

Качество и безопасность медицинской деятельности

Габуня Нино Юрьевна

Что такое качество?



ответственность

правила

доверие

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИЗ ISO 9000

3.6.2 качество (quality): Степень соответствия совокупности присущих *характеристик*(3.10.1) *объекта* (3.6.1) *требованиям* (3.6.4).

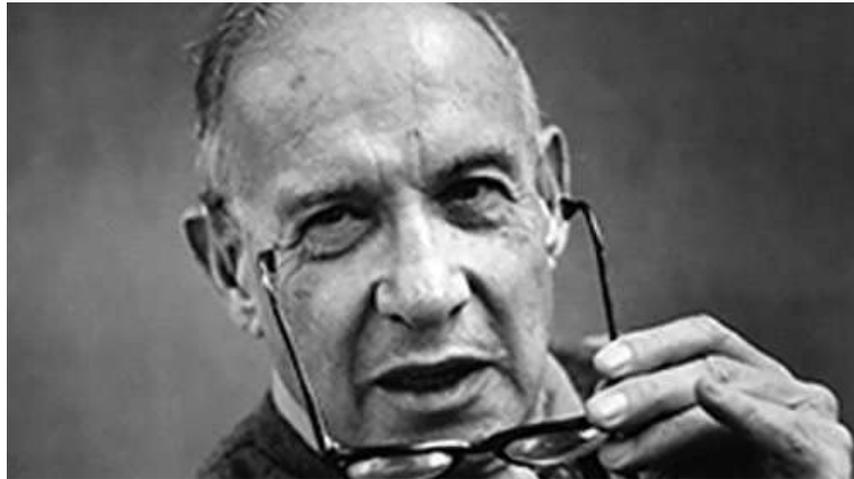
«Качество – степень соответствия требованиям»



ПИТЕР ДРУКЕР

Эффективность – это делать вещи правильно (doing things right)

Результативность – это делать правильные вещи (doing the right things)



Качество – это делать правильные вещи правильно (doing the right things right).

QUALITY ASPECTS, INSTITUTE OF MEDICINE (IOM)

АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА, ИНСТИТУТ МЕДИЦИНЫ

Безопасность

созданы условия по предотвращению ошибок и неблагоприятных событий при взаимодействии с пациентом, персоналом, обществом, окружающей средой

Эффективность

процессы ориентированы на сокращение всех видов потерь и затрат. Получен максимально возможный (лучший) результат в соответствии с имеющимся ресурсам

Результативность

организация работы осуществляется на основе научно обоснованных методов (доказательная медицина)

Своевременность

все процессы должны осуществлять «точно вовремя». Соблюдаются: установленные сроки оказания медицинской помощи, установленные требования территориальной и финансовой доступности

Человекоцентричность

уважение культуры и предпочтений пациента, вовлечение в процесс принятия решений о своем здоровье

Беспристрастность

преимущества оказания медицинской помощи предоставляются для всех, без исключения, независимо от демографических и социально-экономических факторов

Актуальность вопроса

- 1999

Публикация отчёта IOM «*To Err Is Human*» производит сенсацию в СМИ и формирует современное движение за безопасность пациентов

- 2000

По образцу отчёта IOM National Health Service, NHS Великобритании публикует другой важный отчёт — *An Organisation with a Memory*.

