

Риски в здравоохранении и проблемы безопасности пациента в медицинской практике

Развитие медицины и научно-технический прогресс ведут к росту числа, разнообразия и тяжести патологических процессов, связанных с деятельностью системы здравоохранения. На сегодняшний день не существует абсолютно безопасных для пациента методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Арсенал методов лечения становится все более «агрессивным» по отношению к больному. Кроме того, научно-технический прогресс в медицине постоянно повышает роль человеческого фактора в реализации возможных негативных последствий (риска) медицинских воздействий.

В современных условиях основополагающий принцип врачевания «не навреди» все чаще вступает в противоречие с тревожными сигналами о неблагоприятных исходах лечения, случаями оказания ненадлежащей медицинской помощи, ухудшением здоровья и инвалидизацией пациентов в результате контакта с системой здравоохранения.

Для России проблема обеспечения безопасности пациентов более чем актуальна. На I Национальном конгрессе терапевтов в Москве прозвучало: каждый третий диагноз, поставленный российскими врачами своим пациентам, впоследствии оказывается ошибочным. По данным специальных исследований, врачебные ошибки в 80—85 % случаев являются причиной осложнений заболеваний, часто приводящих к тяжелым осложнениям, а иногда и к летальному исходу. Существенное значение управление рисками (риск-менеджмент) в здравоохранении имеет в обеспечении качества медицинской помощи и в первую очередь — в предупреждении медицинских дефектов и врачебных ошибок. Прогнозирование, диагностика, профилактика риска врачебных ошибок должны стать приоритетом в управлении качеством медицинской помощи и обеспечении безопасности пациентов.

В конце XX в. в экономически развитых странах возникло новое научно-практическое направление — риск-менеджмент различных сфер человеческой деятельности.

Риск — это событие или группа родственных случайных событий, наносящих ущерб объекту, обладающему данным риском. Влияние случайных событий (рисков), наносящих физический, моральный и экономический ущерб здоровью пациентов, исследует новое для системы охраны и восстановления здоровья населения направление — риск-менеджмент в здравоохранении.

Управление рисками (риск-менеджмент) — это система мер, целью которых является уменьшение повреждающего или

уничтожающего воздействия опасности на здоровье, жизнь, имущественное, финансовое положение рискующего и т. д.

В общем плане риск — это событие или группа родственных случайных событий, наносящих ущерб объекту, имеющему этот риск.

Случайность (или непредсказуемость) наступления события означает невозможность точно определить время и место его возникновения.

Объект — это физический или материальный предмет (явление), а также имущественный интерес. В качестве *физического объекта* выступает человек (в нашем случае — пациент), *материального объекта* — какое-либо имущество, *имущественного интереса* — нематериальное свойство объекта, например прибыль.

Ущерб — ухудшение или потеря свойства объекта. Так, если объектом выступает человек, то ущерб может выражаться в виде ухудшения его здоровья или даже смерти.

Основными задачами организации лечебно-профилактической помощи населению являются спасение и продление жизни человека, уменьшение или ликвидация объективных проявлений заболеваний, сокращение периода обострения, продление ремиссии, уменьшение страданий, связанных с болезнью, улучшение качества жизни пациентов и т. д. Для реализации перечисленных задач существует комплекс профилактических, диагностических, лечебных и медико-реабилитационных мер, конечной целью которых является достижение определенного клинического эффекта. Это позитивная сторона лечебно-диагностического процесса на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах его организации, выражающаяся долей больных с положительным исходом и долей пациентов, удовлетворенных оказанной им медицинской помощью.

При этом в здравоохранении существуют многочисленные медицинские, организационные, управленческие, психоэмоциональные (психогенные), экономические и другие риски, реализация которых может привести к отрицательным последствиям медицинских и других вмешательств в виде осложнений разной степени тяжести и в итоге — к несоответствию лечебно-диагностического процесса ожиданиям больного.

Приоритетом управления рисками в медицине является управление качеством лечебно-диагностического процесса и тем самым обеспечение *медицинской безопасности* пациента. Главными инструментами риск-менеджмента в здравоохранении являются модули структурных стандартов качества медицинской помощи, протоколы ведения больных, а также модели конечных результатов труда.

Проводимые на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики ММА им. И. М. Сеченова исследования по управлению рисками в здравоохранении позволяют предложить следующую классификацию рисков в здравоохранении.

