

## ЛЕКЦИЯ 8

### БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Ежегодно сотни тысяч пациентов по всему миру получают увечья или умирают во время лечения. По данным ВОЗ и других источников, инциденты, связанные с безопасностью пациентов, происходят у 4-16% госпитализированных пациентов.

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская услуга определяется как: «медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение».

Несмотря на то, что безопасность медицинских услуг является пациенто ориентированной категорией, она направлена на обеспечение безопасности не только пациентов, но и медицинских работников, а также посетителей медицинских организаций.

На любом этапе процесса оказания медицинской помощи неизбежно имеются уязвимые с точки зрения обеспечения безопасности пациентов места:

- побочное действие лекарственных средств и их сочетаний;
- риск, сопряженный с использованием медицинской техники;
- некачественная и бракованная продукция, поступающая в систему здравоохранения;
- человеческий фактор.

Главное требование к системе здравоохранения — предоставление качественной медицинской помощи, обеспечивающей безопасность пациента.

Поэтому приоритетным направлением развития для любой системы

здравоохранения, стремящейся к повышению качества оказания медицинской помощи, является обеспечение безопасности медицинских услуг.

### **ХАРАКТЕРИСТИКА УГРОЗ ЖИЗНИ И РИСКИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Безопасность медицинских услуг означает сведение к минимуму риска возможных травм, инфекций, побочных эффектов лечения и других нежелательных последствий оказания медицинской помощи. Вопрос безопасности медицинской помощи приобретает особое значение в условиях обязательного медицинского страхования, что вполне правомерно, так как имеют место систематически повторяющиеся указания отдельных авторов на отклонения в безопасности медицинской помощи. Определение безопасности подразумевает, исходя из принципа «не навреди», что **вмешательство не должно быть тяжелее страдания**, по поводу которого оно производится. В таком случае безопасность пациентов — это максимально возможное соответствие исходов лечения ожиданиям врача и пациента при минимальном риске отрицательных последствий лечения и диагностики.

Во время оказания медицинских услуг пациенты могут подвергаться воздействию вредных и опасных факторов внешней среды. При этом возможно воздействие физических, химических, биологических и психофизиологических факторов и их комбинаций. Некоторые из них могут представлять серьезную угрозу безопасности здоровью и жизни пациентов.

Среди опасных и вредных **физических факторов** медицинской среды наиболее часто угрожают механические, термические (повышенная или пониженная температура поверхностей и воздуха), радиационные (повышенные уровни ионизирующего излучения, ультрафиолетовой радиации, ультразвука), высокие уровни напряжения в электрической цепи, резкие перепады барометрического давления и др.

**Химические факторы** могут вызывать различного рода отравления

(некоторые лекарственные средства, которые могут оказывать хроническое токсическое воздействие на организм).

Имеет место широкий спектр вредных и опасных **биологических факторов**: болезнетворные вирусы и микроорганизмы (бактерии, риккетсии, спирохеты, грибы, простейшие), паразитирующие у человека гельминты, клещи и насекомые, грызуны и другие животные.

Среди **психофизиологических факторов** угрозу здоровью пациентов представляют страх перед травмирующими операциями, гиподинамия) и нервно-психические (эмоциональный стресс) перегрузки.

Нередко источниками угрозы безопасности пациентов являются системы жизнеобеспечения медицинских организаций, т.е. системы лечебного питания, водоснабжения, отопления, энергоснабжения, газоснабжения, вентиляции, канализации и удаления отходов.

В некоторых случаях источниками вредных и опасных факторов являются внутрибольничный транспорт (лифты, тележки, каталки) и медицинская техника.

*Среди факторов, угрожающих безопасности пациентов при оказании медицинских услуг в условиях медицинских организаций стационарного типа, отдельно следует выделить:*

- снижение защитных функций организма;
- нерешительность, противоречивость при принятии решения;
- риск осложнений лекарственной терапии;
- высокий риск заболевания внутрибольничными инфекциями;
- риск травм, повреждений, ожогов, переохлаждений;
- риск поражений электрическим током во время процедур;

Вместе с тем, уровень безопасности пациентов снижают ряд проблем, которые для краткости можно обозначить так:

- падения пациентов;
- гигиена рук;
- безопасность фармакотерапии;

- идентификация пациентов;
- особенности общения с пациентами;
- пролежни;
- взаимодействие медицинских работников;
- профессиональные ошибки медицинских работников;
- хирургические вмешательства ошибочной локализации;
- возгорания в операционных помещениях, электрические, радиационные и иные опасные воздействия на пациента.

**Падения пациентов.** Падения с тяжелыми исходами составляют более 5% всех непредвиденных ситуаций в клиниках.

Важно помнить, что некоторые пациенты предрасположены к падению в связи с недавно изменившейся способностью к самообслуживанию, плохой адаптацией к переменам в окружающей обстановке, краткосрочными потерями памяти, недостаточным контролем позывов к мочеиспусканию или дефекации, изменениями нервной системы (например, нарушения слуха, зрения, головокружение), изменениями опорно-двигательной системы, затруднениями в общении.

Стратегии взаимодействия с пациентом для профилактики падений

- Включите тему «Профилактика падений» в программу обучения пациентов и членов их семей.
- Обучите их упражнениям и программам, позволяющим восстановить способность к передвижению.
- Добейтесь максимального самообслуживания.
- Восстановите режим сна.
- Оцените эффективность медикаментозной терапии.
- Проводите эффективную обезболивающую терапию.
- Периодически повторяйте оценку физического состояния и лабораторных данных.

Предложите занятия, отвлекающие внимание (обеспечьте возможность чтения книг, прослушивания радиопередач, просмотра телепрограмм,

создайте доступ для работы в Интернете, предложите общение с педагогом, прогулки).

- Ознакомьте пациента с приемами релаксации, медитации.
- Расширьте круг его общения.

**Как реагировать на падение.** Даже если соблюдать все меры предосторожности, некоторые пациенты все равно могут упасть. Если произошло падение, руководствуйтесь следующими правилами.

