DOI 10.29254/2077-4214-2018-2-144-347-352
УДК 614.88.001.13:614.21:616-036.882-08(477)

Федосюк Р. М., **Ковальова О. М.

ПРОЕКТ ПІЛОТНОЇ ВЕРСІЇ СИСТЕМИ ІНЦИДЕНТ-МОНІТОРИНГУ І ЗВІТУВАННЯ ДЛЯ СЛУЖБИ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ УКРАЇНИ

***ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (м. Київ)**
****ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)**
kovalova.olena@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Представлена публікація є фрагментом НДР ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні» (№ державної реєстрації 0115U002852).

Вступ. Сумна статистика медичних помилок і несприятливих подій в охороні здоров'я [1-3] вивела проблему безпеки пацієнтів в епіцентр уваги урядів і громадськості в усіх цивілізованих країнах світу. Останні два десятиріччя ознаменувались розробкою і впровадженням численних стратегій і інструментів подолання проблеми.

Серед медичних спеціальностей незаперечним лідером у глобальному русі за підвищення рівня безпеки медичної допомоги у світі є анестезіологія. «Гельсінська декларація з безпеки пацієнтів в анестезіології» – спільна ініціатива Європейського Товариства Анестезіологів (ESA) та Європейської Ради Анестезіології при Європейській Спілці Медичних Спеціалістів (EBA/EUMS), офіційно схвалена на Європейському Конгресі Анестезіологів «Euroanaesthesia» в Гельсінкі у червні 2010 р.) – стала свідченням прийняття виклику та фундаментом у завданні побудови системи безпеки пацієнтів у національних службах анестезіологічної допомоги у країнах Європи [4]. Вона визначає безпеку пацієнтів як сукупність керівних принципів, знань і інструментів, з допомогою яких системи охорони здоров'я намагаються знизити ризики для пацієнтів, пов'язані з процесом надання медичної допомоги. Серед інструментів основними вона називає системи інцидент-звітування, чек-листи, комунікаційні протоколи, безпечний дизайн систем та систематичний аналіз ризиків. З практичної точки зору саме інструменти є конкретними важелями вирішення проблеми.

Існують різні підходи до класифікації і групової стратифікації безпекових інструментів у медицині [5]. Традиційно, усі методи й інструменти ідентифікації проблем з безпекою пацієнтів діляться на проспективні (моніторинг безпекових аспектів поточної, теперішньої діяльності) та ретроспективні (аналіз безпекових аспектів минулої діяльності) [5]. Одним з нових підходів є запропонований і оприлюднений нами в попередніх роботах їх розподіл на три групи відповідно до сучасної концепції про систему безпеки пацієнтів як замкнутий цикл або петлю, що складається з трьох ланок [6,7]: 1) підтримання ефективності існуючих, раніше закладених бар'єрів (базовий менеджмент вихідних, уже відомих ризиків); 2) ідентифікація «пробоїв» і слабких місць в уже існуючих бар'єрах (моніторинг і реєстрація інцидентів з безпекою пацієнтів та активний пошук скритих загроз безпеці пацієнтів); 3) побудова нових бар'єрів (аналіз кореневих причин нових інцидентів з розробкою і впровадженням рішень щодо попередження їх повторення у майбутньому та елімінація скритих небезпек). За даним критерієм усі інструменти стратифікують на: 1) інструменти, спрямовані на підтримання ефективності уже існуючих бар'єрів; 2) інструменти, спрямовані на ідентифікацію пробоїв в існуючих бар'єрах та пошук латентних загроз; 3) інструменти, спрямовані на побудову нових бар'єрів.

У даній роботі ми хочемо вирішити завдання створення проекту одного зі згаданих вище і визначених «Гельсінською декларацією» пріоритетними інструментів – системи інцидент-моніторингу і звітування в анестезіології, що, в контексті наведених вище класифікацій, є механізмом проспективної методології ідентифікації медичних помилок і несприятливих медичних подій та інструментом ідентифікації пробоїв у вже існуючих бар'єрах.

Мета дослідження. На основі закордонних прототипів розробити проект власної, адаптованої до вітчизняних умов пілотної версії системи інцидент-моніторингу і звітування для служби анестезіології України.

