoptarea unui tratament bine structurat, standardizat, bazat pe dovezi și un sistem privitor la siguranță cu reducerea erorilor medicale și a evenimentelor adverse.

În secțiile chirurgicale ale spitalelor, îmbunătățirea siguranței pacientului este o prioritate deoarece evenimentele adverse pot fi catastrofale atât pentru pacienți cât și pentru furnizorii de servicii medicale (28) (29).

Evenimentele adverse

Evenimentele adverse sunt prejudiciile cauzate pacientului produse în timpul unor intervenții medicale sau din lipsa acestora, și nu sunt consecința stării sau condițiilor medicale de bază ale pacientului.

Evenimentele santinelă pot produce vătămarea gravă a pacientului cu consecințe pe termen lung și reflectă deficiențe serioase ale politicilor și procedurilor din unitatea sanitară.

Eroarea asociată asistenței medicale este consecința erorii umane, pentru că oamenii sunt supuși greșelii. Erorile medicale sunt consecințe latente ale unor factori existenți, cu manifestare întârziată, care pot fi identificate înainte să se producă (30).

Eveniment near miss reprezintă un incident sau potențial incident, care a fost evitat și nu a provocat daune deși s-ar fi putut produce.

2. Scopul studiului

Studiul are ca scop prezentarea și analiza a trei modele consacrate din literatura internațională, evaluarea acestora, a structurilor, a modului de utilizare, și a rezultatelor pentru îmbunătățirea siguranței îngrijirii pacienților din domeniul sănătății. Analiza este comparativă și își propune să evidențieze fiecare model, a similitudinilor, a diferențelor dintre acestea, și nu în ultimul rând a punctelor tari și slabe comparativ.

3. Ipoteză/Obiectivele studiului

Ipoteza principală: Cunoașterea modelelor internaționale cu aspectele pozitive contribuie la elaborarea de strategii și modele de lucru pentru a crește siguranța pacienților.

Studiul își propune următoarele **obiective**:

- Descrierea modelelor consacrate internațional privind siguranța pacienților;
- Identificarea componentelor/caracteristicilor modelelor, care se află în interacțiune și pot contribui la reducerea evenimentelor adverse;
- Elaborarea de strategii și metode de lucru pe baza modelelor studiate pentru evitarea și prevenirea evenimentelor adverse la nivelul unităților spitalicești pe baza modelelor internaționale.

4. Material și metodă

Tipul studiului: Studiul este descriptiv

Instrumentele de cercetare: În cercetare am utilizat grila de analiză

Analiza calitativă:

Am identificat în literatura de specialitate, documente strategice internaționale care cuprind modele de lucru ce au ca obiective centrale siguranța pacienților în spital, și a căror prioritate este prevenirea efectelor adverse.

Criteriile de selecție:

- Asumarea documentului de o organizație internațională cu misiunea de a sprijini, monitorizarea performanțelor legate de îngrijirea și siguranța pacientului în unitatile spitalicești : OMS, AHRQ (Agentia Federala pentru Cercetare și Calitate în Domeniul Sănătății), Comisia Europeană, Consiliul Uniunii Europene
- Perioada în care documentul produce efecte: ulterior anului 2000
- Documentul să aibă în conținut cuvintele cheie: siguranța pacientului, erori medicale, evenimente adverse, bariere de protecție, (cautarea s-a realizat în limba engleză)
- Scopul sau rezultatele așteptate ale documentului să includă referiri la siguranța pacienților în vederea îmbunătățirii calității și siguranței îngrijirilor medicale și care pot promova schimbări necesare în sistem pentru a preveni efectele adverse.
- Să fie public în limba engleză

Pe baza criteriilor menționate am selectat trei modele internaționale, acestea fiind cele cu notorietate și aplicabilitate consacrată: Modelul Swiss Cheese, Modelul SEIPS și Modelul Donabedian.

Experiența dezvoltată de teoria și practica celor trei modele poate fi folosită pentru a crește siguranța pacienților în spitale.

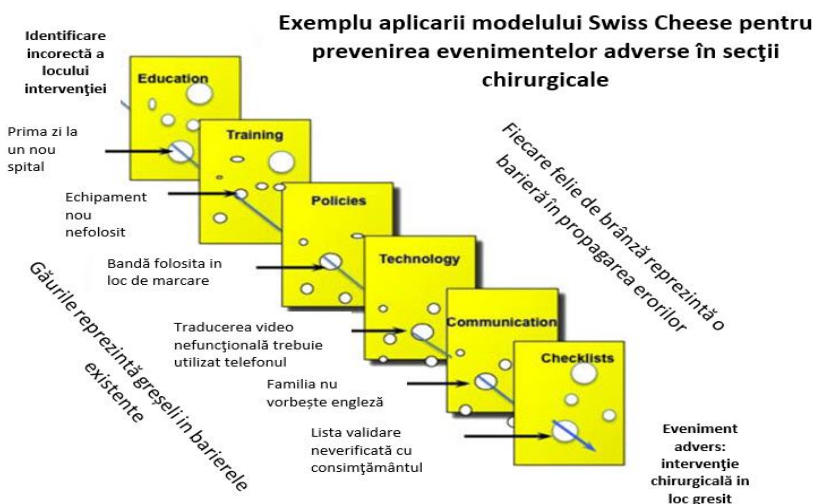
5. Descrierea modelelor consacrate internațional privind siguranța pacienților

5.1 Modelul Swiss Cheese

Este cel mai cunoscut model **sistemic** folosit pentru siguranța pacienților. A fost dezvoltat de James Reason, profesor de psihologie la Universitatea din Manchester și a fost publicat în British Medical Journal în 1990, în lucrarea „Eroarea umană”. Reason a pus bazele unui model, care să fie utilizat pentru a

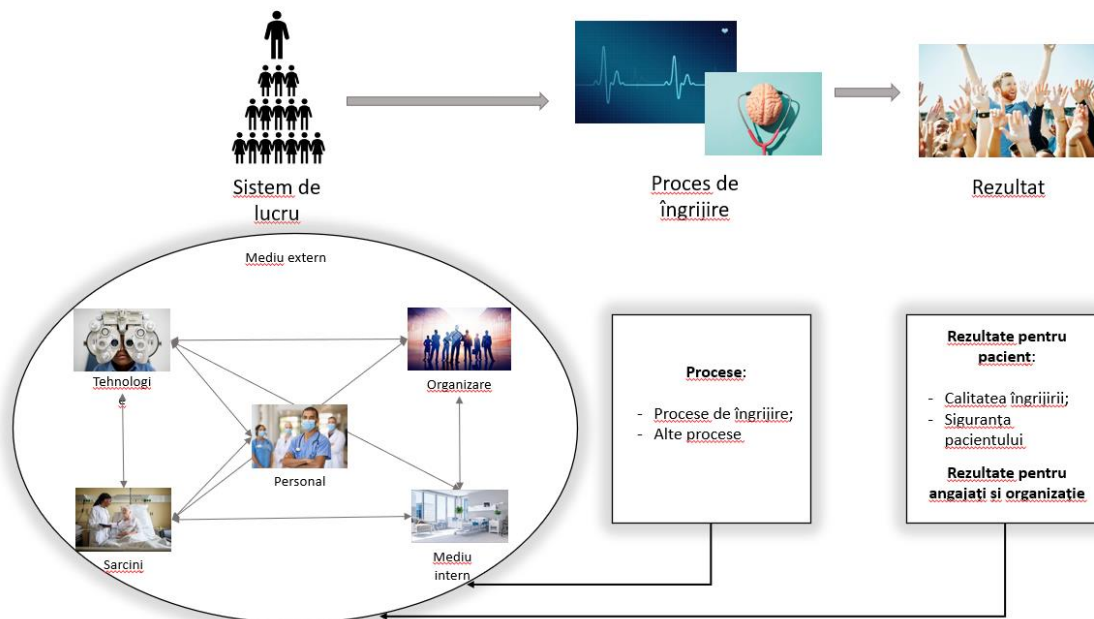
preveni accidentele aviatice. Acest model a fost numit Swiss Cheese (brânza elvețiană) și s-a transformat într-un model mental al siguranței sistemelor (31).

