



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

VARNOST PACIENTA PRED, MED IN PO OPERACIJI

PREOPERATIVE, INTRAOPERATIVE AND POSTOPERATIVE PATIENT SAFETY

Mentor: Miroslava Straunik, pred.

Kandidat: Robert Volf

Somentor: Sedina Kalender Smajlović, strok. sod

Jesenice, januar, 2014

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici Miroslavi Straunik, pred. in somentorici Sedinii Kalender Smajlović, strok. sod. za strokovne nasvete, usmeritve in pomoč pri pisanju diplomske naloge.

Zahvaljujem se tudi odgovornim na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana, da sem lahko opravil raziskovalno delo.

Zahvala gre tudi mojim sodelavcem za podporo in pomoč, ter razumevanje za številne odsotnosti v službi med časom študija.

Največja zahvala pa pripada moji partnerki Karmen, za spodbudo, podporo, pomoč in razumevanje. Hvala ker si ves čas verjela vame in me spodbujala!

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Varnost in kakovost zdravstvene oskrbe ljudi je temeljno načelo v zdravstvu. Operacijska medicinska sestra ima pri zagotavljanju varnosti pacienta in preprečevanju neželenih dogodkov pomembno vlogo. Zelo pomembno je, da se med pacientom in zdravstvenim timom vzpostavi pozitivna komunikacija.

Cilj: ugotoviti pomanjkljivosti na področju varnosti pacienta pred, med in po operaciji.

Metoda: Raziskava je bila osnovana na kvantitativni metodi raziskovanja. Za instrumentarij smo uporabili vprašalnik zasnovan na deskriptivni metodi dela. Raziskava je bila izvedena na vzorcu 60-ih operacijskih medicinskih sester v operacijskem bloku Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Za analizo podatkov je bilo uporabljenih 60 anketnih vprašalnikov. Sodelovalo je 51 žensk (85%) in 9 moških (15%). Dovoljenje za izvedbo raziskave je bilo odobreno s strani glavne medicinske sestre kirurške klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Z raziskavo smo seznanili tudi glavno medicinsko sestro operacijskega bloka Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Za analizo rezultatov je bil uporabljen program SPSS Statistic, za posamezne rezultate pa je bila izračunana najmanjša, največja in povprečna vrednost ter standardni odklon.

Rezultati: Operacijske medicinske sestre izražajo mnenje, da so odgovorne za varnost pacienta pred, med in po operaciji ($N=60$, $PV=4,5$), poznajo vzroke, ki lahko privedejo do varnostnega zapleta ($PV(=3,5)$), vedo, da je neželenih dejavnikov za nastanek varnostnega zapleta lahko več ($PV(=3,7)$), ter se zavedajo, da natančno in vestno izpolnjevanje kirurškega kontrolnega varnostnega seznama izboljša varnost pacienta v operacijski sobi ($PV(=3,8)$). Operacijske medicinske sestre so izrazile željo, da bi si želeli dodatno izobraževati in usposablјati glede zagotavljanja varnosti pacienta. 71,6% anketirancev bi si želelo znanje poglobiti na področju dejavnikov tveganja za nastanek varnostnega zapleta.

Razprava: Rezultati raziskave so pokazali, da se operacijske medicinske sestre čutijo odgovorne za varnost pacienta, ter da poznajo vzroke, ki lahko privedejo do varnostnega zapleta. Vedo, da je neželenih dejavnikov za nastanek varnostnega zapleta več, vendar so vsi izrazili željo po dodatnem izobraževanju glede zagotavljanja varnosti pacienta. Anketiranci so ocenili, da bi si znanje radi poglobili, nadgradili na področju dejavnikov

tveganja, ki lahko privedejo do varnostnega zapleta. Zavedajo se, da natančno in vestno izpolnjevanje kirurškega kontrolnega varnostnega seznama izboljša varnost pacienta, ter da spodbuja boljšo komunikacijo med posameznimi poklicnimi skupinami.

Ključne besede: perioperativna zdravstvena nega, operacijska medicinska sestra, varnost pacienta.

SUMMARY

Theoretical basis: Safety and quality of medical treatment are key principles in healthcare. Surgical nurse play in ensuring patient safety and prevention of adverse events play an important role. It is crucial that positive communication between both parts is established.

Aim: Finding out the weak points of patient safety in the complete process of medical treatment.

Method: The research is based on a descriptive research questionnaire, which was answered by 60 surgical nurses (51 females, 9 males) employed at the Department of Surgery at University Medical Centre Ljubljana. The research was approved by the head nurse at Surgical Clinic, UKC Ljubljana. The Department of Surgery head nurse was also informed about the research. The result analysis was done using SPSS Statistic programme. Standard deviations, minimum, maximum and average values were calculated for each respective result.

Results: Surgical nurses feel they are responsible for patient safety prior, during and after a surgery (N=60, avg.=4.5). They are familiar with the unexpected event causes (avg.=3.5), they are aware of the fact that there is large number of different unexpected safety risks (avg.=3.7). The surgical nurses believe that patient safety in the operational room is significantly improved by consistently filling out the surgical safety checklists (avg.=3.8). The surgical nurses are motivated to learn and improve their skills regarding patient safety. 71.6% of the respondents wish to take part in additional safety risks training.

Discussion: The research results reveal that surgical nurses feel responsible for patient safety, they are familiar with safety risks and are aware of the different risks. The respondents are eager to improve their knowledge about safety risks. They realize patient safety is significantly increased by consistently filling out the surgical safety checklists, which also boosts efficient communication between everyone involved in the healthcare process.

Key words: surgical healthcare, surgical nurse, patient safety

KAZALO

1 UVOD.....	1
2. TEORETIČNI DEL.....	4
2.1 PERIOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA IN OPERACIJSKA MEDICINSKA SESTRA	4
2.1.1 Perioperativna zdravstvena nega.....	4
2.1.2 Operacijska medicinska sestra.....	5
2.2 VARNOST PACIENTA V OPERACIJSKI SOBI	6
2.2.1 Priprava operacijske sobe.....	6
2.2.2 Sprejem pacienta v operacijsko sobo	6
2.2.3 Vzdrževanje ustrezne telesne temperature	8
2.2.4.1 Preprečevanje razjed zaradi pritiska	9
2.2.4.2 Preprečevanje poškodb perifernih živcev in brahialnega pleteža	13
2.2.5 Preprečevanje nevarnosti opeklin	14
2.2.6 Štetje in kontrola obvezilnega materiala, inštrumentov, igel.....	14
2.2.6.1 Aktivnosti operacijske medicinske sestre za preprečevanje zaostalega	15
2.2.6.2 Aktivnosti operacijske medicinske sestre med kontrolo in štetjem	
kirurških igel	17
2.2.6.3 Aktivnosti operacijske medicinske sestre med kontrolo in štetjem	
inštrumentov.....	17
2.2.7 Preprečevanje preobčutljivostnih odzivov pacienta	18
2.2.7 Uporaba manšete za blede stazo.....	18
2.3 VARNOSTNI ZAPLETI	20
2.3.1 Opredelitev osnovnih pojmov.....	20
2.3.2 Vzroki za nastanek varnostnih zapletov	20
2.3.3 Smernice in priporočila o varnosti.....	23
2.3.3.1 Priporočila Sveta Evrope	24
2.3.3.2 Priporočila Luksemburške deklaracije.....	24
2.4 PREPREČEVANJE VARNOSTNIH ZAPLETOV	25
2.4.1 Kirurški kontrolni varnostni seznam	25
3. EMPIRIČNI DEL	30
3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA	30
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	30
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	31
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	31
3.3.2 Opis merskega inštrumenta	31
3.3.3 Opis vzorca.....	32
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	35

3.4 REZULTATI	36
3.5 RAZPRAVA.....	44
4. ZAKLJUČEK.....	48
5. LITERATURA.....	49
6. PRILOGE	56
6.1 INSTRUMENT	56
6.2 MATRIKA PODATKOV.....	60

KAZALO TABEL

Tabela 1: Odgovornost operacijskih medicinskih sester za varnost pacienta	36
Tabela 2: Vzroki varnostnega zapleta	37
Tabela 3: Neželeni dejavniki	38
Tabela 4: Kirurški kontrolni varnostni seznam	40

KAZALO SLIK

Slika 1: Prikaz deleža moških in ženskih anketirancev	33
Slika 2: Prikaz stopnje izobrazbe anketirancev	34
Slika 3: Prikaz področja dela anketirancev.....	35
Slika 4: Prikaz ocen anketirancev glede njihovega znanja o zagotavljanju varnosti pacienta.....	42
Slika 5: Prikaz področja na katerem bi se anketiranci želeli dodatno usposablјati	43

1 UVOD

Varnost in kakovost zdravstvene oskrbe ljudi je temeljno načelo v zdravstvu (Planinšec, 2010, str. 26). Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. V skladu s tem dejstvom imajo pacienti pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti, kot uporabnika vseh zdravstvenih storitev (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnikov, 2005).

Rezultati raziskav kažejo, da se varnostni zapleti zgodijo pri 8% do 14% vseh hospitalizacij v Evropi (Predlog priporočila Sveta, 2008). Mednarodno priznane organizacije so oblikovale številna priporočila o načinih, kako povečati varnost zdravstvene obravnave. Prispeva lahko vsakdo, ki je udeležen v sistemu zdravstvenega varstva (Varnost pacientov, 2012).

Pacient je v času zdravljenja najpomembnejši subjekt in ima pravico do kakovostne zdravstvene nege. Zagotovljene morajo biti vse njegove psihične, fizične, socialne, emocionalne in duhovne potrebe. Medicinska sestra zagotavlja varnost pacienta s kakovostno zdravstveno nego. Pri zagotavljanju varnosti pa morajo poleg medicinske sestre sodelovati tudi drugi zdravstveni delavci, ki sodelujejo v procesu zdravljenja (Babič, 2004, str. 68).

Za preprečevanje varnostnih odklonov bi morala vsaka zdravstvena organizacija strmeti k temu, da v svoji organizaciji vzpostavi kulturo varnosti. Kultura varnosti je kultura pri kateri se vsakdo zaveda svojega prispevka k delovanju ustanove in možnosti, da gredo stvari lahko narobe. Na varnost je potrebno gledati kot na prvo prednostno nalogo zdravstvenega varstva. Obvladovanje tveganj je osnovano in povezano z upravljanjem kakovosti, upoštevajoč človeške dejavnike, njihovo strukturo, načela in procese (Priporočilo Odbora ministrov državam članicam, 2006).

Robida (2011) navaja, da je varnost pacienta stanje, v katerem je bilo tveganje zmanjšano na minimalno sprejemljivo raven. Opredeljuje več izrazov, ki opišejo različne varnostne odklone. Komplikacija je škoda za pacienta, ki nastane med procesom izvajanja zdravstvene oskrbe ne glede na okolje, v katerem se izvaja in se ji v določenih primerih ni moč izogniti. Pri zdravstveni obravnavi pacienta med operacijo lahko pričakujemo obe obliki nevarnosti za pacienta, ki lahko povzročita škodo, povezano z zdravstveno obravnavo. Varnostni incident pri pacientu je dogodek ali okoliščina, ki je povzročil ali bi lahko povzročil nepotrebno škodo pacientu.

Perioperativna zdravstvena nega je sistematičen, dinamičen in kontinuiran proces zdravstvene nege pacientov, katerih bolezen zahteva operacijo. Vsak pacient, ki bo operiran, ima pravico pričakovati kakovostno, strokovno in učinkovito zdravstveno nego (Fabjan et al., 2005, str. 23).

Perioperativno zdravstveno nego delimo na tri faze: predoperativna faza, medoperativna in pooperativna faza (prav tam).

Na področju perioperativne zdravstvene nege so operacijske medicinske sestre eksperti in imajo pravico pobude in nadzora. Operacijska medicinska sestra je medicinska sestra, ki izvaja zdravstveno nego pacientov z vsebinami vseh faz procesa zdravstvene nege. Pomembna naloga operacijske medicinske sestre je, da varuje in ščiti pacienta, zato mora imeti ustrezno znanje, izkušnje ter sposobnosti, da se povezuje z drugimi člani zdravstvenega in negovalnega tima. Tako zagotavlja pacientu med operativnim posegom uspešno, varno in učinkovito zdravstveno nego (Ivanuša, Železnik, 2000, str. 73).

Operacijska medicinska sestra pa se pri svojem delu lahko sreča z negovalnimi problemi v vseh treh obdobjih, v predoperativnem, medoperativnem in pooperativnem obdobju, na katere se osredotoča v prizadevanju za varnost pacientov (Mihelič, 2006, str. 55).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je leta 2009 začela projekt »Varna kirurgija rešuje življenja«, zato so uvedli obrazec »Kirurški kontrolni varnostni seznam«. Namen projekta je zmanjšati število neželenih dogodkov pri pacientih, ki so imeli opravljen operativni poseg. Cilj projekta je izvajanje postopkov v procesu zagotavljanja varnosti v operacijski dvorani. Izpostavljeni so vidiki preprečevanja anestezijskih in kirurških zapletov ter dobra komunikacija med člani operacijskega tima. Novi znanstveni dokazi potrjujejo ugotovitve SZO, da bi z učinkovitim izpolnjevanjem kirurškega kontrolnega varnostnega seznama bistveno zmanjšali kirurško obolevnost in umrljivost (Safe surgery lives, 2009).

2. TEORETIČNI DEL

2.1 PERIOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA IN OPERACIJSKA MEDICINSKA SESTRA

2.1.1 Perioperativna zdravstvena nega

Perioperativna zdravstvena nega je sistematičen, dinamičen in kontinuiran proces zdravstvene nege pacientov, katerih bolezen zahteva operativni poseg (Fabjan et al., 2005).

Tradicionalna perioperativna zdravstvena nega opisuje operacijsko medicinsko sestro kot zdravnikovo pomočnico. Njena vloga je bila predvsem usmerjena v tehnično izvedbo operativnega posega in zagotavljanje dobrega počutja kirurške ekipe. Pogosto ni imela vpliva na celostno dogajanje v operacijski sobi (Kovačič, 2009).

Sodobna perioperativna zdravstvena nega je poznavanje fizioloških, psiholoških in socioloških potreb pacienta, katerih stanje zahteva kirurško diagnostiko in zdravljenje. Sodobna perioperativna zdravstvena nega je usmerjena v celosten in individualen pristop k pacientu. Delimo jo na tri faze: predoperativna faza, ki vsebuje oceno pacientovega stanja in individualen načrt medoperativne zdravstvene nege, sprejem v operacijsko okolje, opredelitev operacijske sobe, priprava materiala, inštrumentov in opreme, medoperativna faza, ki vsebuje izvajanje zdravstvene nege pacientov med operativnim posegom in inštrumentiranje pri operaciji, pooperativna faza, ki vsebuje vrednotenje rezultatov predoperativne in medoperativne nege (Fabjan et al., 2005).

Pomemben element sodobne perioperativne zdravstvene nege je uporaba teoretičnih modelov in aplikacija procesne metode dela iz katerih izhajajo naloge operacijske medicinske sestre (Arnautovič, 2005).

2.1.2 Operacijska medicinska sestra

Operacijska medicinska sestra je medicinska sestra, ki dela na področju operativne zdravstvene nege. Imeti mora izjemne psihofizične sposobnosti in osebnostne lastnosti. Poleg strokovnega znanja mora imeti tudi znanja o medsebojnih odnosih, saj je to za dobro in uspešno sodelovanje z ljudmi, ki delajo v operacijski sobi nujno potrebno. Operacijska medicinska sestra je zaradi svoje strokovne usposobljenosti za svoje odločitve in dejanja pravno in profesionalno odgovorna (Torbič, 2005).

Biti mora: fizično vzdržljiva oseba, saj je delo v operacijski sobi večinoma stoječe, velikokrat zahteva prisilno držo in dvigovanje težkih bremen, psihično stabilna oseba, saj je vsak operativni poseg stresni dejavnik za vsako operacijsko medicinsko sestro, še posebno, ko sodeluje pri operativnih posegih, pri katerih je ogroženo pacientovo življenje in pri posegih, pri katerih odvzamejo pacientu organe, osebnostno zrela oseba, saj delo v operacijski sobi ni samostojno, temveč timsko in zahteva sposobnost poznavanja in sprejemanja sebe in ljudi, s katerimi sodeluje, prilagajanja, komuniciranja, reševanja sporov in težav (ibid).

