

1. Глава

Безопасност на пациента

Barbara M Soule

Основни положения

- Безопасната грижа за пациента, включително превенция на инфекции, е приоритет във всички здравни заведения.
- Културата на безопасност на пациента предопределя нагласите, нормите и поведението на лица и организации.
- При културата на безопасна грижа, всички служители и ръководители поемат отговорност за благополучието на пациентите
- Безопасността на пациента изисква работа в екип, както и сътрудничество, комуникация, измервания и техники от рода на инженерния подход към човешките ресурси.

Увод

Безопасността на пациента е глобално предизвикателство за здравеопазването. Ранните пионери в профилактиката и контрола на инфекциите (ПКИ) подкрепят безопасната грижа за пациента чрез своята работа. Игнац Земелвайс снижава майчината смъртност чрез хигиена на ръцете, а Флорънс Найтингейл ограничава до минимум инфекциите в болничните отделения по време на Кримската война чрез стриктна чистота на околната среда. Джоузеф Листър налага антисептиката в хирургията и редуцира инфекциите на хирургичното място. Днешните експерти по ПКИ разглеждат инфекциите, свързани с медицинско обслужване (ИСМО), като основен проблем при безопасността на пациента.^{1,2}

Признавайки ИСМО като сериозен проблем, Асамблеята на Световната здравна организация (СЗО) гласува през 2004 г. създаването на Световен алианс за безопасност на пациента, за да се координират, разпространяват и ускоряват процесите за подобряване на безопасността на пациента в световен мащаб. Първото предизвикателство, стартирало през 2005 г. под названието "Чистите грижи са безопасни грижи", е адресирано към ИСМО и води до подобряване на хигиената на ръцете в целия свят.³

Защо съществува проблема „безопасност на пациента“ в здравеопазването?

Налице е парадокс при безопасността на пациента. Обслужващият персонал непрекъснато се стреми да защитава пациентите и да спазва принципа "да не вредим", но сложността на болестите и слабостите на човешкото поведение често водят до грешки или нежелани инциденти.⁴ Дори и при най-съвестно прилагане на принципите и практиките на ПКИ, все още могат да се появят ИСМО поради:

1. *Неправилно изпълнение* (правим нещо погрешно, което води до инфекция), например, не предоставяме навреме предоперативна антибиотична профилактика на подходящите пациенти, или от
2. *Неизпълнение* (пропускаме да направим нещо, което е правилно) например, не прилагаме стриктна асептична техника при поставяне на катетър.

Грешките могат да бъдат предотвратени чрез предоставяне на ресурси от страна на ръководителите, като обучение на персонала, както и пособия за измиване на ръцете. Инфекции, по-рано смятани за неизбежни, като например вентилация-асоциирана пневмония (ВАП), централен венозен катетър-асоциирана инфекция на кръвта и катетър-асоциирана инфекция на уринарния тракт (КА-ИУТ), могат да бъдат

предотвратени, когато практиките за безопасност, основани на доказателствената медицина, се прилагат системно.⁵

Култура на безопасност на пациента

Културата на безопасност на пациента може значително да подобри ПКИ. Културата се определя като дълбоко вкоренени общоприети мнения, ценности и норми на една организация, които ръководят взаимодействието на нейните членове чрез нагласи, навици и поведение.⁶⁻⁷

Култура на безопасност (вж. Фигура 1.1) съществува, когато е налице целенасочена организационна работа с ангажираност от страна на всички служители и лидери, за да се поддържа безопасност от увреждане на пациентите. Всеки участващ се чувства отговорен за безопасността на пациентите и техните семейства, и здравният персонал се чувства сигурен да говори открито, без страх, когато грижата е компрометирана или когато съобщава нежелани събития. За да работят ефективно, специалистите по ПКИ трябва задължително да разбират културата на своята организация. Това е мощно средство за въздействие, към което трябва да се обърнем, когато правим опит да внедрим или променим практиките за намаляване на риска от инфекции.



Фигура 1.1. Културата на безопасност и превенцията на инфекции

Културата на безопасност на пациента включва: лидерство, работа в екип и сътрудничество, основани на доказателствената медицина практики, ефективна комуникация, обучение, измервания, култура на справедливост, системно мислене, човешки фактори и нулева толерантност. Всяко от тях може да се прилага в практиката за ПКИ и да даде важен принос за намаляване на риска от инфекция.

