

**Четвертий Британсько-Український Симпозіум  
з анестезіології та інтенсивної терапії  
Київ, 25-26 жовтня 2012 року**

**Основні міжнародні рекомендації останніх  
5-ти років щодо розвитку національних служб  
анестезіології та інтенсивної терапії:  
чи готові ми до їх запровадження в Україні?**

**Федосюк Р. М., к.мед.н.  
Головний позаштатний анестезіолог  
МОЗ України**

# План виступу

1. **ВООЗ та анестезіологія - інтенсивна терапія (2 документи).**
2. **Основні міжнародні організації з анестезіології та їх останні ініціативи та рекомендації (4 документи).**
3. **Основні міжнародні організації з інтенсивної терапії та їх останні ініціативи та рекомендації (2 документи).**
4. **Перспективи запровадження міжнародних рекомендацій в Україні.**

# ВООЗ та анестезіологія - інтенсивна терапія

Рік	Розробник	Назва документу	Основна ідея
2006	ВООЗ	Перша Глобальна ініціатива ВООЗ з безпеки пацієнтів «Чистота підвищує безпеку медичної допомоги» («CLEAN CARE IS SAFER CARE»)	Попередження нозокоміальних інфекцій через запровадження правил гігієни рук «SAVE LIVES: CLEAN YOUR HANDS».
2008	ВООЗ	Друга Глобальна Ініціатива ВООЗ з безпеки пацієнтів «Безпечна операція рятує життя» («SAFE SURGERY SAVES LIVES» )	Підвищення безпеки пацієнтів під час операцій через запровадження «SURGICAL SAFETY CHECKLIST»

# Програма ВООЗ з безпеки пацієнтів та дві її Глобальні ініціативи

1. «Програма ВООЗ з безпеки пацієнтів» (2004): 13 напрямків діяльності (...).
2. Перший напрямок - «Глобальні виклики у сфері безпеки пацієнтів».
  - **Основна парадигма:** Глобальний виклик – Глобальна Ініціатива – Глобальна Кампанія.
  - **Глобальні виклики:** Перший - Нозокоміальні інфекції.  
Другий - Більш безпечна операція.
  - **Виклик «Нозокоміальні інфекції» – Ініціатива «Чистота підвищує безпеку медичної допомоги» - Кампанія «Рятуйте людські життя: дотримуйтеся чистоти рук».**
  - **Виклик «Більш безпечна операція» – Ініціатива «Безпечна операція рятує життя» - Кампанія «Контрольний перелік заходів з підвищення безпеки хірургічного втручання».**

# Друга Глобальна ініціатива ВООЗ з безпеки пацієнтів «Безпечна операція рятує життя»

## Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности



Всемирная организация здравоохранения

Безопасность пациентов  
Patient Safety

### До начала анестезии

(в присутствии квалифицированных медсестры и анестезиолога)

Подтвердил ли пациент свое имя, место операции, процедуру и согласие?

Да

Мониторено ли место операции?

Да

Не применимо

Приведены ли примеры оборудования и лекарственных средств для анестезии?

Да

Публикацию зафиксировали на пациенте и функционироват?

Да

Насколько вы у пациента:

Известная аллергия?

Нет

Да

Проблемы доступности путей или рана заживления?

Нет

Да, и имеются необходимые/подходящие решения

Речь пациента/родителя/ребенка (Да/нет у детей)?

Нет

Да, предоставлены две устные/для ВОЗ письменные инструкции и подписаны для Анкеты

### До расчистки кожи

(в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)

Подтвердил, что все члены бригады представлялись по имени и назвали свою роль.

Подтвердил имя пациента, процедуру и место, где будет проводиться расчистка.

Приведены ли антибиотикопрофилактика на последние 60 минут?

Да

Не применимо

Ожидание критических событий

С точки зрения хирурга:

Критические или неожиданные акты?

Длительность операции?

Сложными событиями?

С точки зрения анестезиолога:

Специфичны для данного пациента проблемы?

С точки зрения операционной сестры:

Стерильность (качество подготовки приборов/подстилки)?

