

© Федосюк Р. М.

УДК 116-089.5-035.7:303.42(477)

**Федосюк Р. М.**

**КОНЦЕПЦІЯ «НІКОЛИ-ПОДІЇ» У СФЕРІ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ  
ТА ЇЇ МІСЦЕ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-АНЕСТЕЗІОЛОГА УКРАЇНИ  
(СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)**

**Київська міська клінічна лікарня № 3**

**ДУ «Український інститут стратегічних досліджень  
МОЗ України» (м. Київ)**

**slcogor@yandex.ua**

Робота є фрагментом НДР «Вивчення стану здоров'я дорослого населення України, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я в регіональному аспекті» (№ державної реєстрації 616-058-08:616.9:001.8; термін виконання 2014-2016 рр.) ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

**Вступ.** Медичні помилки та несприятливі події в охороні здоров'я зустрічались завжди, але їх істинна розповсюдженість та наслідки були невідомими аж до середини 1990-х років, коли в ряді авторитетних міжнародних публікацій з'явилися приголомшуючі цифри щодо масштабів проблеми та шкоди, якої такі інциденти завдають окремим пацієнтам та суспільству в цілому. У 1999 році Інститут медицини США опублікував свій звіт «То err is human» («Людині властиво помилятися»), який підняв проблему медичних помилок і безпеки пацієнтів в епіцентр уваги суспільства. За оцінкою Інституту, в США внаслідок медичних помилок щороку помирає від 44000 до 98000 пацієнтів, що значно перевищує смертність від дорожньо-транспортних пригод, виробничого травматизму та авіаційних катастроф [6]. У більш пізньому огляді James J.T. наводить вже значно більші цифри (210000-400000 випадків на рік) попереджувальних випадків смерті пацієнтів, пов'язаних з медичними помилками [1]. У 2016 р. М.А. Макару та М.

Daniel, науковці зі Школи Медицини Університету Джона Хопкінса, опублікували статтю, в якій вказали, що у Сполучених Штатах у 2013 р. медична помилка спричинила 251454 смертей і, таким чином, стала третьою провідною причиною смерті після хвороб серця і раку [2]. У багатьох інших країнах, включаючи Великобританію і Канаду, медична по-

**Таблиця 1.**

**Розподіл варіантів відповідей лікарів-анестезіологів обстежених груп на питання щодо частоти помилок з серйозними наслідками та інцидентами у їх практиці**

Варіанти відповідей	Усього лікарів (n=282)	у т. ч. лікарів			P <sup>1-2</sup> P <sup>1-3</sup> P <sup>2-3</sup>
		I група <sup>1</sup> (n=151)	II група <sup>2</sup> (n=88)	III група <sup>3</sup> (n=43)	
Чи мали місце в практиці Вашого відділення випадки медичних помилок з летальним кінцем?					
так, кілька	38 13,5±2,03	25 16,6±3,03	13 14,8±3,79	0	0,911 0,002 0,007
так, один чи два	81 28,7±2,69	45 29,8±3,72	28 31,8±4,96	8 18,6±5,93	
ні, такі випадки мені не відомі	123 43,6±2,95	64 42,4±4,02	35 39,8±5,22	24 55,8±7,57	
ні, таких випадків не було	40 14,2±2,08	17 11,3±2,58	12 13,6±3,65	11 25,6±6,66	
Чи мали місце в практиці Вашого відділення випадки медичних помилок, що закінчилися інвалідністю пацієнта?					
так, кілька	17 6,0±1,41	10 6,6±2,02	7 8,0±2,89	0	0,111 0,240 0,110
так, один чи два	52 18,4±2,31	22 14,6±2,87	23 26,1±4,68	7 16,3±5,63	
ні, такі випадки мені не відомі	160 56,7±2,95	93 61,6±3,96	42 47,7±5,32	25 58,1±7,52	
ні, таких випадків не було	53 18,8±2,33	26 17,2±3,07	16 18,2±4,11	11 25,6±6,66	
Чи мали місце в практиці Вашого лікувального закладу випадки помилкового виконання операцій «не на тому» пацієнтові, «не на тому» органі, «не з тієї» сторони?					
так, кілька	11 3,9±1,15	4 2,6±1,30	6 6,8±2,68	1 2,3±2,79	0,231 0,468 0,681
так, один чи два	22 7,8±1,6	14 9,3±2,36	6 6,8±2,68	2 4,7±3,23	
ні, такі випадки мені не відомі	116 41,1±2,93	68 45,0±4,05	32 36,4±5,13	16 37,2±7,37	
ні, таких випадків не було	133 47,2±2,97	65 43,0±4,03	44 50,0±5,33	24 55,8±7,57	

