

Управление рисками и безопасность пациента в хирургическом отделении



Светлана Рэмовна Кузьмина-Крутецкая
Представитель по качеству ООО «АВА-ПЕТЕР»
Доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии СЗ ГМУ им И.И. Мечникова
17 апреля 2013

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

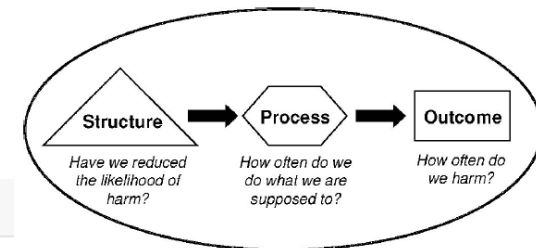
56 158 ЦИТАТ БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ХИРУРГИИ



Performing your original search, *patient safety surgery*, in PMC will retrieve [56158 records](#).

Ann Surg. 2006 May; 243(5): 628–635.

doi: [10.1097/01.sla.0000216410.74062.0f](https://doi.org/10.1097/01.sla.0000216410.74062.0f)



PMCID: PMC1570547

Patient Safety in Surgery

[Martin A. Makary](#), MD, MPH,[†] [J Bryan Sexton](#), PhD,^{†‡} [Julie A. Freischlag](#), MD,^{*} [E Anne Millman](#), MS, [David Pryor](#), MD,[§] [Christine Holzmüller](#), BLA,[†] and [Peter J. Pronovost](#), MD, PhD^{*†‡}

[Author information](#) ► [Copyright and License information](#) ►

This article has been [cited by](#) other articles in PMC.

Abstract

[Go to:](#)

Background:

Improving patient safety is an increasing priority for surgeons and hospitals since sentinel events can be catastrophic for patients, caregivers, and institutions. Patient safety initiatives aimed at creating a safe operating room (OR) culture are increasingly being adopted, but a reliable means of measuring their

- В 2007 г - 1 пациент в день - не та операция
- 82 – не та сторона (в тч в нейрохирургии)
- 209 – после операции обнаружены инородные тела



AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

Nora Institute for Surgical Patient Safety

[Contact ACS](#)[About the ACS](#)[COMPLETE TABLE OF CONTENTS](#)
[Search](#)[E-MAIL A LINK](#) [PRINT](#)[Surgical Team
Resources](#)[Patient Resources](#)[Contact Us](#)[About the Nora Institute](#)[Nora Institute
Home Page](#)[ACS Home Page](#)

SEARCH
Nora Institute for
Surgical Patient Safety
for CONTENT

[Search](#)

powered by 



In the News

[ACS and the Health Care
Notification Network](#)[More news](#)

Most Popular Topics

- [Central Lines](#)
- [Teamwork/ Communication](#)
- [Readmissions](#)
- [Surgical Education and simulation](#)

The Institute was founded to

- Assist with further efforts by the American College of Surgeons in the area of surgical patient safety

ОПРОС ХИРУРГИЧЕСКИЙ БРИГАД О ШКАЛЕ КЛИМАТА БЕЗОПАСНОСТИ

(ЯНВАРЬ 2011-ДЕК 2011, ПРИМЕР)



TABLE 2. Safety Climate Scale Items and Descriptive Statistics for Benchmarking Safety Climate Data

Safety Climate Scale Item	Overall [Mean (SD); % Agree (Range)]	Surgeon [Mean (SD); % Agree (Range)]	Anesthesiologist [Mean (SD); % Agree (Range)]	Surgical Technician [Mean (SD); % Agree (Range)]	CRNA [Mean (SD); % Agree (Range)]	OR Nurse [Mean (SD); % Agree (Range)]
I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have	4.06 (1.025); 75.0 (33.3–100.0)	4.04 (0.899); 75.8 (40.0–100.0)	4.07 (1.050); 74.1 (20.0–100.0)	4.06 (0.950); 76.4 (28.6–100.0)	4.01 (0.967); 75.4 (40.0–100.0)	4.07 (1.053); 75.1 (40.0–100.0)
The culture in this clinical area makes it easy to learn from the mistakes of others	3.51 (1.132); 54.1 (25.0–100.0)	3.49 (1.114); 54.0 (20.0–100.0)	3.56 (1.118); 56.3 (8.3–100.0)	3.55 (1.162); 57.8 (0–100.0)	3.51 (1.046); 52.4 (20.0–73.3)	3.47 (1.148); 52.5 (13.3–100.0)
Medical errors are handled appropriately in this clinical area	4.04 (1.006); 71.6 (28.6–100.0)	4.27 (0.938); 78.9 (42.9–100.0)	4.03 (1.000); 71.9 (40.0–100.0)	4.15 (0.903); 78.8 (25.0–100.0)	3.99 (0.943); 72.3 (43.5–100.0)	3.98 (1.037); 68.8 (20.0–100.0)
I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this clinical area	4.20 (0.936); 81.4 (51.9–100.0)	4.20 (1.022); 79.6 (40.0–100.0)	4.17 (0.934); 79.8 (40.0–100.0)	4.07 (1.025); 75.3 (40.0–100.0)	4.04 (0.945); 77.6 (60.0–100.0)	4.26 (0.899); 83.9 (60.0–100.0)
I receive appropriate feedback about my performance	3.50 (1.207); 56.1 (25.0–100.0)	3.73 (1.065); 59.0 (20.0–100.0)	3.45 (1.277); 55.2 (15.0–100.0)	3.38 (1.014); 49.3 (20.0–80.0)	3.73 (1.075); 67.7 (34.8–100.0)	3.47 (1.227); 55.5 (18.8–100.0)
I would feel safe being treated here as a patient	4.28 (0.949); 81.3 (51.3–100.0)	4.59 (0.702); 92.6 (60.0–100.0)	4.23 (0.982); 80.1 (40.0–100.0)	4.45 (0.821); 86.3 (66.7–100.0)	4.35 (0.864); 84.0 (63.6–100.0)	4.22 (0.988); 78.4 (37.5–100.0)
In this clinical area, it is difficult to discuss mistakes (reverse scored)	3.24 (1.224); 44.6 (12.5–100.0)	3.32 (1.257); 46.3 (0–100.0)	3.14 (1.226); 41.7 (0–62.5)	3.34 (1.157); 49.6 (20.0–100.0)	3.22 (1.203); 41.8 (9.1–80.0)	3.26 (1.226); 45.2 (11.1–100.0)

