

<i>ГКП на ПХВ «Областная офтальмологическая больница»</i>			
<b>Наименование структурного подразделения:</b>	<i>Администрация</i>		
<b>Название документа:</b>	<b>Стандарт операционной процедуры Правила управления инцидентами</b>		
<b>Утвержден:</b>	Руководитель _____ <b>Сеилбеков Ч.А</b>		
<b>Дата утверждения:</b>	<b>Приказ №85/1 н-к от 06.03.2023г</b>		
<b>Разработчик:</b>	<i>Должность</i>	<i>ФИО</i>	<i>подпись</i>
	Врач эксперт	Нурманов А.Б.	
<b>Согласовано:</b>	Зам. руководителя по медицинской части	Шегай А.С	
<b>Дата согласования:</b>	<b>Протокол №2 от 02.03.2023г</b>		
<b>Ответственный за исполнение:</b>	Врач эксперт	Нурманов А.Б.	
<b>Дата введения в действие:</b>	06.03.2023г		
<b>Дата актуализации:</b>	Каждые 3года и/или изменение НПА		
<b>Версия №01</b>	<b>Врач эксперт Нурманов А.Б.</b> _____		

*г. Шымкент, 2023год*

## Правила по управлению инцидентами

### 1. Цель и задачи

**Цель Программы** - управление рисками для повышения безопасности пациентов, персонала и посетителей в Медицинской организации.

#### **Задачи Программы:**

- 1) Выявление рисков
- 2) Определение приоритености рисков
- 3) Сообщение рисков
- 4) Управление рисками
- 5) Расследование неблагоприятных событий
- 6) Принятие соответствующих мер.

### 2. Область применения

В выполнении данной Программы задействованы руководство и все работники, а также пациенты, члены их семьи, посетители на всей территории Медицинской организации.

### 3. Ответственность: Все работники Медицинской организации

### 4. Термины, определения

Программа по управлению рисками создана в координации с Программой по улучшению качества, Программой безопасности здания, Программой инфекционного контроля.

Медицинская организация придерживается следующих процессов для снижения рисков:

- выявление и регистрация инцидентов, почти-ошибок и принятие по ним мер;
- извлечение уроков из ошибок и почти-ошибок для их предупреждения;
- некарательная система: минимизация обвинения лиц, вовлеченных в медицинскую ошибку;
- коллективная работа;
- обмен знаниями.

Программа управления рисками обобщает, анализирует риски и принимает меры по их предотвращению и снижению их последствий.

*Анализ корневых причин* – процесс выявления основных или причинных факторов, лежащих в основе изменения производительности, включая возникновение или риск чрезвычайных событий. Синоним: анализ первопричин.

*Риск* – вероятность инцидента/неблагоприятного события, которая возникает в определенный период времени или в результате специфической

ситуации.

*Инцидент (неблагоприятное событие)* – это ненормальное, необычное событие. Такое событие, не являющееся частью нормального функционирования деятельности, влияет или может повлиять на снижение качества оказываемых услуг, может привести к нежелательному исходу. Инциденты в Медицинской организации делятся на *потенциальные ошибки, ошибки и чрезвычайные события*.

*Потенциальная ошибка, почти ошибка* (англ. Near Miss) – это вид инцидента, когда ошибка чуть не случилась, была предотвращена, не свершилась. Другими словами, это событие, при котором ошибка была предотвращена, но при ее повторении, есть риск, что ее не заметят и ошибка случится. Например, записана неправильная доза препарата врачом и при проверке назначения ошибка была замечена и исправлена, то есть предотвращено неправильное введение дозы препарата пациенту. Но есть риск, что в следующий раз неправильно написанное назначение может быть незамеченным и пациенту введут препарат не в той дозе. Поэтому почти ошибки также подлежат сообщению и разбору, как и ошибки.

*Ошибка* (англ. Error) – это вид инцидента, когда ошибка случилась и неблагоприятно повлияла на качество медицинской помощи, либо на безопасность пациентов в результате неправильного действия, бездействия или излишнего действия сотрудников, аппаратуры и т.п. Ошибка может быть без вреда или с причинением вреда пациенту, сотрудникам.

*Sentinel Event / чрезвычайное или экстремальное событие* – неожиданное происшествие, включающее смерть, серьезную физическую или физиологическую травму. Серьезная физическая травма включает потерю конечности или функции. Такие события называются экстремальными, потому что они указывают на необходимость немедленного расследования и реагирования.

В Медицинской организации к таким событиям относятся:

- a) неожиданная смерть, включая, но, не ограничиваясь следующим:
  - смерть, не связанная с естественным течением болезни пациента или его состоянием (например, смерть от послеоперационной инфекции или внутрибольничной легочной эмболии);
  - суицид;
- b) серьезная постоянная потеря функции, не связанная с естественным течением болезни пациента или его состоянием;
- c) хирургическая операция с выбором неправильного участка для операции, проведение неправильной процедуры, и проведение хирургической

процедуры неправильно идентифицированному («не тому») пациенту.

d) передача хронической или фатальной болезни в результате переливания крови и ее продуктов или пересадка зараженных органов или тканей.

e) похищение пациента.

f) изнасилование, насилие на рабочем месте, например, нападение (приведшее к смерти или постоянной потере функции); убийство (намеренное) пациента, члена персонала, врача, интернов, посетителей или поставщиков на территории больницы.

Все экстремальные события подлежат анализу корневых причин в течение 45 дней после инцидента с последующим принятием системных мер по улучшению качества и безопасности пациента.

**5. Ресурсы:** информация о рисках в Медицинской организации из разных источников, например Отчет об инциденте или жалоба и т.п.

