Т.В. Матвейчик

Безопасность пациента как условие качества медицинской помощи



Т.В. Матвейчик

Безопасность пациента как условие качества медицинской помощи

Минск
«Ковчег»
2023

УДК 614.253.8: 616-082-035.1
ББК 51.12
М33

Автор:

Матвейчик Т.В., доцент кафедры гигиены детей и подростков УО «Белорусский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, доцент

Рецензенты:

Глушанко В.С., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Кафедра пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», протокол от 30.12.2022 г. №5

Матвейчик Т.В.

М33 Безопасность пациента как условие качества медицинской помощи /Т.В. Матвейчик – Минск : Ковчег, 2023. – 128 с.

ISBN 978-985-884-231-4.

Содержит современные данные по разделу осуществления качественной медицинской помощи, обеспечивающей медико-гигиеническую и этическую безопасность пациента согласно нормативным материалам Министерства здравоохранения Республики Беларусь, рекомендациям международных организаций.

Предназначено для студентов лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология», а также врачам общей практики, медицинским сестрам организованных детских коллективов.

УДК 614.253.8: 616-082-035.1
ББК 51.12

ISBN 978-985-884-231-4

©Матвейчик Т.В., 2023
© Оформление. ООО «Ковчег», 2023

Оглавление

Список сокращений..... 5
Мотивационная характеристика темы..... 6
Введение..... 9
Глава 1. Понятие о врачебной ошибке и халатности..... 13
§1.1. История вопроса о безопасности медицинской помощи в документах. Что делается.....13
§1.2. Состояние врачебных и сестринских ошибок в мире.....16
§1.3. Правовые аспекты раскрытия информации об ошибках при оказании медицинской помощи 18
§1.4. Последствия медицинских врачебных (сестринских) ошибок. Понятие о ятрогении и ятрогенном поражении. Значение в предупреждении.....24
§1.5. Правовые последствия врачебных (сестринских) ошибок и нарушений биомедицинской этики.....36
§1.6. Практические действия в области предупреждения ошибок медицинской сестры по результатам исследования 40

Глава 2. Актуальность проблемы безопасности медицинской помощи.....49
§ 2.1. Переход на многопрофильную команду на уровне первичной медицинской помощи. Преимущества лидерства.....50
§ 2.2. Качество деятельности медицинской сестры общей практики: безопасность пациента.....57
§ 2.3. Возможности предотвращения опасностей для здоровья пациентов (ошибок) в деятельности медицинской сестры общей практики 59

§ 2.4. Примеры побочных эффектов (ошибок), связанных с небезопасностью медицинской помощи…….…. 61
§ 2.5. Особенности работы медицинской сестры с пациентом в период пандемии коронавирусной инфекции……....76
§ 2.6. Стратегия Всемирной организации здравоохранения в отношении профилактики неинфекционных заболеваний и диспансеризации в посткавидный период……..…….…. 87

Заключение ……..… 101
Глоссарий …….. 110
Литература ……..... 115

Список сокращений

АПО – амбулаторно-поликлиническая организация
БО – больничная организация
БСК – болезни системы кровообращения
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВОП – врач общей практики
ЕРБ ВОЗ – Европейское региональное бюро ВОЗ
ЗОЖ – здоровый образ жизни
ИСМП – инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи
ЛС – лекарственное средство
МС – медицинская сестра
МСОП – медицинская сестра общей практики
НИЗ – неинфекционные заболевания
ОЗ – организация здравоохранения
ОИТР – отделение интенсивной терапии и реанимации
Пвр – помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи
ПМП – первичная медицинская помощь
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ФЗОЖ – формирование здорового образа жизни

Мотивационная характеристика темы

Работа выполнена в соответствии с мировыми тенденциями развития систем здравоохранения в борьбе с неинфекционными заболеваниями и поиском путей предотвращения неблагоприятных последствий в деятельности врачей и средних медицинских работников при оказании медицинской помощи. Также материалы соответствуют действующим нормативным правовым актам, рекомендациям международных институтов. Это: закон Республики Беларусь «О здравоохранении»; Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021-2025 годы; решения Минской международной конференции Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ,2015); приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2020 г.№1438 «Об утверждении Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы» и дополнение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.01.2021 г. «План мероприятий (дорожная карта) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы»; исследования ученых.

Цель занятия: изучить условия обеспечения безопасности пациента при оказании медицинской помощи врачом и медицинской сестрой (МС) в организации здравоохранения (ОЗ) на этапе первичной медицинской помощи (ПМП).

Задачи занятия:

1. Ознакомиться с понятием врачебная (сестринская) ошибка.

2. Изучить опыт и нормативные правовые акты, ре-

гламентирующие деятельность организаций здравоохранения в части обеспечения безопасности и управления качеством медицинской помощи населению с учетом норм биомедицинской этики.

3. Ознакомиться с мнением международных институтов по поводу мероприятий, способствующих защите пациента в процессе получения медицинской помощи.

4. Изучить рекомендуемые ВОЗ стратегии в решение проблем безопасности медицинской помощи в системе ПМП.

5. Осуществить анализ тенденций и достижений в области обеспечения безопасности медицинской помощи в работе врача и МС.

Требования к исходному уровню знаний

Ориентироваться в нормативной правовой базе и должностных обязанностях врача и МС в системе ПМП.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Ознакомиться с должностными обязанностями в работе врача и МС.

2. Иметь представления о нормах биомедицинской этики и ее особенностях в период после пандемии коронавирусной инфекции.

3. Ориентироваться в тенденциях обеспечения безопасности пациента при оказании медицинской помощи.

Задания для самостоятельной работы студента, обучающегося

В качестве способа закрепления информации используется прием самостоятельного повторения, с этой целью в конце разделов предложены вопросы.

Существенный вклад в сохранение здоровья и преобразование медицинской помощи в безопасную для

пациента среду способны вносить учреждения образования. Образовательная среда выступает одним из мощных факторов нивелирования риска здоровью населения в Республике Беларусь, как и в развитых странах Европы и мира. Использование опыта других государств в обеспечении безопасности медицинской помощи, междисциплинарном и межсекторальном взаимодействии закономерно для популяризации принципов сохранения здоровья населения.

Введение

Основное внимание государства и международных институтов направлено на совершенствование системы здравоохранения в борьбе с хроническими неинфекционными заболеваниями (НИЗ) (диабет, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), рак и хронические респираторные заболевания). Известно, что 80% медицинской помощи оказывается на амбулаторно-поликлиническом этапе, на котором пациенты могут получать основные риски в лечении.

Внимание к небезопасности медицинской помощи основывается на особенностях текущего периода, касающегося роста числа пациентов с НИЗ, происходящее параллельно с удвоением пожилого населения в следующие 30 лет, в связи с чем, растет нагрузка на практикующих медицинских работников, перегрузка функциональными обязанностями также ведет к ошибкам внимания и общения.

Значительную поддержку врачебное и сестринское сообщество получило, благодаря вниманию к научным практико-ориентированным исследованиям и анализу состояния проблем в области сестринского дела со стороны Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), которая 2021 год объявила Международным годом медико-санитарных и социальных работников.

Особое внимание планировалось направить на перспективы нормативной нагрузки и изменения должностных обязанностей МС общей практики (МСОП), помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр) и акушерок в рамках развития доступности ПМП на участке врача общей практики (ВОП) в ОЗ.

Приоритетом ВОЗ в области здравоохранения по борьбе с НИЗ на ближайшее время было избрано

направленное образование не только медицинских работников, но и пациентов с наличием НИЗ.

Прошедшие 2021-2022 гг. позволили осмыслить новые возможности в действиях команды ВОП в условиях пандемии COVID-19, чему способствовали комплексные действия министерств, ведомств и учреждений на основе призыва ВОЗ в 2020 г. «Высказывайтесь в поддержку безопасности медицинских работников!».

Поиск ВОЗ команды экспертов в консультативные группы для изучения и информирования о рисках оказания медицинской помощи и взаимодействии с общественностью в Европейском регионе ВОЗ, объявленное ранее, но продленное до 30 июня 2022 г., свидетельствуют о неослабном внимании. Это продолжение реализации Плана действий ВОЗ по повышению готовности общественного здравоохранения и ответных мерах на 2018-2023 гг. о рисках при осуществлении медицинской помощи.

Статистика возможного предупреждения преждевременной смерти в системе здравоохранения свидетельствует о значительном поле для действий по ее уменьшению: не менее 80% всех болезней сердца, случаев инсульта и диабета, 40% случаев рака.

Множество рисков пациентам при оказании им медицинской помощи касаются разнообразных сторон (рис. 1).



Рис. 1. Риски пациентам при оказании им медицинской помощи

В определенной степени разделы пособия помогают получить ответы на вопросы выполнения Плана мероприятий (дорожной карты) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы и др. для совершенствования учебы и практики средних медицинских работников.

В связи с этим, ниже предлагаем к рассмотрению типы неблагоприятных событий (ВОЗ, 2017) и примеры побочных эффектов / ошибок, связанных с небезопасностью медицинской помощи более подробно. Данная работы выполнена в соответствии с существующей нормативной правовой регламентацией в Республике Беларусь и рекомендациями ВОЗ и его Европейского регионального бюро (2015-2020 гг.).

Исходя из статистики демографических изменений в Республике Беларусь, услуги в сфере здравоохранения останутся востребованными. Возможно, продолжить прогнозировать спрос населения на качество и безопасность медицинской помощи, чему будут способствовать адекватное финансирование, сокращение разрыва между теорией и практикой за счет новых технологий.

Однако, оставаясь реалистами, вспомним А. Эйнштейна, отметившего: «Человек, никогда не совершавший ошибок, никогда не пробовал ничего нового».

Авторы надеются на помощь в экономии времени при самоподготовке студентов, врачей и средних медицинских работников по обеспечению безопасности пациента не только с позиции выполнения технологичных аспектов, нормативов и протоколов, но и из чувства гуманизма и сострадания к больным людям, которым можем помочь.

Глава 1. Понятие о врачебной (сестринской) ошибке

§ 1.1. История вопроса о безопасности медицинской помощи в документах. Что делается

Лечение без вреда является третьей глобальной проблемой безопасности пациентов, решение которой начато ВОЗ в 2017 г., оно состоит в разработке способов преодоления препятствий, сосредоточенных в пяти областях:

- в укреплении системы мониторинга для обнаружения / отслеживания вреда от небезопасных лекарственных средств (ЛС) с оценкой масштабов и характера вреда;
- в разработке рамок действий (для специалистов здравоохранения и органов власти), состоящих в совершенствовании порядка, подготовки, выдачи, администрирования, практики мониторинга наблюдений в разделе электронная медицинская карта пациента «Немедикаментозное лечение»;
- в создании и публикации руководств и решений для безопасных систем лечения пациентов;
- в привлечении партнеров и фармацевтической промышленности для повышения осведомленности о безопасности ЛС, как это произошло в настоящее время на примере с Республикой Куба;
- в предоставлении полномочий пациентам и опекунам для получения образования и участия в лечении, гарантированное Конституцией Республики Беларусь и ратифицированной Конвенцией о правах инвалидов (2015), принятой Генеральной ассамблеей Организации Объединенных Наций (2006).

Положения данной Конвенции направлены на обеспечение полного участия лиц с инвалидностью в гражданской, политической, экономической, социальной и культурной жизни общества, т.е в социальной интеграции. Ее положения гарантируют ликвидацию дискриминации по признаку инвалидности, защиту инвалидов и осуществление ими всех прав человека и основных свобод, а также на создание эффективных превентивных механизмов обеспечения этих прав;

- в получении ЛС согласно стандартному протоколу;
- в примирении лиц, осуществляющих уход, с ЛС через осознание несовершенства фармакокинетики в конкретном организме в силу коморбидности* на основе комплаенса* (см. глоссарий) и норм права.

Обеспечение безопасности медицинской помощи сопряжено с проблемами современного периода в осуществлении медицинских вмешательств:

- не во всех ОЗ имеется приверженность к безопасности пациентов и улучшению качества медицинской помощи;
- существует недостаток ресурсов и широкого использования приоритета безопасности;
- система здравоохранения ориентирована на производительность и доступность медицинской помощи, а не на уменьшение рисков ошибок;
- имеющаяся культура безопасности в здравоохранении недостаточна (непогрешимость - стигматизация);
- часть организаторов медицинской помощи недостаточно знакомы, либо отказываются осознавать проблемы небезопасной медицинской помощи в ОЗ;

• недостаточно учитывается проблема человеческого фактора в обеспечении безопасной медицинской помощи.

NB! Более 1 млн ошибок для получателей медицинской помощи (пациентов) обусловлено усталостью врача или МС, недостатком мануальных навыков, неудачным дизайном аппаратуры, усталостью от длительной вынужденной позы во время работы, несоблюдением санитарно-гигиенических требований, эргономики* и кинестетики*.

В соответствии с направлениями действий по улучшению здоровья в мире и совершенствованием гарантий от системы общественного здравоохранения при оказании медицинской помощи 17 сентября объявлен ВОЗ Всемирным днем безопасности пациентов. Он был учрежден в 2019 г. на 72-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения резолюцией «Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов» (WHA 72.6).

Целями Дня являются улучшение глобального понимания безопасности пациентов; повышение вовлеченности общественности в безопасность здравоохранения; содействие глобальным действиям по профилактике и уменьшению предотвратимого вреда в медицине.

Темой первого Всемирного дня безопасности (Лондон, 2016) была «Безопасность пациентов: глобальный приоритет здравоохранения».

В Республике Беларусь в 2019 г. была избрана тема: «Говорите ради безопасности пациентов!», привлекшая внимание общественности к безвредности использования технологий и медицинских устройств МС в качестве мероприятия по совершенствованию культуры ответственности для уменьшения непреднамеренного

вреда. В 2020 г. актуальной стала тема Дня «Медицинская помощь должна быть безопасной для пациентов и медицинских работников», подтвержденная итогами пандемии COVID-19.

В 2022 г. тема Всемирного дня безопасности пациентов обозначена как «Безопасное применение лекарственных препаратов» с избранным лозунгом «Лекарство без вреда».

Справка. Согласно мировой статистике, уровень распространенности ненадлежащего качества оказания медицинской помощи, имеющей неблагоприятные последствия для здоровья пациентов, колеблется от 3% в Германии, в Канаде – 9,1%, в Австралии – 16,6%, в США – 15%, в России – 20,5% от общего числа случаев оказания медицинских услуг. От 60 до 83% ошибок являются предотвратимыми на амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской помощи.

§ 1.2. Состояние врачебных и сестринских ошибок в мире

Анализ литературы о состоянии врачебных и сестринских ошибок в мире свидетельствует о наличии проблемы на территории развитых и развивающихся государств. По медицинским данным в 2017 г. ущерб пациенту оценивается как 14-я ведущая причина болезней, сопоставимая с туберкулезом и малярией.

Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что каждый 10-й пациент в мире страдает от неблагоприятных последствий и медицинской небрежности. Доля вреда пациенту от медицинской помощи аналогична доле НИЗ.

Доля инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) и затраты на устранение их последствий в США выше 1 млрд $ в год. Совокупные издержки на пациента и систему здравоохранения в этом государстве составляют триллионы долларов в год.

Устранение сбоев в области безопасности пациентов составляют до 15 % расходов больничных организаций (БО). Предотвратимые побочные эффекты (из-за медицинских ошибок) в БО составляют 400 тыс. смертей в год (Джеймс, 2013). Побочные эффекты в БО вредят 4-8 млн человек в год.

Статистика врачебных ошибок в Республике Беларусь, по данным судмедэкспертов свидетельствует, что из 199 экспертиз, выполненных в 2015 г., дефекты выявлены в 78 случаях, в 118 их не оказалось.

Стратегией в области обучения МС, МСОП и Пвр является повышение уровня знаний, влияющих на качество медицинской помощи путем непрерывного профессионального развития согласно концепции life- long learning (обучение на протяжении всей жизни).

Реализация программных положений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и рекомендаций ВОЗ об усилении первичного звена медицинской помощи как основного этапа встречи пациентов с системой здравоохранения, обеспечении управления качеством имеет целью предоставлять населению доступную и качественную помощь в соответствии с принципами социальной справедливости.

Этому способствует соответствующая организация работы медицинского персонала, поскольку одной из причин обращений населения по поводу качества медицинской помощи являются врачебные* и сестринские ошибки*.

Первым в истории медицины откровенный разговор об ошибках во врачебной деятельности начал Н.И. Пирогов, который ввел термин «врачебные ошибки». «Я положил себе за правило при первом моем вступлении на кафедру ничего не скрывать от моих учеников и если не сейчас же, то потом и немедля открыть перед ними

сделанную мной ошибку, будет ли она в диагнозе или в лечении болезни», – писал он. «Однако и по происшествии времени нет единого подхода к содержанию, хотя анализ причин медицинских ошибок неизменно служит повышению качества работы. Самым сложным является разграничение врачебных ошибок и врачебных преступлений».

И.В. Давыдовский считал, что под врачебной ошибкой понимают «добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве самой врачебной науки и ее методов, либо в результате атипичного течения заболевания или недостаточной подготовки врача, если при этом не обнаруживается элементов халатности*, невнимательности и медицинского невежества», т.е. невиновные действия врача или МС.

§ 1.3. Правовые аспекты раскрытия информации об ошибках при оказании медицинской помощи

Правовое регулирование оказания медицинской помощи считается одним из сложных в деятельности медицинского работника, а ошибки чреваты значительными издержками для пациентов, поэтому существует постоянно обновляемая правовая нормативная база.

Справка. Создание Национальных регистров (государственного регистра «Сахарный диабет»; государственного регистра лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий; Белорусского канцер-регистра, наиболее полного в СНГ; республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов; республиканского регистра «Туберкулез», регистра «Тарифов на платные медицинские услуги») является примером комплексного подхода к снижению опасности медицинских вмешательств. Он позволяет осуществлять

мониторинг и прогнозировать действия на уровне системы здравоохранения.

Стереотип, тормозящий предотвращение медицинских ошибок – ее восприятие как проявления халатности, невежества, непрофессионализма, приводит к их утаиванию от коллег и пациентов, опасаясь негативной реакции (рис.2). При этом результаты социологических опросов в ряде регионов свидетельствуют о том, что 90% медиков «за» полное раскрытие медицинских ошибок.



Рис.2. Динамика роста количества судебно-медицинских экспертиз по жалобам пациентов о ненадлежащем оказании медицинской помощи

Другой автор, Р. Рингельман, считал врачебной ошибкой «нежелательные результаты в лечении больного, связанные с неведением или недомыслием врача по причине нехватки информации о пациенте и его болезни», т.е. в качестве основы он тяготеет к установлению виновности медиков.

Существует мнение (С.Г.Стеценко,2004) о том, что врачебная ошибка есть дефект «оказания медицинской помощи, связанный с неправильными действиями медицинского персонала, характеризующийся добросовестным заблуждением при отсутствии признаков умышленного или неосторожного преступления». Этот автор в основу кладет факт добросовестного отношения к своим обязанностям медицинских работников, которых нет необходимости подозревать в наличии состава преступления.

Рекомендации по совершенствованию ПМП и улучшению ее качества включены в перечень задач ВОЗ по достижению здоровья для всех посредством программы Здоровье-2020.

Между тем, вопросы обеспечения качества сестринских и врачебных услуг в части элемента безопасности разработаны недостаточно на уровне общемировой тенденции. Известно, что результаты научных исследований выявляют нежелательные инциденты на госпитальном и амбулаторно-поликлиническом этапах оказания медицинской помощи.