Data are mean score on a 0 to 5 scale (5 = full agreement), SD, overall percent agreement, and minimum and maximum percent agreement.

ANNALS OF SURGERY
A Monthly Review of Surgical Science Since 1885

Ann Surg. 2006 May; 243(5): 628–635.
doi: [10.1097/01.sla.0000216410.74062.0f](https://doi.org/10.1097/01.sla.0000216410.74062.0f)

PMCID: PMC1570547

Patient Safety in Surgery

Martin A. Makary, MD, MPH,^{†*} J Bryan Sexton, PhD,^{††} Julie A. Freischlag, MD,^{*} E Anne Millman, MS, David Pryor, MD,[§] Christine Holzmüller, BLA,[†] and Peter J. Pronovost, MD, PhD^{††}

Author information ► Copyright and License information ►

This article has been cited by other articles in PMC.

Formats:

[Abstract](#) | [Article](#) | [PubReader](#) | [ePub \(beta\)](#) | [PDF \(594K\)](#)

Related citations in PubMed

Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye o [J Am Coll Surg. 2006]

Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals [Anesthesiology. 2006]

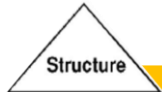
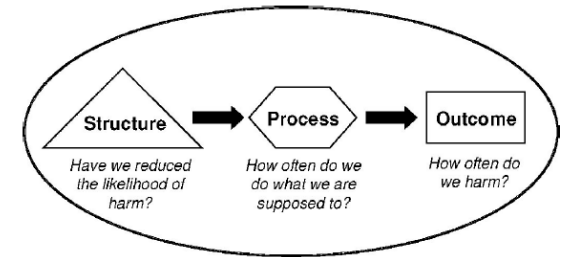
Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Qu [BMC Health Serv Res. 2008]

Creating a patient-safe environment in a perioperative setting. [AORN J. 2005]

Patient safety practices in the operating room: correct-site surgery and n [Surg Clin North Am. 2005]

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ СНИЖЕНИЕ РИСКОВ И ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ 3 ЭТАПА КОНТРОЛЯ. МОДЕЛЬ DONABEDIAN



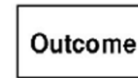
Структура

- Как снижаем вероятность риска
- Организационные задачи
- Все ли мы сделали для безопасности пациента?
- Улучшение коммуникации персонала и
- Разработка стандартов и их внедрение



Процесс

- Как часто мы делаем то, что должны?
- Контроль процесса
- Соответствуют ли все этапы этапы периоперационного процесса разработанным нами стандартам?



Результат

- Как часто вредим?
- Результат процесса
- Есть ли осложнения\нежелательные события и какие?

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ	БЕЗОПАСНАЯ АНЕСТЕЗИЯ	БЕЗОПАСНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ БРИГАДА
<ul style="list-style-type: none"> • Гигиена рук • Правила применения антибиотиков • Подготовка кожи антисептиками • Атрауматичность операционной раны • Деконтаминация инструментов и стерильность 	<ul style="list-style-type: none"> • Наличие обученного профессионала • Проверка безопасности анестезиологического оборудования, расходных материалов и медикаментов • Пульсоксиметрия • Мониторинг ритма • Мониторинг АД • Мониторинг температуры 	<ul style="list-style-type: none"> • Качественная коммуникация • Система проверки - пациент, сторона, процедура • Информированное согласие • Наличие всех членов бригады • Адекватная подготовка команды и планирование процедуры • Подтверждение характера аллергий
<p style="text-align: center;">Управление хирургической службой</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гарантия качества • Экспертная оценка • Мониторинг результатов 		

СТРУКТУРА

- Организация (периоперационное управление)
- Взаимодействие и высокопрофессиональное поведение
- Комиссии по разбору ...
- Структурирование проблем
- Профессиональный персонал
- Оборудование
- Медикаменты и расходные материалы
- Состояние здания и его обслуживание
- Наличие правил, регламентов, инструкций, СОП
- Персонал, обученный правилам и выполняющий их

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТА

- Перед операцией, манипуляцией
- Перед приемом лекарств
- Перед трансфузией
- Пред забором анализов
- Перед проведением процедур, обследованием

- Инструкция:
- Минимум 2 способа
- (ФИО, индивидуальный номер, дата рождения, иное)
- В тч для пациента без сознания, в отд. неонатологии
- Никогда – не номер палаты и не предполагаемое место нахождения пациента в больнице

ЭФФЕКТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ МЕЖДУ ПЕРСОНАЛОМ

- Устные распоряжения или коммуникации по телефону, в тч сообщение результатов анализов
- Послушай. Запиши. Прочитай.
- Обязательна Запись в документации
- Сотрудник должен подтвердить, что он понял распоряжение или результаты анализов правильно
- Обязательно повторить собеседнику то, что понял