Modelul a fost conceput pentru a înțelege cauzele accidentelor organizaționale, și a fost utilizat în determinarea și prevenirea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale în ultimii ani. Interpretarea adoptată pentru siguranța pacientului în organizațiile medicale a modelului Reason – Swiss Cheese este reprezentată în figura de mai jos.



Modelul Swiss Cheese aplicat într-o secție chirurgicală

5.2 Modelul SEIPS



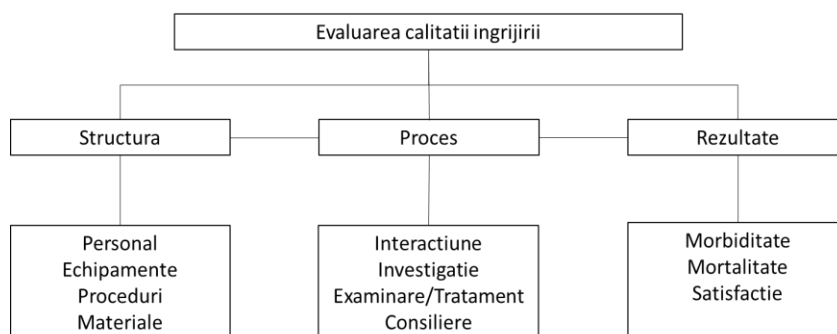
Modelul SEIPS - modelul sistemului de lucru și al siguranței pacientului

Modelul SEIPS (Systems Engineering Initiative for Patient Safety) a fost dezvoltat de Carayon și Smith în 2006. Se numește și modelul sistemului de lucru și poate fi utilizat la rezolvarea problemelor sistemice de siguranță în sistemul de sănătate. Modelul SEIPS prezintă un cadru pentru înțelegerea structurilor, proceselor și rezultatelor din îngrijirea sănătății și a relațiilor dintre acestea (32) (33).

Modelul SEIPS specifică cinci componente ale sistemului care pot contribui la cauzele și controlul erorilor medicale, incidentelor și a evenimentelor adverse. Componentele sunt formate din: persoane, organizare, tehnologii și instrumente, activități, mediu de lucru, toate interacționează între ele, se influențează reciproc, și pot conduce la diverse rezultate prin parcurgerea proceselor interne așa cum sunt definite: performanță, siguranță, sănătate și calitatea vieții profesionale (34). Structura organizației, adică sistemul de lucru afectează siguranța acordării îngrijirii. Schimbările aduse sistemului de lucru afectează, în funcție de cum schimbarea este proiectată, negativ sau pozitiv, munca, procesele clinice și rezultatele ulterioare ale pacientului, angajatului și organizației (35).

5.3 Modelul Donabedian (SPO)

A fost dezvoltat de medicul Avedis Donabedian de la Universitatea din Michigan în 1966 și continuă să fie folosit și astăzi pentru evaluarea calității asistenței medicale (36).



Modelul de evaluare a îngrijirii Donabedian

În analiza calității îngrijirii pacienților, Donabedian utilizează un cadru format din structură, proces și rezultat. Structura include structura organizatorică, resursele materiale și resursele umane. Procesul cuprinde diagnosticul, investigațiile, tratamentul, acordarea asistenței medicale, dependența reciprocă dintre pacienți și personalul medical pe parcursul îngrijirii, organizarea și efectuarea sarcinilor, iar rezultatul include evaluarea rezultatelor clinice, a impactului acestora și satisfacția pacientului în concordanță cu îngrijirea acordată. Îmbunătățirea continuă a structurilor și proceselor conduce la rezultate bune în îngrijirea pacienților.

Donabedian aplică măsuri prospective și retrospective pentru a asigura calitatea sistemelor și pentru a cerceta **evenimentele adverse și santinelă**.

6. Rezultate

6.1 Analiză comparativă între modele

Data fiind existența și dezvoltarea acestor trei modele cu aplicabilitate în creșterea siguranței pacientului, în literatura de specialitate, s-a pus problema, care dintre aceste modele sunt cele mai potrivite pentru a fi aplicate în modul de lucru pentru asigurarea siguranței pacientului.

Tabel 2: Puncte forte și puncte slabe ale modelelor SEIPS, Swiss Cheese, Donabedian

Modelul	Puncte tari	Puncte slabe
Modelul SEIPS al sistemelor de lucru și al siguranței pacientului	<ul style="list-style-type: none"> • Focalizare pe proiectarea sistemului și impactul acestuia asupra rezultatelor • Vizualizarea largă a proceselor • Descrierea sistemului, a componentelor sale, și a interacțiunilor dintre componente, 	Model descriptiv, nu există însemnări specifice cu privire la elementele critice

	<ul style="list-style-type: none"> • Impactul asupra siguranței pacientului și rezultatele angajaților și organizației 	
<p>Modelul Reason/ Vincent (Swiss Cheese) al accidentelor și evenimentelor adverse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se concentrează pe: <ol style="list-style-type: none"> 1. etiologia accidentelor și evenimentelor adverse 2. descrierea factorilor care contribuie 	<p>Nu apare în definiție noțiunea de proces</p> <p>Fără îndrumări pentru reproiectarea sistemului și îmbunătățirea siguranței pacienților</p>
<p>Modelul de calitate al lui Donabedian</p> <p>Structură-proces-rezultat SPO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descrie relațiile dintre structură, procese, și rezultate 	<p>Descrierea sumară a “structurii”</p> <p>Descrierea limitată a proceselor</p>

7. Discuții

În această identificare a punctelor tari și slabe se observă câteva caracteristici esențiale cu care se operează în cele trei modele de analiză. Pentru a găsi cele mai bune metode de lucru, pentru a crește siguranța pacienților în spital am comparat cele trei modele cu ajutorul unei **grile de analiză** care vizează următoarele caracteristici: structura, procesele, rezultatele, etiologia accidentelor, factorii de risc, impactul asupra siguranței pacienților, rezultate asupra angajaților și asupra organizației și relațiile dintre structură, procese, rezultate.