Operacijska medicinska sestra mora poleg strokovnega znanja in organizacijskih sposobnosti imeti tudi osebnostne lastnosti, ki so nujno potrebne za dobro in uspešno delo v operacijski sobi. Mora biti prilagodljiva, iznajdljiva, zanesljiva in dosledna pri svojem delu, delavna, kolegialna, duhovita, znati se mora pogajati, izogibati se konfliktom, jih reševati v pravem trenutku na pravi način. V operacijski sobi je delo vedno timsko. Pri timskem delu je pomembno, da vsak član pozna svoje naloge in jih opravlja po svojih močeh in znanju. Za dobre delovne odnose pa je potrebna dobra in učinkovita komunikacija, zato je pomembno, da se operacijska medicinska sestra zaveda kako pomembna je medsebojna komunikacija (ibid.).

2.2 VARNOST PACIENTA V OPERACIJSKI SOBI

2.2.1 Priprava operacijske sobe

Operacijska soba mora biti dovolj velika in oblikovana za maksimalno varnost pacienta in osebja. Tla, stene in strop morajo biti iz gladkih, nepropustnih in negorljivih materialov, ki prenašajo pogosto umivanje in razkuževanje. Prezračevalni sistem mora biti grajen tako, da preprečuje okužbo z bakterijami, ki so v okolju in se prenašajo preko zraka. Idealna stopnja vlažnosti v operacijski sobi je med 50% in 55% relativne vlage. Primerna temperatura zraka je med 20 in 24 stopinj Celzija. Primerno razsvetljava dosežemo z uporabo stropnih svetil in z operacijskimi lučmi, nameščenimi nad operativnim poljem in pritrjenimi na strop ali steno. Oprema operacijske sobe se loči na osnovno in specialno. Malomarno izvajanje postopkov in nepravilno ravnanje z napravami in opremo lahko botruje poškodbam pacientov, osebja ali same aparature. Za zagotavljanje varnosti pacienta je potrebna skrbna priprava operacijske sobe kar vključuje čiščenje in razkuževanje tal, površin in opreme ter tehnično vzdrževanje klimatskih naprav in drugih aparatov (Fabjan et al., 2005).

2.2.2 Sprejem pacienta v operacijsko sobo

Pacientu, ki bo operiran je potrebno zagotoviti udoben in varen sprejem v operacijski blok. Pacienta pripelje v operacijski blok medicinska sestra s pomočjo delavcev transportne službe. Osebje transportne službe pripelje pacienta iz bolnišničnega oddelka v operacijsko okolje na vozičku oz. bolniški postelji. Ker so vozički in postelje na kolesih obstaja nevarnost padca pri prelaganju pacientov, zato mora operacijska medicinska sestra skrbeti za zagotavljanje varnosti pacienta: zablokirati ali zakleniti kolesa na bolniški postelji in operacijski mizi, namestiti varnostne pasove za preprečevanje padca, prilagoditi višino bolniške postelje in operacijske mize, namestiti infuzijske steklenice na primerni oddaljenosti od pacientove glave zaradi možnih poškodb infuzijskih sistemov in steklenic, pregledati in nadzorovati vse vstavljene

katetre in drene zaradi iztrganja le-teh, osvoboditi perilo, ki bi se lahko zataknilo, uporabiti pripomočke za premikanje pacienta, poskrbeti za udobno lego in intimnost pacienta, pacient ima roke ob telesu zaradi potencialne možnosti poškodb rok, počasi in varno vozi pacienta do operacijske sobe (Obranovič, 2007).

Pacienta in dokumentacijo prevzame medicinska sestra pri anesteziji. Medicinska sestra pri anesteziji mora ob sprejemu: ugotoviti identiteto pacienta, ali ima identifikacijski trak, preveri, če je pacient tešč, kar je zelo pomembno zaradi nevarnosti bruhanja, če je pacient pripeljan na urgentni poseg ali na lokalni poseg to ni potrebno. Seznaniti se z nevarnostmi alergije pri pacientu, preveri pacientov pristanek na operacijo, seznaniti se z mestom in potekom operacije, pregledati dokumentacijo (medicinsko anamnezo, laboratorijske preiskave, rentgenske slike, če so vse priložene) in izpolniti, ter podpisati dokument prevzem pacienta na operativni poseg (ibid.).

Do zamenjave pacientov pride zaradi slabe in nepravilne komunikacije med osebjem operacijske sobe in osebjem oddelka. Posebej pazljivo mora biti osebje pri pregledu zdravstvene in negovalne dokumentacije, pri slabo orientiranih in nezavestnih pacientih. Preveriti je potrebno istovetnost zapestnice in zdravstvene dokumentacije. V pomoč in orientacijo je dokument dnevnega zapisa operacij, ki določa, kateri pacient bo operiran v določeni operacijski sobi. Ko so pacienti že na operacijski mizi se ponovno preveri njihovo identiteto, vrsto in stran operacije. Priporočljivo je, da operater že na bolnišničnem oddelku označi mesto reza (Fabjan et al., 2005).

Najpogostejši vzroki za nevarnost zamenjave pacienta so: pomanjkljiva zdravstvena in negovalna dokumentacija (nepravilna ali pomanjkljiva indikcija za operativni poseg, neopredeljena stran posega -parni organi, opravljeni predhodni operativni posegi), neoblikovanje negovalnih diagnoz (neupoštevanje potreb pacienta), površno opravljena identifikacija pacienta (enak priimek in ime, zamenjava rojstva in starosti, napačen pacient) (Prišenk, Rebernik Milič, 2006).

2.2.3 Vzdrževanje ustrezne telesne temperature

Znižana telesna temperatura je stanje, ko je telesna temperatura nižja od normalne 36,6 stopinj Celzija. Vzroki, ki lahko privedejo do podhladitev so hladen operacijski prostor, neuporaba grelnih blazin, premalo pokrit pacient, izpiranje operativne rane s hladnimi tekočinami ali mokre komprese v okolici operacijske rane (Stipolšek, 2002).

V operacijski sobi je zaželena temperatura prostora med 20 in 24 stopinj Celzija. Pri specifičnih operacijah, kot je operacija srca, je zaželena temperatura 17 stopinj Celzija, pri otrocih pa se temperatura zviša, ker so preobčutljivi na nižje temperature (Obranovič, 2007).

Zagotoviti je potrebno optimalno temperaturo operacijskega prostora, pacienta se pokrije s toplo rjuho, za izpiranje operacijske rane se uporabi ogrete tekočine, uporaba hipo-hipertermične odeje, njena funkcija je dvigovanje, znižanje ali ohranjanje pacientove telesne temperature. Namesti se pod ali nad pacienta (Stipolšek, 2002).

2.2.4 Nameščanje pacienta v položaj za operativni poseg

Medtem, ko zdravi ljudje zavzemajo položaje po svoji volji, so bolni ljudje prisiljeni uporabiti položaj, ki jim olajša bolezensko stanje. Poznani so preiskovalni, terapevtski položaji in položaji za sprostitev. Tako kot bolezenska stanja tudi operativni posegi zahtevajo namestitev pacienta v ustrezen položaj. Položaji na operacijski mizi sodijo med terapevtske položaje. Imenujemo jih tudi prisilni položaj (Vrečer, 2002).

Najbolj pogosti položaji so hrbtni, bočni in trebušni. Poznani pa so še ginekološki položaj in položaj v nategu (Obranovič, 2007).

Gruendemann (1987, cit. po Horvat, 2002, str. 99) pravi, da je »operativni položaj pomik in zagotovitev anatomske integritete pacienta v položaju, ki dovoljuje optimalen

dostop do operativnega polja, obenem pa poiščemo najboljši kompromis med fiziološko funkcijo in mehničnim stresom, ki vpliva na sklepe in ostale telesne strukture».

Nameščanje pacientov v operativni položaj zahteva kompromis med potrebami kirurga operaterja, anesteziologa in potrebami pacienta. Za kirurga operaterja je najbolj pomemben dober dostop do operativnega mesta, anesteziologu mora zagotavljati nemoteno nadzorovanje dihalne poti in aplikacijo zdravil. Potrebe in pričakovanja pacientov pa so, da bo operativni poseg uspešen in da zaradi operativnega posega, ki vključuje tudi namestitev v operativni položaj, ne bodo imeli škodljivih posledic za svoje zdravje (Beckett, 2010).

Po končanem operativnem posegu poskrbi celoten tim za premestitev pacienta na postoperativno posteljo. Skupina najmanj štirih ljudi poskrbi, da so ti gibi počasni, da preprečijo neprijetnosti. Uporaba prelagalne deske je zaželena, zaradi preprečevanja poškodbe osebja kot tudi kože pacienta. Za prevoz do prebujevalnice se pacienta namesti v hrbtni ali rahlo bočni položaj, da se prepreči aspiracija (Horvat, 2002).

Kljub ustreznemu znanju pa lahko prihaja do neželenih napak in s tem do poškodb in okvar. Najpogostejše okvare pri nepravilnih položajih so okvare brahialnega plexusa, okvara ulnarne in radialnega živca, okvare zaradi nepravilne namestitve varnostnih pasov, poškodbe zaradi nepravilne uporabe opornikov za noge, poškodbe oči in obraza ter poškodbe kože zaradi pritiska nanjo (ibid).

2.2.4.1 Preprečevanje razjed zaradi pritiska

Fizične sile uporabljene za vzpostavitev in vzdrževanje določenega operativnega položaja lahko privedejo do poškodbe kože in podkožnih tkiv. Za razjedo zaradi pritiska (RZP) je v literaturi navedenih več definicij. RZP je omejeno področje poškodbe tkiv, ki nastane zaradi delovanja pritiska, trenja in strižnih sil. Njen nastanek pogojujejo številni dejavniki, ki jih v določeni meri znamo preprečevati in zdraviti. Etiologija RZP, ki

nastane med operativnim posegom se nekoliko razlikuje od etiologije RZP pridobljene v drugih bolnišničnih okoljih. Na nastanek RZP v operativnem okolju imajo velik vpliv metabolne spremembe, ki so posledica delovanja anestetikov. Poškodbe tkiv zaradi pritiska v operativnem okolju se običajno začnejo v mišičnem in podkožnem tkivu in nato napredujejo navzven proti kožnemu pokrovu. Zato pogosto te spremembe niso vidne takoj, vendar se pokažejo, od nekaj ur do sedem dni, po operativnem posegu (Heizenroth, 2007; Schouchoff, 2002; Štalc, Parač, 2007).

Operacijsko okolje predstavlja okolje z visoko stopnjo tveganja za nastanek RZP. V medoperativnem obdobju obstaja veliko dejavnikov tveganja, ki vplivajo na nevarnost nastanka RZP in predstavljajo izziv za kirurške time, ključna pa sta dva: imobilnost pacienta med operativnim posegom ter nezmožnost zaznavanja pritiska in posledično neugodja zaradi anestezije. Kljub temu, da je vsak pacient, ki je operiran izpostavljen vsaj enemu dejavniku tveganja (nezmožnost zaznavanja zaradi anestezije), vsi ne utrpijo RZP (Schouchoff, 2002).

Nastanek RZP pogojujejo zunanji in notranji dejavniki. Med zunanje dejavnike spadajo fizične sile (pritisk, trenje, strižne sile) in dejavniki, ki jim je pacient izpostavljen v med-operativnem obdobju. Med notranje dejavnike spada pacientovo zdravstveno stanje in splošna kondicija kot tudi pacientova telesna struktura. Interakcija zunanjih in notranjih dejavnikov prispeva k potencialni nevarnosti za nastanek RZP (Heizenroth, 2007).

Pritisk je sila, ki vpliva na kožo in podkožna tkiva in je dejavnik, ki najbolj vpliva na nastanek RZP. Predvsem sta pomembna intenzivnost oziroma jakost pritiska in trajanje pritiska. Večji kot je pritisk manj časa je potrebno, da pride do ishemičnih sprememb v tkivu. Pritisk, ki je večji kot 32 mm Hg prekine arterialni pretok, ki prehranjuje in preskrbuje tkiva s kisikom na kapilarnem nivoju. Pritisk povzroča telesna teža pacienta, ki zaradi gravitacijske sile pritiska na površino operacijske mize. Pritisk lahko povzroči tudi teža operacijske opreme, ki se naslanja na pacientovo telo, kot npr. »Mayo« mizice,

kirurški instrumenti, rigidni robovi in nastavki operacijske mize. Tudi člani kirurškega tima lahko povzročijo pritisk z naslanjanjem na pacienta med operativnim posegom (Armstrong, Bortz, 2001; Heizenroth, 2007).

Izpostavljenost kože vlagi poveča učinek delovanja sile pritiska, trenja in strižnih sil. Koža postane občutljiva, macerirana in izpostavljena poškodbam. Med operacijo lahko pretirano znojenje pacienta ali ležanje pacienta v politih irigacijskih tekočinah, krvi ali urinu povzroči povečano vlažnost kože (Heizenroth, 2007).

Trajanje in vrsta operacije sta prav tako dejavnika, ki vplivata na nastanek RZP. Schouchoff (2002) navaja, da operacije, ki trajajo od 2,5-4 ure podvojijo možnost nastanka RZP, operacije, ki trajajo več kot 4 ure pa potrojijo možnost nastanka RZP. Heizenroth (2007) kot dejavnike tveganja za nastanek RZP izpostavi operacije, ki vključujejo velike izgube krvi, zunaj telesni krvni obtok ter zapore velikih krvnih žil. Anestezija pri pacientu onemogoči delovanje obrambnih mehanizmov, ki mu omogočajo premikanje telesa kot odgovor na neugodje zaradi pritiska. Zaradi različnih operacij so pacienti nameščeni v položaje, ki jih v budnem stanju ne bi mogli navesti kot udobne in ugodne. Anestezija prav tako vpliva na nihanje krvnega tlaka, spremembe v perfuziji tkiv, izmenjavi kisika in ogljikovega dioksida, kar povečuje vpliv sile pritiska na tkiva. Vpliv anestezije na kardiovaskularni sistem v kombinaciji z nizko temperaturo operacijske sobe in aplikacijo neogretilih infuzijskih tekočin lahko privedejo do podhladitve pacienta. Znižanje pacientove telesne temperature privede do vazokonstrikcije perifernih krvnih žil ter posledično zmanjšane perfuzije tkiv. Škodljivi učinki pritiska na tkiva se zaradi tega povečajo (Scott et al., 2001; St-Arnaud, Paquin, 2008).

Notranji dejavniki za nastanek RZP so tisti, ki lahko povečajo ali zmanjšajo pacientovo toleranco na delovanje pritiska na telo in posledično nastanek RZP. Ti dejavniki vključujejo: hidriranost pacienta, stanje kožnega pokrova, debelost in podhranjenost, starost, prisotnost parez in paraliz, duševno stanje pacienta, inkontinenca, infekcije,

prizadetost senzornih funkcij, kronične bolezni (diabetes, srčno popuščanje) (Schouchoff, 2002).

Preventivne aktivnosti operacijske medicinske sestre pri preprečevanju RZP vključujejo: pravilna izbira in uporaba pripomočkov za nameščanje pacienta v operativni položaj, razbremenitev pritiska na občutljivih in izpostavljenih delih telesa glede na položaj, nadzor in preprečevanje naslanjanja kirurškega tima na pacienta, kot tudi preprečevanje odlaganja ali naslanjanja kirurških instrumentov in ostale opreme na pacienta, zagotavljanje suhe, ravne podlage, brez gub, preprečevanje polivanja razkužilnih in infuzijskih tekočin po koži, aktivno spremljanje sprememb na koži v medoperativnem in pooperativnem obdobju, s ciljem ohranitve tkivne celovitosti (Millsaps, 2006; Schouchoff, 2002).

Glavni cilj pri preprečevanju nastanka RZP v medoperativnem obdobju je razbremenitev pritiska na občutljivih in izpostavljenih področjih. Preventivne aktivnosti morajo slediti oceni ogroženosti za nastanek RZP za vsakega pacienta, ki bo operiran, upoštevajoč zunanje in notranje dejavnike. Poleg tega je izjemno pomembna uporaba razbremenilnih pripomočkov. Pripomočki dosežejo svoj namen le, če jih tisti, ki jih uporabljajo dobro poznajo in z njimi pravilno rokujejo. Pripomočki in nastavki z ostrimi, nezaščitenimi robovi povečajo možnost delovanja sile pritiska kot tudi nameščanje dodatnih rjuh ali odej pod pacienta, kar poveča silo trenja. Blazine, ki so standardno nameščene na operacijsko mizo nimajo antidekubitusnega učinka. Debele so od 4 do 10 cm. Običajno imajo sintetično prevleko, polnila se med seboj razlikujejo po gostoti, trdoti in strukturi. V praksi se pogosto blazino na operacijski mizi prekrije z navadno rjuho. Pod rjuho je nameščena za vlago nepropustna prevleka, ki še dodatno poveča tveganje za RZP (Drnovšek, 2006; Heizenroth, 2007; Millsaps, 2006; Schouchoff, 2002).