Таблиця 2.

**Розподіл варіантів відповідей лікарів-анестезіологів, які займають різні посади, на питання щодо частоти помилок з серйозними наслідками та інцидентами у їх практиці**

милка також є визнаною причиною смерті пацієнта [3,4]. Серед інцидентів з безпекою пацієнтів окреме місце займають так звані «ніколи-події» – потенційно відворотні події з тяжкими наслідками, такі як хибні операції «не на тому» пацієнтові, «не на тому» органі, «не з тієї» сторони.

Термін «ніколи-події» (англ. – «never-events») був вперше запроваджений у медичний лексикон у 2001 р. доктором Кеннетом Кайзером – тодішнім виконавчим директором авторитетної американської організації Національний Форум з Якості (the National Quality Forum – NQF), створеної у 1999 році за рекомендацією Комітету з захисту споживачів та якості в галузі охорони здоров'я при Президентів США [5]. До ніколи-подій NQF відніс інциденти, що відповідають наступним критеріям:

- 1) мають недвозначний характер (легко ідентифікуються та вимірюються);
- 2) мають серйозні наслідки (закінчуються смертю чи інвалідністю пацієнта або несуть таку загрозу);
- 3) мають відворотний характер (їм можна запобігти, оскільки існують загально визнані рекомендації щодо їх попередження і необхідні для цього матеріально-технічні передумови).

Перший перелік ніколи-подій, опублікований NQF у 2002 році, містив 27 пунктів. З тих пір список інцидентів, неприпустимих в охороні здоров'я, двічі переглядався (востаннє – у 2011 році) і на сьогодні складається з 29 подій, згрупованих у 6 категорій. Переважна більшість з них прямо стосується діяльності лікаря-анестезіолога, зокрема:

- з категорії «Події, пов'язані з хірургічним втручанням» – втручання на «хибній» частині тіла, втручання на «хибному» пацієнтові та «хибне» втручання на пацієнтові;

- з категорії «Події, пов'язані з недоліками медичного менеджменту» – смерть пацієнта або серйозна шкода, пов'язані з медикаментозною помилкою (хибний засіб, доза, пацієнт, час, швидкість, спосіб приготування, шлях), гемотрансфузіологічними реакціями, з невідмовною втратою незамінного біоло-

гічного матеріалу; зі збоєм у повідомленні результатів проведених лабораторних, патогістологічних чи кардіологічних досліджень;

- з категорії «Події, пов'язані з лікарняним оточенням пацієнта» – смерть пацієнта або серйозна шкода, пов'язані з електроімпульсною терапією (дефібриляція, кардіоверсія); з отриманням опіків від будь-якого джерела; з використанням фізичних засобів іммобілізації пацієнтів (фіксуєчих лямок, ліжкового поруччя тощо), а також будь-які інциденти з забезпеченням пацієнта медичними газами (відсутність в системі необхідного газу, подання хибного газу або контамінація газу токсичними сполуками).

