МКМ

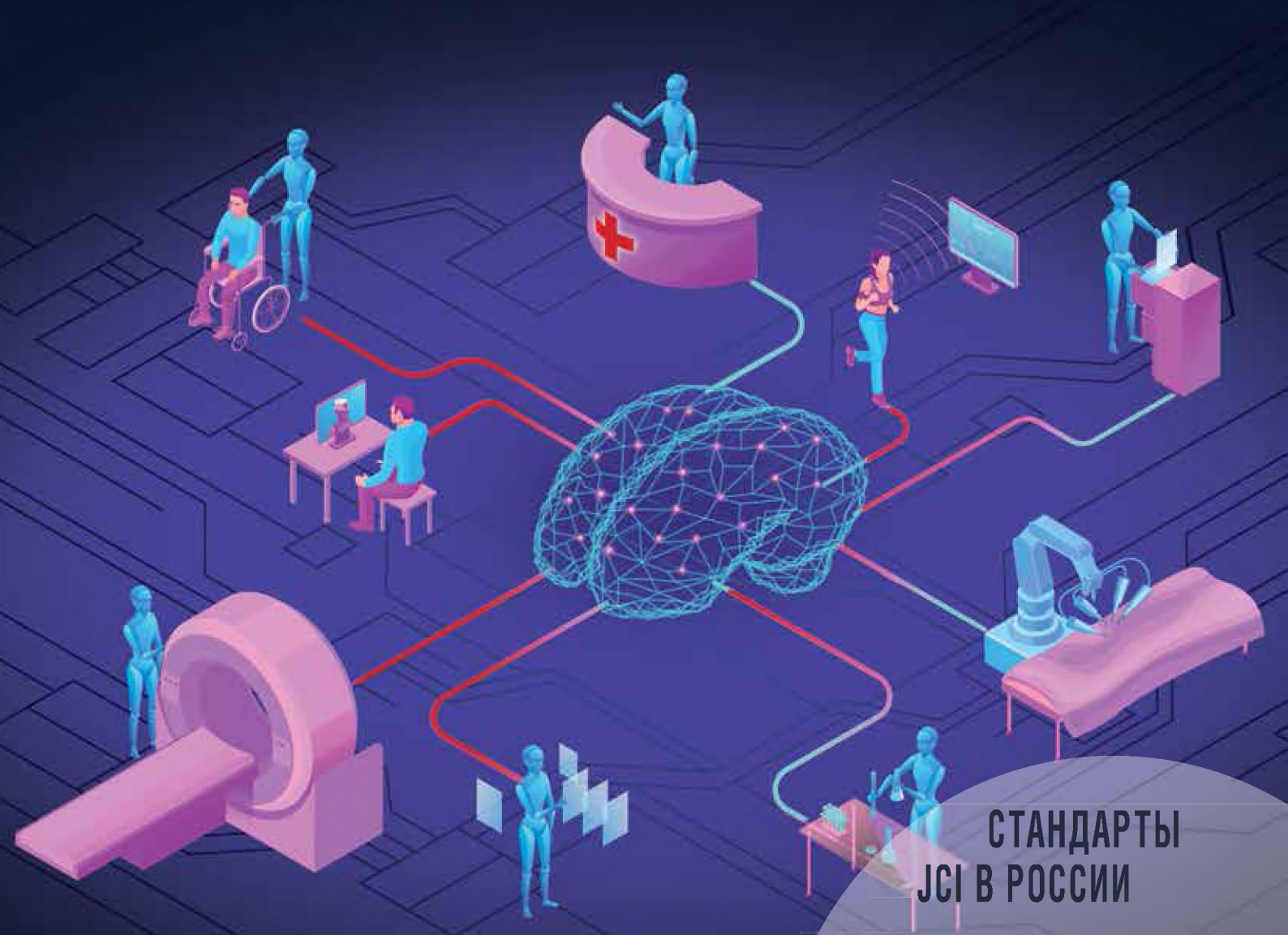
МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА В МЕДИЦИНЕ

№ 1 I 2021

Журнал-инструментарий для руководителей и специалистов медицинских организаций

ISSN: 2658-5898
DOI: 10.35400
РИНЦ

ЛИДЕРЫ КАЧЕСТВА I КОНТРОЛЬ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ МЕДПОМОЩИ ПО ОМС I ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РОСЗДРАВНАДЗОРА В СТОМАТОЛОГИИ I АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА В НЕЙРОХИРУРГИИ I ПЕРЕДАЧА КЛИНИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПАЦИЕНТА I МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЛЛИАТИВНОГО ПАЦИЕНТА I СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПАДЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ I ДИАГРАММА ИСИКАВЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ I МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПОДХОД К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ



СТАНДАРТЫ JCI В РОССИИ

ТРАНСФОРМАЦИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

ИНСТРУМЕНТЫ МИНИМИЗАЦИИ РИСКОВ КОММУНИКАЦИЙ ПРИ ПЕРЕДАЧЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ОТВЕТСВЕННОСТИ ЗА ПАЦИЕНТА

Ключевые слова: безопасность пациента, методы передачи клинической ответственности, преемственность медицинской помощи, непрерывность оказания медицинской помощи, коммуникация медицинского персонала.

