

Рекомендації щодо безпеки пацієнта в періопераційному періоді



Цитований документ доступний за посиланням:

Arnal-Velasco D, Martinez-Nicolas I, Fabregas N, et al. Perioperative Patient Safety Recommendations: a European consensus study. Br J Anaesth. 2025 in press

ІД-2025	Стандартизована практика SAFEST	Пояснення для широкої аудиторії
ППСР-001	Впровадження чіткої та конкретної стратегії розвитку сильної культури безпеки, включаючи: 1. Визнання того, що помилки є типовими для людини; 2. Забов'язання обговорювати помилки та вчитися на них; 3. Проактивне виявлення прихованих загроз; 4. Впровадження некаральної, справедливої та прозорої системи звітності та аналізу несприятливих подій; 5. Побічні ефекти. Відкрите розкриття інформації пацієнтам.	Для розвитку сильної культури безпеки існують чіткі методи та заходи. Вони можуть включати: 1. Визнання того, що помилки є людською рисою, 2. Зобов'язання обговорювати їх та вчитися на них, 3. Проактивне виявлення потенційних небезпек та 4. Використання некаральних, справедливих та прозорих систем звітності та аналізу побічних ефектів. 5. Інформування пацієнтів про будь-яку шкоду, якої можна уникнути.
ППСР-002	Для виявлення та запобігання травматичним ситуаціям високого ризику в періопераційному періоді впроваджуються реєстри, опитування, інтерв'ю та інші проактивні інструменти.	Лікарня використовує різні методи для виявлення ситуацій, у яких пацієнти часто мають високий ризик, до, під час та після операції. До них належать ведення записів, анкетування та інші методи запобігання потенційним проблемам.
ППСР-003	Медичні працівники, що беруть участь у періопераційному догляді, повинні мати початкову та регулярну міждисциплінарну підготовку, яка сприяє безпеці пацієнтів, командній роботі, ефективній комунікації, відкритості та навичкам роботи з технологіями.	Медичні працівники, які доглядають за пацієнтами до-, під час та після операцій, проходять регулярне навчання. Це навчання включає в себе те, як працювати разом для забезпечення безпеки пацієнтів, як спілкуватися та бути відкритими один з одним, а також як правильно користуватися обладнанням.
 ППСР-004	Протягом усього процесу лікування, особливо під час процесу госпіталізації та етапу отримання інформованої згоди, особа пацієнта підтверджується шляхом перевірки його повного імені, дати народження, номера медичної карти (або іншого унікального ідентифікатора) та запланованої процедури з	Протягом усього процесу лікування, особливо під час процесу госпіталізації та етапу отримання інформованої згоди, особа пацієнтів підтверджується шляхом перевірки їхнього повного імені, дати народження, номера медичної карти (або іншого унікального ідентифікатора) та запланованої процедури з

	пацієнтом, його законним опікуном або особою, яка здійснює догляд.	пацієнтом, його законним опікуном або особою, яка здійснює догляд.
ППСР-005	Відділення, які доглядають пацієнтів у периопераційному періоді, здійснюють моніторинг, планують покращення та внутрішньо обмінюються ключовими показниками якості, що стосуються їхньої діяльності, для сприяння підвищенню якості.	Відділення, що займаються хірургією, реєструють ключові результати лікування та обмінюються даними, що сприяють покращенню якості медичної допомоги.
ППСР-006	Лікарня проводить постійні аудити процесів догляду, дотримання рекомендацій та результатів, які доводяться до відома всієї багатопрофільної команди.	Лікарня регулярно перевіряє, чи наданий догляд відповідає рекомендаціям та чи дає хороші результати для пацієнтів. Вони діляться цими висновками зі своєю командою.
ППСР-007	Проводиться регулярний та систематичний аналіз серйозних інцидентів, побічних ефектів та скарг, щоб винести з них уроки та запобігти їх повторенню. Пацієнти також беруть участь у процесі та отримують своєчасну та прозору інформацію.	Лікарня регулярно та ретельно розглядає скарги, нещасні випадки та небажані випадки, яким можна було запобігти, щоб зрозуміти, що сталося, та запобігти їх повторенню. Пацієнти також беруть участь у виявленні потенційних проблем, і лікарня гарантує, що вони отримують своєчасну та прозору інформацію про те, що лікарня робить для вирішення проблеми.
ППСР-008	Пам'ятки або посібники для дій у кризових ситуаціях доступні для швидкого використання.	На випадок надзвичайних ситуацій доступні інструменти для нагадування або посібники.
ППСР-009	Після серйозної несприятливої події медичні працівники, які безпосередньо залучені, повинні за потреби отримати негайну практичну та психологічну підтримку в межах програми допомоги «другий постраждалий». Їх також слід якомога швидше запросити до обговорення події з метою навчання і аналізу ситуації.	Коли в охороні здоров'я трапляється серйозна непередбачена несприятлива подія, це також впливає на залучених членів медичної команди. Щоб допомогти їм впоратися, важливо негайно надати їм підтримку, як практичну, так і емоційну (так званий «план другого постраждалого»). Їх також слід якомога швидше запросити розповісти про те, що сталося, та поділитися тим, чого вони навчилися з цього досвіду.
ППСР-010	У лікарні запроваджено процедури проведення міждисциплінарних зустрічей з питань захворюваності та смертності.	У лікарні є план зустрічей клінічного персоналу та обговорення випадків пацієнтів, які зазнали ускладнень або померли під час лікування.
ППСР-011	Лікарні мають затверджену документацію, що визначає безпечний рівень укомплектованості хірургічних бригад, включаючи плани дій у надзвичайних ситуаціях, щоб уникнути дефіциту	У лікарнях розроблені плани щоб визначити оптимальну кількість членів хірургічної бригади, для забезпечення безпеки кожного. Вони також мають плани дій на випадок надзвичайних

	персоналу. Щорічно проводяться перевірки дотримання стандартів.	ситуацій у випадку, якщо бригада не укомплектована персоналом. Виконання цих планів перевіряється щорічно.
ППСР-012	Під час хірургічних втручань високого ризику медичну допомогу в операційній повинна надавати повна хірургічна бригада, що складається щонайменше з лікаря анестезіолога, лікаря хірурга та операційної медсестри.	Для хірургічних втручань або пацієнтів з високим ризиком ускладнень в операційній присутня повна хірургічна бригада. Ця бригада повинна складатися щонайменше з лікаря анестезіолога, лікаря хірурга та операційної медсестри, яка пройшла відповідне навчання для роботи в операційній.
ППСР-013	У кожному місці, де проводиться анестезія, крім лікаря анестезіолога завжди є спеціально призначений та навчений асистент анестезіолога (наприклад, медсестра-анестезист, або еквівалентний професіонал) на випадок потреби.	У кожному місці, де проводять анестезію, завжди є персонал навчений допомагати анестезіологу, наприклад, анестезіологічна медсестра або інший навчений персонал. Навіть якщо анестезіолог безпосередньо проводить анестезію, завжди є асистент.
ППСР-014	Палати післяопераційного пробудження (ППП), відділення інтенсивної терапії (ВІТ) та післяопераційні палати забезпечені достатньою кількістю середнього медичного персоналу, які мають поглиблену підготовку з питань знеболення, а також належну анестезіологічну та хірургічну підготовку, включаючи допомогу при лікуванні болю, до моменту, коли пацієнти відповідатимуть узгодженим критеріям виписки.	У відділеннях відновлення (таких як відділення інтенсивної терапії, відділення післяанестезіологічного догляду та післяопераційні палати) повинна бути достатня кількість членів медичної команди, таких як медсестри, що спеціалізуються на лікуванні болю, доки пацієнт не одужає настільки, щоб його можна було покинути лікарню.
ППСР-015	Наступне обладнання є в усіх місцях, де проводиться анестезія. Навіть під час поверхневої седації згадане обладнання є в наявності на випадок, якщо знадобиться перейти на загальну анестезію через небажану подію: 1. Електрокардіограф безперервної дії; 2. Пульсоксиметр; 3. Неінвазивний монітор артеріального тиску; 4. Кількісний (числовий) нейром'язовий монітор для контролю дозування та реверсії нервово-м'язових блокаторів; 5. Обладнання для вимірювання температури тіла пацієнта та обігріву; 6. Моніторинг глибини анестезії; 7. Пристрій для відображення тиску в дихальних шляхах під час використання штучної вентиляції легень з позитивним тиском, з сигналізацією,	Коли пацієнту потрібна анестезія або седація, має бути доступне все необхідне обладнання. Це обладнання включає, серед іншого, апарат для моніторингу серцевої діяльності, апарат для вимірювання кількості кисню в крові, апарат для вимірювання артеріального тиску, апарат для штучної вентиляції легень, ультразвуковий апарат та обладнання для знеболення.