Більшість «ніколи-подій» зустрічаються дуже рідко, але у випадку виникнення мають катастрофічні або навіть фатальні наслідки для пацієнтів. У більшості розвинених країн запроваджені національні системи моніторингу критичних інцидентів (у тому числі «ніколи-подій»), розробляються та імплементуються механізми їх попередження. В Україні системи моніторингу критичних інцидентів та їх офіційної статистики не існує, однак не викликає сумніву,

	Усього (n=243)	у т. ч.			p <sup>1-2</sup> p <sup>1-3</sup> p <sup>2-3</sup>
		ординатори <sup>1</sup> (n=180)	зав. відділеннями <sup>2</sup> (n=44)	співробітники кафедри <sup>3</sup> (n=19)	
Чи мали місце в практиці Вашого відділення випадки медичних помилок з летальним кінцем?					
так, кілька	34 14,0±2,23	27 15,0±2,66	5 11,4±4,79	2 10,5±7,03	0,026 0,938 0,228
так, один чи два	76 31,3±2,97	52 28,9±3,38	18 40,9±7,41	6 31,6±10,67	
ні, такі випадки мені не відомі	97 39,9±3,14	78 43,3±3,69	10 22,7±6,32	9 47,4±11,46	
ні, таких випадків не було	36 14,8±2,28	23 12,8±2,49	11 25,0±6,53	2 10,5±7,03	
Чи мали місце в практиці Вашого відділення випадки медичних помилок, що закінчилися інвалідністю пацієнта?					
так, кілька	16 6,6±1,59	10 5,6±1,71	4 9,1±4,34	2 10,5±7,03	0,016 0,650 0,275
так, один чи два	45 18,5±2,49	28 15,6±2,7	13 29,5±6,88	4 21,1±9,36	
ні, такі випадки мені не відомі	135 55,6±3,19	109 60,6±3,64	15 34,1±7,15	11 57,9±11,33	
ні, таких випадків не було	47 19,3±2,53	33 18,3±2,88	12 27,3±6,72	2 10,5±7,03	
Чи мали місце в практиці Вашого відділення випадки операцій «не на тому» пацієнтові, «не на тому» органі, «не з тієї»?					
так, кілька	11 4,5±1,33	7 3,9±1,44	2 4,5±3,13	2 10,5±7,03	0,979 0,467 0,673
так, один чи два	19 7,8±1,72	15 8,3±2,06	3 6,8±3,80	1 5,3±5,14	
ні, такі випадки мені не відомі	98 40,3±3,15	72 40,0±3,65	17 38,6±7,34	9 47,4±11,46	
ні, таких випадків не було	115 47,3±3,2	86 47,8±3,72	22 50,0±7,54	7 36,8±11,06	

Таблиця 3.

**Розподіл варіантів відповідей лікарів-анестезіологів обстежених груп щодо запровадження в їх відділеннях системи моніторингу та розборів випадків ускладнень, інвалідності та летальності, пов'язаних з медичними помилками**

Варіанти відповідей	Усього (n=282)	у т. ч. лікарів			p <sup>1-2</sup> p <sup>1-3</sup> p <sup>2-3</sup>
		ЛПЗ II-рівня <sup>1</sup> (n=151)	ЛПЗ III-IV-рівнів <sup>2</sup> (n=88)	Інші заклади <sup>3</sup> (n=43)	
Чи проводиться у Вашому відділенні системний моніторинг медичних помилок, несприятливих подій та критичних інцидентів, а також захворюваності та летальності, пов'язаних з медичними помилками?					
так, системно реєструються усі випадки	122 43,3±2,95	59 39,1±3,97	42 47,7±5,32	21 48,8±7,62	0,303 0,498 0,691
системно реєструються тільки летальні випадки	81 28,7±2,69	45 29,8±3,72	26 29,5±4,86	10 23,3±6,45	
нічого не реєструється	79 28,0±2,67	47 31,1±3,77	20 22,7±4,47	12 27,9±6,84	
Як часто проводяться у Вашому відділенні колективні розбори випадків ускладнень, інвалідності та летальності, пов'язаних з медичними помилками?					
завжди	179 63,5±2,87	89 58,9±4,00	60 68,2±4,96	30 69,8±7,00	0,296 0,436 0,912
рідко	80 28,4±2,69	47 31,1±3,77	23 26,1±4,68	10 23,3±6,45	
ніколи	23 8,2±1,63	15 9,9±2,43	5 5,7±2,47	3 7,0±3,89	

що число несприятливих подій у вітчизняній системі охорони здоров'я перевищує показники розвинених країн.

