

DOI 10.11603/1681-2786.2023.4.14432
УДК 614.2-052

Н. Я. ПАНЧИШИН, Ю. Ю. ХАРХАЛІС, О. Я. ГАЛИЦЬКА-ХАРХАЛІС

ДЕЯКІ АСПЕКТИ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ У МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України,
м. Тернопіль, Україна

Мета: провести аналіз сучасної літератури та узагальнити найновіші вітчизняні та світові досягнення щодо питання безпеки пацієнтів як глобального пріоритету охорони здоров'я та показників якості безпеки пацієнтів.

Матеріали і методи. Проведено аналіз наукових джерел інформації (електронна база PubMed) щодо безпеки пацієнтів із використанням бібліосемантичного та аналітичного методів.

Результати. Отримані у ході дослідження результати підтвердили, що проблема забезпечення безпеки пацієнтів і медичної допомоги є однією з найбільш обговорюваних у колах наукової медичної та правової спільноти. Кожна складова в процесі надання медичної допомоги містить елементи небезпеки та загрози.

Індикатори безпеки пацієнта – це конкретні мірила або оцінки, які використовуються для визначення та моніторингу рівня безпеки у наданні медичних послуг. Вони вказують на якість й ефективність систем та процесів у медичних установах з метою захисту пацієнтів від можливих ризиків й уникнення помилок у лікуванні. Ці індикатори використовуються для постійного вдосконалення систем охорони здоров'я, зменшення ризиків та забезпечення найвищого рівня безпеки пацієнтів.

Запобігання медичним помилкам та недосконаlostям у медичній практиці є важливим завданням, що вимагає злагодженої дії всіх учасників системи охорони здоров'я.

Висновки. Безпека пацієнтів є невід'ємною частиною системи громадського здоров'я, і вона вимагає постійного вдосконалення та покращення. Запровадження стратегій профілактики медичних помилок, розвиток ефективного спілкування між медичним персоналом та пацієнтами, впровадження сучасних технологій і постійне навчання медичних працівників – це ключові шляхи до забезпечення безпеки та надійного медичного обслуговування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: безпека пацієнтів; несприятливі події; показники якості; медична допомога.

Концепція розуміння того, що пацієнтам може бути завдано шкоди під час отримання медичної допомоги, відома вже тисячі років, відколи Гіппократ вигадав фразу «насамперед не нашкодь». Термін «ятрогенез», який і сьогодні використовують для позначення шкоди, якої зазнають пацієнти від діяльності медичної системи, свої корені знаходить у грецькій мові, що означає «походить від лікаря».

Навіть при найкращому медичному обслуговуванні в першокласних клінічних закладах іноді трапляються нещасні випадки, інфекції або інші небажані наслідки. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі 4 з 10 пацієнтів стикаються з проблемами безпеки в закладах первинної та амбулаторної медичної допомоги, 2,6 млн людей щорічно помирають через неналежаще надання медичної допомоги в лікарнях, а медикаментозні помилки оцінюються в 42 млрд доларів США щороку [23–25].

Згідно з останніми звітами Агентства з досліджень та якості охорони здоров'я (Agency for Healthcare Research and Quality), вдосконалення процедур безпеки пацієнтів сприяло зниженню на 13 % випадків внутрішньолікарняних захворювань, таких як травми та інфекції. Ці процеду-

ри врятували 20 700 життів і заощадили 7,7 млрд доларів США на медичні витрати. Ця статистика підкреслює фундаментальну важливість безпеки пацієнтів [1, 18].

Мета роботи: провести аналіз сучасної літератури й узагальнити найновіші вітчизняні та світові досягнення щодо питання безпеки пацієнтів як глобального пріоритету охорони здоров'я і показників якості безпеки пацієнтів.

Матеріали і методи. Проведено аналіз наукових джерел інформації (електронна база PubMed) щодо безпеки пацієнтів. Для написання даного огляду літератури використовували бібліосемантичний та аналітичний методи аналізу літературних джерел.

Результати дослідження та їх обговорення. У контексті клінічної допомоги безпека пацієнта – це зусилля медичних працівників, спрямовані на зменшення або уникнення шкоди, якій можна запобігти, для пацієнта під час лікування, а також необхідність стратегій, спрямованих на те, щоб звести до мінімуму ризику для здоров'я пацієнта.

Ініціативи з безпеки пацієнтів передбачають мінімізацію фізичної, психічної або емоційної шкоди, а також захист приватної інформації про пацієнта. Ці ініціативи можуть включати протоко-

ли, розроблені для запобігання нещасним випадкам, недбалості або помилковим діагнозам, які можуть ненавмисно зашкодити пацієнтові, а також повідомлення про проблеми, що виникають.