Алина ПЕТИЧЕНКО, Ирина ТИХОНОВА

Аннотация. В статье рассмотрены наиболее эффективные методы передачи клинической ответственности за пациента, применяемые в зарубежных медицинских организациях. Представлены их особенности, структура, области применения, преимущества перед другими методиками, а также приведены чек-листы для контроля эффективности процесса передачи пациента в устной и письменной форме.

Наш опыт реализации проектов по подготовке медицинских учреждений любого профиля и размера к внедрению системы менеджмента качества и безопасности медицинской деятельности показывает, что одна из основных проблем возникает на этапе передачи информации о пациенте. К такому же заключению приходят эксперты во всем мире. Именно обмен информацией называют одной из ключевых причин жалоб и исков, связанных с возмещением значительного ущерба здоровью пациентов[1]. В отчете, опубликованном в январе 2017 года, компания CRICO Strategies[2] представила анализ 23 тыс. судебных исков, связанных с нанесением вреда пациентам вследствие халатности медицинского персонала за период 2009–2013 годов. Исследователи установили, что 44% из более 7 тыс. случаев сбоя передачи информации привели к тяжелым травмам или даже к смерти пациентов. Почти 60% нарушений коммуникации произошли при передаче пациентов из одной клиники в другую, в 55% случаев пациент не понял, что именно хотел сообщить ему медицинский персонал.

Стандарт Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition (стандарт Объединенной международной комиссии, 6-я редакция) содержит два термина, касающиеся данной проблемы. Один из них – *handover* – означает передачу клинической ответственности за пациента, которую несет медицинская организация, от одного медицинского работника другому, с одного уровня лечения на другой, от стационарного отделения – диагностическому или другому отделению, от медицинского персонала – самим пациентам (членам их семей) при выписке. Другой, близкий по смыслу термин *handoff* означает передачу медицинского обслуживания, ухода. Любая медицинская организация должна обеспечить «трансляцию данных» без искажений с гарантией понимания принимающей стороной.

Решение вопросов полной и структурированной передачи информации актуально не только для клиник, внедряющих и поддерживающих аккредитацию по стандарту JCI, обязанных выполнить международные цели по обеспечению безопасности пациентов (IPSG), в частности, IPSG.2 Улучшение коммуникаций. Эти простые, не требующие дополнительных финансовых вложений инструменты доступны любой медицинской организации, которая ставит цель предупредить возникновение рисков для пациентов и повысить эффективность своей деятельности.

Для обеспечения успешной передачи информации в медицинской организации следует учесть ряд ключевых условий:

– соблюдение временного регламента выполнения процедуры передачи информации;

[1] Michelle Clarke I-PASS and SBAR Handoff Tools Have Proven Benefits// https://www.psqh.com/news/i-pass-and-sbar-handoff-tools-have-proven-benefits/

[2] https://www.prnewswire.com/news-releases/crico-strategies-shares-comparative-medical-malpractice-data-for-research-and-publication-274106521.html.

TOOLS TO MINIMIZE THE RISKS OF COMMUNICATION IN THE TRANSFER OF CLINICAL RESPONSIBILITY FOR THE PATIENT

Alina V. PETICHENKO, Irina Yu. TIKHONOVA

Abstract. The article discusses the most effective methods of transferring clinical responsibility used in the practice of foreign medical organizations, gives a detailed description of their features, structure, scope of application and advantages over other methods, as well as provides checklists for monitoring the effectiveness of the patient transfer process.

Keywords: patient safety, methods of transfer of clinical responsibility, continuity of healthcare, constancy of healthcare, communication of medical personnel.

– сосредоточенное внимание медицинского персонала при выполнении процедуры;

– наличие адекватной базы для интерактивного обсуждения информации с участием ее получателя, которому необходимо обеспечить допуск ко всем материалам и который при необходимости может задать вопросы;

– использование в документах и при общении языка, понятного всем сторонам;

– повторное проговаривание информации для обеспечения ее понимания всеми сторонами и т. д.);

– передача не только информации, но и клинической ответственности за пациента.

Передача ответственности может проходить в устной и письменной форме, в том числе, с использованием компьютерных технологий – в соответствии с требованиями обеспечения конфиденциальности информации.

Анализ ключевых принципов аккредитации по требованиям стандартов, а также практик ведущих медицинских организаций различных стран мира позволил выделить следующие модели коммуникации по передаче информации о пациенте: SBAR, ISBAR, ISOBAR, PACE, 5 P, SHARED. I PASS BATON и другие. Эти аббревиатуры образованы из наименований разделов чек-листов. Ознакомимся с этими моделями.

SBAR. Наш опыт сотрудничества с зарубежными клиниками показывает, что хотя методика SBAR (табл. 1) сегодня самая распространенная, однако в последнее время особую популярность набирает метод I-PASS[3], который по сравнению с другими подобными инструментами представляет собой более надежную защиту от ошибок.

