



ВСЕМИРНАЯ
ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИНСТИТУТ КАЧЕСТВА»
РОСЗДРАВНАДЗОРА

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ



2026

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**



БЕЗОПАСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ТЕЧЕНИЕ ВСЕЙ ЖИЗНИ!

Организаторы кампании призывают активизировать работу широкого круга секторов и заинтересованных сторон по предупреждению ущерба здоровью при оказании медицинской помощи пациентам с НИЗ.



Повысить осведомленность мировой общественности

- ▶ на всех этапах оказания помощи
- ▶ внедрение модели ПМСП с учетом факторов риска

Содействовать конструктивному участию лиц, живущих с НИЗ, и общественных сил:

- определении факторов, угрожающих безопасности пациентов
- выработке путей их устранения этих факторов

ЗАДАЧИ ВСЕМИРНОГО ДНЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Призвать все заинтересованные стороны закрепить принципы обеспечения безопасности пациентов:

- ▶ законодательстве, политике, стратегиях и программах по борьбе с НИЗ
- ▶ особое внимание укреплению систем здравоохранения на основе модели ПМСП



Побудить работников здравоохранения повышать безопасность пациентов на практике путем

Внедрения более безопасных методов диагностики
Безопасного применения лекарственных средств
Конструктивного вовлечения пациентов в лечебный процесс

ПОЧЕМУ ГОВОРИМ О ХНИЗ

75%

**смертей в
результате НИЗ**

86%

**преждевременной
смерти**

**17
млн**

**смертей в возрасте
до 70 лет**



Неинфекционные заболевания (НИЗ), которые также называют хроническими заболеваниями, как правило, имеют продолжительное течение и развиваются в результате совокупного воздействия генетических, физиологических, экологических и поведенческих факторов

К основным типам НИЗ относятся сердечно-сосудистые заболевания (такие как инфаркт и инсульт), онкологические заболевания, хронические респираторные заболевания (такие как хроническая обструктивная болезнь легких и астма) и сахарный диабет

В странах с низким и средним уровнем дохода бремя НИЗ непропорционально велико – в них происходит почти три четверти всех случаев смерти от НИЗ в мире (32 миллиона)

ФАКТОРЫ РИСКА

01



ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- употребление табака (включая последствия воздействия вторичного табачного дыма)
- нездоровое питание, включая чрезмерное потребление соли, сахара и жиров
- употребление алкоголя
- недостаточная физическая активность

02



МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- избыточная масса тела/ожирение
- высокие уровни глюкозы в крови (в том числе сахарный диабет)
- аномальные уровни липидов крови (в том числе высокий уровень липопротеидов низкой плотности)
- повышенное артериальное давление (включая гипертонию)

03



ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Развитию НИЗ способствуют несколько факторов риска, связанных с окружающей средой. Наиболее значимым из них является загрязнение воздуха (как атмосферного, так и внутри помещений), которое приводит к 6,7 миллиона случаев смерти во всем мире, из которых 5,6 миллиона случаев вызваны НИЗ, включая инсульт, ишемическую болезнь сердца, хроническую обструктивную болезнь легких и рак легких.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ

01

РИСК

БАЗОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ

- ПМО и диспансеризация
- оценка факторов риска
- лабораторные и инструментальные методы
- анализ прежней помощи и незавершенных направлений

02

ОЦЕНКА

03

ОБСЛЕДОВАНИЕ

04

ВЫЯВЛЕНИЕ

ЦИФРОВАЯ ПОДДЕРЖКА

- регистры и электронная документация
- цифровой профиль и динамика показателей
- дистанционный мониторинг — при внедренном процессе реагирования

05

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

06

МАРШРУТ

07

НАБЛЮДЕНИЕ

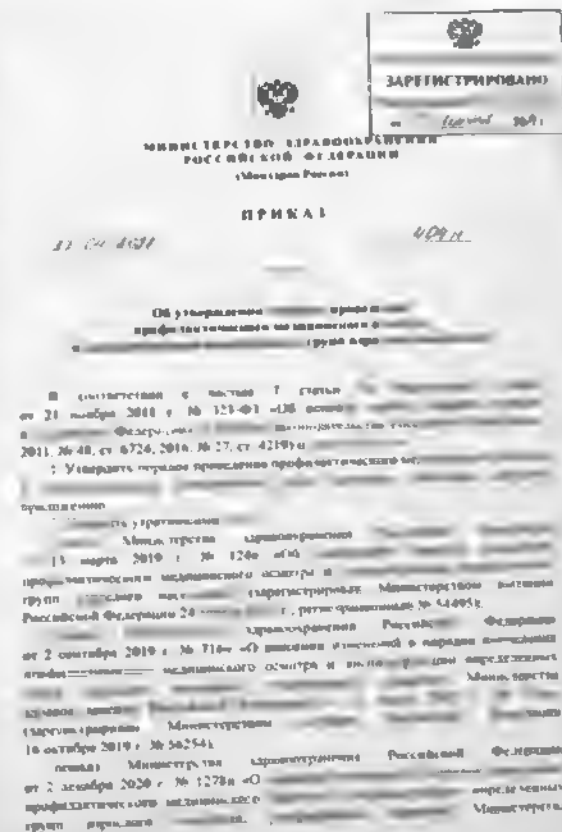
НОВЫЕ ШКАЛЫ

- ФЕНИКС / «Возраст здоровья»: разработка НМИЦ ТПМ.
- SCORE2-РФ: научная адаптация; применять в подходящей группе и по актуальному алгоритму.

НОРМАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ПМО И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Приказ Минздрава России от
27.04.2021 № 404н

«Об утверждении Порядка проведения
профилактического медицинского осмотра и
диспансеризации определённых групп взрослого
населения»



ЦЕЛЬ

процесса



КТО

подлежит



ГДЕ

пройти

Диспансеризация проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов

Статья 46 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

раннее (своевременное) выявление состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ

- ✓ определение групп здоровья пациента
- ✓ выработка рекомендаций для пациентов

Граждане в возрасте от 18 лет и старше:

- ✓ работающие граждане
- ✓ неработающие граждане
- ✓ обучающиеся в образовательных организациях по очной форме

Структурные подразделения медицинских организаций ПМСП

- ✓ поликлинические отделения
- ✓ кабинеты (отделения) медицинской профилактики
- ✓ центры здоровья
- ✓ врачебные амбулатории
- ✓ фельдшерско – акушерские пункты/фельдшерские пункты

АНКЕТИРОВАНИЕ

АНТРОПОМЕТРИЯ

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИГЛАЗНОГО
ДАВЛЕНИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО
РИСКА

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ В ПОКОЕ

МАММОГРАФИЯ ОБЕИХ МОЛОЧНЫХ
ЖЕЛЕЗ В ДВУХ ПРОЕКЦИЯХ

ФЛЮОРОГРАФИЯ ЛЕГКИХ ИЛИ
РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЛЕГКИХ
ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ



- ✓ Исследование уровня общего холестерина в крови
- ✓ Определение уровня глюкозы в крови натощак
- ✓ Исследование кала на скрытую кровь
- ✓ Определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови
- ✓ Общий анализ крови
- ✓ Проведение скринингового исследования на антитела к гепатиту С путем определения суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови



ОСМОТР ФЕЛЬДШЕРОМ
(АКУШЕРКОЙ) ИЛИ ВРАЧОМ
АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ СО
ВЗЯТИЕМ МАЗКА С ШЕЙКИ МАТКИ,
ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
МАЗКА С ШЕЙКИ МАТКИ



**ИССЛЕДОВАНИЯ В РАМКАХ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ**

ПРОЕКТ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПМО И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ:

РАСШИРЕНИЕ
СКРИНИНГА

1. однократное определение уровня липопротеида (а) (18 до 39 лет) * в ПГГ с 2026 года
2. оценка липидного профиля 1 раз в 6 лет (18 до 39 лет) 1раз в 3 года (40+) * в ПГГ с 2026 года
3. оценка **предтестовой вероятности** ИБС в возрасте до 59 лет по результатам проведенного анкетирования, а также в возрасте 60 лет и старше
4. оценка **коронарного кальция** по данным ранее проведенных КТ органов грудной клетки у граждан с риском по Шкале SCORE менее 5%

