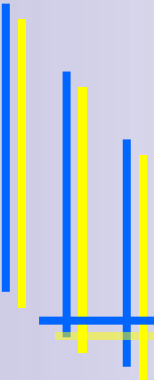




Як управляти інцидентами в закладах охорони здоров'я, які уклали договір з НСЗУ



Заступник головного лікаря з організаційної роботи
Клінічної лікарні "Феофанія" Державного управління справами

д.мед.н., проф. А.С. Котуза





* - закладів державної, комунальної та приватної форми власності

Вимоги НСЗУ

Відповідно до додатку 3 укладеного договору Надавач медичних послуг зобов'язаний протягом строку дії договору відповідно до законодавства реєструвати та подавати щокварталу замовнику звіт про випадки, зазначені у пункті 4 додатка 3 (далі - випадки), які відбулися під час надання послуг, зокрема про такі випадки:

- ❖ видалення чужорідного тіла після попереднього хірургічного втручання;
- ❖ переливання крові, несумісної до групи крові чи резусу-фактора пацієнта;
- ❖ проведення медичних втручань чи надання лікарських засобів не тому пацієнту, якому вони призначені, або не на тій частині тіла пацієнта;
- ❖ нещасний випадок з пацієнтом, що стався в місці надання медичних послуг;
- ❖ помилка під час призначення лікарського засобу;
- ❖ зараження інфекційною хворобою у місці надання медичних послуг;
- ❖ внесення до медичних записів пацієнта недостовірної інформації про надані послуги.

Скинути фільтри

Департамент НСЗУ

Все

Область реєстрації

Все

Форма власності

Все

Надавач послуг



Подання звіту обов'язкове для Надавача будь-якої форми власності. Звіт подається навіть за відсутності вказаних медичних випадків.

Подання звіту реалізоване за посиланням: <https://medinc.nszu.gov.ua/Login.aspx>

Термін подання: щоквартально до 15-го числа наступного місяця (за перший квартал до 15.04.2023)

Відповідно до вимог
зобов'язаними
та подавати

- (далі - випадки):
- ❖ видалення чужорідного тіла
 - ❖ переливання крові
 - ❖ проведення операції на тій стороні тіла або не на тій частині тіла
 - ❖ нещасний випадок
 - ❖ помилка під час проведення операції
 - ❖ зараження інфекцією
 - ❖ внесення до медичної історії

Mayo Clinic, USA

за 5 років співробітники клініки Мейо виконали близько 1,5 млн інвазивних процедур:

- ❖ з них у 69 випадках лікарі припустилися грубих помилок;
- ❖ проведення неправильної операції - 24 рази;
- ❖ проведена операція не на тій стороні тіла або не на тій ділянці - 22 рази;
- ❖ 5 лікарів неправильно встановили імплантат;
- ❖ 18 разів хірурги «забули» у порожнині тіла пацієнта чужорідний предмет.

1 груба помилка посідає на тисячі правильно проведених операцій.

Приблизно 2/3 порушень відбулися при виконанні щодо простих процедур проте жодна помилка не стала причиною загибелі пацієнта.

ичних послуг
а реєструвати
ті 4 додатка 3

випадки:

о не на тій частині тіла

адання медичних послуг

іка подання звітів

Скинути фільтри

Департамент НСЗУ

Все

Область реєстрації

Все

Форма власності

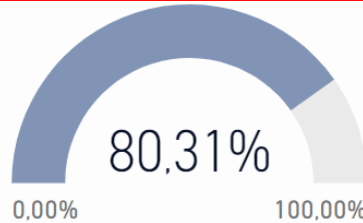
Все

Надавач послуг

3 162

К-сть надавачів, що не подали звіти

775



34 ТЫС.

К-сть зафіксованих інцидентів у звітах

165



Подання звіту обов'язкове для Надавача будь-якої форми власності. Звіт подається навіть за відсутності вказаних медичних випадків.

Подання звіту реалізоване за посиланням: <https://medinc.nszu.gov.ua/Login.aspx>

Термін подання: щоквартально до 15-го числа наступного місяця (за перший квартал до 15.04.2023)

Інформація про інциденти



Інцидент, пов'язаний із переливанням крові та її компонентів

Дата складання звіту	DD.MM.YYYY
Дата виявлення інциденту	DD.MM.YYYY
Якої статі пацієнт?	<input type="radio"/> Чоловік <input type="radio"/> Жінка
До якої вікової категорії належав пацієнт на момент виникнення інциденту?	<input type="radio"/> Новонароджений (0-28 днів) <input type="radio"/> Немовля (від 28 днів до 1 р.) <input type="radio"/> Дитина (1-14 рр.) <input type="radio"/> Підліток (15-17 рр.) <input type="radio"/> Дорослий (18-59 рр.) <input type="radio"/> Особа похилого віку (60-74 рр.) <input type="radio"/> Особа старечого віку (75-90 рр.) <input type="radio"/> Довгожитель (понад 90 р.) <input type="radio"/> Невідомо
Введіть код основного захворювання за МКХ-10	

З яким компонентом крові пов'язаний інцидент?

- Цільна кров
- Еритроцити
- Тромбоцити
- Плазма
- Кріопреципітат
- Гранулоцити
- Лімфоцити
- Альбумін
- Фактори згортання крові (наприклад, VII, VIII, IX, AT-III)
- Внутрішньовенний імуноглобулін
- Антирезусний імуноглобулін
- Інше: немає квадрата як у попередній формі

Що з наведеного нижче найкраще характеризує інцидент?

- Хибна дія (наприклад, переливання пацієнту крові не тієї групи за системою АВО)
- Побічна реакція на компонент крові без очевидної хибної дії

Інцидент, пов'язаний із ненавмисним залишенням стороннього об'єкта в рані чи порожнині тіла пацієнта

До якої групи належав залишений сторонній предмет?

- Губка.
- Голка або її фрагмент.
- Серветка, кулька.
- Цілий хірургічний інструмент (наприклад, ножниці тощо).
- Фрагмент хірургічного інструменту.
- Інше: _____

Чи був проведений контрольний підрахунок групи об'єктів, до якої належав предмет, залишений у тілі пацієнта?

- Так, але кількість не збіглась з очікуваною.
- Так, але кількість збіглась з очікуваною.
- Ні, хоча предмет підлягав підрахунку.
- Ні, оскільки предмет не підлягав підрахунку (наприклад, у випадку залишення відламаного фрагменту).
- Невідомо.

Чи було проведено рентгенологічне обстеження області втручання перед закінченням операції з метою виявлення залишеного предмету?

- Так.
- Ні, хоча залишений предмет був рентген-контрастним.
- Ні, оскільки залишений предмет був не рентген-контрастним.
- Невідомо.

Вкажіть заходи, що вжиті для запобігання подібним

- З'ясовано першопричину та сиріжкові фактори виникнення інциденту
- Проведено навчання особи/команди медичного персоналу

Яка з наведених дій у використанні компонентів

Інцидент, пов'язаний із хибним хірургічним втручанням

Визначте характер хибного втручання

- Хибний пацієнт.
- Хибна сторона тіла.
- Хибний орган.
- Хибне саме втручання.
- Хибний імплантат у зв'язку з помилкою.
- Хибний імплантат у зв'язку з відсутністю потрібного імплантату.
- Інше

Введіть код медичної послуги або хірургічної операції за галузевим класифікатором (Наказ МОЗ № 67 від 14.02.2007 р. «Про затвердження тимчасового галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій») зі змінами викладеними у наказі МОЗ України від 28 березня 2019 року № 688

Чи було втручання

- Так
- Ні
- Невідомо

Коли було виявлено

- До початку процедури або операції (розрізу)

Дата складання звіту	DD.MM.YYYY
Дата виявлення інциденту	
Якої статі пацієнт?	
До якої вікової категорії належав пацієнт на момент виникнення інциденту?	
Введіть код основного захворювання за МКХ-10	

видалення чужорідного тіла після попереднього хірургічного втручання;
 переливання крові, несумісної до групи крові чи резус-фактора пацієнта;
 проведення медичних втручань чи надання лікарських засобів не тому пацієнту, якому вони призначені, або не на тій частині тіла пацієнта;
 нещасний випадок з пацієнтом, що стався в місці надання медичних послуг;
 помилка під час призначення лікарського засобу;
 зараження інфекційною хворобою у місці надання медичних послуг;
 внесення до медичних записів пацієнта недостовірної інформації про надані послуги.

VIII, IX, AT-III)

 ормі
 ту крові не тієї групи за

 невільної хвиної лії
 м втручанням

 лкою.
 тність потрібного імплантату.

Інцидент, пов'язаний із

До якої групи належав залишений сторонній предмет?

Чи був проведений контрольний підрахунок гру об'єктів, до якої належав предмет, залишений у тілі пацієнта?

Чи було проведено рентгенологічне обстеження області втручання перед закінченням операції з метою виявлення залишеного предмету?

Вкажіть заходи, що вжиті для запобігання подібним

 Невідомо. З'ясовано першопричину та сиріжові фактори виникнення інциденту Проведено навчання особи/команди медичногоЧи було втручання
ургентним?

-
- Так
-
-
- Ні
-
-
- Невідомо

Коли було виявлено

-
- До початку процедури або операції (розрізу)

МЕДИЧНА ДОПОМОГА НЕ ПОВИННА ПРИЧИНЯТИ ШКОДИ НІКОМУ

і тим не менше:



- ✓ 4 із 10 пацієнтів стикаються з несприятливим подією внаслідок надання їм медичної допомоги*;
- ✓ до 80% випадків спричиненої шкоди пацієнтам можна було попередити;
- ✓ ~15% усіх витрат ЗОЗ у країнах ОЕСР** пов'язані з наслідками небажаних подій;
- ✓ небезпечне надання медичної допомоги є однією з 10 основних причин смерті та інвалідності у всьому світі;
- ✓ 6-17% усіх небезпечних подій у ЗОЗ є наслідком помилок при постановці діагнозу;
- ✓ із кожних 100 госпіталізованих пацієнтів внутрішньолікарняними інфекціями заражаються 7-10 пацієнтів;
- ✓ шкоду, яку завдають пацієнтам, внаслідок низки небажаних подій, можна запобігти майже у 50% випадків!



* - За підрахунками експертів ВООЗ та неурядових організацій.

** - Організація економічного співробітництва та розвитку.

Охорона здоров'я є сферою діяльності підвищеного ризику

При наданні стаціонарної допомоги



- шкода здійснюється по меншій мірі 10% пацієнтів,
- майже 50% небажаних подій можна було попередити.

При наданні амбулаторної допомоги



- шкода здійснюється 4 з 10 пацієнтів,
- в 80% випадків небажані наслідки можна було попередити.

З діагностичними помилками



- пов'язано близько 10% випадків смерті пацієнтів;
- та 6–17% всіх небажаних подій в лікарнях.

З небажаними подіями



- пов'язані 15% всіх витрати робочого навантаження в лікарнях країн ОЕСР.

