

А. А. Тимошевский, Н. В. Кондратова, Д. И. Вачнадзе

КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ



Государственное бюджетное учреждение города Москвы
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

А. А. Тимошевский, Н. В. Кондратова, Д. И. Вачнадзе

КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Учебное пособие

Научное электронное издание

Москва
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2025

УДК 614.4
ББК 51.1

Рецензенты:

Берсенева Евгения Александровна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения и управления качеством ФУМЗ ИОМ ФГБОУ ВО «РАНХиГС при Президенте Российской Федерации», научный руководитель ФГБУ «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники» Росздравнадзора;

Царанов Константин Николаевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры государственного управления и кадровой политики, начальник управления развития отраслевых образовательных программ ГАОУ ВО «Московский городской университет управления имени Ю. М. Лужкова».

Тимошевский, А. А.

Культура безопасности в медицинских организациях: учебное пособие [Электронный ресурс] / А. А. Тимошевский, Н. В. Кондратова, Д. И. Вачнадзе. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2025. – URL: <https://niiioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/metodicheskie-posobiya/> – Загл. с экрана. – 48 с.

ISBN 978-5-907952-61-4

В учебном пособии рассмотрены вопросы истории развития концепции культуры безопасности медицинской деятельности, компоненты культуры безопасности, методические подходы к оценке культуры безопасности в медицинской организации. Приведены способы повышения уровня культуры безопасности медицинской деятельности и методические подходы к проведению обходов безопасности в медицинской организации.

Учебное пособие разработано в соответствии с программой обучения ординаторов по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье» по дисциплине «Управление многопрофильной клиникой».

**УДК 614.4
ББК 51.1**

*Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
(Протокол № 7 от 9 сентября 2025 г.).*

Самостоятельное электронное издание сетевого распространения

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;
скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

ISBN 978-5-907952-61-4



9 785907 952614 >

© Тимошевский А. А., Кондратова Н. В., Вачнадзе Д. И., 2025

© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2025

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	4
1. Введение. История развития концепции культуры безопасности	5
2. Компоненты культуры безопасности	7
3. Методические подходы к оценке культуры безопасности в медицинской организации	9
4. Способы повышения уровня культуры безопасности.....	14
5. Методические подходы к проведению обходов безопасности.....	18
Заключение	21
Список литературы	22
Приложение 1	24
Приложение 2	32
Приложение 3	38
Приложение 4.....	40
Приложение 5	42
Информация об авторах:.....	48

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
МАГАТЭ	Международное агентство по атомной энергии
МО	медицинская организация
ФГБУ	Федеральное государственное бюджетное учреждение
АНRQ	Агентство по исследованиям и качеству в здравоохранении США
CUSP	Comprehensive Unit-based Safety Program (комплексная программа обеспечения безопасности)
HRO	High Reliability Organization
HSPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture (Опросы в больнице о культуре безопасности пациентов)
I-PASS	структурированные инструменты коммуникации, адаптированные для передачи наиболее важной информации между медицинскими работниками
JCI	Объединенная Комиссия по аккредитации медицинских услуг (США)
NHS	Национальная служба здравоохранения Великобритании
RCA	Root Cause Analysis
Safety C.O.D.E	Check, Option, Demand and Elevate (проверяйте, выбирайте, требуйте и повышайте уровень)
TeamSTEPPS	Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (Командные стратегии и инструменты для повышения производительности и безопасности пациентов)

1. ВВЕДЕНИЕ. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КОНЦЕПЦИИ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ

Обеспечение безопасности оказания медицинской помощи остаётся одной из приоритетных задач современного здравоохранения. Несмотря на достижения медицины, внедрение системы менеджмента качества и развитие клинических технологий, в медицинских организациях по-прежнему фиксируется значительное количество медицинских ошибок и нежелательных событий, угрожающих здоровью и жизни пациентов. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, каждый десятый пациент по всему миру страдает от последствий небезопасной медицинской помощи, половина из которых являются предотвратимыми событиями¹.

В течение длительного времени подход к обеспечению безопасности медицинской помощи основывался на *реактивной* стратегии: анализировались уже произошедшие ошибки и инциденты, проводились разборы, внедрялись локальные меры по предупреждению повторения. Зачастую основной целью становился банальный поиск и наказание виновных. Однако практика показывает, что такой подход ограничен в своей эффективности. Реакция на отдельные события не позволяет выявить и устранить глубинные причины системных сбоев. Это требует перехода от фокусирования на отдельных ошибках к *проактивной* модели обеспечения безопасности на уровне всей системы.

Центральное место в этом переходе занимает **культура безопасности**. Под этим понятием подразумевается «совокупность индивидуальных и коллективных ценностей, установок, восприятия, компетенций и моделей поведения, которые определяют, насколько работники организации привержены вопросам безопасности пациентов». Культура безопасности отражает то, как сотрудники воспринимают риски, насколько открыто они готовы сообщать о проблемах и участвовать в их решении, какую роль безопасность играет в повседневной практике. Культура безопасности – это то, как медицинские работники поступают в ситуации, когда за ними не осуществляется непосредственный контроль.

Формирование и развитие культуры безопасности – это основа системного подхода к обеспечению безопасной медицинской помощи. Именно культура позволяет не только выявлять уязвимости в организации процессов, но и оценивать внутренние убеждения и установки сотрудников в отношении безопасности. Изучение культуры безопасности необходимо для разработки устой-

¹ Patient safety. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> (дата обращения: 30.07.2025). – Текст: электронный.

чивых стратегий снижения рисков, повышения качества помощи и укрепления доверия между пациентами и медицинскими работниками.

Понятие «**культура безопасности**» («safety culture») возникло в контексте высокорисковых отраслей, где последствия возникающих ошибок могут быть катастрофическими. Первоначально этот термин был введён в отчёте Международного агентства по атомной энергии (МАГАТЭ) в 1986 году после Чернобыльской аварии. Анализ причин катастрофы выявил, что, помимо технических и организационных факторов, существенную роль сыграли человеческие ошибки, недостаточная подготовка персонала, дефицит открытости в обсуждении рисков, а также приоритет выполнения производственных задач в ущерб обеспечению безопасности. Это позволило осознать то, что поведение сотрудников, управленческие практики и доминирующие установки внутри организации оказывают прямое влияние на уровень безопасности. Так родилась концепция культуры безопасности как совокупности общих ценностей, установок, восприятий и моделей поведения, связанных с безопасностью и принятых в организации.

В последующие десятилетия данное направление получило широкое развитие в таких отраслях, как авиационная, нефтегазовая промышленность, химическое производство и другие сферы, требующие высокой надёжности. Основной акцент делался на создании организационной среды, в которой безопасность является приоритетом, где сотрудники активно вовлечены в выявление и предупреждение рисков, а руководство демонстрирует приверженность открытости и обучению на ошибках.

Адаптация данной концепции в здравоохранении началась в конце 1990-х – начале 2000-х годов. Ключевым событием стала публикация в 1999 году отчёта Института медицины США «To Err is Human: Building a Safer Health System», в котором оказание медицинской помощи было признано сферой, подверженной высоким рискам². Отчёт подчеркнул системную природу большинства медицинских ошибок и призвал к формированию культуры, в которой ошибки рассматриваются не как поводы для наказания, а как стимулы для обучения и совершенствования.

Впоследствии такие организации, как Агентство по исследованиям и качеству в здравоохранении США (AHRQ), Национальная служба здравоохранения Великобритании (NHS) и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), разработали различные инструменты для измерения и мониторинга культуры безопасности в медицинских учреждениях. Были внедрены опросники (например, Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)), методики оценки и рекомендации по формированию безопасной профессиональной среды.

Таким образом, интеграция концепции культуры безопасности в медицину стала логичным этапом эволюции подходов к управлению рисками в здравоохранении. Сегодня культура безопасности рассматривается как краеугольный камень системного управления качеством медицинской помощи, обеспечивающий проактивное выявление уязвимостей, поддержку открытого обсуждения ошибок и укрепление ответственности на всех уровнях медицинской организации.

² To Err Is Human: Building a Safer Health System. To Err Is Human. – Washington, D.C.: National Academies Press, 2000. – URL: <http://www.nap.edu/catalog/9728> (дата обращения: 29.08.2025). – Текст: электронный.

2. КОМПОНЕНТЫ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ

Одной из наиболее распространенных и изученных теорий возникновения человеческих ошибок является предложенная в 1990 г. Джеймсом Ризоном (James Reason) «модель швейцарского сыра» (рис. 1).

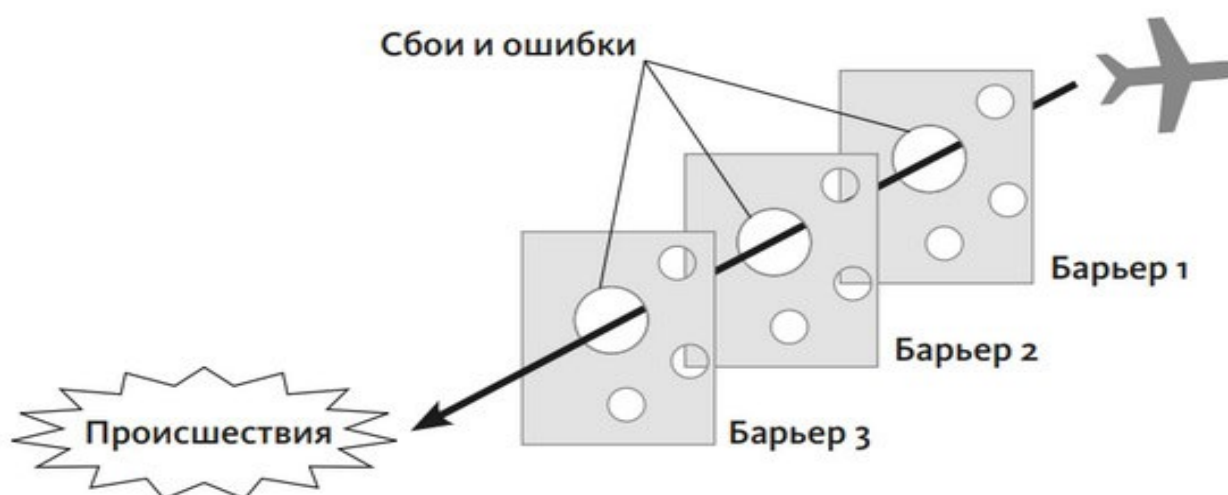


Рисунок 1. Модель «швейцарского сыра», предложенная Д. Ризоном

В данной теории культура безопасности рассматривается как часть более широкой «защитной системы» организации и включает четыре ключевых составляющих. Эти элементы отражают установки, действия и ожидания персонала и руководства по отношению к безопасности.