Хоча ідея медичних помилок відома давно, сучасний погляд на них почався зі знаменитої статті 1956 р. у *New England Journal of Medicine*. Її автор обговорює понад 40 різних наслідків, які з'явилися в результаті нових та вже існуючих методів медикаментозної терапії. Багато з них продовжують лікувати одну хворобу, але наражають пацієнтів на ризик розвитку вторинних захворювань. Ця стаття пропонує читачам вражаючу історичну перспективу, яка не тільки викликає занепокоєння щодо всіх наявних на сьогодні нових методів лікування, але й може призвести до ще невиявлених і непередбачуваних станів [17]. Проте, незважаючи на дослідження, які продовжували документувати часті епізоди заподіяння шкоди госпіталізованим пацієнтам, якій можна було запобігти, сфера безпеки залишалася невеликою і відносно ігнорованою аж до 1990-х рр.

Незважаючи на всі відомі можливості сучасної медицини у лікуванні та полегшенні стану пацієнта під час хвороби, саме в цей період стало зрозумілим, що лікарні не є повністю безпечними місцями для зцілення. Натомість це є місця, пов'язані з ризиком заподіяння шкоди пацієнтам. Однією з важливих відповідей на це усвідомлення стало зростання інтересу до безпеки пацієнтів. Все більш очевидно, що безпека пацієнтів стала поняттям, яке включає в себе цілий комплекс знань і досвіду, і що вона має потенціал для революції в охороні здоров'я, можливо, так само радикально, як колись молекулярна біологія різко збільшила терапевтичну силу медицини.

Публікація 1994 р. фундаментального коментаря доктора Люсіана Ліпа «Помилки в медицині» привернула увагу до цієї проблеми і створила підґрунтя для аналізу та запобігання помилкам, яке актуальне і донині [15]. У 1999 р. Інститут медицини опублікував дослідження «Помилятися властиво людині», в якому було підраховано, що 44 000–98 000 американців помирають щороку через шкоду, якій можна було б запобігти [14]. Багато хто вважає цю публікацію початком сучасного руху за безпеку пацієнтів, адже з часу її появи значна увага приділяється підвищенню безпеки пацієнтів у лікарнях, а також, дедалі більше, і в інших медичних закладах. Хоча багато чого ще належить зробити, останні роки принесли набагато глибше розуміння причин проблем безпеки і певний прогрес у зменшенні шкоди, якій можна запобігти.

Безпека пацієнтів сьогодні визнана у багатьох країнах, а глобальній обізнаності сприяє Всесвітній альянс за безпеку пацієнтів Всесвітньої організації охорони здоров'я (*World Alliance for Patient Safety*). Безпека пацієнтів викликає все більше занепокоєння серед медичних працівників, тому у вересні 2019 р. відбувся перший Всесвітній день безпеки пацієнтів, метою якого було підвищення обізнаності про важливість безпеки

пацієнтів у всьому світі. Він був заснований на резолюції, прийнятій Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я в травні 2019 р., яка визнала безпеку пацієнтів глобальним пріоритетом охорони здоров'я [11].

І все ж на шляху впровадження політики та практики безпеки пацієнтів ще залишається чимало викликів. Однією з фундаментальних вимог для прийняття будь-якого нового підходу є чітке формулювання його передумов і проявів. Тому багато дослідників працювало над визначенням компонентів та розробкою моделей безпеки пацієнтів. Однак єдиної концепції, яка б допомогла ґрунтовно впровадити безпеку пацієнтів у всю систему охорони здоров'я, досі не існує [3, 6, 16].

Проблеми безпеки пацієнтів на даний час дуже різноманітні. Зокрема, до них належать інфекції в результаті медичних процедур; резистентність до антибіотиків, що розвинулася через надмірне медикаментозне лікування; нещасні випадки, пов'язані з падінням і ковзанням пацієнтів у лікарні або закладі довготривалого догляду; невчасне використання засобів індивідуального захисту; недотримання належних стандартів санітарії в клінічних установах або палатах пацієнтів; помилки у призначенні, застосуванні або управлінні медикаментами; проблеми з переходом на інший вид догляду та випискою, що зазвичай виникають через погану комунікацію.

У сфері безпеки пацієнтів термін «несприятливі події» використовується для опису шкоди, завданої пацієнту в результаті надання медичної допомоги (а не внаслідок основного захворювання) [1]. Важливими підкатегоріями несприятливих подій є:

- небажані явища, яким можна запобігти: явища, що виникли внаслідок помилки або нездатності застосувати прийнятну стратегію профілактики;
- небажані явища, які можна усунути: явища, яким не можна запобігти, але які могли б бути менш шкідливими, якби медична допомога була іншою;
- небажані явища через недбалість: явища, спричинені наданням медичної допомоги, яка не відповідає стандартам, очікуваним від клініцистів у суспільстві.