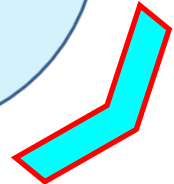
Міжнародна практика

охорони здоров'я

(в частині Культури безпеки, управління інцидентами та управління ризиками)

Національна практика охорони здоров'я

(в частині управління ризиками)



Заклад охорони здоров'я – є небезпечним середовищем для пацієнтів, їх сімей, персоналу та ін. осіб

Зовнішні НП

Внутрішні НП

Впровадження системи управління інцидентами допоможе закладу охорони здоров'я

1. **досягнути** високого рівня якості та безпеки медичної допомоги;
2. **скоротити** терміни надання медичної допомоги;
3. **підвищити** результативність роботи персоналу та обладнання;
4. **зменшити** ускладнень в процесі надання медичної допомоги;
5. **прогнозувати** бюджетні потреби для планування витрат на навчання, забезпечення, обслуговування та логістику;
6. **підвищити** задоволеність внутрішніх та зовнішніх споживачів, а також
7. **забезпечити** безпеку робочого середовища

«Культура безпеки»

Покращення якості медичної
допомоги

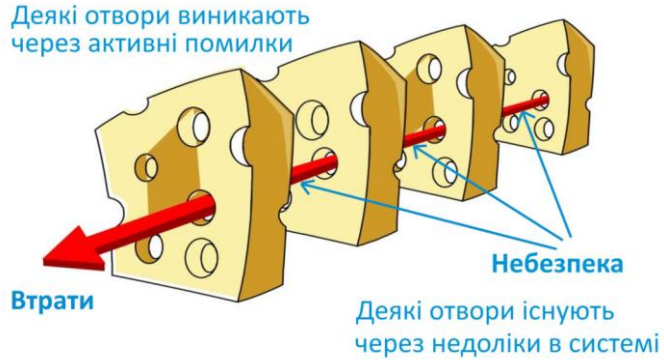
Мотивація покращувати діяльність та процеси

Відкритість та прозорість

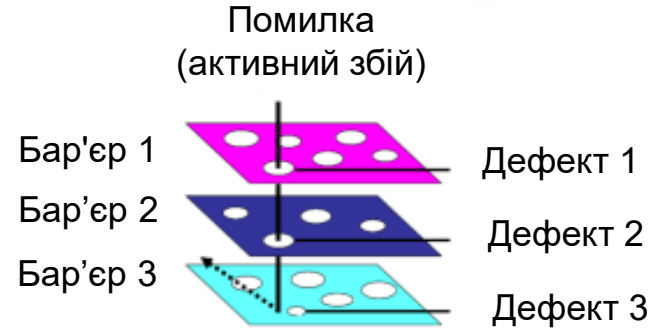
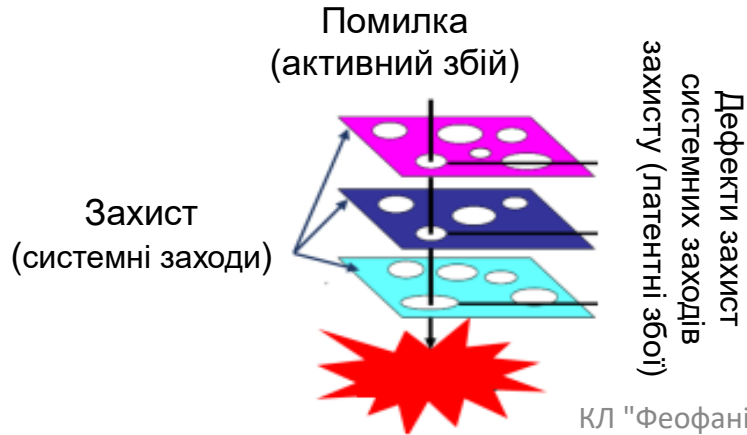
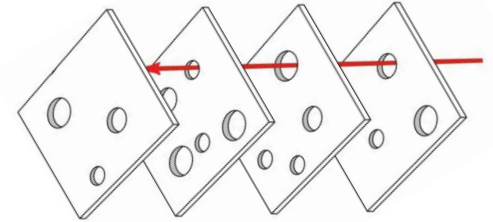
Поінформованість та залученість персоналу

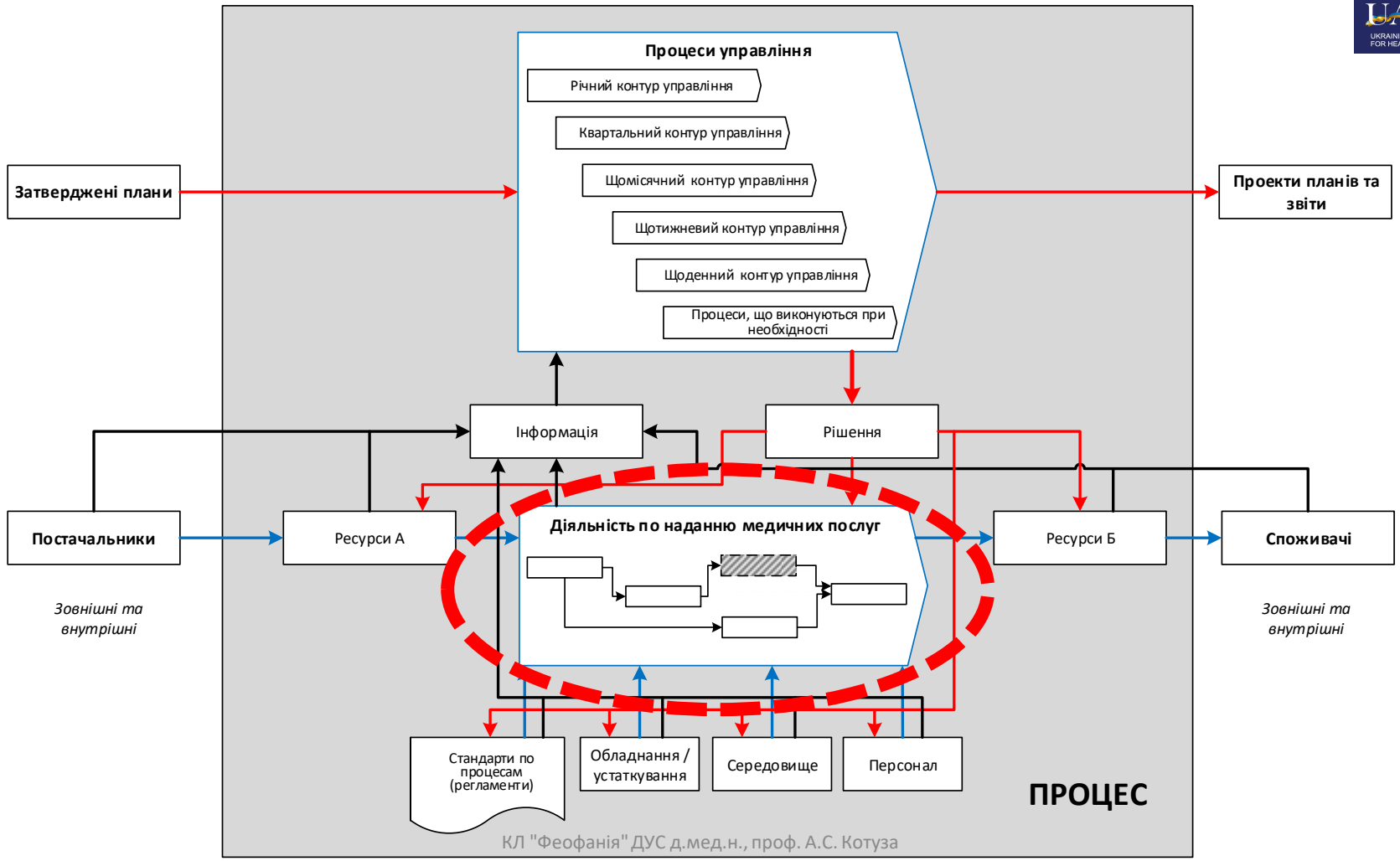
Управління інцидентами

ПРИЧИНИ НЕСПРИЯТЛИВИХ ПОДІЙ «МОДЕЛЬ ШВЕЙЦАРСЬКОГО СИРУ»



В 85% - помилки мають системний характер!



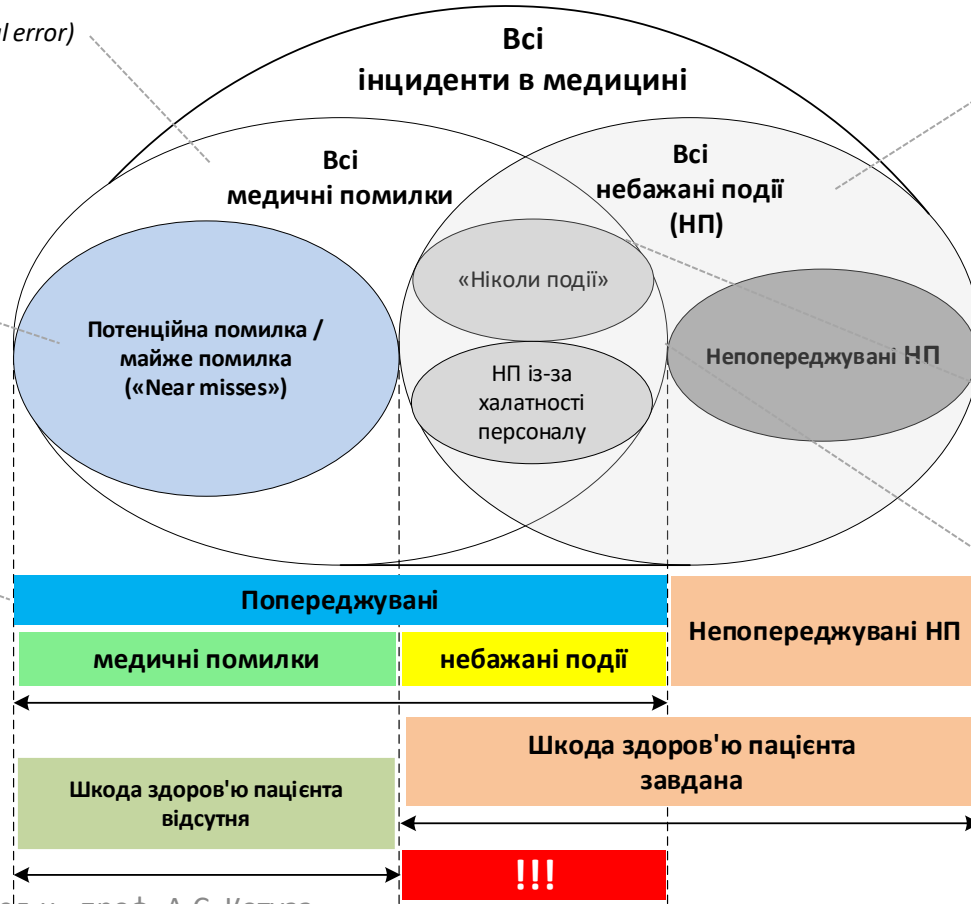


Відношення між поняттями безпечної медичної допомоги на прикладі видів небажаних подій (інцидентів)

Медична помилка (англ. *Medical error*) – це нездатність виконати заплановану дію відповідно до намірів...

Потенційна помилка, майже помилка (англ. *Near Miss*) – це вид інциденту, коли помилка (у будь-якому процесі чи відхиленні від показників) мало не трапилася, була попереджена...

Попереджувані небажані події (англ. *Preventable adverse events*) – це небажані події, спричинені медичними помилками



Небажана подія (англ. *Adverse event*) – це ненавмисний збиток, завданий пацієнту швидше діями чи бездіяльністю персоналу, ніж хворобою чи вихідним станом пацієнта...

Непопереджувані небажані події (англ. *Non-preventable adverse events*) – це небажані події, не пов'язані з медичними помилками.

«Ніколи-події» (англ. *Never-events*) – серйозні інциденти з потенційно тяжкими наслідками, які є наслідком абсолютно неприпустимих медичних помилок...

Небажані події із-за халатності персоналу (англ. *Negligent adverse events*) – серйозні небажані події з кримінальним підтекстом

Непопереджувані небажані події (англ. *Non-preventable adverse events*) – це небажані події, не пов'язані з медичними помилками.