1. **Информационная культура (Informed Culture).** Организация обладает знаниями о текущем состоянии своей безопасности, уязвимостях и рисках. Это достигается благодаря систематическому сбору и анализу информации о происшествиях, инцидентах, нежелательных событиях и «почти ошибках». Информационная культура предполагает, что данные не скрываются, а используются для обучения и совершенствования.

2. **Культура отчетности (Reporting Culture).** Сотрудники готовы добровольно и честно сообщать об ошибках, инцидентах и потенциальных угрозах безопасности. Такая культура возможна только в условиях доверия и отсутствия страха перед наказанием (психологического комфорта). Активное сообщение позволяет собирать важную информацию для анализа и предотвращения будущих событий.

3. **Справедливая культура (Just Culture).** Создаётся баланс между отсутствием вины и справедливым подходом к оценке неправильного поведения. Это означает, что различаются системные ошибки и умышленно опасное поведение, а также халатность. Справедливая культура поддерживает честность, но также предполагает дисциплинарные меры за грубую халатность или сознательное нарушение правил.

4. **Культура совершенствования (Learning Culture).** Организация не только собирает информацию об ошибках, но и действительно учится на них, внедряет изменения, отслеживает эффективность мер. Культура постоянного совершенствования признаёт, что обучение – это непрерывный процесс, и поощряет адаптацию, развитие и критическое осмысление.

Позже к перечисленным четырём компонентам Д. Ризон добавил также **«гибкую культуру» (Flexible Culture)** – способность адаптироваться и перестраивать управленческие и операционные процессы в условиях нестандартных или кризисных ситуаций.

Все эти составляющие лежат в основе зрелой культуры безопасности и взаимосвязаны друг с другом: невозможно создать культуру совершенствования без наличия отчётности, а отчётность невозможна без справедливости в решениях и доверия к руководству.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Оценка культуры безопасности является неотъемлемой частью стратегического управления качеством и рисками в здравоохранении многих стран мира. В ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»³ контроль качества и безопасности медицинской помощи обозначен как один из пунктов федерального контроля в сфере здравоохранения, а также указаны предметы контроля и основные мероприятия. Помимо этого, в законе дается определение и внутреннему контролю качества, и безопасности медицинской помощи. В 2019 году Минздрав России выпустил приказ № 381н от 07.06.2019 «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», в 2020 году данный приказ был заменен приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Благодаря этому документу медицинским организациям (МО) впервые было предложено организовывать систему сообщения об ошибках и инцидентах, проводить анализ причин данных событий, внедрять новые механизмы повышения безопасности пациентов.

Логическим дополнением к приказу выступают разработанная ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора РФ серия предложений (практических рекомендаций) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации⁴. Как в первой, так и во второй версии этих рекомендаций среди «базовых условий функционирования системы управления/менеджмента качества» указан «порядок развития культуры безопасности в МО».

³ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

⁴ Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике). Вторая версия (утв. ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора 01.07.2023).

Поскольку культура безопасности представляет собой совокупность коллективных и индивидуальных установок, ценностей, восприятий и моделей поведения, её невозможно измерить напрямую. Вместо этого используются косвенные методы, позволяющие количественно и качественно оценить степень зрелости культуры безопасности в медицинской организации. На сегодняшний день применяются следующие основные подходы к оценке культуры безопасности:

X *Количественные методы:*

- Анкетирование персонала с использованием стандартных валидизированных инструментов (например, Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSPSC);

X *Качественные методы:*

- Проведение опросов фокус-групп и глубинных интервью с представителями различных профессиональных групп;
- Контент-анализ комментариев персонала;
- Наблюдение за повседневной клинической практикой;
- Анализ организационной документации, отчетов о происшествиях, внутренних актов и регламентов.

Наиболее распространённым и в практическом отношении доступным методом оценки является *опрос* сотрудников с помощью стандартизированных анкет. Такие инструменты позволяют получить обобщённое представление (скрининговое) о восприятии безопасности персоналом, уровне доверия, открытости коммуникаций, отношении к сообщениям об ошибках, а также о взаимодействии между подразделениями. Одним из наиболее валидизированных и признанных на международном уровне инструментов является *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)*, разработанный Агентством по исследованиям и качеству в здравоохранении США (AHRQ). Данный опросник охватывает ключевые составляющие культуры безопасности, включая восприятие безопасности, поддержку со стороны руководства, командную работу и систему отчётности об ошибках (Приложение 1).

Помимо анкетирования, *качественные методы*, такие как опросы фокус-групп и глубинные интервью, позволяют лучше понять контекст, мотивы поведения и внутренние барьеры в отношении безопасности. Эти методы особенно ценны при интерпретации количественных данных и при разработке целевых вмешательств по улучшению культуры безопасности.

Комплексная оценка культуры безопасности требует сочетания различных методов – как количественных, так и качественных. Важно подчеркнуть, что оценка должна быть не самоцелью, а инструментом управления изменениями: результаты должны использоваться для разработки интервенций, направленных на укрепление культуры безопасности, а затем – для мониторинга их эффективности в динамике.

Опросник *HSPSC* был разработан с целью получения стандартизированной информации о восприятии, установках и поведенческих стратегиях медицинских работников в отношении безопасности пациентов в условиях медицинской организации. Существуют версии для стационаров, амбулаторной практики, домов престарелых и аптек. Опросник для стационара представляет собой инструмент самооценки, предназначенный для идентификации сильных и слабых сторон организационной культуры безопасности, мониторинга её изменений с течением времени, а также сравнительного анализа между подразделениями, организациями или системами здравоохранения. Цели применения опросника:

- Систематическая оценка восприятия культуры безопасности среди сотрудников;
- Идентификация направлений, требующих организационного вмешательства;
- Мониторинг эффективности реализуемых программ по повышению безопасности;
- Повышение осведомлённости персонала о принципах культуры безопасности;
- Проведение бенчмаркинга (сравнения) с внутренними и внешними референтными точками (чаще всего другими медицинскими организациями).

Опросник HSPSC включает:

- **42** утверждения, сгруппированных в **12** композитов (измерений) культуры безопасности (табл. 1);
- **2** итоговых вопроса: субъективная оценка уровня безопасности на рабочем месте; количество сообщений о нежелательных событиях за последние 12 месяцев;
- **8** общих вопросов (отделение, должность, стаж работы, взаимодействие с пациентами и др.).

Таблица 1

Композиты культуры безопасности, оцениваемые в рамках HSPSC

Композит	Содержательное наполнение
1. Командная работа внутри подразделений	Сотрудники поддерживают друг друга, относятся с уважением и эффективно взаимодействуют
2. Ожидания/действия руководителей/менеджеров по повышению безопасности пациентов	Руководители поощряют соблюдение процедур безопасности, выявление проблем и предложения по улучшению
3. Обучение на ошибках – постоянное совершенствование	Ошибки приводят к позитивным изменениям, а изменения проверяются на эффективность
4. Меры, принимаемые руководством в поддержку безопасности пациентов	Высшее руководство демонстрирует приоритетность безопасности в своей политике и действиях
5. Общее впечатление о безопасности пациентов	Оценка устойчивости процессов и наличия/отсутствия проблем в безопасности
6. Обратная связь и сообщения об ошибках	Сотрудники получают информацию об ошибках и обсуждают пути их предотвращения
7. Открытость коммуникации (гласность)	Возможность выразить обеспокоенность, в том числе в адрес руководства
8. Частота сообщаемых происшествий	Насколько часто сотрудники сообщают о различных типах ошибок (включая «почти ошибки»)
9. Сотрудничество между подразделениями	Насколько эффективно осуществляется взаимодействие и координация между отделениями

Композит	Содержательное наполнение
10. Укомплектованность штата	Наличие персонала для безопасного выполнения объема работы
11. Передача смен и перевод пациентов	Полнота и точность передачи клинической информации при сменах и переводах пациентов между отделениями
12. Ненаказательные меры реагирования на ошибки	Убежденность в том, что сообщения об ошибках не приведут к санкциям

Каждое утверждение оценивается по шкале Лайкерта (например, от «полностью не согласен» до «полностью согласен» или от «никогда» до «всегда»). Итоговая оценка по каждому вопросу является процентом положительных ответов (т.е. одновременно ответов «согласен» и «совершенно согласен»). Ряд вопросов имеют реверсивный характер, в них полученные негативные ответы являются положительным результатом.

Опрос предназначен для широкого круга сотрудников медицинского стационара, включая врачей; средних и младших медицинских работников; административный персонал; вспомогательные службы (лаборатории, аптеки, службы дезинфекции, инженеры и др.).

Подход к выборке:

- учреждения с численностью ≤ 500 сотрудников – опрос с охватом всего штата;
- учреждения с численностью > 500 – случайная или стратифицированная выборка (по подразделениям, профессиям и т. д.);
- рекомендуется охват не менее 50% сотрудников для достоверности данных.

Форматы проведения:

- бумажный формат (распечатанные анкеты);
- онлайн-опрос (через специализированные платформы или e-mail- рассылку);
- комбинированный (первично – электронный, затем – бумажный для неответивших).

