

## БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

А.Г.Фоменко

Государственная служба медицинских судебных экспертиз, г. Минск

*Процессы оказания медицинской помощи, в силу своей сложности и комплексного характера, неизбежно сопровождаются повышенным риском возникновения неблагоприятных событий и возможностью причинения вреда здоровью пациентов. В Республике Беларусь вопросы обеспечения безопасности пациентов разработаны недостаточно, особенно на уровне первичного звена оказания медицинской помощи. Обобщена информация по проблемам безопасности первичной медико-санитарной помощи. Получены сведения о распространенности, виде, характере и причинах медицинских ошибок и неблагоприятных событий на уровне первичного звена медицинской помощи. Освещены вопросы разработки стратегических мероприятий по укреплению безопасности пациентов, включающие в себя выявление, анализ и профилактику нежелательных событий в здравоохранении.*

Одни из основных направлений реформирования системы здравоохранения Республики Беларусь – усиление первичного звена медицинской помощи и создание эффективной системы управления качеством в здравоохранении. Реализация этих программных положений имеет своей целью решение главной общественной задачи отрасли по обеспечению населения Республики Беларусь доступной и качественной медицинской помощью в соответствии с принципами социальной справедливости [1–4]. Рекомендации по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи и улучшению ее качества включены в перечень задач Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по достижению здоровья для всех [5].

Отличительная черта данных направлений реформирования в Республике Беларусь – их относительная новизна для отечественного здравоохранения, обусловившая существование различных точек зрения на формы и методы их практической реализации [6–8]. В какой-то мере эта ситуация является благоприятной для выбора оптимальной модели функционирования первичного звена медицинской помощи, поскольку на данном этапе возможно изначально определить основные механизмы обеспечения качества медицинской помощи. Как правило, перестройка уже устоявшейся системы требует привлечения гораздо больших ресурсов и преодоления сопротивления значительных инерционных сил. Развитие института врачей общей практики в нашей стране сопровождается значительными трудностями, однако, учитывая перспективу данного направления реформирования, на нынешнем эта-

пе не только целесообразно, но и необходимо предусмотреть наличие в его структуре базисных элементов обеспечения качества, ориентированных на специфику первичной медико-санитарной помощи.

Вместе с тем, вопросы обеспечения качества медицинской помощи на уровне ее первичного звена до сих пор разработаны недостаточно. В наибольшей степени это утверждение касается такого важного составного элемента качества, как безопасность. Необходимо отметить, что в данном случае речь идет об общемировой тенденции, поскольку, как показывают результаты научных исследований, в основном материалом для изучения нежелательных событий в медицине служат инциденты, происходящие на госпитальном уровне оказания медицинской помощи [9, 10].

В докладе Комиссии по качеству медицинской помощи Американского института медицины "Ошибаться – в природе человека: построение более безопасной системы здравоохранения" (1999), указано, что смертность пациентов в американских стационарах, обусловленная дефектами медицинской помощи, достигает от 44000 до 98000 в год. В Австралии, Великобритании, Канаде, Новой Зеландии и Дании получены данные о том, что медицинская помощь является причиной возникновения ухудшения здоровья у примерно 10–16% госпитализированных пациентов. Рабочая группа по качеству стационарной медицинской помощи организации "Больницы для Европы" оценила, что в 2000 г. каждый десятый пациент европейских больниц пострадал от предотвратимых осложнений лечения [11–17].

Высокая распространенность нежелательных событий на госпитальном уровне оказания медицинской помощи привлекла к себе повышенное внимание руководителей здравоохранения и правительств многих стран, а также ВОЗ. Благодаря предпринятым мерам реагирования на сложившуюся ситуацию в конце 1990–х, начале 2000–х годов во многих странах появились правительственные и негосударственные организации (агентства), основной задачей которых стала деятельность по обеспечению безопасности всех видов медицинской помощи в системе здравоохранения [18–20].