2.2.4.2 Preprečevanje poškodb perifernih živcev in brahialnega pleteža

Anestezija deluje na živčni sistem. Področna in lokalna anestezija povzročita neobčutljivost za bolečino samo na določenih delih telesa, medtem ko splošna anestezija poleg neobčutljivosti za bolečino povzroči nezavestno stanje in negibnost celega telesa. Z izgubo čutnih in bolečinskih zaznav so pacientovi obrambni mehanizmi izključeni. Tako stanje ogroža pacienta med operativnim posegom tudi za poškodbe perifernih živcev. Tovrstne poškodbe so najpogosteje posledica pritiska ali natega predela telesa, kjer poteka periferni živec (Burnett, Zager, 2004; Sawyer et al., 2000).

Čeprav pri vsakem pacientu, ki bo operiran, obstaja verjetnost poškodbe živcev, so nekatere skupine bolj ogrožene. To so predvsem pacienti, ki imajo diabetes, raka, so imunsko oslabljeni, pacienti, ki imajo v anamnezi predhodno navedene poškodbe živcev, prisotnost parez, plegij ali omejeno gibljivost v sklepih. Predolg pritisk na živec in pretirano raztezanje, predvsem okončin negativno vpliva na pritisnjeno tkivo in posledično na periferne živce. Ti dejavniki privedejo do strukturnih in funkcionalnih okvar živcev, ki so lahkočasne ali trajne. Drugi zelo pomemben razlog, ki lahko privede do poškodb živcev je nepravilna tehnika nameščanja pacientov v operativne položaje (Heizenroth, 2007).

V medoperativnem obdobju so najbolj pogosto izpostavljeni poškodbam živci, ki oživčujejo zgornje in spodnje okončine. Na rokah je to brahialni pleksus in živci, ki iz njega izvirajo, mediani, radialni in ulnarni živec. Poškodba kateregakoli od teh živcev privede do senzornih in motoričnih izpadov na mestu poškodbe. Najbolj pogosto pride do poškodbe brahialnega pleksusa in ulnarnega živca. Glavni razlog za to je potek brahialnega pleksusa v ramenskem delu, ki je pri nameščanju pacienta v operativni položaj pogosto izpostavljen različnim manipulacijam kot so abdukcija, rotacija ali pritisk, odvisno od operativnega položaja. Ulnarni živec poteka po zadnji strani komolca v posebnem kanalu za medialnim epikondilom. Zaradi tega je pogosto izpostavljen pritisku in raztezanju pri nameščanju v operativni položaj (ibid.).

2.2.5 Preprečevanje nevarnosti opeklin

V operacijskih prostorih se v današnjem času uporabljajo električni aparati, ki imajo integrirane varnostne sisteme za zagotavljanje varnega dela. Elektrokirurška oprema predstavlja potencialno nevarnost za pacienta, predvsem zaradi možnosti opeklin. Opekline in električni udari lahko nastanejo zaradi napak na sami opremi ali pri neustreznem ravnanju z njo, ki lahko prizadene pacienta kot tudi zdravstveno osebje (Križmarič et al., 2006).

2.2.5.1 Nevarnost električne opekline

Elektrokirurški nož je pomemben del opreme operacijske sobe, ki omogoča rezanje in sočasno hemostazo tkiva. Za uspešno izvajanje monopolarne koagulacije, kjer teče električni tok po organizmu, potrebujemo nevtralno elektrodo. Velika nevarnost pri tem načinu je termoelektrična opekline na mestu nevtralne elektrode. Vzrok je lahko prevelika energija, mokra, slabo pritrjena ali nekakovostna nevtralna elektroda. Nevtralna elektroda naj bo nameščena čim bližje operativnem polju, vendar dovolj daleč, da ni nevarnosti politja z razkužilnim sredstvom med pripravo operativnega polja. Termoelektrične opekline lahko nastanejo zaradi načina potovanja električnega toka skozi telo tudi ob dotiku pacientov s kovinskimi deli operacijske mize.

Pacientom lahko povzroči škodo oz. opekline tudi vroč, pravkar steriliziran inštrument. Operacijske medicinske sestre naj to preprečijo z ohladitvijo inštrumenta, najlažje v sterilni vodni kopeli (Fabjan et al., 2005).

2.2.6 Štetje in kontrola obvezilnega materiala, inštrumentov, igel

Pri velikih in zahtevnih operacijah se uporablja številne inštrumente različnih oblik in velikosti ter veliko obvezilnega materiala. Obstaja nevarnost, da ta material ali del njega ostane v pacientovem telesu. To je lahko tampon, zloženec, trebušna kompresa, igla, trak ali del inštrumenta. Zaostali material lahko povzroči vnetni odgovor telesa, ki lahko

privede do okužbe. To pomeni neprecenljivo škodo pacientu, razvrednotenje operacije in nepotrebne stroške ustanovi. Pri vsakem operativnem posegu sta prisotni najmanj dve operacijski medicinski sestri, ki imata različni vlogi. »Umita operacijska medicinska sestra« je medicinska sestra, ki je sterilno oblečena, med operativnim posegom inštrumentira in dosledno upošteva pravila asepse in sterilne tehnike. »Neumita operacijska medicinska sestra« je medicinska sestra, ki nadzoruje material, upošteva sterilne tehnike pri odpiranju setov in dokumentira delo (Ravljien, 2002).

2.2.6.1 Aktivnosti operacijske medicinske sestre za preprečevanje zaostalega obvezilnega materiala

Štetje in kontrola obvezilnega materiala v medoperativnem obdobju se deli na predoperativno fazo, operativno fazo, fazo zapiranja votlih organov, telesnih votlin in operativnih ran.

- **Predoperativna faza:** pred operativnim posegom »umita operacijska medicinska sestra« prvič glasno prešteje zložence in trebušne komprese in to dvakrat. Vsak kos obvezilnega materiala prešteje, razgrne in pregleda ob pripravi delovne mize. Zloženci, trebušne komprese in tamponi morajo imeti kontrolno rentgensko oznako. Zavoj, ki ne vsebuje predpisanega števila kosov ali vsebuje nepopolne kose, zavrnejo in odnesejo iz operacijskega prostora (ibid.).
- **Operativna faza:** »neumita operacijska medicinska sestra« šteje skupaj z »umito operacijsko medicinsko sestro«. To potrdi in takoj zabeleži število preštete materiala v dokumentacijo. »Neumita operacijska medicinska sestra« pripravi odlagalno površino za zbiranje odpadnega materiala. »Umita operacijska medicinska sestra« med operativno fazo šteje in kontrolira zložence daleč stran od operativnega polja in ločeno od že preštete materiala. S tem preprečijo, da bi se prešet material pomešal z neprešetim. »Neumita operacijska medicinska sestra« ji med štetjem natančno sledi in sproti zabeleži število preštete materiala v dokumentacijo. Tamponi se uporabljajo le na

prijemalki za tampone, zato se pri menjavi tamponov prijemalka ves čas drži v roki. Prijemalke brez tampona se ne odlaga. Med operativnim posegom ni dovoljeno rezati posameznih izdelkov obvezilnega materiala. »Neumita operacijska medicinska sestra« uporabljen material sproti razvršča na nepremočljivo podlogo, ki je razgrnjena na tleh, tako da ga lahko operacijska medicinska sestra vidi in nadzira. S tem ima ves čas zagotovljen pregled nad uporabljenim obvezilnim materialom ter lažje štetje in boljšo preglednost. Ničesar od preštetega se ne odnaša iz operacijskega prostora pred koncem operativnega posega. Ob morebitni menjavi operacijske medicinske sestre se štetje ponovi in dokumentira (ibid., str. 67).

- **Faza zapiranja votlih organov in telesnih votlin ter operativne rane:** pred zapiranjem operativnega polja se opravi končno štetje. Vse materiale se odstrani iz operativne rane. Operacijska medicinska sestra glasno prešteje nerabljene zložence in trebušne komprese, ki se nahajajo na operacijski mizi. »Neumita operacijska medicinska sestra« prešteje zložence in trebušne komprese, ki se nahajajo na nepremočljivi podlogi. Skupno število se mora ujemati s številom zabeleženega materiala v dokumentaciji. Postopek se še enkrat ponovi. Rezultat štetja operacijska medicinska sestra jasno in glasno poroča operaterju. Operater potrdi informacijo (ibid., str. 68).

Če se končno štetje ne ujema z začetnim, morata obe operacijski medicinski sestri ponovno šteti: »Umita operacijska medicinska sestra« preišče in preveri sterilno polje, kadar se štetje še vedno ne ujema, »umita operacijska medicinska sestra« obvesti operaterja, da preveri operativno rano, »umita in neumita operacijska medicinska sestra« sledita navodilom operaterja, »neumita operacijska medicinska sestra« pregleda tla pod nogami kirurške ekipe, koše za perilo in smeti, dokumentira vse nepravilnosti (Pirnat, 2007).

2.2.6.2 Aktivnosti operacijske medicinske sestre med kontrolo in štetjem kirurških igel

Za preprečevanje zaostalih igel ali delcev kirurških igel mora operacijska medicinska sestra: šteti in dokumentirati število igel na začetku operativnega posega in prišteti še dodatne igle (igle za večkratno uporabo), vsak industrijsko pakiran šiv preveriti, šteti pred zapiranjem operativne rane oz. med operativnim posegom po potrebi, vsako podano iglo mora dobiti vrnjeno nazaj. Dokler igla ni vrnjena oz. ni ugotovljeno, kje se nahaja, se ne sme podati nove igle, kontrolirati igle tako, da se odlagajo na določeno mesto ali v za to namenjeno posodo.

Po končanem operativnem posegu se ne odmetava igel in drugih ostrih predmetov (rezila, injekcijske igle) v vreče za odpadke, ampak v za to namenjene kontejnerje (ibid.).

2.2.6.3 Aktivnosti operacijske medicinske sestre med kontrolo in štetjem inštrumentov

Za preprečevanje zaostalih inštrumentov mora operacijska medicinska sestra: inštrumente prešteti med pripravo na operativni poseg, pred zapiranjem operativne rane in še med čiščenjem oz. sestavljanjem setov. Stanje primerja s seznamom, posebno pozornost mora posvečati kontroli manjših delov sestavljenih inštrumentov, biti mora posebno pozorna na inštrumente, ki jih operater oz. asistent vrača. Vračanje inštrumentov se zahteva zato, da se jih sproti pregledno in dostopno uredi in da so ves

čas operativnega posega pod kontrolo, inštrumente, ki jih onesterili oz. ki ji padejo na tla med operativnim posegom, mora odstraniti, vendar morajo ostati v operacijski sobi do konca operacije, pri menjavi »umite in/ali neumite operacijske medicinske sestre« preveri trenutno stanje in število inštrumentov (ibid., str. 3).

2.2.7 Preprečevanje preobčutljivostnih odzivov pacienta

Za čiščenje in razkuževanje operativnega polja se uporabljajo različna sredstva, ki pa lahko istočasno povzročijo preobčutljivostne odzive organizma. Gre za sredstva na alkoholni ali jodovi osnovi (Fabjan et al., 2005).

Aktivnosti operacijske medicinske sestre pri preprečevanju občutljivostnih odzivov pacienta: uporabiti mora podatke o dosedanjih preobčutljivostnih odzivov organizma, ugotoviti mora, na katere snovi je pacient alergičen, upoštevati mora predhodno znane alergije, uporabljati mora antialergični fiksacijski material, ob prvih znakih alergične reakcije mora takoj odstraniti alergen (Stipolšek, 2002).

2.2.8 Uporaba manšete za bledo stazo

Aparat za bledo stazo se uporablja pri operacijah, ki se izvajajo na okončinah. Prekoračitev višine tlaka in časa trajanja lahko povzroči poškodbe živcev, mišic in kože na mestu, kjer je bila manšeta nameščena (Fabjan et al., 2005).

Operacijska medicinska sestra mora oceniti stanje tveganja za pacienta pred namestitvijo manšete za bledo stazo in sporočiti kirurgu o morebitnih kontraindikacijah. Ta ocena mora vključevati: načrtovana lokacija manšete za bledo stazo, velikost in obliko okončine, stanje kože pod in distalno od manšete za bledo stazo, merjenje perifernih pulzov distalno od manšete za bledo stazo, relativne kontraindikacije, infekcija okončine, odprti zlom, tumor, distalno od manšete za bledo stazo, anemija srpastih celic, slaba cirkulacija okončine, prejšnje revaskularizacije na okončini, okončine z dostopom za dializo, venske trombembolije, zvišan intrakranialni pritisk, acidoza (Position statement on patient safety, 2011).

S sestavnimi deli manšete za bledo stazo je treba ravnati na način, ki zmanjšuje možnost poškodb in nevarnosti nadaljnjih poškodb pri pacientu (ibid).

Nepravilna uporaba manšete za bledo stazo lahko privede do: venskega zastoja, modrice, mehurja, podkožnega hematoma, ekhimoze, nekroze kože, ter do kemične opekline, če pride alkoholno sredstvo za dezinfekcijo pod manšeto pred stiskom manšete (ibid).

Med delovanjem manšete za bledo stazo je potrebna nenehna kontrola kirurškega tima v koordinaciji z anestezijskim timom. Manšeta za bledo stazo mora biti čim manj časa napihnjena na okončini, saj s tem bistveno zmanjšamo možnost tveganja za pacienta (ibid).

Kirurgu je treba obvestiti v rednih časovnih presledkih, o tem kako dolgo je že napihnjena manšeta za bledo stazo na okončini. Uporaba zvočnega alarma na aparatu za bledo stazo omogoča to komunikacijo. Čas, ko je manšeta za bledo stazo napihnjena, ni bil nikoli natančno določen. Čas se spreminja s starostjo pacienta, fizičnega stanja pacienta in ožilja na okončinah. Obstaja splošno soglasje, da inflacijski čas ne sme presegati **60 minut** za zgornjo okončino in **90 minut** za spodnjo okončino, medtem ko je pri otrocih priporočeno, da inflacijski čas ne sme presegati **75 minut** za spodnjo okončino. Vse zaplete je potrebno sporočiti kirurgu in anesteziologu. Možni zapleti so: poškodba kože, mišic in živcev, ki ležijo pod manšeto za bledo stazo, hematoma, edem, oslabitev ožilja, distalno od manšete za bledo stazo, venska kongestija ali embolija, poškodba živcev distalno od manšete za bledo stazo, pljučna embolija.

Hude poškodbe zaradi uporabe manšete za bledo stazo so redke, a tveganje je vseeno prisotno (ibid.).

2.3 VARNOSTNI ZAPLETI

2.3.1 Opredelitev osnovnih pojmov

Terminologija na področju odklonov v zvezi z varnostjo pacientov še ni dokončno dorečena, zato se uporabljajo različni izrazi. V tem diplomskem delu bo uporabljena terminologija Robida (2011), ki je opredeljena po mednarodni klasifikaciji o varnosti pacientov. Varnost pacienta je stanje v katerem je bilo tveganje znižano na sprejemljivo minimalno raven. Obstajajo posamezni elementi, ki so povezani z varnostjo pacienta:

Škoda povezana z zdravstveno obravnavo je opredeljena kot škoda, ki nastane z načrti/dejanji med izvajanjem zdravstvene obravnave.

Komplikacija je škoda za pacienta, ki nastane med procesom izvajanja zdravstvene oskrbe ne glede na okolje v katerem se izvaja. Bolezen ali poškodba, ki je posledica druge bolezni in/ali zdravstvenega posega. Zanj je značilno, da se ji v določenih primerih glede na današnje znanje ni moč izogniti.

Varnostni incident pri pacientu je dogodek ali okoliščine, ki je povzročil ali bi lahko povzročil nepotrebno škodo pacientu (Robida, 2011).

2.3.2 Vzroki za nastanek varnostnih zapletov

Kirurško območje (operacijska soba, intervencijski prostor, kirurška ambulanta) so potencialno najbolj nevarni prostori od vseh kliničnih okolij. Potencialno nevarnost predstavljajo različni viri energije, kemikalije, kirurški aparati in oprema. Poleg teh nevarnosti pa je prisoten tudi človeški faktor, ki je vedno bolj prepoznan kot bistvena komponenta oblikovanja varnega operacijskega okolja. Komunikacija med timi in v timu je ključnega pomena za zmanjševanje varnostnih odklonov (Position statement on patient safety, 2011).

Do nastanka napak v operacijskem okolju lahko pride v različnih obdobjih obravnave pacienta. Ločimo predoperativno, perioperativno in postoperativno obravnavo pacienta.