В докладе Комиссии по качеству медицинской помощи Американского института медицины (2010): «Ошибаться – в природе человека: построение более безопасной системы здравоохранения» указано, что смертность пациентов в стационарах, обусловленная дефектами медицинской помощи, достигает 44-98 тыс.

в год. Для таких стран, как Великобритания, Австралия, Канада и Дания установлены причины ухудшения здоровья у 10-16% госпитализированных пациентов. Рабочая группа по качеству стационарной медицинской помощи организации «Больницы для Европы» оценила, что в 2000 г. пострадал от предотвратимых осложнений лечения каждый десятый пациент европейских больниц.

Частота возникновения ошибок на уровне ПМП, по данным ряда авторов, составляет от 5 до 80 на 100 тыс. посещений. Наибольшее количество из них (26-78%) составляют ошибки диагностики, обусловленные атипичным течением заболеваний, техническим несовершенством медицинской аппаратуры или недостаточным опытом специалиста по трактовке ситуации в ходе постановки диагноза.

Другая группа неблагоприятных событий обусловлена выбором неадекватной тактики лечения, составляющей от 11 до 42% ошибок и являющейся причиной 10-20% судебных исков.

Важнейшими предпосылками возникновения врачебных и сестринских ошибок являются проблемы взаимодействия и координации между амбулаторно-поликлиническим и госпитальным этапом оказания медицинской помощи.

Причины врачебных (сестринских) ошибок:

1. Дефекты образования;
2. Низкая правовая и этическая культура врача (МС).

Для разграничения врачебной ошибки с несчастным случаем следует руководствоваться мнением академика Е.И. Чазова, разграничивающего ошибки по объективным и субъективным причинам. К *объективным*

причинам ошибок он относит: недостаточность сведений в медицинской науке о сути и механизме патологического процесса, позднюю госпитализацию, тяжесть состояния больного, редкость некоторых заболеваний, болезни без выраженной симптоматики, отсутствие возможности проведения специальных исследований, невозможность получения консультации специалистов. В качестве *субъективных* причин он называет неполноту собранной информации по анамнезу, недостаточную квалификацию врача или МС, неполное или запоздалое обследование пациента, отсутствие данных специальных исследований при имеющихся способах их получения, переоценку возможностей применения специальных методов исследования, абсолютизацию диагноза специалиста-консультанта и отсутствие консультаций, когда они были необходимы и возможны.

Деятельность открытых при медицинских университетах Республики Беларусь профессорско-консультативных центров во многом способствовала улучшению качества и безопасности медицинской помощи, росту доверия населения к медицине.

Одна из причин врачебных (сестринских) ошибок состоит в значительной вариабельности современного течения болезни, отличного от «классического», обусловленного индивидуальностью каждого человека. Вследствие этого каждый пациент – новая нетипичная задача. Кроме того, все возрастает разрыв между кругом прикладных нозологических единиц, известных медикам, и числом существующих болезней. Ни один практикующий врач (МС) не может знать все болезни, существующие в области его компетенций, только постоянная учеба позволяет им избегать грубых ошибок, особенно в начале самостоятельной работы.

Честно ответив самому себе о своей врачебной (сестринской) непогрешимости, нельзя скатываться до самобичевания. Известный советский патологоанатом И.В. Давыдовский считал, что количество ошибок по мере повышения квалификации врача скорее увеличивается, чем падает. Подтверждением тому являются исторические примеры правдивого анализа своей работы рядом профессоров. Крупнейший хирург С.С. Юдин писал: «За 35 лет моей хирургической деятельности появилось пять-шесть, а то и целый десяток таких трагических ошибок, которые я не могу забыть десятилетиями, и которые так глубоко потрясли мое сознание, чувства, совесть, что, вспоминая о них, я их снова переживаю, как вчера, как сегодня». Блестящие врачи Н.Н. Бурденко, С.П. Боткин, И.П. Павлов не были застрахованы от ошибок. Мы за врачебное мастерство, но и за то, чтобы при свершившейся ошибке медиков не шельмовали до инфарктов и инсультов, осознавая несовершенство медицинской науки.

И.А. Кассирский, знаменитый педиатр оценивал сложность работы врача таким образом: «...ошибки – это неизбежные и печальные издержки врачебной деятельности, и единственно оптимальное в них то, что они помогают тому, чтобы их не было. Выявленные, признанные, они учат, как не ошибаться. Вот почему систематический анализ допущенных ошибок является необходимой предпосылкой для совершенствования медицинской помощи населению».

В целом материалы исследований, посвященных изучению причин возникновения медицинских ошибок, указывают на их многофакторный и комплексный характер, обусловливающий сложность поиска источника ошибки. Почти в 50% случаев причины опасной помощи обнаружить не удается.

Большинство авторов считают, что на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи от 60 до 83% ошибок являются предотвратимыми.

Одним из обязательных условий для внедрения культуры безопасности при оказании медицинской помощи является отсутствие вины МС или Пвр, а также совершенствование современного состояния науки в области новых технологий для обеспечения безопасности матери и ребенка, как это отмечалось на Всемирном дне безопасности в Республике Беларусь в 2021 г.

Анализ врачебных (сестринских) ошибок производят в зависимости:

*от причины;

*от времени и места совершения;

*от прогноза для здоровья и жизни;

*от своевременности и правильности медицинских действий.

§ 1.4. Последствия медицинских врачебных (сестринских) ошибок. Понятие о ятрогенном поражении и ятрогении. Значение в предупреждении

Одним их неприятных последствий врачебных (сестринских) ошибок является ятрогения*, которую следует отличать от ятрогенного поражения* (ЯП), возникающего вследствие неумышленного или неизбежного повреждения функций или структуры организма, которые невозможно было предотвратить и которые были вызваны медицинскими действиями.

Справка. Пример неумышленного ятрогенного повреждения структуры организма больного человека – поражение легких при массивной гемотрансфузии.

Пример неизбежного ятрогенного повреждения функций – дисбактериоз при нерациональной длитель-

ной антибактериальной терапии. Для того, чтобы разобраться в причинах ЯП, следует воспользоваться классификацией профессиональных ятрогений.

1.Классификация профессиональных ятрогенных поражений

1.ЯП, связанные с диагностическими процедурами:

**инструментальное повреждение эндоскопом. Единственный опубликованный случай был связан с пороком развития transverses situ (обратным расположением органов человека);

**радиационные поражения при рентгенологических (рентгеноскопических) исследованиях. Поскольку скопических исследований стало меньше в связи с использованием более современных методов диагностики, их процент уменьшился до 1-3%;

**аллергические и токсические реакции на контраст или тест вещество. Подобного вида ошибки в практике встречаются значительно реже в связи с обязательностью пробы на чувствительность к препарату (диагностическому тесту) до начала манипуляции, введенному в технологию манипуляции.

2. ЯП, связанные с лечебными, или диагностическими действиями:

**лекарственная болезнь от «преднамеренной» или непреднамеренной медицинской интоксикации, в т.ч., связанной с вынужденной передозировкой медикаментов (химиотерапия при раке);

**аллергические реакции на медикаменты (включая анафилактический шок). Соответствующие нормативные документы Министерства здравоохранения Республики Беларусь актуально снизили эти риски до цифр, статистически не значимых;

**радиационные поражения при лучевой терапии сокращаются с появлением медицинской аппаратуры высокого класса безопасности;

**пункционные, инъекционные, инфузионные и др. повреждения органов и тканей. Открытие кабинетов манипуляционных технологий во всех средних специальных медицинских учреждениях Республики Беларусь при финансовой и технологической помощи ВОЗ являются примером комплексного решения для обеспечения безопасности оказания медицинской помощи пациентам руками МС;

**операционный стресс и механическое повреждение органов при хирургических операциях. Новые хирургические технологии в значительной мере облегчили участь пациентов при осуществлении хирургических вмешательств.

3.ЯП, связанные с профилактическими мероприятиями:

**реакция на вакцинацию. Особенно внимательными были медицинские работники при осуществлении массовой вакцинации населения в период преодоления пандемии COVID-19, что стало залогом доверия к системе ПМП и высокому (свыше 70%) охвату прививками без вредных последствий;

**инфекционно-воспалительное поражение вследствие инъекций (абсцессы). Новые технологии и неукоснительное соблюдений требований санитарно-эпидемиологического благополучия позволяют предотвратить подобное осложнение ИСМП, если только оно не вызвано особенностями болезни пациента, барьерной функцией кожи.

4. Информационные ЯП:

** реакция на слова. Ярким примером неправильного понимания средствами массовой информации в

период борьбы с пандемией коронавирусной инфекции были недостоверные данные и угрозы, благодаря чему часть населения мира страдала от последствий неверных слов и была охвачена паникой. Анализ опыта преодоления пандемии в Китае свидетельствует о том, что необходимо следить за информацией о распространении инфекции на официальных сайтах ВОЗ (who.int/ru) и Министерства здравоохранения Республики Беларусь (minzdrav.gov.by/ru);

**действие санитарного просвещения, книг, специальных статей на некомпетентных или мнительных людей, поскольку слово может не только лечить;

**самолечение. Различие в подходах к термину в Республике Беларусь, Российской Федерации и странах Евросоюза, где под самолечением подразумевают любые, осуществляемые пациентом действия по лечению, назначенному профессиональным лицензированным специалистом, а не почерпнутые самостоятельно из недостоверных и непрофессиональных источников. Более подробно о соблюдении принципов биомедицинской этики в период пандемии COVID-19 – гл.2, §2.6.

2. Патогенетическая классификация профессиональных ятрогений

**неизбежное действие метода (операция – стресс);

**действие избыточной дозы ЛС или режима, в т.ч., при недооценке индивидуальной чувствительности пациента;

**влияние погрешности процедуры (газовая эмболия при внутривенной инъекции).

Ятрогениями* называют заболевания, обусловленные неосторожными словами или поступками врача (МС), неблагоприятно воздействующими на психику больного человека. Такие высказывания могут касаться диагноза,

прогноза, методов лечения, связанного с ним риска, возможных вариантов медицинского вмешательства, их последствий.

II. Классификация ятрогений

1. Медикаментозная ятрогения, особенно, при введении нескольких ЛС, что зачастую связанно с основным страданием и индивидуальными обменными характеристиками организма пациента, непредсказуемыми при самом глубоком их изучении, а также коморбидностью*.

2. Манипуляционная ятрогения, обусловленная обилием диагностических и лечебных воздействий с возможным присоединением микроорганизмов с исходом в сепсис (ИСМП).

3. Наркозно-реанимационная ятрогения возникает намного чаще, чем регистрируется, ибо тяжесть состояния пациента не всегда допускает достоверную оценку генеза симптомов. Врачи проявляют особую осторожность при оценке секционных находок, зачастую связанных с проведением реанимационных мероприятий. При анализе подобных ошибок всегда учитывают характер основного заболевания, тяжесть, особенно терминальных состояний, течения постреанимационной болезни. Течение терминальных состояний у детей, в отличие от взрослых, имеет свои особенности.

4. Хирургическая ятрогения возникает в связи с необычным расположением органов, изменением топографии тканей в связи с патологическим процессом.

5. Алиментарная ятрогения может появиться при воздействии токов низкой (высокой) частоты, лазера, рентгена, радиоизотопного сканирования, электрохирургической диатермии или солнечной

радиации.

Несчастья часто возникают вследствие неподготовленности персонала к работе с аппаратурой, нарушений техники безопасности и применения, пренебрежением вводного инструктажа.

Пример. Больному Г., 57 лет, в рентгенологическом кабинете амбулаторно-поликлинической организации (АПО) с целью обследования мочевых путей внутривенно было введено 30 $см^3$ 70% раствора диодона. «Йодная проба» предварительно не производилась. Во время введения препарата побочной реакции не было. Через несколько секунд после введения препарата у пациента возникли судорожные дыхательные движения, появилась пена изо рта. Немедленно были введены необходимые ЛС, кислород, начаты искусственное дыхание «рот в рот» и непрямой массаж сердца, однако улучшения состояния не наступило. Через 1-2 мин. пульс исчез, дыхание прекратилось, развился цианоз слизистых оболочек и кожных покровов. Прибывшим врачом-реаниматологом была констатирована смерть.

6. Ятрогения общения – составная часть деонтологии, особенно в педиатрии. «Говори лишь о том, что должен знать твой собеседник» - главное правило общения с пациентом. Особенность текущего периода образования – обучение эффективной коммуникации с пациентом.

Кроме воздействия пациента на самого себя и влияния на него других пациентов, он ощущает определенное действие со стороны медицинского персонала, при этом негативное влияние, которое оказывает врач – ятрогении, средний медицинский персонал – сестрогении. Таким образом, с одной стороны, медицинские работники контролируют

пациентов, взаимоотношения между ними, а с другой – строго следят за собственными действиями, речью, поведением, чтобы не вызвать нежелательных осложнений. От МС не в меньшей степени, чем от врача, требуется гуманизм, любовь, сострадание, милосердие, профессионально развитое чувство долга, обязательность, аккуратность и знание правил и культуры делового общения.

Причинами, вызывающими сестрогению, могут быть: недостаток внимания МС к пациентам, негуманное поведение, нежелание признавать и исправлять свои ошибки; недостаток общей культуры, душевной тонкости и чуткости, при которых МС сама может не заметить, что ведет себя грубо, некорректно, дает односложные ответы пациенту; необоснованные амбиции, переоценка знаний, личностно-гипертрофированное самолюбие, позволяющие ей брать на себя функции врача, давать разъяснения относительно диагноза, комментировать лечение, прогноз.

Пример. МС Н. профессиональные обязанности исполняла аккуратно, ранее не подвергалась административному взысканию, однако существовали факты, свидетельствующие о том, что ее выбор профессии оказался ошибочным. Пациентка попросила у МС таблетку от головной боли, прошло более часа, но таблетку пациентка не получила. Когда она повторно обратилась с просьбой дать ей таблетку, МС рассерженно ответила: «Подождете. От головной боли не умрете, а умрете от той болезни, с которой пришли сюда». Это было сказано в палате в присутствии еще нескольких больных раком шейки матки. После такого откровенного заявления МС пациентки были крайне расстроены, плакали, надолго лишились душевного

покоя. Месяцем позже эта МС в другой палате на вопрос пациентки, какая у неё болезнь, ответила: «Если я скажу, что у Вас, мне доктор язык отрежет». Это было сказано пациентке, которая за час до этого была в глубоком обмороке. Столь явная жестокость заставила врача пригласить МС в кабинет для объяснения. Свое отношение к пациентам, к своей профессии она выразила в одной фразе: «Я им солнцем не буду».

Сестрогении можно классифицировать на три группы:

- психосестрогении, отрицательное наиболее часто встречающееся воздействие на психику пациента. Ее причинами могут быть: поспешная и необоснованная трактовка диагноза и прогноза заболевания; неправильная трактовка диагностических и лечебных процедур; «немая» ятрогения (пантомимикой, либо от бездействия медицинских работников). С целью профилактики такого рода опасности МС особенно внимательно должна относиться к ответам на вопросы пациентов, связанные с трактовкой тех или иных диагностических исследований. Иногда МС, желая показать свою эрудицию перед пациентами, информируют их об отдельных признаках рака, инфаркта миокарда и других грозных заболеваний, не думая о последствиях, и о том, что следует избегать непонятных специфических терминов и не давать излишней информации;
- фармакосестрогении – это заболевания, обусловленные действием на организм пациента ЛС, введенных МС, наиболее распространенным и опасным видом являются аллергические реакции. Примером грозного проявления аллергии может служить анафилактический шок, развивающийся при

введении даже небольших доз ЛС (антибиотиков, при лечении сыворотками, введении компонентов крови и кровезаменителей). Снижению вероятности подобного состояния способствует тщательный сбор аллергологического анамнеза.

Абсолютно надежные средства профилактики фармакосестрогений отсутствуют, потому что реакция организма на любое ЛС может быть сугубо индивидуальной и непредсказуемой. В беседах МС с пациентами она должна напоминать о недопустимости самолечения, опасности бесконтрольного, необоснованного приема ЛС, а сама она должна иметь на видном месте таблицу противоядий при отравлении ЛС списка «А», алгоритм действий при неотложных состояниях пациента;

физиосестрогении – болезненные состояния, обусловленные воздействием на организм пациента физических факторов, вследствие проведения МС диагностических (лечебных) процедур. Простейшими примерами физиосестрогений могут служить подкожная гематома, возникающая при нарушении правил забора крови из вены или при внутривенной инъекции, появление постинъекционного инфильтрата, способом предупреждения которых становится высокий профессиональный уровень манипуляционной подготовки, щадящим подходом к пациенту.

Взаимные ожидания пациентов, согласно мнению Ж. Лакана, включают в понятие «идеального врача» лицо одного с пациентом пола, сексуальной ориентации, национальности, вероисповедания, более старшего по возрасту и привлекательной внешности. Помимо прочего пациенты ждут от врача (МС) уважения, профессионализма, добросовестного

исполнения долга, чуткости к запросам и внимания, т.е. конгруэнтности*.

При этом ожидания медицинских работников куда более приземлены: пациент немногословен, опрятен, спокоен, четко исполняет медицинские предписания, доверяет врачу (МС).

Это отражено в понятии комплаенса*, означающего согласие и достижение взаимопонимания, проявляется обязательным поведением пациента в соответствии с запросом или указанием, соответствующим каким-либо внутренним или внешним требованиям или нормам. Достижение согласия в триаде «пациент – МС – врач» за счет рационального медицинского наблюдения на практике бывает сложным, если не владеть навыками эффективной коммуникации.

Комплаенс и конгруэнтность являются теми терапевтическими инструментами, которые обеспечивают заинтересованность пациента в лечении, способствуют точному выполнению медицинских рекомендаций, позволяют объективно судить об эффективности помощи.

Фактором, повышающим согласие пациента с врачом, является информирование больного человека о целях лечения, правилах приема и возможных побочных действиях ЛС, о точном соответствии врачебных рекомендаций внутреннему согласию с этим пациента (комплаенс).

Рекомендации должны быть максимально простыми, часть пациентов предпочитает получать их в письменном виде, чтобы можно было спокойно изучить в домашней обстановке.

Врач (МС) должны понимать, что чем разнообразнее рекомендуемые методы лечения и ЛС, тем ниже уровень согласия пациента с лечением. И. Харди

называл «таблетоцентризмом» подход, при котором лекарства назначаются механически, на основе жестких алгоритмов и схем, отражающих зависимость между отдельными заболеваниями и ЛС, но не учитывающий важнейший фактор – характер взаимоотношений между пациентом и лечащим врачом (успешность взаимодействия). ЛС, выписанное одним врачом, может не оказать воздействия, но тот же препарат, рекомендованный другим, оказывается эффективным, что объяснимо доверительными профессиональными отношениями, основанными на сотрудничестве.

Таким образом, можно заключить, что ятрогения не соответствует буквальному переводу слова, означающему ухудшение здоровья, в котором виновен врач; что критические состояния больных часты и нуждаются в дальнейшем обсуждении и изучении.

Ятрогения – несовершенство медицины, а не вина медицинского работника. Этот постулат должен быть широко известен пациентам с рисками развития НИЗ и использован для мотивации к укреплению здоровья и ответственному отношению к нему самого человек.

Понятие медицинского риска должно осознавать все население, для того, чтобы не наказывать медицинских работников несправедливым отношением. Этическая и правовая оценка проводится ввиду неудовлетворения качеством медицинской помощи пациента (его представителей), подлежит анализу экспертов при возможном участии общественности (советов по биомедицинской этике при АПО и БО).