Два інші терміни використовуються для опису небезпек для пацієнтів, які не призводять до шкоди:

- небезпечна ситуація: ситуація, яку не можна відрізнити від несприятливої події, якій можна запобігти, за винятком результату. Пацієнт потрапляє в небезпечну ситуацію, але не зазнає шкоди (або завдяки везінню, або завдяки ранньому виявленню);
- помилка: ширший термін, що означає будь-яку дію (вчинення чогось неправильного) або бездіяльність (невчинення правильних дій), що наражає пацієнта на потенційно небезпечну ситуацію.

Численні дослідження показали, що 10–12% госпіталізованих пацієнтів стикаються з несприятливими подіями, причому приблизно половина з них вважається такими, яким можна запобігти.

Хоча існує загальний консенсус щодо частоти шкоди, якій можна запобігти в лікарнях, кількість смертей, які безпосередньо є наслідком цих несприятливих подій, яким можна запобігти, є суперечливою, оскільки різні дослідження дають дуже різні оцінки [8, 18]. Ця суперечливість виникає частково через те, що вимірювання конкретних несприятливих подій залишається складною сферою, що розвивається, і не існує золотого стандарту для вимірювання загальної безпеки на інституційному рівні. Навіть коли несприятлива подія виявлена, досить часто важко визначити, чи можна було їй запобігти.

Поширеність несприятливих подій, яким можна запобігти, не так широко вивчалася в інших сферах охорони здоров'я, але зростаюча кількість досліджень свідчить про те, що шкода, якій можна запобігти, поширена в усіх місцях надання медичної допомоги. Більшість медичних послуг надається в амбулаторних умовах, і дослідження, проведені серед амбулаторних пацієнтів, показали, що рівень шкоди серед них є порівняно нижчим, аніж рівень шкоди серед госпіталізованих пацієнтів. Нещодавні дослідження, що аналізували шкоду для пацієнтів програми Medicare, які перебувають у лікарнях довготривалого догляду та реабілітації, також виявили, що понад 10 % пацієнтів у цих установах стикаються з несприятливими подіями. Також добре задокументовано, що особливо ризикованим є перехід від однієї системи до іншої, особливо після виписки зі стаціонару [21, 26]. Звичайно, забезпечення безпеки пацієнтів є пріоритетом для будь-якого типу медичного закладу, і вони повинні дотримуватися відповідних стандартів та протоколів безпеки.

Традиційно в медицині помилки розглядалися як недоліки з боку окремих лікарів, що відображають недостатній рівень знань чи навичок. Однак новаторська робота британського психолога Джеймса Різона, який проаналізував помилки в таких різних галузях, як авіація та ядерна енергетика, показала, що катастрофічні збої в безпеці майже ніколи не спричиняються ізольованими помилками окремих людей [20]. Натомість більшість аварій є наслідком множинних, дрібніших помилок у середовищах, які мають серйозні системні недоліки. Робота Різона привела до розвитку системного підходу, який полягає в тому, що більшість помилок відображає передбачувані людські помилки в контексті погано спроектованих систем. Системний підхід спрямований на виявлення ситуацій або факторів, які можуть призвести до людських помилок, і зміну базових систем надання медичної допомоги з метою зменшення кількості помилок або мінімізації їхнього впливу на пацієнтів.

Щоб описати це явище, Дж. Різон запровадив відому нині модель «швейцарського сиру». У цій моделі помилки, зроблені окремими людьми, призводять до катастрофічних наслідків через недосконалість системи – «дірок у сирі» [20].

Важливо зазначити, що модель «швейцарського сиру» не звільняє окремих лікарів від від-

повідальності. Вона радше ставить індивідуальні дії у відповідний контекст і визнає, що переважна більшість помилок допускається добре підготовленими лікарями, які мають добрі наміри. А втім, індивідуальна відповідальність відіграє важливу роль у забезпеченні безпеки пацієнтів, особливо коли лікарі допускають недбалість або не дотримуються встановлених правил безпеки. Концепція справедливої культури, яка зараз широко використовується в охороні здоров'я, підкреслює, що більшість помилок є наслідком недоліків системи, але також окреслює, де люди повинні нести відповідальність.

