

Р.М. Федосюк, О.М. Ковальова*

Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
(м. Київ, Україна),
ВДНЗ «Українська медична стоматологічна
академія» *
(м. Полтава, Україна)

Ключові слова: безпека пацієнта, медична помилка, система інцидент-звітування, ніколи-подія.

Резюме. У статті наведено міжнародні документи, окреслено таксономію, охарактеризовано основні праймери у сфері безпеки пацієнтів – несприятливі події, госпітальні інфекції, система інцидент-звітування та ніколи-події.

За останні кілька десятиріч медицина зазнала бурхливого розвитку. Наше розуміння патофізіологічних процесів, які полягають в основі багатьох захворювань, та способів їх корекції покращилося в геометричній прогресії. У той же час, наші знання про те, як організація системи охорони здоров'я впливає на якість і безпеку медичної допомоги, залишається дуже обмеженим. Роботи іноземних вчених свідчать, що системи охорони здоров'я, навіть у розвинених країнах, є не такими безпечними для людини, як це вважалося раніше. Відкриття «епідемії лікарських помилок», як однієї з основних причин захворюваності та смертності, є тому прикладом [1]. Першим кроком до подолання цієї потенційно відвратною проблеми є визнання факту її існування. Але сучасне суспільство не хоче визнавати права медичного працівника на помилку. Хоча визнається, що лікар чи медсестра – це просто людина, якій властиво помилятися, неймовірні досягнення медичної науки та фантастичні технологічні інновації останнього часу створили в суспільстві завищені вимоги до сучасної медицини, очікування її абсолютної досконалості й бездоганності і, навіть, ілюзію можливості чуда. Адміністрації лікарень сприймають кожен помилку і несприятливу подію як аномалію, вишукують і карають винуватців та обіцяють, що «цього більше ніколи не трапиться».

Медичні помилки та несприятливі події в охороні здоров'я зустрічались завжди, але їх істинна розповсюдженість та наслідки були невідомими аж до середини 1990-х років, коли в ряді авторитетних міжнародних публікацій з'явилися приголомшуючі цифри щодо масштабів проблеми та шкоди, якої такі інциденти завдають пацієнтам та суспільству в цілому. У 1999 році Інститут медицини США опублікував свій звіт «То ерг іс хуман» («Лю-

дині властиво помилятися»), де підняв проблему медичних помилок і безпеки пацієнтів в епіцентр уваги суспільства. За оцінкою Інституту, в США внаслідок медичних помилок щороку помирає від 44 000 до 98 000 пацієнтів, що значно перевищує смертність від ДТП, виробничого травматизму та авіаційних катастроф [2].

Поява зазначених публікацій ознаменувала початок нової ери в охороні здоров'я – ери розробки стратегій та механізмів протидії загрозам здоров'ю та життю пацієнтів, які закладені в самій системі охорони здоров'я, а також появу нової дисципліни в медицині, що отримала назву «безпеки пацієнтів». У відповідь на зазначені виклики передова світова медична спільнота в особі авторитетних міжнародних організацій, інститутів та товариств мобілізувала свої зусилля для запровадження низки глобальних ініціатив. ВООЗ, наприклад, відреагувала на проблему наступними кроками:

- Травень 2002 р.: 55-а Асамблея ВООЗ своєю Резолюцією 55.18 закликала країни-члени ВООЗ звернути пильну увагу на проблему безпеки пацієнтів.

- Травень 2004 р.: 57-а Асамблея ВООЗ підтримала ідею створення Всесвітнього Альянсу за Безпеку Пацієнтів.

- 27 жовтня 2004 р. (Вашингтон, США): створено Всесвітній Альянс за Безпеку Пацієнтів, мета якого – об'єднати зусилля усіх зацікавлених сторін (тих, хто відповідає за визначення політики в галузі охорони здоров'я; керівників; тих, хто працює на «передовій»; самих пацієнтів) для того, щоб підвищити рівень безпеки медичної допомоги в повсякденних умовах у всіх країнах.

- 2005–2006 рр.: активне поширення першої Глобальної програми ВООЗ з безпеки пацієнтів «Чиста медична допомога є безпеч-

нішою допомогою», мета якої – попередити розвиток нозокоміальних інфекцій [3].