♦ Социально-политические риски:

- изменения в законодательстве по формам и методам организации медицинской помощи населению;

- внесение изменений в систему финансирования здравоохранения;
- развитие новых экономических отношений и методов управления здравоохранением;
- введение и реорганизация системы медицинского "страхования [обязательное медицинское страхование (ОМС), добровольное медицинское страхование (ДМС), смешанное медицинское страхование];
- приватизация или национализация субъектов здравоохранения;
- инновационные процессы в совершенствовании нормативно-правовой базы здравоохранения (новые организационно-правовые формы деятельности медицинских организаций, предпринимательство в здравоохранении, защита прав пациентов, страхование профессиональной медицинской деятельности и др.);
- внесение изменений в арбитражное право;
 - другие.
- ◆ *Риски, связанные с управлением:*
 - отсутствие системы базовой подготовки специалистов в области управления и экономики здравоохранения, медицинского права;
 - некомпетентность руководителей в области менеджмента, маркетинга, экономики и законодательства в здравоохранении;
 - низкий профессиональный уровень определенной части персонала;
- научно не обоснованный выбор стратегии реформирования отрасли; пренебрежение деятельностью по охране труда и технике безопасности;
- другие.
- ◆ *Профессиональные (медицинские) риски, связанные с гражданской-правовой ответственностью*¹.
 - диагностические;
 - лечебные;
 - медикаментозные (фармакотерапевтические);
 - профилактические;
 - инфекционные;
 - психогенные (психоэмоциональные);
 - другие.
- ◆ *Риски, связанные с угрозой здоровью медицинских работников со стороны:*
 - больных с особо опасными инфекциями;
 - больных вирусным гепатитом В и С, ВИЧ-инфекцией, сифилисом и другими венерическими заболеваниями;
 - больных туберкулезом;
 - психически больных;

- наркоманов;
- преступников, посягающих на медицинский персонал с целью получения наркотических средств;
- другие.

◆ *Прочие риски:*

- техногенные (технично-эксплуатационные);
- пожароопасные;
- взрывоопасные (хранение и эксплуатация кислорода);
- террористические;
- другие.

Управление риском — многоступенчатый процесс, который имеет своей целью уменьшить и компенсировать ущерб для объекта при наступлении неблагоприятных событий (в медицине — ошибок, дефектов, осложнений лечебно-диагностического процесса).

Важно понимать, что минимизация ущерба и снижение риска — это не одно и то же. Например, страхование, которое обеспечивает компенсацию ущерба, никак не уменьшает вероятность проявления риска.

В здравоохранении классическим примером актуальности внедрения системы управления рисками (риск-менеджмент) является ситуация со страхованием профессиональной медицинской деятельности, страхованием рисков угрозы заражения медицинских работников гепатитом В и С, туберкулезом, сифилисом, ВИЧ-инфекцией и др. при работе с соответствующими группами больных.

Выделяют следующие основные этапы классического процесса управления риском:

Анализ риска — начальный этап, имеющий целью получение необходимой информации о структуре, свойствах объекта и прогнозируемых рисках. Собранной информации должно быть достаточно для того, чтобы принимать адекватные решения на последующих этапах. Анализ состоит из выявления рисков и их оценки. При выявлении рисков (качественная составляющая анализа) определяют все риски, присущие исследуемой системе. Оценка — это количественное описание рисков (количественная составляющая), в ходе которого определяют такие их характеристики, как вероятность и размер возможного ущерба.

Следующие этапы — *выбор метода воздействия на риски, принятие решения* и, наконец, *воздействие на риск* с целью минимизации возможного ущерба в будущем.

Среди способов воздействия на риск можно выделить три основные группы:

- снижение риска — уменьшение либо размера возможного ущерба, либо вероятности наступления неблагоприятных событий. Чаще всего это достигается при помощи осуществления предупредительных организационно-технических мероприятий, под которыми подразумеваются различные способы усиления системы, безопасности (обучение персонала, установка систем оповещения и т. д.);

- сохранение риска — это не всегда отказ от любых действий. Организация может создать резервный фонд, фонды самострахования или фонды риска, из которых будет производиться компенсация убытков при наступлении неблагоприятных ситуаций. Такой метод управления рисками называется самострахованием;
- передача риска — передача ответственности за него третьим лицам при сохранении существующего уровня риска (страхование, финансовые гарантии, поручительства).