Відношення між поняттями безпечної медичної допомоги на прикладі терапії лікарськими засобами

Помилки події застосування лікарських засобів (будь-яка ненавмисна помилка в призначенні, відпуску, дозуванні, введенні або прийомі лікарського засобу)



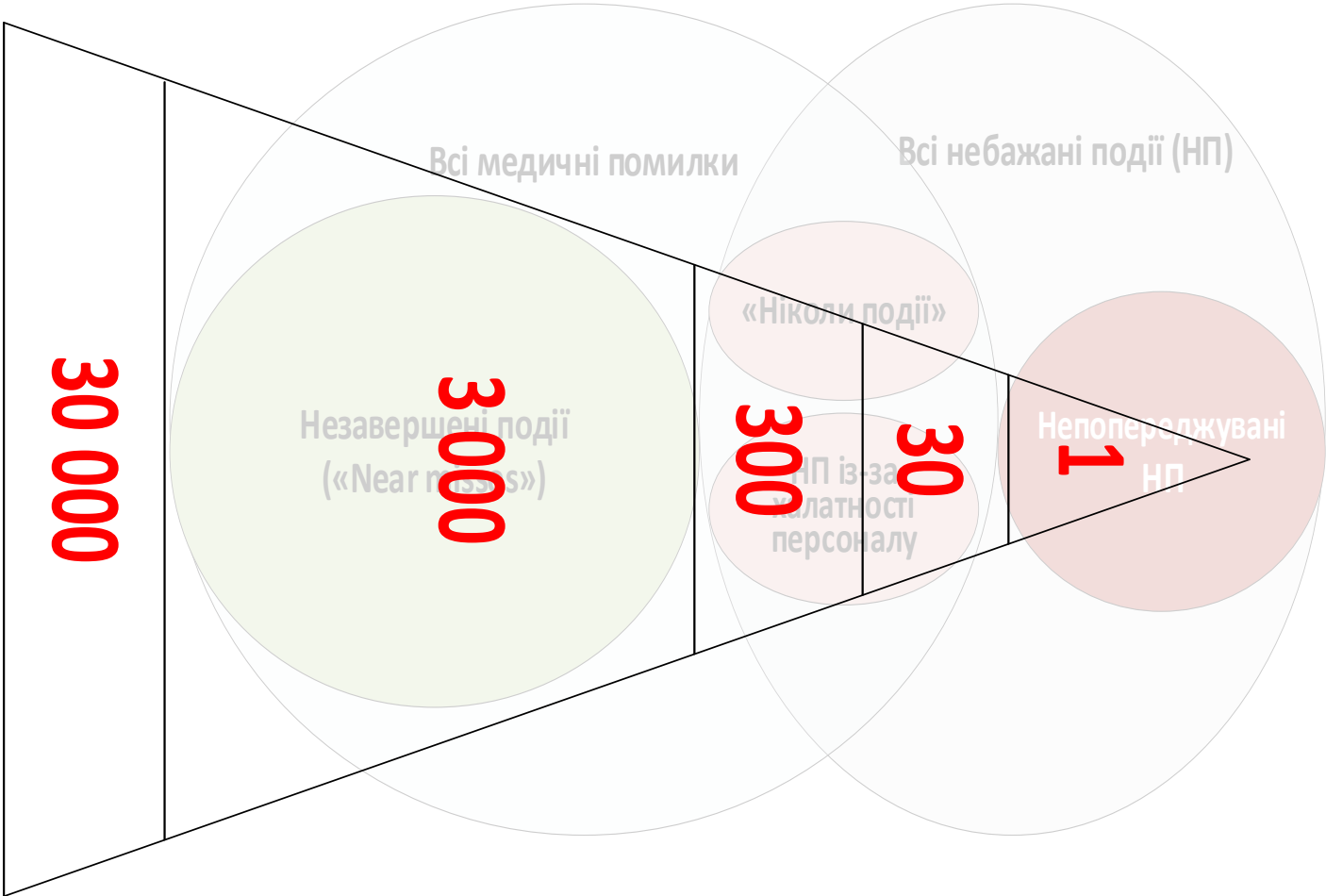
Неприятливі події від лікарських засобів (незалежно від причинно-наслідкових зв'язків з прийомом ЛЗ)

Неприятливі реакції від лікарських засобів (мають, як мінімум, можливий взаємозв'язок із застосуванням ЛЗ)

<https://www.youtube.com/watch?v=EUZFKlqzZI>

Піраміда Генріха

Н. W. Heinrich



Кроки запровадження система управління інцидентами у зкладах охорони здоров'я

Крок 1. Призначте уповноваженого за управління інцидентами (відділ контролю якості медичної допомоги та безпеки медичної діяльності (далі – ВКЯ)) по закладу.

Крок 2. Розробіть Наказ, Положення, СОПи з управління інцидентами (як складова забезпечення якості медичної допомоги та безпеки медичної діяльності).

Крок 3. Призначте відповідальних за напрямками (процесами та процедурами) з управління інцидентами із закріпленням обов'язків та повноважень.

Крок 4. Проведіть навчання персоналу структурних підрозділів щодо обліку та звітування по інцидентам, а також персоналу ВКЯ питанням аналізу кореневих причин та ін.

Крок 5. Проаналізуйте існуючі ризики та корегуючі і попереджуючі заходи за напрямками лікувально-діагностичного процесу.

Крок 6. Розробіть План-графік зі стандартизації процесів та процедур (СОПів) з питань безпеки медичної діяльності в т.ч. управління по кодам інцидентів.

Крок 7. На основі розроблених процесів та процедур з системи управління інцидентами та внутрішнього контролю якості допрацюйте Положення про підрозділи на основі розроблених процесів та процедур з управління / контролю якості медичної допомоги та безпеки медичної діяльності

Крок 8. Мотивуйте та зацікавлюйте персонал до обліку та звітування по інцидентам.

Крок 9. Почніть проводити аналіз ризиків і внутрішні аудити за процесами

Крок 10. Раз на півроку робіть Зведений звіт щодо результативності системи управління інцидентами та внутрішнього контролю якості

Відповідальність

Генерального директора:

- визначення політики безпеки та підтримання системи управління інцидентами;
- ініціація впровадження культури безпеки у закладі.

Медичного директора:

- організація впровадження політики та заходів з системи управління інцидентами;
- контроль реалізації корегуючих та попереджуючих заходів за результатами аналізу інцидентів;
- організація роботи з аналізу та управління ризиками та ін.

Уповноважений з якості (на рівні закладу):

- розробка політик та процедур з питань управління інцидентами та ризиками (на рівні закладу);
- організація навчання персоналу;
- аналіз інцидентів та розробка корегуючих та попереджуючих заходів ін.

Менеджера з якості за:

- забезпечення працівників актуальними копіями процедур та політик;
- навчання персоналу;

Керівник структурного підрозділу:

- реалізація процедур з питань управління інцидентами та ризиками (на рівні стр. підр.);
- ідентифікація, аналіз та оцінка ризиків (на рівні стр. підр.);
- впровадження корегуючих та попереджуючих заходів за результатами аналізу інцидентів.

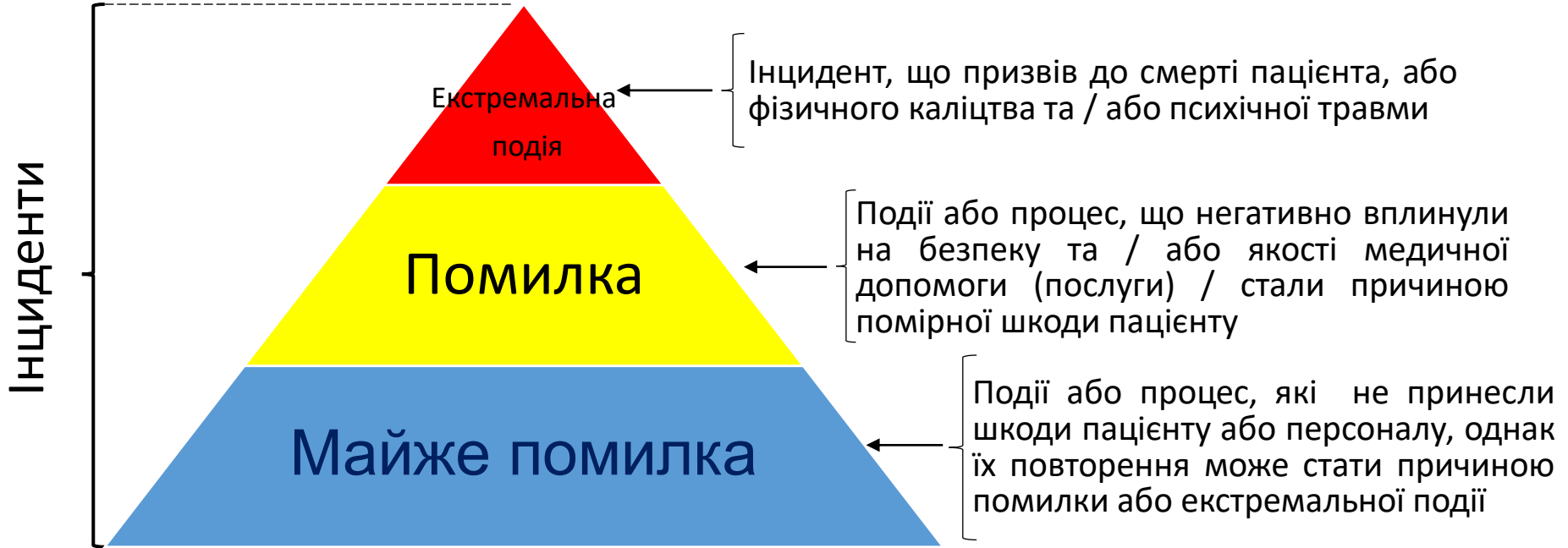
Медичний персонал несе відповідальність за:

- звітування про інцидент;
- негайне реагування на інцидент;
- попередній аналіз інциденту;
- класифікацію інциденту;
- ведення Журналу обліку інцидентів (у стр. підрозділі) та ін.

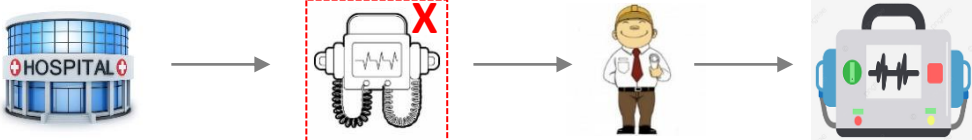

Допоміжний персонал відповідає за:

- інформування про інцидент;
- виконання норм та вимог з питань забезпечення безпечного середовища та ін.