● 2007–2008 рр.: активне поширення другої Глобальної програми ВООЗ з безпеки пацієнтів «Безпечна операція рятує життя», мета якої – підвищити рівень безпеки хірургічних втручань [4].

Сьогодні концепція безпеки пацієнта має свій добре окреслений термінологічний глосарій. Національна Фундація з Безпеки Пацієнтів США (National Patient Safety Foundation) трактує поняття безпеки пацієнта як «уникнення, попередження або пом'якшення несприятливих наслідків лікування або пошкоджень, завданих у процесі лікування» [5]. Безпека пацієнта як медична дисципліна – це сукупність знань, стратегій та інструментів, за допомогою яких система охорони здоров'я підвищує рівень безпеки медичної допомоги. Система безпеки пацієнтів – це замкнута петля, що включає:

● ідентифікацію, оцінку та менеджмент пацієнт-залежних і пацієнт-незалежних ризиків (побудова бар'єрів);

● моніторинг, звітність та аналіз медичних помилок, несприятливих подій і критичних інцидентів в медицині (реєстрація пробоїв у ба'єрах);

● здатність здобувати уроки з інцидентів та реагувати на них шляхом розробки та запровадження рішень щодо мінімізації ризиків їх повторення (побудова нових бар'єрів) [6].

На сьогодні у сфері безпеки пацієнтів вже розроблено цілу низку концепцій (праймерів) [7], прикладами яких є:

1. Несприятлива подія (Adverse Event) або Інцидент (Incident).

2. Медична помилка (Medical Error).

3. Друга жертва (Second Victim).

4. Контрольна карта (Checklist).

5. Госпітальна інфекція (Healthcare-Associated Infection).

6. Група швидкого реагування (Rapid Response Team).

7. Аналіз основної причини (Root Cause Analysis).

8. Культура безпеки (Safety Culture).

9. Система інцидент-звітування (Incident Reporting System).

10. Хибне втручання (Wrong Patient/Site/Procedure Surgery).

11. Ніколи-подія (Never event).

У своїй статті ми зупинимось на розгляді тільки деяких з вище перелічених праймерів – несприятливих подіях, госпітальних інфекціях,

системі інцидент-звітування та ніколи-подіях.

Усі несприятливі медичні події розподіляють наступним чином: нещасні випадки (англ. misadventures) – подія сталась і певний рівень шкоди, навіть смерть, завдано; події без завданої шкоди (англ. noharmevents) – несприятлива подія мала місце, але шкоди пацієнту не завдано; попереджені події (англ. nearmissevents) – потенційна небезпека несприятливої події і завдання шкоди існувала, але несприятливий наслідок не наступив у зв'язку зі своєчасно вжитим запобіжним заходом. Такі запобіжні заходи (англ. recovery) можуть бути заздалегідь запланованими (вбудованими в медичні процеси) або незапланованими («випадкова здобич»). Несприятливі медичні події завжди є кульмінацією численних помилок. James Reason, психолог, описує два типи медичних помилок: активні або зумовлені людським фактором (англ. human error) і латентні, або зумовлені технічними чи організаційними причинами [8]. Активні медичні помилки здійснюються особами, які перебувають у прямому контакті з інтерфейсом система-пацієнт. Jens Rasmussen, науковець, розподіляє їх на три категорії: помилки внаслідок неналежного виконання рутинних навичок (англ. skill-based), помилки внаслідок порушення правил виконання процедур або протоколів (англ. rule-based) і помилки внаслідок недостатніх знань (англ. knowledge-based) [9].

У 2006 р. група науковців (Sentinel Events Evaluation [SEE] Study Investigators) опублікувала результати свого дослідження, в якому вивчила частоту інцидентів у 205 відділеннях інтенсивної терапії в усьому світу і показала, що на кожні 100 пацієнто-днів припадає 39 серйозних несприятливих подій [10]. Ці події включали помилки лікування (136 хворих), інциденти з судинними лініями, катетерами і дренажами (158 хворих), інциденти з штучними дихальними шляхами (47 хворих), недостатнє апаратне забезпечення (112 хворих) та неоправдане викликання тривоги (17 хворих). У 2009 р. та ж сама група вчених (SEE 2) рапортувала про частоту медичних помилок при парентеральному введенні препаратів (74,5 випадки на 100 ліжко-днів) [11]. Цікаво, що три чверті з помилок були класифіковані як невиконання призначень. Один відсоток з учасників дослідження зазнали значної шкоди або померли через помилку при введенні медикаментів.

