

Понятие безопасности пациента

Часть 1

Главы

1. Безопасность пациента: понятия и термины 16
2. Системные вопросы проблемы безопасности пациента 19
3. Качество и безопасность 22
4. Влияние человеческого фактора 25
5. Работа в команде и коммуникация 30
6. Информирование о происшествиях и обучение на ошибках 33
7. Исследования в области безопасности пациента 36

1

Безопасность пациента: понятия и термины

Таблица 1.1. Термины, применяющиеся в области безопасности пациента

Термин	Определение
Вред	Любое нарушение физического или психологического здоровья человека, как временное, так и постоянное. Как правило, классификация включает отсутствие вреда, легкий вред, вред средней тяжести, тяжкий вред и смерть
Инцидент без последствий	Любое происшествие, связанное с безопасностью пациента, которое могло причинить вред здоровью, однако было предотвращено, то есть в итоге констатируется отсутствие вреда (имеются альтернативные определения)
Неблагоприятное событие	Непреднамеренное причинение вреда пациенту вследствие оказания медицинской помощи. Традиционно для обозначения такого события применялся термин «ятрогенция»
Предотвратимое неблагоприятное событие	Причинение вреда пациенту вследствие совершения неверных или ненадлежащих действий («ошибка вследствие нарушения протокола») или неправильного выполнения надлежащего действия («ошибка вследствие упущения»)
Неблагоприятное событие, связанное с медикаментозным лечением	Любой случай причинения вреда пациенту вследствие использования медицинских препаратов (как лекарственных средств, так и пищевых добавок). Эти события включают как реакции на медицинские препараты (то есть известные побочные эффекты, возникающие даже при надлежащем использовании средства), так и случаи ошибок в применении (в выборе дозы, пути введения и т.д.). Неблагоприятные события, вызванные такими ошибками в назначении медикаментозного препарата, часто называются предотвратимыми дефектами медикаментозного лечения
Угроза безопасности пациента	Любое непреднамеренное или неожиданное событие, которое могло причинить или причинило вред пациенту. К таким событиям относятся в том числе «инциденты без последствий». Термин «угроза безопасности пациента» предпочтительнее термина «ошибка», так как последний заранее несет более негативный оттенок
Критический инцидент*	Термин впервые предложен в 1950-х годах и приобрел известность благодаря классическому исследованию Джона Купера (John Cooper), посвященному роли человеческого фактора в возникновении неблагоприятных событий при проведении анестезии. Купер с коллегами предложили широкой медицинской аудитории свой метод анализа критических инцидентов. При этом они определили критический инцидент как «важное или ключевое событие, как желательное, так и нежелательное». Купер и коллеги (а с тех пор и большинство ученых) сконцентрировались на событиях, имеющих потенциально нежелательные последствия. Такой подход легко объяснить в свете расследования, предпринимаемого по следам события, что во многом схоже с анализом причинно-следственных связей. Поэтому признание события значимым или ключевым подразумевает наличие риска выраженного вреда или его фактическое причинение, а кроме того, возможность выявления потенциально опасных слабых мест в организации. Это хорошо отражает поговорка, популярная среди специалистов по повышению качества: «Каждый недостаток — это сокровище». Другими словами, эти события, будь то инцидент без последствий или катастрофа, причинившая значительный вред, предоставляют ценную возможность выявить субъективные и организационные факторы, устранение которых позволит предотвратить повторение подобных явлений в будущем

* Источник: Cooper et al., 1978. Воспроизведено с разрешения Wolters Kluwer Health.

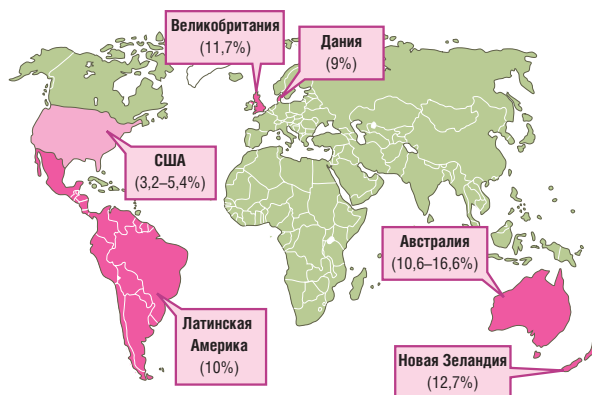


Рис. 1.1. Частота совершения ошибок при оказании медицинской помощи (частота неблагоприятных событий)

Источник: по материалам de Vries et al., 2008. Воспроизведено с разрешения BMJ Publishing Group Ltd.