**Мета дослідження** – сформулювати попередні уявлення щодо частоти медичних помилок, що закінчуються смертю або інвалідністю пацієнта, та інцидентів, які можна віднести до категорії «ніколи-подій», у практиці лікарів-анестезіологів України і з'ясувати шляхи менеджменту таких інцидентів на місцях.

**Об'єкт і методи дослідження.** Для попереднього вивчення ситуації з частотою виникнення «ніколи-подій» в анестезіологічній практиці проведено анонімне анкетування лікарів-анестезіологів України. При розробці анкети враховувались вимоги, що висуваються до проведення соціологічних досліджень, зокрема, щодо забезпечення конфіденційності інформації про респондентів та можливості отримання максимального об'єму інформації при мінімальній кількості запитань. Опитування лікарів відбувалось під час анестезіологічних форумів (Британсько-Український симпозиум) та на передатестаційних циклах підвищення кваліфікації лікарів-анестезіологів (кафедра анестезіології та інтенсивної терапії НМАПО імені П.Л. Шупика). У соціологічне дослідження включено 282 лікарів-анестезіологів, які було розподілено на три групи: спеціалісти закладів II (ЦРЛ та міські лікарні) рівня (I група), III-IV (обласні лікарні та НДІ) рівнів (II група) та вузькопрофільних (спеціалізовані диспансери, акушерсько-гінекологічні стаціонари) закладів (III група). Порівняльний аналіз проведено також між групами завідувачів анестезіологічних відділень та лікарів-ординаторів. Вибірка лікарів, які прийняли участь у дослідженні, була репрезентативною. Зокрема, розподіл респондентів за стажем роботи був майже однаковим: 29,08% (n=82) працюють у службі анестезіології та інтенсивної терапії від 0 до 5 років, 17,38% (n=49) – від 6 до 10 років, 32,27 (n=91) – від 11 до 20 років та решта – більше за 20 років. Подібні пропорції відмічені при оцінюванні лікарів за категорією. Так, не мали категорію 32,6% (n=92), другу – 11,7% (n=33), першу – 17,4% (n=49) та вищу категорію – 38,3% (n=108) лікарів.

Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою пакета прикладних програм EXCEL-2003® і STATA версії 11 для Windows (StataCorp, Техас, США). Порівняння відносних, або виражених у відсотках, величин здійснювалося за допомогою точного критерію Фішера.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Анкетування продемонструвало, що помилки з сер-

йозними наслідками та інциденти, які можна віднести до категорії «ніколи-подій» нерідко зустрічаються в анестезіологічній практиці в Україні. Так, 28,7% респондентів засвідчили факти одного чи двох, а 13,5% – кількох випадків медичних помилок з летальним кінцем. Спеціалісти I та II груп достовірно частіше, ніж спеціалісти III групи (табл. 1), а завідувачі відділень достовірно частіше, ніж лікарі-ординатори вказали на наявність таких інцидентів у практиці своїх відділень (табл. 2). У групі завідувачів відділень, зокрема, позитивну відповідь щодо одного чи двох випадків фатальних для пацієнта помилок надали 40,9%, а щодо кількох – 11,4% респондентів, тоді як серед лікарів-ординаторів таких респондентів виявилось, відповідно, 28,9% та 15,0%, p=0,026.