Рекомендации по организации:

- обеспечение полной анонимности;
- мотивационная кампания, предшествующая опросу (письма руководства, плакаты, напоминания);
- выделение координатора и «чемпионов» по безопасности в подразделениях (особо отличившихся сотрудников, часто регистрирующих ошибки, занимающих активную позицию в профилактических мероприятиях);
- минимизация профессионального и административного давления на респондентов;
- проведение опроса в течение ограниченного периода (3–4 недели).

Средства для повышения отклика:

- регулярные напоминания;
- информирование о целях и конфиденциальности;

- демонстрация использования результатов.

Подход к анализу данных:

- для каждого утверждения подсчитываются доли положительных, нейтральных и отрицательных ответов;
- объединяются «согласен» и «полностью согласен» (или «часто» и «всегда») в положительные отклики;
- для каждого композита рассчитывается процент положительных ответов по входящим в него утверждениям;
- анализ может проводиться по группам: по подразделениям, профессиям, опыту работы и т. д.

Критерии интерпретации:

- $\geq 75\%$ положительных ответов – сильная сторона культуры безопасности;
- 50–74% – удовлетворительный результат, но требующий внимания и динамической оценки;
- $< 50\%$ – уязвимая область, требующая целевых вмешательств.

Дополнительные аналитические опции:

- анализ различий между группами;
- динамическое отслеживание изменений в повторных опросах;
- сопоставление с национальными бенчмарками (если применимо).

Результаты должны стать основой для стратегического планирования улучшений, разработки конкретных интервенций по устранению выявленных дефицитов, формирования рабочих групп по безопасности, обучения персонала, повторной оценки через 12–24 месяца. Ключевой принцип – опрос является не самоцелью, а инструментом управления изменениями и повышения зрелости культуры безопасности.

4. СПОСОБЫ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ

Совершенствование культуры безопасности требует системных, целенаправленных действий, адресованных каждой из её ключевых составляющих (композигов).

В качестве улучшения оказания медицинской помощи можно создавать условия внутренней и внешней среды, регулярно оценивать ключевые показатели деятельности, проводить бенчмаркинг-исследования, непрерывно обучать медицинских работников. Формировать условия сокращения времени ожидания пациентами получения услуг, распределение потоков пациентов с разными целями обращений между структурными подразделениями организации. Выстраивать доступную среду для пациентов с ограничениями по здоровью, например с нарушениями слуха, зрения или мобильности. Рационально использовать ресурсы внутри учреждения, например, организация оплаты деятельности подразделений с учётом объёма и качества реально выполненной работы, выравнивание нагрузки между медицинскими работниками.

После получения результатов скринингового исследования уровня культуры безопасности в медицинской организации по опроснику HSPSC руководство должно определить сферы, требующие улучшения, и воспользоваться рекомендуемыми инструментами для каждого композита.

Композиты «ожидания/действия руководителей/менеджеров по повышению безопасности пациентов» и «меры, принимаемые руководством в поддержку безопасности пациентов». Руководители медицинской организации должны демонстрировать свою приверженность принципам безопасной медицинской помощи и своевременно узнавать о проблемах безопасности. Для этих целей подходят регулярно проводимые обходы безопасности, речь о которых пойдет в главе 6 данного пособия. Культура безопасности является концепцией, имеющей ярко выраженный вектор распространения «сверху-вниз», то есть от руководства к подчиненным. Без активной роли руководящего звена своеобразная культура безопасности в коллективе сформируется самостоятельно, однако будет ли она отвечать всем предъявляемым требованиям?

Композиты, отражающие командную работу в клинике. Для улучшения взаимодействия AHRQ⁵ рекомендуют применять несколько хорошо зарекомендовавших себя методик. *Comprehensive*

⁵ Jones K.J., Skinner A., Xu L. et al. The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs. In: Henriksen K., Battles J.B., Keyes M.A. et al., editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43699/>.

Unit-based Safety Program (CUSP) – по сути своей является структурированным проектным подходом к решению конкретных задач в сфере качества и безопасности медицинской помощи. Данная методика показала свою высокую эффективность в знаменитом исследовании «Michigan Keystone Project», в котором авторам за достаточно короткий период удалось добиться снижения частоты катетер-ассоциированных инфекций кровотока до медианного значения «0» и удерживать этот показатель в течение 18 месяцев наблюдения после окончания основной фазы. Еще одним инструментом является образовательная программа *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS)*⁶, разработанная AHRQ и Министерством обороны США. В армии аналогичные программы использовались для боевого слаживания подразделений.

Основу составляют четыре ключевых навыка: *командная работа – коммуникация – лидерство – взаимная поддержка*. Методика включает обучение персонала практическим инструментам для эффективного взаимодействия в клинических ситуациях. Программа адаптируется под конкретные условия организации и направлена на формирование устойчивой культуры безопасности. TeamSTEPPS применяется в стационарах, амбулаторной помощи и специализированных службах, показывая высокую эффективность в снижении ошибок и повышении слаженности работы.

Композиты «открытость коммуникации (гласность)», «ненаказательная реакция на ошибки». Развитие данной составляющей культуры безопасности в максимальной степени зависит от аспектов национальной культуры. Описано множество методологий по развитию принципов позитивной лексики и профилактики конфликтов. Одним из таких инструментов является разработанный в Новой Зеландии *Check Option, Demand and Elevate (Safety C.O.D.E)*. Это структурированная модель, созданная для стандартизации языковых приемов и последовательности действий при выражении опасений, связанных с безопасностью пациентов. Она призвана расширить возможности каждого сотрудника говорить об опасностях и быть услышанным. Модель опирается на четыре уровня коммуникации:

- **Check** – деликатное выяснение точки зрения другого («Я вижу ... можешь рассказать, что ты думаешь?»);
- **Option** – предложение альтернативных действий («Можно подумать о ... чтобы снизить риск»);
- **Demand** – прямо выраженное требование, если ситуация действительно опасна («Мне нужно, чтобы теперь сделали ...»);
- **Elevate** – обращение к вышестоящему уровню, если предыдущие шаги не сработали и риск сохраняется.

Композит «частота сообщаемых происшествий». Как неоднократно отмечалось исследователями, ошибка может быть проанализирована, только если о ней сообщат. Для развития культуры безопасности абсолютно необходимым условием является наличие в клинике системы добровольного сообщения об ошибках и инцидентах. Экспертами Международной Объединенной Комиссии (JCI), одной из наиболее авторитетных организаций в сфере аккредитации учреждений здравоохранения в мире, подчеркивается, что медицинская организация обязана установить процесс сообщения и реагирования как на произошедшие ошибки, так и на «почти ошибки». Это означает, что «почти ошибки» не менее значимы, чем совершённые инциденты, так как позволяют выявить потенциальные угрозы и провести корректирующие мероприятия (проактивный

⁶ TeamSTEPPS 3.0 | Agency for Healthcare Research and Quality. – URL: <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/index.html> (дата обращения: 31.07.2025). – Текст: электронный.

подход). Например, к «почти ошибке» будет относиться эпизод, когда медицинская сестра получает назначение на внутривенное введение препарата и по ошибке берёт с полки ампулу, очень похожую по упаковке на нужное лекарство. Однако перед введением она выполняет стандартную проверку «правил пяти П» (правильный пациент, правильное лекарство, правильная доза, правильное время, правильный путь введения) и замечает несоответствие в названии препарата. Ошибка предотвращена, и пациент не пострадал.

Эксперты подчёркивают, что культура доверия и открытости жизненно необходима для стимулирования сотрудников к добровольной регистрации таких событий. Повышение психологического комфорта персонала – залог уверенности, что сообщение об ошибке не приведёт к наказанию, а послужит на пользу. Помимо этого, представляется важным мотивировать сотрудников сообщать о «почти ошибках» в том числе в игровой форме. Например, в клинике может быть учреждена награда «Улов дня»⁷ для сотрудника, предотвратившего ошибку.

«Организационное обучение и постоянное совершенствование невозможно» без эффективно функционирующей системы анализа инцидентов и внедрения корректирующих действий. Наиболее распространённым инструментом здесь является *анализ первопричин (Root Cause Analysis, RCA)*, который может быть дополнен с помощью достаточно простых методик «5 почему» или диаграммы Исикавы (Приложение 2). В рамках уже упомянутой методики TeamSTEPPS рекомендовано регулярное применение дебрифингов – собраний, на которых обсуждаются различные клинические ситуации, выдвигаются предложения, что можно будет улучшить и что было выполнено хорошо.

Формирование положительных *общих представлений о безопасности* требует устранения хаотичных рабочих практик и стандартизации процессов. Это может включать пересмотр и оптимизацию стандартных операционных процедур, привлечение персонала к актуализации локальных протоколов и информирование сотрудников об улучшениях, достигнутых благодаря их участию.

«Обратная связь и сообщения об ошибках» становятся эффективными тогда, когда инциденты не остаются без ответа. Например, каждый обход безопасности должен начинаться с обратной связи по сообщенным ранее событиям. Также возможна рассылка регулярных бюллетеней с результатами анализа нежелательных событий и корректирующими действиями.

Композит «*передача смен и перевод пациентов*» напрямую зависит от внедрения структурированных инструментов коммуникации, таких как *I-PASS*, адаптированных для передачи наиболее важной информации между медицинскими работниками (табл. 2).

Таким образом, наличие четкого и структурированного подхода к интерпретации результатов исследования культуры безопасности позволяет целенаправленно влиять на те или иные ее составляющие. Методикой, одновременно воздействующей практически на все композиты культуры безопасности, является «обход безопасности».

⁷ Рецепты безопасности – «Улов дня» – Безопасное Здравоохранение. – URL: <https://www.safe-healthcare.ru/recepty-bezopasnosti-ulov-dnya/> (дата обращения: 04.08.2025). – Текст: электронный.