Проблемы с оборудованием или иные акты?

Выявление/исполнение необходимых мероприятий обеспечения?

Да

Не применимо

### До того, как пациент покинет операционную

(в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)

Медсестра устно подтверждает:

Идентификация процедуры

Подсчет количества инструментов, тампонов и губ завершено

Обходом маркированы транзитивно надписи на оборудовании, в том числе вент-подпитку?

Идентификация проблем с оборудованием, требующих устранения

Хирург, анестезиолог и медсестра:

Какими являются проблемы, касающиеся идентификации и ведения данного пациента?

# Друга Глобальна ініціатива ВООЗ з безпеки пацієнтів «Безпечна операція рятує життя»

## Перед індукцією в анестезію

- підтвердження пацієнтом свого імені, зони операції, назви операції та згоди
- маркування місця операції
- контроль обладнання та медикаментів
- ініціація пульсоксиметрії
- уточнення алергологічного анамнезу
- оцінка можливих проблем з дихальними шляхами
- оцінка ризиків аспірації
- оцінка ризиків великої крововтрати
- оцінка готовності до корекції перелічених проблем

## Перед початком операції

- уточнення імен та ролей кожного учасника бригади
- усне підтвердження імені пацієнта, назви операції, місця розрізу та положення пацієнта на столі
- уточнення очікуваних критичних інцидентів з боку хірурга, анестезіолога та м/с
- перевірка виконання пакету заходів з профілактики раневих інфекційних ускладнень
- перевірка виконання тромбопрофілактики
- перевірка наявності в операційній необхідних рентгенівських та інших зображень.

## Перед покиданням бригадою операційної

- усне підтвердження медсестрою правильності зафіксованої назви операції
- завершення підрахунку кількості інструментів, марлевих кульок/серветок і голок та їх відповідності очікуваній
- перевірка правильності маркування забраних зразків тканин
- уточнення виявлених проблем з обладнанням, що потребують вирішення
- з'ясування ключових проблем, що стосуються післяопераційного відновлення та подальшого менеджменту пацієнта

# Основні міжнародні організації з анестезіології

## 1. Всесвітні:

- Всесвітня Федерація Товариств Анестезіологів (World Federation of Societies of Anaesthesiologists – **WFSA**)

## 2. Мультинаціональні:

- Європейське Товариство Анестезіології (European Society of Anaesthesiology - **ESA**)
- Європейська Рада Анестезіології (European Board of Anaesthesiology – **EBA**) при Європейській Спільноті Медичних Спеціалістів (European Union of Medical Specialists – **EUMS**)

## 3. Національні:

- Американське Товариство Анестезіологів (American Society of Anesthesiologists - **ASA**)
- Асоціація Анестезіологів Великобританії та Ірландії (Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland - **AAGBI**)

# Останні міжнародні ініціативи та рекомендації в анестезіології

Рік	Розробник	Назва документу	Основна ідея
2010	WFSA	«Міжнародні стандарти безпечної анестезіологічної практики»	Вимоги до служби анестезіології та стандарти анестезіологічної допомоги в периопераційному періоді.
2010	EBA	«Настанови з якості та безпеки післянаркозної допомоги»	Стандарти післянаркозної допомоги.
2010	ESA/EBA	«Гельсінська декларація з безпеки пацієнтів в анестезіології»	Безпека пацієнтів при наданні анестезіологічної допомоги.



# «Міжнародні стандарти безпечної анестезіологічної практики» (WFSA, 2010)

---

1. Розподіл лікувальних закладів за три рівні з точки зору анестезіологічної практики:
  - лікувальні заклади I рівня
  - лікувальні заклади II рівня
  - лікувальні заклади III рівня
2. Розподіл стандартів на три рівні:
  - високо рекомендовані (обов'язкові для закладів I, II та III рівнів)
  - рекомендовані (обов'язкові для закладів II та III рівнів)
  - бажані (обов'язкові для закладів III рівня)
3. Розподіл стандартів на дві групи:
  - загальні (стосуються системи надання анестезіологічної допомоги в цілому)
  - периопераційні (стосуються надання анестезіологічної допомоги конкретному пацієнту)