Если ваша клиника использует SBAR, это не значит, что что-то делается неправильно. SBAR – отличный формат для передачи клинической ответственности за пациента. Например, в Великобритании этот метод используется, в том числе, для обмена информацией между министерством здравоохранения страны и медицинскими учреждениями.

> Анализ корневых причин дефектов коммуникации показывает, что медицинские сестры крайне неохотно обращаются к врачам с просьбой подойти к пациенту.

Выполненный нами анализ корневых причин дефектов коммуникации показал, что медицинские сестры крайне неохотно обращаются к врачам с просьбой о необходимости подойти к пациенту. В табл. 1 представлена структура SBAR и приведен пример структурирования информации при обращении медицинской сестры к врачу.

ISBAR. Метод SBAR используется с 2002 года, и за это время появились его модернизированные формы, например ISBAR, в котором выделено представление передающего клиническую ответственность за пациента медицинского работника, добавлена вводная часть, где указываются данные и того, и другого. Это удачное решение: на начальном этапе внедрения SBAR многие медицинские специалисты

[3] Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. and the I-PASS Study Group. I-PASS, a Mnemonic to Standardize Verbal Handoffs. Pediatrics 2012; 129(2): 201–204 http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/201.extract.

забывают представиться и назвать все идентификаторы пациента.

В табл. 2 приведен пример использования ISBAR на общебольничных заседаниях и при передаче клинической ответственности за пациента по смене.

ISOBAR. Медицинские специалисты из Австралии пошли дальше, и появилась технология ISOBAR:

– I – identify (идентификация);
– S – situation (ситуация);
– O – observation (наблюдение);
– B – background (общая обстановка);

Таблица 1. Обращение медицинской сестры к врачу по методу коммуникации SBAR

Структура SBAR	Алгоритм обращения	Пример выполнения алгоритма
S – situation (ситуация)	Представьтесь сами, назовите отделение, пациента, номер палаты	Медицинская сестра N
	Коротко обозначьте основную проблему, когда она возникла и степень ее серьезности	У пациента X, дата рождения, палата, усиливается тошнота и потоотделение
B – background (общая информация)	Дата поступления и диагноз при поступлении	Госпитализирован 13.04.2020 по скорой помощи с подозрением на инфаркт миокарда
	Получаемая терапия, аллергия	Обезболивание: пенталгин, нитроглицерин Аллергия в анамнезе отсутствует
	Коротко данные объективного осмотра	Малоподвижен, одышка, руку держит на груди
	Последние результаты обследования (дата, время проведения обследования и сравнение с предыдущими данными)	ЭКГ 13.04.2020 острый инфаркт миокарда нижней боковой стенки, коронарография 13.04.2020 – тромб сосуда правой артерии. У пациента артериальная гипертония, сахарный диабет
	Другая важная клиническая информация	
A – assessment (оценка)	Представьте вашу оценку текущей ситуации	Состояние пациента ухудшается
R – recommendation (рекомендации)	Представьте ваш план ведения пациента	Думаю, вам следует подойти к пациенту немедленно

Таблица 2. Пример использования модели ISBAR на общебольничных заседаниях и при передаче клинической ответственности за пациента по смене

Структура ISBAR	На планерках	При передаче пациента по смене
I – introduction (представление)	Представьтесь: Ф.И.О., должность	Представьтесь: Ф.И.О., должность, отделение Назовите непосредственного руководителя
	Идентифицируйте пациента	Четко идентифицируйте пациента (семью и опекуна, если имеется)
S – situation (ситуация)	Укажите непосредственную клиническую ситуацию	Укажите непосредственную клиническую ситуацию Укажите конкретные вопросы, проблемы или риски Определение рисков (ухудшение состояния пациента, риск падения, аллергия)
B – background (общая обстановка)	Опишите соответствующую клиническую историю и общую обстановку Представьте проблему и историю болезни	Предоставьте соответствующую информацию, относящуюся к истории болезни
A – assessment (оценка)	Представьте оценку состояния A–G[1]	Представьте оценку состояния по A–G
	Какие клинические наблюдения вызывают особую озабоченность?	Принимаемые препараты, результаты диагностики
	Информируйте о текущих обследованиях и наблюдениях	Сообщите, наблюдались ли отклонения по CERS[2]
	Как вы думаете, в чем проблема?	Результаты текущего лечения
R – recommendation (рекомендации)	Что вы хотите, чтобы сделал тот специалист, к которому вы обратились?	Рекомендации по смене Обратитесь к истории болезни
	Что вы уже сделали?	Обозначьте ожидаемую дату выписки Предоставьте видение дальнейших действий с указанием, что и когда необходимо выполнить
	Какие временные рамки необходимо соблюдать?	Ожидаемая частота наблюдений
	Собеседник должен повторить услышанное	Попросите, чтобы принимающий специалист повторил полученную информацию

[1] Структурированная оценка состояния, название которой состоит из аббревиатур обязательных аспектов наблюдения (дыхание, цвет кожных покровов, давление и т. д.).
[2] CERS (Clinical Emergency Response Systems) – критерии раннего распознавания ухудшения состояния.

