



ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИНСТИТУТ КАЧЕСТВА»
РОСЗДРАВНАДЗОРА



Всемирная организация
здравоохранения



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Всемирный день безопасности пациентов

17 сентября 2024 года

Улучшение диагностики
для безопасности пациентов

информация для медицинских работников



Во всем мире в рамках реализации Глобального плана действий по обеспечению безопасности пациентов 2021-2030 17 сентября ежегодно отмечается

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Цели Всемирного дня безопасности пациентов в 2024 году:

ПОВЫСИТЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ДЕФЕКТАХ ДИАГНОСТИКИ и подчеркнуть ключевую роль правильной, своевременной и безопасной диагностики в обеспечении безопасности пациентов.

ПРЕДОСТАВИТЬ ПАЦИЕНТАМ И ИХ СЕМЬЯМ ВОЗМОЖНОСТЬ активно взаимодействовать с медицинскими работниками и органами исполнительной власти в сфере здравоохранения для улучшения диагностических процессов.



УКРЕПИТЬ СОТРУДНИЧЕСТВО между федеральными, региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения, медицинскими работниками, пациентскими организациями и другими заинтересованными сторонами в развитии безошибочной, своевременной и безопасной диагностики.

ПРИВЛЕЧЬ ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ К БЕЗОПАСНОСТИ ДИАГНОСТИКИ в рамках политики обеспечения безопасности пациентов и клинической практики на всех уровнях здравоохранения в соответствии с Глобальным планом действий по обеспечению безопасности пациентов на 2021–2030 гг.

Медицинской деятельности с нулевым уровнем рисков, нежелательных событий, неблагоприятных исходов нет, не было и никогда не будет. Именно факт признания этого обстоятельства обществом и государством послужил толчком к интенсификации работы по повышению качества и безопасности медицинской деятельности в развитых странах, особенно в последние 20 лет.

ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПОТОМУ, ЧТО ДОСТИЖЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТА, ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ ОДНИХ ТОЛЬКО МЕДИКОВ И ВОЗМОЖНО ЛИШЬ ПРИ АКТИВНОМ УЧАСТИИ ПАЦИЕНТОВ, ИХ РОДСТВЕННИКОВ, ОБЩЕСТВА В ЦЕЛОМ!

Причины дефектов диагностики могут заключаться в сложности конкретного случая, с которым имеют дело медицинские работники, в возможностях и пределах применяемых методов лечения и диагностики, поэтому дефекты диагностики не всегда зависят от личности врача

Неверная оценка результатов диагностического исследования может быть результатом добросовестного заблуждения

Причинная связь между действиями (или бездействием) врача и ухудшением здоровья или даже смертью больного не означает еще виновности врача – это может быть и несчастный случай



Медицина является деятельностью повышенного риска. Каждая манипуляция, каждое вмешательство в процессе оказания медицинской помощи пациенту имеет определенную степень риска.

Не все риски и не всегда могут быть сведены к нулю



Риск гибели в авиакатастрофе составляет 1 к 3 000 000 перелетам



Риск для здоровья, связанный с радиационным облучением в связи с аварией на атомной электростанции, является ВЫСОКИМ



Риск смерти пациента в результате предотвратимого несчастного случая в медицинской практике составляет 1 к 300



С диагностической ошибкой сталкивается каждый 20-ый пациент поликлиники



Диагностические ошибки случаются во всех учреждениях здравоохранения и **являются причиной около 10 процентов смертей пациентов**



80% информации, данной пациенту на амбулаторном приеме, сразу забывается пациентами

ВАШЕ АКТИВНОЕ УЧАСТИЕ СДЕЛАЕТ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ!

- Нежелательные события, связанные с диагностикой, все чаще признаются в качестве основного источника вреда для пациентов, и, по оценкам, **5% взрослых ежегодно сталкиваются с ними** в амбулаторных условиях (BMJ Quality & Safety, 2014).
- Систематический обзор и мета-анализ опасных нежелательных событий, связанных с диагностикой, у госпитализированных взрослых показал, что **по меньшей мере 0,7% случаев госпитализации связаны с такими случаями**, при этом часто не учитываются такие распространенные заболевания, как злокачественные новообразования и тромбоэмболия легочной артерии. Только в Соединенных Штатах это приводит, по оценкам, к 249 900 подобным случаям в год (BMJ Quality & Safety, 2020).
- **На долю нежелательных событий, связанных с диагностикой, приходится 16% предотвратимого вреда пациентам во всем мире**, часто из-за проблем, возникающих при общении пациента с практикующим врачом: сбор анамнеза, обследование и интерпретация тестов (BMJ Quality & Safety, 2019).
- **Несвоевременная диагностика/вмешательство были одной из наиболее распространенных причин причинения вреда пациентам** в амбулаторных учреждениях/учреждениях первичной медицинской помощи, особенно в странах с низким уровнем дохода (OESP, 2018).
- Наиболее часто происходят нежелательные события при диагностике таких заболеваний, как **пневмония (6.7%), декомпенсация сердечной недостаточности (5.7%), острая почечная недостаточность (5.3%), рак (5.3%), инфекция мочевыводящих путей (4.8%)** (Leigh Page, 2016).
- Инциденты, связанные с безопасностью диагностики, могут привести к серьезному ущербу для пациентов и судебномедицинским искам. Они, возможно, являются **наиболее недооцененным типом инцидентов**. Несмотря на текущие оценки, согласно которым каждый десятый диагноз, скорее всего, будет поставлен неверно, **в большинстве медицинских учреждений диагностическим рискам не уделяется должного внимания** (Leigh Page, 2016).