	яка попереджає, якщо тиск у дихальних шляхах занадто високий або занадто низький; 8. Газоаналізатор для кисню, летких анестетиків та капнограф; 9. Дефібрилятор та обладнання для зовнішньої кардіостимуляції; 10. Належне обладнання для позиціонування пацієнта під час анестезії та оперативного втручання; 11. Обладнання, необхідне для внутрішньовенної анестезії; 12. Достатня кількість інфузійних насосів та шприців (для ін'єкцій) для сильнодіючих лікарських препаратів; 13. Обладнання для ведення пацієнтів з важкими дихальними шляхами, включаючи відеоларингоскопію; 14. Вакуумний аспіратор; 15. Пристрій для швидкої інфузії для лікування великих кровотеч; 16. Ультразвукове обладнання для судинного доступу та регіональної анестезії; 17. Інше обладнання для регіональної анестезії, включаючи анестезіологічні нейростимулятори.	
ППСР -016	Для безпечного ведення пацієнтів під час хірургічних процедур з високим ризиком кровотечі в операційній доступні лабораторні або діагностичні обстеження для визначення газів крові, електролітів крові, активованого часу згортання крові, тромбоеластографії та функції тромбоцитів.	Завжди поблизу є лабораторія для швидкого аналізу крові пацієнта у випадку високого ризику кровотечі під час операції. Ці аналізи можуть включати діагностику біохімічних показників крові та оцінку здатності крові до згортання.
ППСР-17 	Щоденно використовується чек-лист для перевірки анестезіологічного обладнання. Перевірка повинна включати виявлення витоків у контурі анестезіологічного апарату та потенційних пошкоджень або несправностей електричних пристроїв.	Щодня анестезіологічне обладнання перевіряється за чек-листом, щоб забезпечити належне функціонування як дихального контуру, так і електричних компонентів.
ППСР-018 	У відділенні післяопераційного пробудження (ВПП) обов'язково має бути в наявності щонайменше: 1. Засоби для миття рук;	Відділення післяопераційного пробудження, де пацієнт зазвичай відновлюється одразу після операції, оснащене різними пристроями та обладнанням для моніторингу та лікування

	- Обладнання та медикаменти для забезпечення прохідності дихальних шляхів, а також обладнання для важкої інтубації, що знаходиться у легкодоступному місці; - Пристрої для ручної вентиляції легень з подачею кисню (мішок Амбу); - Пульсоксиметрія та капнографія; - Базовий гемодинамічний моніторинг; - Засіб для вимірювання температури тіла; - медикаменти для невідкладної медичної допомоги та засоби для їх внутрішньовенного або інгаляційного введення; - Швидкий доступ до дефібрилятора.	пацієнтів після операції. До них належать щонайменше засоби для миття рук, обладнання для забезпечення прохідності дихальних шляхів та дихання пацієнта, вимірювання серцевої діяльності, обладнання для моніторингу температури та крові, ліки, які можуть знадобитися у разі надзвичайної ситуації, та апарат, який може допомогти відновити серцевий ритм.
ППСР-019 	Медичне обладнання регулярно перевіряється та обслуговується; а план заміни розробляється та виконується своєчасно.	Медичне обладнання регулярно перевіряється, і за потреби своєчасно замінюється новим.
ППСР-020	Перед операцією багатoproфільна команда обговорює оптимальну хірургічну стратегію для пацієнтів зі складними варіантами лікування та тяжкими супутніми захворюваннями, виходячи з їхнього клінічного стану, супутніх захворювань, ризику кровотечі та досвіду команди.	Перед операцією команда лікарів та медичних працівників зустрічається та обговорює найкращий хірургічний підхід для складних операцій та тяжкохворих пацієнтів, враховуючи всі їхні захворювання, поточний стан здоров'я, ризик кровотечі та досвід команди.
ППСР-021	Для забезпечення ефективної комунікації та мінімізації непорозумінь в операційній, усне спілкування між членами команди стандартизоване. Цього можна досягти, уникаючи припущень та забезпечуючи, щоб усі члени команди переконувалися, що їх почули та правильно зрозуміли, і повідомляли про виконання, зробивши це звичною практикою.	Для уникнення плутанини та помилок в операційній між членами команди використовуються чіткі та ефективні методи спілкування. Одним із них є обов'язкове підтвердження розуміння сказаного.
ППСР-022	Впроваджено процес зменшення бар'єрів для ефективної комунікації; до них можуть належати проблеми з дизайном приміщень, недоречні розмови, рівень шуму, соціальні бар'єри (наприклад, статус, ієрархія), відволікаючі фактори та переривання.	Розроблено план, який допоможе людям краще комунікувати. Він включає усунення перешкод, таких як облаштування кімнати, гучні шуми, розмови людей про недоречні речі, відволікаючі фактори та переривання.
ППСР-023 	Впроваджено стандартизований процес передачі інформації про пацієнтів між окремими особами та командами.	Впроваджено план, щоб переконатися, що кожен професіонал має всю необхідну інформацію про пацієнта, коли догляд переходить до іншої особи або команди.
ППСР-024	Затверджено та використовується всією хірургічною командою локально адаптований	Лікарня використовує спеціальний контрольний список безпеки та інструменти для

	Контрольний список хірургічної безпеки BOO3 або еквівалентний (наприклад, SURPASS), із застосуванням інструментів-нагадувань.	запам'ятовування для операцій, щоб переконатися, що кожен член хірургічної команди пам'ятає, що робити для безпеки пацієнтів.
ППСР-025	Для вирішення проблем безпеки будь-який член періопераційної бригади може попросити про безпечну паузу, яка включає в себе виявлення проблеми і повідомлення про неї, вирішення події за допомогою командної реакції, обговорення її в процесі дебрифінгу і визначення можливостей для поліпшення догляду за пацієнтом.	Якщо хтось із періопераційної команди турбується про безпеку пацієнта, він/вона може попросити про «паузу безпеки». Це означає, що вони зупиняються та обговорюють ситуацію з усіма членами команди, щоб вирішити проблему, перш ніж продовжувати операцію. Після операції вони обговорюють, що сталося, і як можна покращити ситуацію наступного разу.
ППСР-026	Дані пацієнтів та клінічна інформація повинні постійно документуватися та оновлюватися у стандартизованому форматі, як у рукописному, так і в електронному вигляді, і бути доступними для подальшого ознайомлення.	Вся важлива інформація про здоров'я та догляд за пацієнтом записується на папері або комп'ютері у вигляді, легкому для розуміння та виконання, і доступна для подальшого лікування.
ППСР-027 	Пацієнти та особи, що здійснюють догляд, отримують усну та письмову, зрозумілу та повну персоналізовану інформацію після виписки. Ця інформація також надається постачальникам первинної медико-санітарної допомоги та соціальних послуг у громаді для забезпечення безперервності догляду з особливим акцентом на зміну ліків та призначення рецептів.	Коли пацієнти залишають лікарню, їм буде надано всю необхідну інформацію у зрозумілій та індивідуально адаптованій формі. Ця інформація також буде надана іншим медичним працівникам та будь-яким громадським службам, які можуть бути залучені до догляду за ними. Найважливішою частиною цієї інформації буде інформація про поточний стан прийому ліків. Це робиться для того, щоб усі, хто бере участь у догляді за пацієнтом, були поінформовані та могли продовжувати надавати найкращий можливий догляд.
ППСР-028	Пацієнти, їхні опікуни та члени сім'ї беруть участь у забезпеченні власної безпеки протягом усього процесу надання допомоги. Пацієнтам надається інформація та рекомендації щодо забезпечення власної безпеки.	Пацієнти, особи, які за ними доглядають, та члени їхніх сімей беруть участь у забезпеченні власної безпеки під час періопераційного періоду. Пацієнтам надається інформація та інструкції для забезпечення власної безпеки.
ППСР-029 	Медичні працівники та пацієнти мають право впроваджувати спільний підхід до прийняття рішень протягом усього процесу лікування, враховуючи уподобання пацієнтів. Цей процес повинен включати передопераційне обговорення етапів та критеріїв виписки з пацієнтами, обговорення ризиків та переваг, а також гарантоване надання пацієнтам вичерпної, зрозумілої для неспеціалістів та доступної інформації.	Медичних працівників та пацієнтів заохочують приймати спільні рішення щодо періопераційного процесу, виходячи з уподобань пацієнтів та балансу між ризиками та перевагами, забезпечуючи обговорення інформації, її легке розуміння та доступність для пацієнтів.