Об'єкт і методи дослідження. Проведено критичний аналіз доступної і релевантної до мети роботи закордонної бази методологічного інструментарію проспективної ідентифікації інцидентів з безпекою пацієнтів у медичній практиці. У якості найбільш зручного прототипу для розробки проекту власної системи інцидент-моніторингу і звітування у вітчизняній службі анестезіології обрано форми інцидент-моніторингу в анестезіології та хірургії американського Агентства Наукових Досліджень і Якості в Охороні Здоров'я (the Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) при Міністерстві охорони здоров'я і соціальних служб США (the United States Department of Health and Human Services) [8].

Результати дослідження. На основі обраного прототипу розроблено адаптовану до вітчизняних умов паперову версію, яку названо «Додаток з безпеки пацієнтів до наркозної карти». Вона містить 5 форм, призначених для реєстрації різних груп інцидентів: Форма-1 – для реєстрації загальних відомостей про пацієнтів та несприятливі події; Форма-2 – для реєстрації інцидентів, пов'язаних безпосередньо з операцією та анестезією; Форма-3 – для реєстрації інцидентів з виробами медичного призначення; Форма-4 – для реєстрації інцидентів з лікарськими засобами; Форма-5 – для реєстрації інцидентів з кров'ю та препаратами крові. На наш погляд, такий спрощений варіант системи інцидент-моніторингу і звітування найкраще підходить для реалізації стратегічного завдання привчання та за-

охочення спеціалістів вітчизняної служби анестезіології до такого роду добровільної діяльності у сфері безпеки пацієнтів, як реєстрація несприятливих медичних подій, та може слугувати першим ступенем на шляху впровадження більш досконалих міждисциплінарних чи загальнонаціональних систем. У стислому, модифікованому до формату журнальної статті вигляді він представлений нижче.

Форма-1 – Загальні відомості про пацієнта та несприятливу подію.

1. Дата та час складання звіту.

2. Дата та час виявлення події.

3. Інформація про пацієнта.

3.1. Якої пацієнт статі?

□ Чоловік. □ Жінка.

3.2. До якої вікової категорії належав пацієнт на момент виникнення інциденту?

□ Новонароджений (0-28 діб). □ Немовля (від 28 діб до 1 р.). □ Дитина (1-14 рр.). □ Підліток (15-17 рр.). □ Дорослий (18-59 рр.). □ Особа похилого віку (60-74 рр.). □ Особа старечого віку (75-90 рр.).

□ Довгожитель (понад 90 р.). □ Невідомо.

4. Інформація про подію.

4.1. Яка подія відбулась? Відмітити один варіант.

□ Інцидент завершений (досягнув пацієнта і наніс або не наніс йому шкоду).

□ Інцидент незавершений (не досягнув пацієнта завдяки своєчасному розпізнанню або вжиттю запобіжного заходу).

□ Латентна небезпека (будь-яка обставина або виявлене слабке місце в системі, що збільшує вірогідність інциденту з безпекою пацієнта).

4.2. Коротко опишіть подію, що трапилась, чи виявлену небезпеку.

4.3. Коротко опишіть місце в якому трапилась подія, або в якому існує небезпека.

4.4. Чи є на час подання звіту будь-які ознаки завдання пацієнту шкоди?

□ Так. □ Ні. □ Невідомо.

4.5. Якою виявилась завдана пацієнту шкода (очікувана ступінь порушення функціональної спроможності згідно зі Шкалою шкоди AHRQ) після завершення інциденту та вжиття заходів з мінімізації його наслідків? Позначте те, що найбільше підходить.

□ Смерть (пацієнт мертвий на момент оцінювання), що наступила:

- в межах 24 годин після інциденту;
- в межах від 24 до 72 годин після інциденту;
- через три доби та більше після інциденту;
- невідомо.

□ Шкода важкого ступеню (фізичне або психологічне ушкодження, каліцтво, включаючи біль або фізичну ваду, що значно порушують функціональну спроможність або якість життя).

□ Шкода середнього ступеню (фізичне або психологічне ушкодження, що несприятливо впливає на функціональну спроможність або якість життя, але в меншій, ніж при шкоді важкого ступеню, мірі).