Медицинские организации

- Время
- Качество
- Надежность



Медицинские работники

- Наблюдение за пациентами
- Возможность установление правильного диагноза



Пациенты

- Расширение прав и возможностей
- Безопасность
- Знание и принятие решений
- Удовлетворенность

Органы власти в сфере здравоохранения

- Экономическая эффективность
- Сортировка и маршрутизация пациентов
- Снижение затрат на прогрессирующее ожидание
- Предотвращение нежелательных событий
- Сокращение времени ожидания



Хирургические и лекарственные
нежелательные события

5%

посещений поликлиники

**Диагностические
нежелательные
события**

12%

всех нежелательных событий в
стационаре

10%

смертей в стационаре

74 000

Смертей ежегодно

18 МИЛЛИОНОВ
случаев каждый год

Практически **каждый человек** в течение жизни
сталкивается с нежелательным событием, связанным с диагностикой

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ СОБЫТИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ДИАГНОСТИКОЙ. МЕЖДУНАРОДНЫЕ ДАННЫЕ



БОЛЕЕ 5% ДИАГНОЗОВ ОШИБОЧНЫ

**20 – СРЕДНЕЕ КОЛИЧЕСТВО ПРИЕМОВ
ВРАЧА В ДЕНЬ**

**34% – ПРОЦЕНТ ПОСЕЩЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С
ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ВОПРОСОМ**

**62 – СРЕДНЕЕ КОЛИЧЕСТВО
НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ СОБЫТИЙ, СВЯЗАННЫХ С
ДИАГНОСТИКОЙ, В МИЛЛИОНАХ НА ОДНОГО
ВРАЧА В ГОД**

**18 437 000 – ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ
КОЛИЧЕСТВО НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ СОБЫТИЙ,
СВЯЗАННЫХ С ДИАГНОСТИКОЙ, ПРИ
ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ ПОМОЩИ В ГОД**

ПРИЧИНЫ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ СОБЫТИЙ В ДИАГНОСТИКЕ

63% Оценка состояния пациента

- Невозможность проведения дифференциальной диагностики
- Несвоевременное назначение диагностики
- Неадекватная оценка
- Невозможность устранить обнаруженные отклонения

63%

Оценка состояния пациента

23%

Вовлеченность пациента

20%

Коммуникация с коллегами

17%

Недостаток медицинской документации

13%

Проблемы с рабочим процессом или нагрузкой

20% Коммуникация с коллегами

- Отсутствие преемственности
- Неспособность ознакомиться с медицинской картой
- Низкий уровень профессиональной коммуникации
- Отказы в передаче

17% Недостаток медицинской документации

- Касающихся клинических данных
- Пересмотра лечения
- Клинического обоснования

23% Вовлеченность пациента

- Пациент не отвечает на звонки или не пришел на прием
- Пациент не соблюдает назначенное лечение

НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ СОБЫТИЕ В ДИАГНОСТИКЕ

представляют собой упущенные возможности для постановки правильного и своевременного диагноза. Эти события часто связаны с различными аспектами диагностического процесса, такими как распознавание ключевых признаков и симптомов, последующее наблюдение и интерпретация результатов анализов.

Когнитивные факторы

включают подготовку врача, его опыт, предрасположенность к предвзятости, усталость и стресс.

Системные факторы

уязвимые места организации, такие как коммуникация, рабочая нагрузка, проблемы в работе в команде и отсутствие поддержки принятия решений.

Диагностическое событие, связанное с безопасностью, определяется как возникновение одного или обоих из следующих событий:

- **Запоздалый, неправильный или пропущенный диагноз:** это относится к одной или нескольким упущенным возможностям точно и своевременно выявить проблемы со здоровьем пациента на основе имеющейся на тот момент информации.
- **Диагноз, не доведенный до сведения пациента:** это означает, что точный диагноз состояния пациента был доступен, но он не был доведен до сведения пациента.



НЕ правильное, НЕ точное, Не
полное, НЕ своевременное
объяснение проблемы со
здоровьем пациента

НЕ своевременное, НЕ полное, НЕ
понятное информирование
пациента о диагнозе

- Диагноз, который был **непреднамеренно** отсрочен, ошибочен или пропущен
- Последствия диагностических нежелательных событий часто бывают **более серьезными** (например, более высокая смертность) и **чаще считаются предотвратимыми**, чем другие типы нежелательных событий
- Отделения или МО с наибольшим риском в диагностике – **приемные отделения МО**, оказывающих экстренную помощь, **больницы скорой помощи** - сотрудникам приходится принимать множество диагностических решений, часто в условиях дефицита времени и с высоким уровнем неопределенности
- **Почти во всех случаях (96%)** проанализированных нежелательных событий присутствовал **по крайней мере один когнитивный фактор**, такой как: ошибки в суждениях, недостаток знаний, снижение концентрации, «провалы» в памяти

- Плохая **командная работа**, отсутствие **обучения** и **обратной связи** при возникновении нежелательных событий
- Неспособность или задержка в определении **срочности** клинической ситуации
- **Чрезмерное внимание** конкурирующему или сопутствующему диагнозу
- Некачественно проведенная **дифференциальная диагностика** (слишком раннее прекращение рассуждений)
- Неправильная или **запоздалая оценка** аномальных результатов тестов
- Отказ или **задержка в назначении** необходимых тестов
- **Неверный выбор** тестов
- **Задержка с информированием** пациента или последующей консультацией
- Диагностические тесты, **ограниченные** по объему, доступности или качеству
- **Задержка консультаций**, потеря результатов анализов или отсутствие медицинских записей, подтверждающих оказание медицинской помощи
- Недоступные **информационные ресурсы** здравоохранения, включая доступ в Интернет, неподъемная плата за подписку или скачивание медицинской информации
- Некоторые культуры могут быть **карательными**, препятствующими обмену опытом и обучению. Пациенты могут чувствовать, что более уместно быть **пассивными получателями** помощи, чем вовлеченным в процесс своего лечения
- Рабочая среда, **отвлекающая** врача и способствующая перерывам и отсутствию систематизации информации