**6. Документирование:** Протоколы заседания комиссии по внутреннему контролю о разборе почти-ошибок, ошибок или экстремальных событий (анализ корневых причин) с принятием соответствующих мер по снижению рисков и по предотвращению повторения ситуации.

#### **7. Система управления рисками**

Управление рисками - это выявление, анализ и контроль рисков. Управление рисками включает в себя систематическое применение правил, процедур и практик.

##### **1) *Выявление рисков - отчет об инциденте.***

Персонал должен знать о системе отчетов об инциденте и своевременно и адекватно передавать в СПП и внутреннего контроля информацию о существующих потенциальных ошибках и любых инцидентах.

**2) *Оценка рисков.*** Путем систематического выявления, оценки, извлечения уроков и управления рисками можно сократить потенциальные и реальные риски. Таблица оценки рисков в Медицинской организации может быть использована для оценки:

- случаев, которые уже **произошли** (фактические события);
- случаев, которые были **предотвращены** (потенциальные).

## Таблица оценки рисков

### Часть 1. Оценка вероятности риска

Категория	Уровень	Описание
Почти точно случится	5	Во многих обстоятельствах этот случай ожидается с уверенностью
Скорее вероятно	4	Во многих обстоятельствах этот случай вероятно случится
Возможно	3	Возможно случится
Вряд ли	2	Может когда-то случится
Очень редко	1	Может случится только в редких случаях

### Часть 2. Оценка уровня влияния риска

Категория	Уровень	Описание
Катастрофический	5	Смерть, серьезный вред, огромное влияние на человека или организацию
Сильный	4	Много повреждений, средняя степень прекращения услуг, большое влияние на человека или организацию
Средний	3	Необходимо оказание медицинской помощи или лечение, существенное влияние на человека или организацию
Небольшой	2	Первая помощь, низкое влияние на человека или организацию
Незначительный	1	Повреждений нет, низкое влияние на человека или организацию

3) **Определение приоритетности рисков.** СВА классифицирует инцидент и организует обзор (используя различные методики, Анализ Корневых Причин, диаграмма Фишбоун и др., для проактивного анализа – методика FMEA)

**Приоритетность рисков можно определить по схеме вероятности-влияния:**

Вероятность /Влияние	Почти точно случится	Скорее вероятно	Возможно	Вряд ли	Очень редко
Катастрофический	Высокий риск	20	15	10	5
Сильный	20	16	12 средний риск	8	4
Средний	15	12	9	6 низкий риск	3
Небольшой	10	8	6	4	2 очень низкий
Незначительный	5	4	3	2	1 риск

4) **Планирование. Разработка решений.** Выявление тенденций происхождения рисков и инцидентов на уровне структурных подразделений и Медицинской организации. Рекомендации по проведению мероприятий, предотвращающих повторное возникновение инцидента.

5) **Внедрение мер.** Выполнение ответственными должностными лицами мер по устранению и предотвращению рисков и инцидентов в рамках своей сферы контроля.

6) **Аудит и мониторинг.** Оценка эффективности профилактических мер или процедурных изменений, направленных на устранение инцидентов или уменьшение риска возникновения инцидентов.

7) **Обратная связь.** СВА обеспечивает обратную связь со структурными подразделениями, а также с пациентами или их родственниками о результатах



анализа, принятых мерах.

### Проактивная оценка рисков

Проактивная оценка риска используется для предотвращения проблем до их возникновения. Медицинская организация ежегодно определяет как минимум один процесс высокого риска и проводит анализ по методологии FMEA - анализа рисков и их последствий.

**8. Ссылки:**

- 1) **Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 марта 2015 года № 173 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»** (с изменениями от 28.06.2016 г.);
- 2) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года №676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» (с изменениями и дополнениями от 5 июня 2018 года), Приложение 1. Глава 1: Руководство. 9. Управление рисками;
- 3) Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 6th Edition) для больниц, 6-е издание, Глава 9: Повышение качества и безопасность пациента, 2017г., США.
- 4) Open Disclosure. Health Care Professionals Handbook. © Commonwealth of Australia, 2003;
- 5) Canadian Disclosure Guidelines. Being open with patients. © Canadian Patient Safety Institute, 2011;
- 6) Disclosure of medical error: policies and practice. JawaharKalra, K.Lorne Massey, AmithMulla. J R Soc Med 2005;98:307–309;
- 7) Hospital Disclosure Practices: Results Of A National Survey. Rae M. Lamb, David M. Studdert, Richard M.J. Bohmer, Donald M. Berwick and Troyen A. Brennan Health Affairs, 22, no.2 (2003): 73-83;
- 8) iSixSigma. FEMA: Preventing a Failure Before Any Harm Is Done. Smith DL. Accessed November 16, 2016;
- 9) Streimelweger B, Wac K, Seiringer W. Human-factorbased risk management in the healthcare to improve patient safety. Int J E-Health and Med Commun (IJEHMC). 2016. Accessed Nov 16, 2016;
- 10) Carroll RL, et al. Enterprise Risk Management: A framework for success. Chicago, IL: American Society for Healthcare Risk Management, 2014.



### Лист регистрации изменений

<b>№</b>	<b>№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение</b>	<b>Дата внесения изменения</b>	<b>ФИО лица, внесшего изменения</b>





**Лист ознакомления**

<b>№</b>	<b>Ф.И.О.</b>	<b>Должность</b>	<b>Дата</b>	<b>Подпись</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				



14				
15				



ОБЛЫСТЫҚ  
ОФТАЛЬМОЛОГИЯЛЫҚ  
АУРУХАНА

Стандарт операционных процедур  
**«Правила управления инцидентами»**