ППСР-030	Пацієнти можуть звернутися за цілодобовим номером телефону у разі виникнення післяопераційних ускладнень. Медичний працівник завжди готовий відповісти на дзвінок.	Існує номер телефону, за яким пацієнти можуть телефонувати цілодобово, якщо у них виникнуть будь-які проблеми чи занепокоєння після операції. Медичний працівник завжди буде поруч, щоб відповісти на дзвінок та допомогти їм.
ППСР -031	Використовуються доказові стандартизовані підходи, для виявлення пацієнтів з високим хірургічним ризиком, які потребують додаткового передопераційного обстеження на основі: - Віку; - Супутніх захворювань; - Історії прийому ліків та алергій; - Типу хірургічного втручання, включаючи ризик сильного післяопераційного болю; - Деменції або когнітивної дисфункції; - виснаження; - Харчового статусу (всім пацієнтам, які переносять серйозне хірургічне втручання, проводиться скринінг харчування для покращення будь-якої виявленої недоїдання перед операцією); - Факторів способу життя; - Психологічних факторів; - Функціонального стану; - Хронічного болю.	Лікарня має інструменти, які допомагають виявити пацієнтів, яким потрібно буде приділити більше уваги під час обстеження перед операцією. Вони використовують інформацію про вік, додаткові проблеми зі здоров'ям, ліки та алергії, тип операції, психічний та психологічний стан, фізичний статус та стан організму, харчування та звички.
ППСР-032 	Використовуються та документуються валідовані шкали хірургічного ризику для оцінки захворюваності та смертності. Результати надаються пацієнтам для сприяння прийняття обґрунтованих рішень.	Лікарня використовує інструменти оцінки, щоб передбачити виникнення проблем під час операції. Медична команда документує ці результати та надає їх пацієнтам. Це допомагає пацієнтам і лікарям приймати кращі рішення щодо того, чи є операція гарною ідеєю, чи ні.
ППСР-033	Пацієнтів з високим ризиком виявляє хірург і надає їм пріоритет під час планування операції. У разі критично хворих пацієнтів передбачається передопераційна госпіталізація для стабілізації та оптимізації їхнього стану, якщо це необхідно.	Хірург виявляє людей з високим ризиком ускладнень під час операції та надає їм пріоритет на операцію. Якщо людина дуже хвора, її можуть госпіталізувати, щоб стабілізувати або оптимізувати стан її здоров'я перед операцією.
ППСР-034 	Перед анестезією проводиться раннє обстеження всіх пацієнтів, очне або віртуальне, щоб дозволити оптимізувати їхній стан. У випадках, коли між попереднім обстеженням та датою операції пройшов значний період, проводиться повторне обстеження.	Перед проведенням анестезії пацієнту проводиться очна або віртуальна оцінка, щоб перевірити стан його здоров'я та переконатися, що людина максимально здорова перед операцією. Це роблять якомога раніше, а також повторюють, якщо з моменту першого огляду минуло забагато часу.
ППСР-035	Встановлюються письмові передопераційні настанови або рекомендації, включаючи, але не обмежуючись: - Оптимізацію та управління регулярним прийомом ліків; - Передопераційні аналізи та додаткові дослідження; - Передопераційні	Письмові правила або інструкції встановлюються на період до операції пацієнта. Ці правила включають такі речі, як те, як слід приймати звичайні ліки пацієнта до та після операції, які аналізи або медичні обстеження необхідно провести перед операцією, попередження

	призначення потенційних переливань крові; - Передопераційний режим голодування.	потреб пацієнта в переливанні крові під час операції та час, коли пацієнту потрібно припинити їсти та пити перед операцією.
ППСР-036	Більш детальне передопераційне обстеження та лікування проводиться, якщо планові операції можна відкласти, у певних клінічних ситуаціях, включаючи: гострий коронарний синдром у пацієнтів, яким заплановано некардіологічне хірургічне втручання, великі або множинні інсульти та тяжкі неврологічні симптоми, поточні інфекції, не пов'язані з плановим хірургічним втручанням, поточна венозна тромбоемболія, анемія у пацієнтів з великими хірургічними втручаннями та декомпенсація хронічних захворювань.	Якщо комусь потрібно зробити планову операцію (операцію, яку можна запланувати), але у пацієнта є певні проблеми зі здоров'ям, операцію можуть відкласти. Лікар проведе ретельне обстеження та вирішить, чи краще почекати та спочатку пролікувати супутні захворювання. Деякі приклади проблем зі здоров'ям, які можуть спричинити затримку операції, включають пацієнтів, які щойно перенесли серцевий напад і потребують несерцевої операції, перенесли важкі інсульти або інші неврологічні проблеми, інфекцію, не пов'язану із запланованою операцією, тромби, анемію (низький рівень заліза) або хронічне (тривале) захворювання, яке погіршується, і яким планується серйозна операція.
ППСР-037	Такі передопераційні фактори ризику, як відмова від куріння, зниження ваги, контроль діабету або анемії, оптимізуються в умовах первинної медичної допомоги, де це можливо.	Деяким пацієнтам потрібно покращити своє здоров'я перед операцією. Їм буде надано підтримку щоб кинути палити, схуднути або краще контролювати діабет чи анемію. Здебільшого, якщо це можливо, це робитиме їхній сімейний лікар.
ППСР-038	Необхідність періопераційного супроводу членом сім'ї, перекладачем або іншим медичним працівником обговорюється та оцінюється під час передопераційного візиту. Рішення ґрунтується на уподобаннях та можливості пацієнта.	Перед операцією медична команда обговорює з пацієнтами, чи хочуть вони, щоб під час операції та відновлення з ними була присутня якась особа, наприклад, член сім'ї, перекладач або медичний працівник. Вони враховують побажання пацієнта та можливість присутності когось протягом цього часу.
ППСР-039	Національні або міжнародні рекомендації щодо прискореного відновлення після хірургії (ERAS) адаптовані до місцевих умов для доопераційного, інтраопераційного та післяопераційного догляду, регулярно оновлюються та впроваджуються якомога раніше (у деяких випадках до підтвердженого діагнозу), коли це доречно.	Лікарня дотримується спеціального набору рекомендацій під назвою «Покращене відновлення після хірургії», що зосереджені на оптимальному догляді до, під час та після операції. Ці рекомендації адаптовані до місцевих умов та регулярно оновлюються. Вони використовуються якомога швидше, іноді навіть до встановлення діагнозу.
ППСР-040	Для всіх амбулаторних хірургічних пацієнтів доступний однаковий стандарт періопераційного догляду та подальшого спостереження, незалежно від типу лікувального закладу.	Для всіх пацієнтів, які перенесли амбулаторне хірургічне втручання, доступний однаковий рівень оперативної допомоги та подальшого спостереження, незалежно від типу медичного закладу, який вони відвідують.