Про один-два або кілька випадків медичних помилок, що закінчились інвалідністю пацієнта, згадали, відповідно, 18,4% та 6,0% респондентів. Розподіл відповідей на це запитання між респондентами I, II та III груп і між групами завідувачів відділень та лікарів-ординаторів достовірно не відрізнявся (табл. 1, 2).

Факти одного-двох або кількох випадків помилкового виконання операцій «не на тому» пацієнтові, «не на тому» органі, «не з тієї» сторони підтвердили, відповідно, 7,8% та 3,9% респондентів. Розподіл варіантів відповідей серед лікарів, що працюють у закладах різних рівнів надання медичної допомоги та різних посад був майже однаковим.

У розвинених країнах світу основним джерелом інформації про несприятливі події і помилки в медицині є спеціальні системи звітності про медичні інци-

денти. За визначенням ВООЗ запровадження системи звітності про несприятливі медичні події має на меті не просто накопичення даних, а отримання інформації, необхідної для налагодження зворотного зв'язку й ефективного «управління» ризиками [7]. Без детального аналізу невдач, інцидентів, промахів та інших «безкоштовних уроків» не можна виявляти пастки та ту межу періодичних помилок, яка може призвести до більш серйозних наслідків.

Дослідження показало, що в Україні моніторинг медичних помилок та несприятливих подій, а також аналіз захворюваності та летальності, пов'язаних з медичними помилками, на системній основі не ведеться. Так, 28,0% респондентів вказали на відсутність в їх закладах інцидент-моніторингу взагалі, а 28,7% – на системну реєстрацію тільки летальних випадків (**табл. 3**). Повну відсутність у своїх відділеннях практики колективних розглядів ускладнень, інвалідності та летальності, пов'язаних з медичними помилками, констатували 8,2% респондентів. Розподіл варіантів відповідей серед лікарів, що працюють у закладах різних рівнів надання медичної допомоги був майже однаковим (**табл. 3**).

Таким чином, у даний час смертельні випадки, спричинені помилками, системно не монітуються, а дискусії щодо їх запобігання відбуваються на обмежених і конфіденційних зборах окремого закладу. Проте вони розглядають лише частину виявлених несприятливих подій, і уроки, винесені з цих розборів, не поширюються за межі установи або області. Про такі тенденції щодо аналізу причин смерті пацієнтів від попереджувальних причин свідчать й інші автори [2].

**Висновки.** Летальні випадки й інвалідність, спричинені медичними помилками, та інциденти з категорії «ніколи-подій» зустрічаються у практиці лікарів-анестезіологів України, тому потрібно розробляти та впроваджувати системи моніторингу та аналізу таких подій в усіх лікувальних закладах країни.

**Перспективи подальших досліджень** будуть полягати у розробленні та впровадженні системи інцидент-звітування на національному і локальному рівнях, а також постійному аналізу причин розвитку критичних інцидентів, пов'язаних з медичними помилками.

### Література

1. James J.T. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care / J.T. James // J. Patient. Saf. – 2013. – Vol. 9. – P. 122-128.
2. Makary M.A. Medical error – the third leading cause of death in the US / M.A. Makary, M. Daniel // BMJ. – 2016. – Vol. 353. – P. 2139.
3. Office for National Statistics' Death Certification Advisory Group. Guidance for doctors completing medical certificates of cause of death in England and Wales, 2010. – 21 p.
4. Statistics Canada. Canadian vital statistics, death data base and population estimates. Режим доступу: <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/hlth36a-eng.htm>. Назва з екрану.
5. Surgical never events in the United States / W.T. Mehtsun, A.M. Ibrahim, M. Diener-West [et al.] // Surgery. – 2013. – Vol. 153. – P. 465-472.
6. To Err is Human: Building a Safer Health System / I.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson and Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. — Washington: National Academy Press; 2000. – 8 p.
7. World Health Organisation: Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning System, 2005. Режим доступу: [www.who.int](http://www.who.int).

