

# МЕДИЧНІ ПОМИЛКИ І БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТА: ЯК ПЕРЕТВОРИТИ ВІДДІЛЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ В ОРГАНІЗАЦІЮ ВИСОКОЇ НАДІЙНОСТІ

Федосюк Р.М., к.мед.н.



# Зміст

1. Актуальність.
2. Основні міжнародні ініціативи з безпеки пацієнтів.
3. Таксономія безпеки пацієнта.
4. Сучасні моделі безпеки пацієнта.
5. Модель безпеки пацієнта для України.
6. Основні моделі імплементації змін.
7. Безпека пацієнта в Україні: з чого почати?

# Що об'єднує цих людей?



Сергій Корольов



Michael Jackson

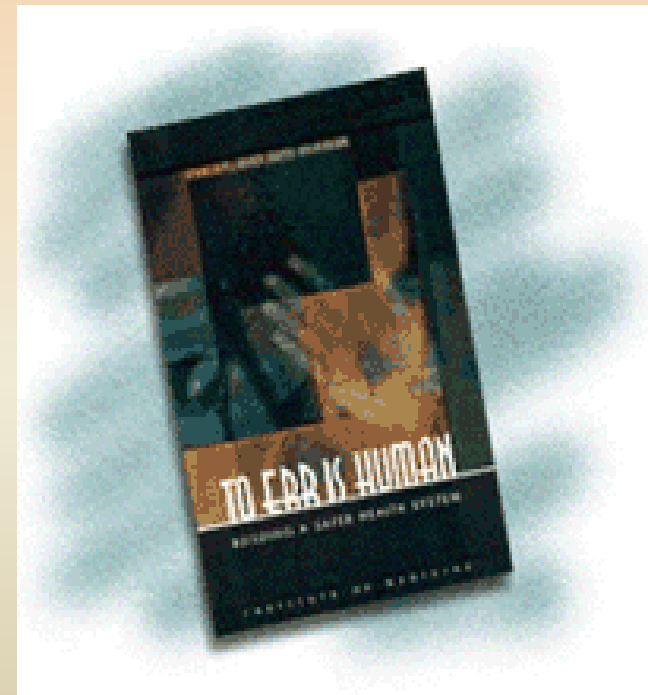
# ВООЗ : 5 фактів про безпеку пацієнта

- Факт 1** За приблизними оцінками, у розвинених країнах кожний 10-й пацієнт зазнає шкоди під час перебування у лікарні.
- Факт 2** У будь-який момент часу 1,4 млн. людей у світі страждають від інфекцій, здобутих у лікарнях.  
У деяких країнах частка ін'єкцій, що виконуються використаними і не простерилізованими шприцями або голками сягає 70%.  
Щороку небезпечні ін'єкції стають причиною 1,3 млн. смертей, головним чином через трансмісію вірусів гепатитів В і С та ВІЛ-інфекції.
- Факт 3** Щонайменше 50% медичного обладнання у країнах, що розвиваються, є непридатним або лише частково придатним для використання. Як результат, належний рівень діагностики і лікування не може бути забезпеченим.
- Факт 4** Дослідження показують, що додаткова госпіталізація, судові процеси, ятрогенні інфекції, втрачені доходи, інвалідність та затрати на лікування коштують деяким країнам від 6 до 29 мільярдів доларів на рік.
- Факт 5** Сектори економіки, в яких ризик нещасних випадків вважається більш високим, такі як авіація та атомні електростанції, мають набагато кращі показники безпеки, ніж охорона здоров'я.  
Так, шанси отримати пошкодження у пасажира літака під час перебування на борту складають 1 до 1 000 000, тоді як у пацієнта лікарні в процесі надання медичної допомоги - 1 до 300.