ППСР-041	Після загальної або нейроаксіальної анестезії пацієнта безпечно транспортують до місця відновлення або залишають в операційній до повного відновлення.	Пацієнти після загальної анестезії або нейроаксіальної анестезії (тобто будь-який анестетик, що вводиться навколо спинного мозку), безпечно переводяться в палату післяопераційного спостереження або залишаються в операційній до повного пробудження
ППСР-042	Лікарні впроваджують та оновлюють протоколи, проводять навчання, а також мають необхідне обладнання для ведення післяопераційного догляду та боротьби з частими небажаними наслідками для кожного типу операції.	Лікарня впроваджує план дій щодо лікування та усунення небажаних наслідків після операції. Цей план включає навчання, обладнання та оновлені протоколи для будь-якого виду хірургічного втручання, яке вони проводять.
ППСР -043	Ризик післяопераційних респіраторних ускладнень оцінюється та документується до операції, і впроваджується спеціальна стратегія для запобігання цим ускладненням, включаючи передопераційну фізіотерапію.	Перед операцією оцінюється ризик виникнення проблем з диханням після операції, записується та складається план запобігання цим проблемам. Одним із способів запобігання проблемам з диханням є фізіотерапія перед операцією.
ППСР-044	Після «хірургії одного дня» під загальною або регіональною анестезією, пацієнта/ку виписують лише після ретельного обстеження, переконавшись, що він/вона відповідає критеріям виписки. Буде надано план подальшого спостереження, а відповідальна доросла особа повинна бути доступна для надання підтримки протягом перших 24 годин після виписки.	Коли пацієнтам проводять амбулаторне хірургічне втручання під певними видами анестезії і їм не потрібно залишатися на ніч у лікарні, їх оглядають, щоб переконатися, що вони готові повернутися додому. Перед випискою їм нададуть план лікування, і хтось повинен бути з пацієнтом протягом перших 24 годин після виписки, щоб переконатися, що з ним все гаразд.
ППСР-045	Служби виїзної інтенсивної терапії є легкодоступними та охоплюють низку заходів, включаючи: - Використання системи раннього виявлення та реагування для ідентифікації пацієнтів групи ризику; - Швидке направлення до належним чином обладнаних спеціалістів; - Своєчасне переведення до відділення інтенсивної терапії (BIT) за потреби; - Сприяння виписці та реабілітації пацієнтів після інтенсивної терапії.	Існують спеціальні служби, які називаються «службами інтенсивної терапії», і які завжди доступні. Вони забезпечують: - Виявлення пацієнтів, які перебувають у групі ризику серйозного погіршення стану, за допомогою системи раннього попередження. - Залучення команд фахівців для порятунку пацієнта, якщо необхідно. - За потреби оперативне переміщення пацієнтів до відділення інтенсивної терапії. - Забезпечення фізичного покращення та подальшого спостереження за пацієнтами для безпечного виписки з відділення інтенсивної терапії якомога швидше.
ППСР-046	Забезпечується безперервність лікування через встановлені протоколи щодо співпраці з ключовими позалікарняними спеціалізованими	Існує чіткий план забезпечення безперервності медичного обслуговування шляхом можливості направлення пацієнтів до медичних працівників

	службами, включаючи клінічних фармацевтів, дієтологів, виїзних медсестер, фізіотерапевтів, спеціалістів з психічного та соціального піклування.	поза лікарнею, таких як: фармацевти, дієтологи, спеціалізовані медсестри, фізіотерапевти, фахівці з психічного здоров'я та соціальні працівники.
ППСР-047 	Програма реабілітації адаптована до індивідуальних потреб та характеристик кожного пацієнта, з особливою увагою до респіраторної фізіотерапії, за необхідності.	Коли пацієнт одужує після травми або хвороби, його план реабілітації буде розроблено з урахуванням його конкретних потреб. Це включає забезпечення респіраторної фізіотерапії для покращення дихання, якщо це необхідно.
ППСР-048	Впроваджуються протоколи для забезпечення надійного управління лікарськими засобами, включаючи точну документацію історії хвороби при госпіталізації, ліки, які пацієнт приймав під час госпіталізації, технологічні ресурси (штрих-кодуювання, комп'ютеризовані рецепти, автоматизація аптек тощо), аналіз та управління запасами, постачання, перевірку терміну придатності, а також доступ до належним чином підготовленого аптечного персоналу для управління будь-яким дефіцитом ліків. Зберігання ліків організовано з урахуванням міркувань безпеки : - Розділення ліків за непатентованими назвами та упаковками; - Відокремлення препаратів, що потребують особливої уваги, із систематичним відокремленням препаратів для загальної анестезії та нейроаксимальної анестезії/периферичних блокад; - Забезпечення окремих контейнерів або належних роздільників для всіх ліків; - Маркування відсіків для зберігання; - Написання назв ліків, особливо тих, що мають схожі написання, з використанням великих літер у середині слова; - Використовуйте як непатентовані, так і патентовані назви; - Розміщуйте контейнери так, щоб етикетки було видно; - Уникайте простого зберігання в алфавітному порядку.	Впроваджено протоколи для забезпечення безпечного та надійного управління ліками. Ці протоколи включають ведення точного обліку ліків, що використовувалися пацієнтом під час перебування в лікарні, використання таких технологій, як штрих-коди та комп'ютеризовані замовлення для допомоги в управлінні ліками, перевірку термінів придатності та наявності навченого фармацевтичного персоналу для вирішення проблеми дефіциту ліків. Ліки зберігаються таким чином, щоб пріоритетом була безпека. Для різних ліків є окремі контейнери або роздільники; відсіки для зберігання позначені спеціальними літерами, а ліки зберігаються не лише в алфавітному порядку. Ліки високої небезпеки також відокремлені від інших ліків.
ППСР -049  	Весь персонал, задіяний у призначенні, видачі, приготуванні, введенні та моніторингу лікарських засобів, проходить відповідне	Усі члени медичної команди, залучені до медикаментозного лікування, проходять належне навчання та, за потреби, проводять нагляд.