8. Concluzii ale studiului

În această lucrare am realizat o prezentare a trei modele, cele mai cunoscute și prezente în literatura de specialitate internațională, elaborate și dezvoltate după anii 90 cu scopul de a contribui la îmbunătățirea siguranței sistemelor.

O primă concluzie este aceea că, nici unul dintre modelele de analiză prezentate nu poate fi considerat ca fiind absolut și unic sau cel mai potrivit pentru lucrul specialiștilor în domeniul creșterii siguranței pacientului în sistemul de îngrijire a sănătății.

Toate aceste trei modele analizate sunt modele conceptuale. Pe baza acestor modele existente, prin cercetare și dezvoltare, în prezent se elaborează instrumente și metode, care identifică riscurile și pericolele existente în structură sau în procese, care pot direct sau indirect să afecteze siguranța pacientului.

9. Propunere

Modelul SEIPS descrie cel mai bine structura are cele mai multe elemente definite, prezintă relaționarea dintre acestea și tratează elementul „personal” ca fiind central. Totodată, evidențiază atât procesul de îngrijire, cât și toate celelalte procese implicate în rezultat. Rezultatul este definit atât pentru pacient, cât și pentru organizația din domeniul îngrijirii sănătății.

Datorită acestui fapt modelul SEIPS cu dezvoltările ulterioare este cel mai potrivit pentru a fi aplicat în vederea creșterii siguranței pacientului. Acest model permite evaluarea holistică a modului cum sunt obținute rezultatele în sistemul de îngrijire. Este cea mai bună expresie a abordării sistemice, permite structurarea cea mai bună a datelor și informațiilor, concentrarea pe ariile esențiale pentru identificarea cauzelor rădăcină de apariție a erorilor și evenimentelor adverse.

CAPITOLUL IV

STUDIUL 2 - Studiul culturii organizaționale privind siguranța pacientului în spital

Studiul își propune să evalueze nivelul de siguranță /siguranța pacientului în spital, și să identifice punctele slabe în acordarea serviciilor medicale, acele elemente și factori care ar putea fi implicați în comportamentul profesional al personalului medical și care pot influența acest domeniu.

Chestionarul utilizat este un instrument de diagnoză pentru evaluarea stadiului actual al culturii siguranței pacientului.

1. Ipoteze de lucru/Obiective

1.1 Ipoteza principală

Dat fiind faptul că, în unitatea spitalicească studiată, nu există un istoric relevant de apariție a evenimentelor adverse, care să ducă la afectarea siguranței pacientului, ipoteza principală este că : în acest spital există o cultură organizațională adecvată pentru creșterea siguranței. Astfel sunt îndeplinite condițiile necesare așa cum rezultă din literatura de specialitate privind importanța existenței unei culturi organizaționale în acest sens, sunt prezente acele valori organizaționale de bază, care influențează în mod direct siguranța pacientului, acestea asigură securitatea și siguranța pacientului prin identificarea, înlăturarea și diminuarea riscului de apariție a erorilor medicale..

1.2 Ipoteza alternativă

Dacă există cultura organizațională pentru siguranța pacientului, presupunem că elementele, care contribuie cel mai mult la siguranța pacientului și la gestiunea corectă a riscului de apariție a evenimentelor adverse, sunt cunoscute, monitorizate și tratate prin proceduri sau protocoale specifice.

1.3 Obiectivele studiului

- Evaluarea muncii în echipă în cadrul acordării îngrijirilor de sănătate ;
- Evaluarea comunicării deschise despre siguranța pacientului ;
- Evaluarea conștientizării și informării personalului la nivelul spitalului privind siguranța pacientului ;
- Evaluarea îmbunătățirii continue în cadrul spitalului privind siguranța pacientului;
- Evaluarea pregătirii și perfecționării profesionale continue a personalului medical și nemedical la nivelul unității sanitare ;
- Suportul managementului și așteptările acestuia privind siguranța pacientului ;
- Feedback-ul și comunicarea despre erori.

2. Material și metodă

Pentru verificarea ipotezelor și realizarea obiectivelor propuse s-a optat pentru utilizarea unui chestionar elaborat de Agenția pentru Cercetare și Îngrijiri de Sănătate din SUA (AHRQ) (37). Acest chestionar a fost preluat de pe site-ul agenției americane, acesta fiind dezvoltat special pentru a fi aplicat la nivelul unităților spitalicești pentru personalul din spitale, chestionând toate categoriile de personal cu privire la percepția lor asupra culturii siguranței pacienților în spitalul în care lucrează. Conform celor care au elaborat acest chestionar, acesta poate să fie utilizat pentru :

- Creșterea gradului de conștientizare a personalului cu privire la siguranța pacienților,
- Evaluarea stării actuale a culturii siguranței pacientului,
- Identificarea punctele forte și a domeniilor pentru îmbunătățirea culturii siguranței pacienților;
- Examinarea tendințelor în schimbarea culturii siguranței pacienților în timp;
- Evaluarea impactului cultural al inițiativelor și intervențiilor privind siguranța pacienților
- Realizarea de comparații în cadrul și între organizații.

2.1 Prezentarea lotului de subiecți

Cercetarea s-a realizat la nivelul unei unități cu paturi din județul Sibiu. Personalul ales în studiu a fost distribuit pe tipuri de ocupații în **personal medical**: medici, farmaciști, biologi, biochimisti, psihologi, asistente medicale, și **personal nemedical**, aceștia făcând parte din personalul administrativ. Această clasificare s-a stabilit în principal ținând seama de interacțiunea directă sau indirectă cu pacienții.

2.2 Calculul și caracteristicile eșantionului luat în studiu

Pentru a stabili eșantionul reprezentativ în vederea aplicării chestionarelor, am ținut seama de structura personalului spitalului și de numărul total de salariați (considerată populația totală pentru care se aplică studiul). La nivelul unității spitalicești în perioada aplicării studiului lucrează 233 de angajați, care ținând seama de caracteristicile structurale stabilite, se împart astfel: medici – 60 (26%), asistenți medicali – 123 (53%), alt personal clinic – 10 (4%) și administrativ – 40 (17%).

Pentru caracterizarea acestei populații, dimensiunea eșantionului reprezentativ este calculată conform unei formule general acceptată, în care s-a stabilit un nivel de încredere de 95%, cu o eroare de eșantionare de +/-5%. Conform calculelor eșantionul reprezentativ astfel calculat și corectat la nivelul spitalului este: $n_1 = 146$ respondenți. În concluzie pentru realizarea studiului sau distribuit 146 de chestionare.

Pentru distribuirea chestionarelor am definit și următoarele criterii de participare la studiu:

Criterii de includere:

- Medic sau asistent medical sau personal nemedical angajat în secția selectată
- Acceptul angajatului pentru introducerea în cercetare
- Colectarea datelor s-a făcut conform principiilor de etică medicală

Criterii de excludere:

Dezacordul angajatului pentru participarea la studiu.