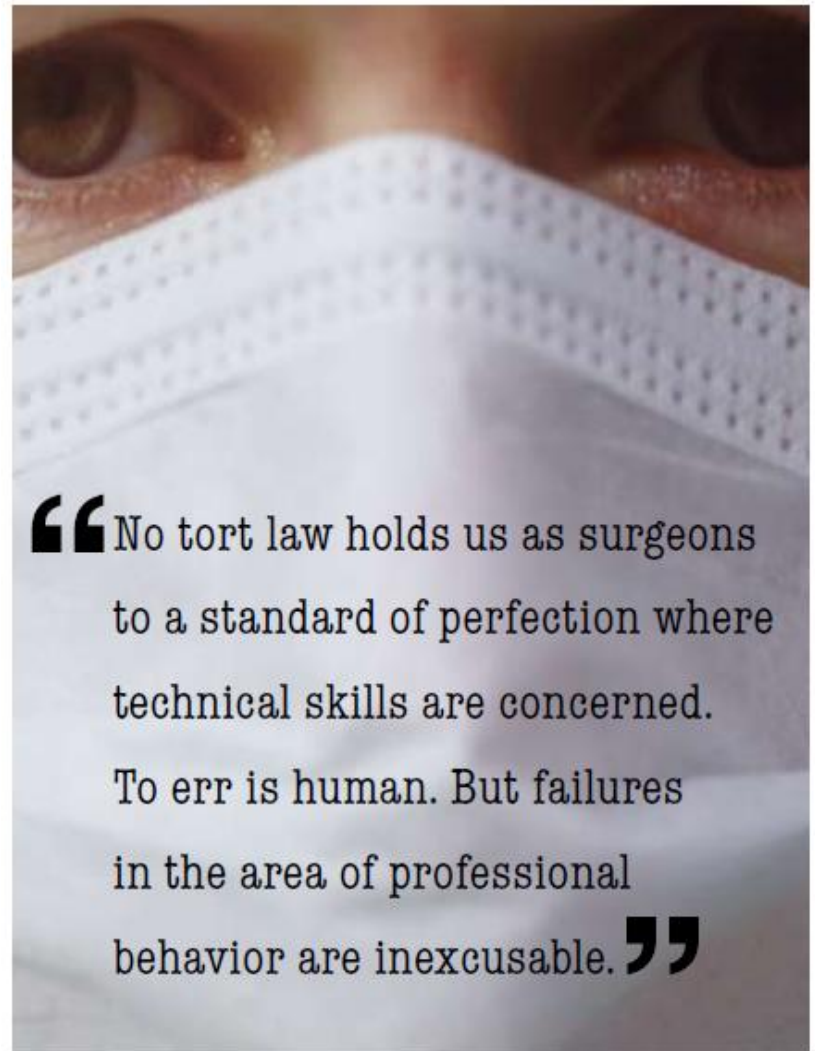
- Концентрированные растворы электролитов не должны храниться в обычных отделениях
- Если применяются в ПИТ, Р\О, операционной , то должна быть инструкция по маркировке и хранению.
- Должно быть определено место хранения (промаркировано).
- Доступ с затруднением\ограничением

ОШИБКИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ЧАСТО!

Причины ошибок:

- Неэффективная коммуникация между членами хирургической бригады
- Недостаточное вовлечение пациента при разметке стороны операции
- Несовершенство процедуры подтверждения стороны операции

- Ни одно гражданское законодательство при решении вопроса о возмещении ущерба не требует от хирургов совершенных технических навыков
- Человек может ошибаться
- Но несостоятельность в области профессионального поведения непростительна



ПРОЦЕСС

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ СНИЖЕНИЕ РИСКОВ И ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ 2009 ВОЗ



Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности



Всемирная
организация здравоохранения

Безопасность пациентов
Восстановление и более безопасное хирургическое лечение

До начала анестезии

(в присутствии, как минимум, медсестры и анестезиолога)

Подтвердил ли пациент свое имя, место операции, процедуру и согласие?

☐ Да

Маркировано ли место операции?

☐ Да
☐ Не применимо

Проведена ли проверка оборудования и лекарственных средств для анестезии?

☐ Да

Пульсоксиметр зафиксирован на пациенте и функционирует?

☐ Да

Имеется ли у пациента:

Известная аллергия?

☐ Нет
☐ Да

Проблемы дыхательных путей или риск аспирации?

☐ Нет
☐ Да, и имеется оборудование/необходимая помощь

Риск кровопотери >500мл (7мл/кг у детей)?

☐ Нет
☐ Да, предусмотрены два устройства для ВВ/центрального доступа и жидкости для вливания

До рассечения кожи

(в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)

☐ Подтвердите, что все члены бригады представились по имени и назвали свою роль.

☐ Подтвердите имя пациента, процедуру и место, где будет проведено рассечение.

Проводилась ли антибиотикопрофилактика за последние 60 минут?

☐ Да
☐ Не применимо

Ожидаемые критические события

С точки зрения хирурга:

☐ Критические или неожиданные меры?
☐ Длительность операции?
☐ Ожидаемая кровопотеря?

С точки зрения анестезиолога:

☐ Специфичные для данного пациента проблемы?

С точки зрения операционных сестер:

☐ Стерильность (включая показания приборов) подтверждена?
☐ Проблемы с оборудованием или иные вопросы?

Визуализация необходимых изображений обеспечена?