	навчання та, за необхідності, перебуває під наглядом.	
ППСР-050 	Забезпечено введення ліків відповідно до наступних принципів безпеки: 1. Усні призначення мінімізовані та стандартизовані; 2. Алергії та потенційні взаємодії перевіряються; введення документується; 3. Перевіряється ідентифікація пацієнта, доза ліків, шлях та час введення, концентрація лікарських засобів та налаштування інфузійного насоса, якщо використовується.	Безпеку введення ліків слід забезпечити, по можливості уникаючи усних розпоряджень. Якщо усні розпорядження даються, мова має бути зрозумілою. Слід перевірити алергію пацієнта та взаємодію ліків, а також зафіксувати спосіб введення. Слід перевірити ідентифікацію пацієнта, дозу ліків, час, концентрацію та спосіб введення. Якщо пацієнт використовує інфузійний насос, це також слід перевірити.
ППСР-051	Використовуються попередньо підготовлені препарати, такі як попередньо наповнені шприци, що містять поширені препарати невідкладної допомоги, стерильні ампули або попередньо підготовлені ємності (тобто низькодозований місцевий анестетик, змішаний з опіоїдними розчинами для регіонального знеболення). Якщо недоступні, використовуються розчини стандартизованої концентрації в лікарні.	У лікарні використовуються заздалегідь підготовлені ліки, такі як попередньо заповнені шприци з препаратами для екстреної допомоги або заздалегідь підготовлені ємності зі сумішшю ліків для знеболення. У лікарні також використовуються стерильні ампули, які являють собою невеликі, герметичні контейнери з ліками всередині. Якщо у них немає цих заздалегідь підготовлених ліків, вони використовують розчини, виготовлені в лікарні, згідно з протоколом.
ППСР-052 	Ліки в інфузійних розчинах та шприцах маркуються та кодуються кольорами відповідно до рекомендованого протоколу маркування. Приготовані препарати поза стерильним полем, чітко маркуються з ідентифікаційною інформацією пацієнта, назвами та кількістю всіх складників, ім'ям або ініціалами особи, яка приготувала препарат, датою приготування та датою й часом придатності до використання.	Ліки, що вводяться за допомогою інфузій або ін'єкцій, маркуються чіткою інформацією про особу пацієнта, назву препарату, кількість усіх інгредієнтів та ким його приготували. На етикетках також зазначено дату приготування та термін придатності. Колір етикетки відповідає стандартній схемі, яка допомагає анестезіологам легко ідентифікувати різні ліки.
ППСР -053 	Ліки зі схожими назвами та схожим зовнішнім виглядом слід уникати, коли це можливо, та систематично зберігати окремо.	Ліки зі схожими назвами або схожим виглядом по можливості уникають і зберігають окремо.
ППСР-054 	Флакони або пристрої для одноразового використання застосовуються лише для одного пацієнта, а невикористані відкриті або підготовлені лікарські засоби утилізуються після завершення процедури.	Одноразові контейнери для ліків використовуються лише для одного пацієнта, а всі невикористані ліки або їх залишки з відкритого контейнера після процедури викидаються
ППСР-055	Спеціальні з'єднання NR-Fit (ISO 80369-6) використовуються під час нейроаксіальних інфузій та болюсів замість внутрішньовенних роз'ємів Luer.	Коли медичні працівники вводять ліки в спинномозковий канал (епідурально, інтратекально), вони використовують спеціальні з'єднання, які називаються NR-Fit (ISO 80369-6). Ці з'єднання NR-Fit розроблені спеціально для

		цього типу процедур, є безпечнішими та менш схильні до неправильних з'єднань та випадкової доставки ліків через неправильне введення.
ППСР-056	У лікарні запроваджено стратегію управління кров'ю пацієнтів (РВМ), яка включає виявлення процедур середнього та високого ризику кровотечі перед операцією, використання багатопрофільних доопераційних та періопераційних заходів для збереження якнайбільшої кількості крові пацієнта та впровадження обмежувальної політики переливання крові на основі клінічного стану пацієнта, а не фіксованого порогу гемоглобіну.	У лікарні діє програма під назвою «Управління кров'ю пацієнтів» для виявлення процедур із помірним та високим ризиком кровотечі перед операцією. Команда різних спеціалістів працює разом, щоб використовувати доступні методи для збереження крові до та під час операції. Вони роблять переливання крові лише за необхідності, виходячи з клінічного стану пацієнта, а не лише покладаються на певний рівень гемоглобіну.
ППСР-057 	Для всіх пацієнтів, яким переливають кров та її продукти, впроваджуються такі протоколи: 1. Ідентифікація пацієнта; 2. Подвійна перевірка групи крові; 3. Час та місце переливання; 4. Перевірка обладнання; 5. Адміністративні процедури щодо матеріалів, продуктів крові та лікарських засобів; 6. Моніторинг пацієнта; 7. Документація процесу, що забезпечує простежуваність переливання; 8. Повідомлення про проблеми, пов'язані з переливанням; 9. Транспортування та розподіл крові та її компонентів на всіх етапах трансфузійного ланцюга повинні здійснюватися в умовах, що забезпечують цілісність продукту.	Коли пацієнт отримує переливання крові, необхідно дотримуватися певних протоколів. Ці протоколи включають: 1. Перевірку особи пацієнта та групи крові. 2. Переконавання в правильності обладнання, а також відповідності часу та місця переливання. 3. Адміністративні процедури поводження з матеріалами, продуктами крові та ліками. 4. Пацієнт повинен перебувати під пильним наглядом під час переливання. 5. Процес має бути належним чином задокументований, щоб забезпечити простежуваність усього. 6. Про будь-які проблеми, що виникають під час переливання, також необхідно повідомляти. 7. Кров та компоненти крові повинні транспортуватися та розподілятися таким чином, щоб забезпечити їх безпеку та збереження їхньої цілісності.
ППСР-058	Протокол багатопрофільного масивного переливання крові адаптовано та впроваджено на місцевому рівні, щоб забезпечити ефективне, швидке втручання та зменшення наслідків гіповолемії та коагулопатії.	У лікарні є план під назвою "Мультидисциплінарний протокол масивної трансфузії" для допомоги пацієнтам, які втратили багато крові. План допомагає лікарям і медсестрам діяти швидко і надає людям правильне лікування, щоб зупинити кровотечу. Цей план має бути адаптований до конкретного закладу
ППСР-059	Для забезпечення безпечної логістики та хірургічної стерильності визначено схему поверху операційної, яка поділяє її на чотири зони: стерильне поле, зона руху, зона рухомого обладнання та зона анестезії.	Операційна кімната поділена на чотири зони для підвищення безпеки операцій. Ці зони: стерильне поле (де проводиться операція), шлях для пересування людей, зона для обладнання, яке можна переміщати, та зона для анестезіолога. Це підвищує стерильність та безпеку під час операції.

ППСР-060 	Хірургічні приміщення захищені від забруднення навколишнього середовища внаслідок ремонтних робіт або інших інфраструктурних робіт.	Хірургічні приміщення захищені від забруднення навколишнього середовища внаслідок ремонтних робіт або інших інфраструктурних робіт.
ППСР-061	Для запобігання інфекціям хірургічної рани (ІХР) періопераційна команда впроваджує протоколізований комплекс асептичних та антибіотичних процедур. Це включає системне введення антибіотика протягом 120 хвилин до розрізу при операціях з високим ризиком ІХР та використання спиртовмісного розчину хлоргексидину для підготовки шкіри. Під час операції команда враховує період напіввиведення антибіотика та може ввести другу дозу, але уникає продовження його використання після завершення операції.	Щоб запобігти інфекціям під час операції, періопераційна команда має план, якого вона дотримується. У разі високого ризику інфекції вони дають пацієнту антибіотик протягом двох годин до операції, щоб знизити ризик інфекції, та обробляють шкіру пацієнта спеціальним спиртовим розчином. Під час операції команда може дати пацієнту ще одну дозу антибіотика, але припиняє його введення після завершення операції.
ППСР-062 	Усі члени періопераційної бригади виконують гігієну рук на кожному зазначеному етапі, дотримуючись стандартних рекомендацій. Перед тим, як одягнути стерильний халат та рукавички, хірургічна підготовка рук проводиться шляхом їх обробки відповідним антисептичним милом та водою або відповідним спиртовмісним засобом для обробки рук.	Усі члени періопераційної бригади миють руки, дотримуючись певних інструкцій, щоб запобігти поширенню інфекції. Перед тим, як одягнути стерильний одяг та рукавички, вони миють руки з милом та водою або використовують дезінфікуючий засіб для рук на спиртовій основі.
ППСР-063	Рівень цукру в крові контролюється в періопераційному періоді у пацієнтів з ризиком гіперглікемії, пацієнтів з діабетом та пацієнтів без діабету, які переносять серйозні операції, щоб зменшити ризик хірургічної інфекції. За необхідності гіперглікемію лікують з метою досягнення рівня нижче 150-180 мг/дл (8,33-10 Ммоль/л).	Рівень цукру в крові перевіряється як у пацієнтів з діабетом, так і у пацієнтів без діабету, які перенесли серйозні операції, до, під час та після операції. Якщо рівень занадто високий, пацієнту призначається лікування для зменшення ризику інфекції після операції. Мета полягає в тому, щоб підтримувати рівень цукру в крові в рекомендованому діапазоні.
ППСР-064	Щоб мінімізувати ризик інфекції, стерильні рукавички змінюють після вкривання операційного поля та перед роботою з імплантатами. Крім того, рукавички змінюють, коли є макроскопічне пошкодження (перфорація).	Щоб запобігти інфекції під час операції, медична команда змінює свої стерильні рукавички, коли їм потрібно працювати з імплантатами або якщо на рукавичках є видимі отвори.
ППСР-065	Перед зашиванням ран під час операцій, які класифікуються як чисто-забруднені, забруднені або брудні, використовується окремий набір хірургічних інструментів.	Коли хірургічне втручання пов'язане з підвищеним ризиком інфекції, оскільки ділянку або частину тіла не можна вважати стерильною, після завершення операції використовується