Пять условий невиновности врача (МС) по мнению американских экспертов:

1.Больной человек полностью информирован о возможном ЯП, и дал согласие на применение метода

лечения.

2.Врач, в силу объективных обстоятельств не мог применить менее инвазивные, или более безопасные методы, устраняя данную патологию.

3.Была учтена индивидуальная чувствительность пациента или его иные особенности, которые могли бы усугубить ЯП.

4.Были предприняты профилактические меры предупреждения или смягчения действия ЯП, применялся рациональный мониторинг, оптимальные методы устранения ЯП.

5. ЯП не могло быть спрогнозировано, однако мониторинг и меры безопасности были предусмотрены.

Выход из ситуации предупреждения ЯП состоит в медицинском страховании рисков, по примеру европейских стран и Российской Федерации.

Плата за совершение профессиональных ошибок медицинскими работниками в США является весьма высокой:

- это рост административной ответственности. Так, в 2007 г. число организационных мер наказания увеличилось на 14%;
- изменение требований страховых компаний по жесткому соблюдению стандартов лечения;
- обеспечение нормативно закрепленного наказания в виде лишения лицензии за три и более раз при уличенной небрежности;
- в сложных случаях фатальных ошибок – оповещение в средствах массовой информации. Создание Советов по контролю случаев медицинской небрежности принято к применению в ряде развитых европейских стран, включая Республику Беларусь.

Участникам в работе Советов по разбору случаев

профессиональных ошибок следует руководствоваться мнением Б.Паскаля: «Тому, кто не постиг науки добра, всякая иная наука приносит лишь вред». При этом целесообразно руководствоваться щадящей методикой порицания за ошибку, памятуя мысль В. Гете: «Поучение много значит, но поощрение – все… Поощрение после порицания подобно солнцу после дождя».

Принципы защиты врача (МС):

- самозащита и самообразование в области медицинских рисков профессии;
- интерпретационная модель позволяет наладить психологический контакт с пациентом и его семьей;
- административная экспертиза;
- профессиональные Ассоциации (создание медицинских советов и активное участие в досудебном погашении исков);
- досудебное гашение конфликта по поводу ЯП (медиация*);
- защита в суде.

§ 1.5. Правовые последствия врачебных (сестринских) ошибок и нарушений биомедицинской этики

Гражданско-правовые нарушения медицинских работников не бывают установлены заранее, поскольку любое причинение вреда или нарушение обязательств по оказанию безопасной и качественной помощи может служить основанием для наступления ответственности.

Наиболее часто встречаются *4 группы ситуаций* (Кралько А.А.,2009, 2020):

1. Оказание пациенту медицинской помощи ненадлежащего качества. Сюда входит невыполнение, некачественное и несвоевременное выполнение лечебно-диагностических, профилактических или

реабилитационных мероприятий; необоснованное проведение этих мероприятий без учета показаний, которое привело к диагностической ошибке, ошибочной тактике или ухудшению состояния или сроков лечения пациента.

2. Нарушения в работе врача или МС, наносящие ущерб здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи. Это заболевания, или осложнения, возникшие по вине медиков в период пребывания в ОЗ, или внутрибольничное инфицирование из-за неправильных действий персонала, или осложнения после медицинских манипуляций, связанных с несовершенством их выполнения или неполным учетом противопоказаний и называемых ИСМП.

3. Преждевременное прекращение лечения по назначению врача, которое привело к ухудшению состояния, развитию осложнений, обострению или утяжелению течения болезни. К ним относят преждевременную выписку, вызвавшую повторную госпитализацию, преждевременное прекращение лечения или наблюдения врачом в АПО, а также случаи самостоятельного прекращения лечения по желанию пациента, отмечаемые в медицинской документации особо.

4. Другие нарушения, ущемляющие права пациента, гарантированные Законом Республики Беларусь «О здравоохранении». При этом, действует презумпция вины того, кто причинил вред, означающая, что при неблагоприятном результате лечения отсутствие вины должно доказываться им самим, его вина будет признана установленной. Вступаться за достоинство врача (МС) призваны общественные объединения и юридические организации, работа которых базируется

на определенных нравственных принципах.

В начале XX века врач и писатель В. Вересаев в знаменитых «Записках врача» предвидел появление биомедицинской этики. Он отмечал: «…необходима этика, которая должна охватить во всей полноте указанный выше вопрос о взаимном отношении между врачебной наукою и живою личностью».

Право на жизнь есть неотъемлемое право каждого человека. Это право охраняется законом. Никто не может быть произвольно лишен жизни, – говорится в Международном пакте о гражданских и политических правах.

В Женевской декларации 1948 г. провозглашается обязательство врача: «Я буду сохранять высочайшее уважение к человеческой жизни с самого момента зачатия».

Одним из актуальных в настоящее время документов стало опубликованное комитетом по биоэтике (ДН-Bio) в 2014 г. «Руководство по принятию решений о медицинском лечении в ситуациях конца жизни» для облегчения выполнения принципов, закрепленных Конвенцией о правах человека и биомедицины (Конвенция Овьедо, ETS No 164,1997).

Впервые введенное в работах американского ученого, биохимика Ван Ранселера Поттера («Биоэтика – мост в будущее», 1971 г.) понятие биомедицинская этика* сделало автора основателем междисциплинарного направления. В.Р. Поттер подчеркивал, что биоэтика должна стать новой дисциплиной, соединяющей в себе биологические знания и познание системы человеческих ценностей, но при этом не вправе сосредоточиться только на человеке, а должна распространить свой методы и на биосферу в целом, то есть на всякое научное

вмешательство человека в жизнь.

Для разграничения предмета биоэтики* от близких к ней дисциплин (включая профессиональную медицинскую этику) на международном симпозиуме (Италия, 1994) был принят документ Эриче, согласно которому разграничили проблемы, которыми занимается биомедицинская этика:

1. Этическими проблемами медицинской профессии.
2. Социальными проблемами, связанными с политикой в области здравоохранения, с трудовой медициной, с политикой планирования семьи, с проблемами демографического контроля.
3. Этическими проблемами, возникающими в области исследований о человеке, включая и те, которые непосредственно не связаны с терапией.
4. Проблемами вмешательства человека в жизненные процессы других живых существ (растений, микроорганизмов, животных) и всего того, что относится к поддержанию экологического равновесия.

Делая акцент на междисциплинарном характере биомедицинской этики, рассмотрим взаимоотношение этики и права, поскольку правовой статус врача (МС) и пациента, степень правовой защищенности медицинского работника и пациента зачастую в значительной степени влияют на решение возникающих этических проблем.

Правовая ответственность врача (МС) и пациента является важным аспектом в их взаимоотношениях в ходе оказания медицинских услуг. Под правовой ответственностью медицинского работника следует понимать обязанность отвечать за профессиональные действия согласно действующему законодательству.

Медицинские работники и организаторы

здравоохранения всегда понимали цену врачебной ошибки и размер наказания за ее совершение. Так, согласно выдержке из Врачебного Устава Российской империи XIX в., предлагается последовательно ужесточающаяся система ответственности за совершение ошибки: «Когда медицинским начальством будет признано, что врач, оператор, акушер или повивальная бабка по незнанию своего искусства делают явные более или менее важные в оном ошибки, то им воспрещается практика, доколе они не выдержат нового испытания и не получат свидетельства в надлежащем знании своего дела. Если от неправильного лечения последует кому-либо смерть или важный здоровью вред, то виновный, буде он христианин, предается церковному покаянию по распоряжению своего духовного начальства».

Современные постулаты Кодекса чести медицинского работника перекликаются с теми, что предложены Г.Г. Энгельгардом, М.А. Рай, 1988г. как мораль медико-индустриального общества:

*говорите только правду (принцип информированного согласия);

*помогайте людям купить то, что они хотят (предложение вариантов качества медицинской помощи за дополнительную плату);

*стремитесь к выгоде: экономика, ведущая к дефициту, плоха для всех;

*любите своего ближнего, и будьте милосердны;

*храните честь и достоинство своей профессии;

*рыночные отношения хороши, но, обеспечивая их, соблюдайте права и высшие интересы больных людей.

§ 1.6. Практические действия в области предупреждения ошибок медицинских сестер по результатам исследования

Для выяснения причин и отношения главных (старших) МС, обеспечивающих контроль деятельности МС в ОЗ, с последующим изменением в учебных образовательных программах медицинских колледжей, в 2018 г. анонимно проанкетировано 152 сестринских руководителя из различных регионов Республики Беларусь.

Это позволило проанализировать отношение респондентов к ситуации с сестринскими ошибками, которые являются одной из причин неудовлетворенности населения качеством медицинской помощи. Кроме этого, анкетирование позволило проследить за эволюцией способа отношения к совершенной ошибке до и после занятий на эту тему, понять, какими действиями главной (старшей) МС можно снизить риск совершения ошибки, оценить этичность разбора сестринских ошибок при оказании медицинской помощи, узнать мнение руководителей о способах обучения предупреждению ошибок МС.

Изучение мнения сестринских руководителей о профессиональных ошибках является важным компонентом, позволяющим оценить масштабы и причины сестринских ошибок. Методологическим инструментом была избрана разработанная «Анкета по совершенным сестринским ошибкам», состоящая из 5 вопросов с несколькими вариантами ответов.

Цель: проанализировать отношение респондентов к ситуации с ошибками МС.

Задачи исследования:

1. Полнее разобраться с одной из причин неудовлетворенности населения качеством медицинской помощи.

2. Проследить за эволюцией способа отношения к

совершенной ошибке.

3. Понять, какими действиями главной (старшей) МС можно снизить риск совершения МС ошибки в ОЗ.

4. На основе полученного результата предложить способы обучения МС предупреждению ошибок.

Анкета по совершенным сестринским ошибкам (по мнению главных и старших МС)

1. В какую из известных Вам классификаций попадает совершенная Вами серьезная сестринская ошибка?

1.1. По нарушениям этики 27,7±4%;

1.2. При осуществлении технических, инвазивных или операционных вмешательств 50±1,85% (t 5,92);

1.3. Фармакологические, фармакогнозические ошибки 5,5±2,15%. Последний вид ошибок полностью исчез после требования обязательного разделения ЛС в одном шприце;

1.4. На внимание 22,2±5,19%.

2. Вы – организатор сестринского дела, в функции которого входит изменение отношения к совершенной МС ошибке. К какому способу Вы прибегнете:

2.1. Развивать толерантность и дипломатию перед населением 27,7±2,15%;

2.2. Привлекать специалистов по медицинскому страхованию рисков 22,2±5,19%;

2.3. Популяризация перед населением идеи о личной ответственности за здоровье 11,1±3,33%;

2.4. Контроль качества исполнения сестринских технологий посредством:

а) обучения технике манипуляций с помощью наставника 61,1±=1,34%;

б) жесткого контроля исполнительской дисциплины;

в) само- и взаимоконтроля как необходимой части работы 77,8±0,79% (t 4,6);

2.5. Использование стандартов качества и технологий исполнения сестринской услуги 11,1±3,33%;

2.6. Материальное и иное стимулирование за работу без ошибок 77,8±0,79%;.

3. Какой способ уменьшения риска совершения сестринских ошибок я выбираю:

3.1. Работа в паре – «опытный работник – молодой» 44,5±2,19% (t 10,47);

3.2. Устные комментарии своим действиям 16,6±2,21%.;

3.3. Развитие устойчивости против стресса 38,9±2,28%;

3.4. Избегать устных публичных заявлений об ошибках в неподготовленной аудитории 44,5±2,19%;

3.5. Использовать анонимные заявления (устно или письменно) об ошибках друг друга 5,5±2,15%;

3.6. Введение листка информации о совершенных ошибках в медицинской документации 11,1±3,33%;

3.7. Систематизация, анализ и выявление тенденции сестринских ошибок по итогам работы ОЗ за год 77,8±0,79%.

4. Каким принципом предпочтительно я пользуюсь, когда идет разбор сестринских ошибок на конференциях, собраниях:

4.1. Не культивировать страх за совершенную ошибку 27,7±4%;

4.2. Не стыдить 55,6±1,57%;

4.3. Доброжелательную атмосферу сотрудничества 66,7±1,13%;

4.4. Доверие: знаю: могу помочь 66,7±1,13% (10,68);

4.5. Коллегиальностью 61,1±1,34%;

5. Наиболее важным способом предупреждения сестринских ошибок, на мой взгляд, является:

5.1. Атмосфера ответственности 44,5±2,19%;

5.2. Объективизм на Совете сестер и сестринский коллективизм при разборе ошибок 50±1,85%;

5.3. Повторение – мать учения 55,6±1,57%;

5.4. Обмен мнениями с профессионалами более высокого уровня 72,2±0,96% (t 20,39);

5.5. Коллективная ответственность 5,5±2,15%;

5.6. Единый организационный, административный и правовой подход к совершенным сестринским ошибкам 33,4±3,2% t 3 против t 4=79,5; t 5 против t 4=84, т.е. полученные сведения достоверны (P<0,05).

Проведенный системный анализ позволил сформулировать выводы по анкетированию сестринских руководителей:

Наиболее часто совершаются сестринские ошибки при осуществлении технических, инвазивных или операционных вмешательств 50±1,85% (t 5,92).

Предпочтительным способом изменения отношения к совершенным сестрой ошибкам руководители считают само- и взаимоконтроль как необходимой части работы 77,8±0,79% (t 4,6) и материальное и иное стимулирование за работу без ошибок, заложив этот показатель в модель конечных результатов по итогам года 77,8±0,79%; привлечение к обучению манипуляционной технике наставника.

Часто выбираемым способом уменьшения риска совершения сестринских ошибок респонденты считают работу в паре – «опытный – молодой» 44,5±2,19% (t 10,47).

Этическим принципом, избранным большинством анкетированных людей, явился принцип доверия:

знаю: могу помочь 66,7±1,13% (t10,68); обмен мнениями с профессионалами более высокого уровня 72,2±0,96% (t 20,39); доброжелательную атмосферу сотрудничества 66,7±1,13%; доверие.

Предпочтительным способом профилактики сестринских ошибок анкетированные МС-руководители избрали обмен мнениями с профессионалами более высокого уровня 72,2±0,96% (t 20,39).

Предложения по результатам анкетирования главных (старших) МС с целью улучшения безопасности медицинской помощи, осуществляемой МС:

- частое совершение сестринских ошибок при осуществлении технических, инвазивных или операционных вмешательств является следствием недостаточного объема полученных или не закрепленных практических навыков, потребовало пересмотра процесса их приобретения с помощью симуляционного оборудования и контроля на рабочем месте МС методом наставничества;
- в настоящее время качество мануальных навыков оказания медицинской помощи обеспечено обучением МС (Пвр) работе на симуляторах в организованных кабинетах учреждений среднего медицинского образования в Республике Беларусь благодаря финансовой и методической поддержке ВОЗ;
- уменьшение числа ошибок МС возможно посредством усиления само- и взаимоконтроля как необходимой части работы, связанной с человеческим фактором:
- тренировками внимания на коллективных тренингах с психологом;
- уменьшением нагрузки на одну МС при работе в ночную смену в БО;

- обеспечением законодательной инициативы по возможности короткого релаксационного отдыха МС во время работы в БО в ночную смену;
- объединением в паре – «опытный работник – молодой», что является предпочтительной формой организации труда персонала с разным опытом и стажем работы на конкретном месте МС;
- доказанные ошибки по нарушению принципов биомедицинской этики подлежат коллективному анализу и оценке сестринским коллективом на Совете МС до административного наказания. Наиболее эффективным принципом уменьшения риска совершения сестринских ошибок является обмен мнениями с профессионалами более высокого уровня, доброжелательная атмосфера сотрудничества 66,7±1,13%. Его осуществление обеспечивается в учебных программах по деловому общению;
- главные МС продолжают культивировать у средних и младших медицинских работников самодисциплину, обеспечивая контроль сестринской услуги на основе организационных стандартов качества.

В модель конечного результата деятельности ОЗ по итогам года введены показатели работы МС без ошибок с последующим вознаграждением.

Осуществляемое направление в дополнительном обучении сестринского руководителя наставничеству дает результаты в виде принятия метода наставничества большинством респондентов. По результатам исследований это дало ощутимый эффект.

В качестве «Шагов по укреплению безопасности пациента» британскими исследователями была предложена система стратегических мероприятий на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Она

включала анализ порядка оказания медицинской помощи для выявления скрытых системных недостатков, формирование у руководителей потребности к культуре безопасности, чему способствовала система аккредитации, а также установление препятствий, мешающих проведению мероприятий по предотвращению медицинских ошибок (подробнее с.93).

Международный опыт свидетельствует о том, что для повышения безопасности пациентов необходимы комплексные и всеобъемлющие междисциплинарные усилия по совершенствованию ее оказания, технологий делового общения благодаря акценту на психологию взаимодействия в медицинском образовании. Эффективная коммуникация в триаде врач: МС: пациент является залогом успеха в достижении поставленных задач.

Выход в предупреждении ЯП многие государства Европейского региона видят в медицинском страховании. Врачебные (сестринские) ошибки при условии соблюдения технологий, алгоритмов, протоколов, норм биомедицинской этики лишь в незначительной степени могут представлять угрозу безопасности пациента, для минимизации возможных рисков актуален обмен опытом и обсуждения в профессиональной среде.

Результаты представленного исследования отражают позитивные изменения отношений врача и МС с пациентом-партнером, что подтверждено выбором респондентов. Одной из доступных форм адаптации специалиста на рабочем месте является наставничество и менторство, получившее большее распространение в Республике Беларусь.

Выявлено правовое поле для законодательных инициатив по защите врача (МС) от недобросовестной аргументации оппонентов и медицинскому страхованию рисков профессии.

Вопросы для саморазвития

1. В чем состоит значение Всемирного дня безопасности, и какова актуальная тема 2022 года?
2. Кто впервые применил термин «врачебная ошибка» и в чем ее смысл?
3. Каковы основные причины врачебных и сестринских ошибок?
4. В чем состоит разница в понятиях «ятрогенное поражение» и «ятрогения» по уровню ответственности за их совершение?
5. Каково значение комплаенса и конгруэнтности в профилактике медицинских ошибок?
6. В чем состоят правовые последствия врачебных и сестринских ошибок?
7. Каковы практические действия в области предупреждения ошибок МС?

Глава 2. Актуальность проблемы безопасности медицинской помощи

Актуальность проблемы безопасности подтверждена Европейским региональным бюро ВОЗ (ЕРБ) на 75-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, состоявшейся 22-28 мая 2022 г., обозначившей приоритеты ближайшего времени, утвержденные ранее на 70-й сессии Регионального комитета ВОЗ в Европейской программе работы «Совместные действия для улучшения здоровья в Европе» (EPW) на 2020-2025 гг.

На 72-й сессии ЕРК ВОЗ 12-14 сентября 2022 г. (Израиль, Тель-Авив) в Европейской программе работы «Совместные действия для улучшения здоровья в Европе» (EPW) на 2020-2025 гг. рекомендовано:

- устранение коренных причин болезней и гарантия от системы общественного здравоохранения на всеобщий доступ и качественную медицинскую помощь без опасения финансовых трудностей;
- перенаправление внимания на ПМП посредством эффективной политики в области общественного здоровья от государства;
- укрепление глобальной архитектуры готовности, реагирования и устойчивости к чрезвычайным ситуациям, чтобы у человека была возможность процветания в здоровом сообществе;
- расширение использования IT-технологий в здравоохранении и ответственность государства за оправдание ожиданий населения.

Изложенные рекомендации подводят к выводу о необходимости обратить внимание на возможности использования для отечественной практики примеров из общественного здравоохранения ряда европейских

стран по совершенствованию качества медицинской помощи изменением работы команды ВОП.