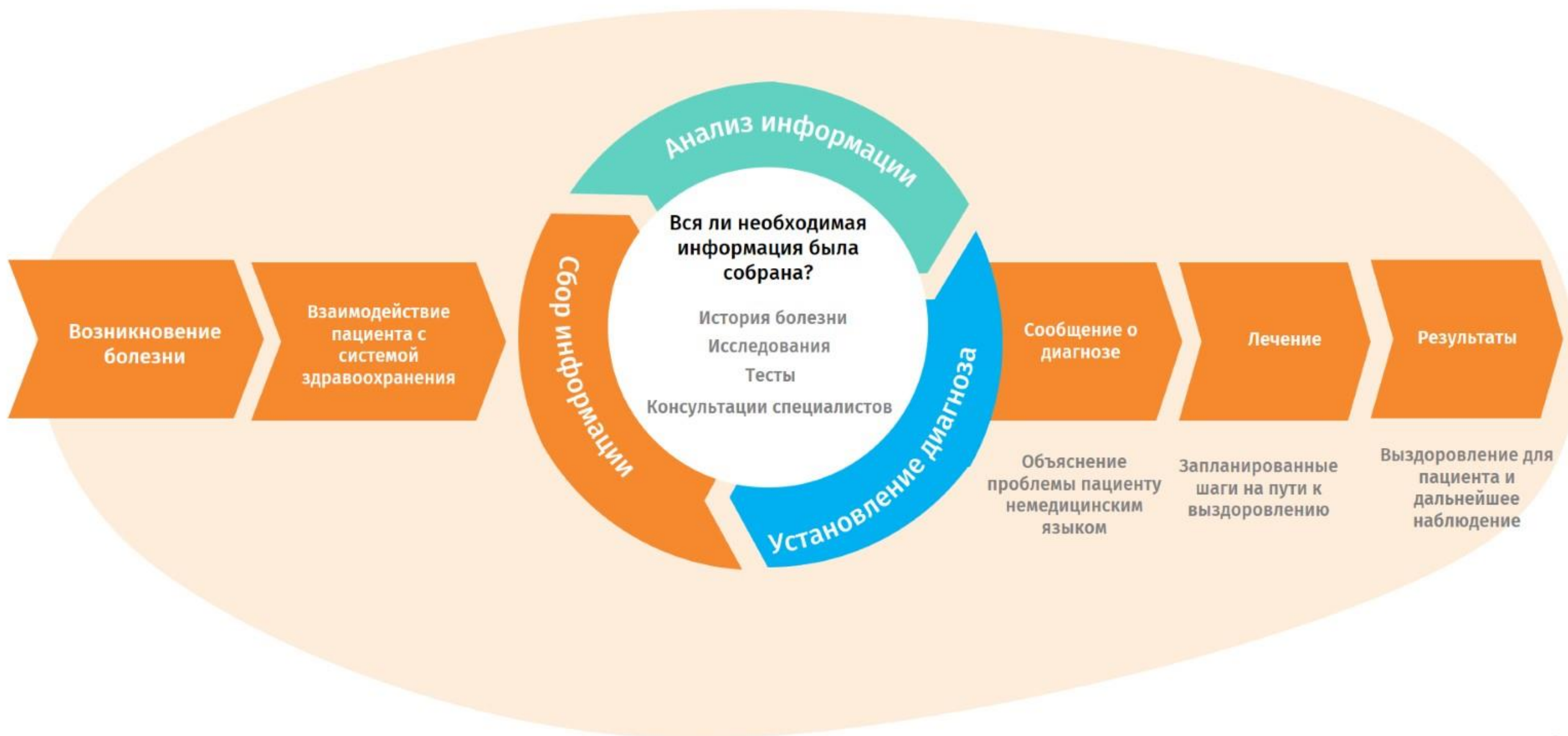


ПОЧЕМУ ПРОИСХОДЯТ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ СОБЫТИЯ?





ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС





Несвоевременная диагностика

Когда врач в конце концов ставит правильный диагноз, но на это уходит значительное время. Промедление с постановкой правильного диагноза может привести к прогрессированию и ухудшению заболевания, а в некоторых случаях сделать его лечение невозможным.



Невозможность диагностировать сопутствующие заболевания

Этот тип нежелательного события возникает, когда врач правильно диагностирует одно заболевание, но не диагностирует другое, связанное с ним.



Пропущенный диагноз

Этот тип нежелательного события возникает, когда врач выдает пациенту справку о состоянии здоровья в тех случаях, когда он на самом деле страдает от какого-либо заболевания или болезни.



Неверный диагноз

Неверный диагноз возникает, когда врач диагностирует у пациента не то заболевание.



Неспособность распознать осложнения

Это ситуация, когда врач ставит правильный диагноз пациенту, но не выявляет определенные осложнения или другие факторы, которые могут изменить или усугубить его состояние.



Невозможность диагностировать несвязанное заболевание

Это происходит, когда медицинский работник точно диагностирует определенное заболевание у пациента, но не диагностирует другое, не связанное с ним заболевание, которое также присутствовало.

ПРИЧИНЫ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ СОБЫТИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И МЕТОДЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Неспособность или задержка в определении срочности клинической ситуации	Локальные клинические протоколы / алгоритмы ведения пациентов в конкретных клинических ситуациях
Чрезмерное внимание конкурирующему или сопутствующему диагнозу	Обучение сотрудников, «Второе мнение»
Некачественно проведенная дифференциальная диагностика (слишком раннее прекращение рассуждений)	Обучение сотрудников
Неправильная или запоздалая оценка аномальных результатов тестов	Развитие интегрированных медицинских информационных систем
Отказ или задержка в назначении необходимых тестов	Локальные протоколы
Неверный выбор тестов	Локальные протоколы
Задержка с информированием пациента или последующей консультацией	Обучение навыкам консультирования, коммуникации с пациентами и членами семьи

ВАЖНОСТЬ КОМАНДНОЙ РАБОТЫ



✓ **Общие цели:**

Команда, включая пациента и, при необходимости, членов семьи или других лиц, оказывающих поддержку, работает над установлением общих целей, которые отражают приоритеты пациента и семьи и которые могут быть четко сформулированы, поняты и поддержаны всеми членами команды.

✓ **Четкое распределение ролей:**

Четко определены функции, обязанности и ответственность каждого члена команды, что повышает эффективность работы команды и часто позволяет ей воспользоваться преимуществами разделения труда, тем самым достигая большего, чем сумма составляющих ее частей.

✓ **Взаимное доверие:**

Члены команды завоевывают доверие друг друга, создавая прочные нормы взаимности и расширяя возможности для совместных достижений.