НА ВТОРОМ ЭТАПЕ:

РАСШИРЕНИЕ
СКРИНИНГА

ультразвуковое исследование брюшной аорты (проводится курящим/ курившим мужчинам в возрасте от 65 до 75 лет, а также пациентам от 65 до 75 лет, являющимся родственниками первой степени родства больных с аневризмой брюшной аорты)

УТОЧНЕНИЕ
ПОКАЗАНИЙ

- ✓ компьютерная томография (**для граждан, которые выкуривают в течение более 20 лет по 1 пачке сигарет и более**)
- ✓ гликированный гемоглобин (**при уровне более 6 ммоль/л при исследовании уровня на глюкозы натощак**)
- ✓ колоноскопия (по результатам иммунохимического теста кал на скрытую кровь, **предшествующая консультация хирурга не требуется**)

ФАКТОР РИСКА ДОЛЖЕН ИЗМЕНИТЬ ПЛАН ПОМОЩИ

**ВЫЯВИТЬ → ИЗМЕРИТЬ →
ОЦЕНИТЬ → ЗАФИКСИРОВАТЬ →
ВМЕШАТЬСЯ → ПРОВЕРИТЬ**



УТОЧНИТЕ

- Поведение: табак, питание, физическая активность, алкоголь.
- Среда: профессиональные и экологические воздействия.
- Контекст: семейный анамнез, ранее выявленные риски, пропущенные визиты.

ИЗМЕРЬТЕ И ОЦЕНИТЕ

- Показатели: АД, ИМТ, окружность талии; лабораторные параметры — по показаниям.
- Сочетание рисков: не обесценивайте несколько умеренных отклонений.
- Действие: обследование, консультирование, направление или дата контроля.

Выявление факторов риска развития ХНИЗ в рамках ПМО и ДОГВН



(динамика выявления с 2014 года) доля с выявленным ФР от числа прошедших ПМО и ДОГВН, %



**РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ
ФАКТОРОВ РИСКА**



**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ**

ТОЧКИ РОСТА ПО ПМО И ДОГВН

Шкала Феникс

В отличие от классических шкал, которые опираются на возраст, холестерин, давление и курение, в «ФЕНИКС» включён более широкий спектр параметров, что делает оценку более персонализированной.



Низкий риск



Умеренный риск



Высокий риск



Очень высокий риск



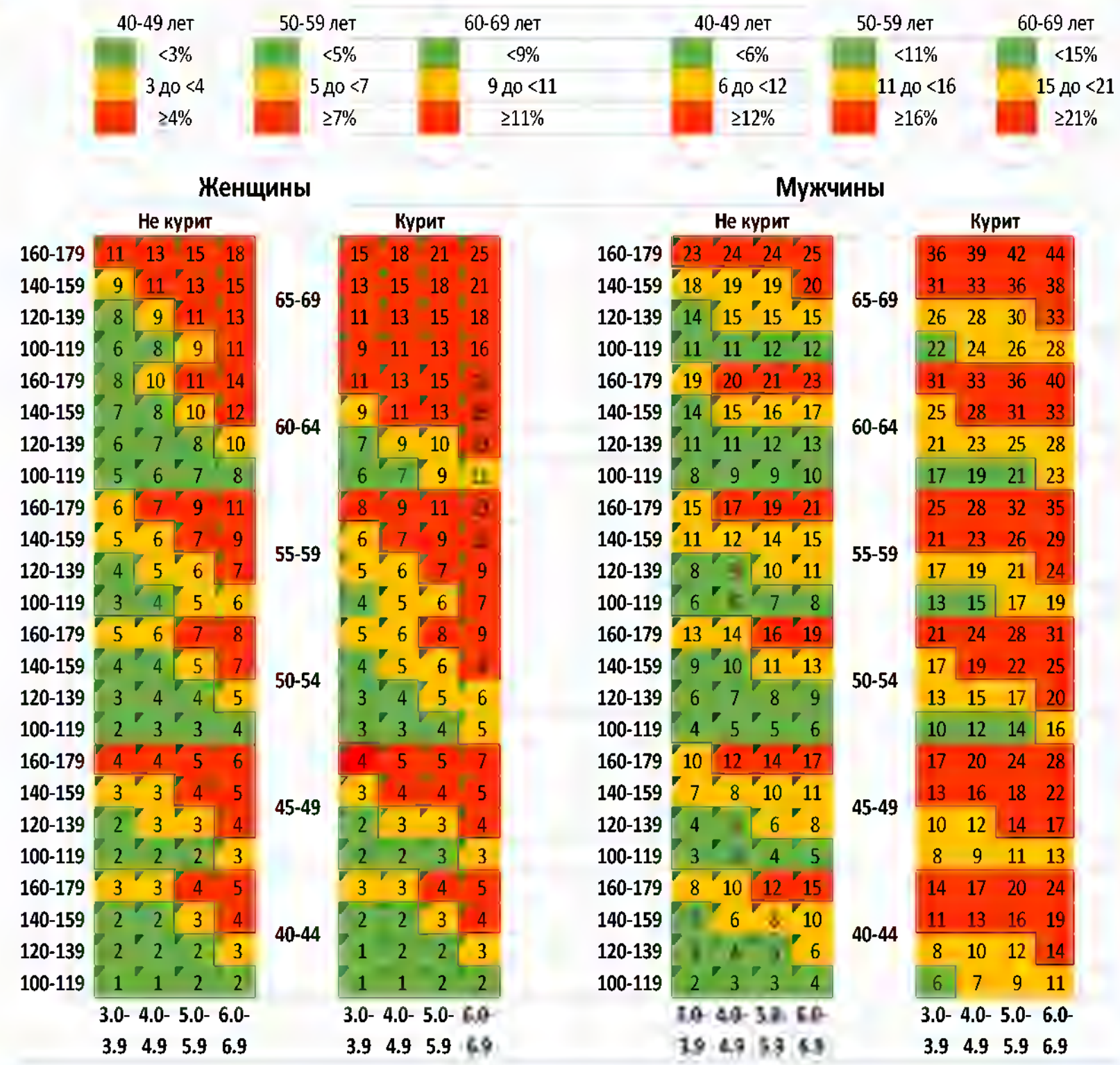
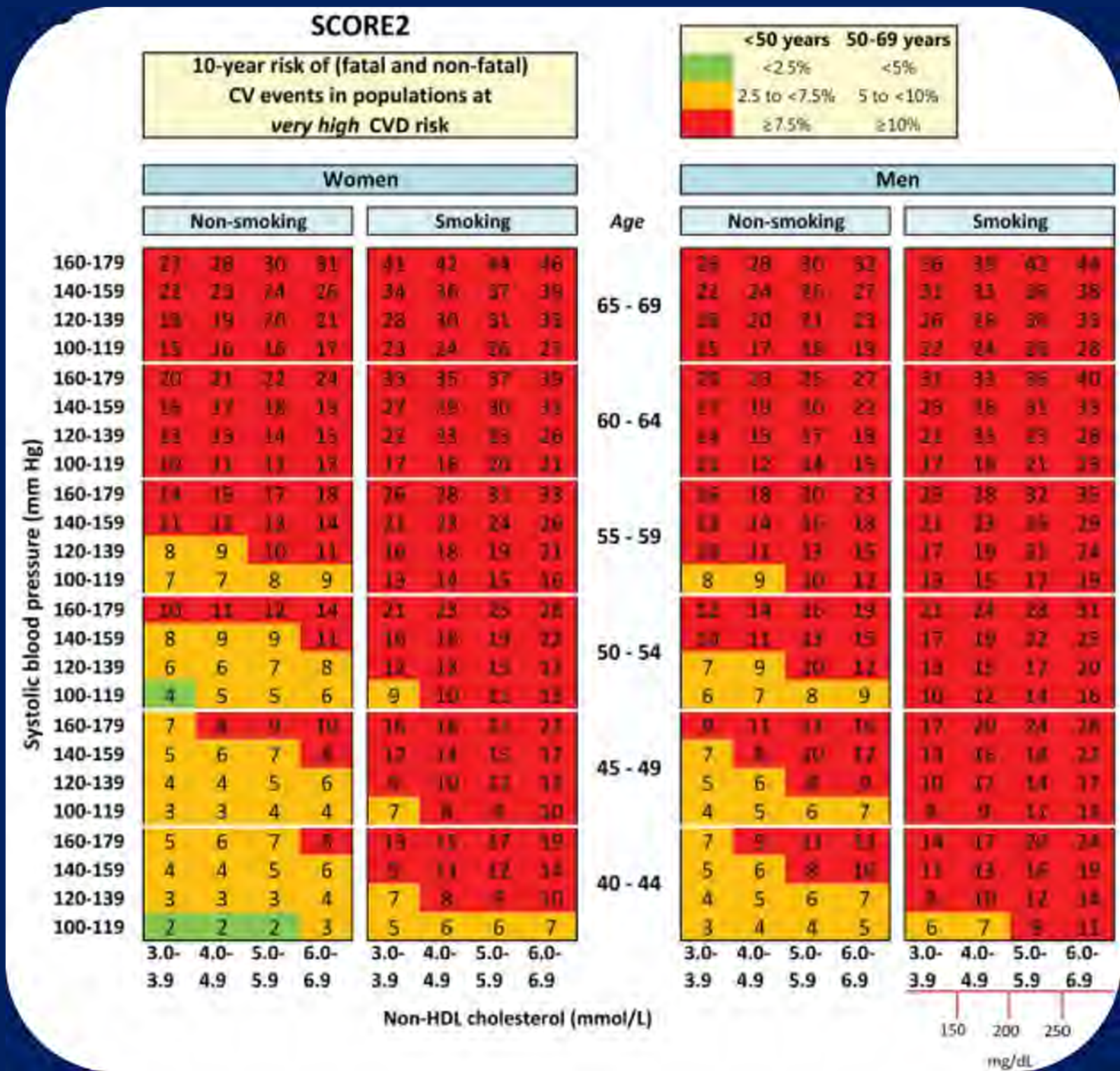
Экстремально высокий риск