УДК 116-089.5-035.7:303.42(477)

#### КОНЦЕПЦІЯ «НІКОЛИ-ПОДІЙ» У СФЕРІ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ ТА ЇЇ МІСЦЕ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-АНЕСТЕЗІОЛОГА УКРАЇНИ (СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Федосюк Р. М.

**Резюме.** У багатьох розвинених країнах медична помилка є визнаною причиною смерті пацієнта, тому в більшості з них запроваджені національні системи моніторингу критичних інцидентів (у тому числі ніколи-подій), розробляються та імплементуються механізми їх попередження, проте в Україні система моніторингу критичних інцидентів та їх офіційна статистика відсутня.

**Мета дослідження** – сформувати попередні уявлення щодо частоти медичних помилок, що закінчуються смертю або інвалідністю пацієнта, та інцидентів, які можна віднести до категорії «ніколи-подій», у практиці лікарів-анестезіологів України і з'ясувати шляхи менеджменту таких інцидентів на місцях.

**Матеріали і методи.** Проведено соціологічне дослідження, в яке включено 282 лікарів-анестезіологів закладів системи охорони здоров'я різних рівнів. Шляхом анкетування з'ясувалось чи відбуваються в Україні такі події: випадки медичних помилок з летальним кінцем, випадки медичних помилок, що закінчилися інвалідністю пацієнта, та випадки помилкового виконання операцій «не на тому» пацієнтові, «не на тому» органі, «не з тієї» сторони.

**Результати дослідження.** Встановлено, що з випадками хірургічних втручань на хибних частинах тіла та хибних пацієнтах у практиці своїх відділень стикались 10,1% респондентів, а з випадками серйозних медичних помилок, що закінчилися смертю або інвалідністю пацієнтів, – відповідно, 40,9% та 24,5% респондентів. За даними анкетування, проведення моніторингу та аналізу медичних помилок у своїх відділеннях підтвердили лише 43% анестезіологів.

*Висновки.* Летальні випадки й інвалідність, спричинені медичними помилками, та інциденти з категорії «ніколи-подій» зустрічаються у практиці лікарів-анестезіологів України, тому потрібно розробляти та впроваджувати системи моніторингу та аналізу таких подій в усіх лікувальних закладах країни.

**Ключові слова:** «ніколи-події», анестезіологія, інтенсивна терапія, соціологічне дослідження.

УДК 116-089.5-035.7:303.42(477)

### КОНЦЕПЦІЯ «НИКОГДА-СОБЫТИЯ» В СФЕРЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ЕЕ МЕСТО В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА УКРАИНЫ (СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

**Федосюк Р. М.**

**Резюме.** Во многих развитых странах медицинская ошибка – признанная причина смерти пациента, поэтому в большинстве из них введены национальные системы мониторинга критических инцидентов, разрабатываются и имплементируются механизмы их предупреждения. В Украине системы мониторинга критических инцидентов и их официальная статистика отсутствует. Среди инцидентов с безопасностью пациента отдельное место занимают так называемые «никогда-события» — потенциально предотвратимые события с тяжелыми последствиями.

*Цель исследования* – сформировать предварительные представления о частоте медицинских ошибок, закончившихся смертью или инвалидностью пациента, и инцидентов, которые можно отнести к категории «никогда-событий», в практике врачей-анестезиологов Украины и выяснить пути менеджмента таких инцидентов на местах.

*Материалы и методы.* Проведено социологическое исследование, в которое включено 282 врача-анестезиолога учреждений системы здравоохранения Украины различных уровней. Путем анкетирования изучалось как часто в Украине происходят случаи медицинских ошибок с летальным исходом или инвалидностью пациента, и случаи ошибочного выполнения операций «не тому» пациенту, «не на том» органе, «не с той» стороны.

*Результаты исследования.* Установлено, что со случаями хирургических вмешательств на ошибочных частях тела и «не тех» пациентов в практике своих отделений сталкивались 10,1% респондентов, а со случаями серьезных медицинских ошибок, закончившихся смертью или инвалидностью пациентов – соответственно 40,9% и 24,5% респондентов. По данным анкетирования, проведение мониторинга и анализа медицинских ошибок в своих отделениях подтвердили лишь 43% анестезиологов.