✓ **Эффективная коммуникация:**

Команда расставляет приоритеты и постоянно совершенствует свои навыки общения. У нее есть последовательные каналы для откровенной и полной коммуникации, которые доступны и используются всеми членами команды в любых условиях.

✓ **Измеряемые процессы и результаты:**

Команда согласовывает и внедряет надежную и своевременную обратную связь об успехах и неудачах как в функционировании команды, так и в достижении ее целей. Эти данные используются для отслеживания и улучшения работы сразу и с течением времени.

Многие виды информационных технологий в области здравоохранения (ИТ) могут помочь снизить риски нежелательных событий в диагностике. Доступ к Интернету может помочь в проведении удаленных консультаций и диагностики. Успешно используются дистанционные методы визуализации в радиологии, кардиологии, офтальмологии, стоматологии и дерматологии. Это улучшает доступ к специализированным знаниям, часто в режиме реального времени. Информационные технологии в области здравоохранения также могут способствовать диагностическому обоснованию, помогая выявлять нежелательные события и улучшать последующее наблюдение и мониторинг

- ✓ Помогает собирать ключевые клинические данные, гарантируя, что будут заданы соответствующие важные вопросы, которыми часто пренебрегают (например, курение, семейный анамнез и недавние поездки)
- ✓ Уменьшает когнитивную нагрузку и отвлекающие факторы, выделяя ключевую информацию
- ✓ Объединяет вероятности клинических данных с диагностической информацией для расчета вероятности заболевания
- ✓ Помогает оптимизировать следующие шаги с помощью наборов предложений по тестированию
- ✓ Внедрение инструментов напоминания помогает предупреждать врача о последующих диагностических исследованиях или о периодическом мониторинге
- ✓ Электронные алгоритмы могут обнаружить упущенные диагностические тесты
- ✓ Облегчает доступ ко второму мнению и упрощает процесс привлечения коллег к обсуждению сложных случаев с помощью телемедицины



- ✓ Установите безопасность пациентов **приоритетом**
- ✓ Применяйте **системный подход**
- ✓ **Разъясняйте важность** безопасности
- ✓ Сосредоточьтесь на формировании **позитивной культуры безопасности**
- ✓ **Совершенствуйте** способы измерения и мониторинга безопасности пациентов
- ✓ Внедряйте **современные технологии**
- ✓ **Вовлекайте пациентов и членов их семей**
- ✓ Укрепляйте **кадровый потенциал**
- ✓ **Сосредоточьтесь** на тех, кто подвергается **более высокому риску** возникновения нежелательных событий
- ✓ **Отмечайте успехи** и **делитесь знаниями** с коллегами





Поддержка и обучение врачей

- Обеспечение образования врачей по вопросам безопасности пациентов. Обучение по ошибочным диагнозам должно стать частью обязательного обучения и непрерывного профессионального образования
- Регулярное включение обучения по когнитивной психологии и системному мышлению для того, чтобы медицинские работники понимали первопричины и важность системного подхода
- Выделение достаточного количества времени для осмотра и оценки пациента
- Создание и поддержание культуры, при которой врачи чувствуют себя комфортно, рассказывая о нежелательных событиях и обсуждая их
- Поощрение и поддержка работы в многопрофильных командах



Включение пациентов в процесс лечения

- Поощрение пациентов за проявление инициативы в вопросах получения информации и последующего наблюдения. Медицинские работники должны быть обучены сотрудничеству с пациентами, чтобы пациент стал партнером в процессе диагностики



Использование вспомогательных инструментов

- Внедрение электронных записей с системой поддержки врачебных решений
- Создание систем отчетности о нежелательных событиях
- Использование медицинских информационных технологий, например, дистанционных консультаций
- Обеспечение быстрого доступа к информации



Определение приоритетов

- Уделение пристального внимания состояниям с высоким количеством диагностических нежелательных событий, таким как онкология, сердечно-сосудистые заболевания и инфекции
- Проведение расследований причин диагностических нежелательных событий и разработка методов для дальнейшего снижения их количества

ХРОНОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ РОСЗДРАВНАДЗОРА



Что важно в новых версиях?

- ✓ Дополнены базовые направления с учетом поступивших правок и предложений
- ✓ Дополнена и изменена существующая методика оценки
- ✓ Составляющие критерия разделены на три вида: обязательные, дополнительные и неприменимые

Разработанные Практические рекомендации доступны для скачивания на странице Национального института качества



В ПРОЕКТЕ: 62 субъекта 500 медицинских организаций

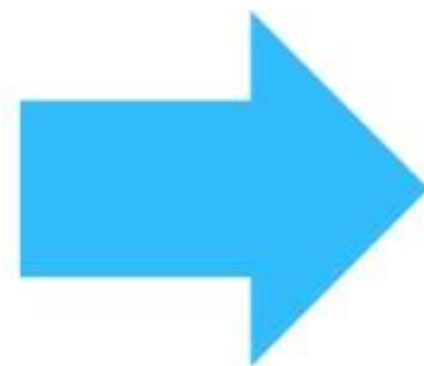


- ✓ Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности в медицинской организации
- ✓ Система управления работниками в медицинской организации
- ✓ Идентификация личности пациентов
- ✓ Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП))
- ✓ Лекарственная безопасность. Фармаконадзор
- ✓ Обеспечение принципов пациентоцентричности при осуществлении медицинской деятельности
- ✓ Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий
- ✓ Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения
- ✓ Преимущество медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации
- ✓ Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами
- ✓ Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови
- ✓ Безопасность среды в медицинской организации
- ✓ Организация ухода за пациентами (сестринские манипуляции). Профилактика падений и пролежней
- ✓ Организация оказания медицинской помощи на основе данных доказательной медицины. Соответствие оказываемой медицинской помощи клиническим рекомендациям (протоколам лечения)
- ✓ Организация оказания медицинской помощи на амбулаторном приеме и на дому
- ✓ Организация профилактической работы. Формирование здорового образа жизни среди населения. Диспансеризация прикрепленного населения
- ✓ Диспансерное наблюдение за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями
- ✓ Организация регистратуры
- ✓ Стационарзамещающие технологии (организация работы дневного стационара, «стационара на дому»)



Контроль

это систематический процесс регулирования деятельности организации, обеспечивающий ее соответствие планам, целям и нормативным показателям



Управление

это деятельность, направленная на координацию функционирования объекта с целью достижения поставленных задач

**ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И
БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

=

**СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Приказ Минздрава России от 31.07.2020 №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации

инструмент для снижения рисков обеспечения качества и непрерывного улучшения при осуществлении медицинской деятельности

ЭФФЕКТИВНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ СНИЖЕНИЯ РИСКОВ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



Идентификация личности пациента является важнейшей частью системы обеспечения безопасности медицинской помощи.