Шкала «Возраст здоровья»

- Шкала переводит сложное понятие биологического возраста в плоскость понятных практических рекомендаций.
- Инструмент позволяет оценить вклад каждого фактора в ускоренное старение и сформировать персональные рекомендации для его замедления



Точки роста по ПМО и ДОГВН, Внедрение отечественной шкалы SCORE2-РФ



НОРМАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Диспансерное наблюдение динамическое наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц

статья 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»

Приказ Минздрава России от
15.03.2022 № 168н
«Об утверждении порядка проведения
диспансерного наблюдения за взрослыми»



ЦЕЛЬ

процесса

- ✓ достижение параметров физикального, лабораторного и инструментального обследования,
- ✓ коррекция факторов риска развития данных заболеваний с целью предотвращения прогрессии патологического процесса и развития обострений,
- ✓ снижения числа госпитализаций и осложнений,
- ✓ повышения качества и увеличения продолжительности жизни



КТО

подлежит

- диспансерному наблюдению подлежат лица, страдающие отдельными хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями или имеющие высокий риск их развития
- диспансерному наблюдению подлежат лица, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений)

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ — ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ РИСКОМ У ВЗРОСЛЫХ

Статья 46 Федерального закона № 323-ФЗ; приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н. Наблюдение — это не учёт, а предупреждение обострений и осложнений.

ПОЧЕМУ ЭТО ВОПРОС БЕЗОПАСНОСТИ

Коморбидный пациент — точка максимального риска сразу по трём направлениям:

- ▶ пропущенный сопутствующий диагноз и несвоевременная диагностика;
- ▶ полипрагмазия и дублирование назначений разными специалистами;
- ▶ выпадение из наблюдения между приёмами и уровнями помощи.

Риск обусловлен наличием сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистой коморбидностью.



ПРИОРИТИЗАЦИЯ: КОГО ВЫЗЫВАЕМ ПЕРВЫМИ

- ▶ **Группа 1** — основной диагноз: ишемические болезни сердца, гипертензивные болезни, цереброваскулярные болезни
- ▶ **Группа 2** — сопутствующие: сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь лёгких, хроническая болезнь почек
- ▶ **Группа 3** — осложнения: сердечная недостаточность, нарушения ритма и проводимости, почечная и лёгочная недостаточность

В приоритет входят: два и более заболевания из группы 1; группа 1 + группа 2 или 3; все три группы одновременно.

ШЕСТЬ ШАГОВ, КОТОРЫЕ ДЕЛАЕТ ПОЛИКЛИНИКА

1

Формирование приоритетной группы коморбидных пациентов

2

Проактивное приглашение на диспансерный приём

3

Формирование плана диспансерного наблюдения

4

Осмотр и обследование подлежащих диспансерному наблюдению

5

Информирование о дате следующего приёма

6

Анализ результатов приёма - ежеквартально

Чем измеряем результат, а не процесс: охват наблюдением по нозологиям и возрастным группам · кратность осмотров · соблюдение клинических рекомендаций · преемственность амбулаторного и госпитального этапов · госпитализации, вызовы скорой помощи и смертность пациентов, состоящих под наблюдением.

Методические рекомендации по организации приоритизации пациентов в рамках диспансерного наблюдения, Минздрав России, ФГБУ «НМИЦ ТПМ»; приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н.

ПО КАЖДОЙ ГРУППЕ НИЗ - СВОЙ ТРИГГЕР И СЛЕДУЮЩИЙ ШАГ



ГРУППА	ЧТО НЕ ПРОПУСТИТЬ	ИНСТРУМЕНТ	ПОСЛЕ РЕЗУЛЬТАТА
ССЗ	АД, курение, ожирение, липиды/гликемия; боль в груди, одышка, неврологические симптомы	измерение риска и обследование по показаниям	подтвердить риск; начать профилактику или срочную маршрутизацию
Онкология	возрастные исследования, семейный анамнез, стойкие тревожные симптомы	скрининг не заменяет диагностическое обследование	зафиксировать подозрение; направить; проверить маршрут
Диабет	метаболический риск, симптомы гипергликемии	глюкоза и иные методы — по ПМО/КР	подтвердить диагноз; лечение, обучение, контроль осложнений
ХОБЛ / астма	курение, воздействия, кашель, одышка, свистящее дыхание	спирометрия и оценка контроля — по показаниям	уточнить диагноз; проверить ингалятор; план обострения
Ожирение	ИМТ, талия, метаболические и сердечно-сосудистые риски	антропометрия и оценка коморбидности	согласовать лечение и дату повторной оценки без стигмы

БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ ВСЬ МАРШРУТ ПАЦИЕНТА



ПРОФИЛАКТИКА

риск и поведение

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ

не пропустить риск

ДИАГНОСТИКА

замкнуть результат

ЛЕЧЕНИЕ

обоснованная тактика

ЛЕКАРСТВА

назначить и
проверить

РЕАБИЛИТАЦИЯ

восстановить
функцию

НАБЛЮДЕНИЕ

не потерять пациента

СТАБИЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ

поддерживать

УХУДШЕНИЕ

оценить и направить

РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ
СОХРАНЯЕТСЯ НА ВСЕХ
ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОШИБКА ВОЗНИКАЕТ НЕ
ТОЛЬКО В МОМЕНТ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА**

**АНАМНЕЗ
И ОСМОТР**

**ВЫБОР
ТАКТИКИ**

**ПОЛУЧЕНИЕ
РЕЗУЛЬТАТА**

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

ДИАГНОЗ

**ЛЕЧЕНИЕ
И ОЦЕНКА**

НЕВЕРНЫЙ

диагноз

НЕСВОЕВРЕМЕННЫЙ

диагноз или осложнение

ПРОПУЩЕННЫЙ

диагноз / коморбидность

**КЛЮЧЕВОЙ ВОПРОС: КТО, КОГДА И
КАКИМ СПОСОБОМ ПРОВЕРИТ РЕЗУЛЬТАТ
И ОБЕСПЕЧИТ ДЕЙСТВИЕ ПО НЕМУ?**

**ОШИБКИ
ДИАГНОСТИКИ**

ПРИЧИНЫ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ СОБЫТИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И МЕТОДЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Неспособность или задержка в определении срочности клинической ситуации

Локальные клинические протоколы / алгоритмы ведения пациентов в конкретных клинических ситуациях