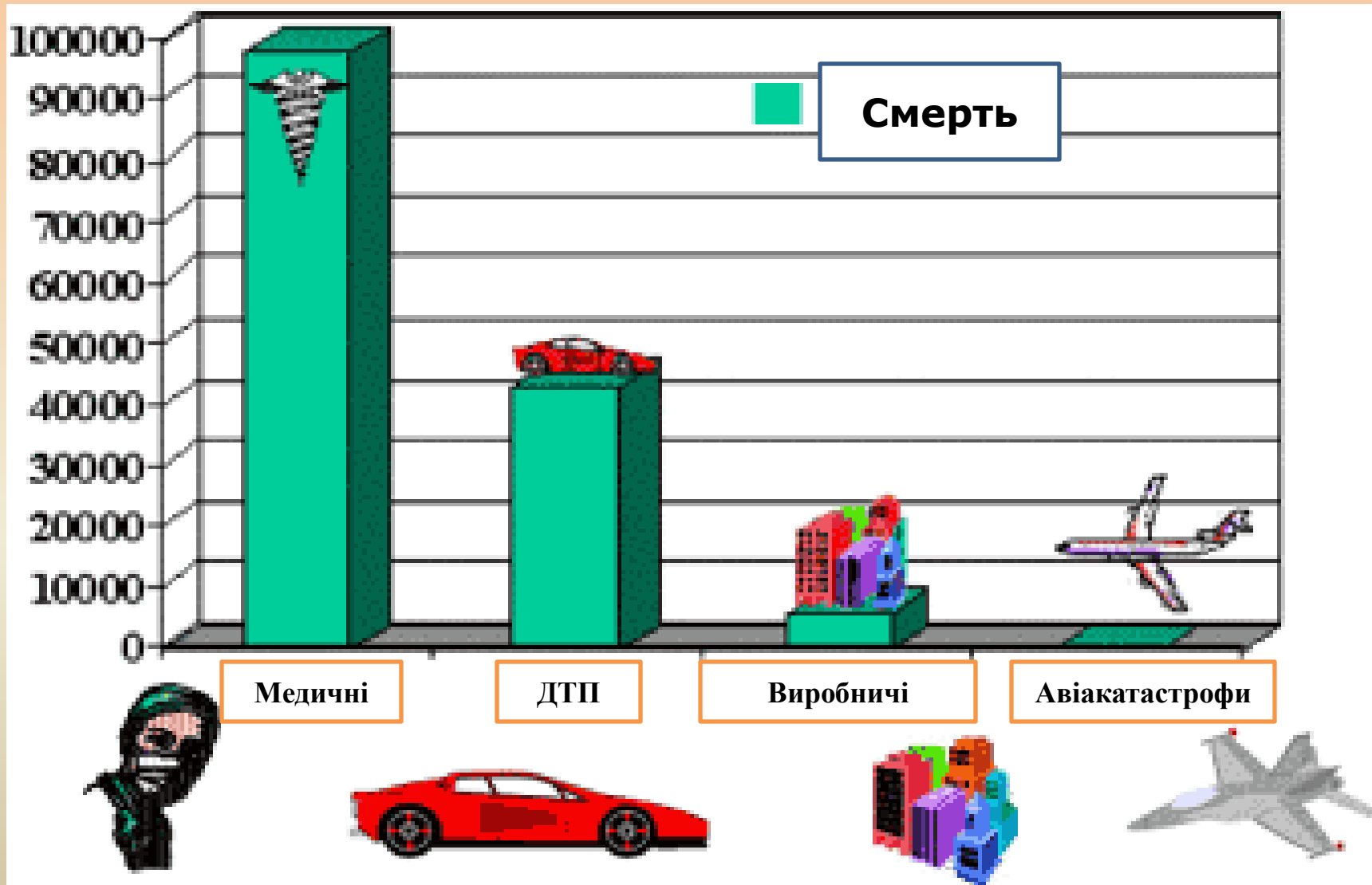
# Інститут Медицини (США)

## “Людині властиво помилятися: побудова більш безпечної системи охорони здоров'я” (Звіт 1999 р.)

1. Від 44 000 до 98 000 пацієнтів помирають щороку в США в результаті медичних помилок.
2. Медичні помилки є восьмою основною причиною смерті в США – більш частою, ніж дорожньо-транспортні пригоди (43 458), рак молочної залози (42 458) та СНІД (16 516).



# Смертність від різних причин (США)



# **Основні міжнародні ініціативи з безпеки пацієнтів**

## **Програма безпеки пацієнтів ВООЗ**

- ❑ Травень 2002 р.: 55-а Асамблея ВООЗ своєю Резолюцією 55.18 спонукала країни-члени ВООЗ звернути пильну увагу на проблему безпеки пацієнта.
- ❑ Травень 2004 р.: 57-а Асамблея ВООЗ підтримала ідею створення Всесвітнього Альянсу за Безпеку Пацієнта.
- ❑ 27 жовтня 2004 р. (Вашингтон, США): створено Всесвітній Альянс за Безпеку Пацієнта.