Pomanjkljivosti v predoperativni obravnavi so: neopravljen obisk pred operativnim posegom (psihična in fizična priprava), pomanjkljiva zdravstvena in negovalna dokumentacija (nepravilna ali pomanjkljiva indikcija za operativni poseg, neopredeljena stran posega-parni organi, opravljeni predhodni operativni posegi, vsadki, alergije, bolezni...), neoblikovanje negovalnih diagnoz.

Pomanjkljivosti v perioperativni obravnavi so: površno opravljena identifikacija pacienta (enak priimek in ime, zamenjava rojstva in starosti, napačen pacient), zdravstvena in negovalna dokumentacija ni pregledana (neupoštevanje procesne metode dela), napake pri namestitvi pacienta na operacijsko mizo (nepripravljena operacijska miza, neupoštevanje pacientovega fizičnega stanja in bolezni, lega prek roba, stik kože z operacijsko mizo, nepravilna namestitev nog, napačna priprava strani operativnega posega...), neupoštevanje intimnosti pacienta, nepripravljena operacijska soba, aparature, operativna ekipa, zaposleni ne delujejo kot tim, neupoštevanje delitve del med kirurško in anestezijsko ekipo, neupoštevanje aseptične metode dela, površno dokumentiranje opravljenega dela, evalvacija opravljenih perioperativnih zdravstvenih nege ni narejena (Prišenk, Rebernik Milič, 2006).

Pomanjkljivosti v postoperativni obravnavi so: nepravilna oskrba rane, nedokončano dokumentiranje perioperativne zdravstvene nege, pri premeščanju in predaji pacienta ne sodeluje celotna operativna in anestezijska ekipa, informacije in navodila medicinski sestri, ki sprejema pacienta niso podane ustno in pisno (ibid., str. 52).

Za varno delo v operacijskih prostorih je nujno poznavanje in preprečevanje potencialnih izvorov neželenih učinkov. Takšni neželeni varnostni incidenti se redko pojavijo, a je treba biti na njih pripravljen. Operacijski blok mora imeti vzpostavljeno kulturo varnosti, katere se morajo zavedati vsi zdravstveni delavci, ki se nahajajo na takem delovnem mestu (ibid., str. 53).

Kultura varnosti je kultura, pri kateri se vsakdo zaveda svojega prispevka k delovanju ustanove in možnosti, da gredo stvari lahko narobe. To je kultura odprtosti in pravičnosti, pri kateri ljudje lahko zvedo kaj gre narobe in potem stvari popravijo. Oblikovanje kulture varnosti potrebuje močno vodstvo, skrbno načrtovanje in spremljanje. Na varnost je potrebno gledati kot na prvo, prednostno nalogo zdravstvenega varstva. Zavzetost za kakovost in varnost mora biti izražena in sporočena na najvišji ravni zdravstvenega sistema ter prenesena v usmeritve in politično podporo javnega zdravja in varnosti pacientov. Kakovost in obvladovanje tveganj mora biti vključeno v dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje vseh zdravstvenih poklicev. Sistemski pristop je najboljši način izboljševanja varnosti pacientov. Obvladovanje tveganj je osnovano in povezano z upravljanjem kakovosti, upoštevajoč človeške dejavnike, njihovo strukturo, načela in procese. Za boljšo varnost pacientov je potrebno: zagotoviti, da je varnost pacientov osnova vseh zdravstvenih politik, posebno politike izboljševanja kakovosti, uveljavljati kulturo varnosti na vseh ravneh v zdravstvu, postaviti varnost pacientov kot prednostno nalogo vodstva in managementa, pospeševati oblikovanje sistema poročanja o varnostnih incidentih, poudariti pomembnost učenja iz izkušenj pri varnostnih incidentih, razviti izobraževalne programe za vse zdravstveno osebje, pospeševati raziskave o varnosti pacientov, vzpodbuditi mednarodno sodelovanje pri izmenjavi izkušenj in znanja glede vseh vidikov varnosti zdravstvene oskrbe (Priporočilo Odbora ministrov državam članicam, 2006).

Robida (2010), ugotavlja, da je za vzpostavitev sistema varnosti pacientov v zdravstvenih organizacijah potrebno sistemsko razmišljanje. Sistemski model je pokazal pravilnost razlage in pristopa k varnosti pacientov, ker se je izkazal za uspešnega in ker dokazano zmanjšuje škodo za zdravje zaradi napak. Nastanke varnostnih incidentov primerja z modelom švicarskega sira. Vsaka plast ali stopnja skrbi za svojo specifično obrambo pred neželenimi škodljivimi učinki. Luknje v rezinah sira nastajajo zaradi morebitnih aktivnih in latentnih napak (pogojev). Aktivne napake so nevarna dejanja, ki jih povzročijo zdravstveni delavci, ki so v neposrednem kontaktu s pacientom. Ti ljudje delajo napake, spodrsrljaje, so v zmoti. Take napake se takoj opazi. Latentni pogoji pa so

skrivne patogene napake, ki stalno bivajo in živijo znotraj sistema. Latentne napake je težje odkriti in se jih večkrat niti ne zavedamo. Luknje na posameznih stopnjah predstavljajo pomanjkljivosti, ki se s časom pojavijo ali pa izginejo. V idealno organiziranem zdravstvenem sistemu ne bi bila prisotna nobena luknja v tem modelu. Luknje v sistemu sira se neprestano premikajo, odpirajo in zapirajo ter spreminjajo lokacijo. Prisotnost lukenj v eni rezini pa ne pomeni nujno tragične posledice. Dogodek se zgodi, ko se luknje v nekem časovnem trenutku v vseh rezinah med seboj poravnajo. V takem spletu okoliščin nastopi nesrečni nevarni škodljivi učinek.

Omenjeni sistemski pristop varovanja pacienta deluje na principu več obrambnih plasti, katerim moramo posvetiti vso pozornost pri načrtovanju aktivnosti v operacijskem bloku. Funkcija teh plasti je zaščita potencialne žrtve-pacienta ali zdravstvenega delavca. Na prvem nivoju obrambe so organizacijski postopki, kjer se že v naprej razmišlja, kako preprečiti napake. Drugi nivo predstavlja nadzor nad izvajanjem sprejetih smernic oziroma standardov. Tretji nivo plasti, so predpogoji nastanka škodljivega učinka. Sem spadajo neustrezni pogoji dela. Na četrtem, zadnjem nivoju pa so sistemi, ki imajo nalogo, da preprečijo aktivne napake. Na tem nivoju se pojavijo napake, kot so spodrsaljaji, zmote, nerodnosti, nespretnosti in kršitve procedur. Varovalni sistemi na tem mestu so predvsem tehnične narave (Križmarič et al., 2006).

2.3.3 Smernice in priporočila o varnosti

Varnost in kakovost zdravstvene oskrbe ljudi je temeljno načelo v zdravstvu. Zato je potrebno pravno urediti področje tako imenovanega varnostnega incidenta oziroma opozorilnega nevarnega dogodka v skladu z Luksemburško deklaracijo EU o varnosti pacientov z leta 2005 in s Priporočilom Sveta EU o varnosti pacientov z leta 2009. Naše Ministrstvo za zdravje je izdalo nezavezujoče Navodilo o poročanju in notranji preiskavi varnostnih zapletov, ki pa v praksi ni zaživel. Predlog novega Zakona o zdravstveni dejavnosti določa obveznost zdravstvenih delavcev, da poročajo o varnostnem zapletu svoji ustanovi, ki mora preko pooblaščenca in komisije za kakovost

in varnost analizirati dogodek, poiskati vzroke zanj ter določiti ukrepe zlasti v sistemu in procesu zdravstvene dejavnosti, da se zaplet ne bi več ponovil (Planinšec, 2010).

2.3.3.1 Priporočila Sveta Evrope

Odbor ministrov ugotavlja, da čeprav napake nastajajo pri vsakem človeškem delovanju, je vendarle mogoče, da se iz njih učimo in preprečujemo njihovo ponavljanje in da so izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki so dosegli visoko raven varnosti sposobni priznati napake in se iz njih učiti. Varnost pacientov je prepoznana kot osnova kakovostne zdravstvene obravnave, temelječe na preventivnih pristopih in sistematični analizi. Na naložbe v varnost pacientov, pa tudi v izboljševanje kakovosti je potrebno gledati kot na ekonomsko zdravo in stroškovno učinkovito naložbo. Napake nastanejo, ker se ljudje motimo in ker so sistemi pomanjkljivi. Preprečijo se lahko s spreminjanjem pogojev v katerih ljudje delajo (Priporočilo Odbora ministrov državam članicam, 2006).

2.3.3.2 Priporočila Luksemburške deklaracije

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. V skladu s tem dejstvom imajo pacienti pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti kot uporabnika vseh zdravstvenih storitev. Zdravstvena dejavnost je področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi same bolezni, ampak kot posledica procesa zdravljenja, kar lahko pripelje do smrti, resnih okvar, komplikacij in pacientovega trpljenja. Kljub dejstvu, da imajo mnoge bolnišnice in zdravstvene ustanove postopke, ki zagotavljajo pacientovo varnost, zdravstvena dejavnost še vedno zaostaja za ostalimi industrijskimi in storitvenimi dejavnostmi, ki so uvedle sistemske varnostne procese (Luksemburška deklaracija, 2005).

2.4 PREPREČEVANJE VARNOSTNIH ZAPLETOV

2.4.1 Kirurški kontrolni varnostni seznam

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) izvaja številne globalne in regionalne pobude na področju kirurške varnosti. Eden takih projektov je tudi projekt »Varna kirurgija rešuje življenja«. Namen projekta je zmanjšati število neželenih dogodkov pri pacientih, ki so imeli opravljen operativni poseg. Cilj projekta je izvajanje postopkov v procesu zagotavljanja varnosti v operacijski dvorani. Izpostavljeni so vidiki preprečevanja anestezijskih in kirurških zapletov ter dobra komunikacija med člani operacijskega tima (Beganović et al., 2011).

V zadnjem času slovenske bolnišnice uvajajo sisteme za prepoznavanje, odkrivanje in preprečevanje neželenih dogodkov (Korinšek, 2009).

Z namenom ohranjanja dosedanje stopnje varnosti in nadgrajevanja le te, se je Kirurška klinika Univerzitetnega Kliničnega centra Ljubljana pridružila projektu »Varna kirurgija rešuje življenja«. V okviru pridružitve projektu se je pri vsakem operativnem posegu začelo izvajati varnostni kontrolni seznam. Izvajanje varnostnega kontrolnega seznama se je začelo pri travmatoloških operativnih posegih, nato pa tudi pri operativnih posegih na preostalih vejah kirurgije (Beganović et al., 2011).

Na Kirurški kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana smo se spomladi 2010 pridružili kampanji SZO »Varna kirurgija rešuje življenja«. Projekt je interdisciplinaren in vključuje različne poklicne skupine (kirurzi, anesteziologi, operacijske medicinske sestre, medicinske sestre pri anesteziji in bolničarje), ki sodelujejo pri izvajanju operativne dejavnosti. Projektu so se pridružile številne bolnišnice iz vsega sveta. Osnovni namen projekta je zagotoviti varno oskrbo kirurškega pacienta in zmanjšati rizične dejavnike in zaplete v operacijski sobi (ibid., 343).

Uvedba kirurškega varnostnega kontrolnega seznama predstavlja enostavno in učinkovito orodje po vzgledu kontrolnih seznamov v letalstvu. Pred uvedbo pacienta v anestezijo, pred začetkom operacije in ob koncu operacije, predno pacient zapusti operacijsko dvorano se preverijo vsi ključni dejavniki in postopki, ki bi lahko vplivali na varno kirurško in anesteziološko oskrbo pacienta (ibid.).

Varnostni kontrolni seznam uvaja novo varnostno kulturo v operacijski sobi in strukturirano komunikacijo med posameznimi poklicnimi skupinami, ki sodelujejo pri operativnem posegu. Postavlja varnost pacienta na prvo mesto (ibid., str. 343).

Namen uvedbe kirurškega varnostnega kontrolnega seznama v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana

Kirurški varnostni kontrolni seznam je preprosto orodje, ki smo ga v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana uvedli z namenom povečanja varnosti pacientov v perioperativnem obdobju. Uporaba seznama spodbuja boljšo komunikacijo med člani tima v operacijski dvorani. Z njim zagotavljamo učinkovito in pravočasno izvedbo kritičnih postopkov, katerih opustitev lahko privede do zapleta.

Faze kirurškega varnostnega kontrolnega seznama

Kirurški varnostni kontrolni seznam je razdeljen v tri faze poteka operativnega posega:

- pred uvodom v anestezijo,
- pred kirurškim rezom,
- preden pacient zapusti operacijsko sobo.

Koordinator kirurškega varnostnega kontrolnega seznama

Koordinator kirurškega varnostnega kontrolnega seznama je član operacijskega tima in hkrati odgovorna oseba, ki preverja posamezne kritične postopke v zvezi z operativnim posegom pri ostalih članih tima in s tem zagotavlja njihovo dosledno izvajanje.

Koordinator kirurškega varnostnega kontrolnega seznama pri odgovornih članih tima preveri izvedbo posameznih postopkov in jih potrdi na kontrolnem seznamu z oznako »X«.

V primeru odklonov pri posameznih postopkih ustavi nadaljnji potek dela in se skupaj z člani tima dogovori o nadaljnjih ukrepih, ki bodo zagotovili varno nadaljevanje operativnega posega. Posamezni odkloni se zabeležijo pod opombe na kirurškem varnostnem kontrolnem seznamu. Koordinator ob zaključku preverjanja postopkov zavede svoje ime in priimek in se podpiše (ibid., str. 345).

Kirurški varnostni kontrolni seznam se izvaja v treh fazah in za vsako fazo posebej so določeni postopki, ki se preverijo.

Faza »SIGN IN« ali pred uvodom v anestezijo

Postopke v tej fazi preveri operacijska medicinska sestra ali član anesteziološkega tima (glede na mesto anesteziološke priprave pacienta). Ne glede na to kdo je v tej fazi kirurškega varnostnega kontrolnega seznama je pomembno, da se preverijo sledeči postopki: PACIENT JE POTRDIL IDENTITETO, PRIVOLITEV NA POSEG IN ANESTEZIJO, VRSTO OPERATIVNEGA POSEGA IN STRAN OPERATIVNEGA PODROČJA. Koordinator pacienta zaprosi, da pove svoje ime in priimek ter datum rojstva (če je možno); identiteto preveri tudi s pregledom podatkov na identifikacijskem traku. V primeru otrok ali pacientov, ki niso zmožni navesti identifikacijskih podatkov, lahko to storijo starši ali skrbniki pacienta, koordinator preveri ali je podpisana privolitev na operativni poseg in privolitev na anestezijske postopke, koordinator preveri vrsto in stran operativnega področja pri pacientu, koordinator preveri pacientove navedbe s podatki v pacientovi dokumentaciji. OPERATIVNO PODROČJE JE OZNAČENO: koordinator preveri ali je označeno operativno mesto pri pacientu oz. ali določitev operativnega mesta s kirurške strani ni potrebna. Poleg tega pa koordinator preveri pri anesteziološkem timu ali je le ta preveril: anestezijski aparat in zdravila, alergije pri pacientu, tveganje za težko intubacijo, tveganje za aspiracijo, tveganje za veliko izgubo krvi (ibid.,str. 346).

Faza » TIME OUT« ali pred kirurškim rezom

Koordinator kirurškega varnostnega kontrolnega seznama je v tej fazi operacijska medicinska sestra, ki pred kirurškim rezom prosi vse člane tima za kratek premor in najprej zaprosi, da se: novi člani tima predstavijo po imenu in funkciji in nato zagotovi sledeče ustne potrditve: KIRURG PREDSTAVI PACIENTA (kratek opis poteka operacije, posebnosti, trajanje, pričakovana izguba krvi), kirurg, anesteziološki tim in operacijska medicinska sestra ustno potrdijo pacientovo identiteto, vrsto in stran operativnega področja, varno namestitev pacienta, anesteziolog predstavi pacienta (posebnosti, rizične dejavnike), »umita operacijska medicinska sestra« potrdi sterilnost, preverjen in preštet inštrumentarij, material in opremo, anestezijska ekipa potrdi, da je pacient prejel antibiotično profilakso, prisotnost rtg slike, izvidi potrebni za operativni poseg pa potrdi kirurg (ibid.).

Faza » SIGN OUT« ali preden pacient zapusti operacijsko sobo

Tudi to fazo kirurškega varnostnega kontrolnega seznama preveri operacijska medicinska sestra (koordinator). Ta del kirurškega varnostnega kontrolnega seznama mora biti izveden preden se odpelje pacienta iz operacijske sobe. Preveri se slednje:

OPERATIVNI POSEG PRAVILNO ZAPISAN

S tem je mišljeno, da se preveri ali je opravljen predvideni operativni poseg oziroma ali se je ta zaradi spremenjene situacije spremenil ali razširil. Poleg tega pa se v tej fazi preveri tudi ali je operativni poseg pravilno zapisan v operacijske protokole.