□ Шкода легкого ступеню (мінімально виражені симптоми чи втрата функції або ушкодження, наслідки якого обмежені необхідністю додаткового лікування і моніторингу або подовження терміну лікування і збільшення кількості ліжко-днів).

□ Відсутність шкоди (подія досягла пацієнта, але очевидної шкоди не завдала).

□ Невідомо.

4.6. Якою є очікувана тривалість наслідків від завданої пацієнту шкоди? Позначте одну відповідь.

□ Тривала або постійна (1 рік або більше). □ Тимчасова (менше 1 року). □ Невідомо.

4.7. Чи були вжиті будь-які заходи для «порятунку» пацієнта (попередження, мінімізації або елімінації шкоди)?

□ Так. □ Ні. □ Невідомо.

4.8. Якщо так, то котрі з наступних заходів порятунку були задокументовані? Позначте усі, що стосуються інциденту.

□ Переведення пацієнта (включаючи переведення до підрозділу з вищим рівнем медичної допомоги в межах закладу або госпіталізацію у випадку поза-лікарняної події). □ Моніторинг (включаючи спостереження, фізикальне обстеження, венозний доступ, лабораторну діагностику та візуалізаційні дослідження). □ Медикаментозна терапія (включаючи введення антидоту, зміну до-інцидентної дози або шляху введення препарату). □ Хірургічна інтервенція або процедура. □ Респіраторна підтримка (наприклад, ШВЛ, трахеостомія). □ Переливання крові або її компонентів. □ Психологічна консультація або психотерапія. □ Інша інтервенція (будь ласка, уточніть). □ Невідомо.

4.9. Котра з наступних категорій асоціюється з подією або небезпекою? Позначте всі, що стосуються.

□ Операція або анестезія. □ Обладнання або інші медичні вироби. □ Лікарські засоби, анестетики, медичні гази або інші речовини. □ Кров або продукти крові. □ Госпітальні інфекції. □ Падіння та інші механічні травми. □ Пролежні. □ Венозна тромбоемболія. □ Перинатальний випадок. □ Інше (будь ласка, уточніть).

Форма-2 – Операція та анестезія.

Скористайтесь цією формою для звітування про несприятливу подію, що стосується власне анестезії або операції (включаючи неінвазивні втручання на кшталт колоноскопії).

1. Коротко опишіть анестезіологічну чи хірургічну процедуру, під час якої трапилась несприятлива подія.

2. Введіть код основного захворювання за МКХ-10.

3. Введіть код медичної послуги або хірургічної операції за галузевим класифікатором (Наказ МОЗ № 67 від 14.02.2007 р. «Про затвердження тимчасового галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій»).

4. До якого класу фізичного стану за класифікацією ASA (Американського Товариства Анестезіологів) було віднесено пацієнта? Позначте одну відповідь.

□ Клас 1. □ Клас 2. □ Клас 3. □ Клас 4. □ Клас 5. □ Клас за ASA не було задокументовано.

5. Чи було втручання ургентним? Позначте одну відповідь.

□ Так. □ Ні. □ Невідомо.

6. Яка анестезія проводилась? Позначте одну відповідь.

□ Загальна. □ Регіональна: - спінальна; - епідуральна; - провідникова). □ Локальна (інфільтраційна або аплікаційна). □ Поєднана: - загальна + регіональна; - загальна + місцева). □ Седація або анальгоседація: - глибока (з виключенням свідомості); - помірна (поверхневий сон); - мінімальна (анксіолізис). □ Інша (будь-ласка, уточніть). □ Ніякої. □ Невідомо.

7. Якою була тривалість анестезії від початку індукції до закінчення?

□ До 1 години. □ >1, але <3 годин. □ >3, але <5 годин. □ >5 годин. □ Невідомо.

8. Коли було виявлено подію?