Що стосується неонатальної інтенсивної

терапії (ІТ), то структуру помилок, що найбільш часто допускаються медичним персоналом при роботі з пацієнтами, висвітлено у звіті Vermont Oxford Network на основі анонімного опитування 739 лікарів з 54 госпіталів. Найчастіше зустрічалися помилки при написанні назв, доз та швидкості інфузії препаратів (47%), у призначенні методів лікування (14%), в ідентифікації пацієнтів (11%), при постановці діагнозу (7%), при виконанні операцій, процедур, тестів (4%), а також дефекти в системі організації надання медичної допомоги (9%) [12].

До несприятливих медичних подій відносять й інфекції, розвиток яких пов'язаний з наданням медичної допомоги. Їх розподіляють на: а) катетер-асоційовані інфекції системи кровообігу; б) госпітальні (у тому числі, вентилятор-асоційовані) пневмонії; в) катетер-асоційовані інфекції сечової системи; г) інфекції, що розвинулись у місці проведення операції [4].

За даними Європейської мультицентрової дослідницької групи (European Multicenter Study Group), найбільш поширеною нозокоміальною інфекцією є госпітальна пневмонія (53%) [13]. За даними національної системи контролю за нозокоміальними інфекціями США (National Nosocomial Infections Surveillance), госпітальна пневмонія є другою за частотою причиною нозокоміального інфікування дітей у відділеннях інтенсивної терапії США [14]. За її даними (2004 р.), частота вентилятор-асоційованої пневмонії у пацієнтів таких відділень становить 2,9 випадків на 1000 днів вентиляції [15]. За даними інших авторів, серед пацієнтів, яким штучна вентиляція легень проводилась більше 48 годин, частота вентилятор-асоційованої пневмонії становить від 10% до 20% [16].

Катетер-асоційовані інфекції системи кровообігу є життєво-загрозливими станами, які найчастіше пов'язані з наявністю центрального венозного катетеру або іншого інтраваскулярного пристрою, а також з інфекціями, джерело яких знаходиться в інших органах, таких як легені, сечо-статевий або шлунково-кишковий тракт. У Європі частота катетер-асоційованих інфекцій системи кровообігу коливається від 1 до 3,1 на 1000 пацієнтоднів [17]. У пацієнтів неонатальних відділень інтенсивної терапії (ВІТ) Англії частота катетер-асоційованих інфекцій системи кровообігу коливається від 0% до 9% [18]. Коефіцієнт катетер-асоційованого інфікування серед

новонароджених у 3–20 разів вищий у країнах, що розвиваються, ніж у розвинених країнах [4]. Центр з контролю та профілактики захворювань (Centers for Disease Control and Prevention, США) однією з семи стратегій, що забезпечують безпеку пацієнта, визначив завдання зменшення кількості катетер-асоційованих інцидентів, включаючи катетер-асоційовані інфекції системи кровообігу, на 50% за 5 років [19].

Основним джерелом інформації про несприятливі події й помилки в медицині у розвинених країнах є спеціальні системи звітності про медичні інциденти. За визначенням ВООЗ, запровадження системи звітності про несприятливі медичні події має за мету не просто накопичення даних, а отримання інформації, необхідної для налагодження зворотного зв'язку й ефективного «управління» такими ризиками [20]. Без детального аналізу невдач, інцидентів, промахів та інших «безкоштовних уроків» у нас немає способу виявляти пастки та ту межу періодичних помилок, яка може призвести до більш суттєвих наслідків. У більшості розвинених країн світу запроваджені національні системи моніторингу критичних інцидентів, які відрізняються джерелами фінансування та особливостями функціонування. Так, в Англії, Данії, Чехії, Швеції такі системи є державними агенціями, а в Австралії вона фінансується Австралійською Фундацією з Безпеки Пацієнтів (Australia Patient Safety Foundation) [20].