Ежегодно в мире регистрируется большое количество нежелательных событий, связанных с неправильной идентификацией личности: от серьезных, приводящих к смерти или утрате органа, до менее значительных, но приводящих к длительной потере здоровья, удлинению госпитализации, увеличению финансовых расходов как самого пациента, так и системы здравоохранения.

ЧТО ПОМОЖЕТ ИЗБЕЖАТЬ ОШИБОК?

Соблюдение протокола/алгоритма идентификации личности всеми сотрудниками и при каждом контакте с пациентом: использование не менее 2-х идентификаторов (например: фамилия, имя, отчество полностью и год рождения)

НЕ ПРИМЕНИМЫ: НОМЕР ПАЛАТЫ, ИНИЦИАЛЫ, СИМВОЛЫ



КГБУЗ "Краевая клиническая больница" г. Красноярск

Эпидемиологическая безопасность – это отсутствие недопустимого риска возникновения у пациентов и медицинского персонала заболевания инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

Наиболее уязвимые группы пациентов: новорожденные дети, пожилые люди, пациенты с тяжелым течением основной патологии и множественными сопутствующими заболеваниями, пациенты, подвергающиеся агрессивным и инвазивным медицинским манипуляциям, трансплантации органов и т.п.

5 МОМЕНТОВ ГИГИЕНЫ РУК



увеличение расходов на приобретение антисептика в 2 раза



сокращение затрат на микробиологические исследования и приобретение антибиотиков



СНИЖЕНИЕ ОБЩИХ ЗАТРАТ В 1,8 РАЗА

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ НАДЛЕЖАЩЕЙ ПРАКТИКИ ГИГИЕНЫ РУК:

- ✓ Снижение уровня внутрибольничной колонизации
- ✓ Снижение заболеваемости ИСМП пациентов в 2-4 раза
- ✓ Сокращение средней длительности пребывания пациентов до 76%

Проблемы, связанные с хирургической помощью, являются распространенными, смертельно опасными и при этом предотвратимыми во всех странах и во всех медицинских организациях.

В 2009 году специалисты ВОЗ разработали и рекомендовали к широкому внедрению хирургический чек-лист. Частота серьезных осложнений после операции снизилась с 11% в исходном периоде до 7% после введения контрольного списка, т.е. на треть. Госпитальная смертность после обширных операций снизилась более чем на 40% (с 1,5% до 0,8%).

ПРИМЕНЕНИЕ ЧЕК-ЛИСТА

- ✓ Повышает безопасность пациентов
- ✓ Снижает летальность
- ✓ Обеспечивает эффективную коммуникацию операционной бригады
- ✓ Снижает частоту послеоперационных осложнений
- ✓ Снижает количество дефектов

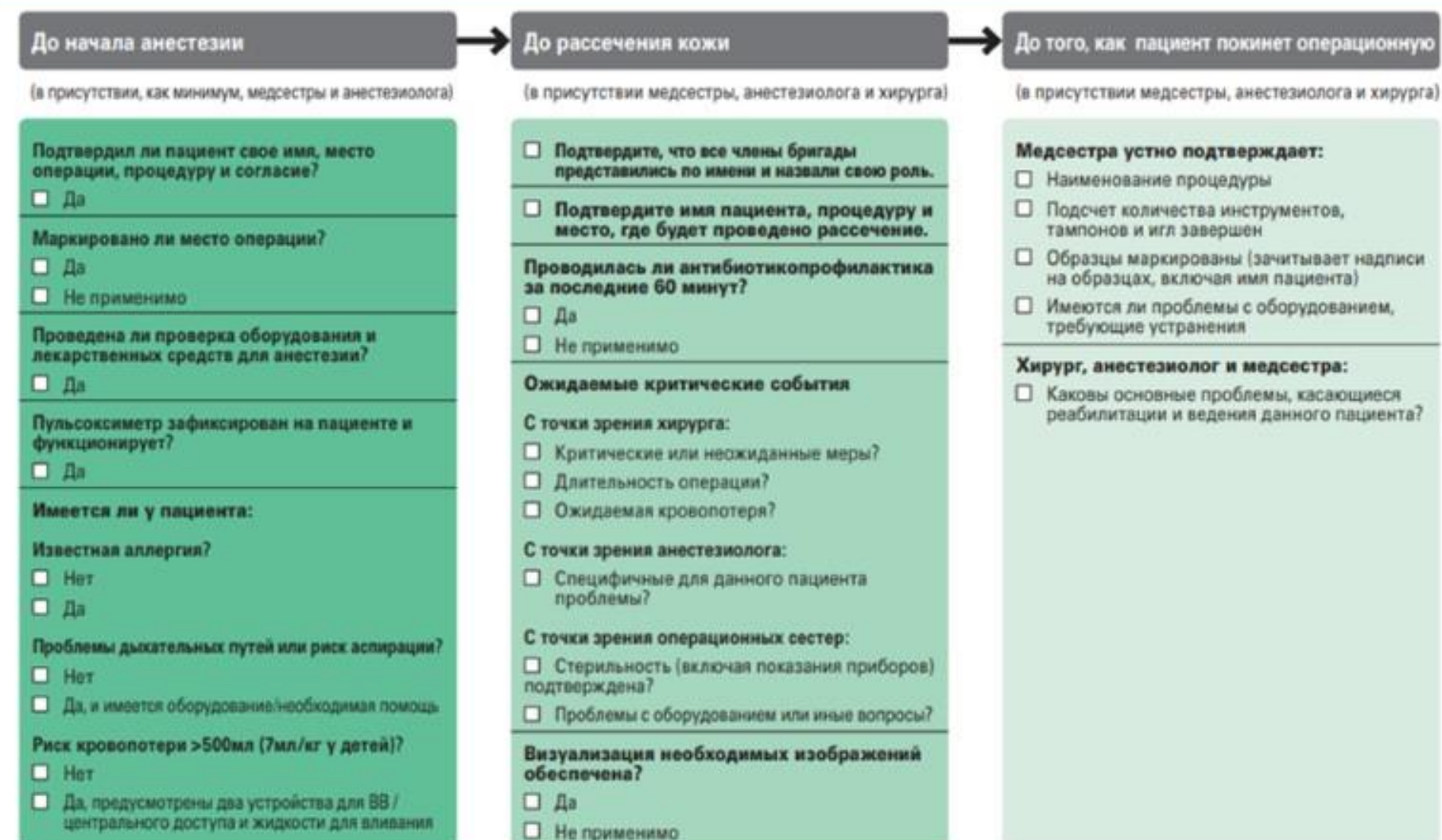
ПЕРЕД НАЧАЛОМ ОПЕРАЦИЙ В ПРИСУТСТВИИ ВСЕЙ ОПЕРАЦИОННОЙ БРИГАДЫ ОЗВУЧИВАЕТСЯ:

- ✓ ФИО пациента
- ✓ Название и место операции
- ✓ ФИО оперирующего хирурга, ФИО анестезиолога
- ✓ Подтверждается вид анестезии
- ✓ Обсуждаются все особенности и риски операции до ее начала

Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности



Всемирная организация здравоохранения
Безопасность пациентов



Данный контрольный перечень не является всеобъемлющим. Возможны добавления и изменения с учетом местной практики.

Пересмотрено 1 / 2009 г.

© ВОЗ, 2009 г.

[Скачать практическое руководство](#)
[Скачать чек-лист ВОЗ](#)

Данный подход основан на том, что каждый берет на себя ответственность за то, чтобы сделать медицинские организации БЕЗОПАСНЕЕ

S

(Stop) – остановитесь

Остановитесь, если увидите что-то небезопасное

A

(Assess) – оцените ситуацию

Оцените ситуацию. Попросите поддержки у других, руководителей или лидеров

F

(Fix) – исправьте ситуацию

Исправьте небезопасную ситуацию, если сможете. Если не можете, то...

E

(Escalate) – выразите свою озабоченность

Позовите на помощь члена команды или руководителя

R

(Report) – сообщайте о ситуациях

Сообщайте о небезопасных ситуациях, средах и практиках, включая как случаи не приведшие к нежелательному событию, так и нежелательные события, которые повлекли за собой причинение вреда пациентам или персоналу. Мы не можем улучшить то, о чем не знаем



РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- ✓ проведение периодического обучения сотрудников навыкам коммуникации
- ✓ улучшение коммуникации между организациями, которые предоставляют пациенту различные виды лечения для выработки четкой стратегии ведения
- ✓ использование техники SBAR
- ✓ предоставлять персоналу достаточного времени для осуществления коммуникации, а также возможность задавать вопросы и получать на них ответы, стимулировать персонал повторять и перечитывать полученную информацию для того, чтобы убедиться в правильности восприятия
- ✓ обязательная передача информации о статусе пациента, перечне лекарственных препаратов, плане лечения, изменений в состоянии
- ✓ строгое ограничение информации, которая передается на каждом этапе

ПРОЦЕССЫ, СОДЕРЖАЩИЕ РИСКИ ПРИ ПЕРЕДАЧЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ:

- Перевод из отделения в отделение
- Передача дежурств врач-врач, медсестра-медсестра, врач-медсестра
- Передача клинической информации перед отпуском, учебой
- Транспортировка пациента в медицинскую организацию
- Передача клинической информации при переводе пациента на другой этап лечения
- Перевод пациента в другую медицинскую организацию
- Трансфер пациента

Медицинская организация должна внедрить систему контроля за содержанием выписного эпикриза и передачей его в амбулаторное звено. Выписной эпикриз должен содержать ключевую информацию, которая касается диагноза, планов лечения, результатов обследования и лекарственной терапии.

Медицинскому работнику при передаче информации коллегам о состоянии пациента рекомендуется произнести информацию согласно подходу SBAR по определенной схеме:

S (Situation) – описание ситуации

- ✓ Кто звонит
- ✓ Где работает
- ✓ По поводу какого пациента (ФИО пациента, его дата рождения и № палаты)
- ✓ Коротко о проблеме и времени ее возникновения

B (Background) – общая информация

- ✓ Краткая история пациента
- ✓ Дата поступления, диагноз, получаемая терапия
- ✓ Изменение ситуации по сравнению с прошлым состоянием