□ До початку анестезії. □ Після початку анестезії, але до початку процедури або операції (розрізу). □ Після початку операції (розрізу), але до її закінчення (зашивання рани). □ Під час зашивання рани (у випадку операції). □ Після закінчення процедури або операції, але до покидання пацієнтом процедурної або операційної. □ В період відновлення з анестезії (післянаркозного спостереження). □ Після відновлення з анестезії, але до переведення у загальну палату. □ Після переведення в загальну палату. □ Під час анестезії, при якій не було виконано процедури або операції. □ Невідомо.

9. Якою була медична спеціальність особи або бригади, відповідальної за виконання втручання? Позначте одну (якщо втручання не було розпочато, виберіть спеціальність особи, яка була призначена на її виконання).

□ Анестезіолог. □ Хірург загального профілю. □ Ортопед-травматолог. □ Акушер-гінеколог. □ Кардіохірург. □ Нейрохірург. □ Судинний хірург. □ Торакальний хірург. □ Хірург-стоматолог / щелепно-лицевий хірург. □ Проктолог. □ Уролог. □ Гастроентеролог / ендоскопіст. □ Пластичний хірург / косметолог. □ Дерматолог. □ Пульмонолог / бронхоскопіст. □ Офтальмолог. □ Рентгенолог / радіолог (у т. ч. інтервенційний). □ Педіатр / дитячий хірург. □ Інше (будь ласка, вкажіть).

10. Як можна найкраще охарактеризувати подію? Позначте одну відповідь.

□ Хірургічна подія (пов'язана безпосередньо з операцією). □ Анестезіологічна подія (пов'язана безпосередньо з анестезією). □ Подія, яка може бути пов'язана як з операцією, так і з анестезією.

11. Яке серйозне ускладнення з нижче перелічених виникло у пацієнта? Позначте одне.

□ Подія з боку серцево-судинної системи. □ Подія з боку центральної нервової системи. □ Гостра ниркова недостатність або гостре пошкодження нирок. □ Дихальна недостатність, що розвинулась упродовж 24 годин після втручання і потребувала незапланованої респіраторної підтримки: - пролонгованої ШВЛ; - відновлення ШВЛ після її припинення; - інше (будь ласка, уточніть).

12. У випадку хірургічної події – що з переліченого нижче найкраще її характеризує?

□ Хибне хірургічне втручання. □ Ненавмисне залишення стороннього предмету у рані чи порожнині тіла пацієнта. □ Інфекція хірургічної рани. □ Кровотеча, що потребувала повернення пацієнта до операційної. □ Опік та/або пожежа в операційній. □ Ятрогенний пневмоторакс. □ Ненавмисний розрив тканин або пункція. □ Розходження країв рани. □ Відторгнення шкірного клаптя або трансплантата. □ Незаплановане видалення органу. □ Повітряна емболія. □ Інше (будь ласка уточніть).

13. У випадку хибної операції – у чому полягала помилка?

□ Хибний пацієнт. □ Хибна сторона тіла. □ Хибний орган. □ Хибне саме втручання. □ Хибний імплантат у зв'язку з помилкою. □ Хибний імплантат у зв'язку з відсутністю потрібного імплантату. □ Інше (будь ласка, уточніть).

14. У випадку стороннього післяопераційного предмету у тілі пацієнта – до якої групи належав цей предмет? Позначте одну відповідь.

□ Губка. □ Голка або її фрагмент. □ Серветка, кулька. □ Цілий хірургічний інструмент (наприклад, затискач, ножиці). □ Фрагмент хірургічного інструменту. □ Інше (будь ласка, уточніть).

15. Чи був проведений контрольний підрахунок групи об'єктів, до якої належав предмет, залишений у тілі пацієнта?

□ Так, але кількість не збіглась з очікуваною. □ Так, але кількість збіглась з очікуваною. □ Ні, хоча предмет підлягав підрахунку. □ Ні, оскільки предмет не підлягав підрахунку (наприклад, у випадку залишення відламаного фрагменту). □ Невідомо.

16. Чи було проведено рентгенологічне обстеження області втручання перед закінченням операції з метою виявлення залишеного предмету?

□ Так. □ Ні, хоча залишений предмет був рентген-контрастним. □ Ні, оскільки залишений предмет був не рентген-контрастним. □ Невідомо.

17. У випадку анестезіологічної події – що з переліченого нижче найкраще її характеризує?