Лидерство

Старшите ръководители (бел.пр. - завеждащ клиника/отделение, старши медицински сестри) са отговорни за утвърждаване на безопасността като организационен приоритет. Те трябва да ангажират останалите ръководители и персонала в обсъждането, разработването, внедряването и устойчивото развитие по проблемите на безопасността. Лидерите дават тон като декларират, че безопасността е приоритет, като подкрепят одобрените примери на поведение и мотивират персонала за постигане на най-безопасни грижи. Те трябва да утвърждават най-добрите практики, като например отличната хигиена на ръцете или използването

на изолационни предпазни мерки. Лидерството е от решаващо значение за успеха на културата за безопасност и изисква ангажираност от администратори, лекари, медицински сестри и други.¹³⁻¹⁴

Стратегии за професионалистите по ПКИ

- Да се ангажират ръководителите в цялата организация с подкрепата на ПКИ; да им се оказва съдействие за увеличаване на популярността и значението на превенцията на инфекциите.
- Да се търси ангажираност от страна на висшето ръководство, управителните бордове, завеждащите клинични и обслужващи отделения и ключовия персонал с принципите и практиките на ПКИ.
- Да се представят на ръководството неоспорими примери, с които се подчертава намаляването на заболяемостта, смъртността и разходите, когато са избегнати инфекциите.⁷
- Да се осигурява обоснована информация на ръководителите, за да се подпомогнат при вземането на решения за превенция на инфекциите.

Работа в екип и сътрудничество

Работата в екип и сътрудничеството съчетават талантите и уменията на всеки член на екипа и служат като метод за проверка и баланс. Чрез насърчаване на най-добрите идеи и оценка на решенията и действията на всеки член на екипа, с този метод може да се избегне подхода отгоре-надолу, който често пречи за вземане на най-добрите за пациента решения. В лечението на всеки отделен пациент участват принадлежащи към персонала специалисти по различни дисциплини. Това може да доведе до нарушения или пропуски в грижите. Доброто сътрудничество и работата в екип помагат за свеждане до минимум на тези грешки.

Стратегии за професионалистите по ПКИ

- Подпомагане на сътрудничеството и работата в екип чрез ангажиране на персонала за партньорство при разработване на подходи и процедури по ПКИ.
- Насърчаване на мултидисциплинарния подход към ПКИ.
- Участие в екипите, обгрижващи болни, за да се разрешават заедно с тях спорни въпроси по превенция на инфекциите.
- Поддържане на открита комуникация по превенция на инфекциите с включване на персонала и ръководителите в цялата организация.

Ефективна комуникация

Комуникацията е жизнено важен аспект при безопасността на пациента. Откритата комуникация насърчава обмена на информация за пациентите, по технологични въпроси и за околната среда. В организации с висока култура на безопасност на пациента, комуникацията се основава на взаимно доверие по време на планиране и предоставяне на грижи, както и при поставяне на цели за постигане на най-добри резултати за пациентите.

Комуникационните стратегии включват използването на писмени, устни или електронни методи за обучение на персонала, за споделяне на данни от надзора, отнасящи се за ПКИ, нови мерки, процедури и проучвания в литературата, Комуникацията относно безопасността на пациента следва да включва система за регистрация, която позволява на персонала да огласява опасения или грешки от практиката, при полагане на грижи за болния, без страх от наказание.

Стратегии за професионалистите по ПКИ

- Извършвайте рутинни визитации и обсъждайте пациентите с инфекция или с риск от инфекция с персонала, който непосредствено се грижи за болните,
- вслушвайте се в опасенията на персонала.
- Споделяйте данни от надзора и всяка нова информация.
- Разработете сигурна система, чрез която персоналетът да съобщава рисковете от инфекция.

Практика, основана на доказателствената медицина

Основен елемент при културата на безопасност на пациента е използването на основани на доказателствената медицина стратегии за предоставяне на здравни грижи. Това изисква претворяване на науката в практика и стандартизиране на практиките за постигане на най-добри резултати. За съжаление, най-добрите практики за предотвратяване на инфекции не винаги се използват. Например, рискът от развитие на КА-ИУТ СК-ИПП се увеличава с продължителността на урокатетеризацията. Въпреки това, много лекари не прилагат правилото, да се премахват катетрите, когато те не са необходими; някои лекари дори забравят, че техният пациент има урокатетър.⁸ На разположение са основани на доказателствената медицина указания относно грижите за пациентите, публикувани от Световната здравна организация (СЗО/WHO), Центровете за контрол и превенция на болестите на САЩ (CDC), Института за усъвършенстване на здравеопазването (IHI) и Основаните на доказателствена медицина практики при контрола на инфекциите (EPIC).