Категорії інцидентів (помилки)



Класифікація інцидентів залежно від наслідків впливу на пацієнта

Група	Інцидент	Опис
1	Не вплинув на перебіг та результат випадку захворювання	
2	Вплинув на тривалість лікування захворювання	<p data-bbox="672 412 1877 657">Інцидент - випадок несприятливого результату внаслідок надання медичної допомоги, у разі відсутності недбалого ставлення до своїх професійних обов'язків.</p>  <p data-bbox="1132 733 1877 882"><i>Тобто за винятком випадків, передбачених адміністративним та кримінальним законодавством</i></p> <p data-bbox="695 1028 1333 1057">КЛ "Феофанія" ДУС д.мед.н., проф. А.С. Котуза</p>
3	Створив ризик прогресування та розвитку ускладнень	
4	Створив ризик прогресування та розвитку ускладнень, призвів до інвалідності	
5	Результат – смерть	

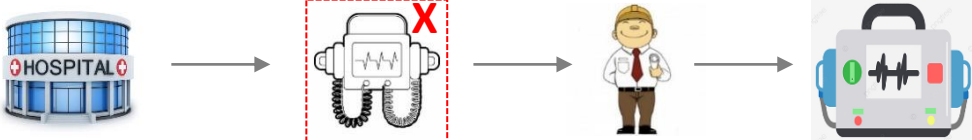
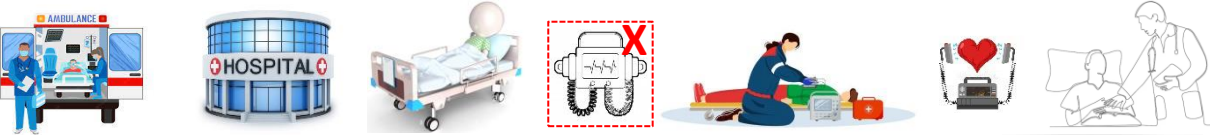
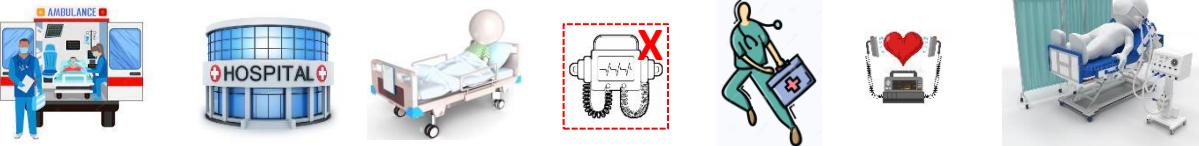
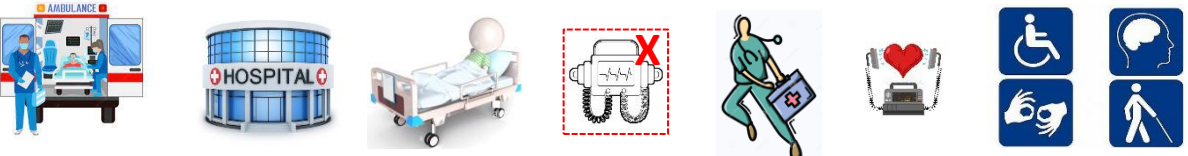
Класифікація інцидентів залежно від наслідків впливу на пацієнта

Група	Інцидент	Опис
1	Не вплинув на перебіг та результат випадку захворювання	<p>The diagram illustrates a sequence of events: a hospital building, followed by a defibrillator with a red 'X' over it, then a doctor, and finally a defibrillator. This indicates that the incident (the defibrillator) did not affect the patient's course or outcome.</p>
2	Вплинув на тривалість лікування захворювання	<p>The diagram shows a sequence of events: an ambulance, a hospital building, a patient in a bed, a defibrillator with a red 'X', a person performing CPR, a defibrillator with a heart symbol, and a doctor with a patient. This indicates that the incident (the defibrillator) affected the duration of treatment.</p>
3	Створив ризик прогресування та розвитку ускладнень	
4	Створив ризик прогресування та розвитку ускладнень, призвів до інвалідності	
5	Результат – смерть	

Класифікація інцидентів залежно від наслідків впливу на пацієнта

Група	Інцидент	Опис
1	Не вплинув на перебіг та результат випадку захворювання	
2	Вплинув на тривалість лікування захворювання	
3	Створив ризик прогресування та розвитку ускладнень	
4	Створив ризик прогресування та розвитку ускладнень, призвів до інвалідності	
5	Результат – смерть	

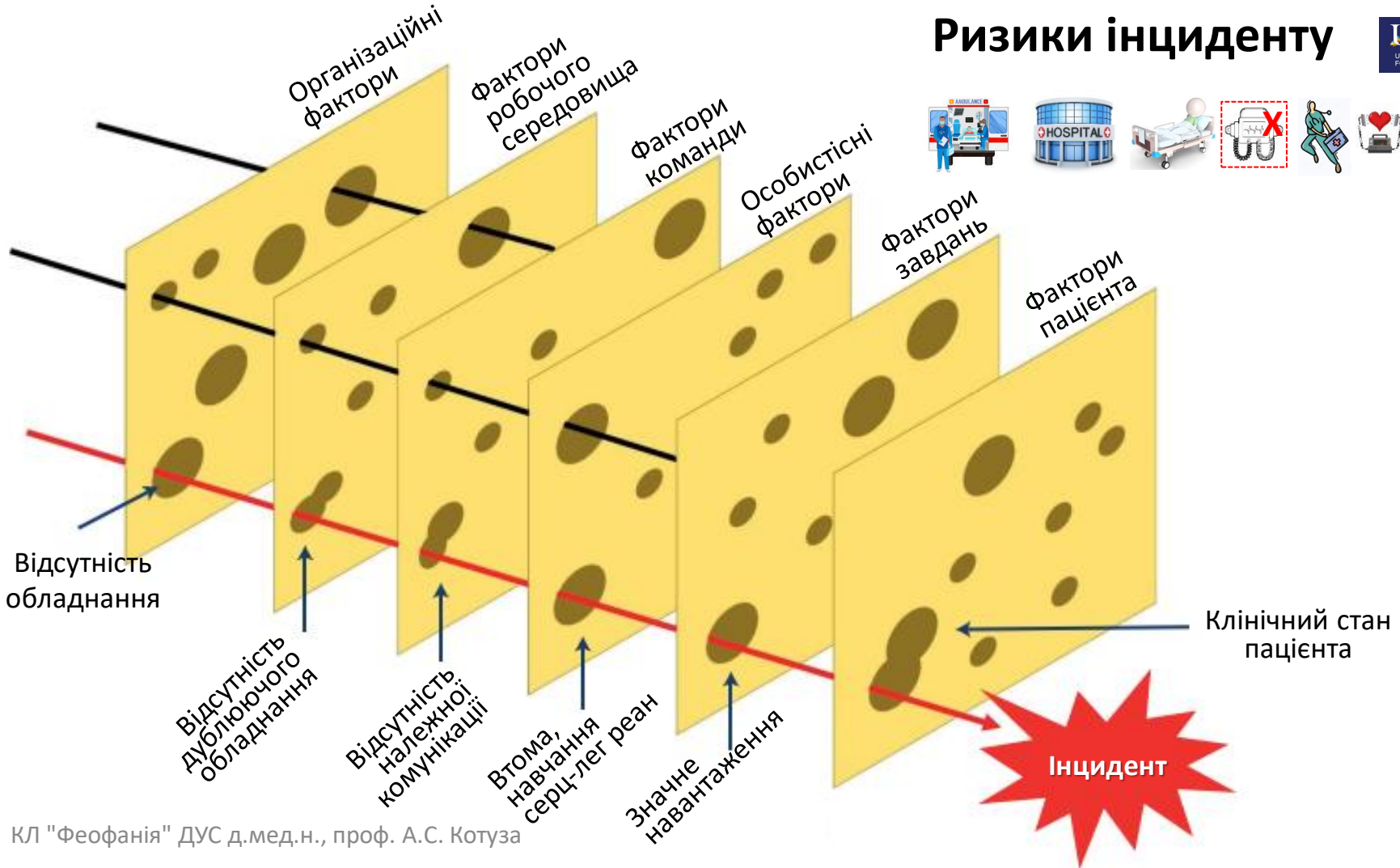
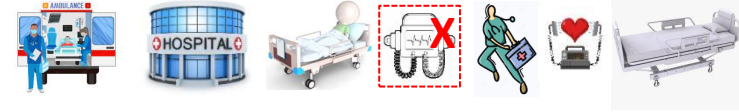
Класифікація інцидентів залежно від наслідків впливу на пацієнта

Група	Інцидент	Опис
1	Не вплинув на перебіг та результат випадку захворювання	
2	Вплинув на тривалість лікування захворювання	
3	Створив ризик прогресування та розвитку ускладнень	
4	Створив ризик прогресування та розвитку ускладнень, призвів до інвалідності	
5	Результат – смерть	<p>КЛ "Феофанія" ДУС д.мед.н., проф. А.С. Котуза</p>

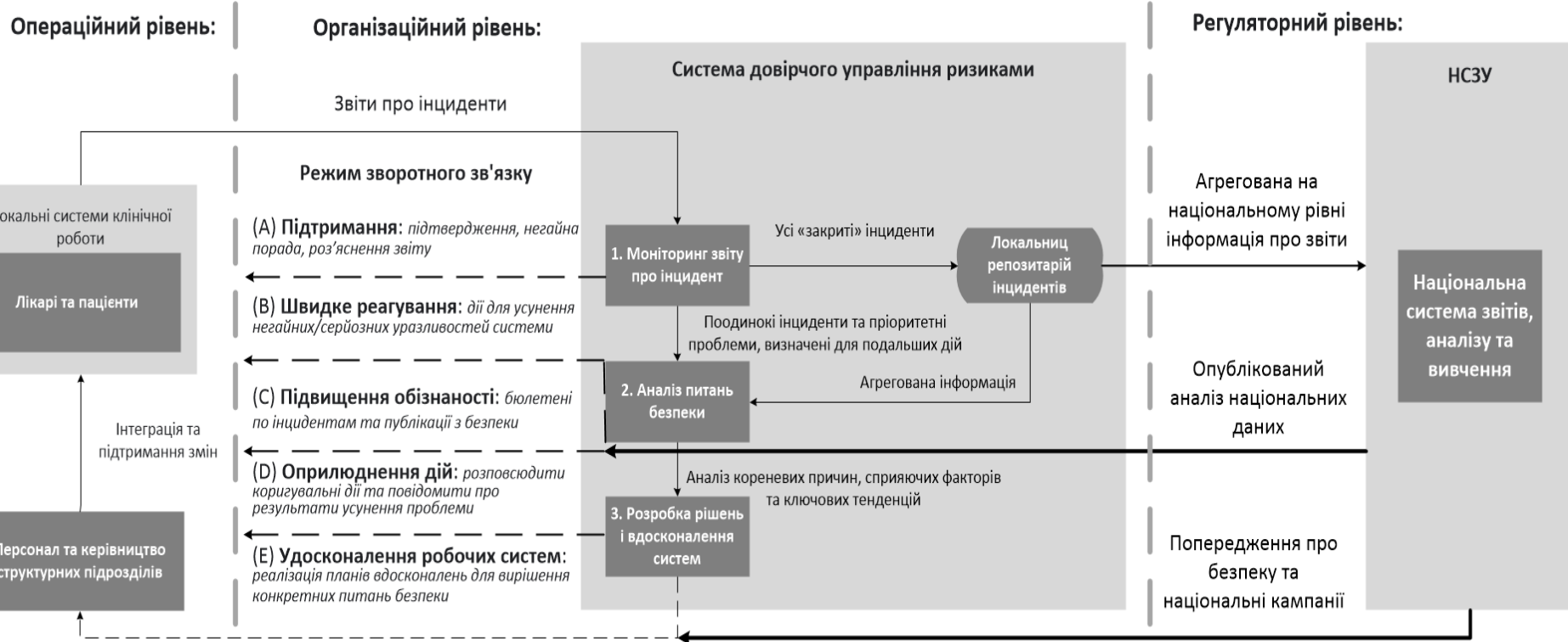
Класифікація інцидентів залежно від наслідків впливу на пацієнта

Група	Інцидент	Опис						
1	Не вплинув на перебіг та результат випадку захворювання							
2	Вплинув на тривалість лікування захворювання							
3	Створив ризик прогресування та розвитку ускладнень							
4	Створив ризик прогресування та розвитку ускладнень, призвів до інвалідності							
5	Результат – смерть							

Ризики інциденту



Система управління інцидентами



Система управління інцидентами

Ключові напрямки управління інцидентами для забезпечення якості та безпеки медичної діяльності в закладі охорони здоров'я



Система управління інцидентами





Заходи по негайному усуненню інциденту (в т.ч. надання допомоги пацієнту)

Повідомити лікуючому лікарю та ін. інстанціям / особам про інцидент

Заповнити «Форму звіту про інцидент»

Передати «Форму звіту про інцидент» відповідальній особі або опустити в скриньку для збору «Форм про інцидент»

Крок 1: Виявити інцидент безпеки пацієнта

Інформування про виявлення інциденту	Огляд медичної карти стаціонарного хворого	Формування фокусних команд	Зовнішні джерела	Огляд записів спостереження за пацієнтами	Проведення опитування щодо досвіду лікування пацієнтів	Проведення обходів з безпеки пацієнтів	Використання зібраних даних	Проведення наукових досліджень
--------------------------------------	--	----------------------------	------------------	---	--	--	-----------------------------	--------------------------------