Таблица 3. Структура метода передачи клинической ответственности за пациента HAND ME AN IN ISOBAR

1. **HAND** (подготовка к передаче)	**H** – Hey, it's handover time! **A** – Allocate staff for continuity of patient care **N** – Nominate participants, time and venue/s **D** – Document on written sheets and patient notes	Привет, пришло время передачи! Уполномочены ответственные для передачи и обеспечения непрерывности Определено время, место и участники Имеются необходимые документы и записи пациента
2. **ME** (организация передачи)	**M** – Make sure all participants have arrived **E** – Elect a leader	Убедитесь, что все прибыли Определите лидера
3. **AN** (фокус на пациенте и безопасности)	**A** – Alerts, attention and safety **N** – Nothing about me, without me... ...involve the patient	Оповещения (тревога), внимание и безопасность Ничего обо мне, без меня... ...вовлечение пациента
4. **ISOBAR** (передача отдельных пациентов)	**I** – Identification of patient **S** – Situation and status **O** – Observations of patient (+/– need for emergency calls) **B** – Background and history **A** – Action, agreed plan and accountability **R** – Responsibility and risk management	Идентификация пациента Ситуация и статус Наблюдения за пациентом (экстренные вызовы при необходимости) Общая информация и история Действия, согласование плана и полномочия Ответственность и управление рисками

– A – agree a plan (согласование планов);

– R – read back (прочитать заново).

Цель разработки данной методики заключалась в сокращении числа используемых форм передачи ответственности. Инструменты новой методики первоначально прошли апробацию в одном из девяти округов станы – в Кимберли; в настоящее время география применения этого чек-листа значительно расширена благодаря участию в его внедрении врачей и высшего руководства медицинских организаций.

HAND ME AN IN ISOBAR. Самой продвинутой вариацией ISOBAR можно считать метод HAND ME AN IN ISOBAR – «Передай меня по ISOBAR»: здесь основные принципы передачи информации и клинической ответственности за пациента объединены с инструментом ISOBAR и отражают все, что должно произойти, и какая информация должна быть обменена при передаче смены или пациента в другое отделение (табл. 3).

PACE. Целый ряд специалистов считает, что одной из наиболее пациентоориентированных методик передачи информации о пациенте можно считать чек-лист PACE[4]. Он

> Нужно выбрать такой метод передачи информации и клинической ответственности за пациента, который будет наиболее оптимальным для конкретной медицинской организации, понятным и удобным для использования персоналом.

доказал свою эффективность в повышении безопасности пациентов, непрерывности оказания медицинской помощи при передаче пациента по смене или в другое лечебное учреждение. Чек-лист содержит следующие разделы:

– P – patient/problem (пациент/проблема). Раздел включает Ф.И.О. пациента, возраст, номер палаты, диагноз, причину госпитализации, а также информацию о недавних процедурах или операции. Здесь содержится резюме той части истории болезни, которая имеет отношение к текущему поступлению пациента, а также сведения об аллергии, любых рисках и ограничениях.

– A – assessment/actions (оценка/действия). Здесь основное внимание сосредоточено на медсестринской оценке состояния пациента, содержатся рекомендации необходимых действий, направленных на решение проблем пациента;

– C – continuing/changes (продолжение/изменения). Данный раздел имеет особое значение для планирования оказания медицинской помощи и обеспечения непрерывности ухода за пациентом. Основное внимание принимающей смены обращено на уход и лечение пациента. Здесь фиксируются недавние или ожидаемые изменения состояния пациента или план лечения, а также результаты лабораторной диагностики, лекарственные препараты, методы лечения, запланированные на следующую смену. Этот раздел включает всевозможные ожидаемые или недавние изменения в плане ухода за пациентом, в том числе цели ухода, ожидаемую продолжительность и потребность в соблюдении конкретных сроков.

– E – evaluation (оценка). В этом разделе медсестры ставят оценку реакции пациента на уход и лечение, эффективности плана ухода за пациентом, а также отмечается прогресс в достижении целей.

Использование метода PACE упрощает и сокращает время передачи клинической ответственности за пациента. Преимущество дан-

[4] Schröder, Sarah Jane RN, BSN Picking up the PACE: A new template for shift report Nursing2006: October 2006 – Volume 36 – Issue 10 – p. 22–23 Patient Safety.

Таблица 4. Структура чек-листа 5 P

P1	Имя пациента, диагноз, врач, предыдущая соответствующая история болезни (если этой информации нет в сопровождающей документации)
P2	Дата и причина госпитализации пациента и (или) дата оперативного вмешательства
P3	Существующие ограничения (например, ноль перорально, только жидкости, диабетическая диета и т. п.)
P4	План оказания медициной помощи. Основная проблема, потребность пациента; следующая проблема, следующая потребность и т. д.
P5	Что нужно сделать в следующую смену

Таблица 5. Структура метода передачи информации и клинической ответственности за пациента ABC

Раздел метода	Содержание раздела
A – Areas and Allocation	Область и возможное распределение
B – Beds, Bugs, Breaches	Койки, ошибки, нарушения
C – Colleagues, Consultant on Call	Коллеги, консультанты на телефоне
D – Deaths, Disasters, Deserters	Смерти, катастрофы, убежавшие
E – Equipment, External Events	Оборудование, внешние события