A (Assessment) – оценка ситуации

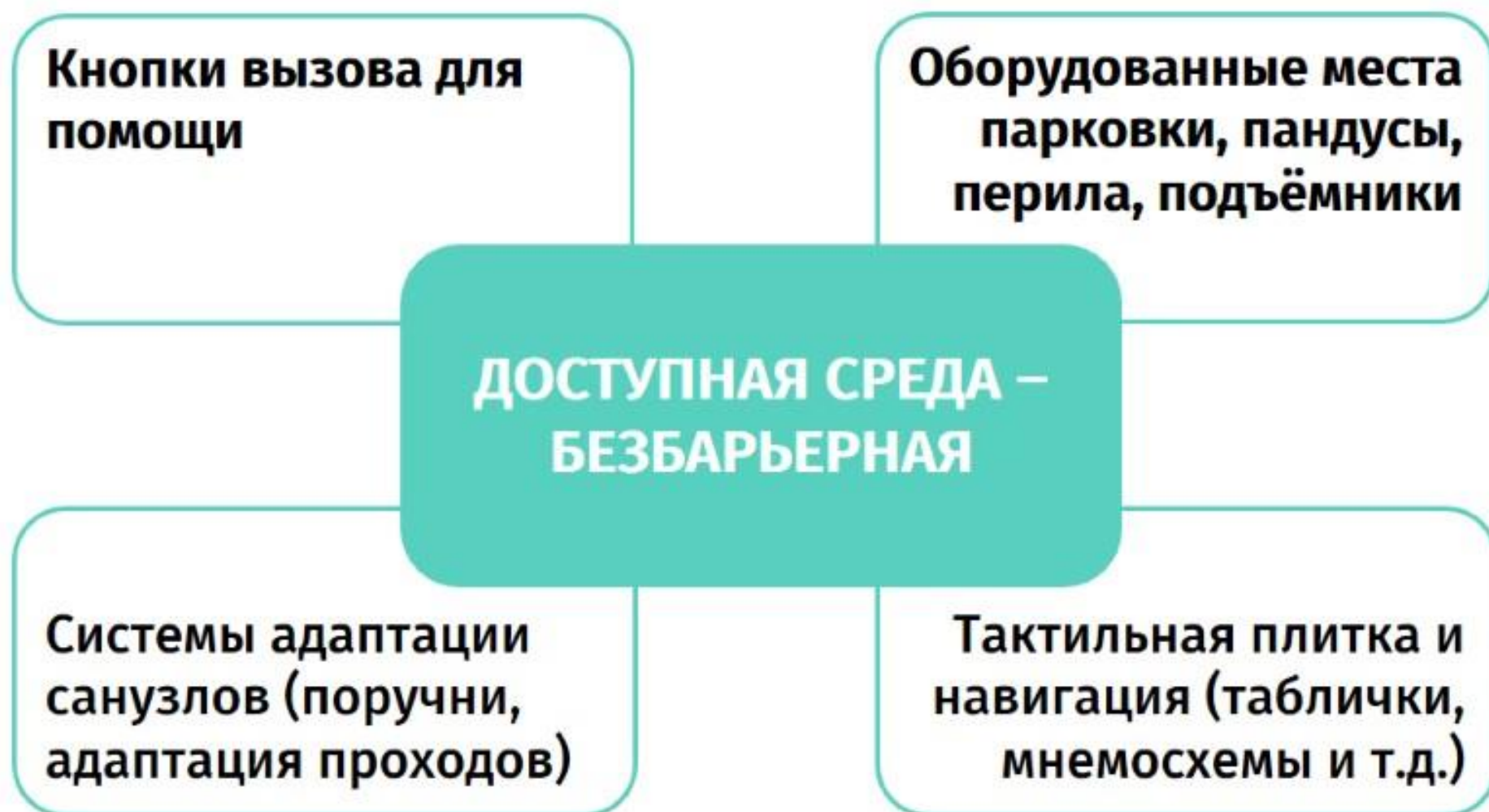
- ✓ Оценка ситуации медсестрой + витальные показания

(Recommendation) – рекомендации

- ✓ Врач подтверждает, что понимает о каком пациенте идет речь («отзеркаливание»)
- ✓ Представляется сам
- ✓ Дублирует ФИО пациента и дату рождения («отзеркаливание»)
- ✓ Подтверждает, что осмотрит пациента и может дать рекомендации по дополнительным исследованиям или экстренным назначениям
- ✓ Все назначения и рекомендации должны быть зафиксированы в письменном виде (врачом в ЭМК пациента, медсестра – в чек листе SBAR)

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД. СОЗДАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ

Размещение значимой информации в местах, оптимальных для восприятия, доступность и информативность материала, единый стиль в оформлении



- ✓ система навигации
- ✓ информационные табло
- ✓ стенды
- ✓ таблички
- ✓ указатели
- ✓ напольная навигация








- ✓ Человеческие факторы, в том числе **коммуникативные навыки сотрудников также важны как и условия пребывания**
- ✓ Бытовые условия пребывания имеют значение, но **опытный и социально квалифицированный персонал оказывает большее влияние на удовлетворенность пациентов**
- ✓ **Личное взаимодействие с персоналом** оказывает положительное влияния на оценку пациентом и членами семьи качества помощи как в стационаре, так и поликлинике
- ✓ **Хорошие коммуникативные навыки и позитивный настрой** должны быть основными в описании компетенций при наборе и отборе сотрудников
- ✓ **Эффективная коммуникация – практический навык.** Полезно проводить обучение существующего персонала тому, как лучше взаимодействовать с пациентами и работать с жалобами/предложениями

Нежелательное событие при осуществлении медицинской деятельности – факты и обстоятельства, создавшие угрозу причинения или повлекшие причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведшие к удлинению сроков оказания медицинской помощи

в соответствии с Приказом Минздрава России от 31 июля 2020 года N 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

ОСНОВНЫЕ ШАГИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ УЧЕТА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ СОБЫТИЙ:

-  Разработайте и согласуйте перечень нежелательных событий
-  Проведите информирование/инструктаж медицинских работников по вопросам активного выявления нежелательных событий
-  Стимулируйте и поощряйте медицинских работников за выявление нежелательных событий
-  Разработайте и утвердите порядок проведения анализа нежелательных событий Комиссией (Службой) по внутреннему контролю и(или) уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности
-  Регулярно доводите результаты учета и анализа нежелательных событий до сведения сотрудников медицинской организации на проводимых совещаниях, конференциях

Культура безопасности – культура медицинской организации, основанная и поддерживаемая на принципах прозрачности, безопасности, взаимного доверия и подотчётности, где проводится регулярная оценка и анализ нежелательных событий и рисков их возникновения.

КАК ФОРМИРОВАТЬ ?