## **Міжнародні стандарти безпечної анестезіологічної практики Всесвітньої Федерації Товариств Анестезіологів (WFSA)**

- ❑ Розроблені Міжнародною робочою групою по безпеці анестезії на початку 90-х років;
- ❑ Вперше прийняті ВФТА 13 червня 1992 р.
- ❑ В останній оновленій редакції вийшли у 2010 р.

## **Безпека пацієнта в інтенсивній терапії: Віденська декларація (заява Виконавчого комітету Європейського товариства інтенсивної терапії - ESICM):**

- ❑ Прийнята лідерами 52-х національних і міжнародних товариств інтенсivistів на зустрічі у Відні 9 жовтня 2009 р.

# Таксономія безпеки пацієнта

**Безпека** – свобода від пошкоджень внаслідок нещасного випадку.

**Безпека пацієнта** - уникнення, попередження або пом'якшення несприятливих наслідків лікування або пошкоджень, завданих у процесі лікування.

**Помилка** – невдача у виконанні запланованої дії згідно з намірами (помилка виконання) або використання хибного плану для досягнення мети (помилка планування).

Види помилок:

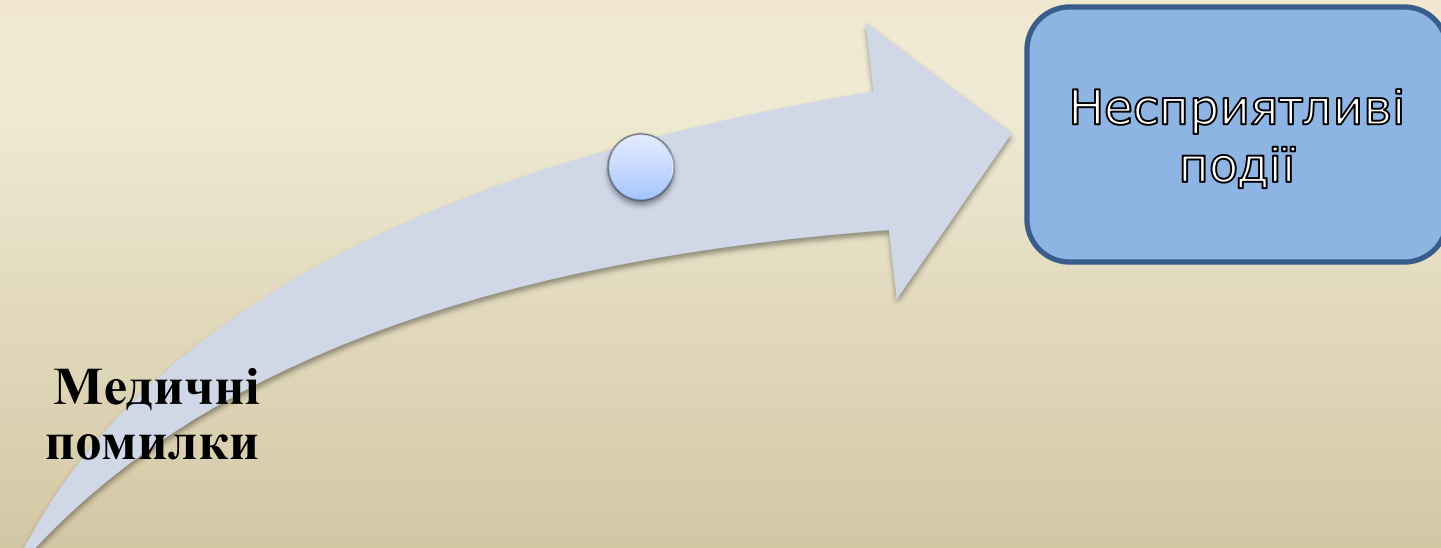
- помилки внаслідок виконання непотрібної дії ("**errors of commission**")
- помилки внаслідок невиконання потрібної дії ("**errors of omission**").