Инструмент коммуникации «I-PASS» («Я ПЕРЕДАЮ»)

I llness Severity (тяжесть состояния)	Удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое Стабильное/нестабильное
P atient Summary (краткий эпикриз)	Диагноз Причина заболевания (госпитализации) Проведенные обследование и лечение Динамика состояния (основные органы и системы) Планируемые мероприятия
A ction List (перечень действий)	Текущие задачи Сроки и ответственные лица
S ituation Awareness (информированность об определенных ситуациях) и Contingency Planning (планирование действий в непредвиденных обстоятельствах)	Возможные проблемы Реагирование в ответ на возможные проблемы: «если/ то»
S ynthesis by Receiver (обобщение принимающей стороной)	Принимающая сторона задает вопросы, повторяет ключевые моменты и необходимые действия (обобщает полученную информацию)

5. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ ОБХОДОВ БЕЗОПАСНОСТИ

Как и многие другие методики в сфере безопасности медицинской помощи, опыт проведения специализированных обходов безопасности был позаимствован из менеджмента. Известно, что организации с высокой надежностью (High Reliability Organization – HRO), в основе которых заложены сложные технологические процессы, уже давно осознали ценность привлечения рядового персонала к выявлению и решению проблем безопасности. Примерами являются такие методы, как «управление посредством обхода рабочих мест» (management-by-walking-around) и «Прогулки Гемба» (Gemba Walks), получившие широкую популярность в связи с распространением программ бережливого производства (lean) на предприятиях автоконцерна «Тойота». Благодаря большому опыту применения обходов в таких сферах, как атомная энергетика, автомобильная промышленность, строительство, морские грузовые перевозки, адаптация их для нужд практического здравоохранения выглядит интересным решением.

На данный момент не существует единого стандартного протокола проведения обходов безопасности. Разработанный нами протокол показал свою эффективность с точки зрения повышения уровня культуры безопасности (Приложение 3). Также был отмечен рост числа зарегистрированных ошибок в период проведения обходов безопасности, что свидетельствует об эффективности разработанной методики. Программа обходов способствовала повышению открытости коммуникации и укреплению психологической безопасности сотрудников, особенно в аспектах, связанных с ненаказательной реакцией на ошибки и готовностью обсуждать выявленные проблемы.

Структурно обходы безопасности основаны на методе полужформализованного интервью. Каждый ежемесячный цикл обходов включал в себя общение с несколькими фокус-группами медицинских работников. Модераторами выступали главный врач стационара и ответственный исследователь, также в число модераторов могли включаться представители руководства структурных подразделений, где непосредственно проводился обход. Вся информация, полученная на обходе, документировалась в протоколе, обрабатывалась и заносилась в электронную систему регистрации ошибок и инцидентов, функционирующую в клинике. В рамках обхода в обязательном порядке предоставлялась обратная связь по сообщенной сотрудниками ранее информации. Разработанный протокол проведения обходов безопасности состоит из 10 вопросов:

1. Могли бы Вы вспомнить о каких-либо событиях, произошедших в последнее время, в результате которых удлинились сроки госпитализации пациента?

2. Сможете ли Вы припомнить ситуации, в которых ошибка уже практически произошла, но была предотвращена по тем или иным причинам («почти ошибки»)?
3. Можете ли Вы припомнить какие-либо инциденты, произошедшие в последнее время, когда пациенту был причинен вред?
4. Как Вы думаете, какие факторы могут послужить источником для следующей ошибки или нежелательного события?
5. Как Вы думаете, что мы можем сделать, чтобы предотвратить нежелательные события и случайное причинение вреда пациенту?
6. Что, на Ваш взгляд, является пустой тратой времени в Ваших ежедневных обязанностях? Есть ли у Вас предложения по оптимизации Вашей работы?
7. Если бы у Вас была волшебная палочка, взмахнув которой можно было бы изменить все что угодно в нашей клинике, что бы Вы сделали?
8. Всегда ли Вы сообщаете об ошибке, когда ее допускаете? Сообщаете ли Вы об ошибках, допущенных Вашими коллегами?
9. Что, на Ваш взгляд, могла бы сделать администрация нашей клиники, чтобы сделать Вашу работу более безопасной для пациентов?
10. Что, на Ваш взгляд, сделало бы обходы безопасности более эффективными?

Обходы безопасности являются уникальным в своем роде инструментом, позволяющим одновременно качественно оценивать культуру безопасности медицинских работников (путем прямого диалога по интересующим аспектам) и совершенствовать ее. При разработке методики обходов безопасности авторы руководствовались принципами научной и концептуальной обоснованности, учитывали измеримость показателей эффективности, воспроизводимость в условиях широкого спектра медицинских организаций, возможность интеграции в существующую систему менеджмента качества, а также низкие затраты на реализацию. Общий план программы внедрения обходов безопасности в медицинской организации выглядит следующим образом:

1. Разработать план реализации программы обходов безопасности. В плане необходимо указать постоянных участников (модераторов) обходов, обязательным условием является постоянное участие руководства медицинской организации (заместителей руководителя по профилям, ответственного за качество и безопасность медицинской помощи, главной медицинской сестры и т. д.).
2. Необходимо составить расписание планируемых обходов, с указанием дат и структурных подразделений. Опыт проведения обходов подсказывает, что встречи необходимо проводить отдельно с каждой категорией работников (младший медицинский персонал, средний медицинский персонал, врачи и т. д.). При таком условии реализации открытость диалога повышается, поскольку, например, при одновременном общении с врачами и младшим медицинским персоналом, последние чаще всего не будут чувствовать себя комфортно. В каждом структурном подразделении обход должен проводиться ежемесячно и охватывать все категории сотрудников.
3. Обходы безопасности предпочтительно проводить в комфортных для сотрудников условиях – не планировать их во время самых загруженных периодов работы, встречаться в зонах отдыха, ординаторских либо других удобных помещениях.

4. Начинать встречу необходимо со вступительного слова, чтобы убедиться, что всем сотрудникам ясна цель обхода. В начале встречи предоставляется обратная связь по всем заявленным ранее проблемам безопасности. Обратная связь по корректирующим действиям является наиболее эффективным способом повышения доверия сотрудников к программе обходов безопасности. Общение во время обходов должно быть неформальным, проходить в комфортной и доброй атмосфере. Задачей модераторов является следить за дискуссией, не допускать взаимных обвинений. Модераторы задают вопросы участникам по приведенному выше протоколу. Назначенный специалист документирует ответы, чтобы обеспечить учет всех проблем безопасности. Беседа завершается заявлением модераторов о своей готовности действовать в соответствии с высказанными опасениями и предложением сотрудникам обсудить со своими коллегами, не присутствующими на обходе, обсужденные темы.

5. Все ошибки, «почти ошибки», нежелательные события и другие инциденты, указанные сотрудниками, должны регистрироваться в соответствующей системе учета, функционирующей в медицинской организации. По каждому эпизоду составляется и реализуется план корректирующих действий (Приложение 4). Если какую-либо проблему можно решить непосредственно во время проведения обхода, то этой возможностью не следует пренебрегать, так как это способствует повышению доверия руководству. Часто сотрудники упоминают проблемы, напрямую не имеющие отношения к вопросам безопасности, такие ситуации также не стоит игнорировать и передавать для реализации в соответствующие структуры организации.

6. Мониторинг эффективности осуществляется с учетом следующих данных: количество проведенных обходов безопасности, количество заявленных сотрудниками проблем безопасности, количество планов корректирующих действий, статистика по добровольной регистрации ошибок и инцидентов в больничной системе, показатели культуры безопасности, измеряемые в рамках ежегодного опроса, количество нежелательных событий, связанных с оказанием медицинской помощи.

Таким образом, обходы безопасности представляют собой эффективный управленческий инструмент, интегрирующий принципы культуры высокой надёжности в практику здравоохранения. Их ключевым преимуществом является не только возможность оперативного выявления факторов риска и системных сбоев, но и укрепление доверия между сотрудниками и руководством, что, в свою очередь, способствует формированию культуры открытого обсуждения проблем и повышению готовности сообщать об ошибках. Разработанная и апробированная в клинической практике методика демонстрирует высокую воспроизводимость, низкую ресурсозатратность и способность адаптироваться к специфике конкретной медицинской организации. При соблюдении регулярности, прозрачности и принципа обратной связи обходы безопасности становятся неотъемлемой частью системы управления качеством и безопасностью медицинской помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Культура безопасности в медицинской организации – это неотъемлемая составляющая системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Она отражает уровень зрелости организации в понимании, признании и управлении рисками, связанными с оказанием медицинской помощи. В условиях постоянно возрастающей сложности медицинских технологий и организационных процессов формирование устойчивой культуры безопасности становится обязательным элементом эффективного функционирования современной медицинской организации. Без нее невозможны ни подлинное улучшение качества помощи, ни снижение частоты ошибок и нежелательных событий.

Измерение культуры безопасности – задача, доступная для любой медицинской организации. Современные инструменты, такие как опросник HSPSC, позволяют с минимальными затратами получить объективные данные о восприятии безопасности сотрудниками, выявить слабые стороны и отследить динамику изменений. Однако получение данных – лишь первый шаг. Основной целью является использование этой информации для системных, целенаправленных изменений. Повышение культуры безопасности возможно при помощи разнообразных интервенций – от внедрения образовательных программ и стандартов коммуникации до проведения регулярных обходов безопасности, укрепляющих открытость, доверие и психологическую безопасность в коллективе.