Крок 2: Вжити негайних заходів

Надання негайної допомоги	Створення безпечних умов	Збір базовий інформації	Інформування служби охорони медичного закладу (за необхідності)
---------------------------	--------------------------	-------------------------	---

Крок 3: Визначити пріоритети

Код оцінки тяжкості (SAC*) 1	Код оцінки тяжкості (SAC) 2	Код оцінки тяжкості (SAC) 3
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

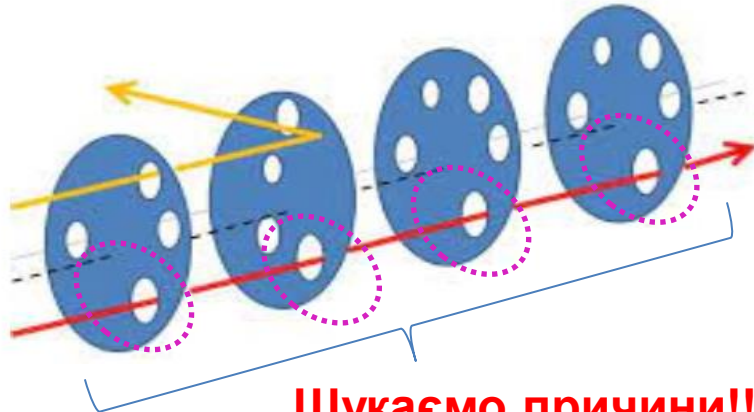
* - Код оцінки тяжкості (SAC, англ. - Severity Assessment Code)



3. Локалізація,

нейтралізація та відновлення:

- локалізація інциденту;
- збір, зберігання та документування ознак інциденту;
- нейтралізація та усунення наслідків інциденту;
- відновлення після інциденту.



Шукаємо причини!!!

Крок 4: Сповістити

Ведення записів (документації): заповнення форми управління інцидентами безпеки пацієнта (PSI) та реєстр PSI	Первинний етап інформування офісу регіонального/окружного управління щодо виникнення інцидентів SAC =1 і SAC =2&3	Первинний етап повідомлення (розкриття інформації інциденту) пацієнту
--	---	---



Крок 5: Провести дослідження

Опис інцидентів	Проведення співбесіди з персоналом/пацієнтом	Виконання аналіз першопричини, включаючи дії, які необхідно вжити	Висновок Комітету з безпеки пацієнтів	Надання рекомендацій
-----------------	--	---	---------------------------------------	----------------------



Крок 6: Класифікувати

Ідентифікація інциденту: ПІБ пацієнта, дата, час та місце виникнення події, назва препарату	Тип інциденту	Наслідок інциденту	Дії, які було вжито для усунення його наслідку	Визначення особи, що звітуватиметься
---	---------------	--------------------	--	--------------------------------------

Хто винний?

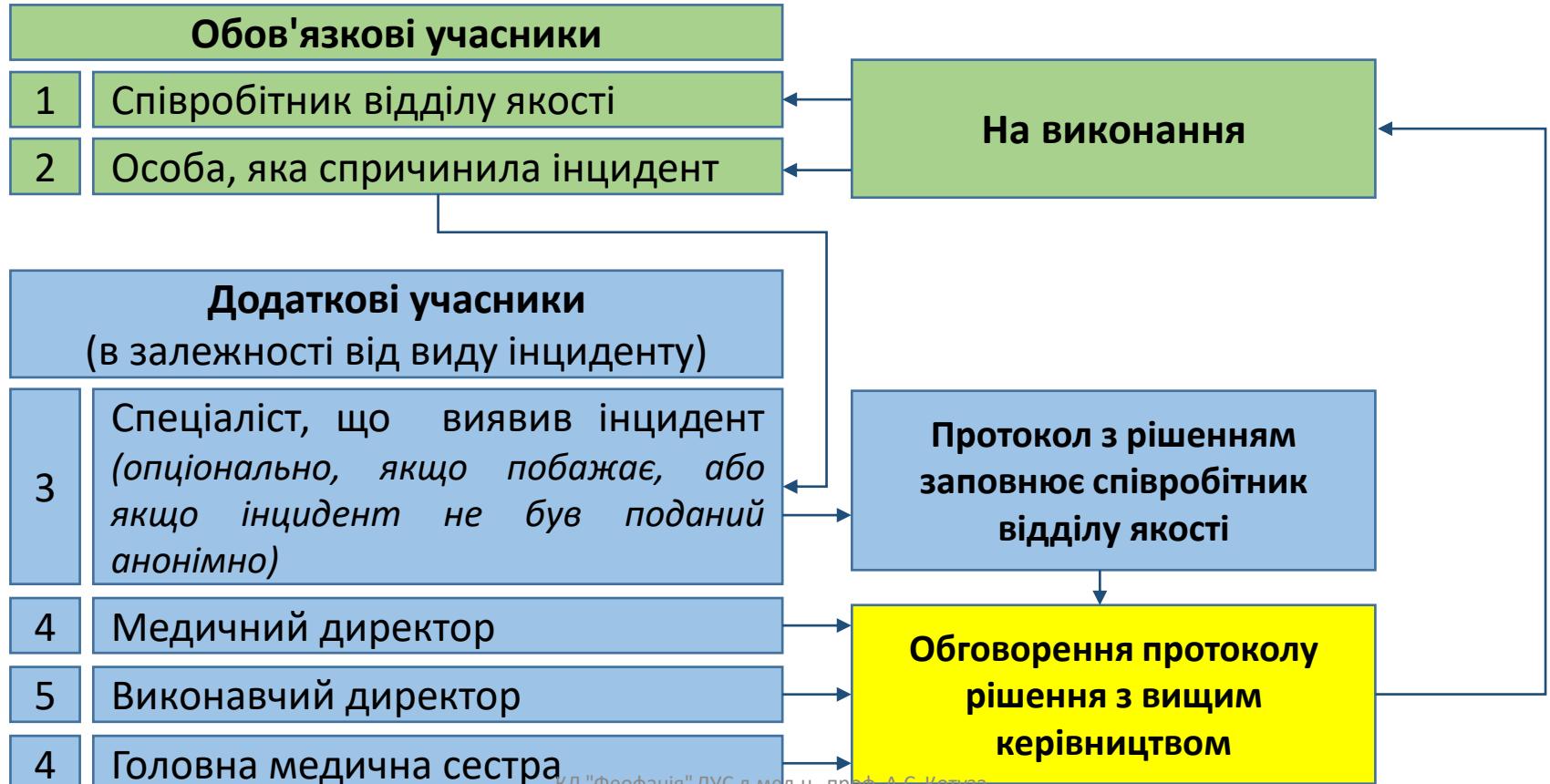
Інд.
особа?

- **Реактивна робота**
- Ажіотаж у відповідь на проблеми
- Покарання окремих осіб

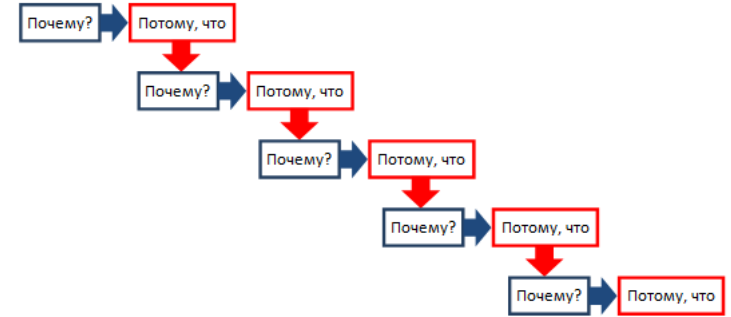
Система?

- **Планова робота**
- Аналіз дефектів системи
- Профілактика проблем

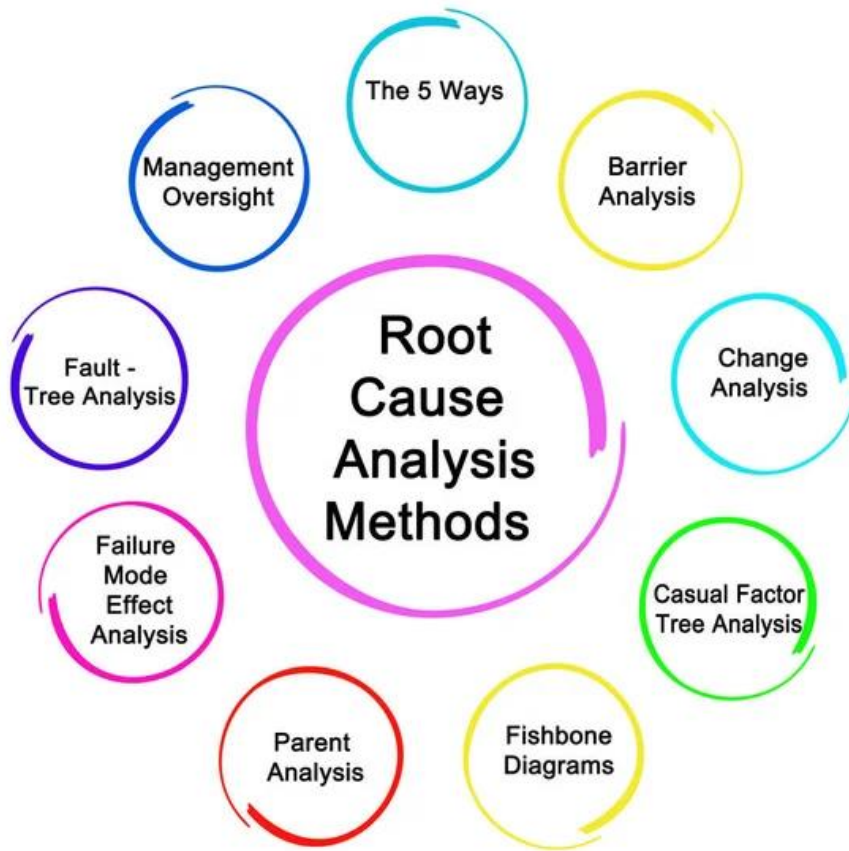
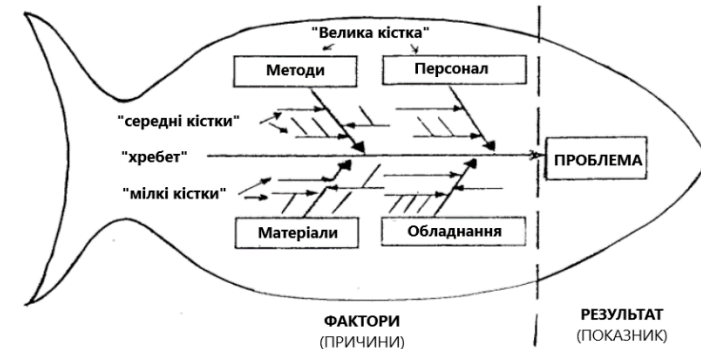
Група по аналізу кореневих причин (до 10 інцидентів на місяць)