Заключительный этап управления риском — *контроль за выполнением принятого решения* и со временем, при необходимости, — *корректировка результатов*.

Новизна и актуальность проблемы управления рисками определила необходимость подготовки не только специалистов в области анализа риска, управления риском и безопасностью, но и подготовку руководящих кадров по важнейшим вопросам теории и практики управления рисками, что чрезвычайно актуально для системы отечественного здравоохранения на этапе его реформирования.

Особое значение риск-менеджмент в здравоохранении имеет в системе управления качеством медицинской помощи и в первую очередь в предупреждении и сокращении медицинских дефектов и врачебных ошибок. Риски ошибок в диагностике и лечении весьма вероятны, поскольку существуют многообразные профессиональные и морально-этические особенности клинической деятельности врачей, а также имеет место крайняя сложность, а порой ограниченность условий и возможностей при оказании медицинской помощи даже при самом добросовестном отношении врача к своим обязанностям и высоком уровне квалификации. Вопрос заключается в тяжести последствий допущенных ошибок для пациента и возможностях контролирующих технологий активно их предупреждать.

Проходившая весной 2002 г. в Монреале конференция ВОЗ по борьбе с вредоносными факторами и предотвращению нанесения вреда приняла декларацию, провозглашавшую право человека на *безопасность*. В ней подчеркнута важность реализации этого права для достижения здоровья, мира, справедливости и благополучия.

При этом Монреальская декларация определяет *безопасность* как состояние, при котором риски и условия, ведущие к физическому, психологическому или материальному ущербу, находятся под контролем в целях охраны здоровья и благополучия индивидуумов и общины.

Безопасность пациентов во время лечения не является специфической проблемой, относящейся только к определенной области медицины. Национальный фонд безопасности пациентов США трактует понятие «*безопасность пациентов*» как предотвращение неблагоприятных исходов или повреждений во время процесса лечения или уменьшение ущерба в случае их наступления. В таком

случае *безопасность пациентов* — это максимально возможное соответствие исходов лечения ожиданиям врача и пациента при минимальном риске отрицательных последствий лечения и диагностики.

Безопасность можно рассматривать как ситуацию, при которой ожидаемая польза для здоровья при медицинском вмешательстве превышает предполагаемый риск (по значимым клиническим параметрам).

Проблема обеспечения безопасности пациентов более чем актуальна для России. В декабре 2005 г. в Москве ВОЗ и Минздравсоцразвития РФ провели День Альянса за безопасность пациентов, что дало возможность руководителям отрасли здравоохранения России и странам — участницам Европейского регионального бюро ВОЗ проанализировать российскую проблему безопасности в здравоохранении и обсудить пути ее решения на глобальном, федеральном и региональном уровнях.

В соответствии с предложенной Классификацией рисков в здравоохранении проведен анализ проблем безопасности пациентов при стандартных ситуациях медицинской практики. Врачебные ошибки могут быть допущены на всех этапах взаимоотношений с пациентом. Наибольшие опасности таятся в ошибках диагностики.

Диагностические риски. Существует множество классификаций ошибок диагностики. При этом их суть сводится к подразделению причин ошибок на субъективные и объективные.

В целом к *объективным причинам* врачебных ошибок представляется возможным отнести несовершенство медицины, отсутствие необходимых условий, меняющиеся установки в науке и т. д.

Субъективными причинами ошибочной тактики врача являются недостаточная квалификация, незнание общепринятых в отрасли диагностических истин независимо от стажа работы, уровень общей культуры, психологические особенности личности, характер и др. К сожалению, как показывает практика, роль субъективных факторов в обеспечении безопасности пациентов более чем значительна. На их долю в диагностике приходится до 60—70 % всех врачебных ошибок.

Чаще всего ошибки происходят на *первом этапе* постановки диагноза из-за неспособности врача распознать ведущую жалобу и истинную цель обращения пациента за медицинской помощью, его неумения определить причины выявленных симптомов и жалоб и критически оценить полученные от пациента сведения, выявить основные из них, а также недооценки информации о пациенте со стороны его родственников и знакомых.

На *втором этапе* постановки диагноза ошибки наиболее часто возникают из-за неполной и нетипичной клинической картины; встречи с редкими заболеваниями, сокрытия пациентом наличия у него той или иной симптоматики.