# «Міжнародні стандарти безпечної анестезіологічної практики» (WFSA, 2010)

## Загальні стандарти анестезіологічної допомоги:

- професійний статус спеціальності
- професійні організації
- система підготовки, сертифікації та атестації кадрів
- документування діяльності
- експертна оцінки діяльності (протоколи анестезіологічної допомоги + анонімна система звітування про критичні інциденти в анестезіології)
- робоче навантаження персоналу
- основні обов'язки і відповідальність персоналу
- інфраструктура, обладнання та медикаменти

# «Міжнародні стандарти безпечної анестезіологічної практики» (WFSA, 2010)

## Периопераційні стандарти анестезіологічної допомоги

### Передопераційний період

- **Обов'язковий попередній огляд пацієнта анестезіологом.**

- **Формулювання конкретного плану анестезіологічної допомоги.**

- **Забезпечення наявності справного обладнання та компетентного помічника**

### Безпосередньо перед початком операції

- **Попередній контроль робочого місця відповідно до «Pre-list check».**

- **Повторний контроль робочого місця відповідно до «Pre-patient check».**

- **Персоніфікована перевірка безпеки пацієнта відповідно до «WHO Surgical Safety Checklist».**

### Інтраопераційний період

- **Постійна присутність анестезіолога в операційній.**

- **Адекватний рівень моніторингу пацієнта та анестезіологічної системи.**

- **Наявність звукових сигналів та тривоги.**

### Післяопераційний період

- **Забезпечення повного відновлення функцій ЦНС та захисних рефлексів в операційних або в післянаркозній палаті.**

- **Належний рівень клінічного та інструментального моніторингу.**

- **Контроль післяопераційного болю.**

# **«Міжнародні стандарти безпечної анестезіологічної практики» (WFSA, 2010)**

## **Стандарти інтраопераційного моніторингу:**

- Моніторинг оксигенації
- Моніторинг вентиляції
- Моніторинг гемодинаміки
- Моніторинг температури
- Моніторинг нервово-м'язової провідності
- Моніторинг глибини наркозу

# «Міжнародні стандарти безпечної анестезіологічної практики» (WFSA, 2010)

## Високо рекомендовані стандарти (заклади I, II, III рівнів):

- обов'язковий попередній огляд пацієнта анестезіологом;
- проведення трьох етапів контролю готовності робочого місця та пацієнта до анестезії безпосередньо перед її початком («Pre-list check», «Pre-patient check», «Surgical Safety Checklist»)
- обов'язкова постійна присутність анестезіолога під час анестезії
- обов'язкове забезпечення додаткового потоку кисню усім пацієнтам, що оперуються під загальною анестезією
- моніторинг рівня оксигенації шляхом клінічного спостереження та **пульсоксиметрії**
- моніторинг прохідності дихальних шляхів та адекватності вентиляції шляхом клінічного спостереження за пацієнтом і дихальним мішком та аускультації;
- наявність **системи тривоги про розгерметизацію (роз'єднання) контуру** у випадках проведення ШВЛ під час анестезії
- моніторинг ЧСС і серцевого ритму шляхом клінічного спостереження та пульсоксиметрії;
- моніторинг адекватності тканинної перфузії шляхом клінічного спостереження та пульсоксиметрії (плетизмограма)
- моніторинг АТ ручним або неінвазивним апаратним способом
- моніторинг температури ручним способом(при наявності показань);
- моніторинг глибини наркозу шляхом клінічного спостереження.