Базовий звіт Агентства з досліджень та якості охорони здоров'я (AHRQ) «Як зробити охорону здоров'я безпечнішою», опублікований у 2001 р., став першою спробою використати принципи доказової медицини для визначення практик, спрямованих на покращення безпеки пацієнтів. Звіт активізував зусилля з безпеки пацієнтів у лікарнях і заклав основу для подальших досліджень, що привело до деяких найвизначніших успіхів у сфері безпеки. За останні десятиліття тисячі життів було врятовано завдяки інноваційним зусиллям, спрямованим на зниження рівня інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги, запобігання хірургічним ускладненням і поліпшення командної роботи серед клініцистів. Також було досягнуто прогресу у створенні клімату безпеки в охороні здоров'я, в якому помилки регулярно обговорюються і розглядаються як можливості для навчання, а клініцисти, які припускаються помилок, отримують підтримку, а не звинувачення. Звіт AHRQ «Зробимо охорону здоров'я безпечнішою II», опублікований у 2013 р., поповнив доказову базу втручань, спрямованих на безпеку пацієнтів, а дані AHRQ вказують на те, що рівень шкоди, якій можна було б запобігти, значно знизився за останні кілька років [4, 19].

У 2015 р. Національний фонд безпеки пацієнтів опублікував звіт «Без шкоди» [10]. Враховуючи різноманітні виклики у сфері безпеки, у звіті було надано вісім ключових рекомендацій для забезпечення подальшого прогресу в цій галузі: керівникам забезпечити створення і підтримку культури безпеки; створити централізований і скоординований нагляд за безпекою пацієнтів; створити загальний набір показників безпеки, які відображають значущі результати; збільшити фінансування досліджень у сфері безпеки пацієнтів та їх наукового впровадження; забезпечити безпеку в усьому континуумі надання медичної допомоги; підтримувати медичні кадри; співпрацювати з пацієнтами та їхніми сім'ями для забезпечення найбезпечнішої медичної допомоги; забезпечити безпеку та оптимізацію технологій для підвищення безпеки пацієнтів.

У міру того як сфера безпеки пацієнтів розвивалася, дослідники стали краще розуміти основні причини виникнення несприятливих подій і методи запобігання помилкам. Зараз існує загальний консенсус щодо того, що ця галузь повинна відійти від фокусування на окремих типах

несприятливих подій і натомість зосередитися на розробці безпечніших систем надання медичної допомоги. Цей зсув ґрунтується на визнанні того, що небезпечні системи наражають пацієнтів на ризик виникнення декількох різних типів несприятливих подій одночасно. Наприклад, пацієнт у відділенні інтенсивної терапії академічної лікарні може наражатися на ризик медикаментозних помилок, кількох різних типів інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги, процедурних ускладнень, а також помилок, пов'язаних із поганою комунікацією між клініцистами або неналежним наглядом за інтернами. Взаємопов'язаність цих помилок вимагає використання знань з інженерії людського фактора та інших дисциплін для розробки безпечніших систем надання медичної допомоги, а не впровадження цільових програм для запобігання індивідуальній шкоді. Цей зсув, що супроводжується більш суворими вимірюваннями та аналізом, буде необхідним для подальшого покращення безпеки пацієнтів [2, 12].

Показники якості безпеки пацієнтів – це еквівалент ключових показників ефективності (KPI) у сфері охорони здоров'я, які використовуються у світі бізнесу. KPI – це те, що можна виміряти і що використовується для того, щоб продемонструвати всім, що компанія досягає своїх ключових бізнес-цілей [22, 23].

У сфері охорони здоров'я однією з ключових «бізнес-цілей» є захист пацієнтів від несприятливих подій. Медичні KPI є «показниками якості безпеки пацієнтів» (PSQI), або «показниками якості безпеки пацієнтів» (PSI), або просто показниками якості. За визначенням Агентства з досліджень та якості охорони здоров'я (AHRQ), ці індикатори є вимірами, які відстежують несприятливі події, що можуть виникнути у пацієнтів через їхню взаємодію з системою охорони здоров'я. Як зазначає AHRQ, «цим подіям, ймовірно, можна запобігти шляхом внесення змін на рівні системи або постачальника послуг».

Показники PSI повинні базуватися на фактичних даних і зосереджуватися на тому, що має найбільше значення, з урахуванням кадрових та інших ресурсів. У світі покращення якості є поширена приказка: «Що вимірюється, те й робиться». Тобто для того, щоб поліпшити процес або результат, потрібно виміряти цей процес або його результат. У сфері охорони здоров'я важливо вимірювати будь-який процес, процедуру або практику, які можуть негативно вплинути на результати лікування пацієнтів, або мають потенціал для поліпшення результатів лікування, використовуючи добре сплановані, інклюзивні індикатори безпеки пацієнтів.