		окремий набір інструментів для закриття рани. Це зменшує ризик інфекції.
ППСР-066 	Ретельне прибирання проводиться в операційній після контамінованої операції та перед наступною операцією, відповідно до локально адаптованих національних або міжнародних стандартів.	Після операції, під час якої присутні потенційно шкідливі бактерії або інші мікроби, операційну ретельно очищають перед проведенням будь-яких інших операцій. Процес очищення відбувається відповідно до певних правил, встановлених місцевими або національними органами управління.
ППСР-067 	Під час встановлення центрального венозного катетера для запобігання інфекціям застосовуються суворі асептичні методи, такі як дезінфекція рук, та бар'єрні запобіжні заходи, включаючи використання стерильних халатів, рукавичок, шапочок, масок, що закривають рот і ніс, повноцінного покриття для пацієнта та захисту очей.	Центральний венозний катетер – це довга тонка трубка, яка вводиться у велику вену в тілі, зазвичай в області шиї, грудей або паху. Коли лікар встановлює центральний венозний катетер, він використовує стерильні методи, такі як миття рук та носіння спеціального одягу, такого як рукавички, халати, маски та захист для очей, щоб запобігти потраплянню мікробів в організм пацієнта та спричиненню інфекції.
ППСР-068	Периферичні судинні катетери канюлюють в асептичних умовах, ознаки флебіту оцінюють щодня .	Периферичний судинний катетер – це тонка, гнучка трубка, яка вводиться у вену на руці, кисті або стопі. Периферичні венозні катетери вводяться з великою обережністю, суворо дотримуючись правил чистоти. Місце встановлення катетера щодня перевіряється на наявність будь-яких ознак запалення.
ППСР-069	Сечові катетери не використовуються регулярно. Якщо вони використовуються, їх слід встановлювати та використовувати в асептичних умовах.	Сечовий катетер — це тонка гнучка трубка, яка вводиться в сечовий міхур через уретру (трубу, що виводить сечу з організму) для її відведення. Сечові катетери не використовуються, якщо в них немає необхідності. Якщо вони використовуються, лікарі та медсестри переконуються, що все чисте та стерильне, щоб запобігти інфекціям.
ППСР-070	Щоденно оцінюються клінічні показання до використання інвазивних пристроїв, таких як центральні венозні катетери, периферичні катетери, катетери, назогастральні зонди та дренажі, щоб забезпечити їхнє швидке видалення, коли вони більше не потрібні.	Щодня медична команда перевіряє, чи потрібні медичні пристрої (такі як трубки чи катетери), що знаходяться всередині тіла пацієнта. Якщо вони більше не потрібні, їх негайно видаляють.
ППСР-071	По можливості хірургічне втручання проводиться з використанням малоінвазивних методів, щоб мінімізувати розмір розрізу та зменшити ризик ускладнень.	Коли це можливо, хірурги використовують менш інвазивні методи, що передбачають менший розріз шкіри, під час проведення операцій на черевній порожнині, щоб зменшити ризик ускладнень.

ППСР-072	Налаштування тривоги встановлюються окремо для кожного пацієнта та процедури.	Сигналізація персоналізується для кожного пацієнта, виходячи з його унікальних потреб та типу хірургічного втручання. Сигналізація допомагає медичній команді контролювати життєво важливі показники пацієнта та переконатися, що все відбувається гладко під час процедури.
ППСР-073	Глибину анестезії контролюють та підтримують у рекомендованих межах для запобігання інтраопераційному пробудженню та післяопераційному делірію, особливо при використанні повної внутрішньовенної анестезії або нервово-м'язової блокади.	Під час операції медичні працівники ретельно контролюють, наскільки добре пацієнт перебуває під анестезією в рекомендованих межах. Вони роблять це для того, щоб пацієнт не прокинувся під час операції або не став дезорієнтованим та збудженим після неї.
ППСР-074	Під час загальної анестезії застосовується стратегія протективної вентиляції, що полягає в об'ємі дихання 6-8 мл/кг ідеальної ваги, індивідуалізованому застосуванні позитивного тиску в кінці видиху (PEEP), зазвичай встановленого вище 5 см H ₂ O, та застосуванні маневрів рекрутування.	Під час загальної анестезії для безпеки легень пацієнта використовується захисна стратегія вентиляції легень. Це включає в себе подачу пацієнту певної кількості повітря з кожним вдихом, підтримку певного тиску повітря в дихальних шляхах в кінці кожного вдиху (відомого як PEEP) та виконання певних вправ (так званих маневрів рекрутування) для підтримки належної роботи легень.
ППСР-075	Контролюйте та підтримуйте тиск інсуфляції під час лапароскопії на найнижчому необхідному рівні для пневмоперитонеуму, дотримуючись вказівок провідного хірурга. Стандартні ліміти тиску під час лапароскопії, які зазвичай рекомендуються, становлять 1,6-2,0 кПа (12-15 мм рт. ст.) для тиску пневмоперитонеуму та 1,1-1,6 кПа (8-12 мм рт. ст.) для внутрішньочеревного тиску під час операції. Однак ці ліміти тиску можуть змінюватися залежно від стану пацієнта та типу хірургічного втручання, і можливе їх коригування хірургом або анестезіологом.	У лікарні діють певні правила, щоб переконатися, що після операції в тілі людини нічого не залишилося (наприклад, шляхом підрахунку використаних матеріалів та інструментів). Ці правила включають: 1. Визначення того, коли можна пропустити підрахунок. 2. Визначення того, які інструменти потрібно підрахувати. 3. Порядок та групування підрахунку. 4. Визначення того, коли підраховувати інструменти. 5. Намагання підтримувати тишу в приміщенні під час підрахунку хірургічних інструментів. 6. Вирішення того, що робити, якщо підраховані інструменти не збігаються. 7. Використання рентгенівських знімків або інших інструментів, щоб переконатися, що в тілі людини нічого не залишилося. 8. Повідомлення про будь-які проблеми.
ППСР-076	Дантролен можна застосовувати протягом 10 хвилин після появи перших ознак зловиясної гіпертермії (ЗГ).	Важливо мати препарат Дантролен під рукою протягом 10 хвилин після перших ознак небезпечного стану, який називається зловиясною гіпертермією (серйозна реакція на анестезію). Це необхідно для забезпечення

