

Региональная концепция внедрения хирургической безопасности в Самарской области.

Проект в номинации

Управление качеством медицинской помощи: изменение стереотипов

Организация

ГБУЗ СО СГКБ №1 им. Н.И.Пирогова

Участники проекта

Храновский Дмитрий Геннадьевич

Заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ СГКБ №1 им. Н.И.

Пирогова

Самара

ГБУЗ СО СГКБ №1 им. Н.И.Пирогова

Бенян Армен Сисакович

Заместитель главного врача Самарской областной клинической больницы им.

В.Д. Середавина

Самара

Самарская областная клиническая больница им В.Д. Середавина.

Хирургическая безопасность - ключевой компонент менеджмента качества.

Процесс внедрения хирургической безопасности целесообразно разделить на этапы и уровни. Региональная концепция масштабирует хирургическую безопасность в стационарах региона.

Описание проекта

Региональная концепция внедрения хирургической безопасности в Самарской области.

Введение. Повышение качества и безопасности медицинской помощи является конечной целью процессов организации и контроля медицинской деятельности. Хирургическая безопасность, как один из ключевых компонентов менеджмента, подразумевает интеграцию существующих порядков, стандартов и клинических рекомендаций с протоколами по оценке рисков и профилактике нежелательных

событий и осложнений, связанных с проведением хирургических вмешательств.

Материал и методы.

В хирургических стационарах Самарской области с 2016 г. в рамках контроля качества медицинской помощи началось внедрение чек-листов хирургической безопасности. В период 2017-2018 гг. использовали Контрольный перечень хирургической безопасности ВОЗ (КПХБ); в период 2019-2022 гг. была проведена адаптация КПХБ с исключением/дополнением отдельных пунктов и последующее использование модифицированного КПХБ; в 2023 г. разработан оригинальный чек-лист «ПИН-КОД».

Концепция хирургической безопасности в Самарской области базируется на этапности внедренческих подходов и реализуется на 4 уровнях:

1. «Регион» - реализуется на уровне органа исполнительной власти в сфере здравоохранения с привлечением образовательных медицинских организаций, Росздравнадзора, Территориального фонда ОМС; включает в себя мероприятия по утверждению нормативно-правовой базы, разработке методологии внедрения, наполнению образовательного компонента, цифровизации процессов.
2. «Служба» - реализуется на уровне главных внештатных специалистов и профессиональных сообществ, подразумевает адаптацию КПХБ и процесса внедрения под каждую хирургическую специальность, формирование культуры и приверженности к соблюдению требований хирургической безопасности.
3. «Больница» - на уровне лечебно-профилактических учреждений необходимы не только издание локальных нормативных документов и контроль исполнения, но и создание условий для того, чтобы заполнение и ведение чек-листа рассматривалось как важный инструмент реализации хирургической безопасности.
4. «Отделение» - мероприятия на этом уровне должны заключаться в ознакомлении и принятии существующей доказательной базы хирургической безопасности как обязательного компонента повышения качества медицинской помощи. Кроме этого, чрезвычайно важны достоверность в работе с чек-листами и регулярная обратная связь от врачей-специалистов.

Результаты и обсуждение. Последовательность внедрения подходов по хирургической безопасности с 2023 г. проводим в следующем порядке:

1. Концептуальный этап, осуществлено создание общей концепции необходимости всеобщего внедрения хирургической безопасности в стационарах региона

2. Тестовый этап (анкетирование, диагностика осведомленности персонала, оценка потенциала по внедрению);
3. Методологический этап (разработка и издание учебного пособия; разработка и включение циклов усовершенствования по хирургической безопасности в учебные программы кафедр хирургии и организации здравоохранения ВУЗов; проведение лекций и семинаров в рамках образовательных недель заседаний хирургических обществ; клинических рекомендаций на информационных порталах регионального здравоохранения; адаптация существующих чек-листов к работе отдельных подразделений или создание оригинального чек-листа);
4. Организационный этап (распределение зон ответственности и ответственных лиц за проведение контроля выполнения перечня обязательных мероприятий);
5. Нормативно-правовой этап (разработка и утверждение локальных правовых актов - приказов, алгоритмов и стандартных операционных процедур с обязательным указанием единой формы чек-листа, ответственных лиц);
6. Контрольный этап (проведение разноуровневого контроля за исполнением всех пунктов чек-листа);
7. Оценочный этап с рекомендациями по развитию (объективный анализ периоперационных инцидентов);
8. Этап постоянной реализации (проведение регулярных контрольных проверок выполнения пунктов чек-листа).

Продолжительность каждого из этапов варьировалась от одного до двух месяцев с длительностью всего процесса от начала внедрения до момента рутинного применения не более одного года. В каждом учреждении был применен типовой план-график внедрения с адаптацией сроков по отдельным этапам при необходимости. Начало внедрения, согласно положениям Региональной концепции, датируется сентябрем 2023 года. Для оценки эффективности процесса внедрения и оценки непосредственно соблюдения принципов ХБ нами были предложены и утверждены две группы критериев: 1. Критерии эффективности процессов внедрения. 1.1 Продолжительность внедрения (мес.) 1.2. Количество вовлеченных подразделений и стационаров 1.3. Уровень осведомленности медицинского персонала (результаты анкетирования) 1.4. Доля объективных и субъективных факторов, препятствующих или усложняющих внедрение (результаты анкетирования). 2. Критерии эффективности процессов соблюдения. 2.1 Количество "near-miss" инцидентов 2.2 Количество нежелательных периоперационных событий 2.3 Частота осложнений 2.4 Летальность. 2.5 Количество операций в операционной и в операционном блоке.

В настоящее время можно судить о промежуточных результатах эффективности процессов внедрения ХБ. Из 44 стационаров, в которых функционируют 78 подразделений хирургического профиля, доля внедрения Региональной концепции ХБ повысилась с 9,4% до 54,5% по стационарам и с 21,8% до 69,2% по отделениям. Уровень осведомленности разных категорий персонала увеличился с 56,7% до 88,4%. При этом удельный вес объективных и субъективных факторов, препятствующих или усложняющих внедрение, снизился с 64,6% до 30,1%. Что касается критериев следования непосредственно принципам ХБ, то в настоящее время происходит накопление данных, сопоставление с предшествующими периодами и ретроспективно-проспективный анализ соотношения данных исторической группы с текущей базой данных.

Выводы. Потенциальный эффект от внедрения чек-листов заключается, в первую очередь, в предупреждении развития нежелательных инцидентов, снижении хирургических осложнений и летальности, а с другой стороны - в повышении уровня самоконтроля в организации хирургической деятельности. Процесс внедрения контрольных перечней целесообразно разделить на этапы и последовательно проводить на всех уровнях организации и оказания медицинской помощи. Объективная оценка критериев самого процесса внедрения и непосредственных результатов хирургического лечения будет способствовать масштабированию концепции хирургической безопасности в отделениях хирургического профиля.