ŠTETJE IN KONTROLA INSTRUMENTOV IN OPERATIVNEGA MATERIALA JE TOČNO

Koordinator skupaj z »umito operacijsko medicinsko sestro« preveri, če je štetje inštrumentov in materiala zaključeno in če je število pravilno (končno število enako prvotnemu).

PRAVILNO OZNAČENI TKIVNI VZORCI

Koordinator vpraša kirurga ali so bili med operativnim posegom odvzeti tkivni vzorci in v kolikor so bili glasno prebere pacientovo ime, opis vzorca in označbe.

EVIDENCA IN PRAVILNI UKREPI V PRIMERU TEŽAV Z OPREMO

Pomembno je, da se natančno identificira slabo delujoče inštrumente ali opremo in da se v tem primeru ravna v skladu s predpisom Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Kirurg in anesteziolog podata navodila glede pooperativne oskrbe pacienta. Določena in obveščena je enota na katero bo pacient premeščen po operativnem posegu (ibid.,str. 347).

Izveden kirurški varnostni kontrolni seznam

Zaključen in izpolnjen list kirurškega varnostnega kontrolnega seznama je del dokumentacije izvajanja varnostnih standardov v operacijski sobi in ne sodi med pacientovo dokumentacijo. Zbira in analizira ga služba za kakovost.

Kirurški varnostni kontrolni seznam je učinkovito orodje za izboljšanje kakovosti kirurške oskrbe pacienta, saj je njegova uporaba v operacijskih dvoranh zmanjšala pogostost infekta kirurške rane in smrtnost za 30%.

Tudi prvi rezultati v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana so spodbudni. Zmanjšal se je delež pacientov, ki nimajo urejene dokumentacije (podpis pristankov na operacijo in anestezijo). Pacienti pravočasno prejemajo antibiotično profilakso pred operativnim posegom.

Vsekakor se je izboljšala tudi komunikacija v operacijski dvorani. Vsi člani operacijskega tima se zavedamo skupne odgovornosti za varnost pacienta med operativnim posegom in z doslednim izvajanjem kirurškega varnostnega kontrolnega seznama se na tem področju le še krepimo in izboljšujemo (ibid.).

3. EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti teoretične osnove potencialnih dejavnikov tveganja, ki lahko privedejo do varnostnega zapleta v operacijski sobi, ter vzroki za nastanek le-teh. Želimo ugotoviti kako dobro operacijske medicinske sestre (inštrumentarke/ji) v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana poznajo dejavnike tveganja in možne vzroke za nastanek varnostnega zapleta, ter če se čutijo odgovorne za varnost pacienta. Zaposlene želimo spodbuditi k organizaciji strokovnih srečanj na tem področju, ter s tem vzbuditi še večjo odgovornost za varnost pacienta.

V ta namen smo izvedli raziskavo s katero smo si zastavili naslednje cilje:

- Proučiti potencialne dejavnike tveganja, ki lahko privedejo do varnostnega zapleta.
- Ugotoviti, ali operacijske medicinske sestre čutijo odgovornost za varnost pacientov.
- Ugotoviti, če se operacijske medicinske sestre v operacijskem bloku zavedajo, da dosledno izpolnjevanje kirurškega kontrolnega varnostnega seznama zagotavlja večjo varnost pacienta.

Zastavili smo si cilj, da bi rezultati našega dela razkrili področja z odstopanji, katere je možno izboljšati, ter s tem vzbudili še večjo odgovornost za varnost pacienta.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Ali se operacijske medicinske sestre čutijo odgovorne za varnost pacienta?
2. Ali operacijske medicinske sestre poznajo dejavnike tveganja za nastanek varnostnega zapleta?
3. Ali se operacijske medicinske sestre zavedajo pomena uvedbe kirurškega kontrolnega varnostnega seznama?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V raziskavi smo uporabili kvantitativno metodo raziskovanja. Uporabili smo vprašalnik zasnovan na deskriptivni metodi dela, s katerim smo preučili problematiko varnosti pacienta v operacijskem bloku. Raziskavo smo izvedli med zaposlenimi operacijskimi medicinskimi sestrami v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Naredili smo pregled literature po podatkovnih bazah COBISS, PUB MED, ERIC in spletno stran AORN, ter si pomagali z internetnim brskalnikom Google.si. Literaturo smo omejili na slovenski in angleški jezik, ter na starost manj kot 10 let. Pri iskanju literature smo uporabili ključne besede v slovenskem jeziku: *perioperativna zdravstvena nega, operacijska medicinska sestra, varnost pacienta*, ter ključne besede v angleškem jeziku: *perioperative care, operating room nurse, patient safety*.

3.3.2 Opis merskega inštrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturiran vprašalnik, katerega smo razdelili med zaposlene operacijske medicinske sestre v operacijskem bloku Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov vprašanj. Vključeval je 28 vprašanj zaprtega tipa in 3 vprašanja polodprtega tipa. Prvi sklop vprašanj je vseboval demografske podatke pacientov (spol, starost, izobrazba). Drugi sklop je bil sestavljen iz trditev, ki so jih operacijske medicinske sestre ocenjevale po petstopenjski Likertovi lestvici, pri kateri pomeni 1, da se s trditvijo popolnoma niso strinjali; 2, da se niso strinjali; 3, da so bili neopredeljeni; 4, da so se strinjali in 5, da so se popolnoma strinjali s trditvijo. Ta del vprašalnika je bil razdeljen na štiri sklope s katerim smo želeli ugotoviti odgovornost operacijskih medicinskih sester za varnost pacienta, vzroke za nastanek varnostnega zapleta, potencialne dejavnike tveganja, ki lahko privedejo do varnostnega zapleta, ter zavedanje pomena uvedbe kirurškega kontrolnega varnostnega seznama.

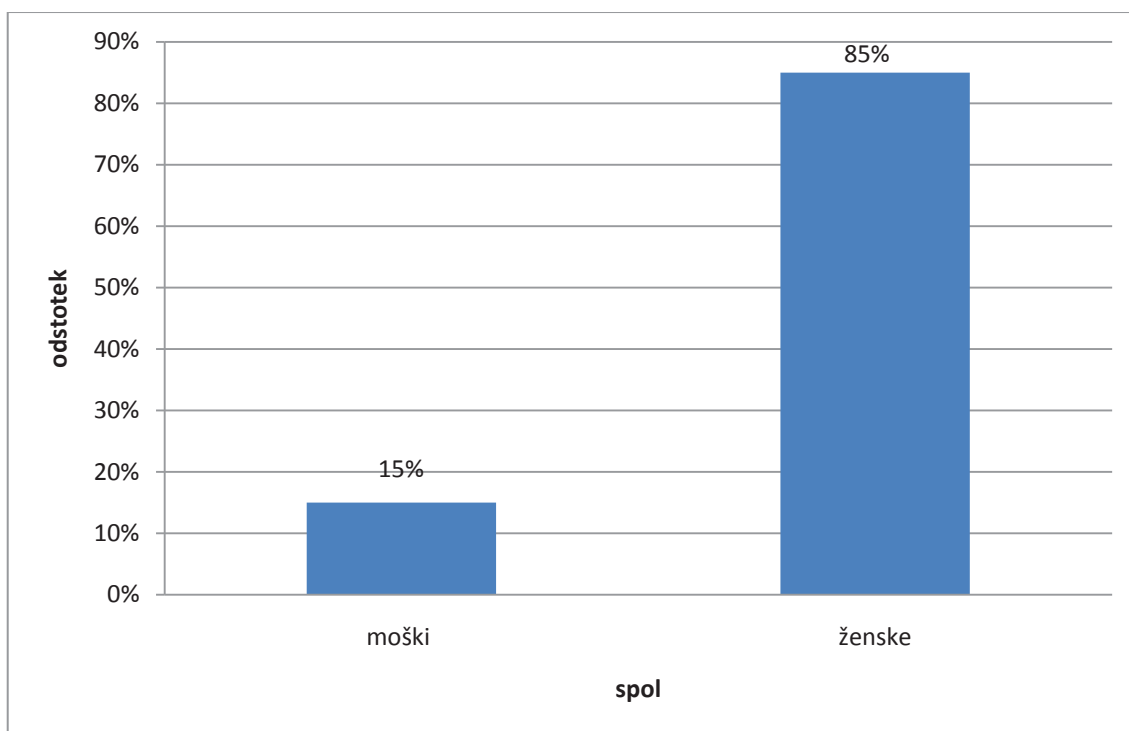
Tretji sklop vprašanj se je osredotočal na znanje operacijskih medicinskih sester o zagotavljanju varnosti pacienta v operacijski sobi.

Zanesljivost instrumenta smo preverili z izračunom Cronbach alfa koeficientom. Za prvi sklop vprašanj smo izračunali Cronbach alfa koeficient 0,88, kar kaže na zelo dobro zanesljivost instrumenta na uporabljenem vzorcu. Tudi pri drugih dveh sklopih vprašanj je Cronbach alfa koeficient pokazal dobro zanesljivost instrumenta na uporabljenem vzorcu, in sicer 0,83 pri drugem in 0,80 pri tretjem sklopu vprašanj.

3.3.3 Opis vzorca

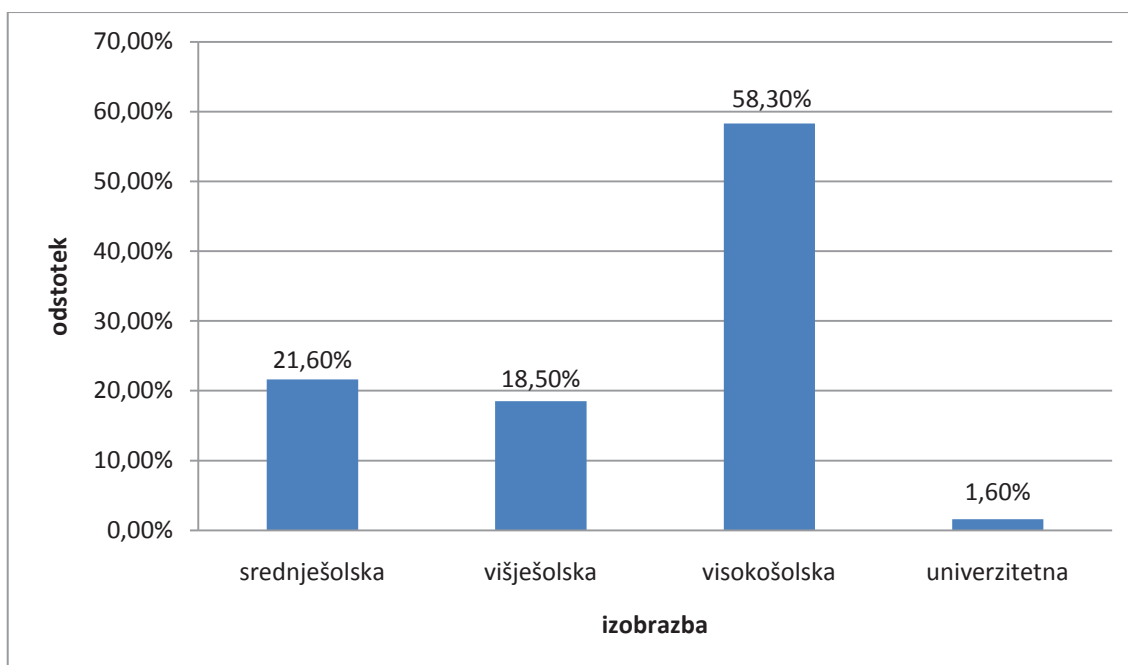
Raziskavo smo izvedli v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, med zaposlenimi operacijskimi medicinskimi sestrami v operacijskem bloku. Raziskavo smo izvedli v mesecu marcu 2013. Med zaposlene smo razdelili 60 anketnih vprašalnikov in prav toliko smo jih dobili vrnjenih. Vsi anketni vprašalniki so bili pravilno izpolnjeni, zato smo za analizo rezultatov lahko upoštevali vseh 60 vprašalnikov, kar predstavlja 100% realizacijo.

Med anketiranci je sodelovalo 51 žensk (85%) in 9 moških (15%), kar prikazuje slika 1. Povprečna starost anketirancev je bila 40,3 let.



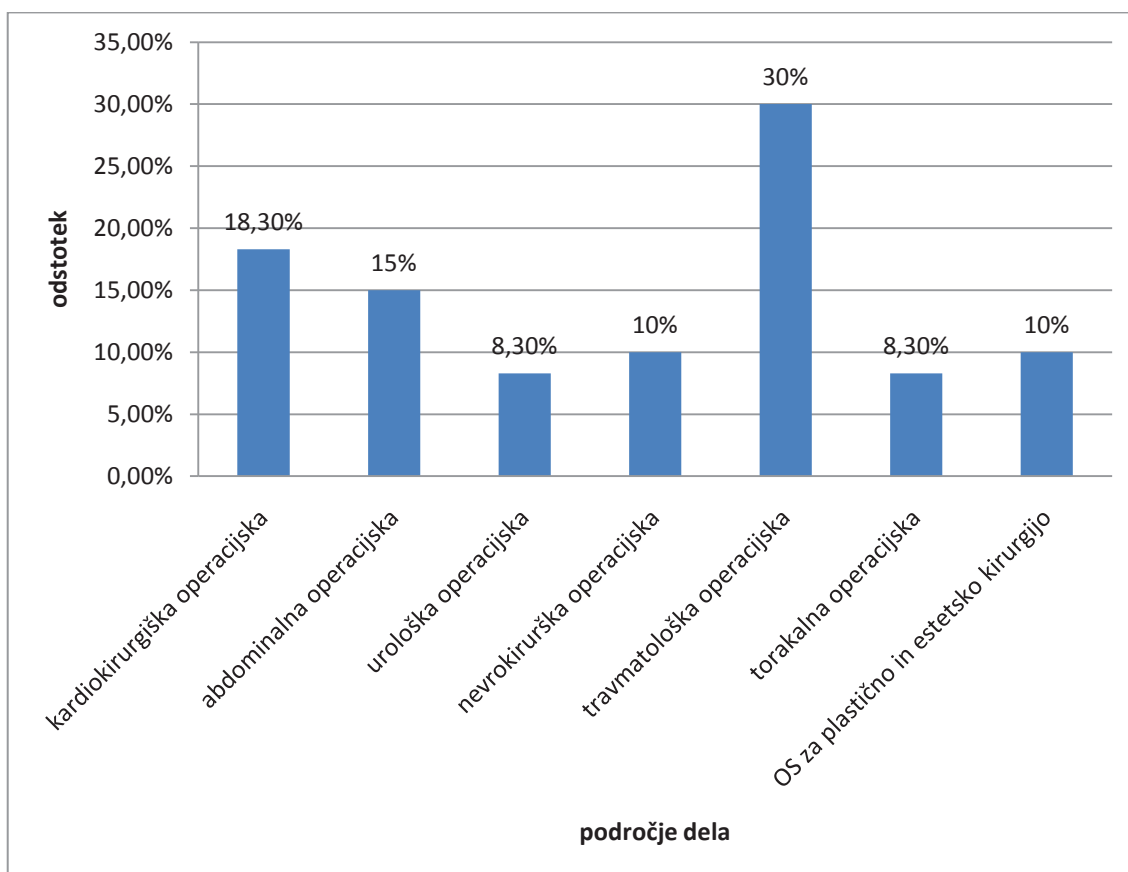
Slika 1: Prikaz deleža moških in ženskih anketirancev

13 anketirancev je navedlo srednješolsko izobrazbo (21,6%), 11 višješolsko (18,3%), 35 visokošolsko (58,3%), ter 1 (1,6%) univerzitetno izobrazbo, kar prikazuje slika 2.



Slika 2: Prikaz stopnje izobrazbe anketirancev

11 anketirancev je kot področje dela navedlo kardiokirurško operacijsko sobo (18,3%), 9 abdominalno (15%), 5 urološko (8,3%), 6 nevrokirurško (10%), 18 travmatološko (30%), 5 torakalno (8,3%), ter 6 (10%) operacijsko sobo za plastično kirurgijo in opekline, kar prikazuje slika 3.