Наиболее известные агентства по безопасности пациентов – Национальное агентство по безопасности пациентов Великобритании (National Patient Safety Agency), Национальный фонд безопасности пациентов США (National Patient Safety Foundation), Австралийский фонд безопасности пациентов (Australian Patient Safety Foundation) – в своих программных документах поставили на первое место исследования по проблемам безопасности первичной медицинской помощи, стремясь, тем самым, достичь баланса в понимании причин и условий возникновения, частоты распространения, характера и видов неблагоприятных событий как в стационарной, так и в первичной медицинской помощи [21–23]. За короткий промежуток времени подготовлен ряд обзоров по проблемам безопасности первичной медицинской помощи, основные положения которых могут быть полезны для разработки мероприятий, направленных на укрепление безопасности медицинской помощи на уровне первичного звена системы здравоохранения Республики Беларусь.

В первую очередь, авторы обзоров обращают внимание на особенности организации и условий оказания первичной медицинской помощи, имеющих непосредственное отношение к проблемам безопасности пациентов. Согласно статистическим данным, количество пациентов, получающих первичную медицинскую помощь, многократно превышает число госпитализированных больных [3, 6]. В США годовое число амбулаторных посещений врачей достигает 824000000, тогда как количество госпитализаций – около 32000000. В Великобритании врачи общей практики ежедневно обслуживают около миллиона пациентов и назначают около 1,5 млн. лекарственных препаратов. Время, затрачиваемое врачом общей практики на прием одного посетителя, по средневропейским нормативам составляет 7–15 минут, при этом предполагается, что за такое короткое время врач должен провести весь комплекс обследования, выставить диагноз и назначить лечение.

В отличие от условий стационара, на уровне первичного звена медицинской помощи врач в основном сталкивается с ранними проявлениями заболеваний, часто "замаскированных" другими патологическими состояниями или психэмоциональными особенностями пациентов. Кроме того, врач общей практики проводит первичную дифференциальную диагностику широкого спектра заболеваний и травм, тогда как на стационарное лечение пациент поступает, в основном, уже имея установленный диагноз и результаты лабораторных исследований. Указанные факторы многократно увеличивают риск возникновения неблагоприятных ситуаций и обуславливают необходимость выработки эффективных подходов к обеспечению безопасности первичной медико-санитарной помощи.

Предположения некоторых авторов о менее значительных последствиях ошибок врачей общей практики по сравнению с дефектами работы их коллег-клиницистов [22, 24] в последующем были опровергнуты результатами других масштабных исследований, которые установили, что первичная медицинская помощь характеризуется высоким риском возникновения неблагоприятных событий, которые способны причинить существенный вред здоровью пациентов [25–27]. Об этом также свидетельствует значительное количество судебных исков против врачей общей практики по поводу ненадлежащего лечения, регистрируемое в развитых странах мира, где среди населения авторитет врачей первичного звена медицинской помощи достаточно высок. По данным Союза защиты врачей (Medical Defense Union) в 2001 г. в Великобритании количество таких исков составило 44000, а за период между 1989 и 1998 гг. их число возросло в 13 раз [10].

Частота возникновения ошибок на уровне первичного звена медицинской помощи, по данным ряда авторов, составляет от 5 до 80 на 100 тыс. посещений [28–30], причем наибольшее количество из них составляют ошибки диагностики – от 26 до 78% [31, 32]. Неверная или несвоевременная диагностика ранних проявлений заболеваний или травм приводит к тяжелым последствиям для пациентов и является наиболее трудно предотвратимым неблагоприятным событием в работе врачей общей практики. Ошибки диагностики – самая часто встречающаяся причина судебных разбирательств по поводу ненадлежащего оказания первичной медицинской помощи, отмечаемая в 30–40% всех поданных пациентами исков [10].

Следующая большая группа неблагоприятных событий представлена случаями выбора неадек-

ватной тактики лечения, составляющими от 11 до 42% ошибок [25, 27, 29, 30] и являющимися причиной 10–20% судебных исков [10].