- Проверьте основные показатели состояния организма (пульс, дыхание, артериальное давление, температуру тела).
- Никогда не перемещайте пациента, прежде чем не определите объем повреждений.
- Спросите пациента, ощущает ли он (она) где-нибудь боль.
- Попросите его (ее) поднять руки. Появилась ли боль?
- Попросите пациента поднять ноги. Появилась ли боль?
- Проверьте, не различается ли длина ног.
- Если нога повернута внутрь или наружу, или пациент жалуется на боль, не передвигайте его!
- Обеспечьте дальнейшую медицинскую оценку состояния пациента (например, бережно транспортируйте больного в отделение неотложной помощи или вызовите бригаду скорой медицинской помощи).
- Если пациент в состоянии двигать всеми конечностями, помогите ему встать.
- Проверьте, нет ли симптомов черепно-мозговой травмы, дезориентации, растерянности, оцените размеры зрачков и др. (наиболее частая причина смерти при падении — черепно-мозговая травма, осложненная субдуральной гематомой).

Проверьте состояние пациента через несколько часов после падения, обращайте внимание на покраснение, припухлость или повышение температуры каких-либо участков тела; проверьте, не возникло ли затруднений при движении конечностями. Если выявлены какие-либо

вышеперечисленные симптомы, возможно, потребуются дальнейшее медицинское обследование пациента.

- Спросите пациента, почему он упал. Чувствовал ли он головокружение, терял ли сознание или просто споткнулся?

- При необходимости составьте отчет о происшествии.

**Гигиена рук.** Общеизвестно, что соблюдение гигиены рук (мытьё или использование спиртовых средств для рук) сокращает число вспышек инфекций в медицинских организациях, снижает распространение устойчивых к антибактериальным препаратам микроорганизмов. Помимо традиционного мытья рук с мылом, если руки кажутся чистыми, центры по контролю и профилактике заболеваний рекомендуют медицинским работникам использовать спиртсодержащие средства.

***Мытьё рук, перчатки и искусственные (накладные) ногти.*** Если руки медицинского работника загрязнены, их необходимо помыть с мылом. Использование перчаток не освобождает от необходимости соблюдать гигиену рук, как и гигиена рук не отменяет необходимости использовать перчатки: они уменьшают загрязнение рук на 70-80%, препятствуют переносу бактерий и защищают медицинских работников и пациентов от инфекций. Спиртсодержащие средства необходимо использовать (как и надевать перчатки) до работы с пациентом, а также после нее.

Медицинские работники должны избегать использования искусственных (накладных) ногтей, а свои ногти должны быть не длиннее 3-4 мм, если они ухаживают за пациентами со значительным риском инфицирования (например, пациенты в отделениях хирургии, интенсивной терапии, химиотерапии или трансплантологии).

**Безопасность фармакотерапии.** Имеется ряд лекарственных средств (ЛС), прием которых связан с риском возникновения и развития нежелательных побочных реакций (НПР).

По данным зарубежных и отечественных исследований, приводятся различные показатели частоты НПР: 3-6% госпитализаций. В амбулаторной

практике частота НПР у разных авторов составляла 5—35% и 8—19%. Летальные исходы при стационарном лечении в 0,24-0,29% случаев являются следствием побочных эффектов лекарств.

Использование лекарственных средств на данный момент относится к самым частым медицинским вмешательствам в развитых странах. С позиции безопасности их применения рассматриваются и неблагоприятные реакции лекарственного препарата, и ошибки лечения. Неблагоприятные реакции на лекарственный препарат, как правило, связаны с безопасностью и качеством ЛС, в то время как ошибки лечения связаны с безопасностью медицинских услуг.

Тема безопасности применения ЛС является весьма широкой и затрагивает не только высокоспециализированные медицинские области, но и психологические, социальные аспекты. Можно выделить несколько путей снижения риска развития НПР: уменьшение числа случаев полипрагмазии ((Поли- + греч. прагма действие) в медицине—одновременное (нередко необоснованное) назначение множества лекарственных средств или лечебных процедур), ухода от шаблонных назначений лекарственных препаратов. Постоянно вспоминая древнюю мудрость «Лечить нужно не болезнь, а пациента», необходимо аргументированно подходить к назначению каждого лекарственного препарата каждому конкретному пациенту, выбирать дозу с учетом возраста, сопутствующих патологий, функционального состояния жизненно важных органов и систем. Назначая несколько лекарственных препаратов, нужно внимательно относиться к вопросу межлекарственного взаимодействия, так как, игнорируя этот вопрос, можно не получить желаемый терапевтический эффект или допустить развитие НПР. Весьма важным и быстро развивающимся направлением медицины, позволяющим прогнозировать ответ на предлагаемую фармакотерапию, а значит увеличить эффективность и безопасность, безусловно, является фармакогенетика (раздел медицинской генетики и фармакологии, изучающий характер реакций организма на лекарственные средства в зависимости от наследственных факторов).

Это прямой путь к персонализированной медицине.

**Справочно.** Фармакогенетика (др.-греч. лекарство и генетика) — раздел медицинской генетики и фармакологии, изучающий характер реакций организма на лекарственные средства в зависимости от наследственных факторов.

**Идентификация пациентов.** Это первый и самый важный этап в обеспечении безопасности обслуживания пациентов. Ошибки, связанные с неправильной идентификацией пациента, случаются практически на всех этапах диагностики и лечения пациентов. Следует отметить, что идентификация пациентов затруднена, если пациенты находятся под воздействием психотропных средств и наркотических веществ или дезориентированы в окружающей среде — все эти факторы повышают риск возникновения ошибок. Вследствие этого пациенту может быть назначено неверное лечение, что чревато фатальным исходом.

***Цель мероприятий по идентификации пациентов:***

- надежное определение (идентификация) лица, которому необходимо проведение лечения или оказание диагностических услуг;
- предоставление этому лицу перечня возможностей по диагностике и лечению, соответствующих его потребностям.