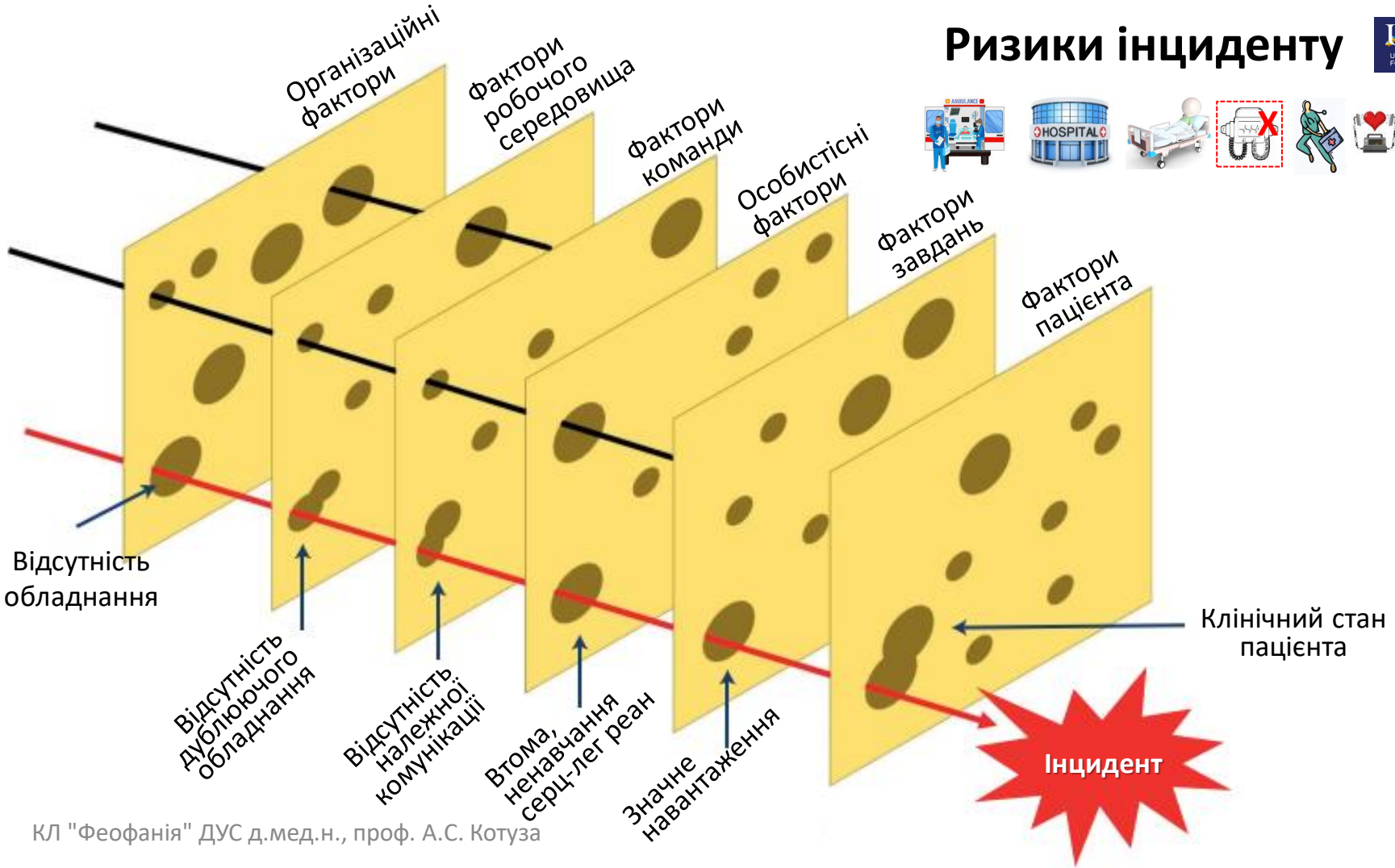
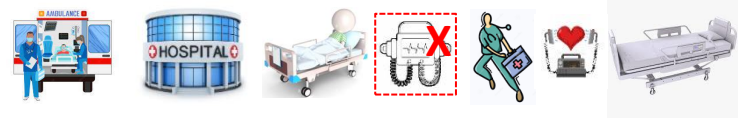
5 Чому



Діаграма Ішикави



Ризики інциденту





4. Методична діяльність:

- зведення даних по інциденту;
- формування та доповнення бібліотеки (каталогів) ризику, інцидентів, кореневих причин;
- наповнення бази знань (знань організації) + Threat Intelligence;
- організаційні та технічні заходи.

Крок 7: Провести аналіз

Аналіз даних згідно з типом події	Аналіз даних згідно з наслідком інциденту	Аналіз даних згідно із фактором, який стосується інциденту	Розрахунок і аналіз показників інциденту безпеки
-----------------------------------	---	--	--



Крок 8: Упровадити рекомендації

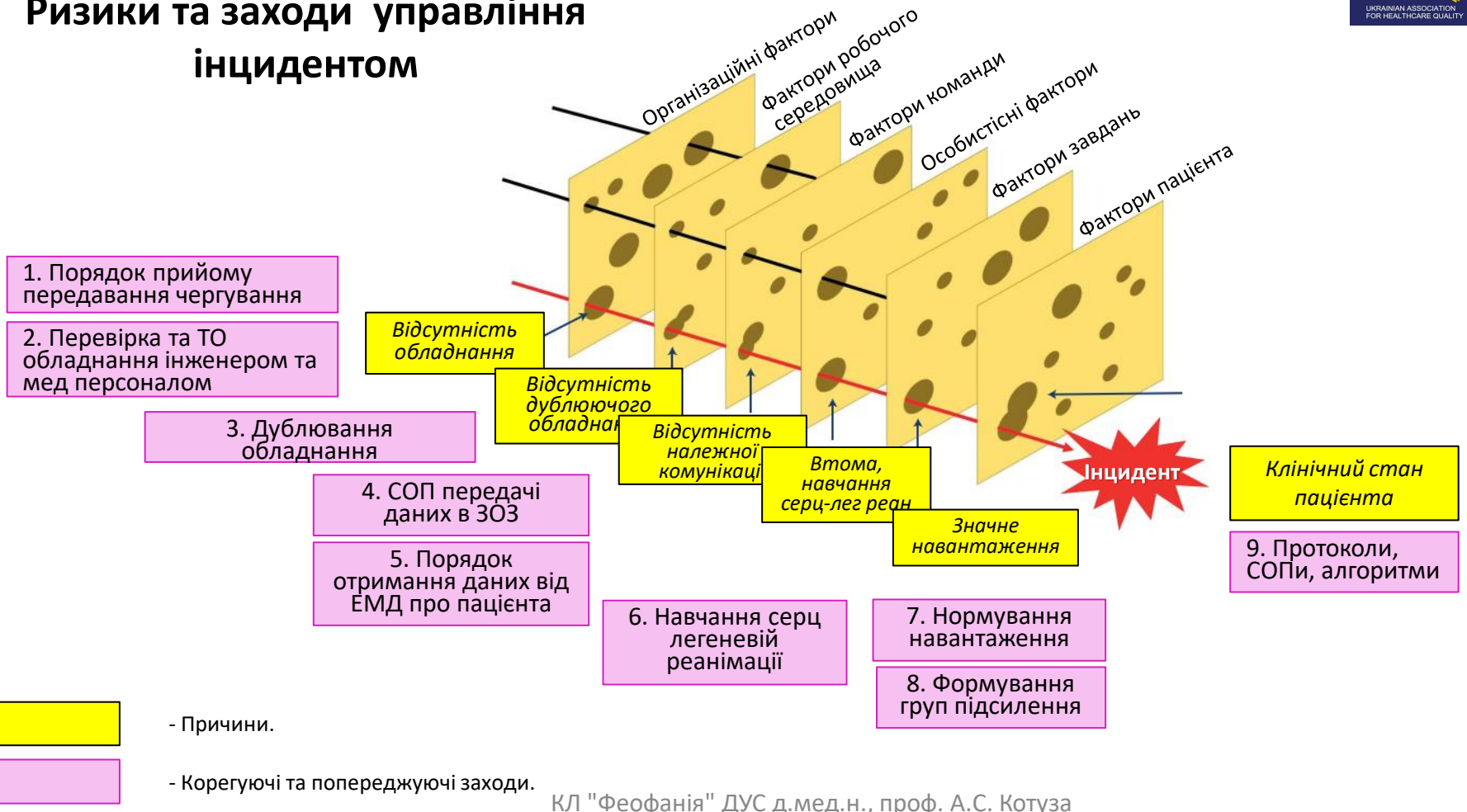
Комітет з безпеки пацієнтів закладу охорони здоров'я здійснює контроль за виконанням визначених рекомендацій	Окружний/регіональний комітет з безпеки пацієнтів виконує наглядову функцію щодо моніторингу виконання рекомендацій
--	---



Крок 9: Провести навчання

Зворотний зв'язок з пацієнтом/родиною (доведення інформації після проведення аналізу)	Зворотний зв'язок з персоналом
---	--------------------------------

Ризики та заходи управління інцидентом



1. Порядок прийому передавання чергування

2. Перевірка та ТО обладнання інженером та мед персоналом

3. Дублювання обладнання

4. СОП передачі даних в ЗОЗ

5. Порядок отримання даних від ЕМД про пацієнта

6. Навчання серцево-легеневій реанімації

7. Нормування навантаження

8. Формування груп підсилення

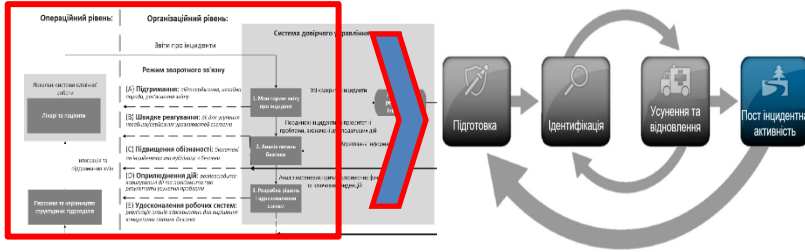
Клінічний стан пацієнта

9. Протоколи, СОПи, алгоритми

- Причини.

- Корегуючі та попереджувальні заходи.

Система управління інцидентами



Перелік СОПів:

- СОП «Звіт про інцидент»,*
- СОП «Порядок реєстрації інцидентів у структурному підрозділі лікарні»,*
- СОП «Порядок реєстрації та роботи з інцидентами у центрі контролю якості та безпеки медичної діяльності»,*
- СОП «Порядок проведення інцидентного аналізу та аналізу кореневих причин»,*
- СОП «Порядок розроблення, впровадження та оцінка результативності корегуючих заходів»...*

Документи:

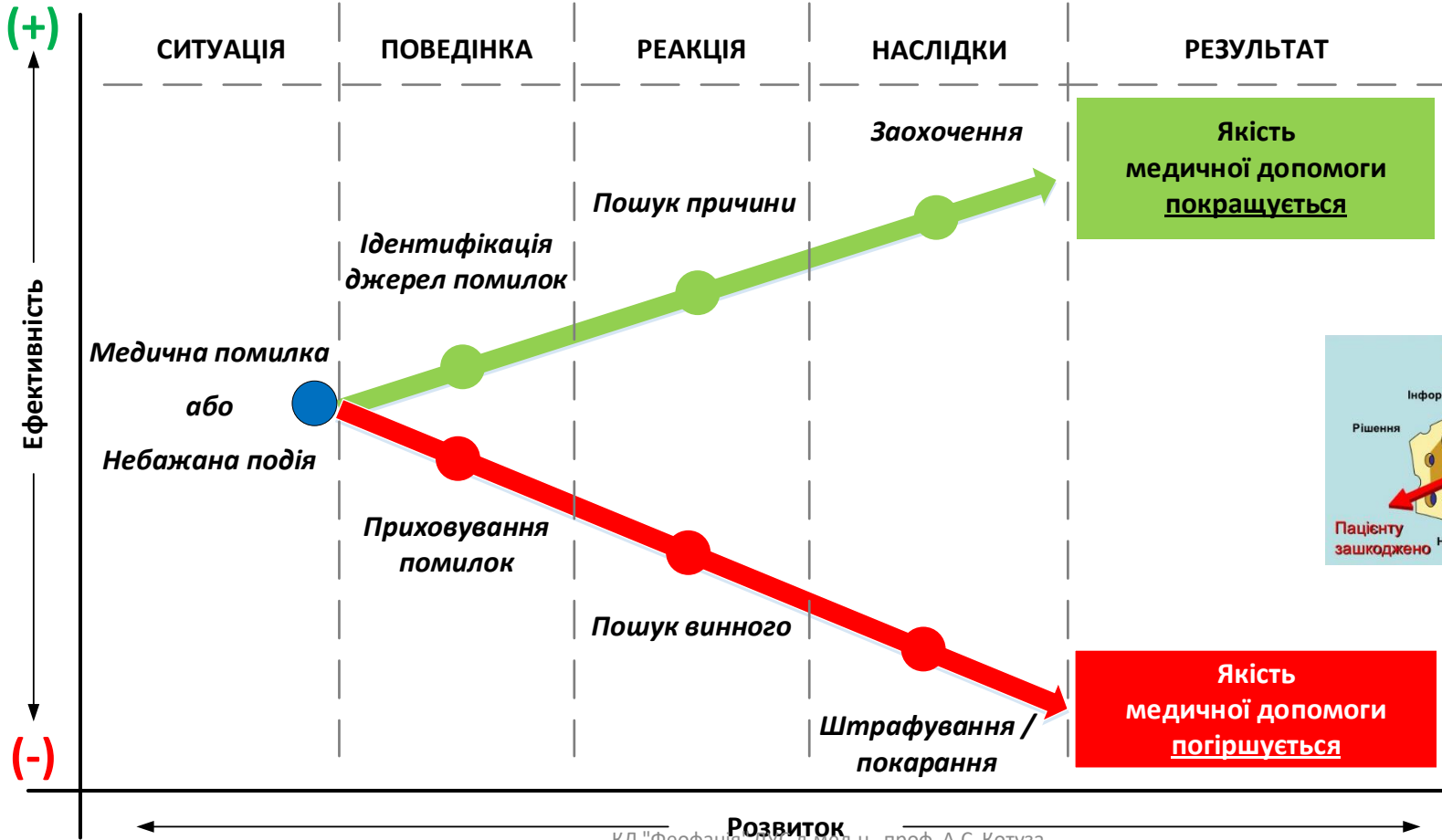
Наказ з інцидентів у лікарні.