Slika3: Prikaz področja dela anketirancev

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvedbo raziskave smo najprej pridobili soglasje glavne medicinske sestre kirurške klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Z raziskavo smo seznanili tudi glavno medicinsko sestro operacijskega bloka v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Neposredno pred izvajanjem raziskave smo pridobili ustno soglasje zaposlenih za izvedbo raziskave in za uporabo pridobljenih podatkov v študijske

namene. Anonimnost vključenih v raziskavo smo zagotovili s tem, da so anketiranci vprašalnike izpolnjevali samostojno v zasebnem prostoru nato pa so vprašalnike oddali v za to namenjen zabojnik. Obdelavo podatkov smo pričeli z nadzorom pravilnega izpolnjevanja anketnih vprašalnikov, nato pa smo dobljene rezultate obdelali s pomočjo programa SPSS Statistic, verzija 21.0. Za pridobljene rezultate smo izračunali najmanjšo in največjo vrednost, povprečno vrednost ter standardni odklon. Rezultate smo predstavili tabelarično oziroma grafično ter jih besedno interpretirali.

3.4 REZULTATI

V drugem sklopu prvega dela anketnega vprašalnika, nas je zanimala odgovornost operacijskih sester za varnost pacientov. Na naslednje trditve so anketiranci odgovarjali po Likertovi lestvici (od 1 (se popolnoma ne strinjam) do 5 (se popolnoma strinjam)).

Tabela 1: Odgovornost operacijskih medicinskih sester za varnost pacienta

Trditev	N	MIN	MAX	PV	SO
Pri pacientu, ki je sprejet v operacijski blok, poskrbite za njegovo varnost.	60	1	5	4,5	0,77
Pri zagotavljanju varnosti pacienta v operacijskem bloku, prevzimate del odgovornosti nase.	60	1	5	4,3	1,06
Zavedate se, da z dosledno uporabo smernic dela, standardov, zagotavljate večjo varnost pacienta.	60	2	5	4,6	0,58
Operacijska medicinska sestra ima v multidisciplinarnem timu v operacijski sobi pomembno vlogo pri zagotavljanju varnosti pacienta.	60	1	5	4,51	0,79
Neželene dogodke (varnostne zaplete), je potrebno znotraj tima zdravstvene nege prijaviti, analizirati o njih diskutirati.	60	1	5	4,66	0,70

S trditvijo, da pri pacientu, ki je sprejet v operacijski blok poskrbijo za njegovo varnost, se je popolnoma strinjalo 36 (60%) anketirancev, 21 (35%) se jih je strinjalo, 1 (1,7%) je bil neopredeljen, 1 (1,7%) se ni strinjal, prav tako se 1 (1,7%) popolnoma ni strinjal. Na to trditev se je večina anketirancev strinjala (PV=4,5 SO=0,77).

Prav tako se je večina anketirancev strinjala s trditvijo »Pri zagotavljanju varnosti pacienta v operacijskem bloku prevzimate del odgovornosti nase (PV=4,3 SO=1,06).

36 (60%) anketirancev se je s to trditvijo popolnoma strinjalo, 13 (21,7%) se jih je strinjalo, 6 (10%) je bilo neopredeljenih, 3 (5%) se niso strinjali, 2 (3,3%) pa se popolnoma nista strinjala.

38 (63,3%) anketirancev se je popolnoma strinjalo s trditvijo, da se zavedajo, da z dosledno uporabo smernic dela, standardov, zagotavljajo večjo varnost pacienta, 21 (35%) se jih je strinjalo, neopredeljen ni bil nihče. V povprečju, se je večina anketirancev strinjala (PV=4,60 SO=0,58), le 1 (1,7%) pa se s to trditvijo ni strinjal.

Večina anketirancev je bilo mnenja, da ima medicinska sestra v multidisciplinarnem timu v operacijski sobi pomembno vlogo pri zagotavljanju varnosti pacienta (PV=4,51 SO=0,79). 38 (63,3%) anketirancev se je s to trditvijo popolnoma strinjalo, 18 (30%) se jih je strinjalo, 2 (3,3%) sta bila neopredeljena, 1 (1,7%) se ni strinjal in 1 (1,7%) se popolnoma ni strinjal.

45 (75%) anketirancev se je popolnoma strinjalo, da je varnostne zaplete potrebno znotraj tima zdravstvene nege prijaviti, jih analizirati, diskutirati o njih, 12 (20%) se jih je strinjalo, 2 (3,3%) sta bila neopredeljena, 1 (1,7%) pa se popolnoma ni strinjal s trditvijo. Večina anketiranih medicinskih sester se v povprečju strinja s tem, da je potrebno varnostne zaplete znotraj tima zdravstvene nege prijaviti, jih analizirati, diskutirati (PV=4,66 SO=0,70).

Zanimali so nas tudi vzroki za nastanek varnostnih zapletov. Anketirance smo spraševali na enak način, kot pri trditvah o odgovornosti operacijskih medicinskih sester za varnost pacientov.

Tabela 2: Vzroki varnostnega zapleta

Trditev	N	MIN	MAX	PV	SO
Preobremenjenost zaposlenih.	60	1	5	4,2	0,97
Pomanjkanje kadra.	60	1	5	4,01	1,03
Hitenje.	60	1	5	4,13	0,99
Slaba organizacija dela.	60	1	5	1,07	1,07

N = število anketirancev, MIN = najmanjša vrednost, MAX = največja vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Pri trditvi, da je vzrok za varnostni zaplet preobremenjenost zaposlenih, se je 28 (46,7%) anketirancev popolnoma strinjalo, 22 (36,7%) se jih je strinjalo, 5 (8,3%) je bilo neopredeljenih, 4 (6,7%) se niso strinjali, 1 (1,7%) pa se popolnoma ni strinjal. Večina anketirancev je mnenja, da je preobremenjenost zaposlenih lahko vzrok za nastanek varnostnega zapleta (PV=4,2 SO=0,97). Prav tako je večina mnenja, da je lahko vzrok za nastanek varnostnega zapleta pomanjkanje kadra (PV=4,01 SO=1,03). 23 (38,3%) anketirancev se je s to trditvijo popolnoma strinjalo, 22 (36,7%) se jih je strinjalo, 10 (16,7%) je bilo neopredeljenih, 3 (5%) se niso strinjali, 2 (3,3%) pa se popolnoma nista strinjala s trditvijo. 26 (43,3%) anketirancev se je popolnoma strinjalo, da je vzrok za varnostni zaplet lahko hitenje, 23 (38,3%) se jih je strinjalo, 5 (8,3%) je bilo neopredeljenih, prav tako se jih 5 (8,3%) ni strinjalo, 1 (1,7%) pa se popolnoma ni strinjal. Tudi hitenje je večina anketirancev opredelilo kot možen vzrok za nastanek varnostnega zapleta (PV=4,13 SO=0,99). Pri trditvi, da je vzrok za varnostni zaplet slaba organizacija dela je v povprečju glede na ostala vprašanja ostalo največ anketirancev neopredeljenih, kar je razvidno tudi iz rezultatov (PV=1,07 SO=1,07). Na trditev, da je vzrok za varnostni zaplet lahko slaba organizacija dela, se je 21 (35,0%) anketirancev popolnoma strinjalo, 16 (26,7%) se jih je strinjalo, 16 (26,7%) je bilo neopredeljenih, 6 (10,0%) se jih ni strinjalo, 1 (1,7%) pa se popolnoma ni strinjal. Rezultati drugega sklopa trditev so prikazani v tabeli 2.

Zanimalo nas je kaj smatrajo medicinske sestre kot neželen dejavnik, ki bi privedel do varnostnega zapleta v operacijski sobi.

Tabela 3: Neželeni dejavniki

Trditev	N	MIN	MAX	PV	SO
Padec iz operacijske mize.	60	1	5	4,35	0,95
Nizke operacijske luči.	60	1	5	2,66	1,17
Možnost nastanka razjede zaradi pritiska.	60	1	5	4,10	1,08
Poškodbe brahialnega pleteža in perifernih živcev.	60	1	5	4,00	1,04
Nevarnost opeklin.	60	1	5	4,10	0,91
Zaostal obvezilni material.	60	1	5	3,51	1,43

N = število anketirancev, MIN = najmanjša vrednost, MAX = največja vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

34 (56,7%) anketirancev se je popolnoma strinjalo, da je padec iz operacijske mize neželen dejavnik, ki v operacijski sobi lahko privede do varnostnega zapleta, 18 (30,0%) se jih je strinjalo, 5 (8,3%) je bilo neopredeljenih, 1 (1,7%) se ni strinjal, 2 (3,3%) pa se popolnoma nista strinjala. Večina anketirancev je mnenja, da je padec iz operacijske mize neželen dejavnik tveganja, ki lahko privede do varnostnega zapleta (PV=4,35 SO=0,95). Relativno slabo povprečno vrednost smo dobili pri trditvi, da so nizke operacijske luči možen dejavnik tveganja, ki privede do varnostnega zapleta (PV=2,66 SO=1,17). Za to trditev, se je 5 (8,3%) anketirancev popolnoma strinjalo, 10 (16,7%) se jih je strinjalo, 14 (23,3%) je bilo neopredeljenih, 22 (36,7%) se jih ni strinjalo, 9 (15,0%) pa se jih popolnoma ni strinjalo.

27 (45%) anketirancev se je popolnoma strinjalo, da je neželen dejavnik, ki lahko privede do varnostnega zapleta, možnost nastanka razjede zaradi pritiska, 20 (33,3%) se jih je strinjalo, 8 (13,3%) je bilo neopredeljenih, 2 (3,3%) se nista strinjala, 3 (5,0%) pa se s trditvijo popolnoma niso strinjali. Večina anketirancev je mnenja, da je neželen dejavnik tveganja, ki lahko privede do varnostnega zapleta možnost nastanka razjede zaradi pritiska (PV=4,10 SO=1,08). Tudi s trditvijo, da je neželen dejavnik tveganja poškodba brahialnega pleteža in perifernih živcev, ki privede do varnostnega zapleta se je večina anketirancev strinjala (PV=4,00 SO=1,04).

22 (36,7%) anketirancev se je popolnoma strinjalo, da je neželen dejavnik poškodba brahialnega pleteža in perifernih živcev, 24 (40,0%) se jih je strinjalo, 8 (13,3%) je bilo neopredeljenih, 4 (6,7%) se niso strinjali, 2 (3,3%) pa se s trditvijo popolnoma nista strinjala.

Na trditev, da je nevarnost opeklin lahko neželen dejavnik tveganja za nastanek varnostnega zapleta v operacijski sobi, se je 21 (35%) anketirancev popolnoma strinjalo, 29 (48,3%) se jih je strinjalo, 7 (11,7%) je bilo neopredeljenih, 1 (1,7%) se ni strinjal, 2 (3,3%) pa se s trditvijo popolnoma nista strinjala. Večina se jih strinja s tem, da je nevarnost opeklin možen neželen dejavnik tveganja v operacijski sobi (PV=4,10 SO=0,91). Večina anketirancev je tudi mnenja, da je zaostal obvezilni material možen neželen dejavnik tveganja, ki lahko privede do varnostnega zapleta (PV=3,51 SO=1,43).

21 (35,0%) anketirancev se je s to trditvijo popolnoma strinjalo, 13 (21,7%) se jih je strinjalo, 10 (16,7) je bilo neopredeljenih, 8 (13,3%) pa se jih s trditvijo popolnoma ni strinjalo.

Preverjali smo tudi mnenje anketirancev o kirurškem kontrolnem varnostnem seznamu.

Tabela 4: Kirurški kontrolni varnostni seznam

Trditev	N	MIN	MAX	PV	SO
Uvedba kirurškega kontrolnega varnostnega seznama v operacijskem bloku UKC Ljubljana je smiselna in zagotavlja večjo varnost pacienta.	60	1	5	4,28	0,86
Kirurški kontrolni varnostni seznam uvaja novo varnostno kulturo v operacijski sobi in spodbuja boljšo komunikacijo med posameznimi poklicnimi skupinami.	60	2	5	4,18	0,81
Kirurški kontrolni varnostni seznam, postavlja varnost pacienta na prvo mesto.	60	1	5	4,43	0,87
S kirurškim kontrolnim varnostnim seznamom zagotavljamo učinkovito in pravočasno izvedbo kritičnih postopkov, katerih opustitev lahko privede do zapleta.	60	1	5	4,11	0,95
Pri izpolnjevanju kirurškega kontrolnega varnostnega seznama sodelujejo vsi člani tima enakovredno.	60	1	5	3,46	1,22
Kirurški kontrolni varnostni seznam so člani tima sprejeli pozitivno.	60	1	5	3,01	1,08

N = število anketirancev, MIN = najmanjša vrednost, MAX = največja vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

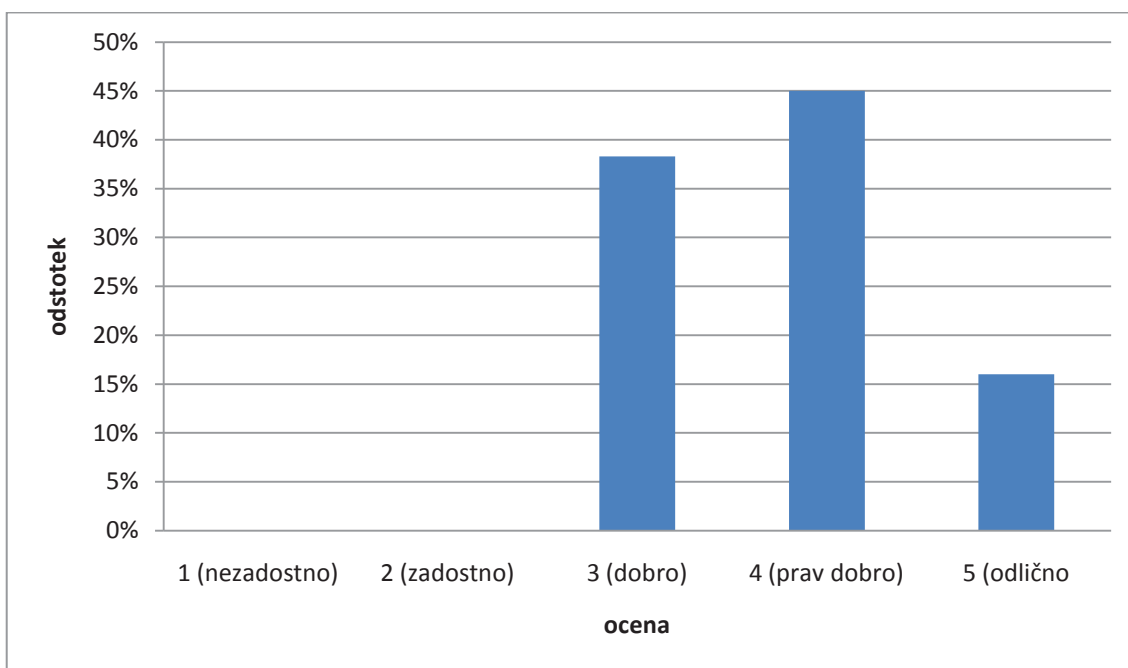
29 (48,3%) anketirancev se je popolnoma strinjalo s trditvijo, da je uvedba kirurškega kontrolnega varnostnega seznama v operacijskem bloku Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana smiselna in zagotavlja večjo varnost pacienta, 22 (36,7%) se jih je

strinjalo, 7 (11,7%) je bilo neopredeljenih, 1 (1,7%) se ni strinjal, 1 (1,7%) pa se s trditvijo popolnoma ni strinjal. Večina anketirancev je mnenja, da je uvedba kirurškega varnostnega seznama v operacijskem bloku Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana smiselna in da zagotavlja večjo varnost pacienta (PV=4,28 SO=0,86).