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила 7 критеріїв успіху функціонування системи звітності про медичні інциденти незалежно від джерела фінансування [20]. Вона повинна бути:

1. Некаральною: ті, хто звітують, не повинні боятися, що за результатами звітування вони самі або інші особи будуть покарані.
2. Конфіденційною: особистості пацієнта та медичного працівника, а також відомості про медичну установу не повинні розкриватися.
3. Незалежною: система звітності не повинна залежати від жодного посадовця, наділеного владою карати особу чи організацію.
4. Експертною: звіти повинні оцінюватися експертами, які розуміють клінічні обставини і навчені виявляти недоліки системи, що призвели до несприятливої події.
5. Своєчасною: аналіз звітів та поширення рекомендацій серед тих, кому вони потрібні, повинні здійснюватися швидко, особливо коли встановлено наявність серйозної небезпеки.

6. Орієнтованою на систему: рекомендації, які надаються, повинні бути спрямовані на зміни в системі, процесах або продуктах, а не на окремого індивідууму.

7. Готовою до змін: агентство, яке отримує звіти, повинно бути здатним поширювати рекомендації, а організації, які звітують, повинні зобов'язатися впроваджувати їх, коли це можливо.

В Україні системи інцидент-моніторингу та відповідної статистики не існує, однак не викликає сумніву, що число несприятливих подій у вітчизняній системі охорони здоров'я перевищує показники розвинених країн.

У більшості країн, поряд з національними системами моніторингу критичних інцидентів, розробляються та імплементуються механізми їх попередження. Безперечно, кожний структурний підрозділ повинен будувати свою модель безпеки. Існує кілька моделей безпеки пацієнта, але найбільш відомою є так звана модель швейцарського сиру – «Swiss cheese model» (рис.1), запропонована J. Reason [21]. Як модель безпеки у складних системах, таких як авіація та ядерна промисловість, модель швейцарського сиру найкраще відповідає концепції побудови системи безпеки пацієнта в медицині. Згідно з цією

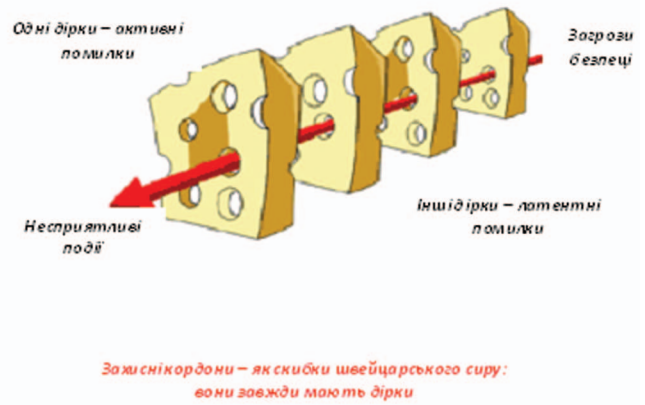


Рис.1. Модель безпеки: модель швейцарського сиру (J. Reason)

моделлю, складні технологічні системи, до яких відноситься і служба ІТ, повинні мати багато оборонних кордонів: деякі з них стосуються обладнання та технологій (тривоги, фізичні бар'єри, прикладні програми і т.п.), інші покладаються на людей (анестезіологи, хірурги, неонатологи, середній медичний персонал) чи залежать від інструкцій та адміністративного контролю. У моделі T.W.Vander Schaaf (рис.2) визначено 20 груп причин несприятливих подій, які розподілено на 4 категорії: технічні, організаційні, кадрові та інші



Рис.2. PRISMA-модель (T. W. Van der Schaaf) безпеки

[22]. Важливим напрямком підвищення безпеки складних систем є спрощення процесів та їх стандартизація. Тому розробка, впровадження та дотримання стандартів, як технічних так і технологічних, при наданні медичної допомоги новонародженим повинно стати

обов'язковим на шляху зниження частоти медичних помилок і ускладнень при наданні медичних послуг пацієнтам.

Однією з важливих концепцій у сфері безпеки пацієнтів стало поняття «ніколи-подій» – інцидентів, які ніколи не повинні траплятися

з пацієнтами в сучасній медичній практиці. Більшість ніколи-подій зустрічаються дуже рідко, але у випадку виникнення мають катастрофічні або навіть фатальні наслідки для пацієнтів. Термін «ніколи-події» (англ. Never events) був вперше запроваджений у медичний лексикон у 2001 р. доктором Кеннетом Кайзером – тодішнім виконавчим директором авторитетної американської організації «Національний Форум з Якості» (the National Quality Forum – NQF), створеної у 1999 р. за рекомендацією Комітету з захисту споживачів та якості в галузі охорони здоров'я при Президентові США. До ніколи-подій сьогодні відносять інциденти, що відповідають наступним критеріям [23]:

1. Мають недвозначний характер (легко ідентифікуються та вимірюються).