Colectarea și analiza datelor

Pe baza acordului de participare la cercetare, respectând criteriile de includere, ponderile rezultate din structura de personal cu corecția personalului administrativ, care a fost diminuat pentru creșterea relevanței rezultatului, personalul administrativ neavând interacțiune directă cu pacientul, am selectat un număr de 146 subiecți și am distribuit chestionarul studiului.

Acest studiu este descriptiv și transversal. Studiul își propune să măsoare cultura organizațională privind siguranța pacientului în spital.

Culegerea datelor a fost realizată în perioada 01.02.2021 - 21.02.2021 la nivelul unei unități cu 195 de paturi din județul Sibiu.

Instrumentul de cercetare utilizat a fost Chestionarul utilizat de Agenția pentru Cercetare și Îngrijiri de Sănătate din SUA (AHRQ). Respondenților din eșantionul de studiu li se cere să răspundă la acest chestionar în mod anonim, pentru a asigura sinceritatea răspunsurilor și o acuratețe cât mai mare a răspunsurilor în raport cu tema studiată.

Descrierea chestionarului : Chestionarul este structurat în 8 secțiuni principale :

- Secțiunea A : Încadrare în secția, compartimentul sau zona în care respondentul își desfășoară activitatea ;
- Secțiunea B : Interacțiunea cu superiorul ierarhic direct ;
- Secțiunea C : Despre comunicare ;
- Secțiunea D : Frecvența evenimentelor adverse raportate la nivelul spitalului ;
- Secțiunea E : Aprecierea gradului general de siguranță al pacientului ;
- Secțiunea F : Despre spitalul în care își desfășoară activitatea ;
- Secțiunea G : Numărul evenimentelor adverse raportate ;
- Secțiunea H : Informații generale despre respondent pentru încadrare în caracteristicile de structură.

Chestionarul are 42 de întrebări sau afirmații la care se solicită respondenților să răspundă, prin aprecierea răspunsului sau afirmației pe o scala Likert asociată. În plus față de cele 42 de întrebări mai există (secțiunea E) o solicitare de apreciere generală a siguranței pacientului de către fiecare respondent.

Toate cele 42 de întrebări sau afirmații din chestionar sunt consolidate în 11 indicatori generali, care caracterizează cultura organizațională la nivelul spitalului privind siguranța.

Tabel 3: Definiția indicatorilor compuși din chestionarul AHQR

Cod indicator	Denumire	Explicație
COMP1	Munca în echipă	Personalul se sprijină reciproc, se tratează unul pe altul cu respect și lucrează împreună ca o echipă. Secțiile spitalicești cooperează și se coordonează între ele pentru a oferi cele mai bune îngrijiri pacienților.

COMP2	Așteptări din partea șefului privind siguranța pacientului	Șeful direct ia în considerare propunerile personalului pentru îmbunătățirea siguranței pacientului, recompensează și apreciază contribuția acestora.
COMP3	Învățarea organizațională - îmbunătățirea continuă	Greșelile privind siguranța pacientului au dus la schimbări pozitive și schimbările sunt evaluate pentru eficacitate.
COMP4	Suportul managementului pentru siguranța pacientului	Managementul spitalului asigură un climat de lucru care promovează siguranța pacientului și arată că siguranța pacientului este o prioritate de top.
COMP5	Percepții generale despre siguranța pacientului	Procedurile și sistemele sunt bune în prevenirea erorilor și acestea previn problemele care aduc riscuri privind siguranța pacientului.
COMP6	Feedback și comunicarea despre erori	Personalul este informat cu privire la erorile care au loc, este dat feedback despre modificările implementate și se discută modalități pentru prevenirea erorilor.
COMP7	Comunicarea deschisă	Personalul vorbește în mod liber dacă observă ceva care ar putea afecta negativ un pacient.
COMP8	Frecvența evenimentelor adverse raportate	Sunt raportate erori de următoarele tipuri: (1) erori descoperite și corectate înainte de a afecta pacientul, (2) erori fără potențial de a dăuna pacientului și (3) erori care ar putea dăuna pacientului, dar nu l-au afectat.
COMP9	Despre personal	Există suficient personal pentru a gestiona volumul de muncă și orele de muncă sunt adecvate pentru a oferi cea mai bună îngrijire pacienților.

3. Rezultate

Datele colectate din toate cele 146 de chestionare distribuite conform structurii prezentate s-au colectat și s-au analizat din punct de vedere al calității acestora. S-au recepționat 129 de chestionare cu răspunsurile respondenților.

3.1 Analiza răspunsurilor și distribuția celor valide pe caracteristici

O primă analiză a datelor centralizate am făcut-o după două criterii:

- a) Din perspectiva completării răspunsurilor – s-a urmărit să nu existe non-răspunsuri la caracteristicile de distribuție: funcția, secția sau compartimentul și vechimea în spital, respectiv în secție.
- b) Din perspectiva validității răspunsurilor – s-a urmărit să nu existe chestionare cu aceeași variantă de răspuns la toate întrebările.

În urma acestei analize a răspunsurilor primite rezultă un grad mare de interes la nivelul întregului personal cu privire la tema studiată, și anume cultura organizațională privind siguranța pacientului. Din totalul celor 146 de chestionare distribuite s-au înregistrat 129 de răspunsuri, ceea ce reprezintă o rată de răspuns de 88%.

În a doua etapă am analizat validitatea răspunsurilor. Astfel, din total 129 răspunsuri primite la chestionarele distribuite, am invalidat 3 răspunsuri pe baza criteriului « lipsă completare caracteristică de analiză ». Rata răspunsurilor valide este 98%.

În final se obține o rată de 98% de răspunsuri validate, care respectă structura inițială a eșantionului așa cum a fost definit, ceea ce înseamnă că rezultatele și analizele următoare caracterizează populația de studiu și au relevanță din punct de vedere statistic.