Таблица 6. Структура чек-листа для передачи клинической ответственности за пациента SHARED

Раздел чек-листа	Содержание раздела
S – situation (ситуация)	Причина приема телефонного звонка, изменения состояния; диагностическая информация
H – history (история)	Медицинское хирургическое, психосоциальное, недавнее лечение, реакция и события
A – assessment (оценка)	Результаты диагностики: анализы крови, УЗИ, рентген, наблюдения, тяжесть состояния
R – risk (риск)	Аллергия, инфекция, грамотность, культура, наркотики, целостность, мобильность, риск падения
E – expectation (ожидания)	Ожидаемые результаты; план оказания помощи; временные рамки; план выписки; что ускорить
D – documentation (документация)	Заметки о ходе лечения; уход; соответствующая запись в истории болезни, база данных

ной методики состоит в том, что она применима к различным пациентам и может использоваться в любой медицинской организации. Стандартизованная структура метода помогает избежать повторяющихся бессвязных, неорганизованных или несоответствующих отчетов. Медицинским сестрам рекомендовано держать копии шаблона PACE при себе, в кармане, и заполнять разделы в ходе рабочего процесса. Это помогает медицинскому персоналу не забывать важную информацию и эффективно организовывать и совершенствовать устную форму отчета.

5 P. Большую популярность сегодня получает структурированный подход, закрепленный в чек-листе 5 P, который позволяет сотрудникам сосредоточиться на передаче пациента, избежать перегрузки и передачи ненужной информации (табл. 4).

ABC. Для передачи пациента в отделениях экстренной и неотложной помощи в Великобритании был разработан инструмент ABC[5]. Дело в том, что не все методики работают хорошо в разных условиях.

Метод ABC ориентирован не на передачу информации и ответственности за отдельных пациентов, а за целое отделение реанимации при передаче смены. Такой подход подразумевает знание всех пациентов отделения, учет рисков, в том числе предстоящих процедур, а также времени ожидания, укомплектованности отделения медицинским персоналом, оборудованием, запланированного приема, перевода, выписки пациентов и даже состояния внешней среды, которая может влиять на работу отделения.

Методика разрабатывалась руководителями отделений реанимации, которые осознавали, что дефекты передачи информации и клинической ответственности за пациентов, по некоторым оценкам, приводят к потере от одного до трех часов в смену.

Хотя метод передачи называется ABC, он включает пять разделов: ABCDE (табл. 5).

SHARED. В отличие от метода ABC, инструмент передачи клинической ответственности за пациента SHARED, который был разработан и апробирован в Австралии, предназначается для решения проблем коммуникации в родильных домах в режиме критического времени. Инструмент SHARED представляет собой стандартизованный подход с учетом минимального набора данных, что повышает точность и уместность передаваемой информации[6] (табл. 6).

Однако следует отметить, что несмотря на простоту, легкость восприятия и воспроизведения, SHARED не получил широкого распространения.

I-PASS. Довольно часто участники проектов обращаются к нам с просьбой дать рекомендации по выбору инструмента передачи клинической ответственности за пациента. С нашей точки зрения, хорошей альтернативой SBAR может быть очень удобный метод I-PASS. Он используется как способ стандартизации речевого (устного) процесса передачи пациента от одной к другой смене в ходе личного сообщения.

[5] Farhan M, Brown R, Woloshynowych M, Vincent C. The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department. Emerg Med J 2012; Published Online First: 3 January 2012.

[6] Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2012). Safety and Quality Improvement Guide Standard 6: Clinical Handover (October 2012). Sydney. ACSQHC, 2012. Sydney. Commonwealth of Australia.

Таблица 7. Структура методики передачи клинической ответственности за пациента I-PASS