2. Мають серйозні наслідки (закінчуються смертю чи інвалідністю пацієнта або несуть загрозу такого кінця).

3. Мають відворотний характер (їм можна запобігти, оскільки існують загально визнані рекомендації щодо їх попередження і необхідні для цього матеріально-технічні передумови).

Початковий перелік ніколи-подій, опублікований NQF у 2002 році, містив 27 пунктів. З тих пір перелік інцидентів, неприпустимих в охороні здоров'я, кілька разів переглядався (в останнє – у 2011 р.) і на сьогодні складається з 29 подій, згрупованих у 6 категорій. Значна частина з них прямо стосується діяльності лікаря відділення ІТ.

I. Події, пов'язані з хірургічним втручанням (5): 1) втручання на хибній частині тіла; 2) втручання на хибному пацієнтові; 3) хибне втручання на пацієнтові; 4) сторонній предмет у тілі пацієнта після операції; 5) інтра- або рання післяопераційна смерть у пацієнта з низьким ризиком анестезіологічного втручання.

II. Події, пов'язані з медичними товарами або пристроями (3): 1) смерть пацієнта або серйозна шкода, пов'язані з використанням контамінованого медикаменту, пристрою або біологічного матеріалу; 2) смерть пацієнта або серйозна шкода, пов'язані з використанням пристрою не за його призначенням; 3) смерть пацієнта або серйозна шкода, пов'язані з внутрішньосудинною повітряною емболією.

III. Події, пов'язані з порушенням правил захисту пацієнтів (3): 1) виписка недієздатного пацієнта з особою, яка не має щодо нього відповідних повноважень; 2) смерть або інвалідність пацієнта в результаті таєм-

ної втечі (зникнення) з лікувального закладу; 3) суїцид, спроба суїциду або навмисне нанесення собі тілесних пошкоджень з серйозною шкодою для здоров'я.

IV. Події, пов'язані з недоліками медичного менеджменту (9): 1) смерть пацієнта або серйозна шкода, пов'язані з медикаментозною помилкою (хибні засіб, доза, пацієнт, час, швидкість, спосіб приготування, шлях) 2) смерть пацієнта або серйозна шкода, пов'язані з неправильним використанням препаратів крові (введення несумісних препаратів крові); 3) смерть матері або серйозна шкода під час пологів у вагітної з групи низького ризику; 4) смерть немовляти під час пологів у вагітної з групи низького ризику; 5) штучне запліднення спермою або яйцеклітиною хибного донора; 6) смерть пацієнта або серйозна шкода, пов'язані з падінням з висоти під час надання медичної допомоги; 7) пролежень III–IV ступеню, набутий під час перебування у лікувальному закладі; 8) смерть пацієнта або серйозна шкода, пов'язані з невідомою втратою незамінного біологічного матеріалу; 9) смерть пацієнта або серйозна шкода, пов'язані зі збоєм у повідомленні результатів проведених лабораторних, патогістологічних чи кардіологічних досліджень.

V. Події, пов'язані з лікарняним оточенням пацієнта (5): 1) смерть пацієнта або серйозна шкода, пов'язані з електроімпульсною терапією (дефібриляція, кардіоверсія); 2) будь-які інциденти з поданням пацієнту медичних газів (відсутність в системі необхідного газу, подання хибного газу або контамінація газу токсичними сполуками); 3) смерть пацієнта або серйозна шкода, пов'язані з отриманням опіків від будь-якого джерела; 4) смерть пацієнта або серйозна шкода, пов'язані з використанням засобів іммобілізації неадекватних пацієнтів (фіксуєючих лямок, ліжкового поруччя); 5) смерть пацієнта або серйозна шкода, пов'язані з наявністю металевих предметів у зоні МРТ-дослідження.

VI. Події, пов'язані з кримінальними злочинами (4): 1) надання медичної допомоги не уповноваженою на це особою, що видає себе за лікаря, медсестру чи іншого сертифікованого медичного фахівця; 2) викрадення пацієнта будь-якого віку; 3) згвалтування або сексуальні домагання до пацієнта під час перебування у лікувальному закладі; 4) смерть пацієнта або серйозна шкода, пов'язані з дією фізичного фактору (наприклад, розряду

акумуляторної батареї) під час перебування у лікувальному закладі.