Таким образом, культура безопасности – это не абстрактная идея, а конкретный, управляемый и поддающийся улучшению ресурс, от которого напрямую зависит благополучие пациентов и профессиональное развитие персонала. Ее формирование должно быть приоритетом каждой медицинской организации, стремящейся к качеству, эффективности и доверию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тактика контроля качества и безопасности медицинской деятельности: практическое руководство/Е. Ф. Ахметзянова, Е. Е. Бельская, Ю. Н. Зиннатуллина [и др.]. – 2-е изд. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2025. – 128 с. – ISBN 978-5-9704-8642-9. – DOI 10.33029/9704-8642-9-CON-2025-1-128.
2. Царанов К. Н. Опросник «Отношение к безопасности» для медицинских организаций: Практическое руководство / К. Н. Царанов. – Москва: Государственный научный центр РФ – Федеральный медицинский биофизический центр имени А. И. Бурназяна, 2022. – 28 с. – ISBN 978-5-93064-242-1.
3. Ройтберг Г. Е., Вачнадзе Д. И., Кондратова Н. В., Галанина Е. В., Тимошевский А. А. Обходы безопасности: новый управленческий инструмент в системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Менеджер здравоохранения. 2025; 10:22–33. DOI: 10.21045/1811-0185-2025-10-22-33.
4. Hodkinson A., Tyler N., Ashcroft D.M., Keers R.N., Khan K., Phipps D., Abuzour A., Bower P., Avery A., Campbell S., Panagioti M. Preventable medication harm across health care settings: a systematic review and meta-analysis. BMC Med. 2020 Nov 6;18(1):313. doi: 10.1186/s12916-020-01774-9. PMID: 33153451.
5. Rodziewicz T.L., Houseman B., Vaqar S., Hipskind J.E. Medical Error Reduction and Prevention. 2024 Feb 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. PMID: 29763131.
6. Raoofi S., Pashazadeh Kan F., Rafiei S. et al. Global prevalence of nosocomial infection: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2023 Jan 27;18(1): e0274248. doi: 10.1371/journal.pone.0274248. PMID: 36706112.
7. Dykes P.C., Curtin-Bowen M., Lipsitz S. et al. Cost of Inpatient Falls and Cost-Benefit Analysis of Implementation of an Evidence-Based Fall Prevention Program. JAMA Health Forum. 2023 Jan 6;4(1):e225125. doi: 10.1001/jamahealthforum.2022.5125. PMID: 36662505.
8. Lee T. R. Perceptions, attitudes and behaviour: The vital elements of a safety culture / T. R. Lee. – 1996. – Т. 15. – № 10. – С. 11-18.
9. The Chernobyl Accident: Updating of INSAG-1: INSAG Series. – Vienna: International atomic energy agency, 1992. – Вып. 7.
10. Reason J. Human Error / J. Reason. – Cambridge University Press, 1990. – 324 с.
11. Pronovost P.J., Weast B., Holzmueller C.G. et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. Qual Saf Health Care. 2003 Dec;12(6):405-10. doi: 10.1136/qhc.12.6.405. PMID: 14645754.

12. Pronovost P., Needham D., Berenholtz S. et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med.* 2006 Dec 28;355(26):2725-32. doi:10.1056/NEJMoa061115. Erratum in: *N Engl J Med.* 2007 Jun 21;356(25):2660. PMID: 17192537.
13. Hassan A.E., Mohammed F.A., Zakaria A.M., Ibrahim I.A. Evaluating the Effect of TeamSTEPPS on Teamwork Perceptions and Patient Safety Culture among Newly Graduated Nurses. *BMC Nurs.* 2024 Mar 13;23(1):170. doi: 10.1186/s12912-024-01850-y. PMID: 38481268; PMCID: PMC10935822.
14. Lindblad B., Chilcott J., Rolls L. Mary Lanning Memorial Hospital: communication is key. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004 Oct;30(10):551-8. doi: 10.1016/s1549-3741(04)30065-1. PMID: 15518359.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

ОПРОСНИК ПО КУЛЬТУРЕ БЕЗОПАСНОСТИ HSPSC ИНСТРУКЦИИ

Опросник включает в себя вопросы по проблемам безопасности пациентов, медицинским ошибкам, зарегистрированным в вашей медицинской организации. Заполнение опросника займет у вас от 10 до 15 минут.

Если вы не хотите отвечать на вопрос или вопрос не относится к вашей работе, вы можете оставить пустое поле.

Примечание:

Событие – это любой тип ошибки, неточности или несчастного случая вне зависимости от того, был нанесен вред пациенту или нет.

Безопасность пациента – мероприятия, направленные на избегание и предотвращение причинения любого вреда пациенту или развития побочных эффектов, связанных с лечением.

РАЗДЕЛ А: ВАШЕ РАБОЧЕЕ МЕСТО

В этой части опросника под понятием «ваше подразделение» понимается то подразделение, где вы проводите большую часть вашего рабочего времени.

Укажите место вашей работы. Выберите один ответ.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Я работаю в нескольких подразделениях | <input type="checkbox"/> Аптека |
| <input type="checkbox"/> Терапевтический профиль | <input type="checkbox"/> Лаборатория |
| <input type="checkbox"/> Хирургический профиль | <input type="checkbox"/> Инструментальная диагностика |
| <input type="checkbox"/> Педиатрия | <input type="checkbox"/> Анестезиология |
| <input type="checkbox"/> Скорая медицинская помощь | <input type="checkbox"/> Восстановительная медицина |
| <input type="checkbox"/> Стоматология | <input type="checkbox"/> Другое |

- Стационар
- 1 клиническое отделение
- 2 клиническое отделение
- Скорая помощь
- Диагностическое отделение
- Стоматология
- Аптека
- Лаборатория
- Радионуклидная диагностика
- Радионуклидная терапия
- Восстановительная медицина
- Лучевая терапия
- Другое

Пожалуйста, укажите, согласны ли вы со следующими утверждениями

В вашем подразделении...		Совершенно не согласен	Не согласен	Не знаю	Согласен	Совершенно согласен
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	Сотрудники поддерживают друг друга	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	У нас достаточно персонала для нашего объема работы	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	Когда надо срочно сделать много работы, мы работаем всей командой, чтобы выполнить все в срок	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	Сотрудники проявляют уважение друг к другу	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	У нас сотрудники работают дольше по времени, даже если это не нужно пациенту	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	Мы многое делаем для улучшения безопасности пациента	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7	Я думаю, что руководство привлекает больше дополнительных внешних совместителей и услуг аутсорсинговых компаний, чем это нужно для обеспечения качественной работы по оказанию помощи пациенту	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8	Сотрудники думают, что если они сообщат об ошибке, их накажут	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9	Обнаружение ошибок в моем подразделении улучшило нашу работу	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10	Я думаю, что более серьезные ошибки не происходят в нашем подразделении по чистой случайности	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

В вашем подразделении...	Совершенно не согласен	Не согласен	Не знаю	Согласен	Совершенно согласен
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Когда в одном месте нашего подразделения большой наплыв пациентов, другие им помогают	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12 Если кто-то сообщает о своей ошибке, это сообщение больше похоже на отписку или выдумку, чем на реальную проблему	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13 После того, как мы улучшаем безопасность пациентов, мы получаем обратную связь по результатам этой работы	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14 Если мы работаем в кризисном режиме, нас заставляют делать слишком много и слишком быстро	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15 При увеличении количества работы безопасность пациента не страдает	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16 Мы думаем, что если мы делаем ошибки, то это может быть записано в трудовой книжке	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17 В нашем подразделении были проблемы с безопасностью пациента	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18 Наша работа хорошо организована для того, чтобы предотвращать ошибки	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

РАЗДЕЛ В: ВАШ НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ

Пожалуйста, укажите, согласны ли вы со следующими утверждениями в отношении вашего непосредственного руководителя

В вашем подразделении...	Совершенно не согласен	Не согласен	Не знаю	Согласен	Совершенно согласен
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Мой непосредственный руководитель меня хвалит, если он видит, что я делаю свою работу в соответствии с правилами безопасности пациента	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

В вашем подразделении...		Совершенно не согласен	Не согласен	Не знаю	Согласен	Совершенно согласен
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Мой непосредственный руководитель поощряет сотрудников проявлять инициативу в отношении безопасности пациентов	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	Когда темп работы нарастает, мой непосредственный руководитель просит меня работать быстрее, даже если это означает некоторое отступление от стандартов	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	Мой непосредственный руководитель не обращает внимания на проблемы, связанные с безопасностью пациентов, даже если они случаются снова и снова	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

РАЗДЕЛ С: КОММУНИКАЦИИ

Как часто случается что-то подобное в вашем подразделении?

		Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	Мы получаем обратную связь по поводу результатов корректирующих действий после сообщения об ошибках	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	Сотрудники могут спокойно обсуждать любые аспекты, связанные с безопасностью пациента	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	Мы получаем информацию об ошибках, которые происходят в нашем подразделении	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	Сотрудники могут спокойно обращаться для принятия решений к вышестоящим руководителям	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	Если ошибка произошла, мы обсуждаем, как предотвратить ее в дальнейшем	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	Сотрудники боятся задавать вопросы, если что-то идет не так	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

РАЗДЕЛ D: СООБЩЕНИЕ ОБ ОШИБКАХ

Если в вашем подразделении случилась какая-то ошибка, как часто о ней сообщают?

	Совершенно не согласен	Не согласен	Не знаю	Согласен	Совершенно согласен
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Если произошла ошибка, но ее исправили до того, как пациенту был нанесен вред, как часто о ней сообщают?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2 Если произошла ошибка, которая не несет вреда для пациента, как часто о ней сообщают?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3 Если произошла ошибка, которая могла навредить пациенту, но этого не произошло, как часто о ней сообщают?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

РАЗДЕЛ E: СТЕПЕНЬ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА

Пожалуйста, напишите, как вы думаете, насколько хорошо в вашем подразделении организована работа по обеспечению безопасности пациентов.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	B	C	D	E
Замечательно	Очень хорошо	Приемлемо	Плохо	Ужасно

РАЗДЕЛ F: КЛИНИКА

Пожалуйста, укажите, согласны ли вы со следующими утверждениями в отношении клиники

	Совершенно не согласен	Не согласен	Не знаю	Согласен	Совершенно согласен
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Руководство клиники создает атмосферу, которая способствует улучшению безопасности пациента	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2 Работа разных подразделений плохо координирована	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3 Если пациент переходит из одного отделения в другое, эта работа плохо организована	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	Совершенно не согласен	Не согласен	Не знаю	Согласен	Совершенно согласен
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Если подразделениям нужно работать вместе, эта работа хорошо организована				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	Когда пациент переходит от одного медработника к другому, часто важная информация о пациенте теряется				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	Для меня часто неприятно работать с сотрудниками из другого подразделения				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7	Часто проблемы случаются тогда, когда нужно обменяться информацией с сотрудниками другого подразделения				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8	Действия руководителей клиники показывают, что безопасность пациента является приоритетной задачей				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9	Мне кажется, что руководство клиники интересуется проблемами безопасности пациента только после того, как что-то случилось				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10	Различные подразделения хорошо взаимодействуют друг с другом, если надо оказать помощь пациенту				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11	Проблемы с пациентом часто возникают, когда пациент переходит от одного медработника к другому				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

РАЗДЕЛ G: КОЛИЧЕСТВО СООБЩЕНИЙ ОБ ОШИБКАХ

За последний год о каком количестве ошибок вы лично сообщили?