*Выводы.* Летальные случаи и инвалидность, вызванные медицинскими ошибками, и инциденты из категории «никогда-событий» встречаются в практике врачей-анестезиологов Украины, поэтому нужно разрабатывать и внедрять системы мониторинга и анализа таких событий во всех лечебных учреждениях страны.

**Ключевые слова:** «никогда-события», анестезиология, интенсивная терапия, социологическое исследование.

UDC 116-089.5-035.7:303.42(477)

### THE «NEVER EVENT» CONCEPT IN THE FIELD OF PATIENT SAFETY AND ITS PLACE IN THE PRACTICE OF ANAESTHESIOLOGISTS OF UKRAINE (SOCIOLOGICAL STUDY)

**Fedosiuk R. M.**

**Abstract.** In developed countries, medical error is recognized as one of the main causes of patients' death; therefore, in most of them, national critical incident monitoring and analyzing systems are implemented, mechanisms of incident prevention are developed and introduced. In Ukraine, national critical incident monitoring system does not exist and official statistics on such incidents is not available. Among the patient safety incidents, a particular place is occupied by the so called «never-events» or potentially preventable events with severe outcomes such as wrong site operations.

*The aim of the research* is to form a preliminary idea of the incidence of fatal or disabling medical errors as well as critical incidents that could be classified as «never-events» in the practice of anaesthesiologists of Ukraine and to find out how such incidents are managed locally.

*Materials and methods.* Sociological study that included 282 anaesthesiologists divided into three groups has been conducted. Group I was composed of specialists from level-2 (central district and city hospitals) institutions, group II – from level-3 (regional hospitals) and level-4 (research institutes) institutions, and group III – from specialized (dispensaries and maternity homes) institutions. Comparative analysis between the group of heads of anaesthesia departments and the group of attending anaesthesiologists has also been carried out. By means of questionnaire survey, it has been clarified how often cases of fatal or disabling medical errors and cases of «never-events» (such as wrong site operations) occur in Ukraine.

*Results of the research.* The questionnaire survey demonstrated that errors that can lead to serious consequences and incidents that can be classified as «never events» occur infrequently in anaesthesia practice in Ukraine. Thus, 28.7% of respondents certified the facts of one or two cases of fatal medical errors in their practice while 13.5% of respondents reported several such cases. Specialists of the groups I and II and the group of the heads of departments, as opposed to the specialists of the group III and the group of attending anaesthesiologists, significantly more often reported the presence of such incidents in the practice of their departments. Occurrence of one or two and of several cases of disabling medical errors was remembered by 18.4% and 6.0% of respondents,

respectively. There was no significant difference in answers between the respondents of the groups I, II, and III as well as the groups of the heads of departments and the attending anaesthesiologists. The facts of one or two and of several cases of wrong site operations were reported by 7.8% and 3.9% of respondents, respectively.

The study demonstrated that medical error and adverse event monitoring as well as error-related morbidity and mortality analysis are not conducted on a systematic basis in Ukraine. Thus, 28.0% of respondents indicated the absence of incident monitoring in their institutions at all and 28.7% of respondents reported a systematic registration of fatal cases only. Additionally, 8.2% of respondents stated that collective investigations of medical error-related complications, disability and mortality are never held in their departments.

*Conclusions.* Patients' death and disability caused by medical errors as well as incidents related to the «never-event» category do occur in the practice of anaesthesiologists of Ukraine, therefore it is necessary to develop and implement systems for monitoring and analysis of such events in all hospitals of the country.

**Keywords:** never-event, anaesthesiology, mortality, disability, sociological study.

*Рецензент — проф. Голованова І. А.*

*Стаття надійшла 21.09.2016 року*