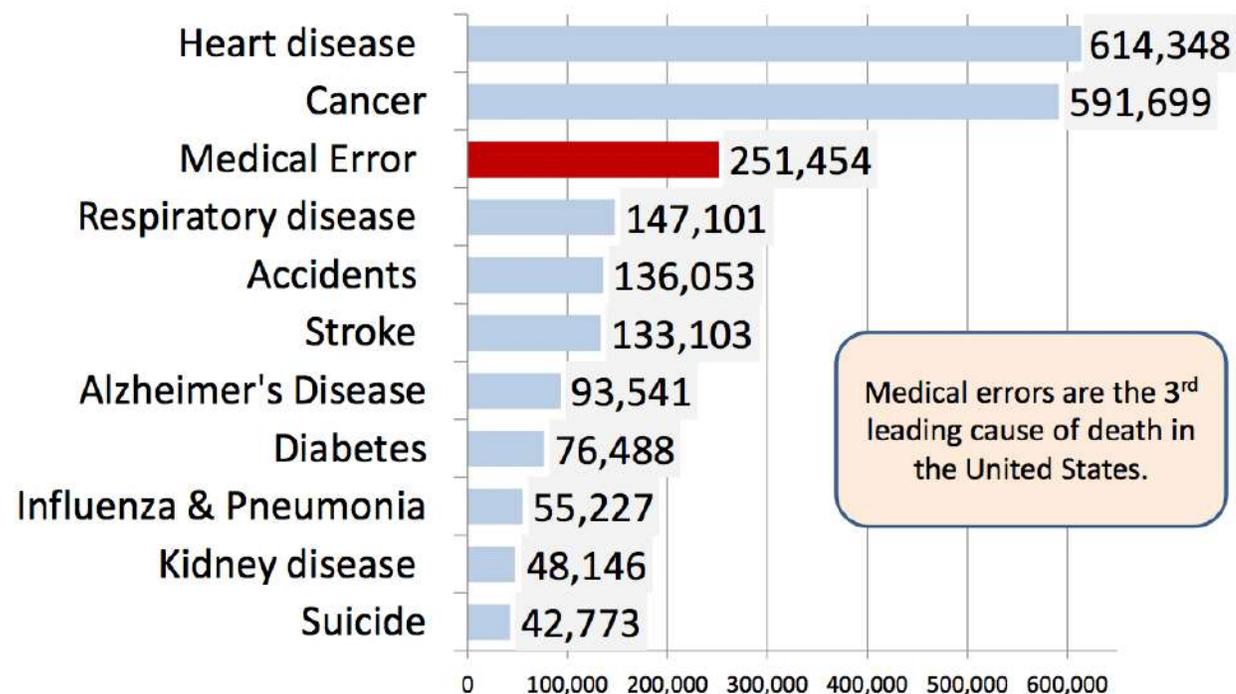


МЕДИЦИНСКИЕ ОШИБКИ

- От 44 до 98 тыс. смертей (To Err is Human)
- Journal of Patient Safety, 2013: 400 тыс. Смертей
- USA ED каждый 10 пациент гибнет или страдает в результате медицинской ошибки
- Французская система здравоохранения – 14% пациентов

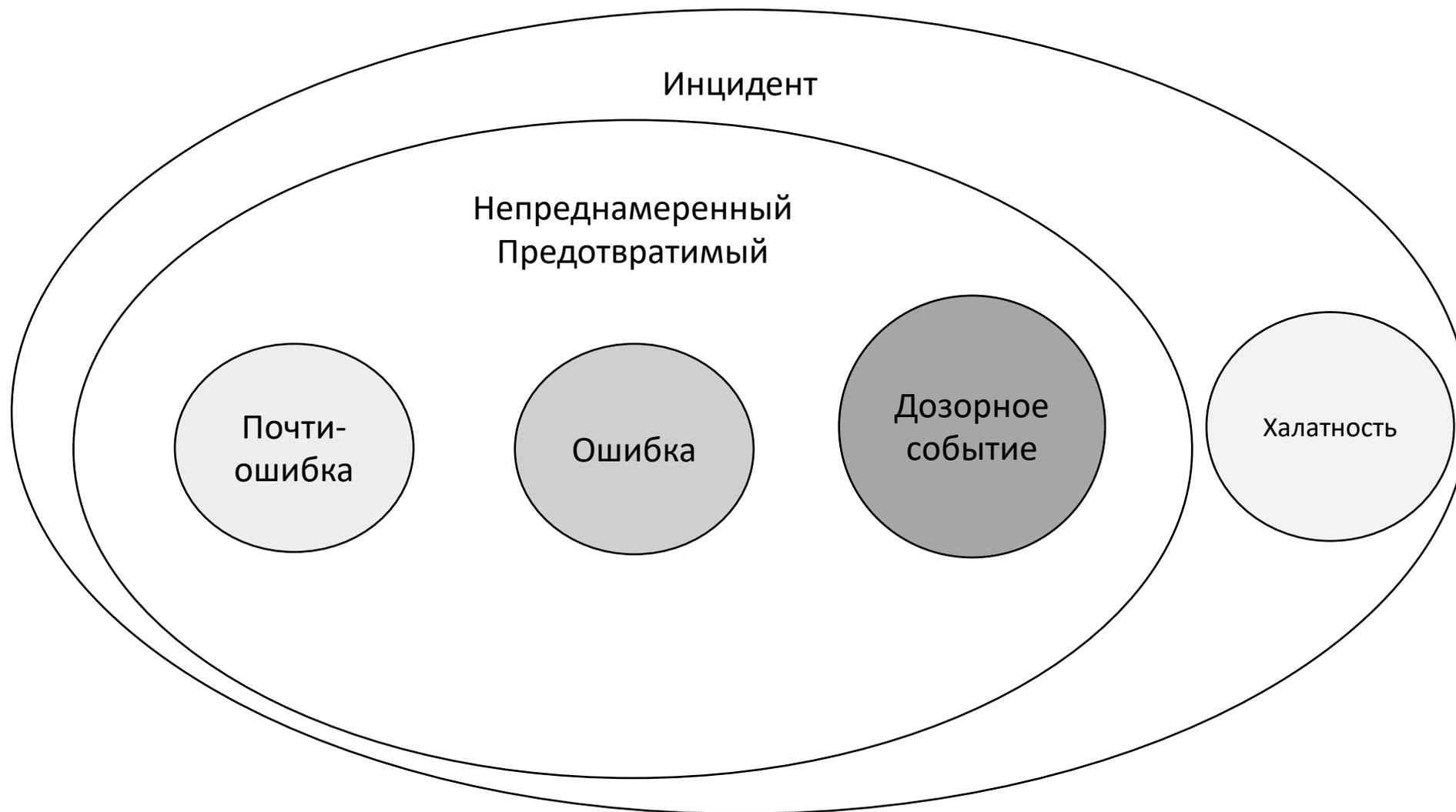
- 17 млрд долларов в год в США
- В 2015 NHS 26,1 млрд фунтов