Възприемането на най-добрите практики понякога се посреща с резистентност. Това може да се дължи на липсата на информираност,

липсата на желание или стимули, за промени в практиката, културата в организацията, или изискващите се обременителни методи за внедряване на новите указания. Квалифицираните специалисти по ПКИ трябва да се заемат с тези въпроси, за да се гарантира, че за предотвратяване на инфекциите се използват практики, основани на доказателствената медицина.

Стратегии за професионалистите по ПКИ

- Разучавайте стимулите и пречките при приемане и внедряване на предпочитаните практики в организацията.
- При планиране на нови и съществуващи политики и процедури за превенция на инфекциите, фокусирайте вниманието си върху тези стимули и пречки.

Организационно обучение

Организация, в която обучението е приоритет, трябва да подкрепя своите членове при тяхното съвместно обучение, да усъвършенства способността им да постигат желаните резултати, да възприема новите начини на мислене и да извършва промени в тяхната околна среда, благоприятстващи по-добрите грижи.⁹ Пример за възприемане на нов начин на мислене е усвояването на "пакети" от профилактични мерки за превенция на ИСМО, възникващи вследствие инвазивни устройства и процедури. Пакетите представляват комплекси от практически подходи за снижение на инфекциите, които се изпълняват от медицинските екипи в пълен обем при всеки пациент и през цялото време.

Стратегии за професионалистите по ПКИ

- Споделайте информация за инфекциите с целия персонал.
- Насърчавайте персонала да участва във формулирането на мерки и процедури за намаляване на риска от инфекции.
- Използвайте принципите за обучение на възрастни при повишаване на квалификацията на персонала.

Измервания при грижите: процеси и резултати

За да се проследи спазването на практиките, прилагани при грижите за пациента, да се установят пропуските в това отношение и да се разберат нежеланите събития, които пациентите развиват, персоналет по ПКИ трябва да събира и съобщава надеждна информация.¹⁰⁻¹¹ При налична култура на безопасност на пациента, професионалистите по ПКИ използват надзора за мониториране на риска от инфекции, стратегиите за превенция и появата на инфекции. Клиничният персонал не трябва да се чувства притеснен, когато съобщава инфекции на екипа по ПКИ. Много организации и агенции (CDC, СЗО, министерствата на здравеопазването) в целия свят насърчават или изискват съобщаването на инфекциите.

Стратегии за професионалистите по ПКИ

- Подчертавайте пред персонала и ръководството важността на анализирането и отчитането на инфекциите.
- Обучавайте персонала по отношение на ролята, която има за съобщаване на инфекциите, с цел да се идентифицират пропуски в грижите, които могат да бъдат коригирани.
- Бъдете наясно с целта и приложението на данните, които се събират. Това включва точно определяне на колонизация спрямо инфекция, системност на процесите за събиране на данни, акуратно събиране на данните, както и валидиране на показателите за заболяемост.
- Стратифицирайте данните, винаги когато е възможно, за да направите по-точен анализ, например при инфекциите на хирургичното място и инфекциите на новороденото.
- Определете кога да провеждате надзора – целогодишно или за определен период от време, така че измерването да е целенасочено и полезно.

“Системно” мислене

На практика всички процеси в здравните организации са системи, които съдържат взаимосвързани компоненти, включително хора, процеси, оборудване, околна среда, както и информация.¹² В здравните организации, системите за „доставка на грижи“ често са тромави и зле проектирани; те по-скоро могат да възпрепятстват, отколкото да подкрепят безопасната грижа.

Пример за система, свързана с ПКИ е профилактичното прилагане на антибиотици (АБ) в хирургията. Това изглежда просто, но всъщност е наистина комплицирано. Включени са: аптеката, семействата на пациентите и анестезиолозите, заедно с доставката, съхранението и транспорта на лекарствата, отговорността за дозиране и документиране. Късното или неосъществено приложение на профилактиката създава риск от инфекция.