Процедури:

- «Управління інцидентом»,
- «Корегуючі та попереджуючі дії»;
- «Управління ризиками».

- Журнал обліку інцидентів у структурному підрозділі.
- Журнал обліку інцидентів у ЗОЗ.
- Форма «Звіт про інцидент».
- Форма «Аналіз інциденту».

- Бюлетень аналізу інцидентів.
- Бюлетень аналізу кореневих причин.
- Реєстр інцидентів.
- Реєстр корегуючих заходів.



«Культура безпеки»

Покращення якості медичної
допомоги

Мотивація покращувати діяльність та процеси

Відкритість та транспарентність

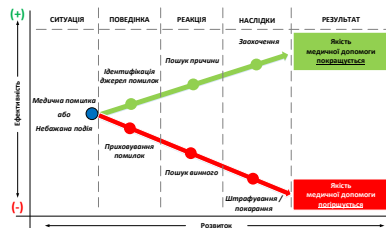
Поінформованість та залученість персоналу

Управління інцидентами

Культура безпеки лікарні — комплекс індивідуальних та групових цінностей, відносини, сприйняття, компетенції та моделі поведінки персоналу, які визначають стиль, майстерність та відданість співробітників здоров'ю та безпеці.

Шляхи впровадження «культури»:

1. Навчання та виховання керівників *(виключення порушень технології з незнання, навчання з лідерства, навчання методів інструктування та навчання персоналу, способів та загальних принципів безпечного надання медичної допомоги).*
2. Навчання та виховання персоналу підрозділів *(виключення порушень технології з незнання, виключення порушень безпечних СОПів та ін.).*
3. Впровадження реальних, а не формальних Процедур, СОПів та алгоритмів.
4. Підвищення компетенції персоналу *(наставництво та супровід працівниками з боку керівництва та відділу контролю якості).*
5. Зміна системи оплати праці *(диференціація залежно від дотримання технологічних заходів надання безпечної медичної допомоги).*
6. Розробка та впровадження процедур контролю якості медичної допомоги та безпеки медичної діяльності.



Культура справедливості

Людські помилки	Ризикована поведінка	Необачна поведінка
Продукт нашої поточної розробки системи та поведінкових рішень	Вибір: ризик вважається незначним або виправданим	Свідоме нехтування суттєвим і невиправданим ризиком
Управління за допомогою змін у наступному:	Управління шляхом:	Управління шляхом:
<ul style="list-style-type: none"> • вибір • процеси • процедури • навчальний процес • проектування • оточення 	<ul style="list-style-type: none"> • Усунення стимулів до ризикованої поведінки • Створення стимулів для здорової поведінки • Підвищення ситуаційної обізнаності 	<ul style="list-style-type: none"> • Коригувальних дій • Притягнення до дисциплінарної відповідальності
Контроль	Тренування	Дисципліна

Чотири наріжні камені справедливої культури

Створення культури навчання: *Прагнучи визнати ризик, як у індивідуальному, і на організаційному рівні. Ризик розглядається через події, майже помилки та спостереження системного проектування та поведінкових виборів*

Створення відкритої та справедливої культури: *Ми, як і раніше, відповідаємо за нашу поведінку, щоб слідувати політиці. Однак, у справедливій культурі, ми оцінюємо необхідність зміни системи. Ми також визнаємо, що люди будуть робити помилки.*

Створення безпечної системи: *Наші системи повинні бути розроблені для зменшення ризику людської помилки, перш ніж вони стануть критичними.*

Управління поведінковим вибором: *Коучинг один одного, щоб продемонструвати надійну поведінку, коли наша поведінка прямує до небезпечних місць (пропустити правила техніки безпеки, покликані забезпечити безпеку мережі для запобігання помилкам).*

Коди надзвичайних ситуацій у ЗОЗ - це система позначень для швидкого оповіщення персоналу про виникнення певних надзвичайних ситуацій та вжиття заходів щодо їх усунення

«Код Червоний» - пожежна або пожежна небезпека.

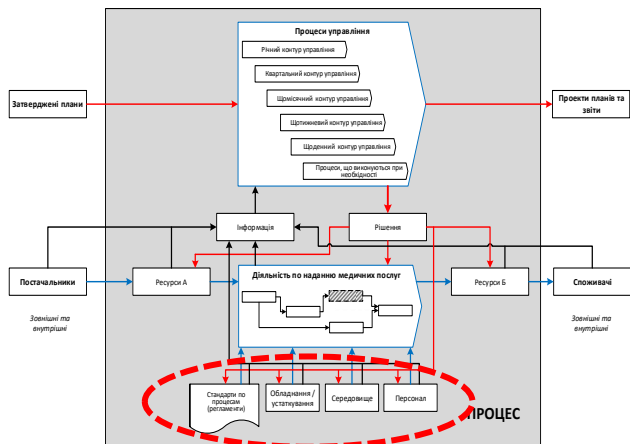
«Код Жовтий» - евакуація хворих або персоналу.

«Код Білий» - дії при агресії пацієнта або відвідувача.

«Код Зелений» - евакуація пацієнтів з інфекційними захворюваннями.

«Код Чорний» - повідомлення про присутність озброєного злочинця або терориста на території ЗОЗ.

«Код Сірий» - повідомлення про небезпеку, що насувається, наприклад, загрозу терористичного акту або природньої катастрофи (землетрус, повінь і т.д.).



П'ять стратегій безпеки

1. Безпека як найкраща практика: *прагніть до стандартів – зменшення конкретної шкоди та покращення клінічних процесів*
2. Удосконалення процесів і системи охорони здоров'я – *втручання для підтримки окремих осіб і команд, покращення умов праці та організаційних практик*
3. Контроль ризиків – *встановлення обмежень на продуктивність, попит або умови праці*
4. Покращення спроможності до моніторингу, адаптації та реагування.
5. Пом'якшення – *планування потенційної шкоди та відновлення.*

Чарльз Вінсент Рене Амальберті «Стратегії безпечної охорони здоров'я для реального світу»
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-319-25559-0.pdf>

Щоденні запитання на всіх рівнях

Що ми зробили добре?

Щоб ми могли відтворити?

Шкода в минулому

Чи був догляд за пацієнтами безпечним у минулому?

Надійність

Чи надійні наші клінічні системи та процеси?

Чутливість до операцій

Чи безпечна допомога сьогодні?

Очікування і підготовленість

Чи буде догляд безпечним у майбутньому?

Інтеграція та навчання

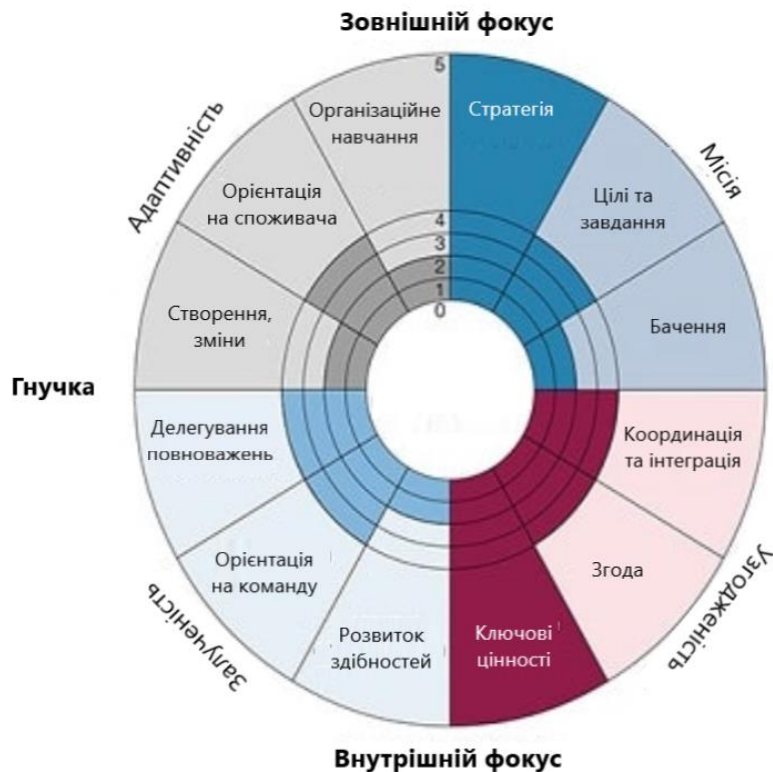
Чи реагуємо ми і вдосконалюємося?

*Джерело: Вінсент С, Бернетт С, Карті Дж. Вимірювання та моніторинг безпеки. Фонд здоров'я, 2013
www.health.org.uk/publications/the-measurement-and-monitoring-of-safety*

КЛ "Феофанія" ДУС д.мед.н., проф. А.С. Котуза



Що характеризують чотири блоки



Адаптивність - наскільки швидко заклад здатний адаптуватися до нових умов, чи орієнтований на споживача, яка увага приділяється навчанню персоналу.

Місія – чи розуміє персонал закладу завдання, що стоять перед лікарнею, чи знають та розуміють стратегію розвитку.

Узгодженість показує, чи об'єднує персонал спільні погляди, чи існують розбіжності, чи дотримуються вони єдиних цінностей.

Залучення - чи делегуються повноваження, яку увагу заклад приділяє розвитку здібностей персоналу, чи орієнтований персонал на командну роботу

Що показують осі

Наскільки гнучка чи стабільна корпоративна культура (параметри «Стабільна», і «Гнучка») і на кого вона більш орієнтована - співробітників чи споживачів (параметри «Внутрішній фокус» і «Зовнішній фокус»).