Раздел методики	Содержание раздела
I – illness severity (тяжесть заболевания)	– Определение уровня остроты состояния пациента, чтобы надлежащим образом сосредоточить на этом внимание в начале передачи клинической ответственности за него – Предложение классификации каждого пациента на стандартизованном языке, например, «стабильный», «требуется наблюдение», «нестабильный» – Может включать статус кода – Классификация может варьироваться в зависимости от остроты состояния, типа процесса
P – patient summary (краткое резюме по пациенту)	– Краткое описание причины госпитализации пациента, события, приведшие к госпитализации, диагноз – Основные аспекты плана лечения без излишней детализации для следующей смены – Актуальная оценка состояния пациента, новые результаты диагностики, изменения планов лечения по мере необходимости – События, приведшие к госпитализации; в дальнейшем могут описываться в краткой форме, но результаты диагностики должны отражать причину госпитализации, чтобы позволить специалистам, принимающим пациента, понять нюансы его состояния
A – action items (необходимые действия)	– Включает список «необходимых дел» с конкретными элементами для выполнения в следующую смену ответственными за оказание помощи пациенту – Указание предполагаемой даты выписки, уровень приоритета и кто несет ответственность – Включает предупреждение: не предпринимать действий, в которых нет необходимости
S – situational awareness and contingency plans (осведомленность о ситуации и действия в случае непредвиденных событий)	– Осведомленность о ситуации: знание того, что происходит для всех участвующих в процессе лечения и ухода (статус пациентов, факторов среды, необходимых специалистов) и для каждого отдельного пациента (статус заболевания, прогресс в достижении целей лечения) – Планы на случай непредвиденных обстоятельств: с учетом осведомленности о ситуации, представьте, что команда принимает на себя заботу о пациенте с конкретными инструкциями о том, как справляться с ожидаемыми проблемами – Обычно включает заявления «если..., то» – Указываются возможные непредвиденные обстоятельства для стабильных пациентов – Обеспечивается готовность принимающей смены предвидеть изменения состояния пациента и реагировать на возможные события
S – synthesis by receiver (обобщение принимающей стороной)	– Резюме принимающей стороной предоставляет краткое повторение самой важной информации в убедительной форме – Демонстрирует получение и понимание информации – Обеспечивает эффективную передачу информации и ответственности – Предоставляет возможность для получателя уточнять элементы эстафетной передачи обслуживания, обеспечивать четкое понимание и играть активную роль в процессе передачи обслуживания – Варьируется по объему и содержанию в зависимости от тяжести состояния пациента – Указывает приоритеты при проговаривании полученной информации и в планах действий в непредвиденных ситуациях – Не является полным повторным изложением всей вербальной информации по передаче клинической ответственности за пациента

I-PASS может быть использован в качестве основы стандартизации процесса письменной передачи пациента с использованием цифровых инструментов, в том числе электронной медицинской карты пациента (табл. 7).

I PASS THE BATON. Несмотря на то что метод I-PASS появился сравнительно недавно, он уже получил дополнения и модификации, например I PASS THE BATON («Я передаю эстафетную палочку»)[7] (табл. 8).

[7] Communication Strategies for Patient Handoffs Committee Opinion No. 517. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2012;119:408–11.

На наш взгляд, не так важно, какую из методик выберет медицинская организация, намного важнее обучить персонал, вовлечь его, провести практические тренировки и отработать процесс до автоматизма. В ряде проектов главные врачи предусматривают дополнительные бонусы для самых активных медицинских работников, внедряющих новые подходы и методики. Еще большую ценность этим новациям придает оценка эффективности качества передачи информации и клинической ответственности за пациента, которая проводится по чек-листам (табл. 9, 10). Регулярная устная и письменная оценка этого процесса, наблюдение, мониторинг и внутренний аудит позволяют оценить его эффективность.

Итак, завершая обзор методик передачи информации и клинической ответственности за пациента, следует отметить, что все представленные инструменты созданы для того, чтобы сделать процесс более простым и легким, избежать сбоев и ошибок. Самое главное – нужно выбрать такой метод, который будет наиболее оптимальным для конкретной медицинской организации, понятным и удобным для использования персоналом. Если соблюсти эти условия, успех не заставит себя ждать.

Таблица 8. Структура методики передачи клинической ответственности за пациента I PASS THE BATON

Раздел методики	Содержание раздела
I – introduction (представление)	Представьте себя, обозначьте свою роль
P – patient (пациент)	Имя, идентификатор, пол, возраст, месторасположение
A – assessment (оценка)	На что жалуется пациент, визуальная характеристика, симптомы
S – situation (ситуация)	Текущий статус или обстоятельства, включая кодировку, уровень неопределенности, последние изменения, реакция на лечение
S – safety (безопасность)	Результаты диагностики, включая критические, социально-экономические факторы, риски (аллергии, падения, изоляция)
B – background (общая ситуация)	Сопутствующие заболевания, предыдущие эпизоды, применяемые препараты, ситуация в семье
A – actions (действия)	Какие действия были предприняты или необходимы? Предоставьте краткое обоснование
T – timing (время)	Уровень срочности и четкое определение сроков и приоритета действий
O – ownership (ответственность)	Кто несет ответственность (человек или команда), включая пациента или семью?
N – next (последующие шаги)	Что будет дальше? Ожидаются ли изменения? Каков план? Существуют ли планы на случай непредвиденных обстоятельств?

Таблица 9. Чек-лист контроля эффективности устной передачи информации и клинической ответственности за пациента

Критерий	Соответствие критерию		
	Да	Нет	Не знаю
1. Передача пациента осуществляется лицом к лицу?			
2. Передача не прерывалась и состоялась в спокойной обстановке?			
3. Был ли отражен уровень тяжести состояния в начале процесса передачи?			
4. Использовался ли стандартизированный код состояния пациента, например, «стабильный», «необходимо наблюдение», «нестабильный»?			
5. Состояние кода указано в отношении каждого пациента?			
6. Была ли предоставлена краткая информация о пациентах (причина госпитализации, укрупненно план лечения, события, приведшие к госпитализации)?			
7. Включает ли обновленный список задач и указание «ничего не предпринимать», если не ожидается никаких элементов действий?			
8. Предусматривалось ли предварительное руководство при ухудшениях состояния (план на случай непредвиденных обстоятельств) и обоснование?			
9. Была ли у получателя возможность задать вопросы, чтобы обеспечить понимание передачи?			
10. Была ли у получателя возможность подтвердить понимание принятой информации?			