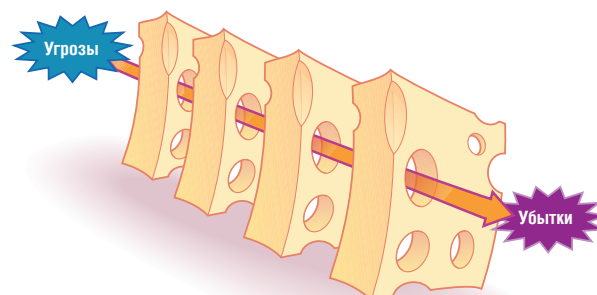


Рис. 1.2. Модель швейцарского сыра показывает, как меры защиты, безопасности и предосторожности могут преодолеваться траекторией неблагоприятного события

Источник: Reason J., 2000. Воспроизведено с разрешения BMJ Publishing Group Ltd.

Введение

По мере роста своей эффективности медицинская помощь усложняется и задействует новые технологии, препараты и методы лечения. Кроме того, сегодня мы помогаем все большему количеству пожилых и ослабленных пациентов. Эти факторы, в совокупности с недостаточным финансированием большинства медицинских учреждений, могут привести к возникновению ошибок в процессе лечения.

Две основополагающие статьи — «Человеку свойственно ошибаться» (*To Err Is Human*, 1999; Институт медицины США) и «Организация, обладающая памятью» (*An Organisation with a Memory*, 2000) главного врача-консультанта правительства Великобритании — ознакомили в конце 1990-х годов зарождение всемирного движения за повышение безопасности пациента. Обе статьи признали, что оказание медицинской помощи часто сопровождается ошибками: на рис. 1.1 приведены оценки частоты нанесения ущерба в стационарах разных стран мира. Специалисты в области повышения безопасности пациента часто приводят статистику, согласно которой вред причиняется каждому десятому пациенту.

Эти статьи привлекли внимание к низким показателям качества в здравоохранении по всему миру по сравнению с большинством отраслей человеческой деятельности, связанных с высоким риском. Примечательно, что в авиации за последние 40 лет наблюдается значительное и стабильное снижение риска для пассажиров. Обе статьи призвали сконцентрироваться на снижении рисков в здравоохранении. В октябре 2004 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) начала программу повышения безопасности пациентов в ответ на резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения 2002 года, призывающей ВОЗ и государства, входящие в нее, обратить по возможности наиболее пристальное внимание на эту проблему. Учреждение этой программы подчеркнуло важность безопасности пациентов как глобального аспекта здравоохранения. В некоторых странах созданы специальные организации, занимающиеся вопросами безопасности пациентов: Национальное агентство по обеспечению безопасности пациентов (англ. National Patient Safety Agency — NPSA), ставшее частью Национальной службы здравоохранения Англии (NHS England); Агентство по медицинским исследованиям и повышению качества медицинской помощи (англ. Agency for Healthcare Research and Quality — AHRQ) в США; Канадский институт безопасности пациентов (англ. Canadian Patient Safety Institute — CPSI); Австралийская комиссия по безопасности и качеству в здравоохранении (англ. Australian Commission on Safety and Quality in Health).