Tudi s trditvijo, da kirurški kontrolni varnostni seznam uvaja novo varnostno kulturo v operacijski sobi in spodbuja boljšo komunikacijo med posameznimi poklicnimi skupinami, se je večina anketirancev strinjala (PV=4,18 SO=0,81). 23 (38,3%) anketirancev se je popolnoma strinjalo s trditvijo, 28 (46,7%) se jih je strinjalo, 6 (10%) je bilo neopredeljenih, 3 (5%) se niso strinjali, nihče (0%) pa se popolnoma ni strinjal. 37 (61,7%) anketirancev se je popolnoma strinjalo s trditvijo, da kirurški kontrolni varnostni seznam postavlja varnost pacienta na prvo mesto, 15 (25%) se jih je strinjalo, 6 (10%) je bilo neopredeljenih, 1 (1,7%) se ni strinjal, prav tako se 1 (1,7%) popolnoma ni strinjal. Pri tej trditvi smo ugotovili, da se večina anketirancev strinja s tem, da kirurški kontrolni varnostni seznam postavlja pacienta na prvo mesto (PV=4,43 SO=0,87). S trditvijo, da s kirurškim kontrolnim varnostnim seznamom zagotavljamo učinkovito in pravočasno izvedbo kritičnih postopkov, katerih opustitev lahko privede do zapleta, se jih je 25 (41,7%) popolnoma strinjalo, 22 (36,7%) se jih je strinjalo, 9 (15%) je bilo neopredeljenih, 3 (5%) se niso strinjali, 1 (1,7%) pa se popolnoma ni strinjal. Tudi pri tej trditvi smo dobili relativno visoko povprečno vrednost (PV=4,11 SO=0,95), kar kaže na to, da se z njo večina anketirancev strinja. 15 (25%) anketirancev se je popolnoma strinjalo, da pri izpolnjevanju kirurškega kontrolnega varnostnega seznama sodelujejo vsi člani tima enakovredno, 17 (28,3%) se jih je strinjalo, 12 (20%) je bilo neopredeljenih, 13 (21,7%) se jih ni strinjalo, 3 (5%) pa se popolnoma niso strinjali. S trditvijo, da so kirurški kontrolni varnostni seznam člani tima sprejeli pozitivno, se jih je 5 (8,3%) popolnoma strinjalo, 16 (26,7%) se jih je strinjalo, 18 (30%) je bilo neopredeljenih, 17 (28,3%) se jih ni strinjalo, 4 (6,7%) pa se popolnoma niso strinjali s trditvijo. Malo manj visoke povprečne vrednosti smo dobili pri zadnjih dveh trditvah, da pri izpolnjevanju kirurškega kontrolnega varnostnega seznama sodelujejo vsi člani tima enakovredno (PV=3,46 SO=1,22), ter da so kirurški kontrolni

varnostni seznam člani tima sprejeli pozitivno (PV=3,01 SO=1,08), vendar se še vedno z obema trditvama strinja večina anketirancev.

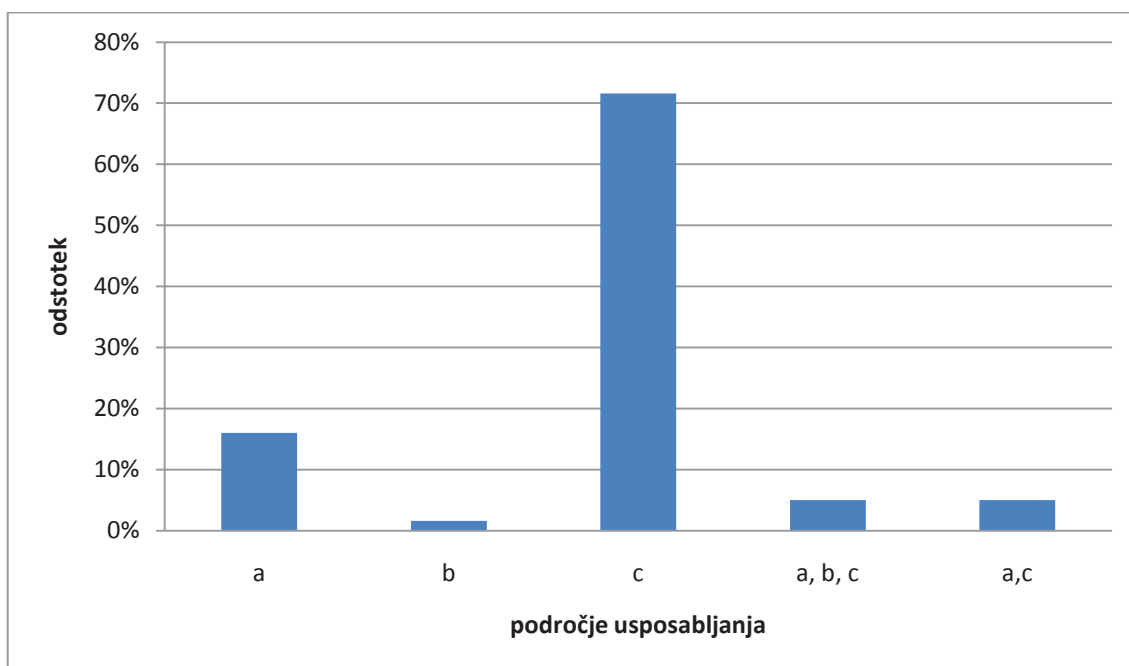
Anketiranci so na vprašanje, kakšno je vaše znanje o zagotavljanju varnosti pacienta v operacijskem bloku, izbirali možnost med 1-5 (1= nezadostno, 2=zadostno, 3= dobro, 4= prav dobro, 5=odlično). Povprečna ocena anketirancev glede njihovega znanja je bila 3,78. Na vprašanje, če bi se želeli dodatno izobraževati in usposablјati glede zagotavljanja varnosti pacienta, je 60 (100%) anketirancev odgovorilo z »da«.



Slika4:Prikaz ocen anketirancev glede njihovega znanja o zagotavljanju varnosti pacienta

Pri zadnjem vprašanju, na katerem področju bi si želeli poglobiti/nadgraditi znanje, so anketiranci izbirali med tremi podanimi odgovori (A: na področju pomena odgovornosti o varnosti pacienta, B: na področju uporabe in pravilne izpolnitve kirurškega kontrolnega varnostnega seznama, C: na področju dejavnikov tveganja za nastanek varnostnega zapleta). 10 (16%) anketirancev bi si želelo poglobiti znanje na področju pomena odgovornosti o varnosti pacienta, 1 (1,6%) bi si želel poglobiti/nadgraditi znanje na področju uporabe in pravilne izpolnitve kirurškega kontrolnega varnostnega

seznama, 43 (71,6%) bi si jih želelo znanje poglobiti na področju dejavnikov tveganja za nastanek varnostnega zapleta, 3 (5%) bi si znanje poglobilo/nadgradilo na vseh treh področjih, ter 3 (5%) na področju odgovornosti o varnosti pacienta in področju dejavnikov tveganja za nastanek varnostnega zapleta.



Slika5: Prikaz področja na katerem bi se anketiranci želeli dodatno usposablјati

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo, ki smo jo izvedli v Univerzitetnem Kliničnem centru Ljubljana, marca 2013, smo želeli ugotoviti ali se operacijske medicinske sestre v operacijskem bloku Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana čutijo odgovorne za varnost pacienta, ali poznajo dejavnike tveganja za nastanek varnostnega zapleta, ter če se zavedajo pomena uvedbe kirurškega kontrolnega varnostnega seznama.

Po analizi rezultatov smo ugotovili, da več kot polovica (60%) operacijskih medicinskih sester pri pacientu, sprejetem v operacijski blok, poskrbi za njegovo varnost, ter da pri zagotavljanju varnosti pacienta prevzemajo del odgovornosti nase. V povezavi s tem raziskovalnim vprašanjem smo ugotovili tudi, da se večina (63,3%) zaveda, da imajo v multidisciplinarnem timu v operacijski sobi pomembno vlogo pri zagotavljanju varnosti pacienta.

Z anketnim vprašalnikom smo želeli tudi raziskati kaj je po mnenju zaposlenih največji vzrok za nastanek varnostnega zapleta. Anketiranci (46,7%) so preobremenjenost zaposlenih največkrat izpostavili kot vzrok, ki lahko privede do varnostnega zapleta v operacijski sobi. Relativno visoke povprečne vrednosti so bile tudi pri trditvah, da je hitenje (PV=4,13) in pomanjkanje kadra (PV=4,01) lahko vzrok za nastanek varnostnega zapleta.

Avtorici Alfredsdottir in Bjornsdottir sta predstavili izsledke raziskave, opravljene v Islandiji leta 2004 in 2005. V obeh študijah se operacijske medicinske sestre čutijo odgovorne za varnost pacienta. Opisale so, da se srečujejo s pomanjkanjem kadra, hitenjem in preobremenjenostjo. Prav to je vprašljivo s strani varnosti pacienta in zaposlenih. Tschudin (2004, str. 35) pravi: »Medicinske sestre so neposredno prizadete zaradi proračuna, običajno in najbolj neposredno s pomanjkanjem kadra. Ko postane situacija kronična, osebe izgubi zanimanje in morala pade. Vedno težje je biti sočuten, zaupljiv in vesten, če se vsepovsod nižajo standardi«.

Eden od ciljev raziskave je bil preveriti ali operacijske medicinske sestre poznajo dejavnike tveganja za nastanek varnostnega zapleta in kateri so po njihovem mnenju najpogostejši. Visoke povprečne vrednosti kažejo na to, da jih poznajo. Večina (56,7%) jih meni, da je padec iz operacijske mize največji možen neželen dejavnik, 45% je kot možen neželen dejavnik tveganja opredelilo možnost nastanka razjede zaradi pritiska, 36,6% pa jim nevarnost opeklin predstavlja velik dejavnik tveganja. Slabo povprečno vrednost smo dobili pri trditvi, da so nizke operacijske luči lahko tudi možen neželen dejavnik tveganja, ki privede do varnostnega zapleta PV(=2,66).

Kirurgija je postala sestavni del globalnega zdravstvenega varstva. Ocenjeno je da se vsako leto izvede 234 milijonov operacij. Več kot 1 milijon ljudi umre zaradi komplikacij. Vsaj polovico primerov bi se dalo preprečiti z uporabo kirurškega kontrolnega varnostnega seznama. Člani delovne skupine programa Svetovne zdravstvene organizacije, so predpostavljali, da naj bi kirurški kontrolni varnostni seznam izboljšal komunikacijo tima in doslednost oskrbe, ter tako zmanjšal zaplete in smrti povezane z operacijo. V SZO-jevem programu »Varna kirurgija rešuje življenje« je med oktobrom 2007 in septembrom 2008 sodelovalo osem bolnišnic iz osmih mest: Toronto, Kanada, New Delhi, Indija, Amman, Jordanija, Auckland, Nova Zelandija, Manila, Filipini, Ifakara, Tanzanija, London, Anglija, Seattle, Združene države Amerike. To pomeni, da so bila v program zajeta različna gospodarska stanja in raznolike populacije pacientov. Rezultati so pokazali, da se je po uvedbi kirurškega kontrolnega varnostnega seznama stopnja smrti zmanjšala iz 1,5% na 0,8%, bolnišnični zapleti pa z 11% na 7%.

Tudi Univerzitetni klinični center Ljubljana, se je leta 2010 pridružil programu Svetovne zdravstvene organizacije »Varna kirurgija rešuje življenje«. Uvedli so kirurški varnostni seznam, da bi z njim zagotovili še boljšo varnostno kulturo. Kirurški kontrolni varnostni seznam so uvedli na kirurški kliniki, večji del v centralnem operacijskem bloku, zato je bilo naše zadnje raziskovalno vprašanje, ki smo si ga zastavili pred raziskovanjem ugotoviti ali se operacijske medicinske sestre v Univerzitetnem

kliničnem centru Ljubljana zavedajo pomena uvedbe kirurškega kontrolnega varnostnega seznama.

Ugotovili smo, da se večini (PV=4,28) zdi uvedba kirurškega varnostnega seznama v operacijskem bloku Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana smiselna in so mnenja, da z njim zagotavljamo večjo varnost pacienta. Večina jih tudi meni, da kirurški varnostni seznam uvaja novo varnostno kulturo v operacijski sobi, spodbuja boljše komunikacijo, kar 61,7% operacijskih medicinskih sester se zaveda, da kirurški kontrolni varnostni seznam postavlja pacienta na prvo mesto. Relativno nizke povprečne vrednosti smo dobili pri trditvah, da pri izpolnjevanju kirurškega varnostnega seznama sodelujejo vsi člani tima enakovredno PV(=3,46) ter da so kirurški varnostni seznam člani tima sprejeli pozitivno PV(=3,01). Ko so v operacijskem bloku Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana uvedli kontrolni varnostni seznam, so za koordinatorja izpolnjevanja kontrolnega seznama določili »neumito inštrumentarko« v posamezni operacijski sobi. »Neumita inštrumentarka« vodi izpolnjevanje kontrolnega seznama, vendar morajo pri tem sodelovati vsi člani tima v operacijski sobi. Izkazalo se je, da nad varnostnim seznamom niso navdušeni vsi člani tima in da nekaterim predstavlja izpolnjevanje seznama breme. Ugotavljamo, da se zdi nekaterim uvedba kirurškega varnostnega seznama nesmiselna.

Na koncu nas je zanimalo še, kaj menijo operacijske medicinske sestre o svojem znanju glede zagotavljanja varnosti pacienta, če bi se želeli dodatno izobraževati glede varnosti in na katerem področju bi si želeli nadgraditi znanje. Večina anketirancev se je strinjala, da je njihovo znanje dobro PV(=3,78), bi si pa želeli vsi anketiranci dodatno izobraževati glede zagotavljanja varnosti pacienta. Večina (71,6%) bi si jih želelo svoje znanje nadgraditi na področju dejavnikov tveganja za nastanek varnostnega zapleta.

Glede na to, da je večina anketirancev izrazila željo po dodatnem izobraževanju, bi bilo potrebno le-to organizirati, saj samo z kontinuiranim izobraževanjem, analiziranjem, spremljanjem in odpravljanjem vzrokov neželenih dogodkov, lahko poskrbimo za boljšo varnost pacientov.

Ugotoviti bi bilo potrebno vzrok, zakaj večina anketirancev trdi, da kirurški varnostni seznam niso sprejeli pozitivno. Predlagam delavnice, kjer bi zdravstveno osebje lahko med seboj delilo izkušnje o izpolnjevanju varnostnega seznama ter podalo mnenja in predloge za izboljšavo le tega. V prihodnje bi si želeli raziskavo še nadgraditi, tako da bi zajeli še večjo skupino anketirancev ter vanjo vključili še ostale člane multidisciplinarnega tima v operacijski sobi, ki imajo tudi pomembno vlogo pri izpolnjevanju varnostnega seznama in posledično zagotavljanju varnosti pacienta.

4. ZAKLJUČEK

Kirurška oskrba je eden pomembnejših načinov zdravljenja v medicini. Zelo pomembno pa je, da ob izvajanju tega načina zdravljenja ne pozabimo na varnost pacienta. Zavedati se moramo, da je potrebno na varnost pacienta skrbeti skozi celoten proces zdravljenja v perioperativni zdravstveni negi. Operacije se izvajajo v operacijskem okolju, ki so tehnično najzahtevnejša in najdražja ureditev prostorov v bolnišnici. Specifično okolje operacijske sobe z zahtevnimi in nevarnimi napravami, proces izvajanja operacij ter operacija kot invazivni postopek zdravljenja pacientov predstavljajo tveganja za njihovo varnost. Operacija predstavlja dejansko ali verjetno nevarnost za človekovo celovitost, kar se kaže v psihičnih in fizičnih stresnih odzivih.

Na področju perioperativne zdravstvene nege ima operacijska medicinska sestra pomembno vlogo pri zagotavljanju varnosti pacienta in preprečevanju neželenih dogodkov. Pomembna naloga operacijske medicinske sestre je, da varuje in ščiti pacienta, ter da se povezuje z drugimi člani tima, saj je za zagotavljanje varnosti pacienta pomembno, da sodelujejo vsi člani multidisciplinarnega tima. Odlično orodje, ki pripomore k še boljši varnosti pacienta pa je kirurški kontrolni varnostni seznam. Je preprosto orodje katerega lahko člani kirurškega tima uporabijo za zagotovitev predoperativnih, intraoperativnih in pooperativnih korakov z namenom povečanja verjetnosti najboljših rešitev za paciente.

5. LITERATURA

Alfredsdottir H, Bjornsdottir K. Nursing in patient safety in the operating room. *J Adv Nurs*. 2008;61(1):29-37.

Armstrong D, Bortz P. An integrative review of pressure relief in surgical patients. *AORN J*. 2001;73(3):645-70.

Arnautovič S. Korak za korakom do sodobne perioperativne zdravstvene nege. In: Rebernik Milič M, ed. *Prihodnost v operacijski dvorani: zbornik predavanj*, Maribor, 20.-21. maj 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2005: 11-3.

Babič B. Zagotavljanje varnosti bolnika. In: Rebernik M, ed. *Zagotavljanje kontinuitete zdravstvene nege. 1 simpozij: zbornik predavanj*, Terme Čatež, 27-29 maj 2004. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester za anesteziologijo, intenzivno nego in terapijo ter transfuzijo; 2004: 68-9.

Beckett AE. Are we doing enough to prevent patient injury caused by positioning for surgery? *J Perioper Pract*; 2010;20(1):26-9.

Beganovič A, Grubešić Z, Trotovšek T, Oroszy D. Uporaba kirurškega kontrolnega varnostnega seznama pri operativnem posegu. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, Klemenc D, eds. *Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik predavanj*, Maribor 12.-14. maj 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2011: 343-7.

Burnett MG, Zager EL. Pathophysiology of peripheral nerve injury: a brief review. *Neurosurg Focus*; 2004;16(5):1-7.

Drnovšek M. Preprečevanje razjede zaradi pritiska med operacijo: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2006.