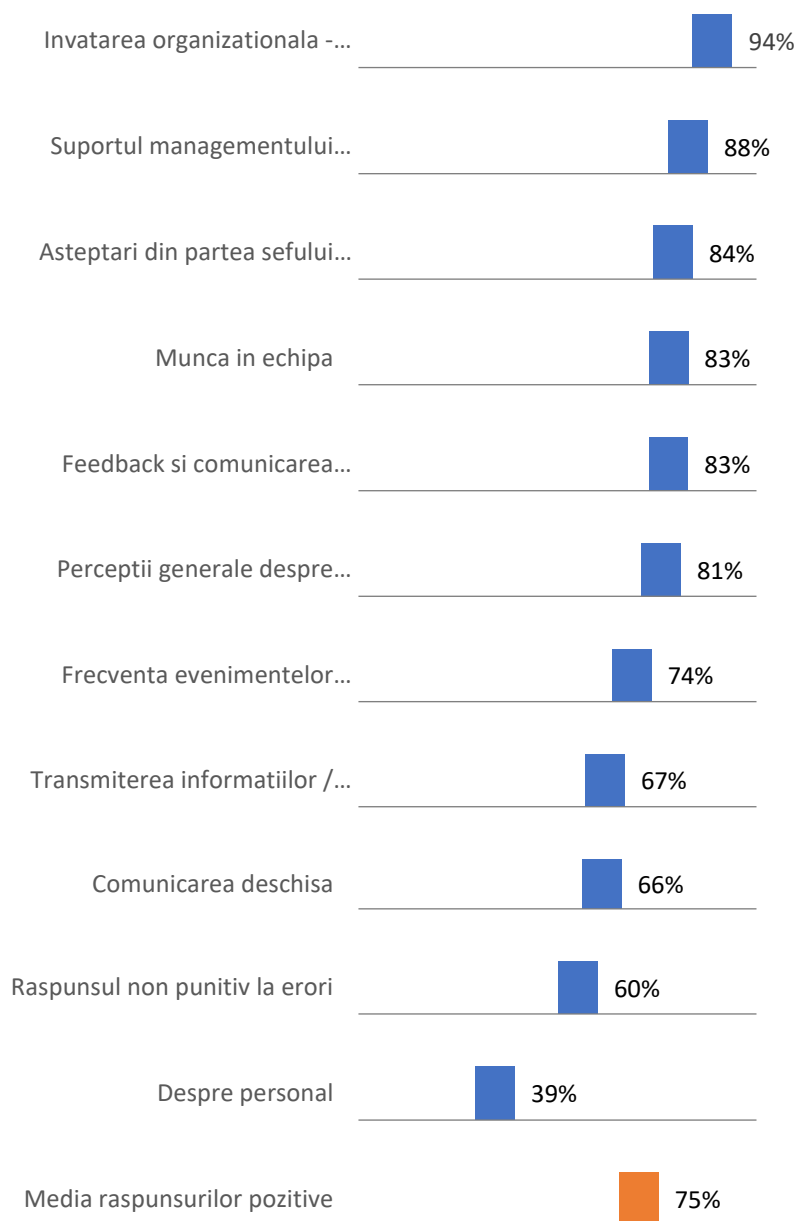
4. Discuții

4.1 Analiza răspunsurilor pentru indicatorii compuși

Răspunsurile valide primite se analizează din două perspective :

- Analiza generală a indicatorilor compuși pentru a identifica ratele medii ale răspunsurilor pozitive ;
- Analiza comparativă și detaliată a ratelor medii ale răspunsurilor pozitive și distribuția pe cele patru caracteristici definite : tip de personal, tip secție, vechime în secție și vechime în spital.

Aceste rezultate sunt reprezentate grafic mai jos :



Reprezentarea mediei răspunsurilor pozitive pentru fiecare indicator

5. Concluzii ale studiului

Studiul realizat a confirmat ipoteza principală, anume faptul că, în spitalul unde a fost aplicat chestionarul, există o cultură organizațională privind siguranța pacientului. Respondenții și participanții la studiu, prin participarea largă, au arătat în primul rând un grad mare de interes asupra subiectului.

Medicii și asistenții medicali au rate mari de participare și răspuns la chestionar, respectiv 100% și 87%, în comparație cu personalul administrativ, de exemplu, care are o rată de participare prin răspuns de doar 40%.

Media generală a răspunsurilor pozitive la itemurile din chestionar este 75%. Este un rezultat general bun, care confirmă ipoteza generală. Între cele mai mari scoruri ca rezultat al răspunsurilor pozitive sunt : « Învățarea organizațională – îmbunătățirea continuă », « Suportul managementului pentru siguranța pacientului », « Munca în echipă » și « Feedback-ul și comunicarea despre erori ». Acestea sunt toate elemente foarte importante și puternice de defnire a unei culturi organizaționale pentru siguranța pacientului.

Există trei itemuri care au rezultate mici : « Despre personal », răspunsul non-punitiv la erori » și « Comunicarea deschisă ». Am constatat că acești itemi au rezultate slabe în principal din cauza subdimensionării personalului, a surmenajului și din lipsa unor proceduri de comunicare sistematică către personal a eforturilor de dezvoltare realizate în cadrul organizației.

Comunicarea internă la nivelul spitalului, nu doar despre erori, ci și despre noile tehnologii, instrumente, metode de lucru, vor furniza un potențial de creșterea a satisfacției personalului, implicit un suport pentru creșterea siguranței pacientului, obiectiv major pentru întreaga organizație.

CAPITOLUL V

STUDIUL 3 - Îmbunătățirea siguranței pacienților în secțiile chirurgicale prin procesul de nursing

1. Introducere

Plecând de la datele furnizate de literatura de specialitate am propus un studiu referitor la implementarea și utilizarea planului de îngrijire în spitale, ca strategie pentru o îmbunătățire continuă a furnizării de servicii medicale și a crește siguranța pacienților. Studiul este aplicat într-o secție de chirurgie.

2. Scopul studiului

Studiul are ca scop evaluarea siguranței pacientului în secțiile chirurgicale prin utilizarea în procesul de nursing a planurilor de îngrijire

3. Ipoteză de lucru/Obiectivele studiului

Ipoteza de lucru: Elementele care contribuie cel mai mult la siguranța pacientului și la gestiunea corectă a riscului de apariție a evenimentelor adverse, sunt monitorizate prin intermediul planului de îngrijire.

Studiul își propune următoarele **obiective:**

- Analiza întocmirii și implementării planurilor de îngrijire pornind de la standardele de acreditare ale ANMCS ;
- Aplicarea procesului de nursing în secția de chirurgie ;
- Analiza eficacității utilizării planului de îngrijire ca măsură de creștere a siguranței pacienților.

Criteria de includere

Au fost luate în studiu toate foile de observație din lunile ianuarie-martie 2022 din secția chirurgie generală .

4. Material și metodă

Tipul studiului : Descriptiv prin observare directă

Instrumente de cercetare : Planul de îngrijire, Foi de observație clinică generală

Colectarea datelor : S-a făcut respectând normele de etică medicală

5. Analiza calitativă

Am identificat în literatura de specialitate documente care cuprind date despre implementarea și utilizarea planurilor de îngrijire în procesul de nursing. Documentele utilizate sunt conforme cu legislația specifică și cu ghidurile internaționale de bune practici bazate pe dovezi și pe baza recomandărilor din standardele naționale și internaționale.

5.1 Analiza utilizării și implementării planului de îngrijire

Pornind de la prevederile legislative și ordinele Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate (ANMCS) în această secțiune a lucrării voi face o trecere în revistă și o analiză

a ceea ce trebuie implementat la nivelul spitalului pentru a asigura calitatea serviciilor de sănătate, respectiv pentru a asigura siguranța pacientului. Instrumentul de bază al analizei este planul de îngrijire; ce este, ce structură are; cum se aplică și importanța acestuia în siguranța pacientului prin procesul de nursing.