Стратегии за професионалистите по ПКИ

- Обмисляйте цялостната система, т.е., как си взаимодействат отделните части и как ще работи системата, дори когато проектирате елементарни процеси по ПКИ.
- Погрижете се, да е сигурно, че системата доставя необходимите материали, за да може персоналът успешно да изпълнява възложената(ите) задача(и), че инфраструктурата подкрепя желаното поведение, и че координирането на отделенията подпомага процеса за превенция на инфекциите.

- Работете с другите от персонала за разработване на система за постигане и поддържане на успеха.

Теория за човешкия фактор

Теорията за човешкия фактор открива как да се повиши производителността, като изследва връзката между човешкото поведение и елементите на работния процес (оборудване и работна среда). Целта е да се направи работата лесна и успешна чрез премахване на пречките и използване на помощни средства. За проектирането на даден процес на

Таблица 1.1. Избрани принципи при човешкия фактор и тяхното приложение за разработване на практики по превенция и контрол на инфекциите

здравни грижи, като например операция или почистване на рана, може да допринесе използването на инженерния подход към човешкия

Опростяване на процеса:	ограничете до минимум броя на стъпките и направете процеса по-логичен и лесен за изпълнение, като например всички материали да станат лесно достъпни.
Стандартизиране на процеса:	Стандартизирайте оборудването и процесите, например, стандартизиране на грижите за вътресъдови катетри, за да се предотвратят инфекции на кръвта.
По-малка зависимост от запаметяването:	предоставяйте ясни писмени указания, знаци, нагледни помощни материали и напомнителни бележки за мерки като предоперативна подготовка, хигиена на ръцете, изолационни мерки или отстраняване на постоянните катетри.
Използвайте принудителни функции:	възпрепятствайте възможността за грешки в работата посредством използване на оборудване като безопасни игли и устройства за обезвреждане на иглите.
Работете върху надеждността:	изпълнявайки дадена задача правилно и последователно, фокусирайки се върху това, как да се избегнат пропуски, например, като се използва асептична техника за поставяне на фолиев катетър в пикочния мехур.

фактор, с цел да се намали риска от инфекция. Така например, контролни списъци (чек-листи) се използват, за да се гарантира, че одобрените процедури се прилагат при хирургични операции или поставяне на централни венозни катетри.¹³ С дозаторите за алкохолен гел и безопасните инжекционни игли се редуцират рисковете за пациенти и персонал.

Теорията за човешкия фактор интегрира няколко основни принципа в цялостна философия. Таблица 1.1 описва някои от тези принципи, приложими при ПКИ.

Стратегии за професионалистите по ПКИ

- Интегрирайте принципите на инженерния подход към човешкия фактор, например стандартизацията, в практическите грижи за пациентите, за да подпомогнете успешното редуциране на риска от инфекция за пациентите или персонала.
- Предвиждайте потенциалните неуспехи в напредъка на стратегиите по ПКИ и включвайте методи за тяхното предотвратяване, като например визуални ориентири за персонала при очаквано поведение (т.е., плакати и чек-листи при подготовка за операция) или снабдяване, например с безопасни игли.
- Погрижете се, да е сигурно, че лицата, извършващи дадена задача са компетентни, че има яснота по отношение на извършваната дейност, че използваните инструменти и технологии работят правилно и околната среда благоприятства процеса на здравни грижи.¹⁴

Без обвинение –култура на “справедливост”

Тъй като здравеопазването се осъществява от хора, някои от тях неизбежно ще направят грешки. Когато потенциално опасни събития като ИСМО се случат, съответната организация може или да преразгледа системите за здравни грижи и да се поучи от грешките, или да обвинява персонала за тях. При културата на “справедливост” (основен компонент на безопасната среда за пациента) грешките биват разглеждани, като се предоставя обратна информация и се насърчават продуктивните разговори, и като се настоява за безпристрастен, критичен анализ, за да се предотвратят бъдещи грешки.

Културата на справедливост възприема подхода "без обвинение", който се фокусира върху "системата", която е довела до грешката, а не върху отделния човек. Обвинявайки персонала за грешки само създаваме безпокойство и страх и не правим почти нищо за решаване на текущите проблеми или за тяхното предотвратяване. Елиминирането на необосновани обвинения е важно за постигане на отлични резултати при грижите за пациента. Същевременно, културата на справедливост не

позволява целенасочено пренебрегване на правилата. Разглеждането на тези фактори е част от културата на нулева толерантност и се дискутира по-долу.