Третьим этапом диагностики является дифференциальный диагноз; при этом врачебные ошибки могут возникнуть из-за наличия симптомов или синдромов, симулирующих другие заболевания, атипичных симптомов часто встречающихся заболеваний или проявлений симптомов нескольких заболеваний. Ошибки, допущенные врачом при постановке предварительного диагноза, значительно затрудняют постановку правильного клинического диагноза, усиливая тем самым заблуждение врача. Ошибки, вызванные врачебным незнанием, наиболее многочисленны, и их интерпретация особенно ответственна. В каждом отдельном случае вопрос об оценке действий врача как ошибки, особенно при дифференциации незнания, обусловленного недостаточной квалификацией и элементарным медицинским невежеством, следует решать исходя из конкретных особенностей течения болезни, длительности наблюдения, возможностей обследования. Молодые врачи часто ошибаются из-за отсутствия опыта, более опытные — из-за его переоценки и возможного снижения квалификации. Риском многих ошибок в диагностике является оценка данных лабораторно-инструментальных и аппаратных исследований. Врачи не задумываются над тем, что возможность ошибки бывает заложена не только в аппарате и реактиве, но и в тех, кто выносит соответствующее заключение.

Ошибки в использовании лабораторно-инструментальных исследований носят двойной характер: либо не назначают исследования, показанные конкретному больному, либо рекомендуют ненужные. Если назначенные исследования в основном относятся к инструментально-аппаратным методам диагностики (бронхоскопия, сканирование и т. п.), то ненужные в основном связаны с лабораторными анализами. Если назначенные исследования служат, как правило, предметом критических замечаний, то ненужные исследования не анализируют и игнорируют.

Кроме того, научно-технический прогресс в медицине и внедрение в клиническую практику ряда современных, в том числе инвазивных, методов сделали больных более уязвимыми в отношении возможных осложнений различных врачебных инструментальных манипуляций.

С учетом перечисленных обстоятельств особое значение приобретает выбор оптимального, т. е. целенаправленного и селективного, диагностического исследования с учетом особенностей конкретной ситуации, специфичности и чувствительности метода, его потенциальной опасности, доступности, экономичности т. д.

Лечебные риски. Многие опытные врачи часто считают, что если диагноз сформулирован правильно, то при последующем лечении больного необходимо лишь соблюдение общепринятых методик и технологий. Это глубоко ошибочное мнение, поскольку выбор технологий лечения, определение тактики лечения являются сложным и динамичным процессом.

Ошибки в лечении чаще допускают молодые врачи, что связано с недостаточной подготовкой в части системного подхода к процессу

выбора технологий, невниманием к переходу в процессе лечения от одного состояния тяжести заболевания к другому.

Основными рисками ошибок в процессе лечения являются:

- недостаточный уровень знаний в области клинического прогнозирования;
- неумение провести анализ и оценить эффективность разных технологий лечения;
- недооценка риска возможных побочных эффектов и осложнений лечения;
- неправильный выбор тактики лечения;
- неумение провести анализ промежуточных и конечных результатов лечения.

Лечебные риски включают весьма широкий перечень возможных осложнений при большой группе медицинских вмешательств. Наиболее актуальными из них являются риски хирургические, анестезиологические, фармакотерапевтические (медикаментозные), риски, связанные с переливанием крови, и др.

Осложнения хирургических вмешательств и других физических воздействий на организм встречаются значительно реже. Они изначально являются более очевидными для оценки существующей опасности и возможных негативных исходов, что определяет у оперирующих хирургов осторожность и весьма высокий уровень ответственности.

Наиболее тяжелые осложнения в хирургической практике имеют место при неоправданно широких операциях, случайных повреждениях органов. Чреваты тяжелыми осложнениями вмешательства, связанные с анестезиологическими пособиями.

Один укол нестерильной иглой шприца, ранее использованной для инъекции у инфицированного пациента, сопряжен с риском передачи гепатита В, С и ВИЧ-инфекции. Особую группу риска составляют пациенты, которым производят гемотрансфузии.

Медикаментозные (фармакотерапевтические) риски. Практически в каждом случае назначения лекарственной терапии в большей или меньшей степени имеют риск ошибки.

Согласно определению ВОЗ, побочное действие лекарственных средств — это вредные, нежелательные эффекты, которые возникают при использовании доз лекарственных средств, рекомендованных для профилактики и лечения заболеваний, а некоторые современные высокоэффективные препараты у отдельных больных способны вызвать скрытые или явные повреждения организма.