		швидкого лікування та запобігання серйозним ускладненням.
ППСР-077	Для зменшення частоти синдрому імплантації кісткового цементу використовуються інтраопераційні хірургічні та анестезіологічні стратегії.	Під час ортопедичних операцій, що передбачають використання кісткового цементу, існує ризик розвитку стану, який називається синдромом імплантації кісткового цементу. Щоб зменшити цей ризик, хірургічні бригади вживають різні заходи під час операції.
ППСР-078	Для запобігання залишку хірургічних предметів встановлено такі процедури: 1. Процедури, за яких підрахунок не потрібен або потрібен менший; 2. Які предмети слід підраховувати; 3. Порядок та групування підрахунку; 4. Коли слід проводити підрахунок; 5. Мінімізація шуму, відволікаючих факторів та перерв під час підрахунку; 6. Дії, які слід вжити у разі невідповідності підрахунку; 7. Використання рентгенографічного скринінгу та/або додаткових технологій; 8. Повідомлення про проблеми.	У лікарні діють певні правила, щоб переконатися, що після операції в тілі людини нічого не залишилося (наприклад, шляхом підрахунку використаних матеріалів та інструментів). Ці правила включають: 1. Визначення того, коли можна пропустити підрахунок. 2. Визначення того, які інструменти потрібно підраховувати. 3. Порядок та групування підрахунку. 4. Визначення того, коли підраховувати інструменти. 5. Намагання підтримувати тишу в приміщенні під час підрахунку хірургічних інструментів. 6. Вирішення того, що робити, якщо підраховані інструменти не збігаються. 7. Використання рентгенівських знімків або інших інструментів, щоб переконатися, що в тілі людини нічого не залишилося. 8. Повідомлення про будь-які проблеми.
ППСР -079	Щоб запобігти залишковій слабкості та зменшити респіраторні ускладнення, слід перевірити зворотний розвиток нервово-м'язового блоку, отримавши коефіцієнт чотирьох циклів (TOF) більше або рівний 0,9 у привідному м'язі великого пальця перед екстубацією під час виведення з анестезії.	Перед закінченням анестезії, буде перевірено, чи відновились функції м'язів та спонтанного дихання.
ППСР-080	Лікарня розробляє та впроваджує протоколи для пацієнтів з вищим ризиком ускладнень (наприклад, з ожирінням, складними дихальними шляхами або цукровим діабетом) або з додатковими потребами, які включають чітке авторство, дату перегляду та публікації, а також контроль з боку державного нагляду.	У лікарні діють спеціальні протоколи для пацієнтів з підвищеним ризиком ускладнень (наприклад, пацієнтів з ожирінням, ускладненою прохідністю дихальних шляхів або цукровим діабетом) або тих, хто потребує додаткової уваги. Ці протоколи містять інформацію про авторів протоколів, дату їх створення, очікувані дати їх перегляду та нагляд за виконанням.
ППСР-081	Пацієнтам з переломом стегнової кістки хірургічне лікування проводиться якомога	Якщо у пацієнта перелом стегнової кістки, йому якомога швидше роблять операцію, в ідеалі протягом 36 годин після надходження до лікарні.

	швидше або протягом 36 годин з моменту госпіталізації, якщо немає протипоказань.	
ППСР-082	Системи моніторингу та оповіщення повинні бути встановлені з моменту появи хірургічних показань, щоб негайно повідомляти відповідальний персонал про погіршення стану пацієнта, який очікує на операцію.	Повинна бути система, яка б негайно повідомляла відповідальний персонал лікарні про раптове погіршення стану пацієнта, який чекає на операцію.
ППСР-083	Скринінг на депресію проводиться у літніх пацієнтів та пацієнтів групи ризику в до- та післяопераційному періодах.	У періоди до та після операції медична команда перевіряє, чи відчувають себе пригнічені пацієнти старшого віку та пацієнти з ризиком депресії.
ППСР-084 	Періопераційне ведення ослаблених пацієнтів передбачає міждисциплінарну координацію, що включає: 1. Терапевтичні послуги (фізичні, харчові та нейропсихологічні втручання); 2. Соціальні послуги; 3. Команди з питань виписки; 4. Лікарі або геріатри з досвідом роботи з ослабленими пацієнтами.	Команда різних експертів, які працюють разом, піклується про ослаблених пацієнтів (тобто тих, хто перебуває у стані слабкості, вразливості та має знижене фізичне та/або психічне функціонування) до, під час та після операції. Це включає терапевтів, соціальних працівників, лікарів, які мають досвід роботи з ослабленими людьми.
ППСР-085	Призначення періопераційної антитромбоцитарної терапії базується на тромботичному ризику пацієнтів, ризику кровотечі під час процедури та підтверджується оновленими рекомендаціями.	Антикоагулянти, що запобігають утворенню тромбів, призначаються до, під час та після операції залежно від ризику згортання крові та кровотечі під час операції. Медична команда використовує сучасні рекомендації, для підтримки цих рішень.
ППСР -086	Щоб мінімізувати ризик легеневої аспірації під час операції, пацієнтам рекомендується дотримуватися рекомендацій щодо вживання рідини натще та вживання твердої їжі щонайменше за шість годин перед процедурою. Однак можуть існувати винятки залежно від конкретного стану здоров'я пацієнта та типу хірургічного втручання.	Щоб зменшити ризик випадкового потрапляння їжі або рідин в дихальні шляхи під час операції, пацієнтам рекомендується уникати вживання твердої їжі протягом шести годин до операції, хоча їм дозволяється вживати прозору рідину ще за кілька годин до операції. Однак можуть бути винятки залежно від стану здоров'я пацієнта та типу операції, тому пацієнтам завжди слід звертатися до свого лікаря, якщо у них є будь-які занепокоєння або питання щодо голодування перед операцією.
ППСР-087 	Лікарня вживає запобіжних заходів для запобігання пожежам, виявляючи потенційні небезпеки, зокрема електрообладнання. Вони встановлюють безпечні методи комунікації, профілактичні заходи, плани евакуації та стратегії гасіння пожеж. Під час хірургічних процедур, що стосуються	Щоб запобігти пожежам під час хірургічних процедур, медична бригада виявляє потенційні загрози пожежі, включаючи електрообладнання, та розробляє плани безпечного зв'язку, запобігання, гасіння та евакуації. Коли операція стосується дихальних шляхів пацієнта та системи подачі газу, лікарня вживає певних заходів для

	дихальних шляхів пацієнта та системи подачі газу, наприклад, над мечоподібним відростком, вживаються спеціальні заходи для запобігання пожежам: - Хірург повідомляє анестезіолога перед використанням будь-яких джерел займання поблизу обличчя, голови або шиї. - Анестезіолог зменшує подачу кисню до мінімуму, необхідного для уникнення гіпоксії, підтверджує безпечну активацію джерела займання після кількох хвилин очікування та видаляє будь-яку накопичену анестетичну газову суміш перед використанням джерела займання в середовищі, збагаченому киснем, або поблизу нього.	запобігання пожежам: - Хірург інформує анестезіолога, перш ніж використовувати будь-що, що може спричинити іскру в ділянці обличчя, голови або шиї. - Анестезіолог зменшує кількість кисню, що подається пацієнту, до мінімально можливого рівня, не завдаючи шкоди. - Анестезіолог чекає кілька хвилин, а потім підтверджує, що використання будь-чого, що може спричинити іскру, безпечне. - Анестезіолог видаляє будь-яку анестезіологічну газову суміш, яка могла утворитися, перш ніж використовувати будь-що, що може спричинити іскру поблизу зон, багатих на кисень.
ППСР-088	Національні або міжнародні рекомендації щодо утрудненого забезпечення прохідності дихальних шляхів адаптуються та впроваджуються на місцевому рівні. Ці рекомендації включають оцінку ризиків, використання спеціального обладнання, стратегії ведення пацієнтів та документування події для майбутніх ситуацій.	Коли виникають труднощі зі встановленням або підтриманням прохідності дихальних шляхів для належної вентиляції легень пацієнта під час операції, анестезіологічна команда діє відповідно до національних або міжнародних протоколів ведення таких ситуацій. Ці протоколи включають оцінку ризику, використання спеціального обладнання, наявність плану дій та документування події для кращої підготовки у майбутньому.
ППСР-089	 Оцінка, моніторинг, профілактика та лікування системної токсичності місцевих анестетиків (СТМА) мають вирішальне значення. Для забезпечення своєчасного втручання мають бути легкодоступні рятувальні набори, що містять 20% ліпідну емульсію та інструкцію для введення.	Важливо оцінювати, контролювати, запобігати та лікувати токсичні ефекти місцевої анестезії, які можуть впливати на весь організм (так звані «системні токсичні ефекти місцевої анестезії» або LAST). Щоб медичні працівники могли швидко втрутитися за потреби, комплекти екстреної допомоги повинні бути легкодоступними. Ці комплекти повинні містити речовину під назвою 20% ліпідна емульсія, яка може допомогти усунути токсичні ефекти анестезії, а також інструкції щодо її застосування.
ППСР -090	Мультимодальна профілактика післяопераційної нудоти та блювання (ПОНБ) регулярно використовується на основі оцінки ризику, а також своєчасно впроваджується терапія різними класами протиблювотних засобів.	Після операції пацієнти можуть відчувати нудоту або блювоту. Щоб запобігти цьому, медична команда визначає, які пацієнти мають підвищений ризик, і використовує комбінацію методів для його зменшення. Якщо у пацієнта виникає нудота або блювота, йому якомога швидше призначаються різні види ліків.
ППСР-091	Випадкова гіпотермія у періопераційному періоді запобігається шляхом постійного	До, під час та після операції температура тіла пацієнта ретельно перевіряється, щоб