Стратегии за професионалистите по ПКИ

- Спомагайте да се поддържа култура на "справедливост", без обвинения, като непрекъснато съсредоточавате вниманието си върху практиките, основани на доказателствена медицина, епидемиология и познаване на системите, вместо върху "обвиняване" на индивидите.
- Използвайте критично мислене, за да идентифицирате и анализирате причините за грешки, водещи до инфекции, за да могат те да бъдат предотвратени в бъдеще.

Философия на нулева толерантност

Поддържането на подход за "нулева толерантност" при безопасността на пациента е от решаващо значение за по-безопасните грижи.¹⁵ За да се сведат до минимум инфекциите (или грешките), ръководителите не трябва да толерират неспазването на превантивни мерки с доказано значение. Когато "добрите практики" са известни, те трябва да се отнасят за целия персонал. Ако персоналят не зачита правилата за безопасност или най-добрите практики, например, като не извършва хигиена на ръцете в случаите когато е показана, обработка неправилно инфекциозните отпадъци или пропуска критични стъпки в почистването, дезинфекцията и стерилизацията, на това поведение трябва да се обърне внимание и да не се игнорира.¹⁶ Целта, както винаги, е да се постигне най-ниското възможно ниво на ИСМО.

Стратегии за професионалистите по ПКИ

- Мониторирайте практиките за превенция на инфекции, основани на доказателствената медицина, например, изолация/предпазни мерки, хигиена на ръцете, стерилизационна техника, както и почистване, дезинфекция и стерилизация.
- Работете за справяне с „неработещи“ или нефункционални процеси на здравни грижи или дефектни системи, като например липсата на сапун и вода или алкохолен гел за хигиена на ръцете, на лични предпазни средства за безопасността на персонала или подходящи вентилационни системи.
- Непрекъснато се информирайте за съвременните указания, основани на доказателствената медицина и ги включвайте в програмата за превенция на инфекции.
- Фокусирайте се по-малко върху постигането на определени "референтни стойности" за ниво на инфекциите и работете за

реално постигане на нулева заболяемост.

- Не приемайте "статуквото" като дългосрочна цел; непрекъснато се стремете да ограничавате честотата на инфекциите.

В Таблица 1.2 са описани други рискове, заедно с предложените превантивни мерки. Специалистите по ПКИ трябва да вземат предвид тези мерки, когато преразглеждат процесите на здравни грижи и правят своите визитации в отделенията.

Какво крие бъдещето за безопасността на пациента и превенцията и контрола на инфекциите?

Докато съвременните програми по ПКИ съществуват едва от 1960 г., древните цивилизации и водещите представители на здравеопазването в световен мащаб от векове се придържат към тези принципи при грижи за пациентите. Днес основните практики по ПКИ, включително хигиена на ръцете, асептична техника, както и почистване, дезинфекция и стерилизация, остават от решаващо значение при безопасните грижи за пациентите. В бъдеще, ще се появяват нови технологии, лекарствата и лечението ще стават по-сложни, а обхвата на научните познания за ПКИ ще продължи да расте и да подпомага ръководенето на специалистите в тяхната работа. Последователното прилагане на принципите за превенция на инфекциите и включването на нови, основаващи се на доказателствената медицина здравни грижи към културата за безопасност на пациента, ще спомогне за постигане на по-добро качество при грижите за пациентите и намаляване на рисковете от инфекции.

Книгопис

1. Burke JP. Infection control: a problem for patient safety. *N Engl J Med* 2003; 348(7):651-657.
2. Gerberding JL. Hospital-onset infections: a patient safety issue. *Ann Int Med* 2002; 137:665-670.
3. Pittet D, Donaldson L. Challenging the world: patient safety and health care-associated infection. *Int. J Quality Health Care* 2006; 18 (1): p.4-8.
4. Donaldson, L. The Role of Improving Safety and Quality in Addressing the Millennium Development Goals. 2010. <http://www.hciproject.org/node/1598> [Accessed July 7, 2011]
5. Sawyer M, Weeks K, Goeschel CA, et al. Using evidence, rigorous measurement, and collaboration to eliminate central catheter-associated bloodstream infections. *Crit Care Med* 2010; 38(8 Suppl):S292-8.
6. Behan R. An organizational framework for transformational change in patient safety: Agenda for hospital leaders. In: Youngberg B, Latlie MJ. *The Patient Safety Handbook*. Jones and Bartlett, Massachusetts. 2004; 53.