- Ни одной
- 1-2
- 3-5
- 6-10
- 11-20

РАЗДЕЛ Н: БАЗОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Эта информация поможет нам при анализе результатов опроса.

1. Сколько вы работаете в организации?

- Менее года
- От 11 до 15 лет
- От года до 5 лет
- Больше 16 лет
- От 6 до 10 лет

2. Сколько времени вы работаете в подразделении?

- Менее года
- От 11 до 15 лет
- От года до 5 лет
- Больше 16 лет
- От 6 до 10 лет

3. Обычно сколько часов в неделю вы работаете в организации?

- Менее 20 часов
- 60-79 часов
- 20-39 часов
- Более 80 часов
- 40-59 часов

4. Какую должность вы занимаете? Выберите один ответ.

- Медсестра
- Физиотерапевт
- Фельдшер
- Врач ЛФК
- Врач
- Рентгенолаборант
- Фармацевт
- Администратор
- Диетсестра
- Другое
- Лаборант, фельдшер-лаборант

5. В вашей работе вы общаетесь напрямую с пациентом?

- Да
- Нет

6. Сколько вы работаете по вашей специальности?

- Менее года
- 11-15 лет
- 1-5 лет
- 16-20 лет
- 6-10 лет
- Более 21 года

РАЗДЕЛ I: ВАШИ КОММЕНТАРИИ

Пожалуйста, не стесняйтесь оставить любые комментарии, которые касаются безопасности пациента или медицинских ошибок, о которых вы знаете

СПАСИБО ВАМ ЗА ЗАПОЛНЕНИЕ ОПРОСНИКА!

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ОПРОСНИК ПО АНАЛИЗУ ПЕРВОПРИЧИН (С ПРИМЕРАМИ ОТВЕТОВ)

(рекомендации NPSF – Национальная организация безопасности пациентов, 2016 год).

Коммуникация

1. Был ли пациент идентифицирован надлежащим образом? *Да*
2. Предоставлялась ли информация об оценках различных пациентов и использовалась ли она группой лечения своевременно? *Да*
3. Представляла ли существующая документация наглядную картину обследования больного, плана лечения и ответ пациента на терапию? (например, оценки, консультации, предписания, отметки о ходе лечения, карточка назначений, рентгеновское исследование, лабораторное исследование и т. д.) *В целом да, однако выявлена скрытая ошибка по неправильному введению хлорида калия из-за некорректной работы программы (подробное описание в заявке в службу ИТ №...).*
4. Было ли взаимодействие между руководством/инспекторами и персоналом первичного звена эффективным (т.е. точное, исчерпывающее, недвусмысленное, с использованием стандартных терминов и без жаргона)? *Да*
5. Было ли взаимодействие между членами группы первичного звена эффективным? *Да*
6. Используемые меры и процедуры были согласованы надлежащим образом? *Да*
7. Передавалась ли точная техническая информация людям, которые в ней нуждались круглосуточно? *Да*
8. Использовались ли методы контроля эффективности взаимодействия персонала (например, повторение записанного текста, передача ответа на полученное распоряжение, подтверждающие сообщения, заслушивание отчетов)? *Нет – были нарушены требования РИ по препаратам высокого риска в части проверки правильности разведения вторым лицом.*
9. Передавались ли беспрепятственно сообщения о потенциальных факторах риска? *Да*

10. Был ли предоставлен отзыв/предупреждение /спецификации производителя на лекарственное средство, оборудование или продукт, связанный с явлением или ошибочным вызовом? Если да, были ли соответствующие сотрудники осведомлены об этом отзыве/предупреждении/спецификации и были ли выполнены предусмотренные корректирующие действия? *Не применимо*

11. Принимал ли пациент и его семья/другие лица активное участие в оценке и планировании лечения? *Не применимо*

12. Определило ли руководство надлежащие методы своевременного предоставления информации сотрудникам для легкого доступа и применения? *Да*

13. Поддерживались или приветствовались ли наблюдения, предложения или «ранние предупреждения» персонала об опасных ситуациях и снижении риска в соответствии с общей культурой отделения/участка работы? (Кроме того, если явления случались раньше, что было сделано, чтобы предотвратить их повторение?) *Да*

14. Было ли эффективное взаимодействие за пределами организации? *Не применимо*

Обучение

15. Была ли проведена оценка для определения, какое обучение персонала было действительно необходимо? *Не полностью – при замене вида шприцов формализованного обучения, которое гарантирует участие всех медсестер, не было.*

16. Проводилось ли обучение до начала рабочего процесса? *Да, в июне 2022 (имеется подпись в журнале)*

17. Проводился ли мониторинг результатов обучения в течение длительного периода времени? *Нет*

18. Было ли обучение надлежащим? Если нет, учитывают следующие факторы: ответственность руководителя, невыполнение процедур, некорректное обучение и неэффективные правила/политика/процедура. *Да*

19. Были ли программы обучения персонала разработаны заранее с целью помочь сотрудникам выполнять свои задачи без ошибок? *Да*

20. Был ли весь персонал обучен использованию соответствующих барьеров и средств контроля? *Да*

Утомление/Планирование

21. Были ли уровни вибрации, шума или другие условия окружающей среды соответствующими? *Да*

22. Были ли стресс-факторы окружающей среды надлежащим образом предусмотрены? *Да*

23. Высыпался ли персонал? *Да*

24. Была ли должным образом учтена усталость? *Да*

25. Присутствовали ли отвлекающие факторы? *Нет*

26. Имелось ли достаточное количество персонала для работы в тот период времени? (т.е. рабочая нагрузка слишком высокая, слишком низкая или несоответствующий состав персонала.)
Да, однако в этот момент вторая медсестра была на другом этаже.

27. Был ли уровень автоматизации соответствующим? (т.е. не слишком много и не слишком мало).
Имела место ошибка автоматизации

Окружающая среда/Оборудование

28. Был ли рабочий участок/среда разработаны для поддержки действия, для которого она использовалась? *Да*

29. Была ли проведена оценка риска для окружающей среды (т.е. проверка безопасности) участка? *Да*

30. Были ли уровни нагрузки рабочей среды (физические или психологические) приемлемыми? (например, температура, помещение, шум, перемещения в медицинском учреждении, строящиеся объекты). *Да*

31. Были ли проведены соответствующие оценки безопасности и учения по ликвидации последствий стихийных бедствий? *Да*

32. Соответствует ли рабочий участок/среда действующим нормам, спецификациям и правилам? *Да*

33. Было ли оборудование предназначено для надлежащего выполнения целевого назначения? *Да*

34. Работало ли оборудование бесперебойно, учитывая: потребности и опыт персонала; существующие процедуры, требования и рабочую нагрузку; а также физическое пространство и месторасположение? *Да*

35. Использованное в явлении оборудование соответствовало действующим нормам, спецификациям и правилам? *Да*

36. Была ли проведена оформленная документально экспертиза безопасности используемого оборудования? (Если применимо, были ли рекомендации по услугам/вызову/техническому обслуживанию и т. д. выполнены своевременно?) *Да*

37. Имелась ли программа технического обслуживания на рабочем месте для обслуживания используемого оборудования? *Не применимо*

38. Если имелась программа технического обслуживания, показали ли самые последние предыдущие проверки, что оборудование работало надлежащим образом? *Не применимо*

39. Если предыдущие проверки указывали на неисправности оборудования, были ли корректирующие действия эффективными? *Не применимо*

40. Было ли проверено оборудование и процедуры, чтобы обеспечить достаточную согласованность между работой персонала и оборудования, которое они использовали, или задачами, которые они выполняли? *Изменился внешний вид шприца (цена делений).*

41. Было ли выделено достаточное время и ресурсы для обновления установок и оборудования, если были обнаружены неисправности? *Не применимо*

42. Имелось ли надлежащее оборудование для выполнения рабочих процессов? *Да*
43. Были ли предусмотрены противоаварийные мероприятия и резервные системы на случай повреждения оборудования? *Не применимо*
44. Правильно ли работал этот тип оборудования и использовался ли он должным образом ранее? *Да*
45. Было ли оборудование разработано таким образом, чтобы ошибки при использовании были маловероятны? *Да*
46. Соблюдалась ли проектная спецификация? *Не применимо*
47. Соответствовало ли выпускаемое оборудование спецификациям и функционировало ли таким образом, чтобы конструкция соответствовала требованиям? *Не применимо*
48. Был ли персонал обучен работе с оборудованием, связанным с нежелательным явлением/ошибочным вызовом? *Не применимо*
49. Позволяла ли конструкция оборудования обнаружить проблемы и своевременно довести их до сведения оператора? *Не применимо*
50. Было ли оборудование разработано таким образом, чтобы корректирующие действия могли свести к минимуму/устранить любой нежелательный исход? *Да*
51. Работали ли дисплеи и органы управления оборудованием должным образом и правильно ли они интерпретировались и были ли настройки оборудования, включая аварийные сигналы, соответствующими? *Не применимо*
52. Было ли медицинское оборудование или устройство предназначено для повторного применения (т.е. не для повторного использования одноразового устройства)? *Не применимо*
53. Использовалось ли медицинское оборудование или устройство в соответствии со своей спецификацией и инструкциями производителя? *Да*