5.2 Aplicarea procesului de nursing în secția de chirurgie

Intervenția chirurgicală este necesară pentru a diagnostica sau a vindeca o boală. Deși este în general planificată pot să apară diverse situații, care necesită intervenție de urgență. Pentru a obține rezultatele dorite, în întocmirea planului de îngrijire chirurgical, asistenta medicală, trebuie să aibă în vedere managementul durerii, îngrijirea plăgilor, prevenirea și managementul escarelor, managementul eliminărilor. Personalul medical trebuie să acorde îngrijire pacientului preoperator, intraoperator, și postoperator. Dacă pregătirea preoperatorie nu este efectuată corespunzător, poate crește nevoia de sprijin postoperator. (38)

5.3 Analiza eficacității implementării planului de îngrijire

Cercetarea a fost realizată prin evaluarea planurilor de îngrijire ale pacienților din secția chirurgie generală în perioada ianuarie-martie 2022. Am ales această perioadă după diminuarea efectelor pandemiei.

5.3.1 Scopul

Pentru analiza eficacității implementării planurilor de îngrijire, pentru a identifica vulnerabilități și disfuncționalități a modului de utilizare a acestuia și pentru a identifica modalități de îmbunătățire a modului de lucru am analizat implementarea planului de îngrijiri în secția chirurgie generală.

5.3.2 Ipoteza de lucru/obiective

Ipoteza de lucru: In spitale este implementat și utilizat planul de îngrijire, și sunt monitorizate elementele care contribuie la siguranța pacientului

Obiectivele studiului:

- Aprecierea gradului de satisfacție al pacientului dar și al personalului medical ca rezultat al aplicării planului de îngrijire;
- Evaluarea stării de sănătate sau de boală, actuală sau potențială a pacientului în urma aplicării planului de îngrijire;
- Identificarea reacțiilor particulare ale persoanei îngrijite;

- Competența echipei medicale în gestionarea planului de îngrijire;
- Identificarea activităților care nu converg spre îndeplinirea sarcinilor din planul de îngrijire;
- Stabilirea eficacității implementării planului de îngrijire și continuitatea utilizării acestuia.

Am evaluat practica existentă în secția chirurgie raportând-o la standardele naționale, la protocoalele și procedurile existente la nivelul spitalului care stabilesc măsuri adecvate pentru controlul riscurilor evidențiate în planurile de îngrijire. Am luat în considerare riscurile de cădere, de escare și de flebită, care apar în planurile de îngrijire și pentru care există scale de apreciere. Pentru evaluarea eficacității planurilor de îngrijire cu privire la modul cum se gestionează aceste riscuri identificate, vom realiza în cele ce urmează:

- Analiza prevenirii riscului de cădere;
- Analiza prevenirii riscului de escară;
- Analiza prevenirii riscului de flebită la pacienții cu cateter venos periferic.

5.3.3 Material și metodă

Tipul studiului: Acest studiu este de tip descriptiv, prin observare directă

Instrumentul de cercetare: A fost utilizată grila de analiză și planul de îngrijire

Colectarea datelor: Această etapă a constat în preluarea datelor și informațiilor din planurile de îngrijire elaborate în perioada stabilită pe care s-a realizat studiul și prin observarea directă a acțiunilor întreprinse pentru prevenirea riscurilor. A fost realizată cu respectarea normelor de etică medicală.

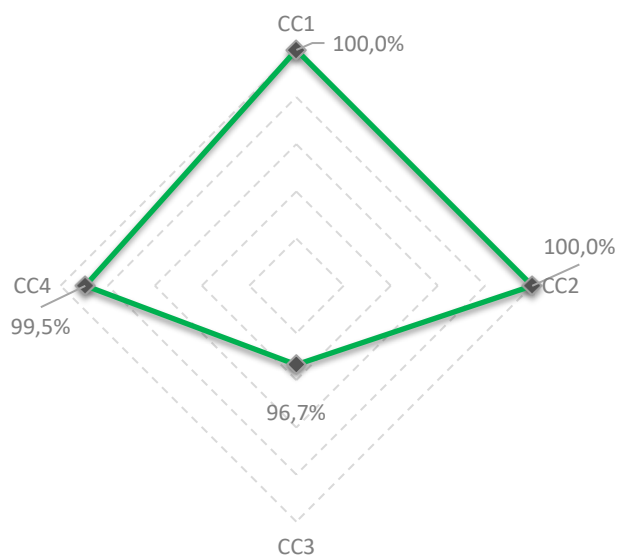
Pentru perioada ianuarie-martie 2022 am avut 571 de planuri de îngrijire înregistrate în secția chirurgie generală. Pentru a evalua deficiențele în modul de aplicare a planului de îngrijire sau lipsa acțiunilor întreprinse pentru gestiunea riscurilor definite cercetarea s-a efectuat pe baza unei grile de analiză. Grila de analiză cuprinde patru criterii, selectate în concordanță cu protocolul existent la nivelul spitalului și înregistrat în scala de prevenire a riscului existentă în planul de îngrijire. Din analiza rezultatelor pentru fiecare criteriu și fiecare grilă asociată fiecărui risc avem rezultate pe care le-am analizat și discutat.

5.3.4 Rezultate

5.3.4.1 Evaluarea riscului de cădere

Tabel 4: Grila de analiză pentru riscul de cădere

Criteria	Cod
1. Evaluarea riscului de cădere la internare a fost consemnată în planul de îngrijiri	CC1
2. Pacientul are posibilitatea de alertare/buton de alertare a personalului medical la capătul patului	CC2
3. Evaluarea riscului de cădere este realizată și consemnată după intervenția chirurgicală	CC3
4. Instruirea cu privire la modul de utilizare a dispozitivelor de sprijin este consemnată	CC4



Rata de conformitate pentru criteriile privind riscul de cădere

5.3.4.2 Evaluarea riscului de escară

Pentru analiza acestui risc am elaborat grila de analiză a riscului de escară, care este redată mai jos cu cele patru criterii de evaluare:

Tabel 5: Criteriile definite pentru riscul de escară

Criteria	Cod
1. Este consemnată evaluarea inițială a riscului de escară	CE1

2. Este consemnată inspectarea zilnică a tegumentului la pacienții cu risc scăzut	CE2
3. Este consemnată efectuarea inspectării stării tegumentelor conform planului de îngrijire	CE3
4. Există saltele antiescară la pacienții cu risc înalt și foarte înalt	CE4

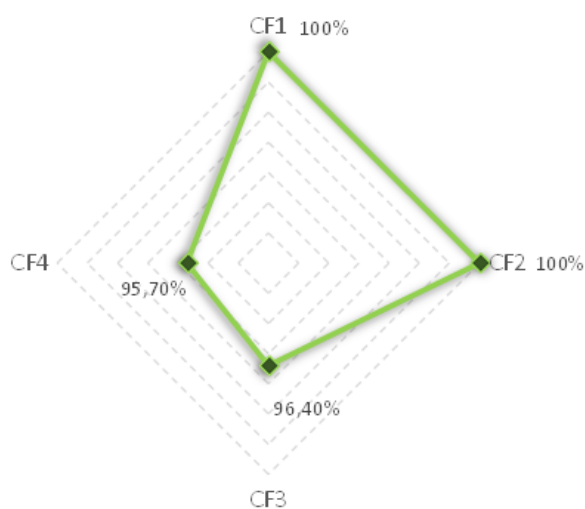
Din centralizarea datelor observăm un rezultat privind eficacitatea tratării riscului de escară de 100%.