□ Пошкодження зубів. □ Пошкодження очей. Пошкодження периферичних нервів. □ Інтранаркозне просинання пацієнта. □ Злоякісна гіпертермія. □ Проблема з лікарським засобом, медичним газом або іншою сполукою медичного призначення (у цьому випадку додатково заповніть окрему форму, що стосується лікарських засобів!). □ Проблема з апаратурою, що використовувалась під час анестезії (у цьому випадку додатково заповніть окрему форму, що стосується виробів медичного призначення!). □ Проблема з дихальними шляхами. □ Інше (будь ласка, уточніть).

18. У випадку проблеми з менеджментом дихальних шляхів – що з переліченого нижче найкраще її характеризує? Виберіть одну відповідь.

□ Труднощі під час інтубації трахеї. □ Труднощі в підтриманні прохідності дихальних шляхів під час втручання. □ Інтубація стравоходу. □ Повторна інтубація після екстубації в операційній або палаті післянаркозного спостереження. □ Інше (будь ласка, уточніть).

Форма-3 – Вироби медичного призначення.

Скористайтесь цією формою для звітування про несприятливу подію або небезпеку, пов'язані з несправністю, виходом з ладу або неправильним використанням медичного виробу. В поняття медичного виробу включено медичне обладнання, імплантати, вироби одноразового використання та витратні матеріали, а також комп'ютерне обладнання на основі інформаційних технологій (апаратне та програмне забезпечення для електронного створення, зберігання, аналізу та відтворення інформа-

ції для цілей діагностики, лікування та профілактики захворювань).

1. Що з переліченого нижче характеризує несприятливу подію чи латентну небезпеку? Позначте одну відповідь.

□ Несправність або вихід з ладу апаратури. □ Помилка у використанні. □ Поєднання збою апаратури і помилки користувача. □ Невідомо.

2. До якої групи належить пристрій, пов'язаний з несприятливою подією або небезпекою?

□ Медичне обладнання (включаючи ходунки для інваліда, слухові апарати тощо) □ Імплантат (пристрій, призначений для імплантації в тканини пацієнта на тривалий проміжок часу) □ Витратні матеріали, включаючи вироби одноразового використання □ Комп'ютерний пристрій на основі інформаційних технологій.

3. Яка брендова або генерична назва пристрою, виробу, витратного матеріалу чи програмного забезпечення?

4. Яка назва виробника медичного виробу, пов'язаного з несприятливою подією?

5. Який з ідентифікаторів медичного виробу, наведених нижче, відомий?

□ Номер моделі. □ Версія програмного забезпечення. □ Версія вбудованої програми. □ Серійний номер. □ Номер партії. □ Інший індивідуальний ідентифікатор виробу. □ Термін придатності. □ Жодний ідентифікатор не відомий.

6. Чи пов'язана несприятлива подія або латентна небезпека з виробом одноразового використання (включаючи використання виробу після повторної його обробки)? Позначте одну відповідь.

□ Так. □ Ні. □ Невідомо.

Форма-4 – Лікарські засоби.

Скористайтесь цією формою для звітування про несприятливу подію або латентну небезпеку, пов'язані з такими речовинами як лікарські засоби, препарати біологічного походження, препарати для харчування, зціджене грудне молоко, медичні гази, рентген-контрастні речовини та інші сполуки медичного призначення.

1. Який засіб причетний до несприятливої події?

□ Лікарський засіб: - офіцинальний лікарський засіб, що відпускається як за рецептом, так і без рецепту лікаря; - багатокомпонентний лікарський засіб, приготовлений за рецептурою лікаря. - препарат для дослідницьких цілей; - невідомо. □ Препарат біологічного походження: - вакцина; - інший біопрепарат (наприклад, тромболітик). □ Препарат для харчування:- дієтична добавка (крім вітамінів та мінералів); - вітаміни або мінерали; - препарат для ентерального харчування (включаючи суміш для немовлят); - препарати для парентерального харчування; - інший (будь ласка, уточніть). □ Зціджене грудне молоко. □ Медичні гази (наприклад, кисень, азот, закис азоту). □ Рентген-контрастні речовини. □ Радіоактивні сполуки, призначені для діагностичних та лікувальних цілей. □ Їжа пацієнта (без підозри на взаємодію «харчовий продукт-препарат). □ Реакція «препарат-препарат». □ Реакція «харчовий продукт-препарат». □ Побічна реакція препарату як наслідок його призначення та введення на догоспітальному етапі. □ Інша речовина (будь ласка, уточніть).