☐ Да
☐ Не применимо

До того, как пациент покинет операционную

(в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)

Медсестра устно подтверждает:

☐ Наименование процедуры
☐ Подсчет количества инструментов, тампонов и игл завершен
☐ Образцы маркированы (зачитывает надписи на образцах, включая имя пациента)
☐ Имеются ли проблемы с оборудованием, требующие устранения

Хирург, анестезиолог и медсестра:

☐ Каковы основные проблемы, касающиеся реабилитации и ведения данного пациента?

Review

Open Access

Development of a surgical safety checklist for the performance of radical nephrectomy and tumor thrombectomy

Shivam Joshi¹, Michael A Gorin², Rajinikanth Ayyathurai^{3, 4} and Gaetano Ciancio^{1, 3, 4, 5*}

* Corresponding author: Gaetano Ciancio gciancio@med.miami.edu

▼ Author Affiliations

1 Miami Transplant Institute, Miami, FL, USA

2 James Buchanan Brady Urological Institute, Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, MD, USA

3 Department of Urology, University of Miami Miller School of Medicine, Miami, FL, USA

4 Jackson Memorial Hospital, Miami, FL, USA

5 Department of Surgery, Division of Transplantation, University of Miami Miller School of Medicine, Post Office Box 012440, Miami, FL, 33101, USA

For all author emails, please [log on](#).

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЧЕКЛИСТ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ НЕФРЕКТОМИИ И ТРОМБЭКТОМИИ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПРОЦЕССЕ, 2012, МАЙАМИ



Table 1

Checklist for the Performance of Radical Nephrectomy and Tumor Thrombectomy

Preoperative Workup and Surgical Planning



History and physical exam performed	Yes	No		
Exam findings suggestive of a lack of collateral venous flow	Yes	No		
Medical consultations obtained and recommendations acted on	Yes	No		
Preoperative labs reviewed and abnormalities addressed	Yes	No		
MRI or CT scan within last 30 days	Yes	No		
Level of thrombus	I	II	III	IV
Presence of bland thrombus on imaging	Yes	No		
Complete IVC obstruction on imaging	Yes	No		
Presence of venous collaterals on imaging	Yes	No		
Ancillary surgical teams consulted	Yes	No		
Need for an IVC filter to be placed preoperatively	Yes	No		
Informed consent obtained	Yes	No		
Anticoagulation therapy addressed	Yes	No		

Day of Surgery/Operating Room

РЕЗУЛЬТАТЫ

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА НАЗНАЧЕНИЯ ОПАСНЫХ МЕДИКАМЕНТОВ



- | | |
|---|--|
| 1 % of inpatient warfarin doses administered according to protocol | 9 % of patients with no INR recorded on inpatient warfarin prescription |
| 2 Number of patients receiving warfarin with INR >6 | 10 Reported anticoagulant adverse event rate |
| 3 Number of patients receiving warfarin with INR >5 | 11 Adverse event rate associated with use of low molecular weight heparin and unfractionated heparin |
| 4 Number of patients receiving warfarin with INR >8 | 12 Injectable sedative adverse event rate |
| 5 % of patients receiving low molecular weight heparin outside protocol limits | 13 % of patients treated within opiate protocol |
| 6 Number of patients receiving flumazenil to counteract effects of midazolam | 14 Opiate adverse event rate |
| 7 The number of patients who received opiates who receive subsequent treatment with naloxone | 15 Insulin adverse event rate |
| 8 Number of patients who received 25%/ 50% glucose to correct insulin induced hypoglycaemia |  Recommended Campaign measure |
| |  Additional measure |

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ СНИЖЕНИЕ РИСКОВ И ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ NHS



rganisation Patient Safety Incident Reports workbook

Table 5: Large Acute organisations - Organisational incident data by organisation in 6-month period, 1st April 2012 - 30th September 2012

Organisation name	Organisation code	Region	Based on reported dataset*		Based on occurring dataset**		Degree of harm										Access, admission, transfer, discharge (including missing)		Clinical assessment (including diagnosis, scans, tests, etc.)	
			Number of months reported (1-6)	Median number of days between incidents occurring and being reported to the NHS	Number of incidents occurring	Rate per 100 admissions	None		Low		Moderate		Severe		Death		N	%	N	%
							N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
IMPERIAL UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL NHS FOUNDATION TRUST	RBL	North West SHA	6	12	6 259	12,6	5 461	87,3	739	11,8	51	0,8	3	0	5	0,1	364	5,8	249	4
ROYAL CORNWALL HOSPITALS NHS TRUST	REF	South West SHA	6	30	3 659	5,92	3 096	84,6	472	12,9	68	1,9	18	0,5	5	0,1	265	7,2	152	4,2
BRIDGING, HAVERING AND REDBRIDGE UNIVERSITY HOSPITALS NHS TRUST	RF4	London SHA	6	19	3 522	5,44	2 747	78	715	20,3	48	1,4	12	0,3	0	0	472	13,4	227	6,4
PORTSMOUTH HOSPITALS NHS TRUST	RHU	South Central SHA	6	29	4 077	6,24	2 619	64,2	1 236	30,3	171	4,2	50	1,2	1	0	249	6,1	211	5,2
ROYAL BERKSHIRE NHS FOUNDATION TRUST	RHW	South Central SHA	5	20	2 494	5,44	1 447	58	682	27,3	354	14,2	7	0,3	4	0,2	149	6	120	4,8
UNIVERSITY HOSPITAL OF NORTH LONDON NHS TRUST	DIF	West Midlands SHA	4	11	1 078	4,40	7 876	77,1	401	17,2	160	0,1	77	0,7	1,1	0,1	561	4,4	187	0,4