В силу особенностей и высокого риска медицинских процедур пациенты обязательно должны быть идентифицированы:

- перед введением лекарственных средств, переливанием крови или препаратов крови;
- перед взятием крови и других образцов на клинические исследования;
- перед проведением диагностических или лечебных процедур.

Перед медицинской организацией возникает задача разработать и внедрить качественный алгоритм, исключая случаи ошибочной идентификации пациента. Международные стандарты аккредитации /С/ требуют проведения идентификации пациентов, по меньшей мере, на основе



двух признаков (например, таких как имя пациента — в нашем случае Ф.И.О., и дата рождения), тогда как использование динамических данных (например, номер палаты или номер койки) идентификаторами служить не могут.

Применение инновационных технологий маркировки дает возможность существенно снизить количество врачебных ошибок.

**Информационные браслеты.** Введение системы электронного учета пациентов с обязательным использованием персональных браслетов уже давно произвело маленькую революцию в западных клиниках и постепенно добралось до нас. Первое тестирование и внедрение данного процесса осуществлялось на базе Национального научного центра материнства и детства.

В данном решении для идентификации пациентов можно использовать браслеты с текстовой информацией, штрих-кодом или биркой *RFID*.

**Справочно.** *RFID* (англ. *Radio Frequency Identification*, радиочастотная идентификация) — способ автоматической идентификации объектов, в котором посредством радиосигналов считываются или записываются данные, хранящиеся в так называемых транспондерах, или *RFID-метках*.

Считав закодированную информацию с браслета пациента, врач или медсестра имеют возможность получить полные сведения о первоначальном обследовании, группе крови, диагнозе, назначении лекарственных средств и их дозировках, а также наличии аллергических реакций пациента. Данную базу можно использовать, для:

- электронной идентификации медицинских карт (обеспечение медицинских карт этикетками штрих-кода — это более надежный метод контроля и учета сведений о каждом пациенте);
- электронной идентификации лабораторных анализов (все виды медицинских анализов должны иметь четкую маркировку, ведь от правильной идентификации результатов исследований зависит точность поставленного диагноза);

- электронной идентификации медицинских назначений (при выписке и распределении медицинских препаратов могут использоваться этикетки штрих-кода с указанием данных пациента и точной дозировки препаратов для обеспечения надежного контроля соблюдения пациентами приема предписанных лекарственных средств).

**Особенности общения с пациентами.** Обсуждение с пациентами и членами их семей всех аспектов ухода, лечения и обслуживания — важная часть культуры обеспечения безопасности. Когда пациенты становятся активными участниками собственного лечения, они больше озабочены вероятными осложнениями и возможными вариантами лечения.

Пациенты, которые слишком охотно принимают все сказанное врачами, не задают вопросов или выглядят так, как будто их не интересует разговор, дают основание предполагать, что они действительно не понимают, что говорит врач. Врачи должны задавать вопросы, которые помогут им разобраться, действительно ли пациенты слышали и понимают только что сказанное, согласны ли они с ними. Задавать вопросы, требующие, чтобы пациент своими словами повторил сказанное врачом, — это обучение методом обратной связи, которое гораздо эффективнее вопросов, предполагающих односложные ответы («да» или «нет»).

У пациентов различны возможности и желание участвовать в собственном лечении. Поэтому врачи должны **начинать разговор, задавая вопросы**, наподобие следующих:

- Насколько бы вы хотели участвовать в собственном лечении?
- У вас есть тело и здоровье. Моя задача — помочь вам максимально улучшить здоровье. Как мы будем сотрудничать, как мы будем вместе добиваться результата?

***Зондирующие вопросы***

- **О** чем бы вы еще хотели поговорить сегодня?
- Есть ли еще что-нибудь, о чем бы вы хотели поговорить?
- Какие у вас сегодня особенные просьбы, например...?

— Есть ли у вас особенные вопросы, на которые я смогу ответить прямо сейчас, или мы должны оставить больше времени на обсуждение в следующий раз?

- Что еще вы мне можете об этом рассказать?
- Как вы это расцениваете?
- Все ли вас устраивает?

***Уточняя ответы***

- Я постараюсь понять...
- Как я понял, вы сказали...
- Поправьте меня, если я понял это неверно.

***Отвечая на проблемы пациентов***

- Это кажется крайне трудным.
- Я представляю, что вы чувствуете...
- Я вижу, что вы...
- Вы не должны беспокоиться об этом.

По крайней мере, врачи должны помочь пациентам понять ответы на три вопроса: 1) В чем заключается ваша основная проблема? 2) Что вам необходимо делать? 3) Почему вам необходимо это делать?

*Общение с подростками.* Общение с подростками выдвигает особые задачи. Поскольку подростки рассказывают о своих проблемах неохотно, боятся осуждения, хотят, чтобы с ними говорили прямо, желают сохранить конфиденциальность, врачу особенно важно убедить их в том, что все, что будет обсуждаться, останется в тайне. Из всех возрастных групп подростки меньше всех любят лечиться, даже если речь идет о юных беременных. Подростковое поведение обычно сопряжено со значительным риском различных осложнений при течении самых банальных заболеваний. При лечении подростков, особенно девушек, необходимо их успокаивать, проявлять понимание проблем и подробно объяснять медицинские процедуры.

*Умение извиниться перед пациентом.* Большая часть клиницистов

признает, что необходимо признаваться в ошибках и приносить извинения — и, возможно, это благоразумно и с юридической точки зрения. Тем не менее, многие врачи легко пропускают все извинения, поскольку не знают, как обратиться к пациентам и их семьям, чтобы сказать «извините».

Исключайте чрезмерные извинения. Даже если произошла ошибка, не следует приносить излишних извинений. Например, врач никогда не должен произносить таких фраз: «У меня такая путаница!» или «Я так виноват! Не знаю, что со мной происходит!».