-
7. Perencevich E, Stone P, Wright SB, et al. Raising Standards While Watching the Bottom Line: Making a Business Case for Infection Control. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007; 28 (10): 1121-1133.
 8. Saint S, Kaufman SR, Thompson M, Rogers MA, Chenoweth CE. A reminder reduces urinary catheterization in hospitalized patients. *Jt Comm J Qual Patient Safety* 2005;31(8):455-62.
 9. Senge PM. 1990. *The Fifth Discipline*. London: Century Business.
 10. Nadzam D, Soule B, Performance Indicators. In: *APIC Text of Infection Control and Epidemiology*. 3rd edition. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Washington DC. 2009; Chapter 9.
 11. Perla RJ, Peden CJ, Goldmann D, Lloyd R. Health care-associated infection reporting: the need for ongoing reliability and validity assessment. *Amer J Infect Control* 2009; 37(8):615-8.
 12. Schyve, P. Prologue. Systems thinking and patient safety. In: *Advances in patient safety: From research to implementation*. 2005. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Volume 2: Concepts and Methodology. <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol2/Schyve.pdf> [Accessed July 7, 2011]
 13. Winters BD, Gurses AP, Lehmann H, Sexton JB, Rampersad CJ, Pronovost PJ. Clinical review: checklists - translating evidence into practice. *Crit Care* 2009; 13(6):210.
 14. Carayon P, Alvarado C, Hundt A. Reducing workload and increasing patient safety through work and workspace design. In: Page, A, ed. *Keeping Patient Safe: Transforming the Work Environment for Nurses*. Madison, WI: Center for Quality and Productivity Improvement and the Department of Industrial Engineering, University of Wisconsin – Madison, 2004.
 15. Warye KL, Murphy DM. Targeting zero health care-associated infections. *Amer J Infect Control* 2008; 36(10):683-4.
 16. Goldmann D. System failure versus personal accountability--the case for clean hands. *N Engl J Med* 2006; 355(2):121-3.

Допълнителни източници

1. Thompson MA. Patient Safety. In: *APIC Text of Infection Control and Epidemiology*. 3rd edition. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Washington DC. 2009; Chapter 12; 12-7-8.
2. Grol R, Berwick DM, Wensing M. On the trail of quality and safety in healthcare. *BMJ* 2008; 336(7635):74-6.
3. Murphy D. Understanding the Business Case for Infection Prevention and Control <http://www.vhqc.org/files/091020BusinessCaseForIPC.pdf> [Accessed July 7, 2011]

4. A human factors engineering paradigm for patient safety: designing to support the performance of the healthcare professional. *Qual Saf Health Care* 2006; 15 (Suppl 1): i59-i65. doi: [10.1136/qshc.2005.015974](https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015974) or <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464866/> [Accessed July 7, 2011]
5. Donaldson LJ, Fletcher MG. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerously. *Med* 2006; 184(10 Suppl):S69-72.

Таблица 1.2. Примери за проблеми при безопасността на пациентите, свързани с превенцията и контрола на инфекциите

Проблем при безопасността на пациентите	Превенция и контрол на инфекциите	Възможни решения
<p>Многократно превеждане или "прехвърляне" на пациента между персонала и отделенията</p>	<p>Пациент, който е приет и се подготвя за операция се превежда или "прехвърля" от приемно отделение на сестринския персонал в хирургично отделение, на персонала в операционната, на анестезиологичния персонал, и обратно към медицинските сестри в хирургично звено. В резултат може да последва: неадекватна подготовка на кожата, пропуски при навременното прилагане на антибиотична профилактика или лоши грижи за оперативната рана.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Обучение за всеки етап от хирургичния процес ● Ясна организация на комуникацията ● Проследяване на компетентността ● Напомнителни бележки, чек-листи, визуални знаци ● Документиране и анализ на процесите на предоперативни и следоперативни грижи и обратна връзка с персонала
<p>Множество видове пособия, използвани при грижите за пациента</p>	<p>Пациентите в интензивно отделение, хемодиализа и други отделения за интензивни грижи често имат множество "линии", за вливане на течности, изкуствена белодробна вентилация, диализатори и други пособия и всички те трябва да се контролират, за да се избегне риска от инфекция. Постоянните уро-или интраваскуларни катетри и дихателна апаратура трябва да бъдат отстранявани, когато вече не са необходими. Комунални услуги като подаване на вода и въздух могат да представляват опасност, ако са в неизправност.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Обучение и практическа подготовка на персонала за използване на оборудването ● Оценка на компетентността преди извършване на процедурата ● Инженерен подход към човешкия фактор ● Поддръжка на оборудването ● Оценка на околната среда