Выделяют 4 типа побочных эффектов лекарств:

- ♦ Тип А (80 % случаев) — предсказуемые реакции, связанные с фармакологической активностью лекарственных средств, могут наблюдаться у любого пациента — например, токсичность, связанная с передозировкой препарата (гепатотоксичность высоких доз парацетамола).

- ◆ Тип В — нечастые, непредсказуемые реакции, встречающиеся только у чувствительных людей (лекарственная непереносимость, гиперчувствительность).
- ◆ Тип С — реакции, связанные с длительной терапией (лекарственная зависимость: физическая или психическая).
- « Тип Э — канцерогенные, мутагенные и тератогенные эффекты лекарственных средств. Проблема лекарственной безопасности усугубляется многочисленными факторами риска развития медикаментозных осложнений, среди которых наиболее значимыми являются рост потребления лекарств на фоне широкого распространения самолечения, необходимость назначения большого числа медикаментов в силу полиморбидности, длительное применение препаратов при хроническом течении ряда заболеваний, нарушение фармакодинамики и фармакокинетики лекарственных средств на фоне органических изменений и при взаимодействии с другими препаратами, возрастные и половые особенности пациентов, недостаточное выполнение предписанного больному режима медикаментозной терапии.

Профилактические риски. Следует признать, что абсолютно безопасных вакцин нет; в связи с этим вакцинопрофилактика является одним из медицинских рисков.

Введение в организм человека вакцины — это настоящее медицинское вмешательство или медицинский риск, который, помимо выработки специфического иммунитета, порой сопровождается различными отрицательными реакциями организма.

С точки зрения сохранения равновесия в организме следует отметить, что вакцин, не вызывающих побочных реакций, практически не существует.

Инфекционные риски. Возможно возникновение инфекции у пациентов, госпитализированных в лечебно-профилактическое учреждение по поводу любого соматического заболевания; Такие инфекции называют нозокомиальными или внут-рибольничными.

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) — инфекции, развивающиеся у пациента стационара или любого другого медицинского учреждения и не имевшиеся в проявленной или инкубационной форме в момент госпитализации. К ним же относятся также инфекции, приобретенные в стационаре, но проявившиеся только после выписки.

Причинами вспышек ВБИ являются грубые нарушения санитарно-противоэпидемического режима, перебои с подачей горячей и холодной воды, проведение ремонтных работ без закрытия стационарных отделений, несвоевременность изоляции заболевших и проведения противоэпидемических мероприятий, лечение пострадавших без консультации врача-инфекциониста, а также низкое качество текущей дезинфекции и пред-стерилизационной очистки, некачественная стерилизация медицинских инструментов и изделий медицинского назначения, а также использование нестерильного инструментария.

Более 80 % случаев инфицирования в здравоохранении приходится на связанные с конкретными и хорошо известными факторами риска инфекции:

- урологические инфекции (катетеризация мочевыводящих путей, инвазивные урологические процедуры и др.);
- инфекции крови (катетеризация сосудов, нейтропения, иммунодефицит, новые инвазивные технологии, критические состояния и др.);
- легочные инфекции (принудительная вентиляция легких, аспирация, длительная госпитализация, недостаточное питание, преклонный возраст, интубация и др.).

Не всегда грамотно продуманные стратегия и тактика применения антибиотиков и химиопрепаратов для лечения и профилактики заболеваний способствуют появлению лекарственной устойчивости микроорганизмов.

Наряду с этим в распространении ВБИ определенную роль могут играть диагностические (бронхоскопия, гастроскопия, цистоскопия и др.) и лечебные (гемодиализ, использование наркозной аппаратуры, интубация и др.) процедуры, при которых стерилизация сопряжена с большими трудностями. В связи с этим в профилактике ВБИ существенное значение имеют методы асептики и активной химической антисептики, используемые для дезинфекции объектов внутрибольничной среды, стерилизации медицинского инструментария, диагностической и лечебной аппаратуры, для обработки рук медицинского персонала.

Безусловно, нарушение санитарно-гигиенического режима в лечебно-профилактических учреждениях приводит к росту заболеваемости и возникновению вспышек ВБИ, что наиболее характерно для возникновения респираторных и кишечных инфекций.

Одним из приоритетов в проблеме профилактики ВБИ является обеспечение безопасности донорской крови.