Fabjan M, Goltes A, Šuligoj Z, Rebernik Milič M. Perioperativna zdravstvena nega vodnik za začetnike. In: Fabjan M, Goltes A, Šuligoj Z, Rebernik Milič M, eds. Perioperativna zdravstvena nega, Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti: Maribor; 2005: 23, 63.

Heizenroth PA. Positioning the patient for surgery. In: Rothrock JC, ed. *Alexander's care of the patient in surgery*. 13th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2007. 130-57.

Horvat B. Proces zdravstvene nege in vidiki, ki vplivajo na namestitev bolnika v ustrezen operativni položaj. In: Rebernik Milič M, ed. *Kakovost medoperacijske zdravstvene nege danes za jutri: zbornik predavanj*, Portorož, 22.-25. maj 2002. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2002: 99-109.

Ivanuša A, Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika: izbrana področja. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2000.

Korinšek J. Zmota, napaka, incident. Ali se to lahko zgodi tudi meni? In: Požarnik T, ed. *Varnost zaposlenih v operacijski sobi: zbornik predavanj*, Moravske Toplice, 20.-21. november 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2009: 113-7.

Kovačič J. Varnost v operacijskem prostoru: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2009.

Križmarič M, Jerenko B, Rebernik Milič M, Brezovec M. Analiza varnostnih sistemov sodobne elektrokirurške opreme. In: Rebernik Milič M, ed. Zagotovimo varnost pacienta: zbornik predavanj, Ljubljana, 24. november 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2006: 78-96.

Luksemburška deklaracija o varnosti bolnikov; 2005. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/Luksemburka_delaracija_o_varnosti_bolnikov.pdf (02.04. 2012).

Mihelič M. Neželeni dogodki v operacijski dvorani. In: Rebernik Milič M, ed. Zagotovimo varnost pacienta: zbornik predavanj, Ljubljana, 24. november 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2006: 55-6.

Millsaps CC. Pay attention to patient positioning! RN. 2006;69(1):59-63.

Obranovič V. Vloga operacijske medicinske sestre pri zagotavljanju varnosti pacienta v operacijski sobi: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2007.

Pirnat K. Nadzor nad obvezilnim materialom, inštrumenti in iglami: In: Strokovno izpopolnjevanje za operacijske medicinske sestre [CD-ROM]. Ljubljana: Johnson & Johnson; 2007.

Planinšec V. Nova pravna spoznanja o varnostnem zapletu. In: Reberšek Gorišek J, Flis V, Rijavec V, eds. 19. Posvetovanje medicina in pravo- odgovornost v zdravstvu: zbornik izvlečkov, Maribor, 26-27 marec 2010. Maribor: Univerzitetni klinični center; 2010: 26-8.

Position Statement on safety. B.k.: AORN; 2011. Dostopno na: http://www.aorn.org/PracticeResources/AORNPositionStatements/Position_PatientSafety (03.04. 2012).

Predlog priporočilo Sveta o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo. Bruselj: Komisija evropskih skupnosti; 2009. Dostopno na: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008PC0837R\(01\):SL:HTML](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008PC0837R(01):SL:HTML) (6.12. 2013).

Priporočilo Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu. B. k.: Svet Evrope; 2006: 4-5. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/VARNOST/SEVarnost_Pacientov_2007.pdf (28.03. 2012).

Prišenk L, Rebernik Milič M. Preprečimo napake. In: Rebernik Milič M, ed. Zagotovimo varnost pacienta: zbornik predavanj, Ljubljana, 24 november 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2006: 51-3.

Ravljén M. Perioperativna zdravstvena nega načela in postopki za štetje in kontrola obvezilnega materiala. In: Rebernik Milič M, ed. Kakovost medoperacijske zdravstvene nege danes za jutri: zbornik predavanj, Portorož, 22.-25. maj 2002. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2002: 75-9.

Robida A. Kultura varnosti pacientov- Pilotna raziskava o bolnišnični kulturi varnosti pacientov; 2010. Dostopno na: <http://www.prosunt.si> (15.6. 2012).

Robida A. Trdovratnost zavajajočega izraza »zdravniška napaka« in Mednarodna klasifikacija varnosti pacientov; 2011. Dostopno na: <http://www.zdravniskazbornica.si/isis/866/2011/117/9/trdovratnost-zavajajoega-izraza-zdravniska-napaka-in-mednarodna-klasifikacija-varnosti-pacientov> (14.9. 2012).

Robida A. Varnostni zaplet pri pacientu - nova znanost stara praksa. In: Reberšek Gorišek J, Flis V, Rijavec V, Planinšek V, eds. 19. Posvetovanje medicina in pravo-odgovornost v zdravstvu, Maribor, 26.-27. marec 2010. Maribor: Univerzitetni klinični center; 2010: 18-25.

Safe surgery lives. World Health Organization; 2009. Dostopno na: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/> (20.09. 2012).

Sawyer RJ, Richmond MN, Hickey JD, Jarratt JA. Peripheral nerve injuries associated with anaesthesia. *Anaesthesia*; 2000;55(10):980-91.

Schouchoff B. Pressure ulcer development in the operating room. *Crit Care Nurs Q*. 2002;25(1):76-82.

Scott EM, Leaper DJ, Clark M, Kelly PJ. Effects of warming therapy on pressure ulcers-a randomized study. *AORN J.* 2001;73(9):921-38.

St-Arnaud D, Paquin MJ. Safe positioning for neurosurgical patients. *AORN J.* 2008;87(6):1156-72.

Stipolšek S. Negovalne diagnoze pri bolnicah med ginekološko operacijo. In: Rebernik Milič M, ed. *Kakovost medoperacijske zdravstvene nege danes za jutri: zbornik predavanj*, Portorož, 22.-25. maj 2002. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2002: 80-93.

Surgical safety check list. B.k.: Institute for health care Improvement; 2010. Dostopno na: <http://www.ihc.org/search/pages/results.aspx?k=check%20list> (6.12. 2013).

Štalc J, Parač Z. Kirurška oskrba razjede zaradi pritiska. In: Gavrilov N, Trček M, eds. *Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije*, Ljubljana, 2006-2007. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego; 2007: 322-8.

Torbič J. Podoba operacijske medicinske sestre. In: Rebernik Milič M, ed. *Prihodnost v operacijski dvorani: zbornik predavanj*, Maribor, 20.-21. maj 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2005: 15-7.

Tschudin, V. *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2004: 35.

Varnost pacientov B. k.: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2012.

Dostopno

na:

http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost_si/stema_zdravstvenega_varstva/varnost_pacientov (27.3. 2012).

Vrečer V. Osnovni položaji bolnice na operacijski mizi pri ginekološko-porodniških posegih. In: Rebernik Milič M, ed. Kakovost medoperacijske zdravstvene nege danes za jutri: zbornik predavanj, Portorož, 22.-25. maj 2002. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2002: 115-20.

6. PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK O VARNOSTI PACIENTOV

Spoštovani!

Sem Robert Volf, absolvent Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko nalogo z naslovom Varnost pacienta pred, med in po operaciji. Z raziskavo želim ugotoviti odgovornost medicinskih sester glede varnosti pacienta, poznavanje dejavnikov tveganja ter poznavanje in pomen kirurškega varnostnega sistema med operacijskimi medicinskimi sestrami.

Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, anonimno pridobljeni podatki pa bodo uporabljeni za namen priprave diplomskega dela in izboljšanje varnostnega sistema v operacijskih sobah Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani.

Za sodelovanje se vam v naprej zahvaljujem.

1. LETO ROJSTVA

2. SPOL M Ž

3. STAROST _____ let(dopišite)

4. STOPNJA IZOBRAZBE

- a. V stopnja (medicinska sestra, zdravstveni tehnik)
- b. VI stopnja (višja medicinska sestra/ zdravstveni tehnik)
- c. VII stopnja (diplomirana medicinska sestra/ diplomirani zdravstvenik.)
- d. Magistra zdravstvene nege/ magister zdravstvene nege

5. KOLIKO LET DELOVNE DOBE IMATE?

- a. 0-5
- b. 6-10
- c. 11-15
- d. 16-20
- e. nad 21 let

6. KOLIKO LET ŽE DELATE KOT OPERACIJSKA MEDICINSKA SESTRA?

- a. 0-5
- b. 6-10
- c. 11-15
- d. 16-20
- e. več kot 21 let

7. PODROČJE DELA V OPERACIJSKI SOBI

- a. Kardiološka operacijska soba
- b. Abdominalna operacijska soba
- c. Urološka operacijska soba
- d. Nevrološka operacijska soba
- e. Travmatološka operacijska soba
- f. Torakalna operacijska soba
- g. Operacijska soba za plastično kirurgijo in opeklino

Vprašalnik vsebuje različne trditve, kjer se te opredeli glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kar pomeni: 1 - popolnoma se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 –

sem neopredeljen, 4 - se strinjam, 5- se popolnoma strinjam. Prosim označite svoje strinjanje oziroma nestrinjanje z X v tabeli.

8.

Odgovornost operacijskih medicinskih sester/zdravstvenikov za varnost pacienta.	1	2	3	4	5
Pri pacientu, ki je sprejet v operacijski blok, poskrbite za njegovo varnost.					
Pri zagotavljanju varnosti pacienta v operacijskem bloku, prevzimate del odgovornosti nase.					
Zavedate se, da z dosledno uporabo smernic dela in standardov zagotavljate večjo varnost pacienta.					
Operacijska medicinska sestra/zdravstvenik, ima v multidisciplinarnem timu v operacijski sobi pomembno vlogo pri zagotavljanju varnosti pacienta.					
Neželene dogodke (varnostne zaplete) je potrebno znotraj tima zdravstvene nege prijaviti, analizirati, diskutirati.					

9. Vzroki, ki lahko privedejo do varnostnega zapleta v operacijski sobi je več.

Vzroki varnostnega zapleta.	1	2	3	4	5
Preobremenjenost zaposlenih.					
Pomanjkanje kadra.					
Hitenje.					
Slaba organizacija dela.					

10. Neželenih dejavnikov, ki v operacijski sobi lahko privedejo do varnostnega zapleta in ogrožajo varnost pacienta je več.

Neželeni dejavniki	1	2	3	4	5
Padec iz operacijske mize.					
Nizke operacijske luči.					
Možnost nastanka razjede zaradi pritiska.					
Poškodbe brahialnega pleteža in perifernih živcev.					
Nevarnost opeklin.					

Zaostali obvezilni material.					
------------------------------	--	--	--	--	--

11.

Kirurški varnostni seznam	1	2	3	4	5
Uvedba kirurškega varnostnega seznama v operacijskem bloku UKC Ljubljana je smiselna in zagotavlja večjo varnost pacienta.					
Kirurški varnostni seznam uvaja novo varnostno kulturo v operacijski sobi in spodbuja boljšo komunikacijo med posameznimi poklicnimi skupinami.					
Kirurški kontrolni varnostni seznam postavlja varnost pacienta na prvo mesto.					
Z kirurškim kontrolnim varnostnim seznamom zagotavljamo učinkovito in pravočasno izvedbo kritičnih postopkov, katerih opustitev lahko privede do zapleta.					
Pri izpolnjevanju kirurškega kontrolnega varnostnega seznama sodelujejo vsi člani tima enakovredno.					
Kirurški kontrolni varnostni seznam so člani tima sprejeli pozitivno.					

12. Kakšno je po vašem mnenju vaše znanje o zagotavljanju varnosti pacientov v operacijskem bloku?

1- Ne zadostno 2- zadostno 3- dobro 4- zelo dobro 5- odlično

13. Ali bi se želeli dodatno izobraževati in usposabljeni glede zagotavljanja varnosti pacienta?

a. Da

b. Ne

c. Ne vem

14. Na katerem področju bi si želeli poglobiti / nadgraditi znanja na dodatnem izobraževanju?

- a. Na področju pomena odgovornosti o varnosti pacienta.
- b. Na področju uporabe in pravilne izpolnitve kirurškega varnostnega seznama.
- c. Na področju dejavnikov tveganja za nastanek varnostnega zapleta.

Hvala, da ste si vzeli čas in izpolnili anketo.

6.2 MATRIKA PODATKOV

Povprečna starost anketirancev	N = 60	40,3 let
---------------------------------------	---------------	----------

Demografski podatki	N = 60	Odstotki
Spol		
Moški	51	85
Ženski	9	55
Izobrazba		
Srednješolska	13	21,6
Višješolska	11	18,3
Visokošolska	35	58,3
Univerzitetna	1	1,6
Področje dela		
Kardiokirurška operacijska soba	11	18,3
Abdominalna operacijska soba	9	15
Urološka operacijska soba	5	8,3
Nevrokirurška operacijska soba	6	10

Travmatološka operacijska soba		18	30
Torakalna operacijska soba		5	8,3
Operacijska soba za plastično kirurgijo in opekline		6	10
Delovna doba v letih	N = 60	Odstotki	
0-5 let	13	21,6	
6-10 let	6	10	
11-15 let	9	15	
16-20 let	6	10	
Več kot 21 let	26	43,3	

Odgovornost operacijskih medicinskih sester za varnost pacienta

Trditev	N	MIN	MAX	PV	SO
Pri pacientu, ki je sprejet v operacijski blok, poskrbite za njegovo varnost.	60	1	5	4,5	0,77
Pri zagotavljanju varnosti pacienta v operacijskem bloku, prevzimate del odgovornosti nase.	60	1	5	4,3	1,06
Zavedate se, da z dosledno uporabo smernic dela, standardov, zagotavljate večjo varnost pacienta.	60	2	5	4,6	0,58
Operacijska medicinska sestra ima v multidisciplinarnem timu v operacijski sobi pomembno vlogo pri zagotavljanju varnosti pacienta.	60	1	5	4,51	0,79
Neželene dogodke (varnostne zaplete), je potrebno znotraj tima zdravstvene nege prijaviti, analizirati o njih diskutirati.	60	1	5	4,66	0,70

Vzroki varnostnega zapleta

Trditev	N	MIN	MAX	PV	SO
Preobremenjenost zaposlenih.	60	1	5	4,2	0,97
Pomanjkanje kadra.	60	1	5	4,01	1,03
Hitenje.	60	1	5	4,13	0,99
Slaba organizacija dela.	60	1	5	1,07	1,07

Neželeni dejavniki

Trditev	N	MIN	MAX	PV	SO
Padeč iz operacijske mize.	60	1	5	4,35	0,95
Nizke operacijske luči.	60	1	5	2,66	1,17
Možnost nastanka razjede zaradi pritiska.	60	1	5	4,10	1,08
Poškodbe brahialnega pleteža in perifernih živcev.	60	1	5	4,00	1,04
Nevarnost opeklin.	60	1	5	4,10	0,91
Zaostal obvezilni material.	60	1	5	3,51	1,43

Kirurški kontrolni varnostni seznam

Trditev	N	MIN	MAX	PV	SO
Uvedba kirurškega kontrolnega varnostnega seznama v operacijskem bloku UKC Ljubljana je smiselna in zagotavlja večjo varnost pacienta.	60	1	5	4,28	0,86
Kirurški kontrolni varnostni seznam uvaja novo varnostno kulturo v operacijski sobi in spodbuja boljšo komunikacijo med posameznimi poklicnimi skupinami.	60	2	5	4,18	0,81
Kirurški kontrolni varnostni seznam, postavlja varnost pacienta na prvo mesto.	60	1	5	4,43	0,87
S kirurškim kontrolnim varnostnim seznamom zagotavljamo učinkovito in pravočasno izvedbo kritičnih postopkov, katerih opustitev lahko privede do zapleta.	60	1	5	4,11	0,95

Pri izpolnjevanju kirurškega kontrolnega varnostnega seznama sodelujejo vsi člani tima enakovredno.	60	1	5	3,46	1,22
Kirurški kontrolni varnostni seznam so člani tima sprejeli pozitivno.	60	1	5	3,01	1,08

Znanje o zagotavljanju varnosti pacienta	N = 60	Odstotki
Nezadostno	0	0
Zadostno	0	0
Dobro	23	38,3
Zelo dobro	27	45
Odlično	10	16

Želja po dodatnem izobraževanju	N = 60	Odstotki
Da	60	100
Ne	0	0

Področje na katerem bi si želeli dodatno izobraževati	N =60	Odstotki
Na področju pomena odgovornosti o varnosti pacienta	10	16
Na področju uporabe in pravilne izpolnitve kirurškega varnostnega seznama	1	1,6
Na področju dejavnikov tveganja za nastanek varnostnega zapleta	43	71,6
Na vseh treh področjih	3	5
Na področju pomena odgovornosti ter področju dejavnikov tveganja za nastanek varnostnega zapleta	5	8,3