**Несприятлива подія** – пошкодження, пов'язане з будь-якими аспектами надання медичної допомоги, але не з ускладненням хвороби.

Види несприятливих подій:

- події, які можна попередити ("**preventable events**")
- події, які не можна попередити ("**non-preventable events**")

**Медичні  
помилки**



Несприятливі  
події



# Класифікація несприятливих медичних подій (“айсберг”)

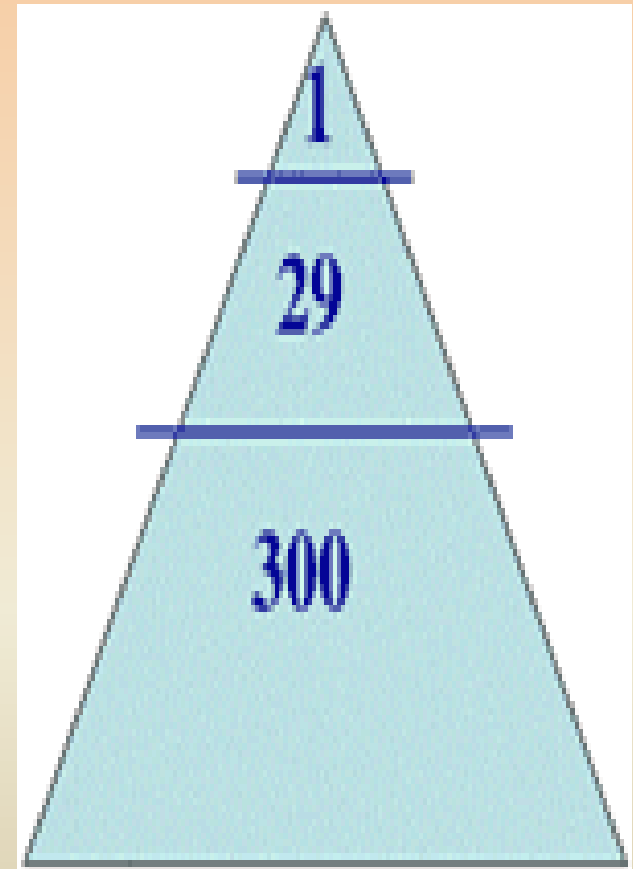


- ❑ **Нещасний випадок** (англ. *misadventure*) – несприятлива подія сталась, досягла пацієнта і певний рівень шкоди, навіть смерть, завдано.
- ❑ **Подія без завданої шкоди** (англ. *no harm event*) – несприятлива подія мала місце, досягла пацієнта, але шкоди пацієнту не завдано.
- ❑ **Попереджена подія** (англ. *near miss event*) – потенційна небезпека несприятливої події і завдання шкоди існувала, але несприятливий наслідок не наступив у зв’язку зі своєчасно вжитим запобіжним заходом.

# Співвідношення інцидентів різної важкості на виробництві

## Співвідношення Гейнріха:

- 1 – великі пошкодження.
- 29 – малі пошкодження.
- 300 – інциденти, що не призвели до пошкоджень.