Таблица 10. Чек-лист для контроля эффективности передачи клинической ответственности за пациента в устной и письменной форме

Критерий	Соответствие критерию		
	Да	Нет	Не знаю
1. Существует ли документированная форма передачи пациента, например, заметки, формы, текстовый документ или рукописные заметки?			
2. Включено ли в документированную информацию следующее:			
3. Ответственный лечащий врач и контактная информация			
4. Идентификаторы пациентов (ФИО / возраст / номер палаты)			
5. Статус состояния			
6. Первичный диагноз			
7. Обновленный список лекарств			
8. Аллергии			
9. Список задач (лаборатория, рентген, результаты процедуры)			
10. План действий на случай непредвиденных обстоятельств для решения проблем, которые могут возникнуть			

ВОЗ предложила государствам – своим членам внедрить стратегию, которая позволяет обеспечить стандартизованный подход к обмену информацией между персоналом, от смены к смене и между различными подразделениями в процессе передачи пациента[8]. Любая структурированная методика предполагает, что необходимо выделить определенное время на то, чтобы сообщить важную информацию, а также задать вопросы и получить ответ. ВОЗ предлагает не только ускорить внедрение этих методик, но и включить обучение эффективному обмену информацией в обра-

[8] Communication During Patient Hand-Overs WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions Patient Safety Solutions volume 1, solution 3 / May 2007.

зовательные программы и профессиональную переподготовку медицинского персонала.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations. Joint Commission 2006 National Patient Safety Goals Implementation Expectations [Сайт] // URL: https://www.jointcommission.org/standards/
2. Agency for Healthcare Research and Quality. Patient safety primers: handoffs and signouts [Электронный ресурс]. URL: http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=9.
3. Arora V.M., Manjarrez E., Dressler D.D., et al. Hospitalist handoffs: a systematic review and task force recommendations // The Journal of Hospital Medicine. 2009, No. 4. P. 433–40. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (2012). Safety and Quality Improvement Guide Standard 6: Clinical Handover (October 2012). Sydney. ACSQHC, 2012. Sydney. Commonwealth of Australia.
4. Communication During Patient Hand-Overs WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions Patient Safety Solutions [Электронный ресурс]. https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf.
5. Communication Strategies for Patient Handoffs Committee Opinion No. 517. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2012. No. 119. P. 408–411.
6. Comparative study // Journal of Advanced Nursing. No. 31(4). P. 794–804.
7. Currie J. Improving the efficiency of patient handover // Emergency Nurse. June 2002. No. 10(3). P. 24–27.
8. Farhan M., Brown R., Woloshynowych M., Vincent C. The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department // The Journal of Emergency Medicine. 2012; Published Online First. 3 January 2012.
9. Greenberg C.C., Regenbogen S.E., Studdert D.M., Lipsitz S.R., Rogers S.O., Zinner M.J., et al. Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients // Journal of the American College of Surgeons. 2007. No. 204. P. 533–540.
10. Hansten R. Notes from the field. Streamline change-of-shift report. Nursing. 2003.
11. Hays M.M. The Phenomenal Shift Report. A Paradox // Journal For Nurses In Professional Development. 2003.
12. Hoban V. Careers. How to. ...handle a handover // Nursing Times. 2003. No. 99(9). P. 54, 55.
13. SBAR technique for communication: A situational briefing model [Электронный ресурс] // URL: https://www.centerforpatientsafety.org/resource/sbar-technique-for-communication-a-situational-briefing-model/ http://www.ihi.org/knowledge/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefing Model.aspx.
14. Lamond D. The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. 2000.
15. Macones G.A., Hankins G.D., Spong C.Y., Hauth J., Moore T. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development workshop report on electronic fetal monitoring: update on definitions, interpretation, and research guidelines. Obstet Gynecol. 2008. No. 112. P. 661–666. [PubMed] Malestic S.L. A quick guide to verbal reports. RN. 2003. February. No. 66(2). P. 47–49.
16. McKenna L. Improving the nursing handover report // Professional Nurse. 1997.
17. Michelle Clarke. I-PASS and SBAR Handoff Tools Have Proven Benefits // https://www.psqh.com/news/i-pass-and-sbar-handoff-tools-have-proven-benefits/
18. Miller C. Ensuring Continuing Care // Styles And Efficiency Of The Handover, 1998.
19. The Australian Journal of Advanced Nursing. Vol. 16. No. 1. P. 23–27.
20. Schröder S.J. RN, BSN Picking up the PACE: A new template for shift report Nursing 2006: October 2006. Vol. 36. Iss. 10. P. 22–23. Patient Safety.
21. Sexton A., et al. Nursing handovers: Do we really need them? // Journal of Nursing Management. January 2004. No. 12(1). P. 37–42.
22. Staff Development. Vol. 19. No. 1. P. 25–33.
23. Starmer A.J., Spector N.D., Srivastava R., et al. and the I-PASS Study Group. I-PASS, a Mnemonic to Standardize Verbal Handoffs.
24. The Joint Commission. Comprehensive accreditation manual. CAMH for hospitals: the official handbook. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission. 2010.
25. Williams R.G., Silverman R., Schwind C., Fortune J.B., Sutyak J., Horvath K.D., et al. Surgeon information transfer and communication: factors affecting quality and efficiency of inpatient care // Annals of Surgery. 2007. No. 245. P. 159–169.