5.3.4.3 Evaluarea riscului de flebită

Pentru analiza acestui risc am elaborat grila de analiză a riscului de escară, care este redată mai jos cu cele patru criterii de evaluare:

Tabel 6: Criteriile definite pentru riscul de flebită

Criteriu	Cod
1. Este consemnată evaluarea riscului de flebită	CF1
2. Este efectuată dezinsecția tegumentului la locul puncției	CF2
3. Sunt consemnate monitorizarea semnelor de infecție: durere, eritem, edem	CF3
4. În cazul apariției a două din trei semne de flebită, dacă s-a îndepărtat cateterul venos periferic	CF4



Rata de conformitate pentru criteriile riscului de flebită

5.3.5 Discuții

5.3.5.1 Rezultate generale pentru toate riscurile analizate

Rezultatele obținute prin aplicarea grilelor de analiză pentru fiecare dintre riscurile considerate pe secția unde îmi desfășor activitatea, permit evidențierea neconformităților pentru a putea institui măsuri de corecție sau eliminare a acestora.

Din analiza rezultatelor am identificat posibile cauze ale neconformităților:

- profesionale datorate lipsei de cunoștințe ;
- lipsei coordonării în gestionarea pacientului datorate lipsei de timp, a lipsei de organizare sau a modului de utilizare a instrumentelor de lucru.

5.3.6 Concluzii

Aplicarea procesului de nursing și a gândirii critice pentru a facilita identificarea timpurie a preocupărilor cu privire la starea pacientului sunt foarte importante.

Încorporarea procesului de nursing în îngrijire, sprijină o abordare și o strategie cuprinzătoare și poate atenua intervențiile și tratamentul întârziat, și posibile efecte negative aferente (**evenimente adverse**).

Asistenții medicali au un rol important în dezvoltarea politicilor și procedurilor în îngrijirea medicală. Contribuția lor sprijină politica și se aliază cu abordarea sistematică și cuprinzătoare recunoscută în procesul de nursing.

Abordare **proactivă** a îngrijirii, și utilizarea procesului de îngrijire poate asigura identificarea timpurie a complicațiilor.

Pentru asistentele cu experiență etapele procesului de îngrijire pot decurge cu ușurință, însă poate exista un sentiment de repetiție în monitorizările pre și postoperatorii, dar fiecare pacient este unic în ceea ce privește modul în care răspunde la o procedură chirurgicală.

Aplicarea planului de îngrijire sprijină îngrijirea de înaltă calitate a pacientului și ajută asistentele să evite căderea în capcana unei abordări **reactive** și centrate pe sarcini de îngrijire.

Aplicarea planului de îngrijire trebuie să fie realizată la timp pentru a maximiza independența pacientului iar intervențiile care vor fi aplicate să fie cele mai puțin agresive, invazive, rentabile și de înaltă calitate.

CONCLUZII GENERALE.

Prezenta lucrare vizează domeniul siguranței pacientului în sistemele medicale, în general din perspectiva îngrijirilor de sănătate. Siguranța pacientului este, dacă nu cel mai important subiect al domeniului îngrijirilor de sănătate, cu siguranță între primele priorități din acest domeniu.

Domeniul prevențiilor evenimentelor adverse și cel al erorilor medicale, care pot apărea pe parcursul îngrijirilor de sănătate, cu impact direct asupra siguranței pacientului este relativ nou, apărut în preocuparea specialiștilor din domeniul sănătății cu doar câteva decenii înainte. Acesta, însă, a crescut foarte mult în importanță, pe măsură ce sistemele de sănătate au devenit tot mai complexe datorită mediilor în care operează, datorită tehnologiei avansate și a creșterii importanței responsabilității sociale.

Siguranța pacientului este, în general, un termen ce exprimă un cadru general al activităților organizate în sistemele de sănătate, care crează culturi organizaționale, procese, proceduri, comportamente, tehnologii și medii în îngrijirea sănătății, care în mod consistent și continuu concură la gestiunea și micșorarea factorilor de risc, pentru a reduce apariția erorilor și a evenimentelor adverse, precum și a efectului vătămător în cazul în care acestea apar.

Importanța subiectului din ultimii ani este recunoscută la nivel internațional. Organizațiile internaționale, cum este Organizația Mondială a Sănătății, sau instituții publice, cum ar fi Comisia și Uniunea Europeană, la nivel politic și legislativ au preocupări intense în legiferare, reglementare sau introducerea de standarde și cerințe pentru a crește siguranța pacientului în cadrul îngrijirilor de sănătate. Aceiași tendință se regăsește și la noi în țară. Autoritatea națională în domeniu a reglementat și a impus în ultimii ani cerințe și standarde ce trebuie îndeplinite și respectate, astfel încât siguranța pacientului în România să fie o prioritate și o preocupare de prim plan în toate componentele sistemului național de sănătate.

Structura lucrării a fost gândită din perspectiva acoperirii domeniului cât mai larg. Obiectivul general a fost acela de a puncta evoluția subiectului în dezvoltarea acestuia în ultimele decade, de a evidenția principalele contribuții ale precursorilor cu modelele universal acceptate și dezvoltate de sistemele actuale și nu în ultimul rând de a evidenția evoluția națională a domeniului.

Procesul de nursing este contributor esențial în asigurarea siguranței.

CONTRIBUTII ORIGINALE

Contribuțiile originale în această lucrare sunt :

- În studiul privind cultura organizațională privind siguranța pacientului într-un spital local modul în care am structurat și definit caracteristicile de distribuție pentru a putea analiza pe toate detaliile semnificative elementele de cultură organizațională .
- Pentru același studiu am dezvoltat o bază de date specifică și modele matematice de calcul pentru toată analiza datelor colectate din răspunsurile la chestionarele distribuite, în final dezvoltând propuneri de îmbunătățire acolo unde am avut cele mai slabe rezultate pe indicatorii specifici.
- În studiul privind îmbunătățirea siguranței pacienților din secția chirurgie am definit grilele de analiză pentru fiecare dintre cele trei riscuri ce au intrat în analiză. Modul de calcul pe baza datelor colectate din planurile de îngrijire și raportarea rezultatului prin evaluare în raport cu nivelul standard este contribuția proprie care mi-a permis exprimarea eficacității implementării planurilor de îngrijire în secția chirurgie.
- În același studiu am evaluat principalele riscuri existente în cazul pacienților secției chirurgie, astfel încât am structurat informațiile în schema: factorii de risc, diagnosticul de nursing, obiective de îngrijire și acțiunile și intervențiile de nursing. Această structurare schematică a informațiilor constituie o bază foarte bună pentru îmbunătățirea actualelor planuri de îngrijire. Ca rezultat așteptat este creșterea siguranței pacienților noștri.