Чрезмерное внимание конкурирующему или сопутствующему диагнозу

Обучение сотрудников, «Второе мнение»

Некачественно проведенная дифференциальная диагностика (слишком раннее прекращение рассуждений)

Обучение сотрудников

Неправильная или запоздалая оценка аномальных результатов тестов

Развитие интегрированных медицинских информационных систем

Отказ или задержка в назначении необходимых тестов

Локальные протоколы

Неверный выбор тестов

Локальные протоколы

Задержка с информированием пациента или последующей консультацией

Обучение навыкам консультирования, коммуникации с пациентами и членами семьи

ЗАМКНИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦИКЛ

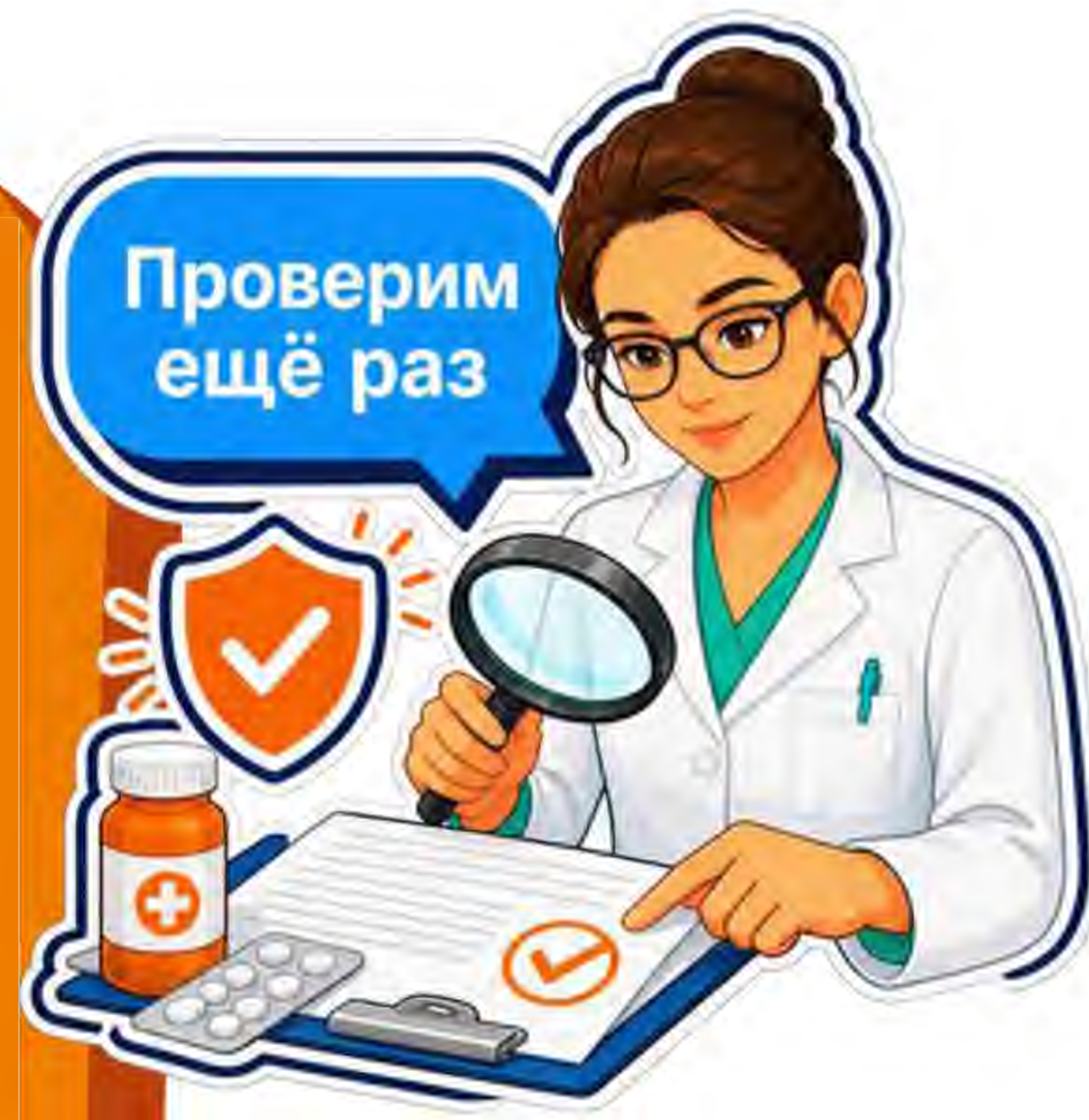
ДО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Полный анамнез, лекарства, аллергия, риск и коморбидность.
2. Рабочая и альтернативные гипотезы; «красные флаги».
3. Исследование должно отвечать на клинический вопрос.
4. Объясните пациенту цель и варианты дальнейших действий.

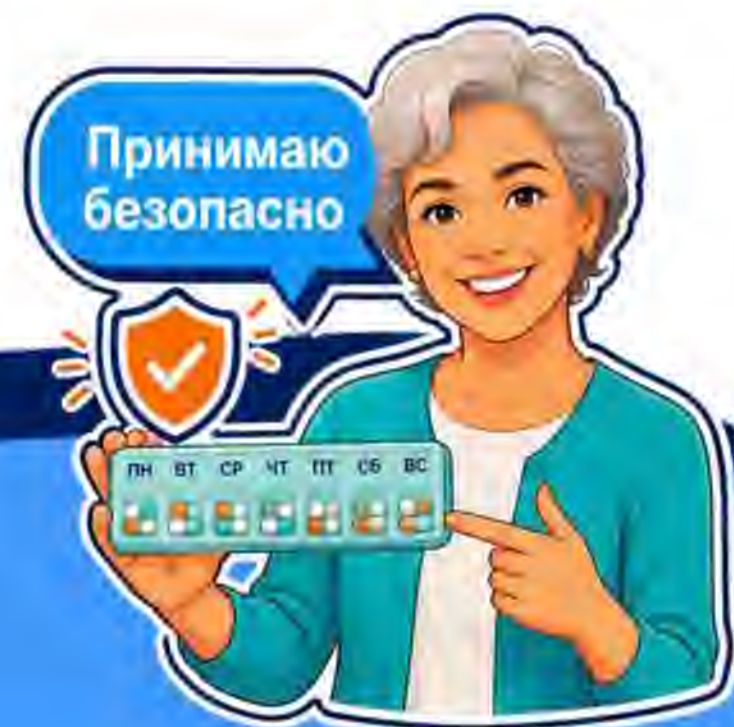
ПОСЛЕ РЕЗУЛЬТАТА

5. Сопоставьте результат с клинической картиной.
6. Просмотрите отклонения и критические результаты.
7. Сообщите результат и обеспечьте следующий шаг.
8. Пересмотрите диагноз при ухудшении или отсутствии эффекта.

**ЗАФИКСИРУЙТЕ: ГИПОТЕЗУ • ОБОСНОВАНИЕ •
НЕЗАВЕРШЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ • ОТВЕТСТВЕННОГО •
СРОК КОНТРОЛЯ**



ЛЕКАРСТВЕННАЯ ОШИБКА



НАЗНАЧЕНИЕ

ПОЛУЧЕНИЕ

ПРИМЕНЕНИЕ

КОНТРОЛЬ

КОРРЕКЦИЯ

Пациент

- неверная идентификация
- аллергия не учтена
- режим не понят

Назначение

- препарат / доза / путь / время
- противопоказания и взаимодействия
- дублирование

Контроль

- эффект не оценен
- нежелательная реакция пропущена
- список лекарств не обновлен

КОНТРОЛЬ И ОТМЕНА

**Электронное
назначение и СППР
снижают часть рисков,
но не заменяют
клиническую проверку
врача.**



ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ

- идентифицируйте пациента;
- сверьте рецептурные, безрецептурные препараты и БАД;
- проверьте показание, аллергию, противопоказания, функцию почек/печени;
- исключите взаимодействия и дублирование;
- определите дозу, путь, режим и длительность.

ПОСЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ

- объясните цель и порядок применения;
- назовите опасные реакции и действия при пропуске дозы;
- задайте показатели эффективности и безопасности;
- определите срок контроля, условия замены или отмены;
- при подозрении на реакцию — помощь, запись и фармаконадзор.