Выражайте сочувствие. Если пациент умер, клиницисту очень важно выразить соболезнования родственникам. Врачи должны настроиться на сострадание и человеческие переживания, вместо того, чтобы приводить медицинские факты или разъяснения.

Не признавайте юридической ответственности, если нет ошибки. Врачи могут выразить сожаление и сострадание по поводу неблагоприятного исхода, даже если они не совершали ошибок. Однако в подобных ситуациях необходимо помнить, что вашей вины в этом нет. Избегайте употребления таких слов, как «неправильный», «ошибка», «несчастье», «невнимательный», «заблуждение», «несчастный случай». Вы должны сказать: «Мне очень жаль, что у вас (или члена семьи) развилось это осложнение» — или: «К сожалению, это закончилось так-то».

***Общение с пациентами, имеющими низкий образовательный статус.*** По внешнему виду трудно определить, у кого из пациентов грамотность низкая, а у кого — высокая. Как правило, люди с низкой грамотностью бедны, плохо обучены, страдают физическими или умственными недостатками, имеют ряд проблем со здоровьем и старше по возрасту, иногда не имеют определенного места жительства. Однако демографическая информация не обязательно полностью совпадает с реальной картиной.

Как могут профессиональные медицинские работники определить пациента с низкой грамотностью? Ниже приведено несколько советов.

- Пациенты, которые стремятся избегать ситуаций, при которых им необходимо читать.
- Пациенты, часто «забывающие» очки для чтения.
- Пациенты, которым друзья или родственники объясняют информацию в кабинете, или пациенты, которые забирают письменные материалы домой, для того чтобы обсудить их с членами семьи.
- Пациенты, которые не могут правильно заполнить анкету, заполняют ее слишком быстро, чересчур охотно соглашаются с информацией, выглядят несколько смущенными или имеют застывшее выражение лица.
- Пациенты, не задающие вопросов.
- Пациенты, не способные повторить своими словами полученную информацию.

***Как облегчить общение с пациентами.*** Понимание жизненно необходимо при общении любого пациента с врачом, однако порой могут потребоваться дополнительные усилия, если у пациента низка общая или медицинская грамотность. Для эффективного общения с пациентами врачам рекомендуется следующее.

Разговаривайте со всеми пациентами «доступным языком», без медицинских терминов, объясняя даже широко распространенные понятия, например, «гипертония», «терминальный», «злокачественный», поскольку их понимают не все.

- Ограничьте число новых задач за визит (не более трех).
- Используйте картинки, графики или другие наглядные способы демонстрации.
- Чтобы улучшить взаимопонимание, задавайте вопросы, начинающиеся со слов «как», «что».
- Не торопитесь, отведите время на то, чтобы определить медицинскую грамотность пациента и степень его понимания.
- Доводите информацию до пациента устно; используйте

письменные материалы преимущественно для дублирования.

- Прочитайте весь письменный материал с пациентом, обсуждая с ним содержание и возможности процедур, предусмотренных информированным согласием.

- Воспользуйтесь услугами переводчика или человека, который прочтет текст, чтобы помочь пациентам с ограниченным знанием языка, нарушениями зрения или слуха либо с низкой грамотностью.

Убедитесь, что пациент знает, что результаты некоторых исследований будут известны не сразу или есть исследования, которые будут проводиться уже после возвращения пациента домой.

Необходимо быть уверенным в том, что пациенту известна дата планируемого исследования и врач, ответственный за передачу результатов. Лицо, осуществляющее уход за больным (или лечащий врач, или медицинский работник первичного звена), и пациенты должны составить подробный план встреч, во время которых они обсудят результаты исследований.

Проблемы безопасности пациентов чрезвычайно часто возникают сразу после выписки. Приблизительно у одного из пяти пациентов развиваются осложнения в течение первых нескольких недель после выписки из больницы. Представляйте точную информацию о лекарственных препаратах (проводите ее двойную проверку, если у вас много рекомендаций при выписке).

Прогнозируйте вероятность осложнений после выписки. Очень часто неблагоприятные ситуации развиваются в худшую сторону из-за того, что не был разработан план на случай подобных ситуаций. Медицинский работник должен распознавать пациентов с повышенным риском осложнений после выписки, в том числе получающих много лекарственных препаратов или имеющих несколько диагнозов и получающих интенсивную терапию, и принимать соответствующие меры.

**Пролежни** (лат. *decubitus*) — омертвление (некроз) мягких тканей в

результате постоянного давления, сопровождающегося местными нарушениями кровообращения и нервной трофики — важная проблема современной медицины; заболеваемость пролежнями у лежачих больных варьирует от 2,2 до 23,9%. Большое количество пролежней можно предотвратить, а процесс развития пролежня может быть остановлен в I стадии.

Эффективный план профилактики пролежней включает следующие мероприятия.

- Выявление пациентов группы риска и специфических факторов развития пролежней.
- Определение программы действий по профилактике пролежней, специфичной для каждого пациента группы риска.
- Поддержание и укрепление устойчивости тканей к давлению для профилактики повреждений.
- Защита от неблагоприятного воздействия внешних механических сил.
- Соблюдение всех требований, предъявляемых к питанию пациента.
- Снижение заболеваемости пролежнями при помощи обучающих программ.

Профилактика пролежней требует комплексного применения следующих мер.

- Осмотр и очистка кожных покровов, уход за сухой кожей, использование барьеров для влаги и массаж.
- Совершенствование умения изменять положение, перемещать и переворачивать пациента, чтобы повреждений кожи вследствие потертостей и мацерации стало меньше.
- Непрестанное внимание, направленное на то, чтобы увеличить или поддержать активность и подвижность пациента.
- Адекватное питание.

- Программы обучения медицинских работников.

**Взаимодействие медицинских работников.** По данным отечественных и зарубежных авторов, 65% непредвиденных ситуаций в медицинских организациях вызвано проблемами взаимодействия медицинских работников.