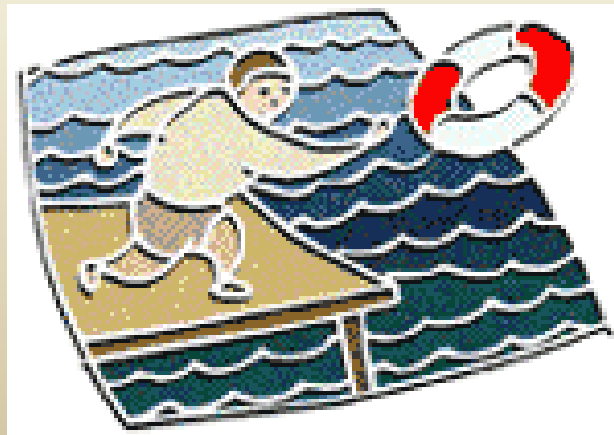
# Сучасні моделі безпеки в медицині

## 1. Модель швейцарського сиру

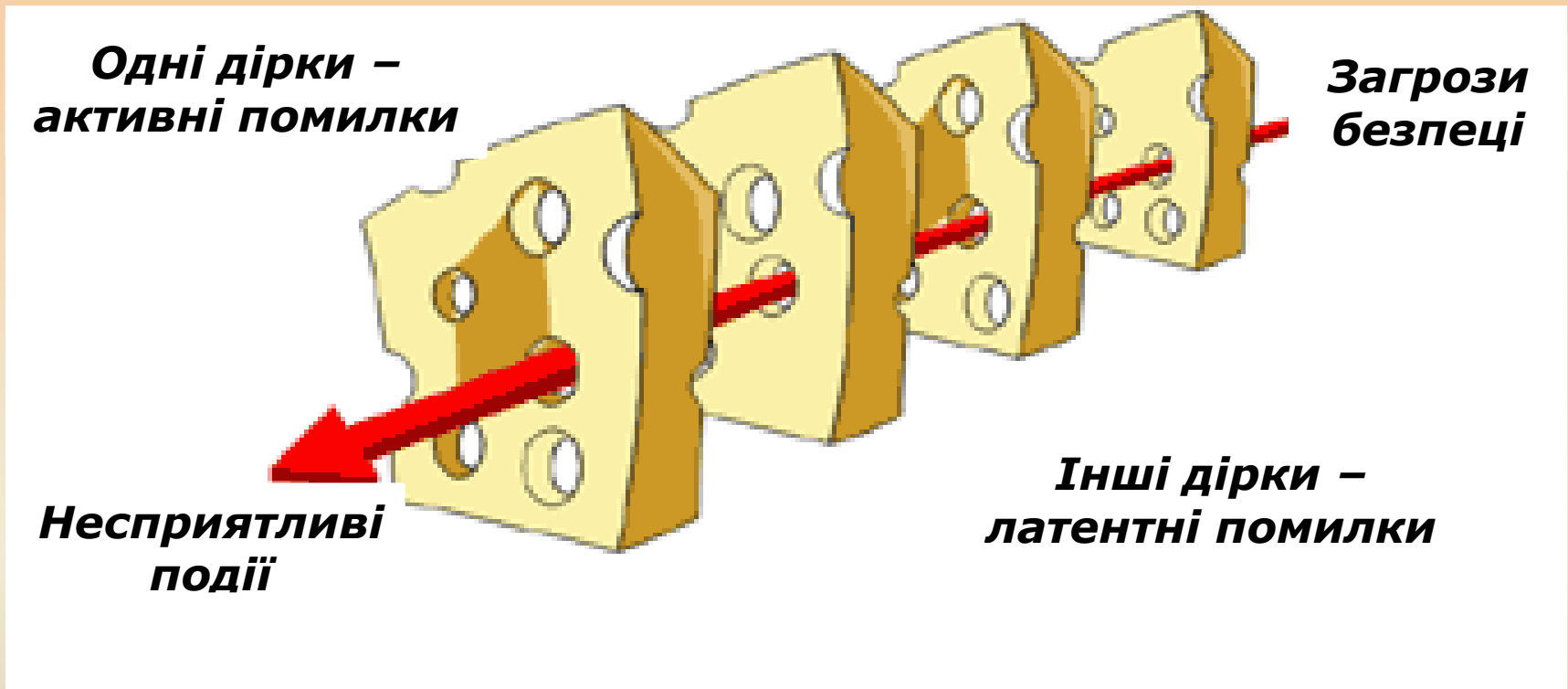
(Swiss cheese model, J. Reason)

## 2. PRISMA-модель

(**P**revention and **R**ecovery **I**nformation **S**ystem for **M**onitoring and **A**nalysis, T. W. van der Schaaf, Eindhoven University of Technology, the Netherlands)



# **I модель безпеки: модель швейцарського сиру (J. Reason)**



**Захисні кордони – як скибки швейцарського сиру:  
вони завжди мають дірки**

# Типи медичних помилок (за J. Reason)

## Активні помилки

Зумовлені людським фактором  
(англ. *human errors*).

Типи активних помилок (Jens Rasmussen):

- ❑ Помилки внаслідок неналежного виконання рутинних навичок (англ. *skill-based*)
- ❑ Помилки внаслідок порушення правил виконання процедур або протоколів (англ. *rule-based*)
- ❑ Помилки внаслідок недостатніх знань (англ. *knowledge-based*).