Развивать командную работу для поиска решений проблем безопасности пациента

Обеспечивать открытую и прозрачную культуру, в которой сотрудники могут сообщить о нежелательных событиях, не опасаясь наказания

Внедрить инструменты современной системы управления качеством (обучение, аудиты)

Регулярный мониторинг нежелательных событий и рисков их возникновения

Внедрить систему поощрения сотрудников, заявивших о нежелательном событии

Отказаться от подхода «поиска виновного», выявлять и анализировать системные проблемы

КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТОРЫ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ:



1. МО должна создать **структуру для оценки** и повышения диагностической безопасности
2. МО создает **психологически безопасную среду**, которая побуждает клиницистов делиться опытом для повышения безопасности диагностики, не опасаясь наказания за совершённую ошибку
3. МО создает «петли обратной связи» для **увеличения потока информации о результатах диагностики и лечения** пациентов с **последующим анализом** полученных данных
4. МО привлекает **междисциплинарные команды для изучения сопутствующих факторов** при диагностических событиях, связанных с безопасностью - человеческий фактор, когнитивные функции, информационные системы и т.д.
5. МО активно **привлекает пациентов и членов семей** для выявления и обсуждения с целью лучшего понимания причин проблем безопасности диагностики, и поиска эффективных решений
6. МО рекомендует пациентам **проверять свои медицинские записи** и использует инструменты, помогающие пациентам понять, интерпретировать и/или действовать в соответствии с диагностической информацией
7. МО имеет стандартизированные системы и процессы **для прямого взаимодействия** между лечащими клиническими и диагностическими командами
8. МО имеет стандартизированные системы и процессы для **обеспечения надежной передачи диагностической информации** между клиницистами и пациентами и их семьями на протяжении всех этапов диагностики
9. МО имеет стандартизированные системы и процессы **для отслеживания аномальных результатов тестов/исследований**

ПАЦИЕНТЫ:

- ✓ Своевременное оказание медицинской помощи
- ✓ Соблюдение временных нормативов диагностики и лечения
- ✓ Повышение доступности записи на приемы к участковым врачам, врачам-специалистам, на диагностические исследования
- ✓ Повышение эффективности лечения
- ✓ Участие в принятии решения в процессе лечения
- ✓ Развитие эффективной коммуникации с медицинским работником
- ✓ Повышение удовлетворенности оказываемой медицинской помощью

ГОСУДАРСТВО:

- ✓ Снижение заболеваемости и смертности
- ✓ Повышение продолжительности здоровой жизни
- ✓ Сокращение сроков нетрудоспособности, инвалидизации населения
- ✓ Повышение качества жизни населения
- ✓ Рациональное использование ресурсов здравоохранения
- ✓ Повышение качества диспансерного наблюдения (снижение частоты обострений ХНИЗ, своевременность постановки на учет, снижение частоты осложнений)
- ✓ Повышение охвата и качества диспансеризации (снижение факторов риска у пациентов 2 группы здоровья)

МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ И ЕЕ СОТРУДНИКИ:

- ✓ Повышение устойчивости МО к внешним вызовам и переменам (систематизация и стандартизация работы в условиях «мультизадачности»)
- ✓ Соблюдение временных нормативов оказания медицинской помощи
- ✓ Соблюдение клинических рекомендаций, данных доказательной медицины
- ✓ Снижение издержек из-за дублируемых, некорректных назначений, гипердиагностики
- ✓ Эффективная маршрутизация пациентов на всех этапах
- ✓ Повышение компетентности сотрудников за счет внутреннего обучения
- ✓ Повышение эффективности горизонтального взаимодействия между структурными подразделениями
- ✓ Улучшение психологического климата в коллективе: снижение текучести кадров, ускоренная адаптация новых специалистов, развитие командной работы, в частности в приемном отделении, операционных, при проведении диспансеризации
- ✓ Развитие преемственности между специалистами стационара, реабилитационной службы, дневным стационаром и участковой службой, службой скорой медицинской помощи и др.
- ✓ Повышение исполнительской дисциплины, соблюдения НПА за счет упрощения инструктажей
- ✓ НЕПРЕРЫВНОЕ УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



ПАССИВНАЯ МОДЕЛЬ

Модель основана на том, что врач принимает решения о лечении пациента самостоятельно. В этой модели пациент выступает объектом воздействия. Эта модель хорошо работает в ситуациях, когда пациент находится без сознания, когда промедление с лечением может быть опасно для жизни. Процедуры обсуждения и согласования с пациентом отсутствуют.



МОДЕЛЬ СОТРУДНИЧЕСТВА

В этой модели врач занимает лидирующую позицию во взаимоотношениях с пациентом благодаря своим знаниям, навыкам и опыту. Врач разрабатывает план лечения и дает соответствующие рекомендации пациенту, рассчитывая, что пациент будет им следовать.



МОДЕЛЬ ВЗАИМНОГО УЧАСТИЯ

В данной модели отношения между врачом и пациентом рассматриваются как равноправное партнерство. Пациент рассматривается как эксперт в своих целях и жизненном опыте, что делает его участие необходимым для разработки индивидуального плана лечения. Роль врача заключается в том, чтобы выяснить цели пациента и помочь пациенту достичь их. В рамках равноправного партнерства существует взаимная зависимость и вовлеченность в деятельность, которая отвечает интересам как пациента, так и врача.

КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ – ОТВЕТСТВЕННОСТЬ КАЖДОГО!

**Мы можем спасти тысячи жизней, уменьшив
количество нежелательных событий, и сделать это
мы можем только вместе!**

Чтобы узнать еще больше о качестве и безопасности в
здравоохранении, присоединяйтесь к официальному каналу
ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора



**ПРОЙДИТЕ ИНТЕРАКТИВНЫЙ ОПРОС
медработников по актуальным вопросам
безопасности пациентов**



**Высказывайтесь и проводите
мероприятия в поддержку
Всемирного дня
безопасности пациентов!**

**#ДеньБезопасностиПациентов
#PatientSafetyDay**

**ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНКУРС
«ЛИДЕР КАЧЕСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»**
для команд специалистов, реализовавших
успешные проекты, направленные на
улучшение качества и безопасности
медицинской деятельности

Информация о проведении мероприятий Всемирного дня
безопасности пациентов на сайте
ФГБУ «Национальный институт качества»
Росздравнадзора



Москва, Волгоградский просп., д.27,
Тел: 8(495)980-29-35, info@nqi-russia.ru
сайт: www.nqi-russia.ru



**Всемирный день
безопасности
пациентов**
17 сентября