ИНФОРМИРОВАННЫЕ СОГЛАСИЯ

ЕЖЕДНЕВНАЯ ПРАКТИКА В ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ 295 ХИРУРГОВ, 157 ВРАЧЕЙ СТАЖЕРОВ, ГОЛЛАНДИЯ, 2013
 WWW.PSSJOURNAL (ЖУРНАЛ: БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ В ХИРУРГИИ)



Table 2 Daily practice on surgical informed consent

Q-Nr	Question	Answer	Total (n=453)	Surgeons (n=296)	Residents (n=157)	p-value
5	For which type of surgical procedure a SIC is required?	All (Y/N %)	49/51%	46/54%	54/46%	0.19
		Elective (Y/N %)	28/72%	29/71%	27/73%	
		Depending on the surgeon (Y/N %)	23/77%	25/75%	19/81%	
7	Is there a check on patient competence?	Own clinical judgement (Y/N %)	98/2%	97/3%	100/0%	0.17
		Questionnaire (Y/N %)	1/99%	1/99%	0/100%	
		No control (Y/N %)	1/99%	2/98%	0/100%	
8	Is there an institutional standard on which information is provided?	Yes	61%	62%	58%	0.44
		No	39%	38%	42%	
10	Do you inform a patient on:	The diagnosis and operation indication (Y/N %)	99/1%	99/1%	99/1%	0.61
		The surgical procedure (Y/N %)	97/3%	97/3%	96/3%	0.32
		Complications (Y/N %)	99/1%	99/1%	98/2%	0.70
		Alternative treatment options (Y/N %)	86/14%	89/11%	80/20%	0.017
11	How do you check if the patient understood the information?	Repeat Back (Y/N %)	14/86%	15/85%	13/87%	0.67
12	Is there an institutional standard on complication rates to be used?	Yes	52%	58%	40%	<0.001
		No	48%	42%	59%	
13	Which complication percentage do you use to inform your patient?	Rates from literature (Y/N %)	67/33%	73/27%	56/44%	<0.001
		Rates from own department (Y/N %)	29/71%	35/65%	17/83%	<0.001
		Personal rates (Y/N %)	16/84%	23/77%	3/97%	<0.001
17	Is there a check prior to the surgical procedure whether the SIC process is correctly completed?	Yes	46%*	48%*	44%*	0.39*
		No	54%*	52%*	56%*	

Q-NR = Question number as reported in Additional file 1.

Y/N% = Percentage of persons in this category who answers positive / negative.

SIC = Surgical informed consent.

* Surgeons n=295, Residents n=156.



This Provisional PDF corresponds to the article as it appeared upon acceptance. Fully formatted PDF and full text (HTML) versions will be made available soon.

A survey of the current practice of the informed consent process in general surgery in the Netherlands

Patient Safety in Surgery 2013, 7:4 doi:10.1186/1754-9493-7-4

Wouter KG Leclercq (wleclercq@hotmail.com)
 Bram J Keulers (bram_keulers@yahoo.com)
 Saskia Houteman (saskia.houteman@cze.nl)
 Margot Veerman (margotveerman@hotmail.com)
 Johan Legemaate (j.legemaate@amc.uva.nl)
 Marc R Schellinga (m.schellinga@mmc.nl)

1 АПРЕЛЯ 2007- 31 МАРТА 2008

1 ГОД – 135 247 (В ХИРУРГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЯХ)

СИСТЕМА РЕГИСТРАЦИИ И ОБУЧЕНИЯ (RLS)



[Patient Safety home](#) | [Site map](#) | [Contact us](#) | [Accessibility](#) | Text size: ▼▲



[About Patient Safety](#)

[Report here](#)

[Safety data](#)

[Resources](#)

[News](#)

Google™ Custom Search

[Search](#)

[Home](#) » [Patient safety resources](#) » [Search by clinical specialty](#) » [Surgery](#)

IN THIS SECTION

« [Search by clinical specialty](#)

Surgery

Clinical Board for Surgical
Safety

Surgery

Surgical procedures are undertaken in many healthcare settings including primary care and radiology. These procedures are undertaken in day **surgery** units and on an outpatient basis as well as during inpatient care.

Between 1 April 2007 and 31 March 2008 there were 135,247 incidents reported in surgical specialities to the [Reporting and Learning System](#) (RLS).

The National Reporting and Learning Service is working to help healthcare organisations reduce the risks during surgery in a number of ways, including:

- Establishing the Clinical Board for Surgical Safety in October 2007. The Board is chaired by President of Royal College of Surgeons and membership includes representation from all relevant colleges and associations
- Working with the World Health Organisation on their [Safe Surgery Saves Lives Challenge](#) launched in



Checklist evaluation

Surgical Checklist Implementation Project (SCIP)

Imperial College London and Imperial College Healthcare NHS Trust have been awarded an National Institute for Health Research grant to undertake an in-depth national evaluation of the [Surgical Safety Checklist](#) in England.

The evaluation with focus on Checklist usability and its contribution to safer care delivery.

[More information on the SCIP website](#)

NHS

НАЦИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ОСЛОЖНЕНИЙ



5 мер для улучшения передачи сообщений о нарушении безопасности
Национальные рекомендации, 2008, Великобритания

Высокая частота сообщений –
свидетельствует о надежности
организации: сильной культуре
безопасности медицинской
организации, обязательствах перед
пациентом и его безопасностью

5 мер

- ✓ Давать обратную связь персоналу
- ✓ Фокус на обучении
- ✓ Вовлекать персонал «с передовой»
- ✓ Сделать систему передачи сообщений простой
- ✓ Сделать сообщение предметом обсуждения (а не осуждения!)