Індикатори безпеки пацієнта (PSI) – це набір заходів, які дозволяють виявити несприятливі події, що виникають у пацієнтів внаслідок контакту з системою охорони здоров'я. Ці події, ймовірно, піддаються запобіганню шляхом внесення змін на рівні системи або постачальника послуг [13].

PSI визначаються на двох рівнях: на рівні постачальника послуг та на рівні регіону. Індикато-

ри на рівні надавача послуг дозволяють оцінити ті ускладнення, які потенційно можна попередити для пацієнтів, що отримали первинну медичну допомогу та ускладнення в межах однієї госпіталізації. Індикатори на рівні надавача включають лише ті випадки, коли код вторинного діагнозу вказує на ускладнення, якому можна було б запобігти. Індикатори на рівні області охоплюють всі випадки ускладнень, яким потенційно можна запобігти, і які трапляються на певній території чи в даній місцевості (наприклад, у столичному регіоні або окрузі) або під час госпіталізації, або ж призводять до подальшої госпіталізації. Індикатори на рівні області повинні включати основний діагноз, а також вторинні діагнози, що стосуються ускладнень медичної допомоги.

Дослідження PSI постійно демонструють, що частота ускладнень і несприятливих подій суттєво відрізняється в різних лікарнях. Докази також свідчать про те, що високий рівень ускладнень і несприятливих подій може бути пов'язаний із недоліками в якості медичної допомоги. Існує широкий консенсус щодо того, що медичні працівники можуть зменшити кількість ускладнень та несприятливих подій у пацієнтів, покращуючи загальне середовище надання медичної допомоги та безпеки.

Є й інші показники якості безпеки пацієнтів, рекомендовані AHRQ. До них належать індикатори якості стаціонарної допомоги (IQI), які відображають якість медичної допомоги в лікарнях і включають смертність у стаціонарі; використання процедур, щодо яких є питання про надмірне, недостатнє або неправильне використання; обсяг процедур, щодо яких є докази того, що більший обсяг процедур пов'язаний із нижчою смертністю; педіатричні індикатори якості (PDI), які відображають якість медичної допомоги дітям віком до 17 років та новонародженим у лікарнях (індикатори на рівні закладу) та визначають потенційно можливу госпіталізацію серед дітей (індикатори на рівні регіону) [13, 23].

Загалом, індикатори безпеки пацієнтів не призначені для остаточного вимірювання якості, оскільки на якість роботи можуть впливати й інші фактори. Однак показники PSI вказують на відмінності в роботі лікарень, які потенційно є клінічно важливими. Вони вимірюють відмінності у здатності лікарень зменшувати тяжкі та потенційно запобіжні ускладнення і несприятливі події. Ефективність за одним PSI часто не може достовірно вказувати на реальні відмінності в якості. AHRQ підкреслює, що вивчення всіх індикаторів разом, швидше за все, дасть більш повнішу картину загальної якості медичної допомоги.

Незважаючи на явні успіхи, рівень шкоди, який можна запобігти, серед пацієнтів залишається неприйнятно високим, і з'явилися нові виклики, які перешкоджають зусиллям із підвищення безпеки [5, 7]. Одним із головних нових викликів у сфері безпеки є революція в інформаційних технологіях, яка трансформувала повсякденну практику медицини, але не завжди приводила

до підвищення безпеки медичної допомоги. Деякі технологічні інновації, такі як комп'ютеризоване введення замовлень лікаря і введення ліків зі штрих-кодом, безумовно, підвищили безпеку. З іншого боку, широке впровадження електронних медичних записів часто призводило до того, що втома від пильності – і пов'язані з нею ризики для безпеки – ставали повсякденним аспектом робочого процесу лікарів. Погано розроблені електронні медичні картки часто називають причиною професійного вигорання лікарів, що само собою пов'язано з ризиками для безпеки пацієнтів.

Ще одним викликом для галузі є необхідність покращення безпеки на всіх етапах надання медичної допомоги. Дослідження у сфері безпеки пацієнтів розпочалися з вивчення госпіталізованих пацієнтів. Лише нещодавно дослідники почали аналізувати питання безпеки в амбулаторній та довготривалій допомозі, і такі дослідження починають заповнювати значну прогалину в знаннях щодо ефективних заходів із безпеки в цих умовах [9].

Останній виклик стосується вимірювання безпеки. Сфера безпеки залишається обмеженою через відсутність стандартизованих критеріїв вимірювання, особливо для діагностичних помилок, яким не надається стільки уваги, скільки іншим аспектам безпеки, незважаючи на те, що вони є досить поширеними.