2. Що з наведеного нижче найкраще характеризує медикаментозну лікарську подію? Позначте одну відповідь.

□ Хибна дія (збій у процесі або помилка – така, наприклад, як передозування препарату або введення хибного препарату). □ Небезпечні обставини (ситуація, умови). □ Побічна реакція на введення препарату (сполуки) без очевидної хибної дії. □ Невідомо.

3. У чому полягала хибна дія? Позначте усі відповіді, що підходять.

□ Хибний пацієнт. □ Хибний лікарський засіб/речовина. □ Хибна доза: - надлишкова доза; - недостатня доза; - пропущена доза; - зайва доза; - невідома доза. □ Хибний шлях введення. □ Хибний час введення: - зарано; - запізно; - невідомо. □ Хибна швидкість введення: - надто швидко; - надто повільно; - невідомо. □ Хибна тривалість введення або курсу лікування. □ Хибна форма (наприклад, препарат з повільним вивільненням замість препарату з негайним вивільненням діючої речовини). □ Хибна сила або концентрація. □ Хибне приготування, включаючи хибний поділ таблетки. □ Використання препарату з закінченим терміном придатності або зіпсованого препарату (дата закінчення терміну придатності?). □ Введення завідомо алергенного для пацієнта препарату (документування алергологічного анамнезу щодо введеного препарату – так, ні, невідомо?). □ Призначення препарату з відомим протипоказанням для пацієнта (ризик потенційної взаємодії препарат-препарат, препарат-харчовий продукт, препарат-захворювання або наявність іншого протипоказання – уточніть). □ Помилка самого пацієнта або членів родини пацієнта (наприклад помилка при самовведенні).

4. На якому етапі процесу медикаментозного забезпечення пацієнта була закладена причина несприятливої події (безвідносно до часу, коли вона була встановлена)? Позначте одну відповідь.

□ Придбання. □ Зберігання. □ Призначення. □ Замовлення □ Зчитування інформації. □ Приготування. □ Видавання. □ Введення. □ Невідомо. □ Інше (будь ласка, уточніть).

Форма-5 – Кров та препарати крові.

Скористайтесь цією формою для звітування про несприятливу подію або латентну небезпеку, пов'язані з переробкою та використанням крові чи препаратів крові.

1. З яким препаратом крові пов'язана несприятлива подія або небезпека? Позначте одну відповідь.

□ Цільна кров. □ Еритроцити. □ Тромбоцити. □ Плазма. □ Кріопреципітат. □ Гранулоцити. □ Лімфоцити. □ Альбумін. □ Фактори згортання крові (наприклад, VII, VIII, IX, AT-III). □ Внутрішньовенний імуноглобулін. □ Антирезусний імуноглобулін. □ Інше (будь ласка, уточніть).

2. Яким був восьми-значний цифровий код Міжнародного товариства переливання крові (the International Society of Blood Transfusion – ISBT) у препарату, з яким пов'язана несприятлива подія або небезпека?

3. Що з наведеного нижче найкраще характеризує несприятливу подію? Позначте одну відповідь.

□ Хибна дія (наприклад, переливання пацієнту крові не тієї групи за системою АВО). □ Побічна

реакція на препарат крові без очевидної хибної дії. □ Невідомо.

4. Яка з наведених нижче хибних дій у використанні крові або препаратів крові стала причиною несприятливої події? Позначте одну відповідь.

□ Хибний пацієнт. □ Хибна група крові за системами АВО або резус. □ Хибний препарат крові (наприклад, використання гетерологічного препарату крові замість аутологічного). □ Хибна послідовність у введенні препаратів крові. □ Використання препарату, у якого закінчився термін придатності. □ Використання препарату, який зберігався в неналежних умовах. □ Хибний об'єм (наприклад, хибна кількість одиниць або мл): - надто малий; - надто великий. □ Хибний розчинник. □ Хибний час (наприклад, затримка із введенням). □ Хибна швидкість: - надто швидко; - надто повільно. □ Невідомо. □ Інше (будь ласка, уточніть).