§ 2.1. Переход на многопрофильные команды на уровне ПМП. Преимущества. Лидерство

Мы с благодарностью пользуемся плодами труда ученых из разных стран, основанных на исследованиях, анализе существующего опыта в области общественного здравоохранения и его составной части – сестринского дела.

Общественное здравоохранение – это наука и искусство предотвращения болезней, продления жизни и укрепление здоровья за счет организованных усилий общества (Департамент здравоохранения, 1988). Впервые предложено Winslow (1920), адаптировано Acheson (1998).

В Республике Беларусь на основе программно-целевого планирования и анализа опыта развитых стран мира в области общественного здоровья последовательно осуществляются новые предложения ученых, международных институтов, ВОЗ по укреплению здоровья населения.

Примеры укрепления аналитического потенциала в области общественного здравоохранения для эффективной оценки потребностей населения и реагирования на НИЗ

Молдова (укрепление надзора и мониторинга ОЗ). Ранее имела место традиционная направленность на надзор за инфекционной заболеваемостью, с 2009-2010 гг. контроль за НИЗ сетью центров ОЗ под руководством Национального центра ОЗ и Службы госнадзора за ОЗ. Объединили 37 институтов, система надзора приоритетно наблюдает за 13 НИЗ, координация Национального центра ОЗ (без опросов домохозяйств и поведенческих опросов).

Словения (модернизация услуг ОЗ). С 2002 г. открыт Центр укрепления здоровья при Национальном институте ОЗ. Осуществляется подготовка МС, возглавляющих учебные центры здоровья при центрах ПМСП, базовые семинары для лиц с диагностированным заболеванием или рисками в сети региональных институтов ОЗ.

Испания (аналитическая информация в интересах профилактики НИЗ). С 2016 г. поддержка акций в локальных областях и службах содействия профилактике НИЗ (физкультура, питание, курение и алкоголь). В итоге 31 группа, состоящая из относительно здоровых редко потребляющих услуги ОЗ, но и включающая лиц с несколькими НИЗ, руководит локальными акциями и популяционными данными отчетов согласно профилактическому подходу в ПМСП.

Шотландия (снижение несправедливости при мультисекторальном подходе). С 2007 г. инициатива общества о решении проблемы несправедливости и экономического регресса привела к разработке рамочной структуры «Равное благополучие» с широким участием заинтересованных сторон. Включает структуру ответственности, договоренность о приоритетах, обязанностях, ответственности, обзоры с текущей публичной оценкой и соглашение с правительством и локальными органами «общественное партнерство по планированию» на пилотных территориях.

Португалия (интеграция). С 2008 г. открыты пункты семейной медицины, сгруппированные по географическому признаку, отвечают за лечение, реабилитацию, профилактику и укрепление здоровья в отношении инфекционных и НИЗ. Контроль – региональные службы ОЗ при Национальном институте здравоохранения.

Кыргызстан (борьба с гипертонией). С 2016 г. сотрудничество в духе партнерства сел с привлечением добровольцев и ПМСП по раннему выявлению гипертонии как приоритету общественного здравоохранения.

Возрастание роли специалистов со средним медицинским образованием и непрерывное саморазвитие являются условиями позитивных сдвигов в оказании ПМП в условиях работы команды ВОП.

Многопрофильные команды для преодоления ограничений помощи одним человеком в составе тандема врач: МС на протяжении 2007-2017 гг. создавались в Бельгии, Финляндии, Нидерландах, Италии, Франции, Португалии, Швеции и в Соединенном Королевстве. Ограничения включают эпизодическое, реактивное и фрагментированное лечение, выраженную ориентацию на лечение, избыточное и недостаточное использование помощи и ограниченное внимание к вопросам укрепления здоровья и профилактики, что ведет к низким результатам лечения, неудовлетворенности пациентов и большим издержкам для общества.

Отличие многопрофильных команд в системе ПСМП, расположенных в одном месте:

1. Удовлетворение потребности пациентов и сообществ в континууме здоровье-благополучие.

2. Комплексность услуг, включающих профилактику и укрепление здоровья, лечение, поддержку самостоятельного контроля, расширение возможностей самоухода для семьи, психологическое консультирование, социальные услуги, координацию ухода и лечения.

Состав многопрофильной команды ВОП в системе ПМСП, работающей под одной крышей без рекомендаций по выбору какой-либо специфической модели и без коэффициентов кадрового укомплектования включает:

ВОП; МС; психолога; валеолога; диетолога; фармацевта, клинического инструктора ЛФК; администрацию.

На эффективность подобной многопрофильной команды ВОП в системе ПМСП влияет социальный, политический и организационный аспект.

Преимущества многопрофильной команды ВОП в системе ПМСП:

1. Большинство пациентов проходят диагностику и лечение на уровне ПМСП, а не в стационаре;

2. Преобладающее число пациентов имеет не один, а несколько факторов риска или НИЗ и множественные социальные и психологические потребности (Панамериканская организация здравоохранения, 2013). Следовательно, целесообразнее нескольким медработникам комплексно решать физические, эмоциональные и социальные проблемы пациента, связанные с НИЗ (Reeves и др., 2010).

3. Недостаточно времени и компетенций ВОП для качественного просвещения и обучения трудоемкому самоконтролю состояния здоровья (психолог, валеолог, специалист по профилю конкретного НИЗ, инструктор ЛФК, подиатр, клинический фармацевт в силу полипрагмазии и рисков отрицательных реакций на препараты, рисками лекарственного взаимодействия, неправильной дозировки в зависимости от возраста, несоблюдения медицинских предписаний).

4. Обеспечивают пропорциональный универсализм и большую справедливость в здравоохранении без чрезмерной адресности действий по отношению к уязвимым группам населения. Пропорциональный универсализм – надежный подход к решению проблем несправедливости, поскольку известно, что «...концен-

трация лишь на наиболее уязвимых гражданах не обеспечит достаточного снижения несправедливости в здравоохранении. Для сокращения крутизны социального градиента в здравоохранении действия должны быть универсальными, но при этом обладать масштабом и интенсивностью, которые пропорциональны уровню уязвимости. Это называется пропорциональным универсализмом» (Marmot и др., 2010), который позволяет сопоставлять масштаб и уровень потребностей, но требует более совершенных программ с концентрацией на каждой группе и рассмотрения барьеров и рычагов для изменения образа жизни (культура, гендер, бедность, грамотность образование). Для этого нужно обучение ВОП, Пвр, МСОП более совершенным знаниям, навыкам и умениями.

Для подобных специалистов, как считает ВОЗ (2018) потребуются новые особые компетенции, не обусловленные спецификой профессиональной специализации:

- ✓ достигать взаимопонимания с пациентом и его семьей благодаря эмоциям сопереживания, уважения и чуткости к культуре человека;
- ✓ содействовать реализации права пациента на медицинскую помощь наилучшего качества, а также расширению прав и возможностей для активного участия пациента в ведении собственного заболевания (партисипативность*);
- ✓ совместно с пациентом и членами его семьи эффективно действовать в области достижения показателей здоровья, обусловленных конкретной болезнью;
- ✓ использовать вовлечение пациентов и граждан в ответственный диалог, хотя это и очень сложный процесс.

Как отмечал о системах здравоохранения автор (Braitwaite и др., 2017), они «двуличны, обманчивы и непредсказуемы…Всегда возникают непредвиденные обстоятельства, лучший урок – это плыть по течению сложности, рассматривать как формальную, так и неформальную динамику, быть готовым к непредсказуемым результатам, играть долгую игру и пользоваться появляющимися возможностями».

ВОЗ советует две стратегии по кадровому вопросу: обучение работников необходимым компетенциям в борьбе с НИЗ и более эффективное использование имеющихся медицинских работников.

Другим новшеством в области менеджмента является понимание значения лидерства в коммуникации организатора здравоохранения любого уровня управления, начиная с команды ВОП.

О лидерстве современности

Оказание качественной безопасной медицинской помощи особенно актуально для системы ПМП, к которой пациенты обращаются наиболее часто. В этой связи необходимы специалисты, создающие условия и организующие группы (команды) медицинских работников для того, чтобы обеспечивать требуемое населением и нормами этики безопасное взаимодействие в ходе профилактики или лечения НИЗ и инфекций.

Для разработки и реализации политики изменений в области борьбы с НИЗ лидерство должно быть как обозначенным, так и распределенным (Best и др., 2012). Для обеспечения в ОЗ наиболее возможной по качеству ПМП команды не могут работать в изоляции. Способствовать взаимосвязи внутри и между системами становится ключевым аргументом в пользу коллективного лидерства, как и мнение Bennis (1999) о том, что «никто

из нас не может быть настолько же умен, как все мы вместе взятые».

Примеры подобного стиля лидерства – это тихие лидеры-служители, работающие по всей системе (Mintzberg, 1999; Greenleaf, 2002). Они часто более эффективны, чем те, кто лидирует на передовой и заявляет, что знает, как решить все укоренившиеся проблемы. Лидерство в сложных системах требует погружения, распределения и адаптации (Alimo-Metcalfe и др., 2008; Heifetz и др., 2009; Mintzberg, 2017). Также признается тот факт, что лидерство и менеджмент – это взаимосвязанные виды деятельности. Как говорит Mintzberg, «вместо героических лидеров, которые не управляют, здравоохранению нужны управленцы, которые ведут людей вперед» (Mintzberg, 2017).

Для эффективного управления в области безопасности медицинской помощи пациентам полезен совет (ВОЗ, 2018): «…ключевыми ингредиентами успешного политического предпринимательства являются следующие принципы: испытывай рано, испытывай часто, не расти слишком быстро и слишком рано, сотрудничай с единомышленниками из разных секторов. Разработай убедительное обоснование своих намерений, и объясни, зачем они нужны».

Таким образом, становится понятной мысль о *новом лидере* в современном здравоохранении с гибким и комплексным подходом к делу.

«…глубокие изменения, необходимые для ускорения прогресса в решении наиболее непреодолимых проблем, связанных с НИЗ, требуют уникального типа лидера – «системного лидера, человека-катализатора коллективного лидерства» […] здесь имеются в виду не героические лидеры традиционного типа, руководящие

по принципу «сверху–вниз» посредством команд и контроля, обособленно от выполняемой работы, а скорее те, кто играют роль лидера более гибко и не явно, и применяют плюралистический и системный подход» (Senge, Hamilton и Kania, 2015).

Построение команды с прогнозированием и приверженностью является ключевым компонентом системного лидерства. Для этого необходимы навыки, включающие так называемые «мягкие» способности построения альянсов, убеждения, влияния и политической проницательности, которые зачастую труднее всего приобрести и применить.

Помимо этого, огромное значение имеют три основные способности лидера (Senge, Hamilton и Kania, 2015):

- способность видеть всю систему;
- содействие глубокому и совместному переосмыслению и критическому анализу для изучения допущений, которые принимаются как должное;
- перевод коллективного внимания от реактивного решения проблемы к совместному созданию будущего (Шармер О., 2019).

Стабильность эффективного лидерства в отношении перемен в борьбе с НИЗ на фоне крупных культурных изменений требуют постоянной приверженности и преемственности. Как отмечается (Berwick.2013), «культурные изменения и непрерывные улучшения проистекают из действий лидеров, которые выражаются в их приверженности и мотивации, сопереживании и моделировании соответствующих типов поведения».

§ 2.2. Качество деятельности медицинской сестры общей практики: безопасность пациента

Основополагающим принципом оказания медицинской помощи является «Прежде всего – не навреди»

(Primum non nocere) (Гиппократ), сохраняющий свою актуальность в век высоких технологий.

Тему профилактики опасностей медицинских вмешательств осложняет ее оказание не на симуляторе и муляже, как во время обучения в вузе (колледже), а конкретным живым пациентам. «Все пациенты индивидуальны, у них разные состояния, а наши знания все еще несовершенны» (Джохар А., 2010). Именно это волнует мировую общественность и медицинских работников.

С целью анализа наиболее типичных и устраняемых без значительных финансовых затрат причин ошибок в деятельности МСОП и Пвр аналитическим, статистическим и социально-гигиеническим методами проведено изучение опыта по улучшению здоровья в мире и совершенствованию гарантий безопасности от системы общественного здравоохранения при оказании медицинской помощи.

Всемирный день безопасности способствует глобальному пониманию безопасности оказания медицинской помощи пациентов; содействует глобальным действиям по профилактике и уменьшению предотвратимого вреда в медицине.

В этот День учитывают, когда мотивацию и информирование населения по вопросам укрепления здоровья можно усилить:

- при посещении пациентов АПО;
- при госпитализации, переводе в другое учреждение и при выписке из БО;
- при получении ухода в доме престарелых.

Мероприятия Всемирного дня безопасности в Республике Беларусь согласуются с Планом действий ВОЗ по повышению готовности общественного здравоохранения и ответным мерам в Европейском регионе ВОЗ на 2018-2023 гг.

Это свидетельствует о стратегической направленности государственной политики в Республике Беларусь в области доступности и качества медицинской деятельности, при обеспечении готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них, что является ярким проявлением социальной ориентированности государства.

Согласно определению сестринских ошибок* становится понятен путь по их предупреждению.

Ввиду важности подобной проблемы ее решением занимаются ученые, практикующие медицинские работники, педагоги, социологи, психологи, юристы, она затрагивает аспекты исполнения и контроля медицинских технологий в деятельности МС и межведомственного сотрудничества.

Медицинская технология – определенный систематизированный порядок действий, единых требований и правил, определяющих последовательность, структуру, требования и оценку результатов применения протоколов, направленных на решение проблем документирования оказания медицинской помощи. Комплексное использование единых требований при оказании медицинской помощи любому пациенту является методом предупреждения рисков для пациентов.

§ 2.3. Возможности предотвращения опасностей для здоровья пациентов (ошибок) в деятельности медицинских сестер общей практики и помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Известно, что причиной повышенного внимания к ПМП относят адаптацию к демографическим и эпидемиологическим условиям, включающим старение населения в Европе и Республике Беларусь и бремя НИЗ.

В целях расширения возможностей Европейской программы «Совместные действия для улучшения здоровья в Европе» (EPW) на 2020-2025 гг. обратим внимание на области, которые рассмотрены в решениях ВОЗ для преодоления препятствий небезопасного лечения. В этом поможет цифровизация в здравоохранении и в сестринском деле.

Достижения в области качества медицинской помощи и ее безопасности для пациента

- Разработаны методологии улучшения качества помощи больным людям.
- Созданы протоколы и стандарты по малым медицинским вмешательствам МСОП и Пвр.
- Разработаны рекомендации для пациентов. Организованная глобальная сеть отдельных лиц и организаций, занимающихся вопросами повышения безопасности в области здравоохранения путем пропаганды и сотрудничества, имеющая 253 сторонника в 53 странах. Она представляет голос пациента на конференциях, консультационных встречах, советах БО и АПО, в правительственных комитетах, повышая осведомленность сообщества о безопасности и опыте участия пациентов в безвредной медицинской помощи, как это ежегодно осуществляется в Республике Беларусь.
- Продолжается проведение научно-практических исследований по безопасности пациентов.
- Создана система обучения в учреждениях базового и дополнительного образования, отчетности по профилактике врачебных и сестринских ошибок (модель конечных результатов деятельности ОЗ).
- Постоянно повышается осведомленность медицинских работников и пациентов о безопасности медицинских вмешательств.

- Расширены права и возможности пациентов согласно принципу информированного согласия и нормам биомедицинской этики.
- Развивается национальная приверженность политике безопасности медицинской помощи в сообществах медиков и пациентов посредством изменения организационных, командных и клинических практических методик в рамках развития института ВОП.

Наличие достижений не отменяет, а более полно раскрывает проблемы современного периода в достижении безопасности медицинских вмешательств:

- Недостаточно строгий контроль приверженности к безопасности пациентов и улучшению качества медицинской помощи.
- Существует недостаток технологических ресурсов и широкого использования приоритета безопасности.
- Вся система здравоохранения ориентирована на производительность и доступность медицинской помощи, а не на уменьшение рисков ошибок.
- Имеющаяся культура безопасности в здравоохранении недостаточна (непогрешимость – стигматизация).
- Часть медицинских работников ОЗ недостаточно знакомы, либо отказываются осознавать проблемы небезопасности медицинской помощи в своей сфере деятельности.
- Не достаточно учитывается проблема человеческого фактора (усталость вследствие перегрузки) в обеспечении безопасной медицинской помощи.

§ 2.4. Типы неблагоприятных событий (ВОЗ, 2017) и примеры побочных эффектов / ошибок, связанных с небезопасностью медицинской помощи

1. Небезопасные **лекарства / лечение** (ВОЗ).

Справка. Осложнения лекарственного лечения в мире имеют 15-30% пациентов. В форме первичной реакции это осложнение токсическим действием, в том числе на плод, побочными реакциями в пределах терапевтической дозы, нежелательными эффектами со стороны систем органов, канцерогенным действием.

Использование алгоритма Нараджо (оценка причинно-следственной связи нежелательной побочной реакции – с ЛС) (РФ, 2020) направлено на анализ и устранение причины подобных осложнений.

Известные причины осложнений от медикаментозного лечения состоят в росте медикализации (Гринхальх Т., 2019) общества и самолечении, полипрагмазии и недостаточной информированности врачей и МС о побочных действиях ЛС. ВОЗ в 2006 г. названы причины роста побочного действиях ЛС: вследствие сокращения сроков экспертной оценки и ускоренном процессе регистрации новых медикаментов, агрессивной рекламы производителей, стимулирующей самолечение, роста генерических ЛС, биологических активных добавок и фальсификатов (Гринхальх Т., 2019). Например, в Российской Федерации за 2005-2011 гг. число изъятия медицинских препаратов с фальсифицированными зарубежными упаковками снизилось с 35% до 13%, что объяснимо соответствующим контролем.

Типы неблагоприятных событий (ВОЗ, 2017) и примеры побочных эффектов /ошибок, связанных с небезопасностью медицинской помощи

I. **Побочные эффекты ошибки**, связанные с небезопасной медицинской помощью. При подходе, рекомендуемом А. Донабедиан, на качество медицинской помощи в уходе за пациентом влияет его осуществление в 3-х измерениях: процессе, структуре, результате.

Справка. Более 1 млн. ошибок для получателей медицинской помощи (пациентов) обусловлено усталостью Пвр или МС, недостатком мануальных навыков, неудачным дизайном аппаратуры. Стратегия ВОЗ состоит в необходимости обязательной учебы, возможностях использования новых технологий в общей врачебной практике, вводном инструктаже МС и Пвр перед началом эксплуатации медицинской аппаратуры, осуществлении эпидемиологического надзора, обеспечивающего санитарно-гигиенический мониторинг.

1. Небезопасные лекарства / лечение (ВОЗ).

Справка. Вторичные осложнения медикаментозного лечения бывают в виде зависимости, толерантности, кумуляции и аллергических реакций. Аллергические реакции в Германии наблюдают у 5% больных, в Англии – у 4%-15% пациентов БО, из которых 3% погибли (2000). В США в 1996-2001 гг. этот показатель был в пределах 5-12%, в 2018 г. возрос на 1%.

Стратегия ВОЗ в решение проблемы медикаментозного лечения:

- соблюдать назначение приоритетных ЛС от НИЗ, которые должны быть доступны физически (есть в наличии), географически и финансово (пациент способен оплатить), приемлемы и удобны (способность использовать по назначению с соблюдением рекомендованного режима приема и состояния) (Penchansky и Thomas,1981).