**ПРОПУЩЕННЫЙ
+ ДИАГНОЗ**

**+ ПОЛИПРАГМАЗИЯ
И ДУБЛИРОВАНИЕ**

**+ РАЗРЫВ
НАБЛЮДЕНИЯ**

КАК СНИЗИТЬ РИСК

ЕДИНЫЙ СПИСОК: диагнозы, факторы риска, лекарства и нерешенные проблемы.

ПРИОРИТЕТЫ: прогноз, симптомы, безопасность и предпочтения пациента.

КООРДИНАТОР: кто контролирует назначения, результаты и следующий этап.

ПЕРЕДАЧА: каждое изменение обновляет общий план и лекарственный список.

КОМОРБИДНОСТЬ

соединяет клинические
и организационные
риски



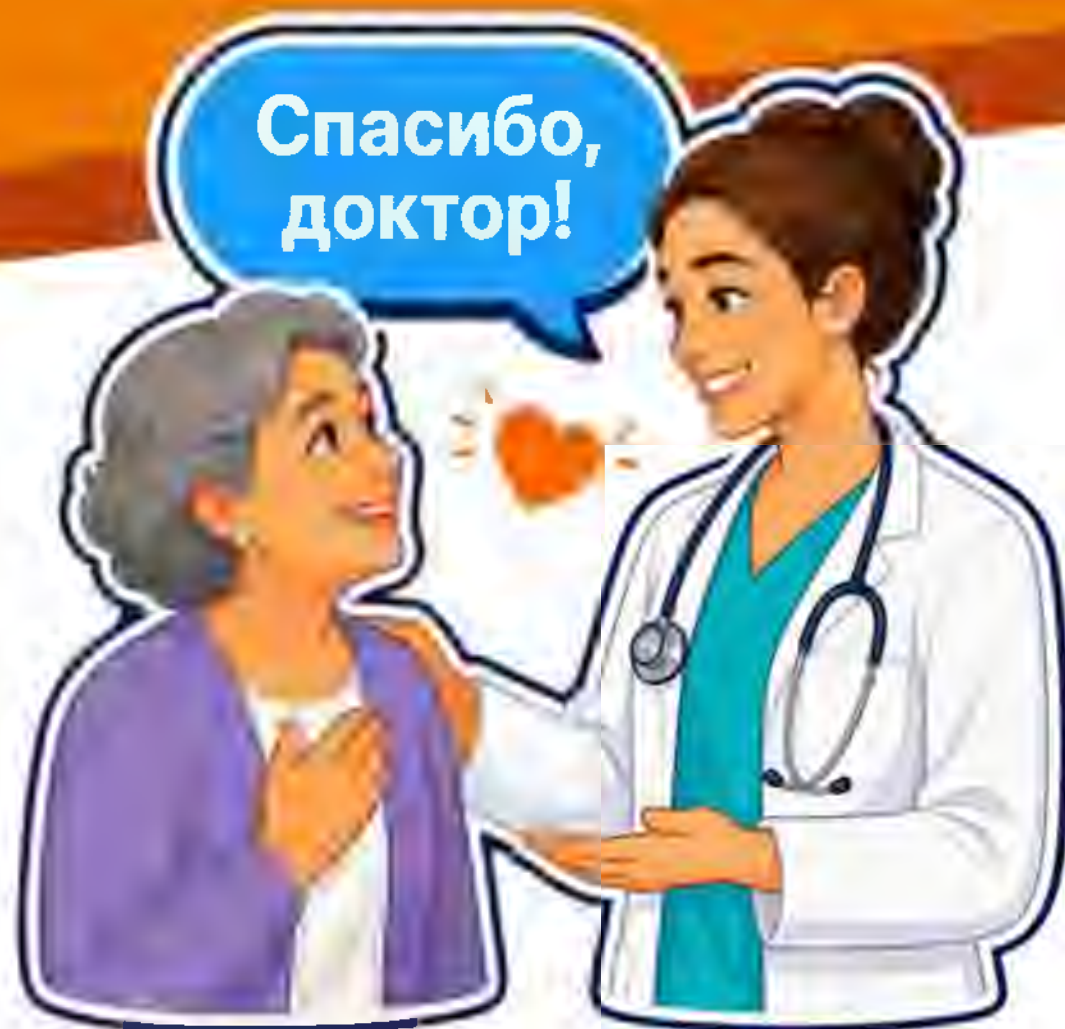
РАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ - РАЗНЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ТОЧКИ

НИЗ	ЛЕЧЕНИЕ	КОНТРОЛЬ	ЧТО ОБЪЯСНИТЬ ПАЦИЕНТУ
ССЗ	индивидуальные цели; вторичная профилактика; реабилитация после события	АД, симптомы, приверженность, реакции, факторы риска	признаки инфаркта и инсульта; когда обращаться срочно
ОНКОЛОГИЯ	непрерывный маршрут; контроль токсичности; реабилитация	эффект, осложнения, незавершенные исследования	кому сообщать новые симптомы; следующий этап
ДИАБЕТ	безопасная сахароснижающая терапия; обучение	гликемия, гипогликемия, почки, глаза, стопы	самоконтроль; действия при гипо-/гипергликемии
ХОБЛ / АСТМА	базисная терапия; отказ от курения; реабилитация	техника ингаляции, контроль, обострения	план обострения и правильное использование устройства
ОЖИРЕНИЕ	индивидуальный план; лечение коморбидности	динамика и метаболический риск	реалистичные цели без стигматизации



НА КАЖДОМ КОНТАКТЕ

- объясните цель обследования и что изменит результат;
- обсудите пользу, режим и риски терапии;
- назовите признаки ухудшения и канал связи;
- попросите пациента повторить план своими словами.



КОГДА ПАЦИЕНТ ТРЕВОЖИТСЯ

NURSE

Назовите эмоцию • покажите понимание • выразите уважение • поддержите • уточните опасения

Модель - взаимное участие, а не пассивное подчинение.

ПОНИМАНИЕ ПАЦИЕНТОМ

назовите эмоцию

N

name

выразите понимание

U

understand

уважайте

R

respect

поддержите

S

support

исследуйте

E

explore

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ПАЦИЕНТОМ

ПАССИВНАЯ МОДЕЛЬ

основана на том, что врач принимает решения о лечении пациента самостоятельно.



МОДЕЛЬ ВЗАИМНОГО УЧАСТИЯ

В данной модели отношения между врачом и пациентом рассматриваются как равноправное партнерство.



МОДЕЛЬ СОТРУДНИЧЕСТВА

В этой модели врач обладает властью во взаимоотношениях с пациентом благодаря своим знаниям, навыкам и опыту.



ВОСЕМЬ ПРОВЕРОК БЕЗОПАСНОГО КОНТАКТА

1

ПЕРЕД КОНТАКТОМ

идентифицируйте пациента

2

ВО ВРЕМЯ КОНТАКТА

выявите жалобы и факторы риска

3

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ

проверьте гипотезу, результаты и
коморбидность

4

ПРИ НАЗНАЧЕНИИ

проверьте лекарственную безопасность

5

ПРИ ОБЩЕНИИ

убедитесь, что пациент понял план

6

ПРИ ПЕРЕДАЧЕ

передайте необходимую клиническую
информацию

7

ПОСЛЕ ВИЗИТА

зафиксируйте план, контроль и дату

8

ПРИ УХУДШЕНИИ

обеспечьте повторную оценку и маршрут

**БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА — СПОСОБ ОРГАНИЗОВАТЬ КАЖДЫЙ КОНТАКТ,
А НЕ ОТДЕЛЬНЫЙ ЭТАП РАБОТЫ.**

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ

- **ИДС:** ст. 20 №323-ФЗ — в предусмотренных случаях.
- **Информация пациенту:** ст. 22 №323-ФЗ.
- **Оказание помощи:** ст. 37 №323-ФЗ — порядки, клинические рекомендации, учет стандартов.
- **Документация:** действующие унифицированные формы и критерии качества.
- **Внутренний контроль:** СОПы, локальные акты.



ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ПРАКТИКА

- **Идентификация:** минимум два идентификатора — как рекомендованный прием, закрепленный локальным алгоритмом.
- **Передача:** SBAR и подтверждение полученной информации.
- **Запись:** жалобы, осмотр, решение, информирование, назначения, изменения, план и контроль.
- **События:** сообщение и анализ по установленному в организации порядку.

НОРМЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

ИНСТРУМЕНТ ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ SBAR

Медицинскому работнику при передаче информации коллегам о состоянии пациента рекомендуется произнести информацию согласно подходу SBAR по определенной схеме:

Situation

Кто звонит
Где работает
По поводу какого пациента
(ФИО пациента, его дата рождения и № палаты)
Коротко о проблеме и времени ее возникновения

Background

Краткая история пациента
Дата поступления, диагноз, получаемая терапия
Изменение ситуации по сравнению с прошлым состоянием

Assessment

Оценка ситуации медсестрой
+ витальные показания

Recommendation

Врач подтверждает, что понимает о каком пациенте идет речь («отзеркаливание»)
Представляется сам
Дублирует ФИО пациента и дату рождения («отзеркаливание»)
Подтверждает, что осмотрит пациента и может дать рекомендации по дополнительным исследованиям или экстренным назначениям
Все назначения и рекомендации должны быть зафиксированы в письменном виде (врачом в ЭМК пациента, медсестра – в чек листе SBAR)

ПОСЛЕ ПЕРЕДАЧИ

- Реабилитация: цели, ограничения, лекарственная сверка и критерии прогресса.
- Наблюдение: дата, показатели контроля, ответственный и незавершенные исследования.
- Ухудшение: признаки, срочность и точный маршрут повторного обращения.

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

непрерывность оказания медицинской помощи пациенту на всех этапах:
от первичной медико-санитарной до специализированной и восстановительной

РИСКИ

Перевод из отделения в отделение

Передача дежурств врач-врач, медсестра-медсестра, врач- медсестра

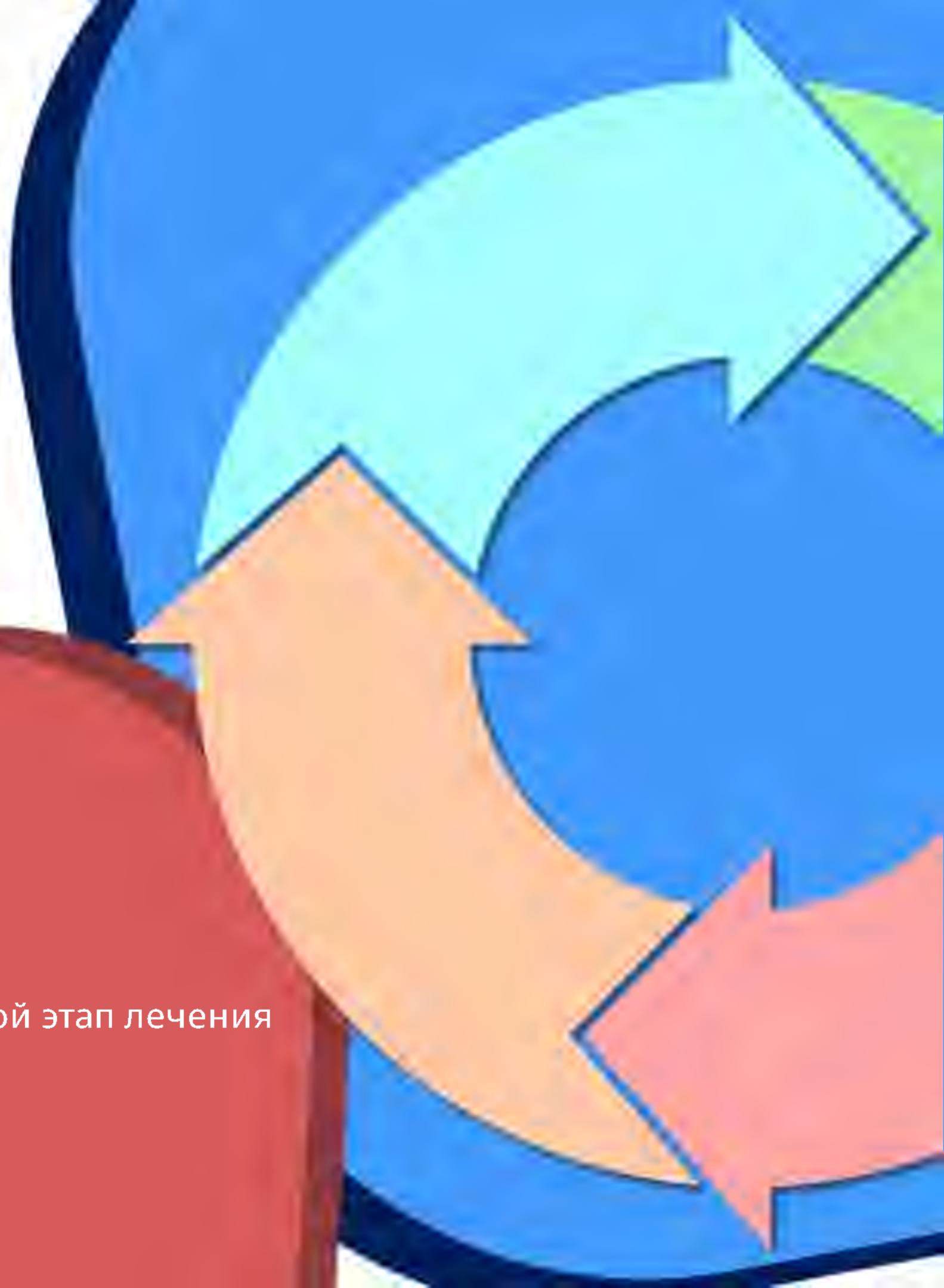
Передача клинической информации перед отпуском, учебой

Транспортировка пациента в медицинскую организацию

Передача клинической информации при переводе пациента на другой этап лечения

Перевод пациента в другую медицинскую организацию

Трансфер пациента



КАК УЛУЧШИТЬ ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ

01

проведение периодического обучения сотрудников навыкам коммуникации

02

улучшение коммуникации между организациями, которые предоставляют пациенту различные виды лечения для выработки четкой стратегии ведения

03

использование техники SBAR

04

предоставлять персоналу достаточного времени для осуществления коммуникации

05

обязательная передача информации о статусе пациента, перечне лекарственных препаратов, плане лечения, изменений в состоянии строгое ограничение информации, которая передается на каждом этапе

КАК УЛУЧШИТЬ ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ

- 01 Разработайте и согласуйте перечень нежелательных событий
- 02 Проведите информирование/инструктаж медицинских работников по вопросам активного выявления нежелательных событий
- 03 Стимулируйте и поощряйте медицинских работников за выявление нежелательных событий
- 04 Разработайте и утвердите порядок проведения анализа нежелательных событий Комиссией (Службой) по внутреннему контролю и(или) уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности
- 05 Регулярно доводите результаты учета и анализа нежелательных событий до сведения сотрудников медицинской организации на проводимых совещаниях, конференциях

Нежелательное событие при осуществлении медицинской деятельности – факты и обстоятельства, создавшие угрозу причинения или повлекшие причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведшие к удлинению сроков оказания медицинской помощи



ДАННЫЕ

структурированные документы, регистры и динамика показателей

СЕРВИСЫ

«Мое здоровье», запись, информирование и телемедицинские процессы

МОНИТОРИНГ

устройства и носимые данные — только при проверенной точности и реакции

ИИ / СППР

подсказка и приоритизация; клиническая проверка остается у врача

**ИИ ПОДСКАЗЫВАЕТ -
ВРАЧ ПРИНИМАЕТ РЕШЕНИЕ**

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ИИ ПРОВЕРЬТЕ

- разрешено ли применение и определено назначение;
- зарегистрирован ли продукт как медизделие, если это требуется;
- верны ли исходные данные и результат;
- соответствует ли вывод клинической картине;
- зафиксировано ли итоговое решение врача.

ЦИФРА

ЭЛЕКТРОННЫЕ ВРАЧЕБНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ И ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕЦЕПТЫ

Системы ЭВН призваны снизить риск таких ошибок за счет стандартизированных, разборчивых и полных назначений.