Несмотря на такие значительные усилия, современное состояние проблемы безопасности пациента во всем мире вызывает глубокую озабоченность. По мере накопления обширной базы данных о природе и выраженности ошибок стало ясно, что небезопасные действия в медицине выявляются практически повсеместно. Более того, имеется недостаточно исследований, посвященных частоте совершения ошибок и тяжести причиненного ими вреда в первичном звене здравоохранения и психиатрии. По всему миру

в средствах массовой информации регулярно освещаются случаи летальных исходов среди пациентов, что подрывает доверие к медицине в целом. Кроме того, многие события имеют тенденцию повторяться, а все меры по их предотвращению оказываются неэффективными. Это может быть отчасти объяснено принятой практикой наложения штрафных санкций как за личные проступки, так и за выявленные недостатки системы. Широко приводившиеся ранее оценки частоты смертей вследствие медицинских ошибок могли быть завышенными. Например, исследование 1000 летальных исходов в 10 филиалах Национальной службы здравоохранения Великобритании, проведенное в 2012 году Ноган и соавторами, расценило как предотвратимые только 5% из них, причем «предотвратимость» определялась в случае более чем 50% вероятности выживания при оказании более качественной помощи. Также среди экспертов в области безопасности пациентов наблюдается все возрастающая озабоченность тем, что, несмотря на все меры, принятые до сих пор, показатели безопасности в целом сохраняются на уровне, наблюдавшемся десятилетие назад, в то время как на медработников был возложен груз бесчисленных законодательных инициатив.

Определения

Обеспечение безопасности пациента можно определить как **снижение риска причинения связанного с оказанием медицинской помощи дополнительного вреда до приемлемого минимального уровня**. Величина последнего зависит от современного состояния знаний, доступных ресурсов и условий оказания помощи и сравнивается с риском в случае отсутствия лечения или применения другого метода. Проще говоря, это предотвращение ошибок и неблагоприятных событий, связанных с оказанием медицинской помощи. Другие основные определения приведены в табл. 1.1.

Понятия

Крупные техногенные катастрофы на нефтяных вышках, ядерных станциях и в авиации в 1980-х годах привели к развитию *системного* подхода к организации более безопасных рабочих мест и способствовали становлению корпоративной культуры безопасности. Такой подход применим и к здравоохранению — редко стоит возлагать всю вину на отдельно взятых врачей или медсестер, так как гораздо большую роль играют условия труда и система здравоохранения в целом. Выдающийся психолог Джеймс Ризон (James Reason) предложил модель швейцарского сыра (рис. 1.2) для объяснения роли множественных факторов в развитии неблагоприятных событий, а также последовательности их развития. Ключевыми элементами этой модели являются:

- *Меры защиты, безопасности и предосторожности*, предпринимающиеся для защиты пациента от определенных опасностей. Например, в инфузионных насосах имеются сигналы тревоги, а анестезиолог напоминает хирургу о том, что необходимо убедиться в адекватной предоперационной подготовке пациента. Все эти меры могут иметь бреши наподобие дырок в швейцарском сыре. Однако, в отличие от сыра, эти дырки постоянно открыва-

ются, смыкаются и перемещаются. Наличие дырки лишь в одном «ломтике» обычно не ухудшает исход. Как правило, это случается, когда на некоторое время отверстия во многих слоях выстраиваются в одну линию, создавая траекторию неблагоприятного события и приводя пациента в тесный контакт с опасностями. Эти бреши возникают в результате комбинации *активных отказов* и *скрытых состояний*.

- *Активные отказы* — это небезопасные действия, совершаемые лицами, непосредственно контактирующими с пациентом или системой здравоохранения. Они принимают множество форм: промахи, оплошности и неловкость, ошибки и нарушения протоколов.
- *Скрытые состояния* являются следствием решений, принятых разработчиками, строителями, составителями протоколов и высшим руководством. Они могут трансформироваться в условия, провоцирующие совершение ошибок, в условиях

конкретного рабочего места (например, недостаток персонала, вынуждающий привлекать врачей-совместителей). Они также способны создавать длительно существующие бреши или слабые места в защитных мерах (например, расположение отделения интенсивной терапии и операционного блока в разных корпусах).

Другой известный ученый, Йенс Расмуссен (Jens Rasmussen), предположил, что ошибки возникают вследствие недостатка *навыков* (например, в случае, если молодого хирурга просят выполнить лапаротомию), недостаточного соблюдения *протоколов* (например, пренебрежение мытьем рук перед процедурой) или недостатка *знаний* (например, неосведомленность о необходимости мониторинга уровня гентамицина в крови).

Последующие главы построены на основе обсужденных выше понятий и предоставляют читателю информацию о том, как выявить и устранить потенциальные угрозы безопасности пациента.