5. На якому етапі процесу гемотрансфузійного забезпечення пацієнта була закладена причина несприятливої події (безвідносно до того, коли вона була виявлена)? Позначте одну відповідь.

□ Заготовка та зберігання крові. □ Заявка на видачу. □ Видача. □ Передтрансфузійне тестування. □ Введення препарату крові. □ Посттрансфузійний період. □ Невідомо. □ Інше (будь ласка, уточніть).

Висновок. У роботі представлено проект пілотної версії власної, адаптованої до вітчизняних умов системи інцидент-моніторингу і звітування у службі анестезіології України. Оскільки в Україні жодних загальнонаціональних механізмів детекції медичних помилок і несприятливих подій в анестезіології до цих пір не впроваджено, розроблений нами «Додаток з безпеки пацієнтів до наркозної карти» може стати першим кроком на шляху створення більш досконалої майбутньої системи у спеціальності і навіть прообразом подібних систем міждисциплінарного чи загальнонаціонального масштабу, а також базою організаційного експерименту щодо перспектив реалізації таких ініціатив на практиці.

Перспективи подальших досліджень полягають в обґрунтуванні і розробленні на основі існуючих закордонних прототипів нових механізмів і технологій розпізнавання і менеджменту несприятливих медичних подій в анестезіологічній практиці з метою розширення інструментальної бази служби анестезіології України у сфері періопераційної безпеки пацієнтів.

Література

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kohn+I.+T.+To+Err+is+Human%3A+Building+a+Safer+Health+System
2. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf. 2013;9(3):122-8.
3. Makary MA, Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016;353:i2139.
4. Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. Available from: http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/downloads/01_Basics/Helsinki-Declaration-on-Patient-Safety-in-Anaesthesiology-Original.pdf
5. Fedosiuk RN, Kovalova EM, Pokhylko VI. Osnovnye metody detekcii incidentov s bezopasnostyu pacientov v medicine. Sovremennaya stomatologiya. 2018;1:38-42. [in Russian].
6. Fedosiuk RM. Konceptual'na model' startovogo paketu z bezpeki paciyentiv dlya sluzhby anesteziologiyi Ukrayini. Ukrayina. Zdorov'ya naciyi. 2016;4/1(41):205-12. [in Ukrainian].
7. Fedosiuk RN. Strategicheskij plan dejstvij po bezopasnosti pacientov dlya sluzhby anesteziologii i intensivnoj terapii Ukrainy: osnovnye moduli i ih komponenty. Wiadomości Lekarskie. 2017;LXX;3;cz.I:474-9. [in Russian].
8. AHRQ Common Formats – Hospital Version 1.2. Patient Safety Event Reporting System: Surgery or Anesthesia. Available from: https://www.psoppc.org/psoppc_web/search#q=Surgery+and+anesthesia&start=0

ПРОЕКТ ПІЛОТНОЇ ВЕРСІЇ СИСТЕМИ ІНЦИДЕНТ-МОНІТОРИНГУ І ЗВІТУВАННЯ ДЛЯ СЛУЖБИ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ УКРАЇНИ

Федосюк Р. М., Ковальова О. М.

Резюме. «Гельсінська декларація з безпеки пацієнтів в анестезіології» визначила систему інцидент-звітування одним з основних інструментів підвищення рівня безпеки пацієнтів в анестезіологічній практиці.

Мета. На основі закордонних прототипів розробити проект власної, адаптованої до вітчизняних умов пілотної версії системи інцидент-моніторингу і звітування для служби анестезіології України.

Об'єкт і методи. В якості закордонного прототипу обрано форми інцидент-моніторингу і звітування в анестезіології та хірургії американського Агентства Наукових Досліджень і Якості в Охороні Здоров'я (AHRQ).