Проблемы взаимодействия и координации между медицинскими работниками, имеющиеся как на амбулаторном, так и на госпитальном уровнях оказания помощи, по мнению ряда авторов, являются важнейшими предпосылками возникновения неблагоприятных событий [28–30, 32, 33] и отмечаются в 10% исков к врачам общей практики [10].

Субъективные факторы, определяющие поведение врача (стресс, усталость и спешка) играют не последнюю роль в возникновении ошибок, являясь причиной около 10% неблагоприятных событий, а неправильная организация работы, недостаток опыта и недооценка мнений коллег, игнорирование пожеланий пациентов в различных сочетаниях встречаются почти в каждом выявленном инциденте [30, 31]. Особенности поведения пациентов также могут увеличить риск возникновения ошибок (чаще всего при предъявлении необоснованных требований к процессу и результатам лечения).

В целом, материалы исследований, посвященных изучению причин возникновения медицинских ошибок, указывают на их многофакторный и комплексный характер, обуславливающий сложность поиска источника ошибки: как правило, почти в 50% случаев возникновения неблагоприятных событий их причины обнаружить не удается [28–30]. Большинство авторов считают, что на амбулаторном этапе медицинской помощи от 60 до 83% ошибок являются предотвратимыми и возникающими в нескольких сферах этого уровня организации медицинской помощи [28–32].

#### *Диагностические ошибки*

Избежать диагностических ошибок на этапе первичной медико-санитарной помощи очень трудно, поэтому именно они составляют наибольшую часть (до 80%) всего количества упущений в работе врачей общей практики. Дифференциальная диагностика широкого спектра патологических процессов на этапе первичной медицинской помощи требует от врача наличия развитого клинического мышления и интуиции. По мнению ряда авторов, в силу разнообразия ситуаций, встречающихся в амбулаторной практике, безоговорочное следование требованиям стандартов диагностики не всегда может быть признано оправданным, поскольку в некоторых случаях более правильными оказываются действия врача, выходящие за рамки предписанных алгоритмов.

В качестве одного из вариантов совершенствования процесса диагностики, Национальным агент-

ством по безопасности пациентов Великобритании предлагается внедрение в работу врачей общей практики механизмов поддержки принятия решений, основанных на электронных информационных системах. Компьютерные программы, позволяющие облегчить дифференциальную диагностику заболеваний и травм, пока что только планируется внедрить в деятельность национальной системы здравоохранения, поэтому о практических результатах их применения не сообщается.

#### *Назначение лекарств*

Ошибки в назначении лекарственных препаратов встречаются в 1–11% всех предписаний. В большинстве случаев причиной неправильного назначения являются похожие названия лекарств, относящихся к различным фармакологическим группам, и путаница с "фирменными" названиями одного и того же вещества. Кроме того, часто возникают проблемы с неправильной дозировкой лекарств, а также с их взаимодействием и побочными эффектами. Одна треть неблагоприятных событий, связанных с лекарственной терапией, влечет за собой причинение серьезного ущерба здоровью пациентов, в некоторых случаях заканчивающегося смертельным исходом [30].

По данным одного из американских исследований, 24% людей старше 65 лет, живущих дома или в домах престарелых, в течение года получали по одному противопоказанному им препарату, а около 20% получали по два и более противопоказанных препарата [26].

Проведенные исследования указывают на высокий потенциал внедрения компьютерных систем назначения лекарств в достижении снижения частоты неблагоприятных событий на уровне первичного звена медицинской помощи. База данных о пациентах в компьютере врача общей практики со сведениями об индивидуальной непереносимости определенных лекарств, абсолютных и относительных противопоказаниях, проведенных курсах лечения и "привычных" дозировках бывших назначений, позволяет принять более безопасное решение о выборе того или иного препарата.