Взаимоотношения в коллективе медицинских работников определяются, в первую очередь, четким знанием и добросовестным исполнением своих должностных обязанностей любым его членом, каждым медицинским работником. Это позволит уменьшить вероятность упущений в работе, снизить возможность возникновения профессиональных ошибок и обеспечить безопасность медицинских услуг, предоставляемых пациентам.

***Взаимодействие при передаче дежурства.*** Необходимо, чтобы при передаче дежурств сообщалась правильная, четкая и полная информация:

- уход, лечение и обслуживание, в которых нуждается пациент;
- текущее состояние пациента;
- все недавно произошедшие или предполагаемые изменения в состоянии больного.

Существует много ситуаций при передаче дежурства (смене медицинских работников), когда в связи с ошибками при взаимодействии медработников может значительно возрасти риск развития осложнений или быть оказана некачественная медицинская помощь, например:

- смена медицинских работников в рамках одного отделения;
- смена врача-консультанта, который совместно с врачами отделения, в котором находится пациент, осуществляет его лечение;
- кратковременная смена медицинских работников, когда врач или медсестра ненадолго покидает отделение;
- смена анестезиолога-куратора;
- перевод в другое отделение (например, из отделения неотложной помощи в отделение интенсивной терапии);
- перевод пациента в другую медицинскую организацию (в



другую больницу или на амбулаторное наблюдение в другом месте, в организацию, отвечающую за психическое здоровье, на домашний уход, в госпиталь или хоспис);

- переводные эпикризы, как правило, исключают возможность задавать вопросы.

Стандартизация помогает обучить медицинских работников процессу передачи дежурства и помогает поддерживать непрерывность процесса во всей организации.

Стандартизованный подход к взаимодействию медицинских работников при передаче дежурства определяется следующими вопросами.

1. Кто обязательно должен участвовать в процессе передачи информации при смене медицинских работников?

2. Информация, которую необходимо передать:

- диагноз и текущее состояние пациента;
- недавние изменения в состоянии больного или в назначениях;
- ожидаемые изменения в состоянии больного или в назначениях;
- за чем необходимо наблюдать на следующем этапе ухода;
- какие препараты принимает пациент.

3. Кто из консультантов принимает участие в ведении пациента?

Когда будут получены результаты ранее проведенных исследований (например, посевы)?

4. Какие меры предосторожности необходимо соблюдать во время ухода за пациентом?

5. В чем состоят особенности общения с пациентом, каков его образовательный статус, имеется ли возможно задать вопросы пациенту и получить на них адекватный состоянию ответ?

6. Какая печатная или электронная информация должна быть доступна для медицинских работников постоянно?

***Вероятность ошибки существует и при сообщении устных указаний, и при их восприятии.*** Те, кто получает распоряжения, могут

ослышаться, не понять или неверно истолковать его по следующим причинам:

- иное произношение, наличие акцента или(и) диалекта;
- шум или музыка, мешающая восприятию;
- приглушенный звук из-за хирургической маски или телефонных дефектов;
- незнакомая терминология;
- сходно звучащие названия лекарственных средств;
- паузы в разговоре, рассеянное внимание.

Отдавая устные распоряжения, человек обычно считает, что адресат понял его смысл и содержание и верно его записал. Но даже если указание понято правильно, могут произойти ошибки при записи, когда устное сообщение вносится в медицинскую документацию или передается в аптеку.

Рекомендации, приведенные далее, облегчат взаимодействие с медицинскими работниками при устных распоряжениях.

Поощряйте использование преимущественно письменных указаний. Нужно в своей медицинской организации везде, где это возможно, исключить вербальные распоряжения, особенно если человек, которому они адресованы, доступен и имеется медицинская карта больного.

Ниже приведены некоторые советы, как усовершенствовать передачу словесных приказаний и обеспечить их безопасность.

- Медицинский работник, получающий распоряжение, должен повторить название препарата и указания по его дозировке тому, кто приказание отдает, и правильно произнести название по буквам, используя имена, например: «Б — Борис, М — Мария», или попросить об этом собеседника. Произносите каждую цифру; например, число 16 следует озвучивать как «один, шесть».

- Избегайте использования сокращений. Например, запись «1 таб. 3 р. д.» необходимо сформулировать следующим образом:

«Принимайте/выдавайте одну таблетку 3 раза в день ежедневно».

- Всегда, когда есть возможность, используйте второго человека для совместного прослушивания устного телефонного распоряжения и проверки его точности. Это особенно важно, если человек, принимающий устное приказание, не знаком с настоящими правилами.

По возможности, записывайте устное приказание прямо в лист назначений в карте больного. Переписывая указания с листка бумаги в карту пациента, можно допустить ошибки.

Включайте в каждое указание имя пациента, его возраст, массу тела, а также имя того, кто отдал распоряжение, номер его телефона (если есть) и имя человека, передавшего указание.

Ограничьте число лекарственных препаратов, назначаемых устно, за счет лекарств, которые гарантированно имеются в отделении, чтобы исключить вероятность неправильно понятого названия малоизвестных лекарственных препаратов. Ограничьте круг людей, передающих распоряжения по телефону. Рекомендуется во всех медицинских организациях ввести систему записи телефонных переговоров.

*Использование сокращений* позволяет сэкономить силы и время, для удобства они широко используются в медицинской документации, однако иногда трудно прочитать их или понять, что они значат, и это может причинить вред пациенту и даже привести к его смерти.

В связи этим в каждой медицинской организации заместитель главного врача по клинико-экспертной или лечебной работе должен проводить экспертизу историй болезни. По результатам такой работы с учетом особенности ведения историй болезни или амбулаторных карт должен быть разработан свой список запрещенных, имеющих высокую опасность сокращений и символов с пометкой «Не использовать!».

**Профессиональные ошибки медицинских работников.** Врачебная ошибка — незлоумышленное заблуждение врача (или любого другого медицинского работника) в ходе его профессиональной деятельности, если

при этом исключается халатность и недобросовестность.