Усвідомлення серйозності проблеми підвищення безпеки пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії привело до розроблення провідними вченими світу Віденської декларації, яку в жовтні 2009 року підписали представники 52 національних і міжнародних товариств інтенсivistів, включаючи європейську асоціацію спеціалістів педіатричної та неонатальної інтенсивної терапії [1]. У зазначеному документі закладені основні концептуальні засади безпеки пацієнтів у відділеннях ІТ:

- Безпека пацієнта та медичної команди має першорядне значення для кожного, хто практикує в системі охорони здоров'я та представляє собою один з найбільших викликів для сучасної медицини.

- Підвищення рівня безпеки для критично хворих пацієнтів є досяжним в усіх відділеннях та в усіх країнах, безвідносно до наявних ресурсів.

- Підвищення рівня безпеки пацієнтів є настільки ж вирішальним для розвитку медичної практики, як і підвищення ефективності наших медичних інтервенцій.

Очільники товариств, які підписали Віденську декларацію, дали обіцянку:

- Покращити наші знання щодо причин невдач у спробах забезпечити безпечне середовище у відділеннях інтенсивної терапії.

- Покращити наше розуміння наслідків невдач у забезпеченні безпечного середовища для критично хворих дорослих та дітей, а також для медичних працівників, які обслуговують таких пацієнтів.

Література

1. Moreno R. P. Patient safety in Intensive care medicine: the Declaration of Vienna / R. P. Moreno, A. Rhodes, Y. Donchin // *Intensive Care Med.* – 2009. – Vol. 35. – P. 1667–1672.
2. To Err is Human: Building a Safer Health System / [Kohn I. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S and Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America]. – Washington : National Academy Press; 2000. – 8 p.
3. WHO guidelines on hand hygiene in health care : first global patient safety challenge : clean care is safer care. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Patient Safety, 2009.
4. WHO's World Alliance for Patient Safety "Safe Surgery Saves Lives" global initiative Режимдоступу : www.who.int
5. Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma / R. Lilford, M.A. Mohammed, D. Spiegelhalter [et al] // *Lancet.* – 2004. – Vol. 363. – P. 1147–1154.
6. Glossary. Режим доступу: <http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx>
7. Patient Safety Primers. Режим доступу: <http://psnet.ahrq.gov/primerHome.aspx>
8. Reason J. Human error / J. Reason. – Cambridge University Press (New York, USA), 1990.
9. Rasmussen J. Skills, rules, and knowledge: signals, signs and symbols and other distinctions in human performance models / J. Rasmussen // *IEEE Transactions: Systems, Man & Cybernetics*, 1983. – P. 257–267.
10. Patient safety in intensive care: results from the multinational sentinel events evaluation (SEE) study / A. Valentin, M. Capuzzo, B. Guidet [et al] // *Intensive Care Med.* – 2006. – Vol. 32. – P. 1591–1598.
11. Errors in the administration of parenteral drugs—an urgent safety issue in intensive care units. Results from a multinational, prospective study / A. Valentin, M. Capuzzo, B. Guidet [et al], Research group on quality improvement of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM); Sentinel Events Evaluation (SEE) Study Investigators // *Br. Med. J.* – 2009. – Vol. 338. – b.814.

- Розробити та запровадити критерії, за допомогою яких можна оцінити рівень безпеки у відділеннях інтенсивної терапії.

- Удосконалити нашу здатність трансформувати наші знання безпеки в покращення якості медичної допомоги, що може бути надана нашим пацієнтам.

Оскільки служба неонатології по суті є службою інтенсивної терапії, то Асоціація неонатологів України повинна долучитись до ініціатив, проголошених у Віденській декларації, та розробити власні рекомендації щодо побудови більш безпечної системи охорони здоров'я для новонароджених.

У листопаді 2012 р. у Києві під лозунгом «Безпека пацієнтів-Безпека лікаря-Безпека держави» пройшов Перший національний конгрес з безпеки пацієнтів. На конгресі проголошено завдання розробки Національного плану дій з безпеки пацієнтів. Важливим елементом такого плану може стати розробка та запровадження національної системи інцидент-моніторингу в службі неонатології України. Виходячи з поставленого завдання, Асоціація неонатологів України висуває ініціативу щодо об'єднання зусиль усіх зацікавлених сторін з метою успішної реалізації такого проекту, спрямованого на покращення результатів лікування наших дітей.