#### *Проблемы взаимоотношений и организации работы*

Различные сбои во взаимоотношениях между медицинскими работниками, а также между ними и пациентами – одна из основных причин возникновения медицинских ошибок [31]. Проблемы коммуникации чаще всего не возникают сами по себе, а являются проявлением системных нарушений в организации оказания медицинской помощи. Недостатки организации заключаются в слабой преемственности между структурными

подразделениями или медицинским персоналом в использовании неформальных механизмов взаимодействия. Забытая информация о больном, переданная устно, потерявшаяся записка с важными сведениями об изменениях в состоянии пациента, небрежно выполненная запись в направлении к специалисту или использование сокращений и аббревиатур в листе назначений – далеко не полный перечень недостатков взаимодействия, которые могут привести к серьезным неблагоприятным последствиям.

Решение многих проблем коммуникации, которые исследователи видят во внедрении в работу врачей общей практики электронных информационных систем, исключают различное толкование введенных данных и позволяющих контролировать каждый шаг лечебно-диагностического процесса. Необходимым условием успешного применения таких систем является наличие у пациентов электронных смарт-карт с записанной на них "историей болезни", совместимых с компьютерными системами врачей общей практики для беспрепятственного обмена данными.

Немаловажная роль в укреплении безопасности медицинской помощи как на амбулаторном, так и на госпитальном уровне принадлежит корпоративной культуре, направленной на формирование осознанной позиции каждого медика придерживаться принципов безопасности при выполнении своих обязанностей. По аналогии с системами, которым присущ высокий риск возникновения неблагоприятных событий со значительными последствиями (авиация, химическая промышленность, ядерная энергетика), культура безопасности в медицине должна включать в себя эффективную работу команды, четкую систему взаимоотношений членов коллектива друг с другом и с пациентами, приверженность руководства идеям безопасности, готовность признавать свои ошибки и учиться на них [30].

Опыт формирования культуры безопасности среди врачей общей практики уже имеется в Великобритании, США и Канаде, где работа в команде ("teamwork") и корпоративные связи всегда считались сильными сторонами первичного звена медицинской помощи. Например, в Великобритании большинство врачей общей практики работают в группах по 5–10 человек, обмениваясь информацией не только внутри группы, но и с коллегами по всей стране. До создания Национального агентства по безопасности пациентов, в обсуждение медицинских ошибок и анализ неблагоприятных событий на добровольной основе были вовлечены около 20% действующих

в стране групповых практик. В настоящее время руководство процессом укрепления безопасности первичной медико-санитарной помощи в Великобритании осуществляется Национальным агентством по безопасности пациентов, которое в тесном содружестве с Королевским колледжем врачей общей практики вырабатывает рекомендации по предупреждению ошибок и неблагоприятных событий.

Как результат проведения масштабных мероприятий, наблюдается заметный прогресс в изменении отношения к врачам общей практики, совершившим ошибки – от порицания и наказания к анализу и извлечению уроков из произошедших событий. Ряд исследований, основанных на опросах врачей общей практики, указывает на расширение числа участников добровольных систем отчетности об ошибках и неблагоприятных событиях, а также на возрастающее стремление к укреплению безопасности на всех уровнях здравоохранения, включая первичное звено [9, 10, 31].

Обобщая результаты обзоров по проблемам безопасности первичной медико-санитарной помощи, можно выделить основные направления укрепления безопасности в современных условиях – это профилактика нежелательных событий, их выявление и уменьшение неблагоприятного эффекта в тех случаях, когда они происходят. Британскими исследователями предложена система стратегических мероприятий по укреплению безопасности медицинской помощи на уровне первичного звена, названная ими "семь шагов по укреплению безопасности" [31]:

1) Понимание системы – анализ организации и порядка оказания медицинской помощи на предмет выявления скрытых системных недостатков, которые могут послужить причиной возникновения нежелательных событий. Ежедневно сталкиваясь с помехами, вызванными неправильной организацией труда, персонал адаптируется к этим малозаметным недостаткам и постепенно привыкает к ним. Однако даже незначительного изменения обстановки может быть достаточно для запуска цепи неблагоприятных событий, заканчивающихся действительно серьезным инцидентом и причинением вреда пациенту.