NHS Confed|NPSA briefing: Five actions to improve patient safety reporting

Reference number 1095
Issue date 01 June 2008
Type Guidance

This joint briefing by the National Reporting and Learning Service and the NHS Confederation sets out five key actions that all organisations can make to improve patient safety by strengthening **reporting and learning**.


High reporting is a mark of a 'high reliability' organisation. Research shows that trusts with significantly higher levels of incident reporting are more likely to demonstrate other features of a stronger safety culture, such as high NHS Litigation Authority ratings.

A commitment to reporting demonstrates a commitment to patients and their safety. This is recognised in Healthcare Commission (now the Care Quality Commission) core safety standards in England, which include consistency of reporting as one measure, and similar safety governance requirements in Healthcare Standards for Wales.

The key actions are:

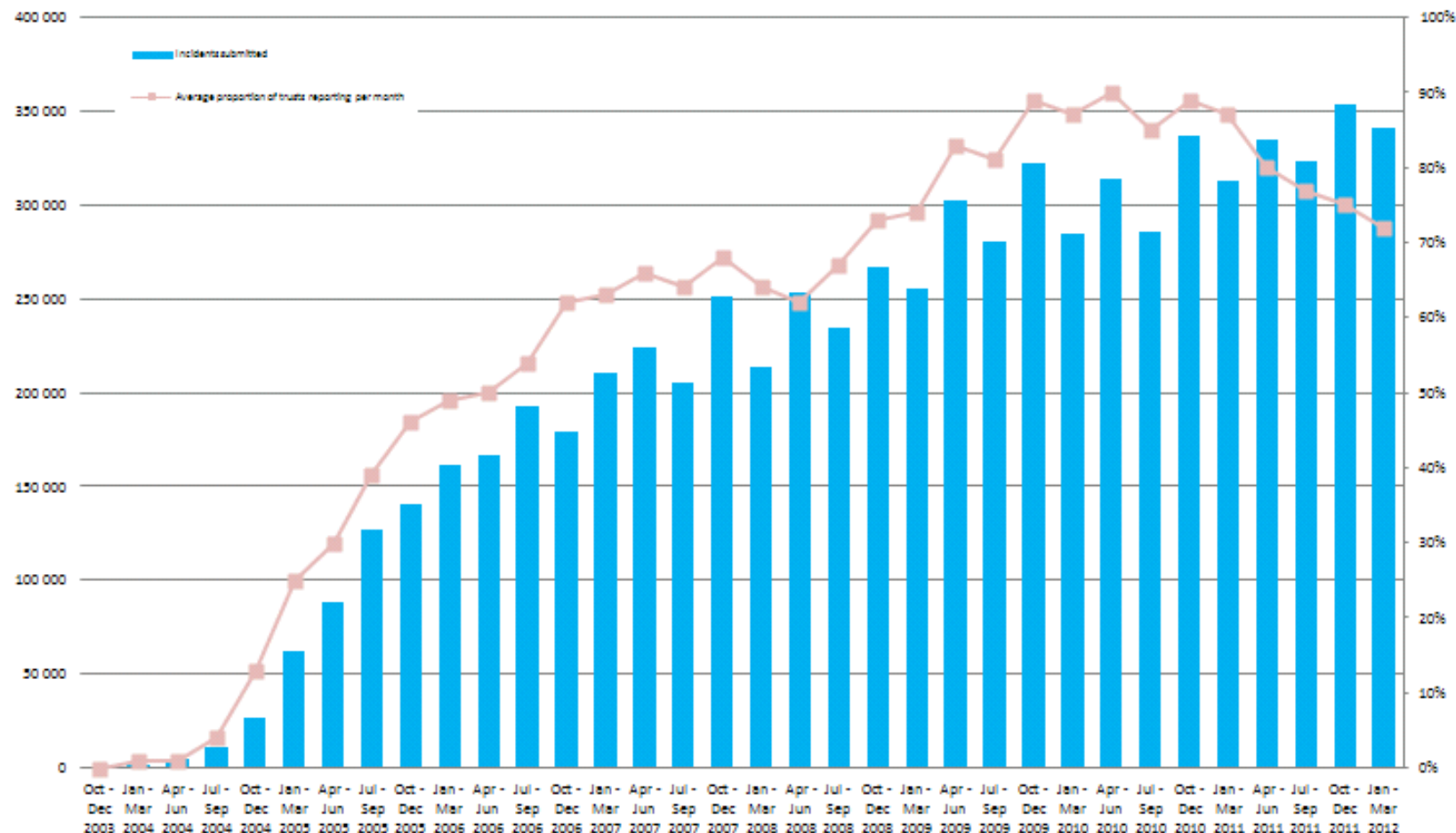
1. give feedback to staff;
2. focus on learning;
3. engage frontline staff;
4. make it easy to report; and
5. make reporting matter.

The briefing includes more information and case studies to support each of the actions.