	моніторингу температури тіла та активного зігрівання відповідно до оновлених рекомендацій.	переконатися, що вона залишається в межах безпечного діапазону. Якщо температура тіла пацієнта суттєво знижується, використовуються заходи активного зігрівання, щоб повернути її до безпечного рівня.
ППСР-092	Для зниження ризику венозної тромбоемболії (ВТЕ) усі пацієнти проходять оцінку ризику ВТЕ та отримують відповідну тромбопрофілактику відповідно до оновлених рекомендацій. Заходи тромбопрофілактики включають: - Фармакологічну та/або механічну тромбопрофілактику для пацієнтів та процедур з ризиком ВТЕ; - Продовження фармакологічної тромбопрофілактики в післяопераційному періоді для пацієнтів з високим ризиком ВТЕ; - Загальні заходи тромбопрофілактики, такі як ранній початок ходьби та оптимальна гідратація для пацієнтів з низьким ризиком ВТЕ; - Відстрочений початок лікування низькомолекулярним гепарином (НМГ) відповідно до рекомендацій після процедур регіональної анестезії або процедур з високим ризиком кровотечі, якщо це необхідно.	Усіх пацієнтів перевіряють на ризик утворення тромбів, і за необхідності призначають відповідне лікування. Це включає використання ліків та/або спеціальних пристроїв для запобігання утворенню тромбів для пацієнтів з високим ризиком. Пацієнтам рекомендується якомога швидше після операції почати ходити та пити багато рідини. Прийом ліків для запобігання утворенню тромбів може бути відкладено, якщо пацієнт переніс певний тип операції з високим ризиком кровотечі.
ППСР-093	Для зменшення частоти післяопераційних ускладнень та скорочення часу перебування в лікарні використовується цілеспрямована гемодинамічна терапія, яка допомагає уникнути значних періопераційних коливань артеріального тиску. У пацієнтів з високим ризиком ускладнень цей підхід може включати використання моніторів серцевого викиду для контролю призначення інфузійної та інотропної терапії.	Щоб зменшити ризик ускладнень та перебування в лікарні після операції, медичні працівники використовують методику під назвою «цілеспрямована гемодинамічна терапія». Це означає, що вони намагаються підтримувати стабільний артеріальний тиск пацієнта під час операції за допомогою спеціальних моніторів для вимірювання кількості крові, яку перекачує серце, та відповідно коригування кількості рідини та ліків, що вводяться пацієнту.
ППСР -094	У палаті післяопераційного відновлення пацієнти перебувають під постійним наглядом і ніколи не залишаються одні, при цьому забезпечується повага до їхньої приватності та гідності.	Після операції пацієнти потрапляють до місця, яке називається палатою післяопераційного відновлення. Тут за ними постійно хтось спостерігатиме, тому вони ніколи не залишатимуться наодинці. Водночас поважається їхня конфіденційність та гідність.
ППСР-095	Неінвазивна вентиляція з позитивним тиском або постійний позитивний тиск у дихальних шляхах застосовується одразу після екстубації у пацієнтів з гіпоксією, які мають ризик розвитку гострої дихальної недостатності після операції на черевній порожнині.	У пацієнтів з ризиком виникнення проблем з диханням після операції на черевній порожнині одразу після видалення анестезіологічної трубки буде застосовано лікування, яке передбачає застосування легкого тиску на дихальні шляхи під час дихання людини. Це запобігає утрудненому

		диханню та іншим серйозним проблемам з диханням.
ППСР-096	Протоколи контролю болю, що включають валідовані інструменти оцінки болю, впроваджуються, періодично переглядаються та оновлюються.	У лікарні є план нагляду та лікування болю пацієнта після операції, який регулярно оновлюється та вдосконалюється. Вони використовують інструменти, що допомагають вимірювати біль.
ППСР-097	Якщо у пацієнта є підозра на порушення дихання уві сні, його дихання контролюється протягом ночі під час внутрішньовенного введення опіоїдів, навіть під час лікування знеболювальним засобом, контрольованим пацієнтом.	Якщо підозрюється, що у пацієнтів виникають проблеми з диханням під час сну, за їхнім диханням спостерігатимуть протягом ночі, поки їм даватимуть знеболювальні препарати, подібні до морфіну, навіть якщо використовується система, за якою пацієнт може контролювати кількість ліків, які він отримує, що називається пацієнтконтрольована аналгезія.
ППСР-098	Якщо після операції на черевній порожнині немає занепокоєнь щодо цілісності або функції шлунково-кишкового тракту, пацієнтів оцінюють на предмет безпечного ковтання та розглядають можливість перорального прийому їжі та пиття якомога швидше протягом перших 24 годин після операції.	Якщо пацієнт може ковтати без проблем, а його травна система працює належним чином після операції на черевній порожнині, йому дозволяється їсти або пити якомога швидше протягом першого дня після операції.
ППСР-099	Для запобігання післяопераційному делірію у пацієнтів, які перенесли операції, та у пацієнтів, пов'язаних з високим ризиком розвитку когнітивних розладів, впроваджується комплекс стратегій, що включає: - Скринінг за допомогою діагностичних інструментів; - Цілеспрямоване навчання медичних працівників щодо делірію; - Багатокомпонентні, міждисциплінарні нефармакологічні втручання, такі як щоденна фізична активність, когнітивна переорієнтація та присутність члена сім'ї біля ліжка, коли це можливо; - Покращення сну за допомогою нефармакологічних протоколів сну та гігієни сну; - Рання мобільність та фізична реабілітація; - Адаптація для сенсорних порушень (наприклад, зору та слуху);	Лікарня має план запобігання сплутаності свідомості та дезорієнтації після операції у пацієнтів з високим ризиком розвитку психічних проблем. Ці стратегії включають використання спеціальних інструментів для швидкої ідентифікації таких пацієнтів, навчання медичних працівників дій при цій проблемі та використання низки методів, що сприяють одужанню пацієнтів. Ці методи можуть включати вправи для покращення сили та розумової функції, зусилля, спрямовані на покращення сну пацієнтів, особливу увагу до харчування та гідратації, а також ретельне управління ліками. Також можуть бути застосовані інші стратегії для раннього та успішного одужання.

	- Харчування та відновлення рідинного балансу; - Знеболення; - Відповідне використання ліків; - Адекватна оксигенація; - Профілактика закрепів та затримки сечі; - Мінімізація фіксації пацієнта, коли це можливо.	
ППСР-100 	Універсальні запобіжні заходи щодо падіння для пацієнтів групи ризику не повинні перешкоджати ранній післяопераційній мобілізації; ризик падіння оцінюється при госпіталізації та після операції.	Вживаються заходи для запобігання падінням у пацієнтів з ризиком падіння, особливо у ослаблених пацієнтів. Але ці кроки не повинні заважати пацієнту пересуватися після операції. Лікарі перевіряють ризик падіння, коли пацієнт вперше потрапляє до лікарні та протягом усього одужання.
ППСР-101	Медичні бригади застосовують багатокомпонентні втручання, включаючи використання належного обладнання, для профілактики та лікування пролежнів, травм очей та нервів у хірургічних пацієнтів протягом усього періопераційного періоду.	Медичні бригади використовують різні методи для запобігання та лікування травм, спричинених тиском на тіло пацієнта, пролежнів, травм очей та нервів у пацієнтів, які переносять операцію. Це включає забезпечення використання правильного обладнання.