2) Руководство и формирование культуры безопасности – приверженность руководителей всех уровней к изменению подходов к организации медицинской помощи, формированию культуры безопасности в группах врачей общей практики, поощрение, а не наказание сотрудников, добровольно указывающих на недостатки в организации оказания медицинской помощи.

3) Исследования – проведение исследований, посвященных выяснению распространенности, характера и видов ошибок и неблагоприятных событий на уровне первичного звена оказания медицинской помощи. Определение препятствий, мешающих проведению системных мероприятий по предотвращению неблагоприятных событий.

4) Анализ – всестороннее изучение сведений об ошибках и неблагоприятных событиях в системе первичной медико-санитарной помощи, полученных из разных источников, включая системы добровольной и обязательной отчетности, материалы проверок аккредитационных комиссий и судебных дел по рассмотрению жалоб пациентов на некачественное оказание медицинской помощи.

5) Использование передового опыта – внедрение организационных подходов и методик оказания медицинской помощи, хорошо зарекомендовавших себя в плане повышения безопасности первичной медико-санитарной помощи. ВОЗ и национальные агентства по безопасности регулярно публикуют рекомендации по применению удачного опыта по укреплению безопасности. Примером может служить издание ВОЗ серии "Решения в области безопасности пациентов", каждое из которых посвящено описанию отдельного мероприятия, способного быстро привести к решению проблем возникновения неблагоприятных событий в какой-либо области медицины.

6) Совершенствование медицинских технологий – разработка требований к безопасности применения медицинского оборудования, внедрение безопасных методик обследования и лечения пациентов.

7) Мониторинг безопасности – внедрение систем отчетности об ошибках и неблагоприятных событиях на уровне первичного звена медицинской

помощи. Важным моментом является тот факт, что отчетность, сама по себе, не приводит к повышению безопасности. Изменения происходят в результате реакции на отчеты. В рамках групповой практики случай серьезной ошибки или возникновения критической ситуации должен служить пусковым механизмом для начала глубокого разбирательства с целью выявления лежащих в его основе системных сбоях. Итогом рассмотрения инцидента должно явиться принятие необходимых мер по перестройке организации оказания помощи таким образом, чтобы в будущем подобные случаи не повторялись. На уровне региональной или национальной системы здравоохранения необходимы экспертный анализ отчетов и распространение их результатов, иначе никаких уроков из выявленных ошибок извлечено не будет и ситуация в области обеспечения безопасности не улучшится.

Таким образом, международный опыт свидетельствует о том, что для повышения безопасности первичной медико-санитарной помощи необходимы всеобъемлющие и комплексные усилия, включающие в себя широкий спектр мер по совершенствованию организации оказания медицинской помощи, технологий, управления рисками, в том числе в клинической практике, при работе с медицинским оборудованием и во взаимоотношениях всех участников процесса оказания медицинской помощи. Решение стратегических задач по усилению и расширению первичного звена медицинской помощи и по созданию эффективной системы управления качеством в отечественном здравоохранении должно происходить в тесном взаимодействии, которое, как показывает передовой опыт, является залогом успеха в достижении поставленных перед современным здравоохранением Республики Беларусь целей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 годы // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – №4.
2. Пилипцевич Н.Н., Абельская И.С., Павлович Т.П. Сохранение и укрепление здоровья народа – залог величия, могущества и богатства государства // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2004. – №2.
3. Пилипцевич Н.Н., Павлович Т.П. Первичная медико-санитарная помощь в системе медицинского обслуживания населения // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2005. – №4.
4. Постоялко Л.А. Управление качеством медицинской помощи – краеугольный камень современной системы управления здравоохранением // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – №4.
5. WHO Health For All Targets: The Health Policy For Europe. – Copenhagen, 1993.
6. Пилипцевич Н.Н., Москвичева Т.Н., Хейфец Н.Е. Первичное звено современного здравоохранения: роль и место врача общей практики // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – №3.
7. Пилипцевич Н.Н., Павлович Т.П., Пилипцевич А.Н. Проблемы организации медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2007. – №1.
8. Пилипцевич Н.Н., Абельская И.С., Павлович Т.П. Врач общей практики – основа национального