Среди врачебных ошибок следует различать: диагностические, лечебно-тактические, лечебно-технические, деонтологические и организационные ошибки. Врачебным ошибкам часто способствуют неумелые взаимодействия медицинских работников и пренебрежительное оформление медицинской документации.

**Хирургические вмешательства ошибочной локализации.** Ошибки при выборе места хирургических вмешательств в общем числе непредвиденных ситуаций, сопряженные с причинением вреда пациентам, составляют 12,8%.

**Процесс предоперационной проверки.** Необходимо идентифицировать пациента и место проведения оперативного вмешательства и проверить правильность выбора предполагаемой процедуры. Такую проверку необходимо проводить всегда в то время, на которое запланирована процедура или операция, при поступлении пациента в стационар или переводе из другого отделения, а также при смене медицинских работников. *Прежде чем начать процедуру, следует убедиться, что учтено и находится под рукой все необходимое для процедуры или операции:*

- требующаяся документация (например, анамнез и данные физикального обследования, документы с информированным согласием);
- необходимые снимки и результаты исследований, должным образом промаркированные и хорошо читаемые;
- имеются все необходимые материалы (медицинский инструментарий) и другое специальное оборудование.

**Краткий перерыв в работе.** В процедурной или операционной необходимо устроить краткий перерыв прямо перед началом операции.

Остановиться на время должны все члены операционной бригады, необходимо активное участие всех медицинских работников. Проводится краткая письменная регистрация, например, по списку (медицинская организация должна определить тип и количество документов), который

включает как минимум следующее:

- идентификацию пациента;
- точную локализацию вмешательства;
- согласие на проведение процедуры;
- правильность положения пациента во время процедуры;
- наличие необходимых имплантантов, специального оборудования,

соблюдение особых требований.

**Возгорания в операционных помещениях.** Несмотря на то, что возгорания в операционных помещениях происходят редко, при этом несколько пациентов погибают, а тяжелые ранения получают до 20 пациентов. При пожарах, помимо термического фактора (ожоги кожи и дыхательных путей), основными поражающими факторами являются ядовитые продукты горения (острое отравление) и отсутствие кислорода во вдыхаемой газовой смеси (асфиксия).

**Профилактика возгораний в операционных помещениях.** Составление плана действий и обучение медицинских работников помогают уменьшить риск возникновения возгораний в операционных. Руководитель службы техники безопасности и заведующий операционным блоком должны действовать вместе, чтобы убедиться, что медицинские работники знают о специфических для хирургического блока факторах риска и том, как их уменьшить. Руководители могут ознакомить сотрудников с некоторыми возможными сценариями развития события, чтобы обучить их быстрому и эффективному реагированию.

Предлагаются следующие рекомендации для минимизации последствий возгораний в операционных помещениях.

- Необходимо действовать оперативно. Небольшое возгорание приблизительно за 30 с. может перерасти в пожар, опасный для жизни.
- Сообщите другим сотрудникам о пожаре, если ситуация выходит из-под контроля.
- Обесточьте все охваченные огнем электрические приборы.

Если огонь начинает выходить из-под контроля, необходимо сообщить об этом в противопожарную службу; предоставив пожарным достаточно времени для реагирования. В случае сильного пожара токсичный дым образует горячий, густой слой под потолком, закрывая верхний свет. Необходимо пригнуться, быстро найти и использовать огнетушители (это может оказаться единственной возможностью).

Если возгорание длится более минуты, необходимо начать эвакуацию всего операционного блока.

**Поражение электрическим током.** При использовании медицинской аппаратуры, питающейся от электрической сети и находящейся в непосредственном контакте с пациентом (электрокардиографы, электрореографы и др.), существует опасность поражения пациента электрическим током, когда аппаратура неисправна или используется таким образом, что создаются предпосылки для возникновения несчастных случаев. Поэтому важно, чтобы медицинский работник, эксплуатирующий электромедицинскую аппаратуру, сознавал опасность и мог распознать ситуации, которые могут привести к поражению электрическим током.

Предупреждение опасных электрических воздействий на пациента достигается выполнением комплекса правил электробезопасности, в основе которого лежит поддержание медицинских установок и другой электрической аппаратуры в исправном состоянии.

Следует помнить, что врачу запрещено самостоятельно устранять неисправности в электрооборудовании, так как это имеет право делать только специалист, осуществляющий обслуживание оборудования по договору.

Приказом по медицинской организации, должно быть назначено должностное лицо, ответственное за эксплуатацию электрических сетей и медицинского оборудования.

**Лучевые поражения** пациентов имеют место при пренебрежительном отношении медицинских работников к учету дозовой нагрузки при

рентгенологических исследованиях и лучевой терапии. Возможны аварийные ситуации, а также нарушения правил радиационной безопасности при строительстве, реконструкции и оборудовании рентгенологических и других радиоактивно опасных объектов.

Предупреждение опасных радиационных воздействий на пациента достигается безусловным выполнением правил радиационной безопасности и запретом на многократные рентгеновские исследования в течение небольшого промежутка времени.

Следует обратить внимание на то, что в каждой медицинской организации, оказывающей любой вид медицинской помощи населению, необходимо иметь алгоритмы действия медицинских работников при угрожающих жизни состояниях пациента и набор лекарственных средств, медицинского оборудования и инструментария для оказания помощи в экстренной и неотложной форме.

#### БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА - БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА

В настоящее время безопасная больничная среда является одной из актуальных и в то же время сложных проблем в профессиональной деятельности медицинских работников. Безопасной больничной средой называется среда, которая в наиболее полной мере обеспечивает пациенту и медицинскому работнику условия комфорта и безопасности, позволяющие эффективно удовлетворять все свои жизненно важные потребности. Безопасная больничная среда обеспечивает медицинским работникам отсутствие профессиональных заболеваний и сохранение здоровья.