 [NHS Confed - Five actions to improve reporting](#) - 429 KB
1095 - NHS Confed - Five actions to improve reporting - 2008-06 - V1

2003-2012 КОЛИЧЕСТВО ИНЦИДЕНТОВ И КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНИЦ

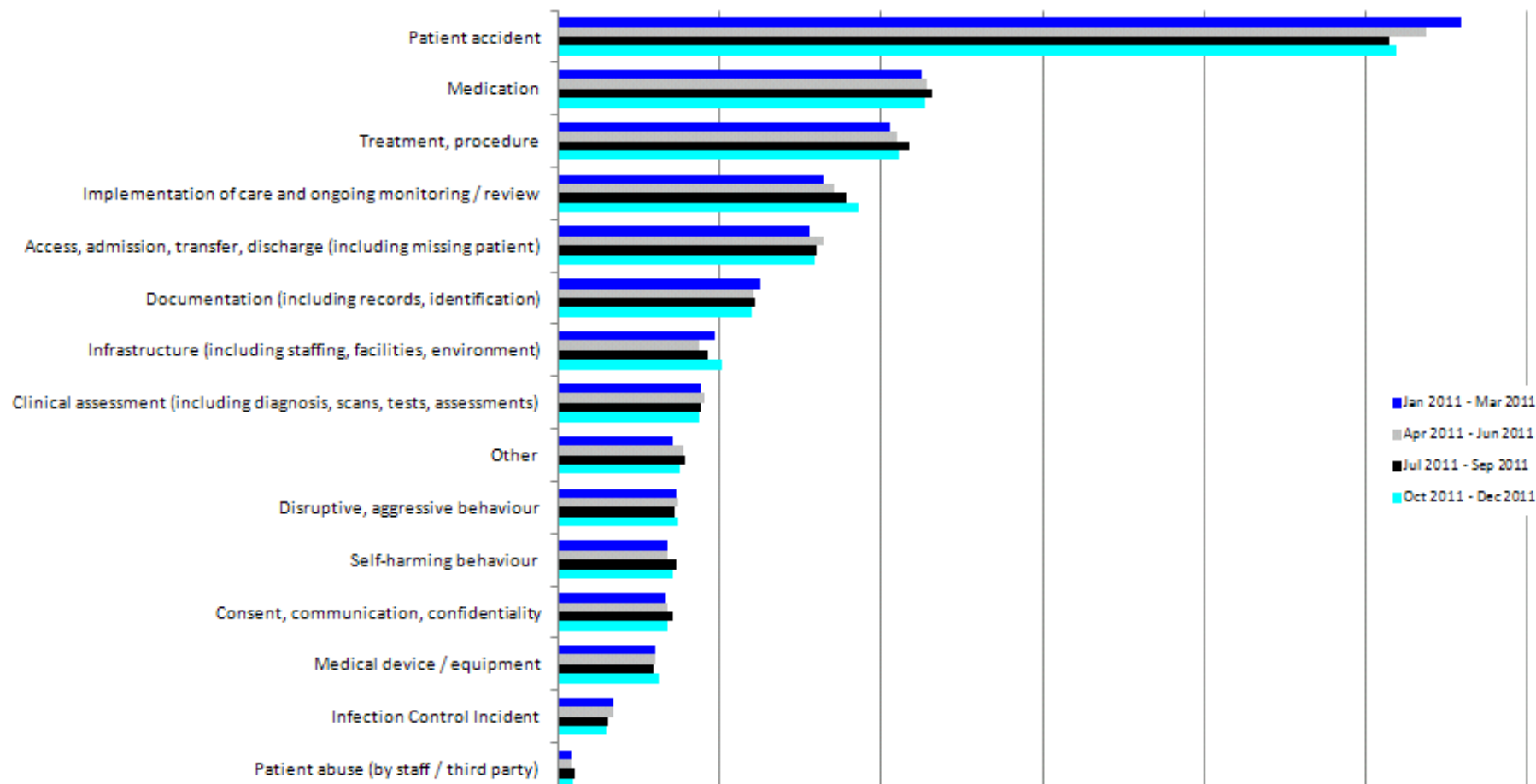
Chart 1: Incidents reported from Oct 2003 - Mar 2012, and average proportion of Organisations submitting per month



РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ТИПУ ИНЦИДЕНТОВ (ЯНВАРЬ 2011-ДЕК 2011, ПРИМЕР)



Chart 2: Proportion of incidents by incident type and quarter, Jan 2011 - Dec 2011



РЕГИСТРАЦИЯ СОБЫТИЙ

СТРУКТУРИРОВАННЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ, RUNOIMAN B ET ALL, ВОЗ



Нежелательные события в больнице	%
Падения	29
Иные повреждения (ожоги, последствия сдавливания, итд)	13
Ошибки в назначении медикаментов (не назначение, передозировка, низкая дозировка, не та терапия, не то лекарство)	12
Проблемы в клиническом процессе (не тот Диагноз, не та схема лечения, плохой уход)	10
Проблемы с оборудованием (не было, не то, не того года выпуска, поломка, было неправильно использовано)	8
Проблемы с документацией (не полная, не корректная, без даты, не ясная)	8
Опасные условия пребывания (контаминация, неадекватная уборка или стерилизация)	7
Неадекватные ресурсы (отсутствие персонала, невозможность привлечения необходимого персонала, неопытный персонал, плохо ориентированный персонал)	5
Проблемы логистики (при поступлении, лечении, транспортировке, при ответе на экстренный вызов)	4
Административные проблемы (недостаточное наблюдение, недостаток ресурсов, слабые управленческие решения)	2
Инфузионные проблемы (не назначение, неправильная скорость инфузии)	1
Проблемы инфраструктуры (электричество, нехватка кроватей)	1
Проблемы питания (накормили при 0 столе, не тот стол, контаминированная пища, проблемы с заказом)	1
Проблемы при трансфузии (не назначение, перелито недостаточное количество, перелито избыточное количество, проблемы хранения)	1
Проблемы с кислородом (не назначение, недостаточное количество, избыточное количество, преждевременная отмена, проблемы с подачей O2)	1