Правила/Политика/Процедуры

54. Был ли разработан общий план управления по устранению риска и возложению ответственности за риск? *Да*
55. Имеется ли у руководства система проверки или контроля качества для информирования их о работе основных процессов, связанных с нежелательным явлением? *Да*
56. Было ли проведено предыдущее расследование аналогичного явления, были ли определены причины, а также своевременно разработаны и приняты эффективные меры? *Предыдущих ошибок не было*
57. Была ли данная проблема выявлена или исправлена после аудита или проверки рабочего процесса/оборудования/участка? *Нет*
58. Был ли необходим уход за пациентом в рамках задач медицинского учреждения, опыта и доступности персонала, ресурсов технической службы и службы поддержки? *Нет*
59. Был ли персонал, участвующий в нежелательном явлении или ошибочном вызове, надлежащим образом квалифицирован и обучен выполнять свои функции/обязанности? *Частично*

60. Использованное в явлении оборудование соответствовало действующим нормам, спецификациям и правилам? *Да*

61. Был ли весь участвующий персонал ориентирован на политику в отношении работы, отделения и медицинского учреждения, касающуюся: безопасности, охраны, управления опасными материалами, готовности к чрезвычайным ситуациям, управления обеспечением безопасности, управления медицинским оборудованием и материально-техническими ресурсами? *Не полностью*

62. Были ли разработаны современная политика и процедуры, касающиеся рабочих процессов, связанных с нежелательным явлением или ошибочным вызовом? *Да*

63. Соответствовала ли эта политика/процедуры государственным и национальным руководствам, требованиям регулирующих органов и/или рекомендациям профессиональных обществ/организаций? *Да*

64. Были ли соответствующая политика/процедуры ясными, понятными и легкодоступными для всего персонала? *Да*

65. Использовались ли фактически соответствующая политика и процедуры каждый день? *Не полностью*

66. Если политика и процедуры не использовались, что препятствовало целесообразности их применения персоналом? *Нежелание тратить дополнительное время и усилия на их выполнение из-за недостаточного понимания последствий.*

67. Если политика и процедуры не использовались, какие позитивные и негативные стимулы отсутствовали? *Не применимо*

Барьеры

(Примечание. Барьеры защищают людей и имущество от нежелательных явлений и могут быть физического или процедурного характера. Больничные палаты с отрицательным/положительным давлением являются примером физического барьера, который препятствует распространению бактерий/вирусов. Система индексации штоков, используемая в медицинских газовых баллонах, является еще одним примером физического барьера, который предотвращает неправильное подключение газовых баллонов. «Обязательный перерыв перед началом операции» является примером процедурного барьера, который защищает пациентов от возникновения ситуаций неправильного места, неправильного пациента, неправильных операций.)

68. Какие барьеры и средства управления использовались при данном нежелательном явлении или ошибочном вызове? *Были – проверка второй медсестрой*

69. Были ли эти барьеры предназначены для защиты пациентов, персонала, оборудования или окружающей среды? *Да*

70. Был ли учтен риск для пациента при разработке этих барьеров и средств управления? *Да*

71. Имелись ли эти барьеры и средства управления на участке до того, как произошло нежелательное явление или ошибочный вызов? *Да*

72. Была ли проведена оценка надежности этих барьеров и средств контроля? *Не полностью*

73. Имелись ли другие барьеры и средства контроля рабочих процессов? *Нет*

74. Применялась ли концепция «отказоустойчивости» при разработке системы (Отказоустойчивая система может выдержать выход из строя одного или нескольких барьеров без причинения вреда пациенту.)? *Не применимо*

75. Проводилось ли техническое обслуживание и проверка на регулярной основе соответствующих барьеров и средств управления назначенными сотрудниками? *Не применимо*

Основные факторы, которые привели к ошибке:

1. Медсестры не полностью понимают важность выполнения рабочей инструкции по препаратам высокого риска в части фактической проверки правильности разведения препарата.
2. Хотя после замены шприцов у сотрудника была возможность наглядно увидеть ошибку, медсестра работала «как раньше».
3. Не было проведено формализованное обучение, гарантирующее 100% охват персонала, после замены шприцов.
4. Сотрудник вышел на тот участок работы, где давно не был, в рамках ротации.
5. Работа программы привела к искажению листа назначений при выводе на печать в рабочем варианте медсестры.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ОБХОДА БЕЗОПАСНОСТИ

Обход безопасности Протокол проведения	
Дата:	Отделение:
Категория персонала и количество участников:	
Модераторы обхода:	
ФИО:	Должность:
Могли бы Вы вспомнить о каких-либо событиях, произошедших в последнее время, в результате которых удлиннились сроки госпитализации пациента?	
(Пример: образование пролежней или острая язва желудка, ошибки в планировании выписки, недопонимание и ошибки коммуникации)	
Можете ли Вы припомнить какие-либо инциденты, произошедшие в последнее время, когда пациенту был причинен вред?	
(Пример: инфекционные осложнения, падения, хирургические осложнения, ошибки в лекарственной терапии, побочные эффекты лекарственных средств)	

Всегда ли Вы сообщаете об ошибке, когда ее допускаете, сообщаете ли Вы об ошибках, допущенных Вашими коллегами?

(Пример: иногда специалисты считают ошибку незначительной и не сообщают о ней, система сообщения об ошибках работает некорректно, сообщение об ошибке занимает слишком много времени, не видят необходимости сообщать об ошибках)

На Ваш взгляд, что могла бы сделать администрация нашей клиники, чтобы сделать Вашу работу более безопасной для пациентов?

(Пример: предоставлять больше информации по этой теме, организовывать обучение, поработать над командной работой и коммуникацией, что-либо изменить в рабочих условиях и инфраструктуре клиники, упростить систему сообщений об ошибках)

Что, на Ваш взгляд, сделало бы обходы безопасности более эффективными?

(Пример: неформальное общение в общих зонах вместо собраний, индивидуальное общение вместо группового)

«Благодарим Вас за участие, мы собираемся поработать над информацией, которую Вы нам предоставили, в свою очередь, мы хотели бы попросить, чтобы Вы рассказали 2 другим коллегам о вопросах и темах, которые мы обсуждали на этом обходе»

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ПРИМЕР ПЛАНА КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

Ситуация, при которой медицинская сестра использовала для введения инсулина неправильный шприц (инсулиновые шприцы выпускаются для разных типов препарата с ценой деления 1 мл – 40 Ед инсулина или 1 мл – 100 Ед.)

План корректирующих мероприятий по факту ошибки № ____ «Передозировка инсулина»

Цель: снизить количество ошибок, связанных с препаратами высокого риска, до 0 за 2 квартал 2023 года.

Бюджет: не требуется

Контролер: главный врач

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок исполнения	Ответственный	Отметка о выполнении
Корректирующие мероприятия				
1.	Провести занятие с разъяснением важности выполнения РИ по препаратам высокого риска в части фактической проверки правильности разведения препарата.	28.01.2025	-	-
2.	Провести формализованное обучение правильному обращению с шприцами для инсулина, имеющими разную цену делений, гарантирующее 100% охват персонала.	28.01.2025	-	-
3.	Внести изменения в рабочую инструкцию в части обеспечения инструктажей сотрудников, меняющих участки работы в рамках ротации.	29.01.2025	-	-
4.	Подать заявку в IT-службу в части исправления ошибок программы, приводящих к искажению листов назначений в рабочей документации медсестер.	28.01.2025	-	-

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок исполнения	Ответственный	Отметка о выполнении
Обучение сотрудников				
4.	Разобрать ошибку в отделении с медсестрами.	28.01.2025	-	-
Мониторинг соблюдения выполнения процесса				
5.	Проводить мониторинг количества ошибок, связанных с препаратами высокого риска.	11.02.2025 11.03.2025 11.04.2025 11.06.2025	-	-
Отчет о выполнении плана				
4.	Отчет о выполнении плана.	15.06.2025	-	-

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Выберете **ОДИН** правильный ответ

1. К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ МЕТОДАМ ОЦЕНКИ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ

1. проведение опросов, фокус-групп и глубинных интервью с представителями различных профессиональных групп
2. анкетирование персонала с использованием стандартных валидизированных инструментов
3. контент-анализ комментариев персонала
4. наблюдение за повседневной клинической практикой

2. К КАЧЕСТВЕННЫМ МЕТОДАМ ОЦЕНКИ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ

1. проведение опросов, фокус-групп и глубинных интервью с представителями различных профессиональных групп
2. анкетирование персонала с использованием стандартных валидизированных инструментов
3. комплексная оценка культуры безопасности
4. анкетирование персонала без использования стандартных валидизированных инструментов

3. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ВАЛИДИРОВАННЫХ И ПРИЗНАННЫХ НА МЕЖДУНАРОДНОМ УРОВНЕ ОПРОСНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Check, Option, Demand and Elevate (проверяйте, выбирайте, требуйте и повышайте уровень)
2. структурированные инструменты коммуникации, адаптированные для передачи наиболее важной информации между медицинскими работниками (I-PASS)
3. Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)
4. Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS)

4. СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОСПРИЯТИЯ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ – ЭТО

1. процесс систематического наблюдения, анализа и контроля за состоянием безопасности систем и данных
2. процесс, в ходе которого сотрудникам передают знания о важности безопасности, рисках и последствиях несоблюдения правил
3. процесс, включающий в себя выявление внешних и внутренних факторов, влияющих на достижение стратегических целей организации
4. процесс, который позволяет проанализировать отношение работников к вопросам безопасности, выявить пробелы в системе управления охраной труда и разработать стратегии для её улучшения

5. ИДЕНТИФИКАЦИЯ НАПРАВЛЕНИЙ, ТРЕБУЮЩИХ ОРГАНИЗАЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА – ЭТО

1. процесс систематического наблюдения, анализа и контроля за состоянием безопасности систем и данных
2. сравнение с внутренними и внешними референтными точками (чаще всего другими медицинскими организациями)
3. процесс, который позволяет проанализировать отношение работников к вопросам безопасности, выявить пробелы в системе управления охраной труда и разработать стратегии для её улучшения
4. процесс, включающий в себя выявление внешних и внутренних факторов, влияющих на достижение стратегических целей организации