## Латентні помилки

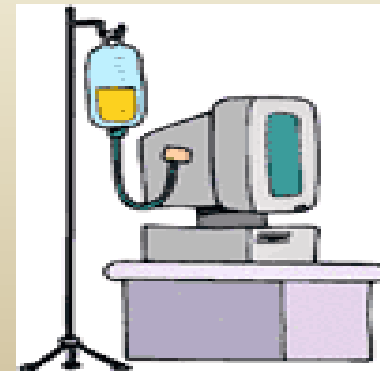
Зумовлені технічними або організаційними причинами

### ❑ Технічні

Помилки внаслідок проблем з фізичними елементами, такими як обладнання, програмне забезпечення або паперові носії.

### ❑ Організаційні

Помилки внаслідок неналежної безпекової культури в колективі або помилкових управлінських рішень щодо безпеки пацієнтів.



# II модель безпеки: PRISMA-модель (T. W. Van der Schaaf)

- ❑ 20 груп причин несприятливих подій розподіляються на 4 категорії.
- ❑ Більшість несприятливих подій зумовлена кількома причинами.

## Технічні

- ❑ Дизайн
- ❑ Будівництво
- ❑ Матеріали
- ❑ Зовнішні причини

## Організаційні

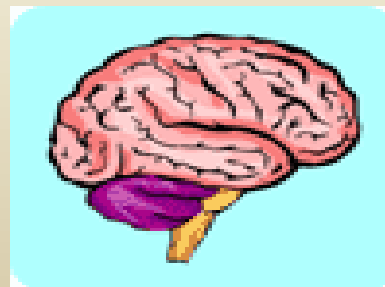
- ❑ Навчання
- ❑ Протоколи
- ❑ Управлінські пріоритети
- ❑ Культура
- ❑ Зовнішні причини

## Кадрові

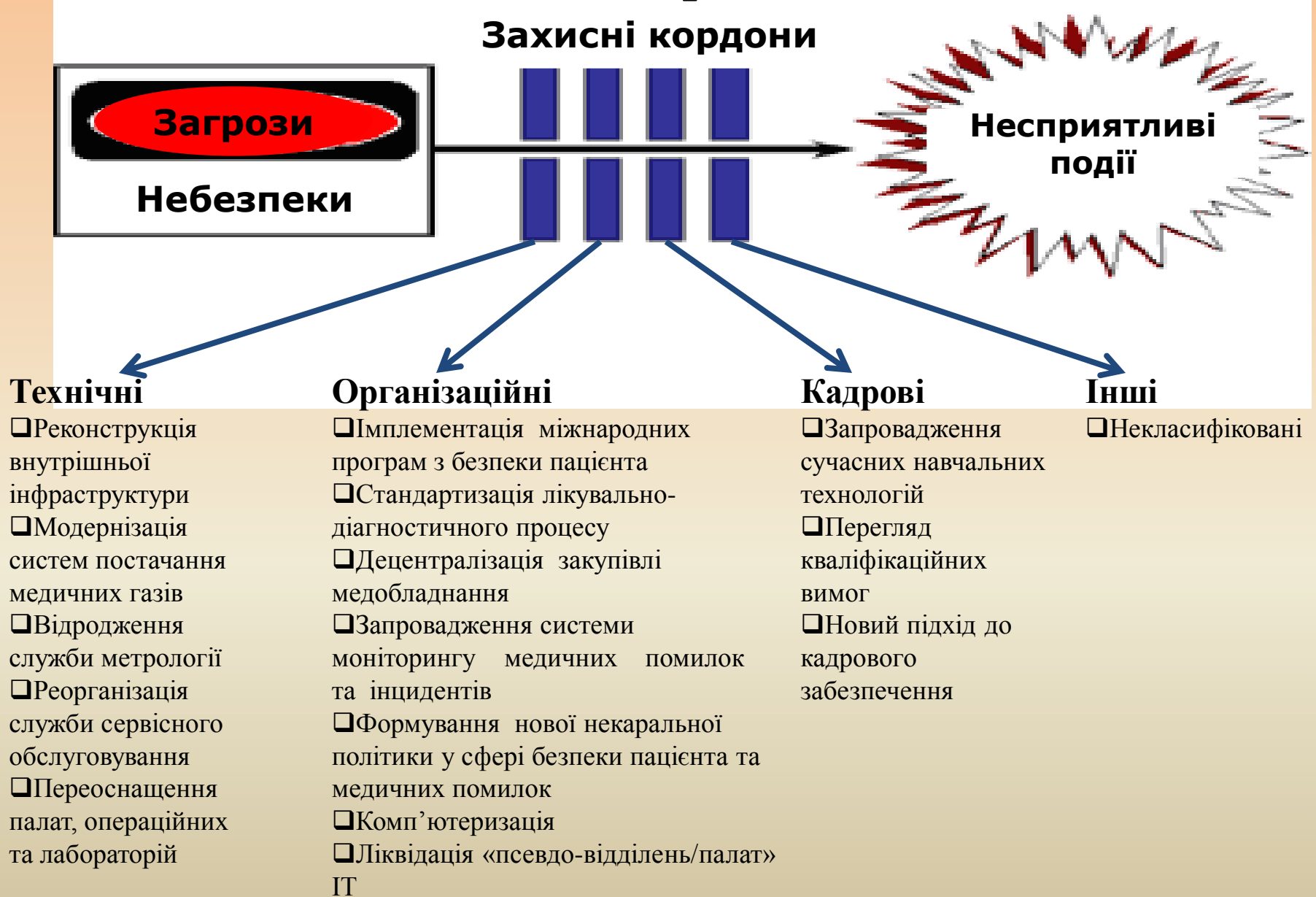
- ❑ Знання
- ❑ Кваліфікація
- ❑ Координація
- ❑ Верифікація
- ❑ Втручання
- ❑ Моніторинг
- ❑ Описки
- ❑ Зовнішні причини