Результати. Розроблено адаптовану до національних умов та потреб анестезіологічної служби України паперову версію системи інцидент-моніторингу і звітування в анестезіологічній практиці, яку представлено у вигляді «Додатку з безпеки пацієнтів до наркозної карти», що складається з п'яти форм для проспективної реєстрації різних груп інцидентів.

Висновок. Представлений у роботі варіант системи інцидент-моніторингу і звітування може бути використаний у якості пілотного проекту та тестової імплементаційної моделі у службі анестезіології України, а також стати прообразом майбутніх міждисциплінарних систем загальнонаціонального масштабу.

Ключові слова: безпека пацієнта, анестезіологія, несприятлива подія, інструмент, система інцидент-звітування.

ПРОЕКТ ПИЛОТНОЙ ВЕРСИИ СИСТЕМЫ ИНЦИДЕНТ-МОНИТОРИНГА И ОТЧЕТНОСТИ ДЛЯ СЛУЖБЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ УКРАИНЫ

Федосюк Р. Н., Ковалёва Е. М.

Резюме. «Хельсинская декларация по безопасности пациентов в анестезиологии» определила систему инцидент-отчетности одним из основных инструментов повышения уровня безопасности пациентов в анестезиологической практике.

Цель. На основе зарубежных прототипов разработать проект собственной, адаптированной к отечественным условиям пилотной версии системы инцидент-мониторинга и отчетности для службы анестезиологии Украины.

Объект и методы. В качестве зарубежного прототипа избраны формы инцидент-мониторинга и отчетности в анестезиологии и хирургии американского Агентства Научных Исследований и Качества в Здравоохранении (AHRQ).

Результаты. Разработана адаптированная к национальным условиям и потребностям анестезиологической службы Украины бумажная версия системы инцидент-мониторинга и отчетности в анестезиологической практике, которая представлена в виде «Приложения по безопасности пациентов к наркозной карте», состоящего из пяти форм для проспективной регистрации различных групп инцидентов.

Вывод. Представленный в работе вариант системы инцидент-мониторинга и отчетности может быть использован в качестве пилотного проекта и тестовой имплементационной модели в службе анестезиологии Украины, а также стать прообразом будущих междисциплинарных систем общенационального масштаба.

Ключевые слова: безопасность пациента, анестезиология, неблагоприятное событие, инструмент, система инцидент-отчетности.

DRAFT OF THE PILOT VERSION OF THE INCIDENT-MONITORING AND REPORTING SYSTEM FOR THE ANESTHESIOLOGY SERVICE OF UKRAINE

Fedosiuk R. M., Kovalova O. M.

Abstract. The unfavourable statistics of medical errors and adverse events in healthcare have raised the patient safety issue into the focus of attention of governments and the public in all civilized countries of the world and led to the development and implementation of numerous strategies and tools to overcome the problem. From the very beginning, the international professional organizations of anesthesiologists have become the undisputed leaders of the global movement for patient safety. Their main initiative in this issue, «The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anesthesiology», identified incident reporting as one of the main tools for improving patient safety in anesthetic practice.

Goal. On the basis of foreign prototypes, to develop a draft of our own, adapted to domestic conditions, pilot version of incident-monitoring and reporting system for the anesthesiology service of Ukraine.

Object and methods. The USA Agency's for Healthcare Research and Quality (AHRQ) common formats for incident-monitoring and reporting in anesthesiology and surgery have been selected as the foreign prototypes.

Results. The paper version of the incident-monitoring and reporting system in anesthetic practice adapted to the national conditions as well as the needs of the anesthesiology service of Ukraine has been developed. Designed as an «Attachment on Patient Safety to the Anesthesia Chart», it consists of five interconnected forms intended for the prospective registration of different groups of perioperative incidents – general information about patients and adverse events, incidents directly related to operation and anesthesia, incidents with medical devices, medication incidents, and incidents related to blood and blood products.

Conclusion. The version of the incident-monitoring and reporting system presented in the work can be used as a pilot project and a test implementation model in the anesthesiology service of Ukraine as well as become a prototype for future interdisciplinary nationwide systems.

Key words: patient safety, anesthesiology, adverse event, tool, incident reporting system.

Рецензент – проф. Похилько В. І.

Стаття надійшла 10.05.2018 року