# **«Міжнародні стандарти безпечної анестезіологічної практики» (WFSA, 2010)**

## **Рекомендовані стандарти (заклади II та III рівнів:**

- **моніторинг концентрації кисню на вдиху (з тривогою надто низької його концентрації)**
- **наявність тривоги припинення надходження кисню з централізованого або локального джерела**
- **наявність пристрою для блокування подання гіпоксичної суміші у випадку збою у надходженні кисню**
- **моніторинг вентиляції з допомогою прекардіального, претрахеального або стравохідного стетоскопа**
- **верифікація правильності встановлення ендотрахеальної трубки та моніторинг вентиляції шляхом капнографії**
- **моніторинг ЕКГ-кривої**
- **моніторинг температури автоматичним (електронним) способом**
- **моніторинг нервово-м'язової провідності шляхом стимуляції периферичних нервів**
- **наявність дефібрилятора.**

# «Міжнародні стандарти безпечної анестезіологічної практики» (WFSA, 2010)

**Бажані стандарти (обов'язкові для закладів III рівня:**

- вимірювання інспіраторних та експіраторних об'ємів;
- моніторинг інспіраторних та експіраторних концентрацій анестезіологічних газів та летючих інгаляційних анестетиків
- можливість інвазивного моніторингу артеріального тиску

# Гельсінська декларація з безпеки пацієнтів в анестезіології

## Основні компоненти безпеки пацієнта

### Принципи

- Несприятливий перебіг подій є природним, тому безпеку можна покращити шляхом аналізу помилок і критичних інцидентів, а не шляхом замовчування чи пошуку винуватця
- Люди, машини і обладнання є складовими елементами системи, які взаємодіють між собою, роблячи систему безпечною або небезпечною

### Знання

- Накопичений (запозичений) досвід інших високонадійних галузей промисловості
- Розуміння причин виникнення інцидентів та шляхів їх попередження

### Інструменти

- Система моніторингу та звітності про критичні інциденти
- Технологічні карти
- Комунікаційні протоколи
- Проектування систем з урахуванням вимог безпеки (безпечний дизайн систем)
- Систематичний аналіз ризиків



# Гельсінська декларація з безпеки пацієнтів в анестезіології

---

## *Ключові ідеї:*

- ❑ **Право пацієнтів на безпеку та захист від можливої шкоди в процесі надання медичної допомоги.**
- ❑ **Виділення необхідних ресурсів на забезпечення безпеки пацієнтів під час надання їм периопераційної анестезіологічної допомоги.**
- ❑ **Ключова роль освіти та людського фактору в покращенні безпеки пацієнтів.**
- ❑ **Анестезіологія як ключова медична спеціальність, яка є лідером в розробці проблеми безпеки пацієнтів.**
- ❑ **Жодна етична, правова чи регуляторна вимога не може стати причиною редукування чи елімінації будь-якого з захисних елементів системи безпеки пацієнтів, викладених у даній декларації**

# «Гельсінська декларація з безпеки пацієнтів в анестезіології» (2010)

---

## Основні вимоги Гельсінської декларації:

1. **Мінімальні стандарти моніторингу (інтра- та післянаркозного).**
2. **Протоколи менеджменту 10 ситуацій (та наявність необхідних для цього засобів):**
  - 1) передопераційної оцінки та підготовки пацієнтів
  - 2) перевірки обладнання та медикаментів
  - 3) маркування шприців
  - 4) складної або невдалої інтубації
  - 5) злоякісної гіперпірексії
  - 6) анафілаксії
  - 7) токсичної реакції на місцевий анестетик
  - 8) масивної кровотечі
  - 9) інфекційного контролю
  - 10) післяопераційної допомоги, включаючи полегшення болю.

# **«Гельсінська декларація з безпеки пацієнтів в анестезіології» (2010)**

---

## **Основні вимоги Гельсінської декларації (продовження):**

- 3. Безпечні стандарти седації.**
- 4. Запровадження «Технологічної карти з безпеки хірургічного втручання» ВООЗ («Surgical Safety Checklist»).**
- 4. Річні звіти про запроваджені заходи з безпеки пацієнтів та одержані від них результати.**
- 5. Моніторинг захворюваності та летальності, пов'язаних з анестезіологічними причинами.**
- 6. Участь в аудитах з безпеки клінічної практики та у системах моніторингу критичних інцидентів.**

# «Гельсінська декларація з безпеки пацієнтів в анестезіології» (2010)

---

- Заклики
- Ми запрошуємо кожного, хто задіяний в системі охорони здоров'я, приєднатися до нас і підписати цю Декларацію.
- Ми будемо щорічно повторно збиратися для оцінки нашого прогресу у запровадженні цієї Декларації.