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ



Patient safety issues related to gastrostomy Signal	28 February 2012	Signal
Minimising Risks of Mismatching Spinal, Epidural and Regional Devices with...	28 November 2011	Alert
Early detection and treatment of acute limb ischaemia Signal	25 March 2011	Signal
Outbreak of prosthetic valve endocarditis Signal	25 March 2011	Signal
Airway suction equipment Signal	14 February 2011	Signal
Safer spinal (intrathecal), epidural and regional devices	31 January 2011	Alert
How to guide to the five steps to safer surgery	20 December 2010	Guidance
WHO surgical safety checklist: for maternity cases only	11 November 2010	Guidance
Accurate patient weight Signal	29 October 2010	Signal
Haemorrhage following removal of femoral catheters Signal	29 October 2010	Signal
Wrong site nerve block Signal	29 October 2010	Signal
The transfusion of blood and blood components in an emergency	21 October 2010	Alert
Never Events Annual Report 2009/10	08 October 2010	Data report


National Patient Safety Agency

Rapid Response Report

NPSA/2010/RRR017

From reporting to learning
21 October 2010

The transfusion of blood and blood components in an emergency

Issue

The urgent provision of blood for life threatening loss can jeopardise the survival of patients. It is vital to avoid hypovolaemic shock and its components, for which effective communication of blood is key.

Evidence of harm

During the period October 2006 to September 2008, 83 incidents in which a patient was harmed.

Reducing the risk of harm

This Rapid Response Report (RRR) is intended to impact on the efficient provision of blood alongside this RRR includes guidance issued by the Confidential Enquiry into Patient Safety and Quality (CEPSQ) management of massive obstetric haemorrhage *Blood transfusion in obstetrics* (2008).

For IMMEDIATE ACTION by the NHS and Independent (acute) sector. Actions should be led by an executive director nominated by the Chief Executive, working with the Chair of the Hospital Transfusion Committee. Deadline for ACTION COMPLETE is 26 April 2011.

Local organisations should ensure that:

1. The hospital transfusion committee reviews the local protocols and practices for requesting and obtaining blood in an emergency (including out of hours), ensuring that they include all the actions required by clinical teams, laboratories and support services, e.g. portering and transport staff/drivers and any specific actions pertinent to sites without an on-site transfusion laboratory.
2. Local protocols enable the release of blood and blood components without the initial approval of a haematologist although they should be advised of the situation at the earliest opportunity.
3. Staff (clinical, laboratory and support clinical and laboratory areas) are familiar with it, supported by training and regular drills.
4. The blood transfusion laboratory staff are informed of patients with a massive haemorrhage at the earliest opportunity.
5. Clinical teams dealing with patients with massive haemorrhage nominate a specific member of the team to co-ordinate communication with the laboratory staff and support services for the duration of the incident.
6. There is a clear and well understood trigger phrase to activate the massive blood loss protocol, for example "I want to trigger the massive blood loss protocol (and state location e.g. delivery suite)" and all subsequent communications between clinical areas and laboratory staff should be preceded by the use of a locally agreed trigger phrase such as "This call relates to the massive blood loss protocol (and location)".
7. All incidents where there are delays in the provision of blood in an emergency are reported and investigated locally, and reported to the NPSA and the Serious Hazards of Transfusion (SHOT) scheme (www.shotuk.org).
8. Each event triggering the massive blood loss protocol is recorded and reviewed by the hospital transfusion committee to ensure local protocols are applied appropriately and effectively.

Supporting information on this RRR is available at npsa.nhs.uk; telephone 020 7927 9690. The NPSA has informed NHS organisations, professional bodies in England and Wales.

Gateway ref: 14960

© National Patient Safety Agency 2010. Copyright and all other rights reserved. The NPSA authorises UK healthcare organisations to re-use this information.

For IMMEDIATE ACTION by the NHS and Independent (acute) sector. Actions should be led by an executive director nominated by the Chief Executive, working with the Chair of the Hospital Transfusion Committee. Deadline for ACTION COMPLETE is 26 April 2011.

Local organisations should ensure that:

1. The hospital transfusion committee reviews the local protocols and practices for requesting and obtaining blood in an emergency (including out of hours), ensuring that they include all the actions required by clinical teams, laboratories and support services, e.g. portering and transport staff/drivers and any specific actions pertinent to sites without an on-site transfusion laboratory.
2. Local protocols enable the release of blood and blood components without the initial approval of a haematologist although they should be advised of the situation at the earliest opportunity.
3. Staff (clinical, laboratory and support staff) know where to find the massive blood loss protocol in all relevant clinical and laboratory areas and are familiar with it, supported by training and regular drills.
4. The blood transfusion laboratory staff are informed of patients with a massive haemorrhage at the earliest opportunity.
5. Clinical teams dealing with patients with massive haemorrhage nominate a specific member of the team to co-ordinate communication with the laboratory staff and support services for the duration of the incident.
6. There is a clear and well understood trigger phrase to activate the massive blood loss protocol, for example "I want to trigger the massive blood loss protocol (and state location e.g. delivery suite)" and all subsequent communications between clinical areas and laboratory staff should be preceded by the use of a locally agreed trigger phrase such as "This call relates to the massive blood loss protocol (and location)".
7. All incidents where there are delays or problems in the provision of blood in an emergency are reported and investigated locally, and reported to the NPSA and the Serious Hazards of Transfusion (SHOT) scheme (www.shotuk.org).
8. Each event triggering the massive blood loss protocol is recorded and reviewed by the hospital transfusion committee to ensure local protocols are applied appropriately and effectively.

- Хирургические осложнения снизились на 1\3
- Хирургические смерти с 1.5 до 0.8% (3.7-1.4%)

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!