Подальші дослідження повинні бути спрямовані на вивчення проблеми безпеки пацієнтів на національному рівні, розробку та впровадження власної моделі безпеки пацієнтів в лікувальних закладах України.

12. Voluntary Anonymous Reporting of Medical Errors for Neonatal Intensive Care / G. Suresh, J. D. Horbar, P. I. Plsek [et al.] // *Pediatrics*. – 2004. – Vol. 113. – P. 1609–1618.
13. Raymond J. Nosocomial infections in pediatric patients: a European, multicenter prospective study // J. Raymond, Y. Aujard, European Study Group // *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* – 2000. – Vol. 21, № 4. – P. 260–263.
14. National Nosocomial Infections Surveillance System. Nosocomial infections in pediatric intensive care units in the United States / M. J. Richards, J. R. Edwards, D. H. Culver [et al.] // *Pediatrics*. – 1999. – Vol. 103, № 4. Режим доступа : www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/4/e39
15. National Nosocomial Infections Surveillance System. National Nosocomial Infections Surveillance System Report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004 // *Am. J. Infect. Control.* – 2004. – Vol. 32, № 8. – P. 470–485.
16. Jarvis W. R. The Lowbury Lecture: the United States approach to strategies in the battle against healthcare-associated infections, 2006: transitioning from benchmarking to zero tolerance and clinician accountability / W. R. Jarvis // *J. Hosp. Infect.* – 2007. – Vol. 65, Suppl. 2. – P. 3–9.
17. European surveillance of ICU-acquired infections (HELICS-ICU): methods and main results / C. Suetens, I. Morales, A. Savey [et al.] // *J. Hosp. Infect.* 2007. – Vol. 65, № 2. – P. 171–173.
18. Parry G. J. Relationship between probable nosocomial bacteraemia and organisational and structural factors in UK neonatal intensive care units / G.J. Parry // *Qual. Saf. Health Care.* – 2005. – Vol. 14. – P. 264–269.
19. Centers for Disease Control and Prevention: Issues in healthcare settings: CDC's 7 Healthcare Safety Challenges. Режим доступа : http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/about_challenges.html
20. World Health Organisation: Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning System, 2005.
21. Reason J. Human error: models and management / Reason J. // *British Medical Journal.* – 2000. – Vol. 320 (7237). – P. 768–770.
22. van der Schaaf T. W. Near miss reporting as a safety tool / T. W. van der Schaaf, D. A. Lucas, A. R. Hale // *Butterworth-Heinemann*, 1991 – 151 p.
23. The never events policy framework. An update to the never events policy. Режим доступа: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213046/never-events-policy-framework-update-to-policy.pdf

**БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА –
ГЛОБАЛЬНЫЙ ВЫЗОВ СОВРЕМЕННОЙ
МЕДИЦИНЕ**

*Р.Н. Федосюк, Е.М. Ковалева **

**Национальная медицинская академия
последипломного образования
имени П.Л. Шупика,
(г. Киев, Украина)
ВГУЗУ «Украинская медицинская
стоматологическая академия»*
(г. Полтава, Украина)**

Резюме. В статье представлены международные документы, обозначена таксономия, охарактеризованы основные праймеры в сфере безопасности пациентов – неблагоприятные события, госпитальные инфекции, система инцидент-отчетности и никогда-события.

Ключевые слова: безопасность пациента, медицинская ошибка, система инцидент-отчетности, никогда-событие.

**PATIENT SAFETY – GLOBAL
CHALLENGE TO MODERN
MEDICINE**

*R.M. Fedosyuk, O.M. Kovalova **

**National Medical Academy of Postgraduate
Education named
after P.L. Shupyk
(Kyiv, Ukraine),
HSEI «Ukrainian Medical Stomatological
Academy»*
(Poltava, Ukraine)**

Summary. The article presents the international documents, outlines the taxonomy, describes the basic primers in the field of patient safety – unfavourable events, healthcare-associated infections, incident reporting system and never events.

Keywords: patient safety, medical error, incident reporting system, never event.