

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОШИБОК МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР¹

Рост числа профессиональных ошибок медработников стимулировал проведение исследований условий работы различных групп персонала, в том числе медсестер, и влияния этих условий на качество их трудовой деятельности. При изучении условий труда медсестер исследовались факторы, которые, по мнению исследователей, повышали риск совершения профессиональных ошибок.

Средства массовой информации регулярно сообщают о новых ошибках, допущенных медработниками, в том числе медсестрами, которые привели к тяжелым последствиям для здоровья и жизни пациентов. Чаше всего заключительные слова таких сообщений гласят: "По факту причинения вреда по неосторожности возбуждено уголовное дело", и большинство склонно думать, что медработник (медсестра), совершивший (ая) ошибку, и в самом деле был (а) недостаточно внимателен (внимательна) и проявил (а) халатность. Другими словами, в настоящее время широко распространенным является суждение: "Раз ошибся, значит, виноват и заслуживает наказания". Однако, так ли это?

В настоящей статье мы постараемся выявить объективные причины ошибок медсестер. Сначала речь пойдет о внешних причинах, связанных с условиями труда медсестер, затем - о внутренних причинах, которые связаны с объективными особенностями человеческой психики, которые следует учитывать при подготовке медсестер и при организации их работы.

Организационные недостатки как причины ошибок

Перегрузки и частые отвлечения

Рост числа ошибок медработников, зафиксированных последние десятилетия, стимулировал проведение исследований условий работы различных групп персонала, в том числе медсестер, и влияния этих условий на четкость выполнения рабочих заданий. При изучении условий труда медсестер объектами исследования были факторы, которые, по мнению исследователей, повышали риск совершения профессиональных ошибок. Так, ряд исследователей, изучавших работу медсестер в палатных отделениях крупных европейских больниц, на основании

своих исследований сделали вывод, что в ходе своей работы медсестры решают большое количество пространственно разбросанных и коротких по времени исполнения задач, испытывая при этом необходимость постоянно отвлекаться на внешние сигналы (телефонные звонки, обращения пациентов, неотложные распоряжения врачей и т.п.) и часто прерывая выполнение задачи.

Так, по данным Estrin-Behar, медсестры десяти хирургических и терапевтических отделений французских больниц, где проходили исследования, выполняли в среднем 320 коротких задания за утреннюю смену (8 часов) и 250 заданий - за ночную смену (12 часов). При этом их действия прерывались в ходе выполнения задания: в утреннюю смену - 78 раз, а в ночную - 28 раз. При этом суммарное время, когда медсестра была занята хождением по отделению, стояла в согнутом положении или с вытянутыми руками, сидела на корточках, составляло почти 70 % от общего рабочего времени. За одну смену дневная медсестра проходила около 7 км, а ночная - 5. В этих условиях на непосредственную работу с больным оставалось не более 15-20 % рабочего времени.

Исследователи обратили внимание на то, что в отделениях (палатах), где работа медсестер была хорошо продумана и организована, хождение занимало меньше времени, а число незапланированных отвлечений в ходе выполнения задания было существенно, иногда почти в 2 раза, меньше. Примерами хорошей организации работы назывались четкое разделение функций между медсестрами, планировка палат (рабочих помещений), с выделением функциональных секторов. К примеру, медсестры, занимающиеся приготовлением медикаментов для пациентов, имели специально выделенные индивидуальные места за загородкой. Если какая-то из них отвлекалась, то вернувшись к прерванной ра-

¹ Публикация подготовлена по материалам статьи Мыльниковой И.С. "Почему ошибаются медицинские сестры?"

боте, она точно знала, что все лежит на прежних местах и не потревожено действиями других коллег.

Дефекты информационного обеспечения

Многие исследователи указывают на несовершенство информационного обеспечения труда рядовых медицинских работников. Во всем мире проблемой является утрата информации при передаче смен. Мало больниц может похвастаться четким регламентом передачи информации от медсестры, сдающей смену, медсестре, принимающей смену.

Большой проблемой является неразборчивый почерк в листе назначений, невнятность информации на многочисленных ярлыках и этикетках. Доказано, что хорошо читаемая этикетка должна иметь матовую поверхность (чтобы блики не нарушали зрительного восприятия), а буквы должны иметь высоту не менее 2,5 мм. Наблюдение показало, что этим требованиям удовлетворяют не более половины лекарственных этикеток. Большое значение имеет дизайн упаковок: совершенно недопустимо, чтобы одинаковый дизайн имели упаковки разных препаратов. Особо опасно, если нельзя различить по внешнему виду упаковки одного и того же препарата, но в разных дозировках.

Проблема последних лет - ошибки при работе с компьютером. Очень часто программы имеют неудобный плохо читаемый интерфейс, сложные системы поиска. В результате компьютер только осложняет работу медсестры, увеличивает риск технической ошибки. Безусловно, это не значит, что нужно отказываться от компьютеризации рабочих мест медсестер, однако делать это надо продуманно, придавая внимание так называемым "мелочам".

В большинстве больниц не отработаны системы передачи устной информации. В экстренных ситуациях врачи часто отдают устные распоряжения и лишь позже делают записи в истории болезни. Необходимо ввести практику, когда исполнитель повторяет вслух сделанное распоряжение, как это принято в армии, в гражданской авиации и т.п. "Полкубика строфантина в вену" - "Есть полкубика строфантина в вену".

Отдельного разговора требует совершенствование звуковых сигналов. В ходе модернизации многие больницы закупили современное оборудование, которое имеет звуко-

вые сигналы. В европейских больницах было обнаружено, что персонал не всегда хорошо идентифицирует сигналы, а если этих сигналов слишком много, то отключает их. Так, в одном из хорошо оснащенных отделений реанимации, медсестры могли идентифицировать по слуху только треть сигналов, подаваемых приборами. В остальных случаях им приходилось обходить всю палату, чтобы найти источник звука. В другом крупном отделении из 1433 сигналов, зарегистрированных за 3 недели проведения исследования, только 8 предупреждали о фатальных нарушениях. Неудивительно, что случаи отключения тревожной сигнализации встречаются все чаще, а это, безусловно, создает риски для больных. Недавно закончилось разбирательство дела медсестры отделения кардиореанимации, якобы заснувшей и не услышавшей сигнала монитора о возникшей у больного фибрилляции желудочков. Больной скончался. Медсестра уверяла, что не спала и что сигнала не было. При проверке оказалось, что звуковой сигнал был отключен. Кто сделал это? Оказалось, что это сделала дневная медсестра. Врач распорядился сделать звук всех сигналов чуть тише, однако она, не зная английского, не разобралась с надписями на экране прибора, который не был русифицирован. Очевидно, что обвинять ее в данном случае не справедливо.

Психо-эмоциональное состояние

Хронический стресс и синдром эмоционального выгорания снижают работоспособность и качество выполнения рабочих заданий, повышает риск профессиональных ошибок. Одной из основных причин хронического стресса медсестер является высокое психо-эмоциональное напряжение, которое отмечают все исследователи этого явления. Что является причиной этого напряжения? К примеру, финские медсестры жаловались на то, что остро чувствуют нехватку знаний, а также отсутствие ясности в разграничении полномочий и ответственности с другими работниками - врачами и медсестрами. Ответственность в сочетании с отсутствием соответствующих полномочий и возможности изменить свою работу, спокойно спланировать предстоящие действия, подготовиться должным образом, - все это создает дополнительное напряжение и беспокоит финских медсестер. Почти половина медсестер гово-