- здравоохранения // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – №3.
9. *Jacobson L., Elwyn G., Robling M., Jones R.T.* Error and safety in primary care: no clear boundaries // *Fam. Pract.* – 2003. – V.20, No.3. – P.237–241.
  10. *Hurwitz B.* Learning from primary care: malpractice past, present and future // *Qual. Saf. Health Care.* – 2004. – V.13. – P.90–91.
  11. *Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S.* *To Err is Human.* – Washington (DC): National Academy Press, 1999.
  12. *Vincent C., Neale G., Woloshynowych M.* Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review // *BMJ.* – 2001. – V.322. – P.517–519.
  13. *Wilson R.M., Runciman W.B., Gibberd R.W. et al.* The Quality in Australian Health Care Study // *Medical Journal of Australia.* – 1995. – V.163. – P.458–471.
  14. Standing Committee of the Hospitals of the EU. The quality of health care/hospital activities: Report by the Working Party on quality care in hospitals of the subcommittee on coordination. – September 2000.
  15. *Davis P., Lay-Yee R., Briant R. et al.* Adverse events in New Zealand public hospitals: occurrence and impact // *New Zealand Medical Journal.* – 2002. – V.115, No.1167. – P.271.
  16. *Baker G.R., Norton P.G., Flintoft V., Blais R., Brown A., Cox J. et al.* The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada // *CMAJ.* – 2004. – V.170. – P.1678–1686.
  17. *Schioler T., Lipezak H., Pedersen B.L. et al.* Danish Adverse Event Study. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records // *Ugeskr. Laeger.* – 2001. – V.163, No.39. – P.5370–5378.
  18. *Runciman W.* The Australian Patient Safety Foundation // *Anaesth Intensive Care.* – 1988. – V.16, No.1. – P.114–116.
  19. National Patient Safety Foundation. Agenda for research and development in patient safety. – National Patient Safety Foundation, 1999.
  20. World Alliance for Patient Safety: forward programme. – WHO, 2005.
  21. Department of Health. An organization with a memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. – London: The Stationery Office, 2000.
  22. *Rubin G.* Medical errors: terminology of "error" is important // *BMJ.* – 2001. – V.322. – P.1422.
  23. *Elder N., Dovey S.* Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: a synthesis of the literature // *J. Fam. Pract.* – 2002. – V.51. – P.927–932.
  24. *Thomas E., Brennan T.* Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records // *BMJ.* – 2000. – V.320. – P.741–744.
  25. *Dovey S., Meyers D., Phillips R. et al.* A taxonomy of medical errors in family practice // *Qual. Saf. Health Care.* – 2002. – V.11. – P.233–238.
  26. *Bhasale A.L., Miller G.C., Reid S.E., Britt H.C.* Analysing potential harm in Australian general practice: an incident–monitoring study // *Med. J. Austr.* – 1998. – V.169. – P.73–76.
  27. *Fischer G., Fetters M.D., Munro A.P., Goldman E.B.* Adverse events in primary care identified from a risk–management database // *J. Fam. Pract.* – 1997. – V.45. – P.40–46.
  28. *Sandars J., Esmail A.* The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies // *Family Practice.* – 2003. – V.20. – P.231–236.
  29. *Bhasale A.* The wrong diagnosis: identifying causes of potentially adverse events in general practice using incident monitoring // *Fam. Pract.* – 1998. – V.15. – P.308–318.
  30. *Ely J.W., Levinson W., Elder N.C., Mainous A.G., Vinson, D.C.* Perceived causes of family physicians' errors // *J. Fam. Pract.* – 1995. – V.40. – P.337–344.
  31. *Wilson T., Sheikh A.* Enhancing public safety in primary care // *BMJ.* – 2002. – V.324. – P.584–587.
  32. Facts and Figures about patients' safety. Joint Commission 2006. <http://www.jointcommissioninternational.org/24926/>

Поступила 28.02.2008 г.