## Інші

- ❑ Пацієнт-залежні
- ❑ Некласифіковані



# Модель безпеки пацієнта для служби АІТ України



# Джерела інформації про помилки та інциденти в медицині

- Спостереження
- Медична документація
- Аудит
- Індикатори безпеки пацієнта
- Система моніторингу медичних помилок та інцидентів:
  - обов'язкова звітність (інциденти, що закінчилися інвалідністю або смертю)
  - добровільна звітність

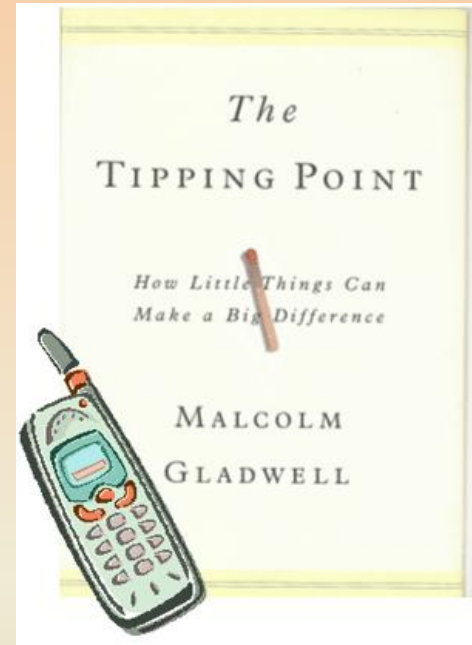
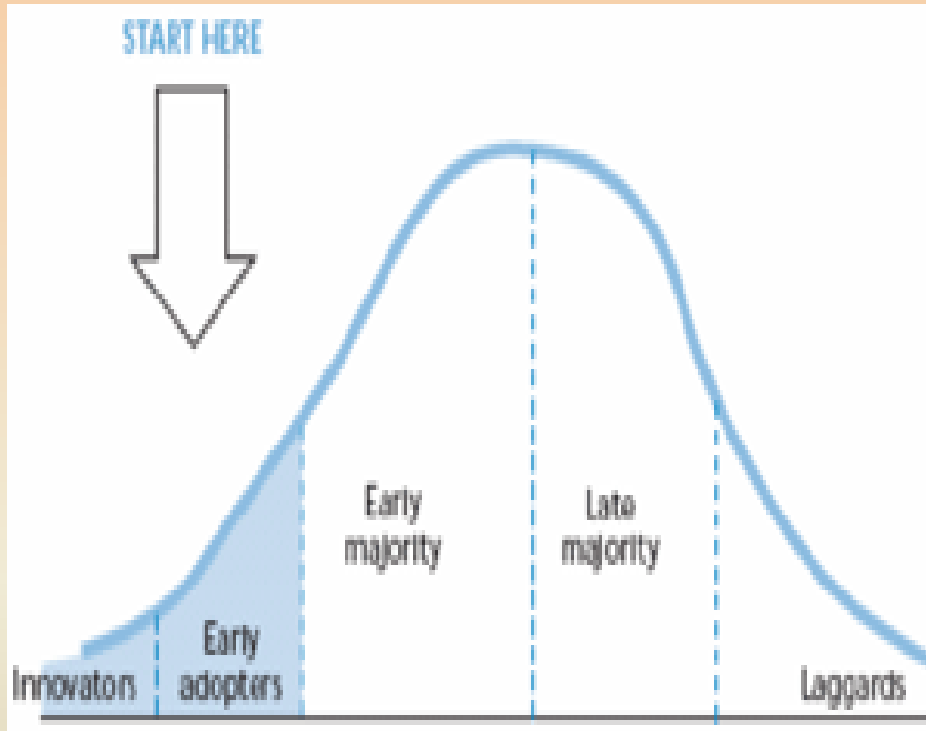