Справка. Согласно опросу ВОЗ (2008-2015 гг.) в странах с низким и средним уровнем дохода физическая доступность ЛС от БСК (аналогичные показатели и для инсулина) в государственных ОЗ и аптеках составила 45%, а в частных учреждениях в странах с низким уровнем дохода – 83%.

Соответственно в странах уровнем дохода выше среднего были показатели – 58% и 93% (Cameron и др.,2009; Ewen и др.,2017).

- минимизировать хранение / приготовление концентратов в клинических единицах;

Справка. Финансовая доступность (комбинированная стоимость менее 20% от платежеспособности домохозяйства) изучает оценку *катастрофических* расходов, если они превышают 5% суточного дохода; *обеднение*, если остаточный доход после покупки ЛС составляет менее 1,25-2 $ в день; оценка на *основе зарплаты* самого низкооплачиваемого государственного служащего (Niens и др., 2010).

NB! Медицинские работники имеют возможность сократить уровень выплат из кармана пациентов, если будут понимать платежеспособность пациента и пояснять разницу в цене генериков, по сравнению с референтным средством, за счет бренда и оригинальности, но не качества и эффективности. Если качество генериков гарантировано, необходимо сфокусировать посылы для пациента на эквивалентности оригинальных брендов и генериков.

- поощрять применение готовых к использованию ЛС;
- использовать пакет основных мероприятий ВОЗ в отношении НИЗ (PEN) в области профилактики ССЗ, гипертонии, диабета, хронической обструктивной болезни легких (Piepoli и др.,2016; Lurbe и др.,2016; Inzucchi и др.,2015), профилактики астмы (Wedzicha и др.,2017). Запуск инициативы ВОЗ «Глобальные сердца» – пакет инструментов доказательной практики на этапе ПМСП для адаптации к национальным особенностям;

• эффективно вести лечение ингаляционными кортикостероидами средней и тяжелой форм астмы. Три ЛС из Примерного перечня включены в перечень жизненно важных и/или возмещаемых (Asher и др., 2016).

Справка. Около 22% стран с низким и средним уровнем дохода не имели в списке ингаляционных кортикостероидов, а 30% из этих же стран не субсидировали их возмещение.

Справка. Финансовая приемлемость для жителей стран с ограниченными ресурсами согласно исследованию ACCISS «Решение проблем и ограничений источников и поставок инсулина» (Beran и др.,2017) составила 7,64 $ за человеческий инсулин и 45,03 $ за его аналог. Разница в цене в частном секторе была схожей (16,65 $ и 39,45 $ соответственно).

• стандартизировать процедуру, если концентрированные ЛС должны использоваться в клинических отделениях БО или стационарах дневного пребывания АПО.

Профилактикой осложнений медикаментозного лечения могут служить:

✓ соблюдение правил хранения ЛС в недоступном месте, использование медикаментов с этикетками, запрет на использование ЛС с истекшим сроком годности, входящий в обязанности старших МС (Пвр) в команде ВОП;

✓ обучение ВОП, Пвр и МСОП вниманию к опасностям медикаментозного лечения, осмысленности и строгому выбору показаний, нарушение которых может вести к осложнениям. Вследствие неоправданного выбора ЛС в 13,1% случаев осложнений, непереносимости в 66,7% случаев, одновременного приема двух и

более препаратов имеют место осложнения у 2,2% пациентов, а применение двух и более препаратов из разных групп без учета их взаимодействия – в 15,3% случаев. Особого внимания требует дозировка ЛС у пациентов престарелого возраста, отягощенных коморбидностью и детей в силу несовершенных механизмов адаптации;

✓ действующий приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 апреля 2015г.№48 «Об утверждении Инструкции о порядке предоставления информации о выявленных нежелательных реакциях на лекарственные средства и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь», направлен на предупреждение фатальных осложнений для пациента в ходе медицинского вмешательства, находится на постоянном контроле администрации ОЗ, от ВОП до главного врача и в масштабах всей системы здравоохранения;

✓ устранение типичных ошибок в работе МС организованных детских коллективов, Пвр и МС по протоколам и манипуляционной технике касаются недооценки состояния пациента, неполной регистрации выявленных рисков и передозировки ЛС;

✓ обеспечение правильной диеты пациенту, индивидуализация лечебного питания.

Стратегия ВОЗ в решение проблемы медикаментозного лечения включает:

• Применение индикаторов для мониторинга физической и финансовой доступности, включая консультирование для профилактики инфарктов и инсультов, применение технологий контроля на дому (прибор для измерения артериального давления, весы, глюкометр, тест-полоски для измерения глюкозурии и

глюкометрии).

- В европейских странах (Франция, Албания, Венгрия) существует четыре уровня возмещения для некоторых ЛС от 100%, 65%, 30% и 15% во Франции и семь уровней возмещения стоимости ЛС от 100% до 50% и 25% в Албании и Венгрии. В Хорватии, Турции фонды медицинского страхования полностью покрывают стоимость препаратов первого ряда при НИЗ, а в Армении и Кыргызстане – 90% за наличную стоимость пациента. В Молдове с 2013 г. введена программа обязательного медицинского страхования и выплаты компенсируются на 50%, 70% и 100% препаратов от БСК, диабета и ХОБЛ.
- Медицинские работники контролируют уровень соблюдения врачебных предписаний пациентом, его самоконтроль, корректировку дозы и обучение реабилитационным упражнениям в группах и индивидуально. Этому способствует коммуникация между медицинскими, фармацевтическими, социальными работниками и политиками на основе консенсуса* и конгруэнтности*, изучение побочных эффектов, профессиональные дискуссии об упрощенных курсах лечения.
- Если у пациента имеются проблемы с финансовой доступностью ЛС при лечении НИЗ, медицинские работники должны сфокусировать посылы для пациента на эквивалентности оригинальных брендов и генериков.
- В 2022 г. тема Всемирного дня безопасности пациентов обозначена ВОЗ как «Безопасное применение лекарственных препаратов» с избранным лозунгом «Лекарство без вреда», в рамках которого в Республике Беларусь прошли многочисленные Дни информирования для населения и медицинских

коллективов.

2. Травмы, вызванные медицинскими приборами, побочные эффекты / повреждения медицинских устройств

Различают технические медицинские устройства: простые или сложные, независимо от сложности и опыта медицинский персонал перед началом работы проходит вводный или текущий инструктаж по соблюдению техники безопасности. Побочные эффекты применения аппаратуры происходят вследствие ошибок, связанным с производителем (неверная доза, название); пользователем (усталость персонала, занятость, неполное обучение); ошибок в эксплуатации или дизайне (недостатки конструкции).

Справка. Известно, что более 1 млн. подобных событий в год происходит в США. Побочные эффекты являются проблемой в развивающихся странах, где медицинское оборудование часто непригодно из-за нехватки ресурсов, несоблюдения комплектации оборудования. Стратегия ВОЗ: программы эпидемиологического надзора для наблюдения типов, частоты и клинических условий проведения лечебных действий станут первым шагом для понимания и разработки мер безопасности пациентов, для углубленного обучения персонала использованию устройств.

Типичными рисками в работе Пвр и МСОП по сестринским протоколам является возникновение ИСМП.

3. Хирургические и анестезиологические ошибки (неправильное место, орган, анестезия)

Расширение полномочий Пвр и МСОП в ассистировании ВОП при осуществлении малых хирургических операций согласно разделу

электронной медицинской карты пациента (ЭМК) «Оперативные вмешательства» может способствовать тому, что теряется бдительность в обеспечении хирургической и инфекционной безопасности.

В связи с возникшей потребностью нынешнего времени распространения коронавирусной инфекции в профессиональных кадрах Пвр, акушерок, особенно МС-анестезисток осуществлено экстренное повышение их квалификации врачами-инфекционистами и военными врачами.

Для решения проблем пандемии COVID-19 в Республике Беларусь также оперативно организовано обучение врачей и МС новым технологиям ухода за пациентами с коронавирусной инфекцией, осуществление которых оказало позитивное воздействие на выздоровление заболевших в Республике Беларусь.

Программа ВОЗ по обеспечению безопасности пациентов стремится к тому, чтобы эффективные результаты работы в штате Мичиган, США, по ликвидации инфекций кровотока, ассоциированных с центральным катетером, были достигнуты и в других ОЗ. Это может изменить жизнь десятков тысяч пациентов во всем мире, особенно пациентов в отделениях интенсивной терапии и реанимации (ОИТР). Сестринский процесс при уходе на дому или в медицинском кабинете учреждений дополнительного образования детей с особенностями психофизического развития обеспечивается МС подобного организованного детского коллектива с навыками работы по хирургии, например, при уходе за стомой у пациента. В данном примере навыки предупреждения ИСМП у МС становятся барьером для осложнений лечения на дому такого пациента.

Справка. 7 млн. хирургических осложнений в мире привело к 1 млн. смертей / год. Неблагоприятные события при лечении в странах с ограниченными ресурсами могут достигать 50%. При оказании медицинской помощи предотвратимо до 74% ошибок. Реализация контрольного перечня безопасной операции в пилотных (контролируемых) участках ведет к снижению числа послеоперационных осложнений более чем на 1/3. Стратегия ВОЗ: использование контрольной таблицы безопасной хирургии, сохраняющей человеческие жизни (табл.2.1).

Таблица 2.1

Безопасная хирургия сохраняет человеческие жизни

	Основной перечень	Контроль-ный перечень	Стоимость
Кол-во слу-чаев	3 733	3 955	-
Смерть	1,5%	0,8%	0,003
Различные осложне-ния	11,0%	7,0%	<0,001
SSI	6,2%	3,4%	<0,001
Незаплани-рованные	2,4%	1,8%	0,047

повторные операции			

Контрольный перечень ВОЗ по обеспечению хирургической безопасности для пациента выделяет три этапа операции, каждый из которых соответствует определенному периоду обычного потока работы: до начала анестезии («регистрация МС»), до рассечения кожи («тайм-аут») и до того, как пациент покинет малую операционную комнату («выписка»).

Типичные ошибки в работе Пвр и МСОП по протоколам сестринского ухода за стомой касаются недостаточных хирургических навыков, рисков возникновения ИСМП и нарушений в ходе осуществления преаналитического этапа лабораторных исследований.

На каждом этапе координатор контрольного перечня (МС, Пвр) должен подтвердить, что хирургическая бригада выполнила перечисленные задачи перед тем, как продолжить малую операцию. Было установлено, что реализация контрольного перечня безопасной операции на пилотных участках ВОП уменьшает число послеоперационных осложнений и смертей более чем на одну треть.

4. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи

Справка. В среднем до 25% пациентов ОИТР в мире получают осложнения в виде ИСМП. При этом в развивающихся странах они возникают более, чем у 40% пациентов, в развитых – до 5-15% у поступивших. Доказана важность гигиены рук персонала для снижения уровня ИСМП и для препятствия развития антибактериальной резистентности. Стратегия ВОЗ: обязатель-

ное соблюдение 5 этапов обработки рук персонала с видеоконтролем и обучение этой технологии средних медицинских работников и врачей (рис.3).

Справка. Выписка инфицированных пациентов с ИСМП задерживается на 10 дней, в 3-4 раза возрастает стоимость их лечения, а риск неблагоприятного для жизни исхода – в 5-7 раз, в связи с чем, ИСМП – мультидисциплинарная проблема. В Республике Беларусь регистрируется 26—300 случаев ИСМП, из которых 85% составляют гнойно-воспалительные заболевания. Особенно уязвимы новорожденные, пожилые люди и пациенты с тяжелым течением основной патологии и множественными сопутствующими заболеваниями.

В области профилактики ИСМП в ОЗ Республики Беларусь имеется существенная нормативная база.

В качестве составной части повышения безопасности медицинской помощи, ВОЗ разработано Руководство по инструментам гигиены, обращающее внимание на важность гигиены рук всего медицинского персонала, содержит набор дополнительных методик по их осуществлению (в интернете полезные электронные ресурсы по гигиене).

Предложена международная награда за заслуги в области обеспечения безопасности пациентов, которая будет стимулировать изменения и улучшения.

Примером предотвратимого нежелательного события является соблюдение правил гигиены рук всего медицинского персонала, что на 55% снижает распространенность ИСМП. Влияют на профилактику нежелательных событий также нарушение прав пациента, последовательности и порядка (алгоритма) оказания медицинской помощи, проведения эпидемиологических

мероприятий, осмотров и освидетельствований, ослабление контроля качества деятельности Пвр и МСОП на участке ВОП и в ОЗ.

Справка. В мире ежегодно осуществляют до 16 млрд. инъекций, что может обусловить до 33% новых заражений вирусом гепатита В (HBV), до 42% вирусом гепатита С (HCV) и 2% случаев заражения ВИЧ. Небезопасные инъекции способствуют 1,3 млн. смертей / год. В мире до 40% инъекций медикаментов, вводимых через шприц и иглу, а в отдельных странах – до 70%, осуществляют повторно без стерилизации.

Типичные ошибки в работе Пвр и МСОП при оказании медицинской помощи вследствие нарушений личной гигиены и самоухода касаются учета возможностей пациента согласно принципа «Не ВМЕСТО, а ВМЕСТЕ!».

Стратегия ВОЗ в этом вопросе состоит в обучении всех МС технологии предотвращения травм на симуляторах, в безопасном хранении медицинских отходов, применении новых поколений безопасной аппаратуры для инъекций и уменьшении чрезмерного использования инъекций.

Медицинские работники соблюдают гигиену рук путем стандартизации этапов обработки рук: перед контактом с пациентом; перед чистой асептической процедурой; после ситуации, связанной с риском контакта МС с биологическими жидкостями.

Пять компонентов мультимодальной стратегии ВОЗ по улучшению гигиены рук

1) изменение системы – средство на спиртовой основе для гигиенической антисептики рук в месте оказания медицинской помощи;

2) изменение системы – доступ к безопасной проточной воде, наличие мыла, дезинфектантов и полотенец;

3) подготовка и обучение;

4) оценка и обратная связь;

5) памятка на рабочем месте;

6) обеспечение безопасных условий труда врачей и МС, особенно от парентеральных инфекций ВИЧ/СПИД, гепатитов на уровне общественного здравоохранения (рис.3).

Способствует качеству и безопасности медицинской помощи ее направленность в первую очередь на потребности пациента, к чему стремятся все участники.

Схема обработки рук



1. Тереть ладонью о ладонь.



2. Левой ладонью по тыльной стороне правой кисти и наоборот.



3. Тереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами не менее 1 мин.



4. Тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки.



5. Поочередно круговыми движениями тереть большие пальцы рук.



6. Поочередно разнонаправленными круговыми движениями тереть ладони кончиками пальцев противоположной руки.

Рис.3.Схема обработки рук медицинским персоналом

Пациентоориентированная медицинская помощь – это инновационный подход к планированию, предоставлению и оценке медицинской помощи, основанный на выгодном партнёрстве между представителями здравоохранения, пациентами и их семьями.

Особую роль в предупреждении сестринских ошибок отводят симуляционному обучению, кабинеты открыты во всех учреждениях медицинского профиля.

§ 2.5. Особенности работы медицинской сестры с пациентом в период пандемии коронавирусной инфекции

Возникшая необходимость регулирования объемов оказываемой медицинской помощи, особенно бесплатной, стала одним из элементов целенаправленной деятельности в управлении здравоохранением.

На устойчивые стандарты и правила по обеспечению эффективности и безопасности клинической помощи с использованием имеющихся ресурсов, повлияли территориальные программы объемов медицинской помощи, виды и условия ее предоставления, а также совершенствование обучения медицинских работников.

Возросло внимание в ликвидации последствий заражения части населения коронавирусной инфекцией, поэтому акцент сделан на ВОП и его команде. Всемирная организация семейных врачей (WONCA) предложила слоган современности: «Первым приходит, последним уходит».

Неожиданность пандемии COVID -19 произвела разрушительный эффект на здоровье населения всех стран мира. Политические, медицинские, правовые, экономические, этические вопросы оказания помощи заболевшим и остальным жителям разных стран вскрыли неожиданные проблемы. Одной из них был вопрос избирательной деятельности врачей в условиях дефицита (аппаратов ИВЛ, КТ, средств индивидуальной защиты медицинских работников).

В опубликованном комитетом по биоэтике (ДН-Bio) «Руководстве по принятию решений о медицинском ле-

чении в ситуациях конца жизни» для облегчения выполнения принципов, закрепленных Конвенцией о правах человека и биомедицины (Конвенция Овьедо, ETS No 164,1997) рассматривались этические и правовые рамки принятия решений, выводы-рекомендации.

Поскольку данный вопрос касается деятельности врача и врачебных консилиумов, для МС будет полезным напоминание принципов, составляющих основы фундаментальных прав, закрепленных в Европейской конвенции по правам человека:

- право автономии, признание законных прав личности на свой выбор;
- принцип принесения пользы и не причинения вреда на основе свободного информированного согласия перед любым вмешательством на основе уважения частной жизни. Право на отзыв пациентом информированного согласия отражено в Статье 5 Конвенции о правах человека и биомедицины;
- право на защиту от негуманного и унизительного обращения зафиксировано в Статье 3 Конвенции о правах человека и биомедицины;
- принцип справедливости – предоставлять только соответствующее лечение с учетом ожидаемых эффектов для здоровья пациента.

NB! Важно знать, что если в ситуации конца жизни может ставиться вопрос ограничения или прекращения лечения, не приносящего больше никакой пользы, то вопроса о прерывании ухода, включая паллиативное лечение, предназначенное для сохранения качества жизни пациента, возникать вообще не должно;

- принцип справедливости в равном праве на доступ к медицинской помощи закреплено в Статье 3 Конвенции о правах человека и биомедицины. Паллиативный уход – интегральная часть здравоохранения и

правительства гарантируют активный уход, направленный на контролирование боли и других симптомов, обеспечение поддержки в борьбе с психологическими и социальными проблемами, где возможно – и духовной поддержки пациента и членов его семьи.

Участники процесса принятия решений (все члены команды, осуществляющей уход и те, кто близок к пациенту) оценивают способность пациента *понимать* существенную информацию, *оценивать* ситуацию и последствия лечения, способность *размышлять*, сравнивать альтернативы и взвешивать риски и *способность формулировать выбор*, выразить и обосновать.

В случае невозможности участия пациента в процессе принятия решения ориентируются на выраженные ранее пожелания («предварительные распоряжения» или «завещания жизни», письменно осуществляемого полномочным поверенным лицом).

Процесс принятия коллективного решения о дальнейшем лечении состоит из трех главных стадий: индивидуальной, коллективной и заключительной.

Для систематизации диспансерного наблюдения за пациентами по группам риска или перенесшим коронавирусную инфекцию разработана классификация пациентов по группам риска (табл.2.2).

Таблица 2.2

Классификация пациентов по группам риска по отношению к коронавирусной инфекции

Группа низкого риска	Отсутствие симптомов ОРВИ; ✓ отсутствие близкого контакта с потенциально воз-	

	можным или подтвержденным носителем COVID-19; ✓ отсутствие посещения зоны с повышенным риском заражения COVID-19 в течение предшествующих 14 дней	
Группа промежуточного риска	Наличие симптомов ОРВИ: ✓ при отсутствии близкого контакта с потенциально возможным или подтвержденным носителем COVID-19; ✓ отсутствие факта посещения региона с повышенным риском заражения COVID-19 в течение предшествующих 14 дней Отсутствие симптомов ОРВИ, но при этом: ✓ наличие близкого контакта с потенциально возможным или подтвержденным носителем COVID-19;	✓

	✓ посещение региона с повышенным риском заражения COVID-19 в течение предшествующих 14 дней	
Группа высокого риска	Наличие хотя бы одного симптома + одно из следующих условий: ✓ факт близкого контакта с потенциально возможным или подтвержденным носителем COVID-19; ✓ посещение региона с повышенным риском заражения COVID-19 в течение предшествующих 14 дней	

Для работы по предупреждению распространения COVID-19 и наблюдения за выздоровевшими в АПО на участке ВОП приняты для наблюдения контактные группы:

- Контактные лица 1-го уровня (по данным из территориальных Центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья).