6. ПОВЫШЕНИЕ ОСВЕДОМЛЁННОСТИ ПЕРСОНАЛА О ПРИНЦИПАХ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ – ЭТО

1. процесс, который позволяет проанализировать отношение работников к вопросам безопасности, выявить пробелы в системе управления охраной труда и разработать стратегии для её улучшения
2. процесс систематического наблюдения, анализа и контроля за состоянием безопасности систем и данных
3. процесс, в ходе которого сотрудникам передают знания о важности безопасности, рисках и последствиях несоблюдения правил
4. процесс, включающий в себя выявление внешних и внутренних факторов, влияющих на достижение стратегических целей организации

7. ПРОВЕДЕНИЕ БЕНЧМАРКИНГА – ЭТО

1. сравнение с внутренними и внешними референтными точками (чаще всего другими медицинскими организациями)
2. процесс систематического наблюдения, анализа и контроля за состоянием безопасности систем и данных

3. процесс, который позволяет проанализировать отношение работников к вопросам безопасности, выявить пробелы в системе управления охраной труда и разработать стратегии для её улучшения
4. процесс, в ходе которого сотрудникам передают знания о важности безопасности, рисках и последствиях несоблюдения правил

8. КОМПОЗИТ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ, ОЦЕНИВАЕМЫЙ В РАМКАХ HSPSC, «КОМАНДНАЯ РАБОТА ВНУТРИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ» ОПРЕДЕЛЯЕТ, ЧТО

1. руководители поощряют соблюдение процедур безопасности, выявление проблем и предложения по улучшению
2. сотрудники поддерживают друг друга, относятся с уважением и эффективно взаимодействуют
3. высшее руководство демонстрирует приоритетность безопасности в своей политике и действиях
4. сотрудники получают информацию об ошибках и обсуждают пути их предотвращения

9. КОМПОЗИТ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ, ОЦЕНИВАЕМЫЙ В РАМКАХ HSPSC, «ОЖИДАНИЯ/ДЕЙСТВИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ/МЕНЕДЖЕРОВ ПО ПОВЫШЕНИЮ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ» ОПРЕДЕЛЯЕТ, ЧТО

1. руководители поощряют соблюдение процедур безопасности, выявление проблем и предложения по улучшению
2. высшее руководство демонстрирует приоритетность безопасности в своей политике и действиях
3. сотрудники имеют возможность выражать обеспокоенность, в том числе в адрес руководства
4. сотрудники получают информацию об ошибках и обсуждают пути их предотвращения

10. КОМПОЗИТ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ, ОЦЕНИВАЕМЫЙ В РАМКАХ HSPSC, «МЕРЫ, ПРИНИМАЕМЫЕ РУКОВОДСТВОМ В ПОДДЕРЖКУ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ» ОПРЕДЕЛЯЕТ, ЧТО

1. руководители поощряют соблюдение процедур безопасности, выявление проблем и предложения по улучшению
2. сотрудники получают информацию об ошибках и обсуждают пути их предотвращения
3. высшее руководство демонстрирует приоритетность безопасности в своей политике и действиях
4. сотрудники поддерживают друг друга, относятся с уважением и эффективно взаимодействуют

11. КОМПОЗИТ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ, ОЦЕНИВАЕМЫЙ В РАМКАХ HSPSC, «ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ И СООБЩЕНИЯ ОБ ОШИБКАХ» ОПРЕДЕЛЯЕТ, ЧТО

1. ошибки приводят к позитивным изменениям, а изменения проверяются на эффективность
2. сотрудники получают информацию об ошибках и обсуждают пути их предотвращения
3. руководители поощряют соблюдение процедур безопасности, выявление проблем и предложения по улучшению

4. высшее руководство демонстрирует приоритетность безопасности в своей политике и действиях

12. КОМПОЗИТ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ, ОЦЕНИВАЕМЫЙ В РАМКАХ HSPSC, «УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ШТАТА» ОПРЕДЕЛЯЕТ, ЧТО ИМЕЕТСЯ

1. достаточное количество персонала для безопасного выполнения объема работы
2. полнота и точность передачи клинической информации при сменах и переводах пациентов между отделениями
3. убежденность в том, что сообщения об ошибках не приведут к санкциям
4. оценка устойчивости процессов и наличия/отсутствия проблем в безопасности

13. КОМПОЗИТ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ, ОЦЕНИВАЕМЫЙ В РАМКАХ HSPSC, «ОТКРЫТОСТЬ КОММУНИКАЦИИ (ГЛАСНОСТЬ)» ОПРЕДЕЛЯЕТ, ЧТО ИМЕЕТСЯ

1. убежденность в том, что сообщения об ошибках не приведут к санкциям
2. полнота и точность передачи клинической информации при сменах и переводах пациентов между отделениями
3. возможность выражать обеспокоенность, в том числе в адрес руководства
4. оценка устойчивости процессов и наличия/отсутствия проблем в безопасности

14. ОПРОС С ОХВАТОМ ВСЕГО ШТАТА ПРИ ОЦЕНКЕ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ В РАМКАХ ОПРОСНИКА HSPSC РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОРГАНИЗАЦИЯМ С ЧИСЛЕННОСТЬЮ

1. более 700 сотрудников
2. более 500 сотрудников
3. более 600 сотрудников
4. менее 500 сотрудников

15. ПРИ ОЦЕНКЕ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ В РАМКАХ ОПРОСНИКА HSPSC КРИТЕРИЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ «СИЛЬНАЯ СТОРОНА КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ» ВЕРЕН ПРИ

1. $\geq 65\%$ положительных ответов
2. $\geq 80\%$ положительных ответов
3. $\geq 85\%$ положительных ответов
4. $\geq 75\%$ положительных ответов

16. ПРИ ОЦЕНКЕ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ В РАМКАХ ОПРОСНИКА HSPSC КРИТЕРИЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ «УЯЗВИМАЯ ОБЛАСТЬ, ТРЕБУЮЩАЯ ЦЕЛЕВЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ» ВЕРЕН ПРИ

1. $<65\%$ положительных ответов
2. $<40\%$ положительных ответов
3. $<50\%$ положительных ответов
4. $<30\%$ положительных ответов

17. В СТРУКТУРИРОВАННОЙ МОДЕЛИ CHECK, OPTION, DEMAND AND ELEVATE (SAFETY C.O.D.E) КОМПОНЕНТ «CHECK» ВЫРАЖАЕТ

1. деликатное выяснение точки зрения другого («Я вижу ... можешь рассказать, что ты думаешь?»)
2. предложение альтернативных действий («Можно подумать о ... чтобы снизить риск»)
3. прямо выраженное требование, если ситуация действительно опасна («Мне нужно, чтобы теперь сделали ...»)
4. обращение к вышестоящему уровню, если предыдущие шаги не сработали и риск сохраняется

18. В СТРУКТУРИРОВАННОЙ МОДЕЛИ CHECK, OPTION, DEMAND AND ELEVATE (SAFETY C.O.D.E) КОМПОНЕНТ «OPTION» ВЫРАЖАЕТ

1. прямо выраженное требование, если ситуация действительно опасна («Мне нужно, чтобы теперь сделали ...»)
2. предложение альтернативных действий («Можно подумать о ... чтобы снизить риск»)
3. обращение к вышестоящему уровню, если предыдущие шаги не сработали и риск сохраняется
4. деликатное выяснение точки зрения другого («Я вижу ... можешь рассказать, что ты думаешь?»)

19. В СТРУКТУРИРОВАННОЙ МОДЕЛИ CHECK, OPTION, DEMAND AND ELEVATE (SAFETY C.O.D.E) КОМПОНЕНТ «DEMAND» ВЫРАЖАЕТ

1. прямо выраженное требование, если ситуация действительно опасна («Мне нужно, чтобы теперь сделали ...»)
2. обращение к вышестоящему уровню, если предыдущие шаги не сработали и риск сохраняется
3. предложение альтернативных действий («Можно подумать о ... чтобы снизить риск»)
4. деликатное выяснение точки зрения другого («Я вижу ... можешь рассказать, что ты думаешь?»)

20. В СТРУКТУРИРОВАННОЙ МОДЕЛИ CHECK, OPTION, DEMAND AND ELEVATE (SAFETY C.O.D.E) КОМПОНЕНТ «ELEVATE» ВЫРАЖАЕТ

1. предложение альтернативных действий («Можно подумать о ... чтобы снизить риск»)
2. прямо выраженное требование, если ситуация действительно опасна («Мне нужно, чтобы теперь сделали ...»)
3. обращение к вышестоящему уровню, если предыдущие шаги не сработали и риск сохраняется
4. деликатное выяснение точки зрения другого («Я вижу ... можешь рассказать, что ты думаешь?»)

Ответы на тестовые задания

1	Б	11	Б
2	А	12	А
3	В	13	В
4	Г	14	Г
5	Г	15	Г
6	В	16	В
7	А	17	А
8	Б	18	Б
9	А	19	А
10	В	20	В

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Тимошевский Александр Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья образовательного центра ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»;

Кондратова Наталья Владимировна – доктор медицинских наук, профессор РАН, главный врач стационара АО «Медицина» (Клиника академика Ройтберга);

Вачнадзе Давид Иосифович – врач–анестезиолог-реаниматолог АО «Медицина» (Клиника академика Ройтберга).

Научное электронное издание

Тимошевский Александр Анатольевич

КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Учебное пособие

Корректор: И. Д. Баринская

Дизайнер-верстальщик: А. В. Усанов

Объем данных 1,0 Мб

Дата подписания к использованию: 14.10.2025

URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/metodicheskie-posobiya/>

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,
115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Тел.: +7 (495) 530-12-89
Электронная почта: niiozmm@zdrav.mos.ru



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



МОСКВА
2 0 2 5