# **Чотири моделі запровадження змін**

- 1. Поширення інновацій (E. Rogers)***
- 2. 4-кімнатна квартира (C. Janssen)***
- 3. Модель 3-х кампаній (L. Hirschhorn)***
- 4. Організація високої надійності (K. Weick)***

# I модель – «Поширення інновацій»



Зусилля по запровадженню змін зазнають переломного моменту при прийнятті ідеї 20% персоналу

Rogers, Everett. (1985) Diffusion of Innovations. Free Press, New York

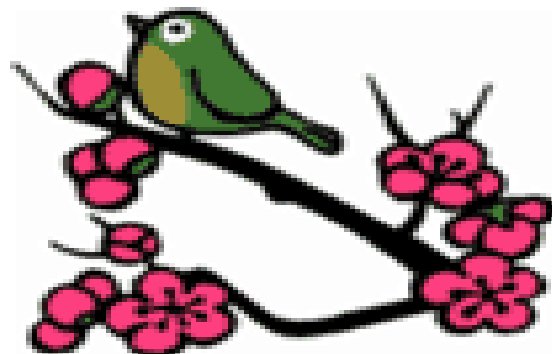
Gladwell, Malcolm *The Tipping Point*. Little, Brown and Company, 2000 Boston, P. 12

# II модель – «4-кімнатна квартира»

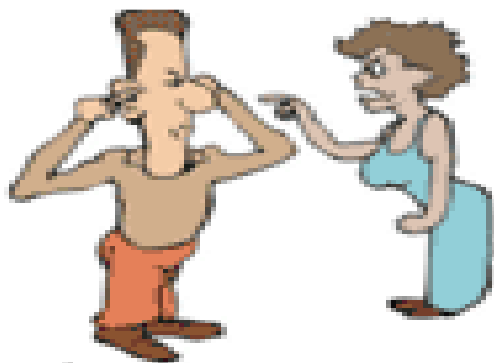
Задоволеність



Відновлення



Відмова



Замішання



# III модель – «Модель трьох кампаній»

## Військова кампанія



## Маркетингова кампанія



## Політична кампанія

# IV модель – «Організація високої надійності»

## П'ять процесів, що лежать в основі ОВН

1. «Зацикленість» на можливості несприятливої події

2. Відмова від спрощення пояснень

3. Акцент на конкретних виробничих процесах

4. Стійкість до несприятливих впливів

5. Повага до професійного досвіду і кваліфікації



# **З чого почати?**

- Визнати безпеку пацієнта одним з основних пріоритетів у діяльності служби анестезіології та ІТ.**
- Створити робочу групу та розробити нормативно-правову базу з безпеки пацієнта.**
- Адаптувати до умов України та запровадити основні існуючі міжнародні програми з безпеки пацієнта.**
- Розробити та запровадити систему обов'язкового та добровільного моніторингу медичних помилок та інцидентів у службі АІТ на засадах анонімності.**
- Виховувати некаральну культуру ставлення до медичних помилок та інцидентів як у медичного персоналу, так і в управлінського апарату.**

**Дякую за увагу!**