Алгоритм действий команды ВОП и МС:

**проводит посещение, осмотр с пульсоксиметрией, ЭКГ, забор назо-фарингеального мазка на COVID-19;

**выдает требование о правилах поведения в самоизоляции;

**знакомит с порядком действий пациента в случае ухудшения и критериях ухудшение состояния (t ≥38 С; одышка, сыпь, прогрессирующая слабость, боль в груди); пациент звонит ВОП (Пвр) или вызывает скорую медицинскую помощь.

- Контактные лица 2-го уровня в течение 14 дней со дня установления контакта с больным Пвр или МС осуществляют ежедневный телефонный опрос (самочувствие, жалобы, наличие лекарств). Реагирование по ситуации.
- Контактные лица 3-го уровня (COVID-19+): после осмотра два варианта – наблюдение на дому (с легкой формой и кратностью наблюдения по необходимости) или госпитализация в БО.

За период развития пандемии COVID-19 Министерством здравоохранения Республики Беларусь и другими органами управления создана значительная нормативная правовая база, оперативно обновляемая и позволяющая активно противостоять инфекции, обеспечивая качество медицинской помощи.

Не наблюдается особое поведение пациентов с коронавирусной инфекцией, разве только люди становятся менее разговорчивыми и углубленными в себя. Тем не менее, среди пациентов могут встречаться люди, которые вполне осознанно входят в личное пространство МС, демонстрируя отзывчивость и собственные страдания. «Эмоциональные шантажисты» искусственной добротой добиваются всего, чего желают, вызывая у МС чувство вины, самоуничижения или раскаяния. Стиль поведения таких людей разнообразен, встречают типы «карателей», «мучеников», «самопожертвовате-

лей», «искусителей». Распознавание слабых сторон медицинских работников пациентом может способствовать использованию этого для подчинения своей воле. О правильном поведении медицинского работника при встрече с «эмоциональными шантажистами» пишет исследователь (С.Форуард,2017).

Из опыта работы с современными пациентами в условиях борьбы с пандемией коронавирусной инфекции можно представить портрет «идеального» пациента:

- у такого человека нет потребительского экстремизма;
- отсутствует высоко непрофессиональная осведомленность о болезни (он не пользуется чайд-лайком);
- не имеет потребности жаловаться, но присутствует необходимость договариваться;
- при отсутствии налаженного ухода и дефиците чего-либо не возникает намерения жаловаться на МС-участника взаимодействия, а присутствует готовность вместе брать ответственность за здоровье.

Ошибки старших МС организованных детских коллективов в случае работы в условиях коронавирусной инфекции могут случиться по неопытности, но существуют типичные ошибки при выписке, учете, хранении и утилизации психотропных веществ и наркотических средств.

Для предотвращения нарушений выписки, учета, хранения и утилизации психотропных веществ и наркотических препаратов, работа главных (старших) МС подлежит контролю со стороны администрации всех уровней управления. может включать уголовную ответственность. Контроль надзорных органов гарантирует безопасность применения.

Международные этические принципы не являются новыми для МС в эпоху борьбы с COVID-19. Впервые они были приняты на заседании Большого Совета МСМС в Сан-Пауло (Бразилия, 1953), впоследствии пересмотренные во Франкфурте (Германия, 1965), затем в Мексике (1973, 2006). Рекомендации по применению принципов и Рекомендации по распространению Свода правил были выработаны профессиональным служебным Комитетом Международного совета МС в 1974 г. В настоящее время медицинские работники руководствуются постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 августа 2018 г. №64 и др.

Встреча человечества с пандемией коронавирусной инфекции стала организационной и социальной проблемой для тех медицинских работников, кто не был подготовлен к работе в условиях физических и эмоциональных перегрузок и высоким темпам и объемами работы. Риск развития синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у МС и врачей может вести к ошибкам в работе и конфликтам с пациентами, родственниками.

Медицинским работникам, задействованным в оказании помощи заболевшим COVID-19, пациенты предъявляют ряд типичных реакций на болезнь (тревога, нарушения сна, приступы паники, чувство вины) (табл.2.3). Этим реакциям пациентов способствовали факторы по особенностям возникновения заболевания: внезапности; лечению, затрудняющему близкий контакт с врачом и МС, на которых надеты защитные костюмы. Это изоляция от близких и негативный, зачастую противоречивый, информационный шлейф от СМИ; страх за близких и родных людей.

В связи с этим МС, как и врачи, могут оказать психологическую поддержку, если:

- заметив подавленность пациента, обеспечат ему анонимную бесплатную круглосуточную консультацию психотерапевта или кризисного психолога, онлайн помощь;
- будут стимулировать пациента на планирование ближайшего позитивного будущего, на воспоминания о приятных жизненных моментах;
- поддерживать в больном человеке надежду на выздоровление и поощрять проявления юмора;
- оказывать помощь пациенту в преодолении временных трудностей, которая дает оптимизм и бодрость и самим врачующим;
- позволяет пациенту выражать отрицательные эмоции (злость, тревогу, сожаление об упущенных возможностях), не принимая их к себе лично, а понимая как проявления болезни. При этом необходимо пресекать развитие синдрома выжившего, проявляя сочувствие к утратам;
- быть особо наблюдательной при лечении пациентов с психическими расстройствами в анамнезе, о суицидальных мыслях и их намерениях немедленно сообщать врачу.

Возможности предотвращения опасностей для здоровья пациентов (ошибок) с учетом опыта пандемии COVID-19 в деятельности медицинских сестер общей практики и помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи

На качестве ухода при коронавирусной инфекции с тяжелым течением МС помогают знание реакции пациента и алгоритм примерных действий в ответ на них (табл.2.3).

Таблица 2.3

Алгоритм примерных действий МС в ответ на типичные реакции пациента с COVID-19

Реакции пациента	**Действия медицинского работника**
Отрицание заболевания. Длительный период чреват негативными последствиями для пациента и его окружения	Указать на серьезность ситуации без излишней драматизации
Подозрительность– недоверие к окружающим, убежденность, что причиной заболевания стало заражение в БО (АПО), заражение произведено кем-то умышленно, результаты анализов ошибочны или искажены, правда скрывается, требования изоляции или госпитализации необоснованные	Максимальная открытость, полнота предоставления информации о результатах обследования, прогнозе, сроках лечения (полноту информации дает врач)
Тревожные и тревожно-депрессивные расстройства. При них важна не реальная угроза, а как внешние события воспринимаются пациентом. Недопустимо обсуждение о числе заразившихся лиц, заболевших, умерших	Перенаправить внимание на общие социально значимые проблемы, пояснение, что карантин – способ помочь близким людям в борьбе с пандемией, а не только мера личного ограничения и принуждения

Соматоформные расстройства. Типичные жалобы на чувство сдавленности в груди, невозможность полноценного вдоха полной грудью, удушье, вегетативные кризы по типу панических переживаний	В случае отсутствия подтверждения соматического неблагополучия провести разъяснительную беседу, посоветовать ограничение текущих новостей. Особое внимание на распознавание отклоняющихся психических реакций и нарушений поведения (помощь психотерапевта, врача-психиатра)

Повышенный спрос на услуги в сфере психического здоровья обусловлен увеличением подобных проблем вследствие стресса, бессонницы, тревоги, депрессии. Услуги по охране психического здоровья в 2020-2021 гг. были нарушены или полностью прекращены в 93% стран мира. Это означает, что больше людей, чем когда-либо, пытаются получить помощь, в которой они нуждаются, но все это осложняется также ухудшением уровня жизни. В этой связи внимание к психологическим проблемам пациента – зона ответственности медицинских работников. Прогнозируется, что цифровая терапия и приложения для психического здоровья могли бы помочь удовлетворить этот спрос и, по оценкам экспертов, до 31% процента всех виртуальных консультаций в 2021 г. были направлены на поддержку психического здоровья.

Для МСОП (Пвр) предлагается схема организации деятельности по предупреждению ошибок при оказании медицинской помощи.

Алгоритм организации работы МСОП на участке ВОП в целях контроля безопасности пациента:

- Список нуждающихся в уходе на дому по участку (для старшей МС – список по отделению АПО, для главной МС – список по ОЗ).
- Выполнение задач оказания медицинской помощи и медико-социального ухода нуждающимся лицам.
- Применение взаимного перекрестного контроля, активизации деятельности Советов сестер в ОЗ, использование алгоритмов и технологий согласно требованиям, преемственности внутри команды ВОП и ОЗ способствуют качеству ухода на дому, потребность в котором все возрастает.
- Обеспечение коллегиальности и взаимной поддержки при распределении нагрузки членов команды.
- Создание сети взаимопомощи из окружения больного человека, взаимодействие с территориальными центрами социального обслуживания населения, ОКК, молодежными и общественными организациями, Церковью.

Информационно-педагогическая деятельность МС, акушерок, Пвр становится актуальным фактом работы с населением по поводу обоснованных вызовов скорой медицинской помощи, транспортировки или на обезболивание, о правилах респираторной гигиены и др.

§ 2.6. Стратегия ВОЗ в отношении профилактики НИЗ и диспансеризации в посткавидный период

Рекомендации экспертов состоят в изучении и оперативном использовании опыта эпидемиологов Китая. Стратегия изоляции, применение методов диагностики

способны снизить уровень заражения людей, базируются на высоком уровне настороженности граждан, скорости реагирования системы здравоохранения на складывающуюся ситуацию, выявление потенциальных больных, их немедленная изоляция, установление контактов и путей возможного заражения.

Недостаточно высокий уровень социальной ответственности у части инфицированных коронавирусной инфекцией пациентов в Российской Федерации, например, наказуем в уголовном порядке. Отечественным законодателям, педагогам и медицинским работникам Республики Беларусь предстоит прививать населению ответственность за заведомое заражение больших групп других людей (при невыполнении режимов изоляции, рукопожатиях, не соблюдения принципа «социального дистанцирования» в общественных местах).

Вследствие смещения акцентов с борьбы с НИЗ на преодоление пандемии COVID-19, всем медицинским работникам предстоит обратить внимание на дефекты наблюдения, сроки диспансеризации, полноту объема диагностических исследований, нарушения этики у текущего контингента наблюдаемых, чтобы, по завершении пандемии, вернуться к плановой деятельности по диспансерному наблюдению привычных категорий населения. Об этом существует постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 августа 2022 г. №83.

Последствия биологической угрозы в период пандемии COVID-19 (Российской Федерации, 2020)

- Заболело – 73,8% населения Российской Федерации
- Умерло – 3,1% населения Российской Федерации
- Сахарный диабет спровоцирован – у 2,8% пациентов

• Хронические болезни печени – у 2,1% пациентов.

По данным Казахстана ожидаемая продолжительность жизни населения вследствие коронавирусной пандемии сокращена на 3,2 года.

Риски биологической угрозы в период пандемии COVID-19:

- Высокая миграция населения
- Появление новых возбудителей
- Актуализация социально значимых инфекций
- Лекарственная резистентность
- Ограниченное количество эффективных противомикробных (противовирусных) препаратов
- Угроза биотерроризма
- Рост активности антипрививочного движения.

Стратегия ВОЗ в решение проблемы предотвращения рисков биологической угрозы

- паническая миграция населения предотвращается нормативными законодательными ограничениями, средствами массовой информации, авторитетными институтами, заявлениями ученых, политиков;
- актуализация социально значимых инфекций привела к увеличению объема в учебных программах дополнительного медицинского образования изучения путей заражения, признаков и тактики при выявлении туберкулеза, ВИЧ/СПИД, малярии и др. вопросов гигиены и эпидемиологии;
- сохранять настороженность лабораторных эпидемиологических служб контроля по отношению к появлению новых возбудителей и оперативной информации по этапам оказания медицинской помощи;
- лекарственная резистентность лежит в основе не только биологической природы больного человека, но и в сфере коммуникации врача и пациента. Сокращение

случаев самолечения и убедительная рекламация неблагоприятных последствий неправильного лечения среди конкретных пациентов является действенным механизмом ее ограничения;

- снижение активности антипрививочного движения заслуживает внимания и просвещения населения со стороны медицинских работников и средств массовой информации.

Известно, что «До 47% населения Европейского региона ВОЗ имеет низкий или недостаточный уровень грамотности в вопросах здоровья, что оказывает отрицательное влияние на здоровье и благополучие на всех этапах жизни» (Sorensen и др., 2015). Для обоснованной пропаганды пациентам медицинских знаний в пользу укрепления и сохранения здоровья целесообразны новые подходы к медицинским навыкам и компетенциям.

О необходимости пересмотра компетенций врачей и МС

В течение многих лет медицинская практика подразумевала принятие решений за пациента, патерналистский подход сменяется подходом, способствующим автономии пациента и совместной с врачом ответственностью за принятие решений. Удовлетворение меняющихся потребностей пациента должно начаться с медицинского образования, включающего:

- био-психосоциальный уход за пациентами с НИЗ;
- командный подход с многопрофильной коллективной экономически эффективной практикой в системе ПМП. Этому способствует углубленное изучение гериатрии с «въездами» и «выездами» вдоль карьерного пути ВОП для гибкого обучения на протяжении всей жизни (Chung и др., 2012);

- акцент на ориентированном на пациента принятии решений, что требует особых навыков коммуникации, применяемых пациентами и медработниками.

Известно, что мнение пациентов о важности целей и рисков для здоровья отличается от мнения медработников (Lee, Hultman и Sepucha, 2010). Это изменяется, если пациенты принимают участие в их обсуждении при условии индивидуализации усилий медиков для потребности отдельного человека или семьи. Существующая сложность в автономии пациента и активном участии в оказании ему помощи обусловлена ограниченной грамотностью и несклонностью к поиску информации и участию в скрининговых программах. Это требует от медицинских работников во взаимодействии с пациентами поощряемого небольшими победами поведения.

Новые исследования в области общественного здравоохранения свидетельствуют о том, что «Менее половины пациентов удовлетворены уровнем своего контроля в отношении принимаемых медицинских решений» (Институт медицины, 2011).

Справка. Примерами вмешательств по повышению знаний, мотивации и компетенции населения в вопросах здоровья в Республике Беларусь являются:

*работа «Школ сахарного диабета»;

*психологическое консультирование по изменению образа жизни больных лиц с гипертонической болезнью;

*созданные группы поддержки пациентов, перенесших инсульт;

*организация онлайновых механизмов принятия решений для онкологических больных;

*курсы для пациентов для эффективной актуальной коммуникации с врачами при дистанционном консультировании.

Помимо грамотности населения в вопросах здоровья, медицинские работники должны признавать важность других факторов индивидуального здоровья и благополучия людей.

Этими факторами являются *материальные условия* (доход и благосостояние, работа и зарплата, жилье); *качество жизни* (состояние здоровья, образование, навыки, социальные связи, баланс между работой и жизнью). Следует учитывать гражданское участие людей в жизни общества и государственное управление, качество окружающей среды, личную безопасность и субъективное благополучие (Pr¨uss-Ust¨un и др., 2016).

Приоритеты пациента в ориентированных на человека услугах здравоохранения:

*двухсторонняя равноправная коммуникация;

*своевременная безопасная и эффективная помощь;

*интегрированная помощь;

*признание важной роли МС по уходу, сиделок и волонтеров;

*планирование совместного оказания помощи (самоуход);

*поддержка самоконтроля:

*специально подготовленная для пациента информация;

*совместное принятие решения.

«Грамотность в вопросах здоровья лежит в центре ориентированных на человека услуг здравоохранения; низкая грамотность в вопросах здоровья отрицательно сказывается на здоровье, благополучии и жизненных перспективах на протяжении жизни, так как лишает

людей возможности делать выбор в пользу здоровья» (Dyakova и др., 2017).

Предупреждение медицинских ошибок является зоной ответственности каждого врача, Пвр, акушерки, МСОП. Британскими исследователями в качестве «Шагов по укреплению безопасности пациента» предложена система стратегических мероприятий на уровне ПМСП:

1. Анализ порядка оказания медицинской помощи на участке ВОП, например, с целью выявления скрытых системных недостатков.

Традиционно ежегодно это происходит в Республике Беларусь в ходе анализа деятельности на участке, в учреждениях образования и ОЗ (модель конечных результатов деятельности).

2. Формирование культа безопасности как приверженности руководителей к изменению подходов к формированию культуры в команде медиков (ВОП, Пвр, МСОП), основанной на поощрении, а не наказании тех, кто добровольно указывает на собственные недостатки в оказании медицинской помощи и находит пути их решения.

Новая роль главных МС в контроле безопасности оказания медицинской помощи способствует большей ответственности за качество работы механизмов, аппаратуры, технологий и организацию труда.

3. Определение препятствий, мешающих проведению системных мероприятий по предотвращению ошибок.

4. Анализ медицинских ошибок, осуществленных врачебным и сестринским персоналом и полученных из разных источников, включая системы добровольной и обязательной отчетности, материалы проверок комис-

сий по аккредитации, обращений пациентов. Укреплению профессионального статуса медицинских работников способствует система аттестации на рабочем месте.

5. Использование передового опыта ВОЗ, публикуемого в интернете в серии «Решения в области безопасности пациентов» в разных областях медицины. Обмен актуальным опытом на практических семинарах и инновационные, в т.ч. симуляционные, методы обучения медицинских работников.

6. Разработка требований безопасности применения медицинского оборудования, внедрение безопасных методик обследования и лечения пациентов (стандарты, протоколы, алгоритмы). Учет качества труда МС для пациентов требует обеспечения права на безопасный труд и компенсацию издержек профессии, гарантируемые Конституцией Республики Беларусь, законом «О здравоохранении» и др.

7. Внедрение системы отчетности об ошибках на уровне первичного звена медицинской помощи (модель конечного результата деятельности ОЗ).

Области, рассматриваемые с помощью вмешательств ВОЗ (решений)

I. Обучение безопасности пациентов с помощью руководства ВОЗ по учебной программе о безопасности пациентов:

- профессиональная перспектива, поощряющая междисциплинарное обучение врачей и МС разных специальностей (неврологи, инфекционисты, гематологи) с использованием примеров из многопрофильных команд в качестве инструмента обучения;
- подготавливает студентов и медицинских работников к деятельности в команде и эффективному клиническому общению. Важен союз и сотрудничество в

оказании безопасной медицинской помощи пациентам. Г. Минцберг считает: «Многие успешные лидеры ни «трансформационные», ни «харизматичные»: они просто вовлечены в рабочий процесс и не обременены ненужными иллюзиями. Они строят отношения с командой, проявляют уважение к сотрудникам, которых считают коллегами, а не «подчиненными», и тем более не «трудовыми ресурсами»;

- рекомендует, как действовать в сообществе, но быть подотчетным при контроле.

II. Структурные факторы, способствующие небезопасному медицинскому уходу: отсутствие стратегии улучшения качества помощи, недостаток развития культуры безопасности медицинского вмешательства, недостаточное обучение медицинского персонала и работников системы здравоохранения в целом, стресс и синдром эмоционального выгорания, редкое применение автоматизированных устройств и процедур. Анализу небезопасной медицинской помощи подлежат:

- результаты клинической деятельности ВОП, МС, Пвр пациентам;
- структура: ресурсы и организация для оказания помощи (здание, политика, персонал, финансы);
- процесс: действия между поставщиками (ОЗ) и пациентами во время оказания помощи.