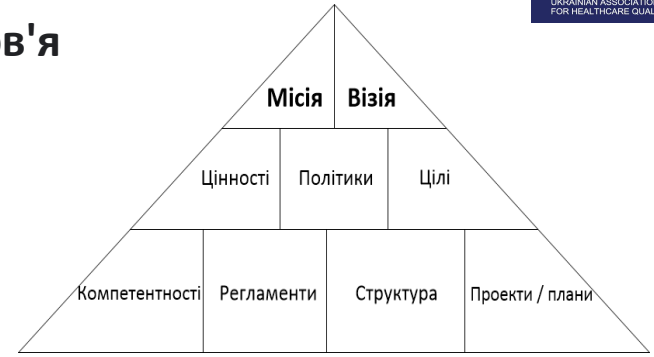
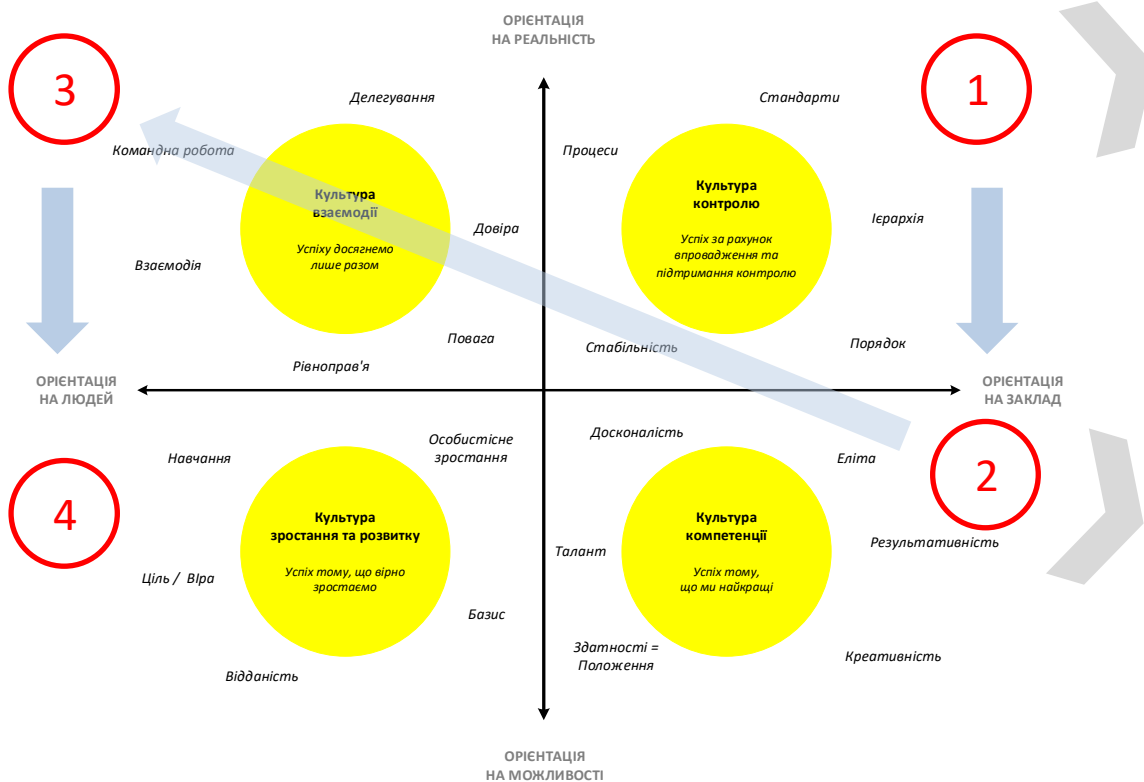
Алгоритм побудови справедливої культури та культури безпеки у закладі охорони здоров'я

Підготовчий етап

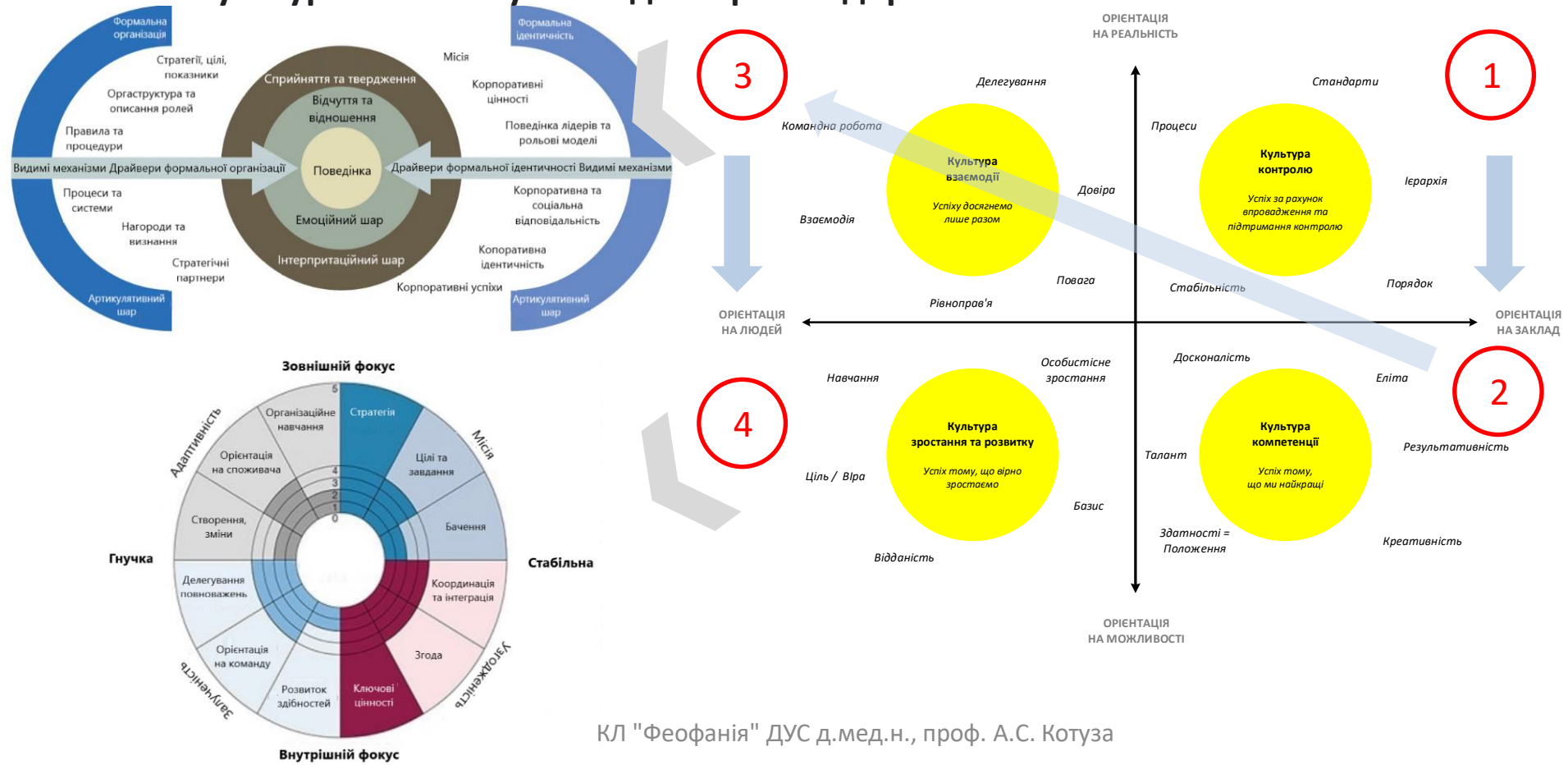
Реалізація



Порядок впровадження складових справедливої культури та культури безпеки у закладі охорони здоров'я

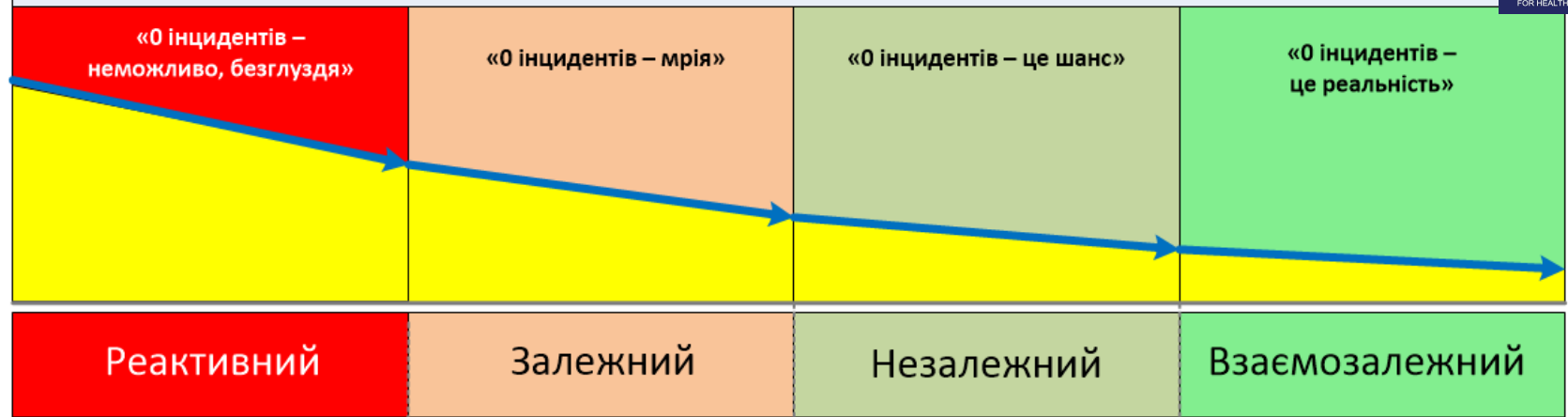


Порядок впровадження складових справедливої культури та культури безпеки у закладі охорони здоров'я



Прийняття концепції «Нуля інцидентів»

Кількість інцидентів



Зовнішня мотивація

Внутрішня мотивація

ВІДПОВІДНІСТЬ

ПРИХИЛЬНІСТЬ

Правила, процедури та протоколи

Усвідомлене лідерство, зразок для повторення, вплив та залучення

Опис

*Інстинктивна безпека;
Ціль – формальне дотримання
правил;
Обмежене залучення персоналу*

*Залученість адміністрації;
Страх / дисципліна;
Правила / інструкції;
Навчання*

*Знання, залученість та
стандарту;
Особистісна цінність;
Піклування про пацієнта;
Практика, звички;
Визнання особистих заслуг*

*Допомога іншим в дотриманні
норм;
Інтереси інших;
Внесок у загальну справу;
Турбота про оточуючих;
Колективна гордість*

«Я виконую правила тому, що повинен»

«Я виконую правила тому, що хочу»



Корегуючі дії



Попереджуючі дії

ПРОЦЕСИ, ЩО МІСТЯТЬ РИЗИКИ ПРИ ПЕРЕДАЧІ КЛІНІЧНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ:

- Переведення з відділення до відділення.
- Передача чергувань лікар-лікар, медсестра-медсестра, лікар – медсестра.
- Передача клінічної інформації перед відпусткою, навчанням.
- Транспортування пацієнта до іншої медичної організації.
- Передача клінічної інформації при переведенні пацієнта на інший етап лікування.
- Переведення пацієнта в іншу медичну організацію.
- Трансфер пацієнта.

РЕКОМЕНДУЄТЬСЯ:

- проведення періодичного навчання співробітників навичкам комунікації;
- покращення комунікації між організаціями, які надають пацієнту різні види лікування для вироблення чіткої стратегії ведення;
- використання техніки SBAR та надавати персоналу достатнього часу для здійснення комунікації, а також можливість ставити запитання і отримувати на них відповіді, стимулювати персонал повторювати та перечитувати отриману інформацію для того, щоб переконатися у правильності сприйняття інформації про статус пацієнта, перелік лікарських препаратів, план лікування, змін у стані;
- суворе обмеження інформації, що передається на кожному етапі

Рівні розвитку корпоративної культури



Рівні розвитку "Культури безпеки"





**Сподіваюсь на конструктивну співпрацю
та тісний діалог**

Контакти:

м.тел.: (067) 272-05-45

емейл: kotuz_a@ukr.net