Таблица 1.2. Примери за проблеми при безопасността на пациентите, свързани с превенцията и контрола на инфекциите

Проблем при безопасността на пациентите	Превенция и контрол на инфекциите	Възможни решения
Високо- рисково заболяване	Пациенти с имуносупресивни заболявания, изгаряния, травми и състояния на повишен риск, свързани с възрастта (новородени) са предразположени към инфекции. При тях се налага внимателна оценка и наблюдение, за да бъдат избегнати евентуални инфекции.	<ul style="list-style-type: none"> • Обучение на персонала: за наблюдение и отчитане на критериите • Популяционно-специфични критерии • Ясни правила и процедури • Внимателно документиране, мониторинг и обратна връзка с персонала за налични инфекции
Притискани от времето	В интензивните отделения често има голяма натовареност и ограничен период от време за изпълнение на основните задачи по превенция на инфекциите. Така например, медицинските сестри често посочват, че те са "твърде заети", за да си мият ръцете или да извършват хигиена на ръцете, когато е показано.	<ul style="list-style-type: none"> • Подкрепа при разпределение на времето; оценка на натовареността; броя на персонала и неговите задачи • Проектиране на работната среда, като например (за хигиена на ръцете) наличието и местонахождението на крановете за вода, място и вид на мивките и на дезинфектантите на алкохолна основа за да се намали времето, необходимо за хигиена

Таблица 1.2. Примери за проблеми при безопасността на пациентите, свързани с превенцията и контрола на инфекциите

Проблем при безопасността на пациентите	Превенция и контрол на инфекциите Пример	Възможни решения
Високорискови процедури / медикаменти	Пациентите са изложени на повишен риск от небезопасни грижи и инфекция по време на някои процедури и при приложение на някои медикаменти. Например, когато не се приложи предоперативна антибиотична профилактика в точното време и с правилната доза или не се прекрати в препоръчаното време, може да се компрометира успешното редуциране на риска от инфекции на хирургичното място.	<ul style="list-style-type: none"> • Разработване на ясни протоколи и процедури за прилагане на предоперативна антибиотична профилактика • Обучение на персонала за процедурите • Определяне на отговорностите • Проследяване за спазване на процесите и докладване на резултатите • Въвеждане на подобрения в работата при необходимост
Отвлечане на вниманието и претовареност с множество задачи	Отвлечане на вниманието при полагане на грижи или стремежа да се изпълняват много задачи едновременно могат да доведат до грешки. Персоналът може да пропусне хигиената на ръцете, поради отвлечане на вниманието по време на голяма натовареност. Персоналът, извършващ асептични или стерилни техники, може да контактира полето, поради отвлечане на вниманието.	<ul style="list-style-type: none"> • Осигурете работна среда с минимално отвлечане на вниманието • Въведете култура на тишина и липса на прекъсване • Насърчавайте изпълнението само на една задача в даден момент • Включвайте персонала при вземане на решения за работния процес и околната среда • Осигурете указания, подсещащи персонала за стъпките при дадена дейност

Таблица 1.2. Примери за проблеми при безопасността на пациентите, свързани с превенцията и контрола на инфекциите

Проблем при безопасността на пациентите	Превенция и контрол на инфекциите Пример	Възможни решения
<p>Неопитност или некомпетентност при полагане на грижи:</p>	<p>Неопитност или некомпетентност на здравния персонал може да доведе до лоши практики. Например, персоналът, който поставя интраваскуларни катетри и не се чувства компетентен да използва препоръчаните места, като например подключичната вена, може да избере феморалната вена за поставяне, което е свързано с по-висок риск от инфекция.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Анализирайте причините, поради които служителите се чувстват неопитни • Осигурете ориентация / обучение на целия персонал, който поставя интраваскуларни катетри, включително теоретична подготовка и практически стаж докато се установи достатъчно ниво на компетентност • Периодично проследявайте уменията и осигурявайте обратна връзка