III. Недостаточно полная организация работы, не способствующая безопасности помощи для пациентов и МС.

Эти действия помогут выявить и проанализировать факторы, имеющие отношение к безопасности пациентов, таким образом, чтобы способствовать обучению и системному улучшению. Вывод: небезопасная медицинская помощь может быть везде, однако исследования ученых и медицинская практика свидетельствуют

о прогрессе в этом вопросе. Определенное место в профилактике сестринских ошибок занимает эргономика*.

В настоящее время расширения поля для цифровых технологий в медицине происходит замена одного из имевших место подходов в сфере общения медицинского работника с пациентом – биоцентристского (ориентир – на диагноз) на психосоциальный (акцент на беседу). Этот подход особо востребован в практике контроля качества медицинской помощи ВОП во всем мире.

Контроль качества медицинской помощи – деятельность руководителя или уполномоченных органов, направленная на обеспечение прав пациента, получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества. В связи с этим системно и активно методически развивается такой раздел совершенствования медицинского обучения, как ситуационные задачи и тесты по разделам учебных программ в медицинских вузах и колледжах.

Значительная по охвату населения и масштабу политика Министерства здравоохранения Республики Беларусь, рекомендации ВОЗ для предупреждения опасностей при оказании медицинской помощи пациентам и нивелировании ее последствий вносит существенный вклад в организацию безопасности людей. Этому способствует стратегический подход к желаемым улучшениям, контроль эффективности труда Пвр и МСОП, осуществляемый на всех этапах ПМП, а также сохранение и улучшение существующих условий труда, влияющих на результат, гарантированных действующим законодательством и контролем профессиональных союзов работников здравоохранения.

Результативность медицинской помощи – эффективное использование рабочего времени и технологий, взаимодействие с пациентом (семьей), наблюдение за динамикой его проблем, обеспечение инфекционной безопасности, своевременного и правильного выполнения назначений врача.

По заключению ВОЗ оценка эффективности сестринского ухода, особо востребованного вида медицинской помощи, состоит в «...исследовании и принятии решений с точки зрения определенных критериев, имеющих отношение к поставленной цели. С помощью итоговой оценки осуществляется обратная связь, которая может использоваться для определения других потребностей человека. Цель итоговой оценки – определить результат, т.е. состояние пациента, достигнутое в результате сестринского вмешательства».

Внедрение новых технологий и моделей для качественного ухода за пациентами на дому будет включать вывод из применения устаревших моделей, оказание поддержки ОЗ в нововведениях, в принятии наилучшей стратегии и практики, используемой в мире, в области развития культуры коллегиальной поддержки в обучении, образовании и инновациях, а также поощрении тех, кто их использует.

Согласно Закону Республики Беларусь «О здравоохранении» медицинский работник имеет право на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред жизни или здоровью пациента, не связанной с небрежным или халатным выполнением должностных обязанностей, которое осуществлено в соответствии с действующим законодательством.

Резюме. Цикл совершенной ошибки в области безопасности пациента укладывается в парадокс принципа

Л.Дж. Питера: «...чтобы избежать ошибок, нужно набираться опыта, а чтобы набраться опыта, нужно делать ошибки».

Предупреждение ошибок в деятельности Пвр и МСОП с применением информационных компьютерных технологий в медицине базируется на единых стандартах требований к практическим навыкам (знаниях, умениях и навыках в определенной области терапии, педиатрии и пр.) благодаря комплексному подходу.

«Мы хотим, чтобы все пациенты, их защитники и лица, осуществляющие уход, взяли на себя обязательство уделять первостепенное внимание безопасности пациентов и сделать здравоохранение безопасным во всем мире!» – отмечено в докладе о глобальных направлениях безопасности пациентов (ВОЗ,2022).

В поддержании знаний, умений и навыков Пвр и МСОП сохраняют актуальность финансовые стимулы (Эстония, Литва) или их ограничения (Канада, Нидерланды) (Дж. Уайт, 2016; К.Б. Майер, 2016), а также коллективные соглашения по защите медицинских работников от рисков профессиональных ошибок, халатности. Барьер не соблюдения безопасной медицинской помощи ставят принципы разумного здравоохранения (Д. Уайт, 2016) с принципами равноправия участников, справедливой очередностью предоставления помощи на научно обоснованных подходах.

Совершенствование функциональных обязанностей и разделение сфер ответственности между ВОП, Пвр и МС позволяют придать большую самостоятельность среднему медицинскому персоналу в системе ПМП, что повлечёт улучшение качества медицинской помощи.

Привлечение к проведению Дня безопасности общественных организаций и вовлечение в информирование

населения содействует уменьшению предотвратимого вреда в медицине и снижению необоснованных требований к качеству медицинской помощи.

Международный опыт ВОЗ свидетельствует о том, что для повышения безопасности пациентов необходимы всеобъемлющие усилия по совершенствованию организации оказания медицинской помощи, технологий, взаимоотношений всех участников команды ВОП, что является залогом успеха в достижении поставленных задач о безопасности медицинской помощи.

Вопросы для саморазвития

1. В чем состоит преимущество многопрофильных команд на уровне ПМП?
2. Каковы возможности предотвращения опасностей для здоровья пациентов в деятельности МСОП, Пвр, МС организованных детских коллективов?
3. Каковы достижения в области качества и безопасности медицинской помощи?
4. Назовите примеры побочных эффектов при использовании ЛС?
5. Приведите примеры профилактики осложнений медикаментозного лечения.
6. Что включает стратегия ВОЗ в решении проблемы медикаментозного лечения?
7. Каково значение ИСМП и стратегия ВОЗ в решении проблемы безопасности применения ЛС?
8. Имели ли место особенности работы МС с пациентом в период пандемии COVID-19?
9. Является ли, на ваш взгляд, рациональной система классификации пациентов по группам риска по опасности заражения коронавирусной инфекцией?

10. В чем состоят возможности профилактики опасностей для здоровья пациентов с учетом пандемии COVID-19?
11. Какова стратегия ВОЗ в отношении профилактики НИЗ и диспансеризации в период после ликвидации пандемии?
12. Назовите области, рассматриваемые с помощью вмешательства ВОЗ.

Заключение

Стратегия развития здравоохранения в Республике Беларусь, динамично сменяемые по срокам исполнения планы Министерства здравоохранения Республики Беларусь по реализации основных направлений развития отрасли, согласованные с министерствами, ведомствами и Национальной академией наук благоприятны для совершенствования качества медицинской помощи. Внимание к исследованиям и опыту ученых европейских стран способствуют получению безопасной для пациента медицинской помощи, насколько это позволяет настоящий материально-технический уровень.

Цифровизация в здравоохранения, разработка медицинских автоматизированных информационных систем (АИС «Электронный рецепт»; АИС «Молодой специалист»; РСТМК «Телемедицина»; информационно-аналитическая система (ИАС) «Здравоохранение»; ИАС «Учет медицинских и фармацевтических кадров»; ИАС «Медицинское оборудование»; ИАС «Лекарственное обеспечение») является научно-технической и интеллектуальной основой, которая постепенно будет делать медицинскую помощь не только доступной, но и безопасной.

Достижения в области качества медицинской помощи и ее безопасности для пациента

- Разработка методологии улучшения качества помощи больным людям. Если обратить внимание на ошибки только МС при осуществлении ухода, следует принять во внимание мнение ВОЗ по этому вопросу.
- Создание протоколов и стандартов по микромедицинским вмешательствам МС (нормативная база по

теме), чему способствует дальнейшее развитие института ВОП, совершенствование применения технологий маломасштабных вмешательств по опыту других стран.

- Разработка рекомендаций для пациентов. Организованная глобальная сеть отдельных лиц и организаций, занимающихся вопросами повышения безопасности в области здравоохранения путем пропаганды и сотрудничества, имеющая множество сторонников в ряде стран. Она представляет голос пациента на конференциях, консультационных встречах, советах ОЗ и правительственных комитетах, повышая осведомленность сообщества о безопасности медицинской помощи и опыте участия пациентов.
- Развитие профилактического направления в работе Пвр и МС через ознакомление, в т.ч., с зарубежным опытом об инвестициях в профилактику в странах Европейского региона. Так, известны успехи в снижении смертности от ишемической болезни сердца у трудоспособного населения в последнее десятилетие, обусловленное вниманием к проблеме в виде достойного финансирования. Финляндия обеспечивает такие пропорции вклада в лечение по отношению к предупреждению болезни, которые составляют 24%: 74%; Чехия – 39%: 60% соответственно; Польша – 43%: 49%, благодаря чему имеется окупаемость затрат. Таким образом, мотивация населения на приверженность идеологии сохранения и укрепления здоровья посредством внедрения элементов эффективной коммуникации, сестринской педагогики в повседневную работу специалистов станет для Республики Беларусь более эффективной.

Медицинские работники в Республике Беларусь присоединились к призыву ВОЗ (2022): «Мы хотим,

чтобы все пациенты, их защитники и лица, осуществляющие уход, взяли на себя обязательство уделять первостепенное внимание безопасности пациентов и сделать здравоохранение безопасным во всем мире!».

Международный опыт свидетельствует о том, что для повышения безопасности пациентов необходимы комплексные усилия по совершенствованию симуляционного обучения, привитию норм биомедицинской этики параллельно с гуманностью общества по отношению к больным и лицам с ограничениями жизнедеятельности. Достижение поставленных задач возможно, оптимизируя пропорции и содержание обучения. Известен опыт Финляндии, в которой пропорции учебного времени для обучения МС таковы: теория – 55,7%, практика – 42,9%, диплом – 7,2%, факультатив – 1,42%. Близки к этим показателям соотношения теории и практики в учебных программах базового и дополнительного образования, обеспечивающих информацию и практические навыки по безопасности медицинской помощи.

- Расширение права и возможностей пациентов согласно принципу информированного согласия и биомедицинской этике.
- Создание национальной приверженности политике безопасности медицинской помощи посредством изменения организационных, командных и клинических практических методик. В настоящее время в Республике Беларусь разработаны нормативы нагрузки на приеме и визите на дом Пвр, совершенствуются его функции по профилактике, обеспечивающие безопасность медицинской помощи за счет оптимизации нагрузки специалистов, оптимизирован контроль их деятельности со стороны главных (старших) МС.

Тенденции по совершенствованию качества медицинской помощи

1. Телемедицина (рост запросов на видео-консультации и программное обеспечение для виртуальных звонков), обусловленный мировой эпидемиологической ситуацией 2020 г.

2. Персонализированная медицина (удобство, доступность, цена) через направление 4П-медицину, построенную на принципах индивидуализированного похода к здоровью и объединяющую понятия персонализации (индивидуальный подход к каждому пациенту), предикции (создание вероятностного прогноза здоровья), превентивности (предотвращение появления заболеваний) и партисипативности* (мотивированное участие пациента). В настоящее время в Республике Беларусь мотивация пациентов на сохранение и укрепление здоровья активно разрабатывается в области взаимодействия МС и Пвр с пациентом за счет эффективной коммуникации, комплаенса, консенсуса, конгруэнтности.

Существует концепция, направленная на индивидуальное здоровье человека, базирующаяся на доклиническом выявлении заболеваний, на этапе прогнозирования (предикции) и последующих профилактических мероприятиях.

Это приводит к смене парадигмы современного здравоохранения от болезни к здоровью. Отсрочка интервенционных действий и предпочтение предиктивной (предсказательной) медицины для конкретного человека приводит от реактивной – к медицине профилактической.

3. Носимые гаджеты (фитнес-тренеры, умные часы), становящиеся популярными и модными в молодежной среде.

4. Защита персональных данных, над этой проблемой работают специалисты IT сферы

5. Приоритет психическому здоровью (достаточная нормативная правовая база).

Защита психического здоровья как следствия длительного профессионального стресса основывается на применении на практике технологий предупреждения СЭВ, популяризации знаний по ранней диагностике и профилактике депрессий, наркомании и самоубийств. Рост суицидов сокращается во всем мире благодаря целенаправленным действиям системы здравоохранения, социальной защите и активной поддержке сообществ «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы», в работе которых активное участие принимают медицинские работники.

6. Общение с пациентом посредством текстовых сообщений, изучение эффективной коммуникации, активно осуществляемое в медицинском образовании.

7. Коллегиальность в деятельности за счет совершенствования труда многопрофильных команд в системе ПМП

8. Применение новых информационных технологий в цифровизации здравоохранения, развитие которых будет способствовать качеству и безопасности медицинской помощи пациентам независимо от места жительства и других ограничительных факторов. Обзор состояния цифрового здравоохранения в Европейском регионе Региональным комитетом подвел к рассмотрению нового регионального плана действий, который определит, как ВОЗ/Европа сможет поддержать государства-члены в реализации Глобальной стратегии ВОЗ по цифровому здравоохранению на 2020-2025 годы. Республике Беларусь поможет также Европейская региональная рамочная программа действий по

изучению поведения и культуры в интересах здоровья на 2022-2027 годы. Помимо прочего, безопасности медицинской помощи будет способствовать учрежденная EPW флагманская инициатива «Более здоровое поведение: включение поведенческих и культурных знаний», целью которого является содействие формированию культуры здоровья, при которой каждый человек имеет возможность делать здоровый выбор в своей повседневной жизни и в том, как он пользуется медицинскими услугами.

Политика Министерства здравоохранения Республики Беларусь и рекомендации ВОЗ для предупреждения опасностей при оказании медицинской помощи пациентам и ее последствий вносят существенный вклад в организацию безопасности людей. Способствует этому контроль эффективности труда, в соответствии со стратегическим подходом к желаемым улучшениям, а также сохранение и улучшение существующих условий труда медицинских работников.

Правовое регулирование оказания медицинской помощи считается одним из сложных в деятельности медицинского персонала в ходе раскрытия информации об ошибках и нуждается в продолжении правового регулирования.

Результативность медицинской помощи – это эффективное использование рабочего времени врача, МС (Пвр) и технологий оказания медицинской помощи, ухода, взаимодействие в процессе оказания медицинской помощи с пациентом (семьей), наблюдение за динамикой проблем, обеспечение инфекционной безопасности, своевременного и правильного выполнения назначений врача. Это является желаемым достижимым результатом, поскольку средний медицинский персонал составляет более 59%-67% кадрового состава

медицинских работников, внимание к безопасности помощи пациентам привлекают именно эти специалисты.

Совместная работа Министерства здравоохранения Республики Беларусь с международными организациями вылилась в принятие рекомендации ВОЗ/ЮНИСЭФ посредством приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.09.2021 №1169 «О реализации инициативы «Больница доброжелательного отношения к ребенку».

Безопасность ребенка занимает особое место в работе педиатра, поэтому следует напомнить о проекте «Заботливая поликлиника» (2019-2021 гг., 6–я ГДКП), имеющем в основе японскую историю от 1933 г. «Бережливое производство» с девизом японцев «Трудолюбие, помноженное на терпение». Реализация проекта в Республике Беларусь привела к оптимизации функций педиатра, придавших новое содержание профилактической работе с детьми, повышению роли и ответственности среднего медицинского персонала, электронному разделению потоков и оптимизации доступа к ресурсам, следствием чего стал рост удовлетворенности качеством, безопасностью и доступностью педиатрической помощи.

Привлечение к проведению Дня безопасности пациента общественных организаций, профессиональных союзов, вовлечение в информирование населения содействует уменьшению предотвратимого вреда и снижению необоснованных требований к качеству медицинской помощи.

Международный опыт ВОЗ свидетельствует о том, что для повышения безопасности пациентов необходимы всеобъемлющие усилия по совершенствованию организации оказания медицинской помощи, технологий, взаимоотношений всех участников команды ВОП,

что является залогом успеха в достижении поставленных задач о безопасности медицинской помощи. Это продемонстрировал проект «Заботливая поликлиника для детей», продолженный в реализации инициативы «Больница доброжелательного отношения к ребенку» (2022).

Завершая мысль о безопасности медицинской помощи для ее исполнителей, вспомним слова свт. Войно-Ясенецкого (Луки): «Мы должны жить Верой, Надеждой и Любовью: это наша опора, этим мы должны дышать, но надо помнить, что, как ни велика Вера, как ни благословенна Надежда, Любовь выше всего».

Согласно Закону Республики Беларусь «О здравоохранении» медицинский работник имеет право на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред жизни или здоровью пациента, не связанной с небрежным или халатным выполнением должностных обязанностей.

Если посмотреть на проблему качества и безопасности медицинской помощи шире, то уместными будут слова из послания Президента А.Г. Лукашенко белорусскому народу и Национальному собранию 20.04.2013г. «В Год бережливости главное – беречь друг друга. Мы чаще слушаем себя, чем собеседника, порой бываем несдержанны. В общественном сознании, да и в каждом из нас еще немало резкости и нетерпимости. Это касается всех. В значительной степени это связано с нашей суровой историей, это объективно. Жизнь никогда не баловала белорусов. На протяжении веков мы постоянно боролись за физическое выживание. Но жизнь меняется, и сегодня мы должны быть более чуткими, терпимыми и добрыми. В любом человеке надо рассмотреть, прежде всего, светлое и хорошее. И тогда проявится настоящий смысл Года бережливости

– года, в который все мы будем беречь друг друга. А, оберегая друг друга, мы обязательно сбережем нашу Беларусь!».

Глоссарий

Биоэтика – междисциплинарное направление, ориентированное на изучение и разрешение моральных проблем, порожденных новейшими достижениями биомедицинской науки и современных биотехнологий.

Биомедицинская этика – этико-прикладная дисциплина, предметом которой выступает нравственное отношение общества в целом, и профессионалов – медиков и биологов – к Человеку, его жизни, здоровью, смерти и которая ставит перед собой задачу сделать их охрану приоритетным правом каждого человека.

Врачебная ошибка – это ошибка в профессиональной деятельности, вследствие добросовестного заблуждения при отсутствии небрежности, халатности или невежества.

Извинительная врачебная (сестринская) ошибка – действие или бездействие врача (МС), совершенное под влиянием добросовестного заблуждения, вызванного несовершенством современной медицинской науки и ее методов исследования, особым течением заболевания у определенного больного, извинительным недостатком знаний, малым опытом работы или иными объективными трудностями.

Кинестетика – запатентованная Обществом Красного Креста новая методика о восприятии движения и уходе за людьми с ограниченными возможностями, позволяющая пациенту научиться управлять своим телом, движением, что позитивно сказывается на развитии личности в целом. Методы кинестетики помогают людям ухаживать за детьми и взрослыми с инвалидностью, восстанавливать и реабилитировать больных людей, сохранять подвижность и самостоятельность в разном возрасте.

Комплаенс – (англ. compliance – согласие, соответствие; от глагола to comply – исполнять) – означает действие в соответствии с запросом или указанием; достижение взаимопонимания и согласия в триаде «пациент – МС – врач» за счет рационального ведения пациента. Предполагает обязательное выполнение больным человеком врачебных рекомендаций, соответствующих каким-либо его внутренним или внешним требованиям или нормам. Старческий возраст пациента не служит причиной недостаточного взаимодействия. Правильный подход обеспечивает достижение результата использованием словесных и письменных инструкций, уменьшением числа назначаемых медикаментов, предпочтением пролонгированных лекарственных форм и комбинированных препаратов.

Коморбидность – (от лат. – «со» – вместе + «morbus» – болезнь) – наличие нескольких хронических заболеваний, связанных между собой единым патогенетическим механизмом, осложняющим диагностику, прогноз и лечение пациента.