Больничная среда имеет те или иные элементы, отрицательно влияющие на здоровье как медицинских работников, так и пациентов. Для сохранения здоровья человек должен быть хорошо адаптирован к таким факторам риска. Больной человек попадает в такую среду со сниженными способностями к адаптации. Он ослаблен, страдает физически и психологически как от самой болезни, так и от непривычной для него обстановки стационара. И сама болезнь, и новая окружающая среда

вынуждают его изменить привычный образ жизни и по-новому удовлетворять свои потребности. Необходимо максимально устранить влияние факторов риска на пациента и создать в медицинской организации такие условия, которые обеспечат пациенту безопасность на все время, пока он там находится.

Безопасная больничная среда создается медицинской организацией проведением определенных мероприятий. К таким мероприятиям относятся следующие.

*1. Режим инфекционной безопасности (дезинфекция, стерилизация, дезинсекция, дератизация) осуществляется в целях профилактики внутрибольничных инфекций (ВБИ).*

Проблема внутрибольничных инфекций в последние годы приобрела исключительно большое значение для всех стран мира. Бурные темпы роста медицинских организаций, создание новых видов медицинского оборудования, применение новейших лекарственных средств, обладающих иммунодепрессивными свойствами, искусственное подавление иммунитета при пересадке органов и тканей — эти, а также многие другие факторы усиливают угрозу распространения инфекций среди пациентов и медицинских работников медицинских организаций.

Современные научные факты, приводимые в работах зарубежными и отечественными исследователями, позволяют утверждать, что ВБИ возникают, по меньшей мере, у 5-12% больных, поступающих в медицинские организации.

Внутрибольничные инфекции согласно определению ВОЗ — любые клинически выраженные заболевания микробного происхождения, поражающие больного в результате его госпитализации или посещения медицинской организации с целью лечения, а также медицинских работников в силу осуществления им деятельности, независимо от того, проявляются или не проявляются симптомы этого заболевания во время нахождения данных лиц в стационаре.



Инфекция считается внутрибольничной, если она впервые проявляется через 48 часов или более после нахождения в больнице, при условии отсутствия клинических проявлений этих инфекций в момент поступления и исключения вероятности инкубационного периода.

Наличие внутрибольничных инфекций следует оценивать, как результат неудовлетворительной организации лечебно-диагностического процесса и бытового обслуживания пациентов.

2. *Мероприятия, обеспечивающие личную гигиену пациента и медицинских работников.* Личная гигиена пациента включает уход за кожей, естественными складками, уход за слизистыми оболочками, своевременная смена нательного и постельного белья, профилактика пролежней и обеспечение судном и мочеприемником.

Личная гигиена медицинских работников включает использование соответствующей специальной одежды, сменной обуви, поддержание чистоты рук и тела. Эти мероприятия проводятся в целях профилактики ВБИ.

3. *Лечебно-охранительный режим* (обеспечение режима эмоциональной безопасности для пациента, строгое соблюдение правил внутрибольничного распорядка и выполнения манипуляций, обеспечение режима рациональной двигательной активности).

Совместное размещение, питание, медицинское и бытовое обслуживание пациентов из разных социальных и имущественных слоев общества создает предпосылки для конфликтных ситуаций, неуправляемое разрешение которых может закончиться дистрессом, телесным повреждением и даже убийством. При отсутствии воспитательного воздействия со стороны медицинских работников у лиц с низким культурным уровнем и неустойчивой психикой возможны поведенческие реакции хулиганского характера.

Среди мероприятий по обеспечению режима эмоциональной безопасности в медицинских организациях можно выделить:

- поддержание тишины, спокойной, доброжелательной обстановки в отделении;
- общение с пациентом негромким голосом только с положительной интонацией;
- создание удобного интерьера;
- организация досуга пациентов;
- устранение отрицательных эмоций;
- обеспечение соответствующей обстановки и психологической поддержки при проведении каждой манипуляции;
- рациональное заполнение палат.
- обеспечение тишины во время дневного отдыха и ночного сна пациентов.

*Лечебно-охранительный режим в медицинских организациях предусматривает* создание оптимальных условий для выздоровления пациента. В лечебно-охранительный режим входит: определенная организация дня пациента — расписание выполнения лечебно-диагностических мероприятий, режим питания, сна, общения с посетителями и др. Кроме того, лечебно-охранительный режим включает создание у пациента, определенного психологического настроения на выздоровление, улучшение состояния, преодоление проблем со здоровьем.

Поэтому медицинским работникам рекомендуется проявлять доброжелательность к пациентам, разговаривать спокойным негромким голосом, соблюдать по возможности установленный для них режим дня. Пациентов, страдающих тяжелыми заболеваниями или находящихся на постельном или строгом постельном режиме, рекомендуется помещать в отдельные палаты или отгораживать ширмой на время проведения гигиенических мероприятий и физиологических отправок. Это необходимо для комфортного самочувствия самого пациента и окружающих его людей.

В медицинских организациях практически в круглосуточном режиме

эксплуатируется различное оборудование, коммуникации, электроустановки, котельные, лифты, водопроводно-канализационное хозяйство, технологическое оборудование пищеблоков и прачечных, автотранспорт, сосуды, работающие под давлением, разнообразная медицинская техника; применяются ядовитые вещества и агрессивные жидкости. При определенных условиях (поломки, сбои в работе при ненадлежащей эксплуатации) эти элементы системы жизнеобеспечения медицинских организаций можно рассматривать как потенциальные источники угроз безопасности больничной среде и личной безопасности пациентов.

Руководитель медицинской организации отвечает не только за качество оказываемой медицинской помощи, но и за безопасные условия содержания больных, особенно если они недееспособны. Между тем, больничная среда сегодня далеко не безопасна для наших пациентов.

Таким образом, чтобы оказать пациенту высококачественную, своевременную медицинскую помощь и обеспечить надлежащий уход, медицинские работники должны знать основы организации безопасности жизнедеятельности человека в медицинских организациях, характер воздействия на пациентов вредных и опасных факторов медицинской среды, методы и способы защиты от них. Они должны уметь применять способы обеспечения комфортных условий жизнедеятельности пациентов, осуществлять мероприятия по их защите в чрезвычайных ситуациях и владеть приемами и способами эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях.