Эффективность ЭВН в сокращении ошибок назначения ЛТ была неоднократно доказана в стационарах

СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ

К СППР относят широкий спектр инструментов: предупреждения и напоминания; компьютеризированные клинические руководства и клинические пути; экспертная поддержка диагностики; контекстное предоставление данных о пациенте; шаблоны документов; контекстная справочная информация.

ЭЛЕКТРОННЫЕ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ ЗА ВВЕДЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Штрих-кодовые системы введения медикаментов (bar code medication administration – BCMA) в сочетании с системой ЭВН снижают риск лекарственных ошибок путем электронной проверки правильности пациента, дозы, лекарства, времени и пути введения непосредственно у постели больного.

«Умные» инфузоматы могут уменьшить риск ошибок при настройке режима инфузионной терапии, хотя и не устраняют его полностью.

Автоматизированные раздаточные шкафы (АРШ) Риск ошибок при использовании АРШ остается, в первую очередь, в экстренных ситуациях при отсутствии врачебного назначения. Для подобных случаев предусмотрена функция оверрайда – «пересиливания автоматики».

ТЕЛЕМЕДИЦИНА И ТЕЛЕМОНИТОРИНГ

Как правило, информационный обмен осуществляется между клиницистами или между медиком и пациентом; самостоятельное использование пациентом мобильных приложений медицинского назначения иногда называют «телездоровьем» или «мобильным здравоохранением».

ЭЛЕКТРОННАЯ ОТЧЕТНОСТЬ ОБ ИНЦИДЕНТАХ

Электронные системы оповещения о происшествиях имеют следующие преимущества: стандартизуют структуру отчетности и процесс ответных действий по инцидентам, быстро выявляют серьезные инциденты, автоматизируют ввод и анализ данных.

IT ИНСТРУМЕНТЫ



1

ОБЕЗОПАСИТЬ

помощь пациенту

2

ЗАФИКСИРОВАТЬ

клинические факты

3

СООБЩИТЬ

по локальному
порядку

4

РАЗОБРАТЬ

непосредственные и
системные причины

5

ИЗМЕНИТЬ

процесс, обучение,
интерфейс или контроль

6

ПРОВЕРИТЬ

снизился ли
повторный риск

**НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ
СОБЫТИЕ
ДОЛЖНО
МЕНЯТЬ
СИСТЕМУ**



**НЕ ОГРАНИЧИВАЙТЕСЬ ПОИСКОМ
ВИНОВНОГО: ИЩИТЕ УСЛОВИЯ, ПРИ
КОТОРЫХ ОШИБКА СТАЛА ВОЗМОЖНОЙ.**

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РОСЗДРАВНАДЗОРА

Стационар

Поликлиника

Стоматология

Медицинская
лаборатория

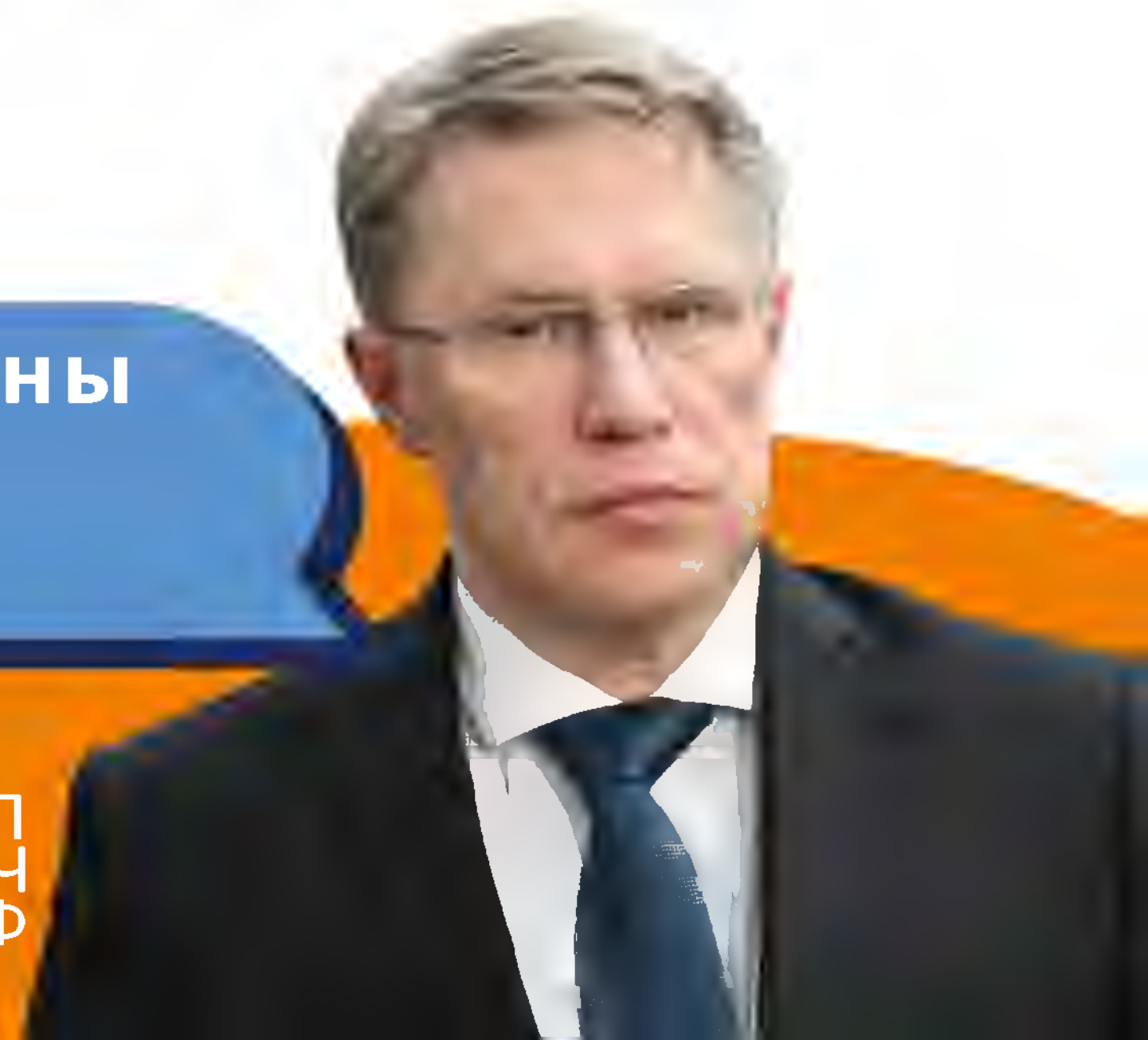
ВРТ

Скорая
медицинская
помощь

Центр
диализа

«Медицинские организации должны внедрять систему менеджмента качества оказания медицинских услуг»

МУРАШКО МИХАИЛ
АЛЬБЕРТОВИЧ
Министр здравоохранения РФ



ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

01 Охватывают все процессы оказания мед. помощи

Разделы практических рекомендаций:

Базовые процессы

Процессы непосредственного оказания МП

Работа с нежелательными событиями

02 Соответствуют нормативным показателям приказа

Пример

Нормативные показатели приказа 785 н

=

Разделы практических рекомендаций

Общие положения

Управление качеством и БМД

Проф. подготовка, переподготовка и повышение квалификации мед. работников

Управление работниками

Оказание МП в МО в соответствии с порядками оказания МП, с учетом стандартов МП, на основе клинических рекомендаций