Number of Deaths in the United States



Sources: CDC. National Center for Health Statistics. Number of deaths for leading causes of death, 2014.

Немного терминологии



БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ИНИЦИАТИВЫ ВОЗ



- Входит в 10 основных причин смерти и инвалидности во всем мире
- 50% неблагоприятных событий можно предотвратить в стационаре и 80% в амбулатории
- Ежегодно происходит 134 миллиона нежелательных явлений, от которых умирает 2,6 миллиона пациентов

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ИНИЦИАТИВЫ ВОЗ



Всемирный день
**безопасности
пациентов**
17 сентября 2022 г.

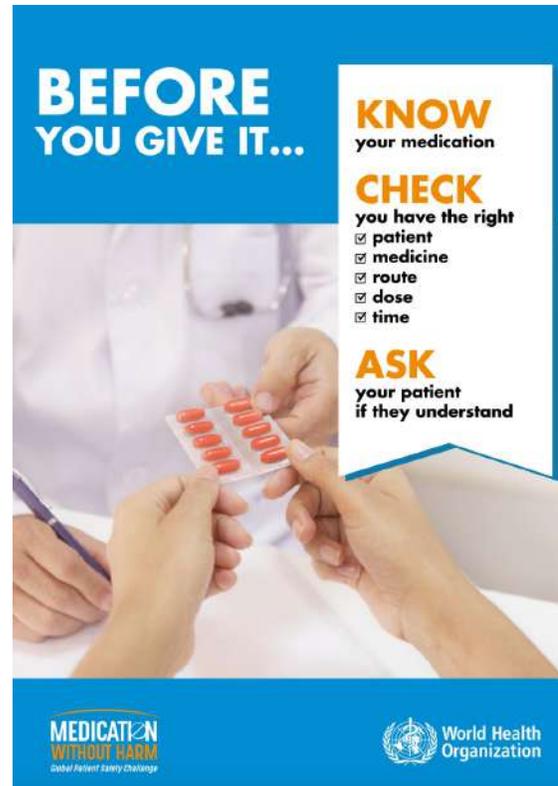
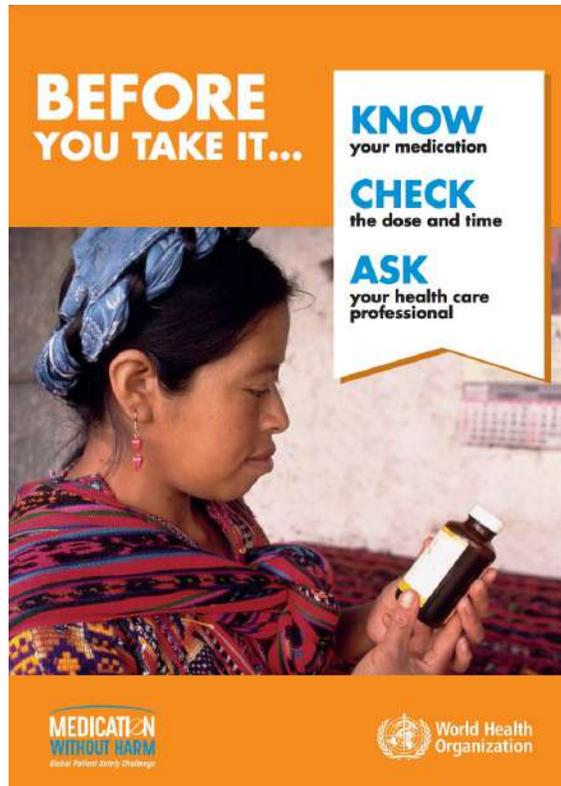
РУКОВОДСТВО ПО НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ И СТРАТЕГИИ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