# Основні документи з інтенсивної терапії

Рік	Розробник	Назва документу	Основна ідея
2009	ESICM	«Віденська декларація з безпеки пацієнтів в інтенсивній терапії»	Безпека пацієнтів у відділеннях ІТ.
2011	ESICM	«Рекомендації щодо основних вимог до відділень ІТ: структурні й організаційні аспекти»	Вимоги до дизайну, інфраструктури, інженерно-технічного забезпечення, діяльності та кадрового забезпечення служби ІТ.

# «Віденська декларація з безпеки пацієнтів в інтенсивній терапії» (2009)

---

## Основні положення:

- ❑ **Безпека пацієнта та медичної команди має першорядне значення для кожного, хто практикує в системі охорони здоров'я, та представляє собою один з найбільших викликів для сучасної медицини.**
- ❑ **Підвищення рівня безпеки для критично хворих пацієнтів є досяжним в усіх відділеннях та в усіх країнах, безвідносно до наявних ресурсів.**
- ❑ **Підвищення рівня безпеки пацієнтів є настільки ж вирішальним для розвитку медичної практики, як і підвищення ефективності наших медичних інтервенцій.**

# **«Віденська декларація з безпеки пацієнтів в інтенсивній терапії» (2009)**

---

**Очільники товариств, що представляють медичну спеціальність «інтенсивна терапія», дали обіцянку:**

- Покращити наші знання щодо причин невдач у спробах забезпечити безпечне середовище у ВІТ**
- Покращити наше розуміння наслідків невдач у забезпеченні безпечного середовища для критично хворих та медичних працівників, які обслуговують цих пацієнтів.**
- Розробити та запровадити критерії, за допомогою яких можна оцінити рівень безпеки у ВІТ.**
- Трансформувати наші знання безпеки в покращення якості медичної допомоги пацієнтам.**

# «Рекомендації щодо основних вимог до відділень інтенсивної терапії: структурні й організаційні аспекти» (ESICM, 2011)



- ❑ Розробник - Європейське Товариство Інтенсивної Терапії (the European Society of Intensive Care Medicine – ESICM).
- ❑ Вперше опубліковані в 1997 році, востаннє переглянуті у 2011 році.
- ❑ Підписані представниками 53 національних товариств інтенсивної терапії.



# «Рекомендації щодо основних вимог до відділень ІТ: структурні й організаційні аспекти» (ESICM, 2011)

## Структура документа

Вимоги до місця ВІТ у загальній структурі лікувального закладу

Вимоги до внутрішнього плану приміщень та дизайну інтер'єру ВІТ

Вимоги до інженерно-технічного забезпечення відділення ІТ

→ Зони перебування пацієнтів

→ Робочої зони

→ Лікувально-діагностичної зони

→ Адміністративно-навчальної зони

→ Зони побуту та відпочинку персоналу

→ Зона обслуговування відвідувачів

Централізованих систем постачання

Комунікаційних систем

Моніторингових і комп'ютерних систем

Систем безпеки

# **«Рекомендації щодо основних вимог до відділень інтенсивної терапії: структурні й організаційні аспекти» (ESICM, 2011)**

## **Вимоги до місця відділення ІТ у загальній структурі лікувального закладу:**

- Територіально відокремлений підрозділ лікарні з контрольованим доступом.
- Виключення будь-яких переміщень через відділення пацієнтів або матеріально-технічних ресурсів, не призначених для його потреб.
- Відокремлення маршрутів руху відвідувачів від маршрутів руху персоналу та шляхів транспортування засобів матеріально-технічного забезпечення.
- Швидкий доступ з приймального відділення, операційного блоку, післяопераційних палат, рентген- відділення та інших діагностичних кабінетів.
- Горизонтальне сполучення відділення ІТ з зазначеними підрозділами.
- Доступність великогабаритного ліфта для транспортування пацієнтів, та зв'язку палат ІТ з діагностичними підрозділами, якщо вони знаходяться на інших поверхах.
- Швидкий і легкий зв'язок з гемотрансфузійною, фармацевтичною, інженерно-технічною, лабораторною, мікробіологічною та фізіотерапевтичною службами.