Конгруэнтность – полное соответствие внутреннего состояния пациента, связанного с переживанием тех или иных потребностей, мыслей и чувств, внешним проявлениям в коммуникации, т.е. тому, что и как он говорит.

Консенсус – единодушное общее согласие, договоренность, характеризующаяся отсутствием серьезных возражений по существенным вопросам у большинства заинтересованных сторон, достигаемых в группе, коллективе путем процедуры, стремящейся учесть мнения всех сторон и сблизить несовпадающие точки интересов посредством открытого выражения взглядов, мнений, последующего обсуждения с целью достижения приемлемого для всех решения.

Медиация – способ досудебного решения конфликта. Одна из технологий альтернативного урегулирования споров с участием третьей нейтральной, не заинтересованной в данном конфликте стороны – медиатора, помогающего сторонам выработать определённое соглашение по спору, при этом стороны полностью контролируют процесс принятия решения по урегулированию спора и условия его разрешения. Основывается на принципах добровольности, конфиденциальности, взаимоуважения, равноправия сторон, нейтральности и беспристрастности медиатора, готовности ознакомиться с культурными различиями других народов, а также прозрачности процесса.

Неизвинительная врачебная (сестринская) ошибка – действие или бездействие врача (МС), повлекшее причинение вреда пациенту по неосторожности (вследствие легкомыслия или небрежности), влекущее юридическую ответственность.

Неисполнение (ненадлежащее исполнение) профессиональных обязанностей, повлекшее ущерб здоровью граждан или смерть – невыполнение, некачественное и несвоевременное выполнение медицинских мероприятий без учета текущей ситуации.

Ошибка сестринская:

✓ Действие или бездействие МС, совершенное под влиянием добросовестного заблуждения, вызванного несовершенством современной медицинской науки и ее методов исследования, особым течением заболевания у определенного больного, извинительным недостатком знаний, малым опытом МС или иными объективными трудностями в работе (извинительная сестринская ошибка).

✓ Действие или бездействие МС, повлекшее причинение вреда пациенту по неосторожности (вследствие легкомыслия или небрежности), влекущее юридическую ответственность (неизвинительная сестринская ошибка).

✓ Неисполнение (ненадлежащее исполнение) профессиональных обязанностей, повлекшее ущерб здоровью граждан или смерть.

Партисипативность в медицине – культура участия или *со-участия* людей, подразумевающая включение пациента (потребителя) в процесс достижения цели (здоровья). Особенностью является предоставление пациенту права принятия решения, касающегося выработки тактики лечения (предупреждения), контроль качества медицинской помощи, обеспечивающего удовлетворение и большую заинтересованность в результате, но при этом происходит наделение личной ответственностью за несоблюдение врачебных предписаний.

Халатность – ненадлежащее исполнение служебных обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, повлекшие по неосторожности причинение ущерба в особо крупном размере или существенного вреда правам и законным интересам граждан (УК ст. 144,155,161,162).

Ятрогения – любая патология, возникающая в связи с медицинскими действиями, профилактическими, диагностическими или лечебными (А.П. Зильбер, 2008 г.).

Ятрогенное поражение – неумышленное или неизбежное повреждение функций или структуры организма, вызванное медицинскими действиями (А.П. Зильбер, 2008 г.).

Эвтаназия – удовлетворение просьбы пациента о прекращении жизнедеятельности его организма и наступлении смерти посредством каких-либо действий

(бездействия) с целью избавления от мучительных страданий, вызванных неизлечимым заболеванием (Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г.»2435-XII «О здравоохранении»).

Эргономика – (от греч. ergon – работа и nomos – закон) наука о приспособлении должностных обязанностей, рабочих мест, предметов и объектов труда, а также компьютерных программ для наиболее безопасного и эффективного труда работника. Комплексное изучение функциональных возможностей индивида (или группы людей) в конкретных условиях деятельности, связанной с использованием технических средств, в целях создания условий на рабочем месте.

Эффективная коммуникация – свершившийся коммуникационный акт, в результате которого достигнуты поставленные для взаимодействия цели. Для ее осуществления коммуникатор должен обладать специальным набором навыков общения, которые помогают задействовать чувства и эмоции человека, чтобы добиться от него ожидаемого результата.

Эффективность медицинской помощи – величина (размер) при которой соответствующий тип медицинского обслуживания и помощи достигает своей цели – улучшения состояния пациента.

Литература

1. Антибактериальная терапия при беременности и грудном вскармливании / А. Г. Замалутдинова [и др.] // Врач скорой помощи. – 2021. – № 7. – С. 6–20.

2. Белялов, Ф. И. Лечение болезней в условиях коморбидности / Ф. И. Белялов. – 10-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 543 с.

3. Борисова, Т. С. Медико-гигиеническое сопровождение детей и подростков организованных коллективов : учеб.-метод. пособие / Т. С. Борисова, Н. В. Самохина, А. В. Кушнерук. – Минск : БГМУ, 2022. – 72 с.

4. Вальчук, Э. А. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее (библиографический справочник) : науч.-метод. изд. сотрудников БелМАПО за 2001–2013 г. / Э. А. Вальчук, Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск : БелМАПО, 2014. – 32 с.

5. Веретина, Н. С. Защищенность медицинских сестер от парентеральных инфекций на рабочих местах / Н. С. Веретина, И. В. Островская // Мед. сестра. – 2022. – Т. 24, № 5. – С. 30–38.

6. ВИЧ. Информационные бюллетени [Электронный ресурс] / Всемир. орг. здравоохранения. – Режим доступа: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids. – Дата доступа: 07.02.2022.

7. Гузик, Е. О. Здоровье учащихся Республики Беларусь и пути минимизации факторов риска его формирующих : моногр. / Е. О. Гузик. – Минск : БелМАПО, 2020. – 334 с.

8. Глушанко, В. С. Методика расчета и анализа индикаторов качества медицинской помощи населению : учеб.-метод. пособие / В. С. Глушанко, А. П. Тимофеева, А. А. Герберг ; под ред. В. С. Глушанко. – Витебск : ВГМУ, 2021. – 349 с.

9. Государства-члены Европейского регионального бюро ВОЗ подписали Минскую декларацию [Электронный ресурс] // БЕЛТА. – Режим доступа: http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015/. – Дата доступа: 22.10.2022.

10. Зверева, Н. Н. Правила делового общения: 33 «нельзя» и 33 «можно» / Н.Н. Зверева. – 3-е изд. – М. : Альпина Паблишер, 2017. – 138 с.

11. Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы : моногр. : в 5 т. / В. А. Тутельян [и др.] ; под ред.: Н. Ф. Герасименко [и др.]. – М. : Науч. кн., 2019. – Т. 1. : Состояние здоровья детей и подростков: федеральные и региональные аспекты. – 340 с.

12. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронный ресурс] : офиц. стат. сб. за 2019 г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр мед. технологий, информатизации, упр. и экономики здравоохранения. – Минск : РНПЦ МТ, 2019. – 257 с. – Режим доступа: https://belcmt.by/docs/Stat/Healthcare_in_RB_2019.pdf. – Дата доступа: 20.01.2022.

13. Зильбер, А. П. Этюды медицинского права и этики / А. П. Зильбер. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 848 с.

14. Змачинская, И. М. Медсестринская производственная практика : сб. ситуац. задач / И. М. Змачинская, Т. Т. Копать, Т. В. Матвейчик. – Минск : БГМУ, 2015. – 20 с.

15. Иванюшкин, А. Я. Права пациентов и профессиональные ошибки медицинских работников. Этико-правовые аспекты / А. Я. Иванюшкин. – М. : Авт. акад., 2010. – 112 с.

16. Клиническая фармакология : учеб. / В. Г. Кукес [и др.] ; под ред. В. Г. Кукеса, Д. А. Сычева. – 6-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1017 с.

17. Коно, Э. 1% лидеров обладает качествами, которых нет у 99% людей : пер. с япон. / Э. Коно. – М. : Альпина Паблишер, 2018. – 108 с.

18. Кралько, А. А. Медицинское право : учеб.-метод. пособие : в 3 ч. / А. А. Кралько. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : БелМАПО, 2019. – Ч. 1. – 154 с.

19. Кралько, А. А. Медицинское право : учеб.-метод. пособие : в 3 ч. / А. А. Кралько. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : БелМАПО, 2019. – Ч. 2. – 147 с.

20. Кралько, А. А. Сборник ситуационных задач по основам права и медицинской этике : учеб.-метод. пособие / А. А. Кралько, Т. В. Матвейчик, В. И. Петров. – Минск : БелМАПО, 2014. – 66 с.

21. Кралько, А. А. Сборник ситуационных задач и деловых игр по основам права, медицинской этике и деонтологии : учеб.-метод. пособие / А. А Кралько, Т. В. Матвейчик, Н. Н. Пилипцевич. – Минск : БелМАПО, 2011. – 68 с.

22. Лаптиева, Л. Н. Роль симуляционного обучения в профессиональной адаптации медицинских работников / Л. Н. Лаптиева, Т. В. Матвейчик, О. П. Цывис // Мед. сестра. – 2021. – Т. 23, № 1. – С. 8–13.

23. Матвейчик, Т. В. Обеспечение сестринского процесса в оказании медицинской помощи пациентам на дому /Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Ковчег, 2022. – 163 с.

Режим доступа: http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/621456.pdf. – Дата доступа: 27.05.2022.

24. Матвейчик, Т. В. Медицинская сестра и пациент: эффективная коммуникация : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, Г. В. Гатальская. – Минск : БелМАПО, 2022. – 153 с.

Режим доступа: http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/621372.pdf. – Дата доступа: 27.05.2022.

25. Матвейчик, Т. В. Венская и Мюнхенская декларации: реализация в сестринском образовании в Республике Беларусь / Т. В. Матвейчик // Мед. сестра. – 2022. – Т. 24, № 8. – С. 15–20.

26. Матвейчик, Т. В. Управление сестринской деятельностью: научное издание / Т. В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2021. — 248 с.

Режим доступа: http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/620098.pdf. – Дата доступа: 27.05.2022.

27. Матвейчик, Т.В., Мещеряков, Ю.В., Радишевская, Т.А. Цифровизация в сестринском деле:

особенности первых шагов // Сборник научных трудов «Проблемы создания информационных технологий» /Под. ред. Сычика В.А. – Минск: Государственное предприятие «Информационно-вычислительный центр Белстата», 2022. – вып.32. – С.208-215.

28. Матвейчик, Т. В. Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: от опыта прошлого – шаг в будущее / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2020. – 223 с.

Режим доступа:
http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/619384.pdf.
– Дата доступа: 27.05.2022.

29. Матвейчик, Т. В. Особенности работы медицинской сестры с пациентом в период пандемии коронавирусной инфекции / Т. В. Матвейчик // Вестн. мед. ин-та им. Меграбяна. – 2020. – № 9. – С. 31–40.

30. Матвейчик, Т. В. Международные организации о роли медицинских сестер в здравоохранении / Т. В. Матвейчик // Семейн. доктор. – 2020. – № 2. – С. 54–58.

31. Матвейчик, Т. В. В помощь главной (старшей) медицинской сестре : учеб.-метод. пособие / Т. В Матвейчик. – Минск : БелМАПО, 2020. – 201 с.

32. Матвейчик, Т. В. О модели оказания первичной медицинской помощи «Заботливая поликлиника» / Т. В. Матвейчик // Медицина. – 2019. – № 2. – С. 36–41.

33. Матвейчик, Т. В. Организация работы медицинской сестры и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи при паллиативном уходе : учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, Ю. В. Вискуб, С. М. Русак. – Минск : Ковчег, 2018. – 287 с.

34. Матвейчик, Т. В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и перспективы : моногр. / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2018. – 170 с.

35. Организация работы главных медицинских сестер санаторно-курортных организаций : учеб. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2017. – 338 с.

36. Матвейчик, Т. В. Теория сестринского дела : учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко. – Минск : Выш. шк., 2016. – 366 с.

37. Матвейчик, Т. В. Непрерывное медицинское образование: команда как путь повышения эффективности здравоохранения / Т. В. Матвейчик // Медицина. – 2015. – № 1. – С. 61–66.

38. Матвейчик, Т. В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, Ю. В. Мещеряков. – Минск : БелМАПО, 2015. – 192 с.

39. Матвейчик, Т. В. Сестринское дело в XXI веке : моногр. / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко, Э. В. Мезина. – Минск : БелМАПО, 2014. – 302 с.

40. Матвейчик, Т. В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета» : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, И. К. Билодид, А. А. Романовский. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – Минск : Ковчег, 2010. – 131 с.

41. Матвейчик, Т. В. Организация сестринского дела : учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск : Выш. шк., 2006. – 301 с.

42. Обеспечение сотрудничества между услугами первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения / Европ. регион. бюро Всемир. орг. здравоохранения. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2018. – 48 с.

43. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие / Н. Н. Пилипцевич [и др.]. – Минск : Новое знание, 2015. – 782 с.

44. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому. Руководство для специалистов, вовлеченных в ВИЧ-сервисную и другую медико-социальную деятельность : учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 367 с.

45. От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего : предвар. докл. от Европ. региона ВОЗ / Европ. регион. бюро Всемир. орг. здравоохранения. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2018. – 79 с.

46. Отчет о совещании главных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ, Варшава, Польша, 7–8 окт. 2011 г. / Европ. регион. бюро Всемир. орг. здравоохранения. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2012. – 29 с.

47. Результаты исследований социальных и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и синергетический эффект : моногр. / И. А. Бондаренко [и др.]; под ред. И. А. Бондаренко, О. А. Подкопаева. – Самара : Поволж. науч. корпорация, 2018. – 316 с.

48. Рекомендации в отношении проведения оценок и составления схем организации ухода, ориентированных на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи : метод. пособие / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2019. – 96 с.

49. Романова, А. П. Модели динамики смертности населения Беларуси на рубеже XX-XXI вв. / А. П. Романова, О. В. Красько ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2020. – 660 с.

50. Роудз, М. Как разговаривать с кем угодно. Уверенное общение в любой ситуации / М. Роудз. – М. : Манн, Иванов, Фербер (МИФ), 2015. – 150 с.

51. Сачек, М. М. Пациентоориентированное здравоохранение / М. М. Сачек, А. В. Маймур // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 2021. – № 3. – С. 33–44.

52. Свентуховская, Н. Специфические санитарно-эпидемиологические требования: изменения и дополнения (часть 1) / Н. Свентуховская // Гл. мед. сестра. – 2021. – № 1. – С. 6–10.

53. Симуляционное обучение в медицине / Рос. о-во симуляц. обучения в медицине ; сост. М. Д. Горшков ; под ред. А. А. Свистунова. – М. : Изд-во Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, 2013. – 288 с.

54. Содействие здоровому образу жизни : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.] ; науч. ред. Т. В. Матвейчик. – Минск : РИПО, 2011. – 276 с.

55. Представление доклада «Состояние акушерского дела в мире, 2021 г.» и диалог по вопросам политики [Электронный ресурс] : докл. Фонда ООН в

обл. народонаселения и Междунар. конфедерации акушерок // Всемир. орг. здравоохранения. – Режим доступа: https://www.who.int/ru/director-general/speeches/detail/launch-and-policy-dialogue-of-the-state-of-the-world-s-midwifery-2021-report. – Дата доступа: 28.10.2022.

56. Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2020. – 117 с.

57. Сурожский, А. О современной медицинской этике / А. Сурожский. – СПб. : Возрождение, 2009. – 63 с.

58. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению / Е. Л. Богдан [и др.] ; Респ. науч.-практ. центр мед. технологий, информатизации, упр. и экономики здравоохранения. – Минск : РНПЦ МТ, 2017. – 119 с.

59. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2017. – 297 с.

60. Шабунин, А. В. Симуляционное обучение : рук. / А. В. Шабунин, Ю. И. Логинов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 792 с.

61. Шармер, О. Теория U. Лидерство из будущего : пер. с англ. / О. Шармер. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2019. – 508 с.

62. Эллиот, Дж. Стив Джобс. Уроки лидерства : пер. с англ. / Дж. Эллиот, У. Саймон. – М. : Эксмо, 2012. – 334 с.

63. Системы здравоохранения в борьбе с неинфекционными заболеваниями: время для амбиций / Европ. регион. бюро Всемир. орг. здравоохранения ; ed.: M. Jakab [и др.]. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2019. – 310 с.

Нормативная правовая литература

1. Об утверждении Рекомендаций (временных) об организации оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 инфекцией и Алгоритмов [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 11 янв. 2022 г., № 20 : с изм. и доп. от 31 янв. 2022 г. № 108 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

2. Об утверждении Инструкций по выполнению терапевтических лечебных и диагностических манипуляций [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 14 мая 2020 г., № 530 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

3. Об утверждении клинического протокола «Фармакотерапия хронической боли у пациентов с онкологической патологией» [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2010 г., № 1318 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

4. Об утверждении Инструкции об объеме и порядке оказания медицинской помощи пациентам медицинскими работниками, имеющими среднее специальное медицинское образование [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2014 г., № 91 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

5. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., № 28 : с изм. и доп. от 20 апр. 2022 г. № 237 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C2210002 8. – Дата доступа: 20.01.2022.

6. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435–XII : в ред. Закона Респ. Беларусь от 21 окт. 2016 г. № 433-З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

7. О правилах медицинской этики и деонтологии [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 7 авг. 2018 г., № 64 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

8. Об изменении законов по вопросам здравоохранения и оказания психологической помощи [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 11 дек.

2020 г., № 94-3 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H12000094&p1=1. – Дата доступа: 20.01.2022.

9. Об оказании медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 5 июня 2020 г., № 615 : в ред. приказа М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 11 нояб. 2020 г. № 1195 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

10. Об организации работы врача общей практики [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 27 февр. 2018 г., № 177 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

11. Инструкция о порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения Республики Беларусь [Электронный ресурс] : утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь 09.08.2022 № 83 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22238626&p1=1. – Дата доступа: 20.01.2022.

12. О порядке представления информации о выявленных нежелательных реакциях на лекарственные средства [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 17 апр. 2015 г., № 48 : в ред. постановления М-ва здравоохране-

ния Респ. Беларусь от 23 окт. 2020 г. № 87 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

13. Инструкция о порядке осуществления диспансерного наблюдения [Электронный ресурс] : утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь 10.11.2017 № 95 : в ред. постановления М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 29 июля 2022 г. № 78 // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Режим доступа: https://minzdrav.gov.by/upload/lcfiles/%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5_%D0%9C%D0%97_2022_78.pdf. – Дата доступа: 20.01.2022.

Научное издание

Матвейчик Татьяна Владимировна

**Безопасность пациента
как условие качества
медицинской помощи**

Подписано к печати 30.01.2023. Формат 60x84 1/8.
Бумага офсетная. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 6,72. Тираж 99 экз. Заказ 865.

ООО «Ковчег».
Свидетельство о государственной регистрации
издателя, изготовителя, распространителя печатных
изданий № 1/381 от 1 июля 2014 г.
Ул. Леонида Беды, 11/1-205 220040 г. Минск.
Тел./факс: (017) 3791981,
e-mail: kovcheg_info@tut.by

Матвейчик Т.В. «Безопасность пациента как условие качества медицинской помощи» содержит современные данные по разделу осуществления качественной медицинской помощи, обеспечивающей медико-гигиеническую и этическую безопасность пациента согласно нормативным материалам Министерства здравоохранения Республики Беларусь, рекомендациям международных организаций.

Предназначено для студентов лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология», а также врачам общей практики, медицинским сестрам организованных детских коллективов.

ISBN 978-985-884-231-4