Практический подход к разработке политики
и стратегии в целях повышения качества
медицинской помощи



СОВМЕСТНЫЕ
УСИЛИЯ

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ 2022 – ЛЕКАРСТВА БЕЗ ВРЕДА



Каким требованиям?

КАК ПОЯВЛЯЮТСЯ СТАНДАРТЫ:



МОДЕЛИ СМК/ «ТРЕБОВАНИЯ»

ПРОЦЕССНЫЕ

Модель TQM

ISO 9001

6 сигм

**Бережливое производство
(Lean Management)**

МОДЕЛИ КОНКУРСОВ

EFQM (Европа)

Премия Малькольма
Болдриджа (США)

Премия Деминга (Япония)

**Премия Правительства РФ в
области качества (РФ)**

ОТРАСЛЕВЫЕ

JCI (США)

CARF, HAS, ACQH и пр.

**Практические Рекомендации
РЗН (РФ)**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО
ПО ТЕХНИЧЕСКОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ И МЕТРОЛОГИИ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
СТАНДАРТ
РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

ГОСТ Р ИСО
9000—
2015

СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Основные положения и словарь

ISO 9000:2015
Quality management systems — Fundamentals and vocabulary
(IDT)

Издание официальное



Москва
Стандартинформ
2015

«Качество — степень соответствия требованиям»



ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО
ПО ТЕХНИЧЕСКОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ И МЕТРОЛОГИИ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
СТАНДАРТ
РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

ГОСТ Р ИСО
9001—
2015

СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Требования

ISO 9001:2015
Quality management systems — Requirements
(IDT)

Издание официальное



Москва
Стандартинформ
2015

ПРИНЦИПЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ISO 9001:2015

1. Ориентация на потребителей
2. Лидерство
3. Взаимодействие работников
4. Процессный подход
5. Улучшение
6. Принятие решений, основанное на свидетельствах
7. Менеджмент взаимоотношений

МОДЕЛИ СМК/ «ТРЕБОВАНИЯ»

ПРОЦЕССНЫЕ

Модель TQM

ISO 9001

6 сигм

**Бережливое производство
(Lean Management)**

МОДЕЛИ КОНКУРСОВ

EFQM (Европа)

Премия Малькольма
Болдриджа (США)

Премия Деминга (Япония)