Висновки

Безпека пацієнтів є невід'ємною частиною системи громадського здоров'я, і вона вимагає постійного вдосконалення та покращення. За-

провадження стратегій профілактики медичних помилок, розвиток ефективного спілкування між медичним персоналом та пацієнтами, впровадження сучасних технологій та постійне навчання медичних працівників – це ключові шляхи до забезпечення безпеки та надійного медичного обслуговування.

Однією з головних переваг заходів з безпеки пацієнтів є те, що вони забезпечують більш високі стандарти клінічної допомоги. Наприклад, запобіжні заходи проти помилкового діагнозу гарантують, що пацієнти отримують правильне лікування основного захворювання; вони допомагають лікарям переконатися, що вони лікують основну хворобу, а не лише периферійний симптом або побічний ефект.

Ці зусилля, разом з удосконаленими процедурами виписки з лікарні, можуть покращити догляд за пацієнтами з хронічними захворюваннями, а також сприяти зниженню рівня повторних госпіталізацій. Крім того, програма безпеки пацієнтів може допомогти забезпечити врахування всіх фізичних та емоційних потреб пацієнтів, навіть якщо їхнє лікування передбачає тривале перебування в медичному закладі.

Перспективи подальших досліджень. З огляду на глобалізацію питань щодо безпеки пацієнтів, революції в інформаційних технологіях в галузі охорони здоров'я, необхідності покращення безпеки на всіх етапах надання медичної допомоги, необхідності стандартизованих критеріїв покращення безпеки, доцільним є проведення подальших наукових досліджень даного напрямку.

Список літератури

1. *Безпека пацієнта: управління ризиками* : монографія / [А. Г. Салманов, В. В. Артьоменко, Д. В. Щеглов та ін.]. – К. : Аграр Медіа Груп, 2023. – 528 с.
2. *Безпека пацієнтів в Україні: ліки без шкоди* : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2022 року (Київ, 16 вересня 2022 р.) / за заг. ред. Ю. Л. Кучина. – К. : МВЦ «Медінформ», 2022. – 144 с.
3. *Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Дніпро, 6–7 червня 2017 р.) / за заг. ред. акад. НАМН України А. М. Сердюка та чл.-кор. НАМН України Т. О. Перцевої. – К. : ДП «НВЦ «Пріоритети», 2017. – 200 с.
4. *Agency for Healthcare Research and Quality*. – Access mode : <https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V30/2006-Feb-pdf>.
5. *Communicating Patient Safety Information Through Video and Oral Formats – A Comparison* / M. Bånnsgård, A. Nouri, C. Finizia [et al.] // *Journal of Patient Safety*. – 2023. – Vol. 19 (2). – P. 137–142.
6. *Developing a reliable and valid patient measure of safety in hospitals (PMOS): a validation study* / R. R. McEachan, R. J. Lawton, J. K. O'Hara [et al.] // *BMJ Qual. Saf.* – 2014. – Vol. 23. – P. 565–573.
7. *Factors Associated with Diagnostic Error: An Analysis of Closed Medical Malpractice Claims* / V. Grenon, J. Szymonifka, J. Adler-Milstein [et al.] // *Journal of Patient Safety*. – 2023. – Vol. 19 (3). – P. 211–215.
8. *Filling a gap in safety metrics: development of a patient-centred framework to identify and categorise patient-reported breakdowns related to the diagnostic process in ambulatory care* / S. K. Bell, F. Bourgeois, C. M. DesRoches [et al.] // *BMJ Qual. Saf.* – 2022. – Vol. 31. – P. 526–540.
9. *Five strategies for how patients and families can improve patient safety: World Patient Safety Day 2023* / A. W. Wu, I. Papieva, S. Sheridan [et al.] // *Journal of Patient Safety and Risk Management*. – 2023. – Vol. 28, Issue 4. – P. 147–152.
10. *Free From Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years After To Err Is Human*. – Boston, MA : National Patient Safety Foundation, 2015.
11. *Global Action on Patient Safety. Seventy-second World Health Assembly. WHA 72.6. Agenda item 12.5*. – Access mode : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf.