# «Рекомендації щодо основних вимог до відділень інтенсивної терапії: структурні й організаційні аспекти» (ESICM, 2011)

## Вимоги до дизайну зони перебування пацієнтів:

- Загальна площа ВІТ повинна у 2,5-3 рази перевищувати сумарну площу зон, призначених для перебування пацієнтів.
- Площа індивідуальних зон перебування пацієнтів - не менше 25 м<sup>2</sup> в 1-місних палатах та 20 м<sup>2</sup> на 1 ліжко ІТ у загальних палатах.
- Не менше 2,5 м простору довкола ліжка пацієнта для вільного переміщення персоналу та обладнання.
- Забезпечення можливості постійної прямої або непрямой (через відео-монітор) візуалізації пацієнтів .
- Забезпечення належного рівня поваги до права пацієнта на приватне життя та уникнення стресів від необхідності споглядання гострих психотравмуючих ситуацій з іншими пацієнтами.
- Організація деяких одномісних палат за принципом ізоляторів, в яких забезпечені відповідні додаткові технічні можливості.

# «Рекомендації щодо основних вимог до відділень інтенсивної терапії: структурні й організаційні аспекти» (ESICM, 2011)

## □ Вимоги до дизайну робочої зони персоналу:

### а) вимоги до робочої зони середнього медичного персоналу:

- робоча зона персоналу – це центральний сестринський пост та додаткові локальні сестринські пости (у відділеннях ІТ модульного типу)
- основною функцією центрального сестринського поста є адміністративна робота, яка не повинна заміняти діяльності медсестри біля ліжка пацієнта;
- дизайн центрального сестринського поста повинен :
  - забезпечити необхідні умови для виконання посадових обов'язків
  - містити письмові стійки, полиці для зберігання бланків, бібліотеку, сателітний аптечний, сателітне місце для зберігання чистих матеріалів, зону для приготування медикаментів, раковину для миття рук, комп'ютерний термінал, комунікаційні системи, візуальний дисплей усіх пацієнтів, настінний годинник;
- у ВІТ модульного типу кожний додатковий сестринський пост (підстанція) повинен забезпечити виконання більшості функцій, покладених на медсестер центрального посту.

# **«Рекомендації щодо основних вимог до відділень інтенсивної терапії: структурні й організаційні аспекти» (ESICM, 2011)**

## **□ Вимоги до дизайну робочої зони персоналу:**

### **б) вимоги до службових і допоміжних приміщень:**

- кімната для зберігання витратних матеріалів (5 м<sup>2</sup> на 1 ліжко ІТ)
- кімната для зберігання обладнання тривалого використання (5 м<sup>2</sup> на 1 ліжко ІТ)
- кімната для зберігання обладнання, що використовується в ургентних ситуаціях та при транспортуванні критично хворих пацієнтів
- кімната для чистих матеріалів (15 м<sup>2</sup> )
- кімната для забруднених матеріалів (15 м<sup>2</sup>)
- кімната прибиральниць (3-4 м<sup>2</sup> на 8 ліжок ІТ)
- технічна міні-майстерня (28 м<sup>2</sup>)
- Кухня (25 м<sup>2</sup>), оснащена мікрохвильовою пічкою, холодильником, раковиною, плитою та посудомийною машиною і

# **«Рекомендації щодо основних вимог до відділень інтенсивної терапії: структурні й організаційні аспекти» (ESICM, 2011)**

## **□ Вимоги до дизайну лікувально-діагностичної зони:**

- експрес-лабораторія (15 м<sup>2</sup>)
- рентген-кабінет
- зал для гемодіалізу та інших екстракорпоральних методів детоксикації
- інші діагностично-лікувальні приміщення

## **□ Вимоги до дизайну адміністративно-навчальної зони:**

- конференц-зал,
- кабінет завідувача
- кабінет старшої медсестри 15 м<sup>2</sup>
- кабінет лікарів (20 м<sup>2</sup> на кожного лікаря з повним робочим днем)
- секретаріат (20 м<sup>2</sup> площі на кожні 8 ліжок ІТ )