REFERENCES

1. *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations. Joint Commission 2006 National Patient Safety Goals Implementation Expectations*, available at: https://www.jointcommission.org/standards/
2. *Agency for Healthcare Research and Quality. Patient safety primers: handoffs and signouts*, available at: http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=9.
3. Arora V.M., Manjarrez E., Dressler D.D., et al. Hospitalist handoffs: a systematic review and task force recommendations. *The Journal of Hospital Medicine*, 2009, N 4, pp. 433–40. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (2012). Safety and Quality Improvement Guide Standard 6: Clinical Handover (October 2012). Sydney. ACSQHC, 2012. Sydney. Commonwealth of Australia.
4. *Communication During Patient Hand-Overs WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions Patient Safety Solutions*, available at: https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf.
5. *Communication Strategies for Patient Handoffs Committee Opinion N 517*. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol, 2012, N 119, pp. 408–411.
6. Comparative study. *Journal of Advanced Nursing*, N 31(4), pp. 794–804.
7. Currie J. Improving the efficiency of patient handover. *Emergency Nurse*, 2002, June, N 10(3), pp. 24–27.
8. Farhan M., Brown R., Woloshynowych M., Vincent C. *The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department*. The Journal of Emergency Medicine, 2012; Published Online First, 2012, January 3.
9. Greenberg C.C., Regenbogen S.E., Studdert D.M., et al. Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 2007, N 204, pp. 533–540.
10. Hansten R. *Notes from the field. Streamline change-of-shift report*. Nursing, 2003.
11. Hays M.M. The Phenomenal Shift Report. A Paradox. *Journal For Nurses In Professional Development*, 2003.
12. Hoban V. Careers. How to. ...handle a handover. *Nursing Times*, 2003, N 99(9), pp. 54, 55.
13. *SBAR technique or communication: a situational briefing model*, available at: https://www.centerforpatientsafety.org/resource/sbar-technique-for-communication-a-situational-briefing-model/ http://www.ihi.org/knowledge/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefing Model.aspx.
14. Lamond D. *The information content of the nurse change of shift report: a comparative study*, 2000.
15. Macones G.A., Hankins G.D., Spong C.Y., et al. *The 2008 National Institute of Child Health and Human Development workshop report on electronic fetal monitoring: update on definitions, interpretation, and research guidelines. Obstet Gynecol*, 2008, No. 112, pp. 661–666. [PubMed] Malestic S.L. A quick guide to verbal reports. RN, N 66(2), pp. 47–49, 2003, February.
16. McKenna L. Improving the nursing handover report. *Professional Nurse*, 1997.
17. Clarke M. *I-PASS and SBAR Handoff Tools Have Proven Benefits*, available at: https://www.psqh.com/news/i-pass-and-sbar-handoff-tools-have-proven-benefits/
18. Miller C. Ensuring Continuing Care. *Styles And Efficiency Of The Handover*, 1998.
19. *The Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol. 16, N 1, pp. 23–27.
20. Schr der S.J. *RN, BSN Picking up the PACE: A new template for shift report Nursing*. 2006, October, vol. 36, iss. 10, pp. 22–23. Patient Safety.
21. Sexton A., et al. Nursing handovers: Do we really need them? *Journal of Nursing Management*, 2004, January, N 12(1), pp. 37–42.
22. *Staff Development*. Vol. 19, N 1, pp. 25–33.
23. Starmer A.J., Spector N.D., Srivastava R., et al. and the *I-PASS Study Group. I-PASS, a Mnemonic to Standardize Verbal Handoffs*.
24. *The Joint Commission. Comprehensive accreditation manual. CAMH for hospitals: the official handbook. Oakbrook Terrace (IL)*: Joint Commission, 2010.
25. Williams R.G., Silverman R., Schwind C., et al. Surgeon information transfer and communication: factors affecting quality and efficiency of inpatient care. *Annals of Surgery*, 2007, N 245, pp. 159–169.



Алина Владимировна ПЕТИЧЕНКО

генеральный директор Группы компаний «Международный менеджмент, качество, сертификация», представитель Российской Федерации в Международном техническом комитете ISO/TK 292 «Безопасность и устойчивость», аудитор европейского органа по сертификации Cert International

Alina V. PETICHENKO

the Group of companies "International management, quality, certification", Russian Federation, Tomsk, e-mail: alina_petichenko@list.ru



Ирина Юрьевна ТИХОНОВА

финансовый директор Группы компаний «Международный менеджмент, качество, сертификация», эксперт конкурса премий Правительства РФ в области качества, аудитор европейского органа по сертификации Cert International

Irina Yu. TIKHONOVA

the Group of companies "International management, quality, certification", Russian Federation, Tomsk, e-mail: tihonovai@list.ru