12. *Importance of Patient Safety: Tips & Resources for Leaders.* – Access mode : <https://nursing.maryville.edu/blog/importance-of-patient-safety.html>.
13. *Indicators for implementation outcome monitoring of reporting and learning systems in hospitals: an underestimated need for patient safety* / S. Kuske, T. Willmeroth, J. Schneider [et al.] // *BMJ Open Quality.* – 2022. – P. 1–11.
14. *Kohn K. T. To Err Is Human: Building a Safer Health System* / K. T. Kohn, J. M. Corrigan, M. S. Donaldson. – Washington, DC : Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press, 1999. – 8 p.
15. *Leape L. Error in medicine* / L. Leape // *JAMA.* – 1994. – Vol. 272 (23). – P. 1851–1857.
16. *Medication without harm: who's third global patient safety challenge* / L. J. Donaldson, E. T. Kelley, N. Dhingra-Kumar [et al.] // *Lancet.* – 2017. – Vol. 389. – P. 1680–1681.
17. *Moser R. H. Diseases of medical progress* / R. H. Moser // *N. Engl. J. Med.* – 1956. – Vol. 255. – P. 606–614.
18. *O'Hara J. K. The future of engaging patients and families for patient safety* / J. K. O'Hara, C. Canfield // *The Lancet.* – 2023. DOI 10.1016/S0140-6736(23)01908-6.
19. *Patient Safety 101.* Agency for Healthcare Research and Quality. – Access mode : <https://psnet.ahrq.gov/primer/patient-safety-101>.
20. *Reason J. T. Human Error* / J. T. Reason. – Cambridge, UK : Cambridge University Press, 1990. – 320 p.
21. *The Patient Safety Adoption Framework: A Practical Framework to Bridge the Know-Do Gap* / R. Moyal-Smith, J. Margo, F. L. Maloney [et al.] // *Journal of Patient Safety.* – 2023. – Vol. 19 (4). – P. 243–248.
22. *What Are Patient Safety Indicators?* – Access mode : <https://publichealth.tulane.edu/blog/patient-safety-indicators/>.
23. *What is a KPI.* – Access mode : <https://www.klipfolio.com/resources/articles/what-is-a-key-performanceindicator>.
24. *WHO. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance.* – WHO Press, World Health Organization, 2020. – P. 1–72.
25. *WHO. World patient safety day 2023: engaging patients for patient safety.* – Access mode : <https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2023--engaging-patients-for-patient-safety#:~:text=World%20Patient%20Safety%20Day%202023%20will%20be%20observed%20on%2017,the%20safety%20of%20health%20care>.
26. *Wu A.W. Social determinants of patient safety: a bridge to better quality of care* / A. W. Wu // *J. Patient Saf. Risk Manage.* – 2023. – Vol. 28. – P. 96–98.

References

1. Salmanov, A.H., Shcheglov, D.V., Artomenko, V.V., Mamonova, M.Yu., Malyarchuk, R.H., Kondrashova, I.M., & Shpak, I.V. (2023). *Bezpeka patsiyenta: Ryzhik menedzhment [Patient safety: Risk management]*. Kyiv: Ahrar Media Hrup [in Ukrainian].
2. Kuchyn, Yu.L. (Ed.). (2022). *Bezpeka patsiyentiv v Ukraini: liky bez shkody [Patient safety in Ukraine: medicine without harm]*: Proceedings of the scientific and practical conference with international participation for the World Patient Safety Day. Kyiv: "Medinform" International Center [in Ukrainian].
3. Serdyuk, A.M., & Pertseva, T.O. (Eds.) (2017). *Bezpeka patsiyentiv v Ukraini: stan i shlyakhy yiyi pokrashchennya [Patient safety in Ukraine: state and ways to improve it]*: Proceedings of the international scientific and practical conference. Kyiv: SE "NVC "Priority" [in Ukrainian].
4. Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from: <https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V30/2006-Feb-pdf>.
5. Bånnsgård, M., Nouri, A., Finizia, C., Engström, M., Moreno, J., Roos, U., & Tubic, B. (2023). Communicating Patient Safety Information Through Video and Oral Formats – A Comparison. *Journal of Patient Safety*, 19(2), 137-142.
6. McEachan, R.R., Lawton, R.J., O'Hara, J.K., Armitage, G., Giles, S., Parveen, S., ... Wright, J. (2014). Developing a reliable and valid patient measure of safety in hospitals (PMOS): a validation study. *BMJ Qual. Saf.*, 23, 565-573.
7. Grenon, V., Szymonifka, J., Adler-Milstein, J., Ross, J., & Sarkar, U. (2023). Factors Associated with Diagnostic Error: An Analysis of Closed Medical Malpractice Claims. *Journal of Patient Safety*, 19(3), 211-215.
8. Bell, S.K., Bourgeois, F., DesRoches, C.M., Dong, J., Harcourt, K., Liu, S.K., ... Thomas, E.J. (2022). Filling a gap in safety metrics: development of a patient-centred framework to identify and categorise patient-reported breakdowns related to the diagnostic process in ambulatory care. *BMJ Qual. Saf.*, 31, 526-540.
9. Wu, A.W., Papieva, I., Sheridan, S., Gupta, K., Haskell, H., Taha, A., ... Dhingra, N. (2023). Five strategies for how patients and families can improve patient safety: World Patient Safety Day 2023. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 28(4), 147-152.
10. (2015). *Free From Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years After To Err Is Human.* Boston, MA: National Patient Safety Foundation.
11. Global Action on Patient Safety. Seventy-second World Health Assembly. WHA 72.6. Agenda item 12.5. Retrieved from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf.
12. *Importance of Patient Safety: Tips & Resources for Leaders.* Retrieved from: <https://nursing.maryville.edu/blog/importance-of-patient-safety.html>.
13. Kuske, S., Willmeroth, T., Schneider, J., Belibasakis, S., Roes, M., Borgmann, S.O., & Febrero, M.I.C. (2022). Indicators for implementation outcome monitoring of reporting and learning systems in hospitals: an underestimated need for patient safety. *BMJ Open Quality*, 1-11.
14. Kohn, K.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (1999). *To Err Is Human: Building a Safer Health System.* Washington, DC: Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press.