Доказательная медицина

Преемственность оказания МП на всех этапах

Преемственность оказания медицинской помощи

Организация безопасной среды

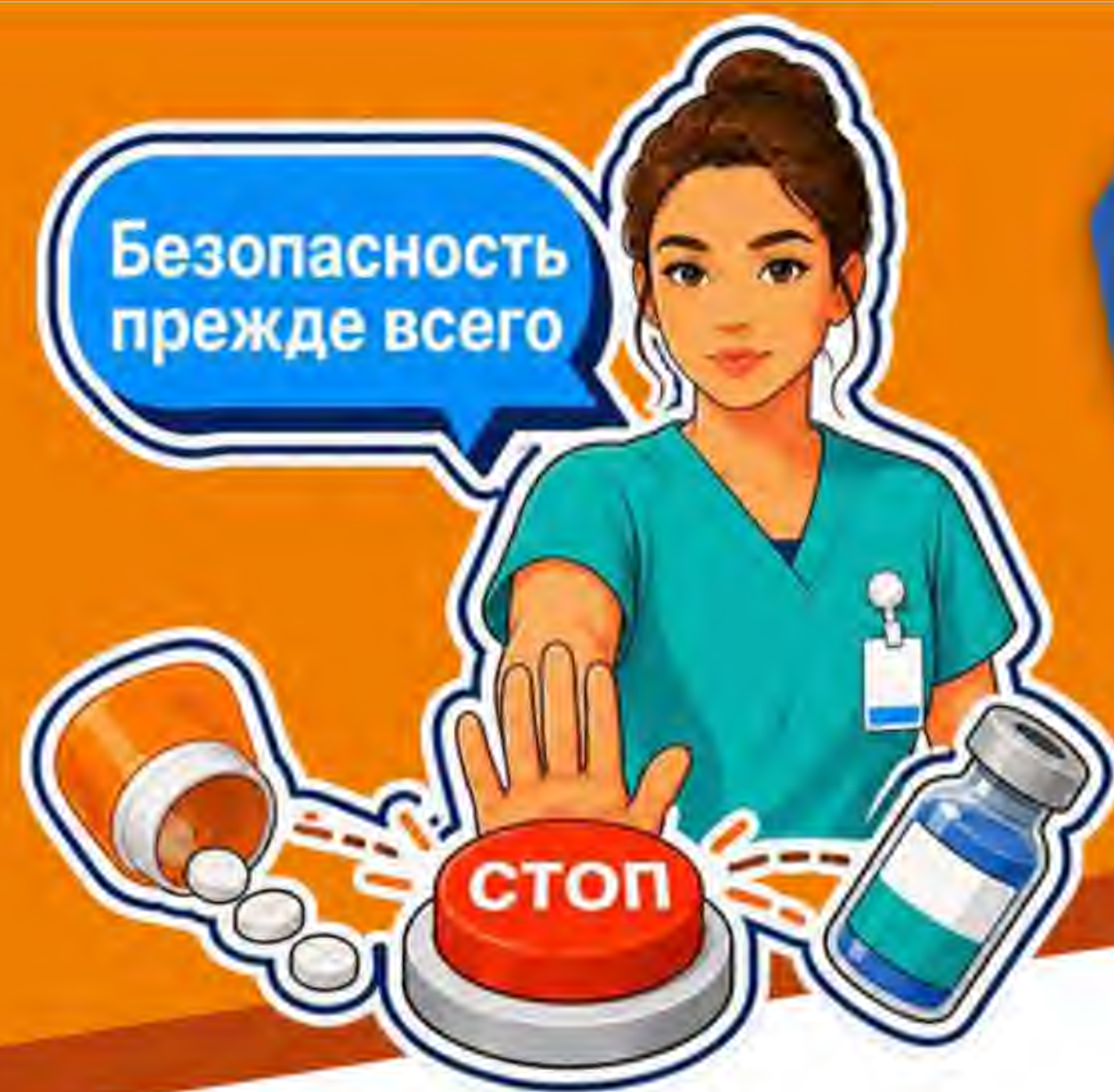
Безопасность среды в медицинской организации

Подтверждение соответствия на всех этапах оказания МП личности пациента

Идентификация личности пациента

КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ

- культура медицинской организации, основанная и поддерживаемая на принципах прозрачности, безопасности, взаимного доверия и подотчётности, где проводится регулярная оценка и анализ нежелательных событий и рисков их возникновения.



Своевременное
оказание
медицинской
помощи

Повышение
доступности
записи на
приемы

Соблюдение временных
нормативов диагностики
и лечения

Повышение
эффективности
и лечения

ПРЕИМУЩЕСТВА СИСТЕМЫ

ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Развитие
эффективной
коммуникации
с медицинским
работником

Повышение
удовлетворенности
оказываемой
медицинской
помощью

Участие в принятии
решения в процессе
лечения

ПРЕИМУЩЕСТВА СИСТЕМЫ ДЛЯ ГОСУДАРСТВА

Снижение
заболеваемости
и смертности

Повышение качества
диспансерного
наблюдения

Рациональное
использование
ресурсов

Повышение
охвата и качества
диспансеризации

Сокращение сроков
нетрудоспособности,
инвалидизации населения

Повышение
качества жизни
населения

Повышение
продолжительности
здоровой жизни



ПРЕИМУЩЕСТВА СИСТЕМЫ

для медицинской организации

Повышение устойчивости
МО к внешним вызовам и
переменам

Снижение
издержек

Повышение
эффективности

Соблюдение временных
нормативов оказания
медицинской помощи

Соблюдение клинических
рекомендаций

Улучшение
психологического
климата

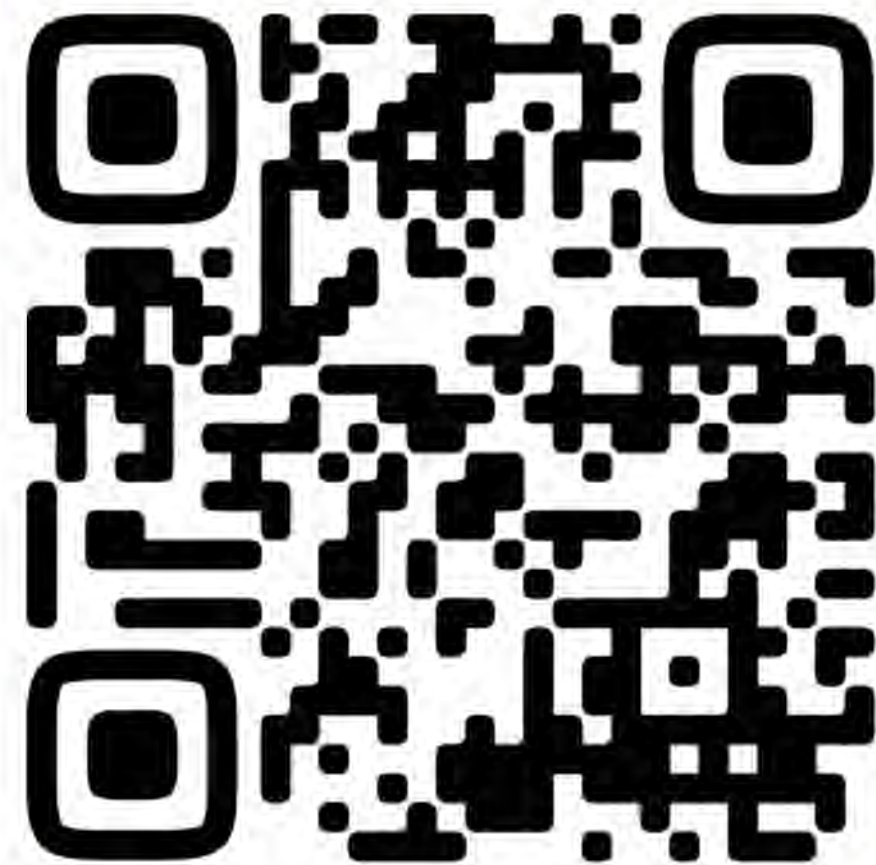
Эффективная маршрутизация
пациентов на всех этапах

Повышение
компетентности

Мы можем спасти
тысячи жизней,
уменьшив
количество
нежелательных
событий, и сделать
это мы можем
только вместе!



ОЛИМПИАДА ПО БЕЗОПАСНОСТИ



Лидер качества 2026

Если ваш внутренний аудит выявил слабые места, если ваши новые протоколы уже дали результат – снизили риски, повысили удовлетворённость пациентов или ускорили ключевые процессы –

Ваш опыт достоин стать новым стандартом!

Мы ищем команды и специалистов по качеству, которые:

Не просто выполняют требования, а меняют систему

Доказывают эффективность реальными цифрами

Готовы делиться решениями, чтобы повысить уровень медицины

ПОДРОБНЕЕ



**Высказывайтесь и проводите
мероприятия в поддержку Всемирного
дня безопасности пациентов!**

ПРОЙДИТЕ ИНТЕРАКТИВНЫЙ ОПРОС
медработников по вопросам
безопасности медицинской
помощи