В современных условиях гарантия безопасности пациентов может быть достигнута лишь при постоянном управлении всеми элементами, влияющими или способными повлиять на качество медицинской помощи.

## КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Актуальность проблемы обеспечения безопасности в медицине

подтверждается тем, что в большинстве медицинских организаций вопросы безопасности не являются приоритетными или решаются на минимальном уровне. Возможность практически беспрепятственного проникновения посторонних лиц в помещения, здания и сооружения большинства российских больниц создает условия для заноса и приведения в действие взрывных устройств и зажигательных смесей, вывода из строя систем жизнеобеспечения, применения химических и биологических диверсионных средств.

Можно выделить *семь основных угроз*, представляющих опасность для медицинских организаций и влияющих на безопасность оказания медицинских услуг, это:

- несанкционированное проникновение посторонних лиц в помещения;
- хищение имущества, лекарственных средств, личных вещей пациентов и медицинских работников;
- пожары и иные чрезвычайные ситуации;
- техногенные аварии и повреждение электрических, тепловых, канализационных, водопроводных и вентиляционных сетей;
- нарушение режима функционирования и безопасности;
- противоправные действия на прилегающей территории;
- нарушение врачебной тайны и разглашение персональных данных.

Функциональной основой системы безопасности жизнедеятельности медицинской организации должны быть конкретные действия конкретных исполнителей (работников). Разработанные, описанные, апробированные и внедренные в практику отечественного здравоохранения меры по охране здоровья могут и должны быть направлены на обеспечение безопасности пациентов. Это физическая охрана, технические системы безопасности, организационно-административные решения.

***Физическая охрана.*** Следует понимать, что только лишь тех-

ническими мерами все проблемы безопасности не решить. Требуются еще и люди, которые будут эксплуатировать эти системы, реагировать на чрезвычайные ситуации, задерживать нарушителей, проводить профилактические мероприятия и т.д. И желательно чтобы люди эти были хорошо обучены и подготовлены физически и морально.

**Техническая система безопасности** медицинских организаций состоит из инженерной и электронно-технической защиты. *Инженерная защита* объекта предполагает: установку стационарного непрерывного ограждения по периметру, оборудование контрольно-пропускных пунктов, установку металлических дверей и решеток на окна в отдельных особо важных помещениях и др. *Электронно-техническая защита* может состоять из следующего комплекса оборудования: средств контроля и ограничения доступа; систем видеонаблюдения помещений и прилегающей территории; систем охранно-пожарной сигнализации; автоматизированных систем пожаротушения; оборудования для хранения и защиты информационных ресурсов; систем голосового оповещения; тревожных кнопок; специальных турникетов и арочных металлодетекторов на входе.

**Организационно-административные решения** предполагают выполнение основных принципов и подходов к управлению безопасностью в медицинских организациях.

В большинстве медицинских организаций отсутствует эффективная комплексная система обеспечения безопасности пациентов. Однако реалии повседневной жизни диктуют необходимость иметь такую высококачественную управляемую систему в каждой медицинской организации. Эта система будет иметь практическую реализацию при условии соблюдения основных принципов управления и применения основных подходов к управлению безопасностью жизнедеятельности в медицинских организациях.

*Основными принципами управления являются:* единоначалие, централизация управления с предоставлением подчиненным инициативы в

определении способов выполнения поставленных задач; умение анализировать обстановку, делать правильные выводы из ее оценки и предвидеть ход событий; оперативность, творчество и высокая организованность в работе; твердость и настойчивость в реализации принятых решений и планов; личная ответственность руководителей медицинских организаций за принимаемые решения и результаты выполнения поставленных задач; поддержание постоянной готовности всех элементов системы к действиям в привычных и экстремальных условиях.

**Основные подходы к управлению безопасностью: системный, технологический, творческий.**

*Системный подход* в управлении безопасностью медицинской организации заключается в заблаговременном формировании эффективной системы сил и средств. Составные элементы этой системы: распорядительные и нормативные документы, материальные средства. Устойчивость системы достигается прежде всего независимостью от человеческого или технического фактора.

*Технологический подход* — предварительная научная разработка всех применяющихся технологических процессов, составление комплекта технологической документации, материальное оснащение, соответствующая подготовка медицинских работников, систематический контроль деятельности. Деятельность работников, направленная на обеспечение безопасности пациентов, должна быть отражена в приказах, положениях, инструкциях, памятках, справочных пособиях. Непременным условием успеха данного подхода является технологическая дисциплина.

*Творческий подход* к управлению безопасностью пациентов заключается в принятии нестандартных, а иногда даже необычных, но эффективных решений, обусловленных конкретной обстановкой. Главное в этом подходе является положительный результат проведенных действий в нештатной экстремальной ситуации.

Суть управления комплексной системой обеспечения безопасности

пациентов в медицинских организациях и любых управленческих решений в этом направлении состоит, во-первых, в определении целей, задач деятельности всех работников медицинской организации, исполнителей и сроков выполнения поставленных задач (что, кто, когда и, по возможности, как должен сделать); во-вторых, в проведении комплекса мероприятий, способствующих успешному и своевременному их выполнению (выделение необходимых сил и средств, оказание при необходимости помощи и др.).

Таким образом, основными принципами деятельности в области обеспечения безопасности медицинских услуг в медицинских организациях должны стать:

качество оказания медицинской помощи;

своевременное реагирование на заболевание;

высокий уровень подготовки медицинских работников;

обеспечение доступности пациентов к службам системы здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных и других условий;

преемственность в оказании медицинских услуг между различными специалистами и медицинскими организациями посредством реализации стандартных требований к медицинской документации;

использование медицинских технологий с доказанной эффективностью;

стандартизированный подход к лечебному процессу;

активное функционирование комплексной системы обеспечения безопасности пациентов в медицинских организациях.