DIRECTII VIITOARE DE CERCETARE

Bazându-mă pe structurile de informație privind principalii factori de risc, cu diagnosticile de nursing definite, având în vedere obiectivele și acțiunile propuse, voi extinde cercetările realizate pentru a defini propuneri de modificare a planului de îngrijire în vederea acoperirii mai multor riscuri care pot duce la apariția erorilor sau a evenimentelor adverse. Cu această abordare doresc să am o contribuție directă la creșterea siguranței pacienților noștri.

DISEMINAREA REZULTATELOR

Diseminarea rezultatelor acestei lucrări s-a realizat:

- Prin trei articole publicate în reviste de specialitate ;
- Susținerea referatelor de etapă și elaborarea rapoartelor de cercetare științifică în cadrul programului de pregătire din școala doctorală ;
- Finalizarea tezei de doctorat.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Hannawa A, Wendt A, Day L. *New Horizons in Patient Safety: Safe Communication*. De Gruyter. 2017.
2. Hannawa A. SACCIA Safe Communication. *Journal of Patient Safety and Risk Management*. 2018 June; 23(3): 99-107.
3. Hannawa A, Wu A, Juhasz R. *New Horizons in Patient Safety: Understanding Communication: Case Study for Physicians*. De Gruyter. 2017 March.
4. Hannawa A. *Medical Error Disclosure Competence*. MEDC. .
5. Marx D. *Patient Safety and the "Just Culture": A Primer for Health Care Executives*. Los Angeles: University of California; 2016.
6. Kunadharaju K, Smith T, DeJoy D. Line-of-duty deaths among US firefighters: An analysis of fatality investigations. *Accident Analysis & Prevention*. 2011 May; 43(3): 1171-1180.
7. Hannawa A, Frankel R. "It Matters What I Think. Not What You Say": Scientific Evidence for a Medical Error Disclosure Competence (MEDC) Model. *Journal of Patient Safety*. 2018 July.
8. Agency of Healthcare Research and Quality. *The National Guideline Clearinghouse*. 2006. Archived 2006-07-15 at Wayback Machine.
9. Rogers , Hwang , Scott , Aiken , Dinges , Ann E, et al. The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. *Health Affairs*. 2004; 23(4): 202-212.
10. Scott LD, Rogers AE, Hwang WT, Zang Y. Effects of Critical Care Nurses' Work Hours on Vigilance and Patient Safety. *The American Journal of Critical Care*. 2006 January; 15(1): 30-37.
11. Williams MV. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA*. 1995; 274(21): 677-682.

12. Davis TC, Wolf MS, Bass PFI, Thompson JA, et al.. Literacy and Misunderstanding Prescription Drug Labels. *Annals of Internal Medicine*. 2006 November; 145(12).
13. Wu AM, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *The Journal of the American Medical Association*. 1991 April; 265(16): 2089-2094.
14. Neale G, Woloshynowych M, Vincent C. Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2001 July; 94(7): 322-330.
15. Nocera A, Khursandi DS. Doctors' working hours: can the medical profession afford to let the courts decide what is reasonable? *The Medical Journal of Australia*. 1998 June; 168(12): 616-618.
16. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, et al.. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *The New England Journal for Medicine*. 2004; 351(18): 1838-1848.
17. Barger LK, Ayas NT, Cade BE, et al.. Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. *PLOS Medicine*. 2006 December; 3(12): 487.
18. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al.. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 2008 March; 336(7642): 488-491.
19. Milleson ML. The silence. *Health Affairs*. 2003; 22(2): 103-112.
20. Otto CN. Patient Safety and the Medical Laboratory An Introduction. *American Society for Clinical Laboratory Science*. 2011 April; 24(2): 105-107.
21. Incorporating Patient-Safe Design into the Guidelines. *The American Institute of Architects Academy Journal*. 2005.

22. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, & Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research*. 2014; 14(1): 1-6.
23. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The definition of Quality Assessment and Approaches to its Assessment. In *The Methods and Findings of Quality Assessment Measurement and Monitoring*.; 1985.
24. Monden Y. Toyota production system: practical approach to production lean management: Engineering & Management Press; 1983.
25. Oprean C. Managementul calității Sibiu: Editura Universitatii Lucian Blaga din Sibiu; 2004.
26. Chiru I. Comunicare interpersonală București: Editura Tritonic; 2003.
27. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhiney IR, Oates J, Weston WW. The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*. 2000;(49): 796-804.
28. Buist M, Middleton S. Aetiology of hospital setting adverse events 1: Limitations of the Swiss cheese model. *British Journal of Hospital Medicine*. 2016; 77(11): C170-C174.
29. Baker G, Norton P, Flintoff V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. In ; 2004: *CMAJ*. p. 1678-1686.
30. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals. I: Occurrence and impact. *The New Zealand Medical Journal*. 2002; 115(1167): U271.
31. Reason J. *Human Error* Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
32. Carayon P, Hundt AS, Alvarado CJ, et al. Implementing a systems engineering intervention for improved patient safety—example in outpatient surgery. In: Henriksen K. *Agency for Healthcare Research and Quality*. 2005;; 305-321.

33. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh B, et all. Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Quality Safety Healthcare*. 2006; 15(supl1): 150-158.
34. Smith MJ, Carayon P. Balance theory of job design. In: Karwowski W, ed. *International encyclopedia of ergonomics and human factors*. London: Taylor & Francis; 2000.
35. Brasel KJ, Layde PM, Hargarten S. Evaluation of error in medicine: application of a public health model. *Academic Emergency Medicine*. 2007;; 298–1302.
36. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. 2005. ; 83(4): 691-729.
37. Agency for Healthcare Research and Quality. [Online].; 2021. Available from: <https://www.ahrq.gov/topics/surveys-patient-safety-culture.html>.
38. Karttunen M, Sneek S, Jokelainen J, Elo S. Nurses' self-assessments of adherence to guidelines on safe medication preparation and administration in long-term elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2020 March; 34(1): 108-117.
39. Canadian Disclosure Guidelines: Being Open with Patients and Families. Patient Safety Institute. 2015;; 16.
40. Wolf ZR, Hughes RG. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
41. The Institute of Medicine: *Health Literacy. A prescription to End Confusion*. 2004. Archived 2006-12-09 at the Wayback Machine.
42. Domnariu C. Cultura siguranței pacienților la nivel organizațional. *Acta Medica Transilvanica*. 2012;(3): 1-3.
43. Jablin FM, Putman LL. *The New Handbook of Organizational Communication*: Sage Pubication, Inc.,Thousand Oaks; 2011.
44. Tantu MM, Domnariu CD. Comunicarea în procesul de nursing. *JMB*. 2015;(2).