15. Leape, L. (1994). Error in medicine. *JAMA*, 272(23), 1851-1857.
16. Donaldson, L.J., Kelley, E.T., Dhingra-Kumar, N., Kieny, M.-P., & Sheikh, A. (2017). Medication without harm: who's third global patient safety challenge. *Lancet*, 389, 1680-1681.
17. Moser, R.H. (1956). Diseases of medical progress. *N. Engl. J. Med.*, 255, 606-614.
18. O'Hara, J.K., & Canfield, C. (2023). The future of engaging patients and families for patient safety. *The Lancet*. DOI 10.1016/S0140-6736(23)01908-6.
19. Patient Safety 101. Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from: <https://psnet.ahrq.gov/primer/patient-safety-101>.
20. Reason, J.T. (1990). *Human Error*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
21. Moyal-Smith, R., Margo, J., Maloney, F.L., Boulanger, J., Lautner, P., Folcarelli, P., & Benjamin, E. (2023). The Patient Safety Adoption Framework: A Practical Framework to Bridge the Know-Do Gap. *Journal of Patient Safety*, 19(4), 243-248.
22. What Are Patient Safety Indicators? Retrieved from: <https://publichealth.tulane.edu/blog/patient-safety-indicators/>.
23. (2022). What is a KPI. Retrieved from: <https://www.klipfolio.com/resources/articles/what-is-a-key-performanceindicator>.
24. (2020). WHO. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. WHO Press, World Health Organization.
25. WHO. World patient safety day 2023: engaging patients for patient safety. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2023--engaging-patients-for-patient-safety#:~:text=World%20Patient%20Safety%20Day%202023%20will%20be%20observed%20on%2017,the%20safety%20of%20health%20care>.
26. Wu, A.W. (2023). Social determinants of patient safety: a bridge to better quality of care. *J. Patient Saf. Risk Manage.*, 28, 96-98.

SOME ASPECTS OF PATIENT SAFETY IN MEDICAL PRACTICE

N. Ya. Panchyshyn, Yu. Yu. Kharkhalis, O. Ya. Halytska-Kharkhalis

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

Purpose: to analyze the current literature and summarize the latest national and international achievements on patient safety as a global health priority and patient safety quality indicators.

Materials and Methods. The scientific sources of information (electronic database PubMed) on patient safety were analyzed using bibliosemantic and analytical methods.

Results. The results of the study confirmed that the problem of ensuring patient safety and medical care is one of the most discussed in the scientific medical and legal community. Each component of the medical care process contains elements of danger and threat.

Patient safety indicators are specific measures or assessments that are used to determine and monitor the level of safety in healthcare delivery. They indicate the quality and effectiveness of systems and processes in healthcare facilities to protect patients from possible risks and avoid treatment errors. These indicators are used to continuously improve healthcare systems, reduce risks and ensure the highest level of patient safety.

Preventing medical errors and imperfections in medical practice is an important task that requires coordinated action by all participants in the healthcare system.

Conclusions. Patient safety is an integral part of the public health system, and it requires continuous improvement and enhancement. Implementing strategies for preventing medical errors, developing effective communication between medical staff and patients, implementing modern technologies, and continuously training medical professionals are key ways to ensure safe and reliable healthcare.

KEY WORDS: **patient safety; adverse events; quality indicators; medical care.**

Рукопис надійшов до редакції 04.12.2023.

Відомості про авторів:

Панчишин Наталія Ярославівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: +38(0352) 52-72-33.

Хархаліс Юлія Юріївна – здобувачка вищої освіти 4 року навчання за спеціальністю «Медицина» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Галицька-Хархаліс Олександра Ярославівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри анатомії людини Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: +38(0352) 25-26-61.