# «Рекомендації щодо основних вимог до відділень інтенсивної терапії: структурні й організаційні аспекти» (ESICM, 2011)

- **Вимоги до дизайну зони побуту та відпочинку персоналу:**
  - кімнати відпочинку,
  - роздягальні,
  - санвузлів,
  - кімнати перебування лікаря за викликом
- **Вимоги до дизайну зони обслуговування відвідувачів та членів сімей пацієнтів**
  - зона очікування (10 м<sup>2</sup> на кожних 8 ліжок ІТ)
  - дві одномісні міні-кімнати для сну та відпочинку (кожна 10 м<sup>2</sup> для відділення ІТ на 8 ліжок)
  - кімнату для співбесід (15 м<sup>2</sup> ),
  - кабінет адміністратора площею 10 м<sup>2</sup> для відділень з кількістю ліжок більше 12.

# «Рекомендації щодо основних вимог до відділень інтенсивної терапії: структурні й організаційні аспекти» (ESICM, 2011)

## Вимоги до інженерно-технічного забезпечення відділень ІТ

### Централізованих систем постачання:

- до системи електропостачання
- до системи забезпечення вакуумом
- до системи забезпечення киснем
- до системи забезпечення стисненим повітрям
- системи забезпечення іншими медичними газами
- до системи забезпечення вентиляції та кондиціонування
- до системи освітлення
- до систем водопостачання та каналізації
- до системи опалення/обігріву

### Комунікаційних систем:

- телефон,
- інтерком,
- інтернет
- лінії тривоги

### Моніторингових і комп'ютерних систем

### Систем безпеки пацієнтів



# **«Рекомендації щодо основних вимог до відділень інтенсивної терапії: структурні й організаційні аспекти» (ESICM, 2011)**

## **Загальні принципи структурно-функціональної організації відділень IT**

- Рівень медичної допомоги III (найвищий):** пацієнти з гострою недостатністю кількох (двох або більше) життєво важливих органів, що несе безпосередню загрозу життю.
- Рівень медичної допомоги II (середній):** пацієнти з гострою недостатністю лише одного життєво важливого органу у зв'язку, що загрожує життю
- Рівень медичної допомоги I (найнижчий):** пацієнти, у яких є ознаки дисфункцій органів, що потребують продовження моніторингу і незначної фармакологічної або апаратної підтримки, і зберігаються ризики розвитку гострої недостатності одного або кількох органів.

# «Рекомендації щодо основних вимог до відділень інтенсивної терапії: структурні й організаційні аспекти» (ESICM, 2011)

## Нормативи забезпечення відділень ІТ середнім медичним персоналом

<b>Рівень медичної допомоги</b>	<b>Рекомендоване співвідношення медсестра/пацієнт</b>	<b>Загальна кількість посад медсестер на 1 ліжко ІТ</b>
<b>III</b>	<b>1/1</b>	<b>6</b>
<b>II</b>	<b>1/2</b>	<b>3</b>
<b>I</b>	<b>1/3</b>	<b>2</b>

# Що ми можемо зробити в Україні?

1. ААУ вступити в ESA і ESICM на правах асоційованого члена та в ЕВА на правах спостерігача.
2. Долучитися до Віденської та Гельсінської декларацій.
3. Створити робочу групу з опрацювання та адаптації до національних умов міжнародних рекомендацій з анестезіології та ІТ.
4. Створити робочу групу з безпеки пацієнтів в анестезіології та ІТ та розробити стартовий пакет документів.
5. Створити робочу групу з підготовки концепції подальшого розвитку служби анестезіології та ІТ України для її затвердження на наступному з'їзді ААУ у 2013 році.
6. Розробити механізм моніторингу несприятливих подій та критичних інцидентів та запровадити систему звітування про них.
7. Провести поглиблений багатоцільовий загальнонаціональний аудит служби.
8. Змінити концепцію проведення анестезіологічних форумів в Україні.

**Дякую за увагу**