Психогенные (психозомоциональные) риски. Как правило, психогенные риски выходят за рамки чисто медицинской деятельности и сопряжены с деонтологическими, этическими, экономическими, юридическими и другими проблемами. Эти аспекты психогенных рисков требуют особенно осторожного и мягкого подхода у инкурабельных больных в тяжелом состоянии, нуждающихся в паллиативной помощи, а также у их родственников.

Реализация психогенных рисков с негативными последствиями нередко бывает обусловлена не до конца продуманной информацией, которую врач дает больному и родственникам о состоянии больного в целом, необратимости характера заболевания, неуверительных перспективах на лечение и т. д. Так, при объективной оценке состояния больного и прогноза (и не только у инкурабельных больных) врач может невольно дать повод к отсутствию или потере у пациента мотивации для лечения — даже

симптоматического, что в свою очередь может привести к ухудшению как соматического, так и психического его состояния.

Психогенную безопасность целесообразно формировать в лечебно-профилактическом учреждении дифференцированно в возрастном и половом аспектах, начиная с дородового патронажа, периода новорожденноеTM, раннего детства, подросткового и зрелого возраста. Особого внимания в плане обеспечения медицинской безопасности требует геронтологический контингент.

Во врачебном сообществе необходимо утвердить понимание того, что необоснованная по показаниям и длительности госпитализация больных может нивелировать возможную ее пользу, и в этом направлении следует тактично и аргументировано ориентировать как самих пациентов, так и их родственников.

Следует понимать, что помещение больного человека в стационар само по себе является стрессорной ситуацией, поскольку нарушает сформировавшиеся жизненные стереотипы, лишает или ограничивает возможности общения с близкими, свободного времяпрепровождения, реализации своих увлечений и др.

Важным условием реализации психогенных рисков является отсутствие в лечебном учреждении повседневной психотерапии, т. е. разъяснения больному в доступной форме сути его заболевания, болезненных и других ощущений, реальных возможностей медицинского воздействия, пользы и риска назначаемых обследований и лечения.

В основе психогенной безопасности заложены нравственные нормы, нарушение которых, как и недостаточность знаний (умений), халатность, приводит к возникновению и реализации психогенных рисков. В таких ситуациях проблема заключается в основном в нарушении врачебной этики и морали медицинского работника. Психогенная безопасность пациента может быть нарушена неосторожными высказываниями или поступками врача или другого медицинского работника, отрицательно воздействующими на психику больного.

Таким образом, в настоящее время отмечается тревожный рост числа нарушений психогенной безопасности пациентов, к которым следует отнести весь объем отрицательного психического и физического воздействия медицинского работника, в том числе и врача, на пациента.

Нарушения психогенной безопасности пациентов необходимо выявлять, анализировать и находить решения по их устранению и предупреждению.

При этом следует отметить, что активное участие самого больного в лечебно-диагностическом процессе и самоконтроле

своего состояния в значительной степени предупреждает возникновение психогенных (психоэмоциональных) рисков, что является неотъемлемым условием достижения качественного клинического результата.

Таким образом, для обеспечения безопасности медицинской помощи необходимы комплексные системные усилия, включающие широкий спектр профессиональных, организационных, правовых и психологических мер по совершенствованию лечебно-диагностического процесса, обеспечению реальных условий по управлению рисками, включая безопасность применения лекарственных препаратов и использования медицинского оборудования, санитарно-эпидемиологический контроль, безопасность клинической практики и безопасную обстановку (техногенную, противопожарную, антитеррористическую и др.) в учреждениях здравоохранения.

Надлежащее качество медицинской помощи должно быть приоритетной задачей деятельности любого лечебно-профилактического учреждения, которой подчиняется вся управленческая деятельность. Соблюдение максимально возможной безопасности пациентов является одной из основных проблем, возникающих при внедрении индустриальных технологий в управление качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном стационаре, и требует планомерного системного подхода.

Для достижения максимально возможной безопасности пациентов необходимы совместные усилия как организаторов здравоохранения, так и практических врачей, сестринского персонала, а также юристов, получивших специальную подготовку в области защиты прав пациентов и ответственности медицинских работников за конечные результаты своей деятельности.

1 хирургические инфекции (неадекватная профилактика антибиотиками, недостатки в подготовке кожи операционного поля, плохая асептическая обработка хирургического инструментария и др.);