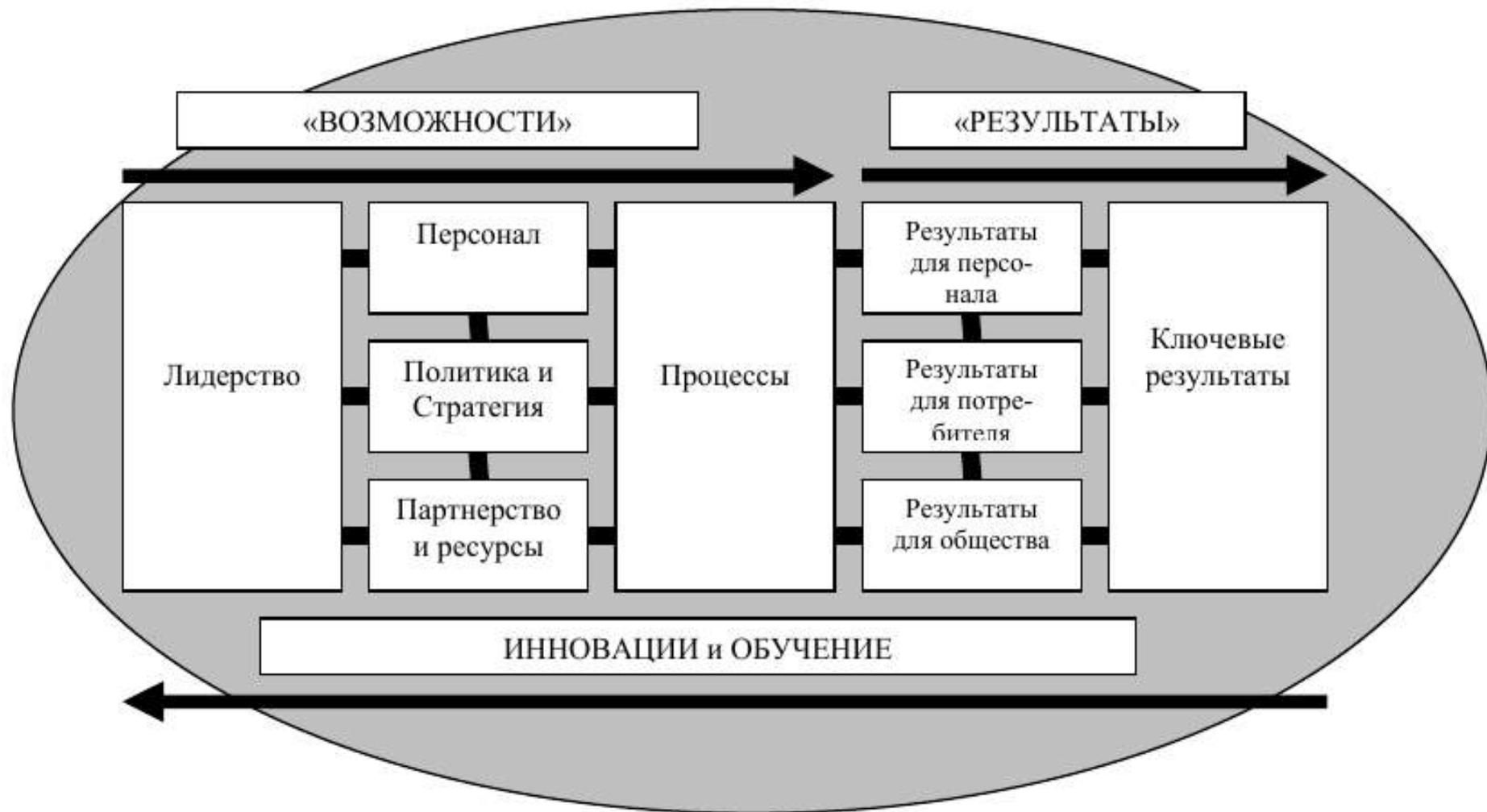
**Премия Правительства РФ в
области качества (РФ)**

ОТРАСЛЕВЫЕ

JCI (США)

CARF, HAS, ACQH и пр.

**Практические Рекомендации
РЗН (РФ)**



МОДЕЛИ СМК/ «ТРЕБОВАНИЯ»

ПРОЦЕССНЫЕ

Модель TQM

ISO 9001

6 сигм

**Бережливое производство
(Lean Management)**

МОДЕЛИ КОНКУРСОВ

EFQM (Европа)

Премия Малькольма
Болдриджа (США)

Премия Деминга (Япония)

**Премия Правительства РФ в
области качества (РФ)**

ОТРАСЛЕВЫЕ

JCI (США)

CARF, HAS, ACQH и пр.

**Практические Рекомендации
РЗН (РФ)**

Международные и национальные стандарты качества и безопасности медицинской деятельности



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ КАЧЕСТВА»
ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Возникновение JCI

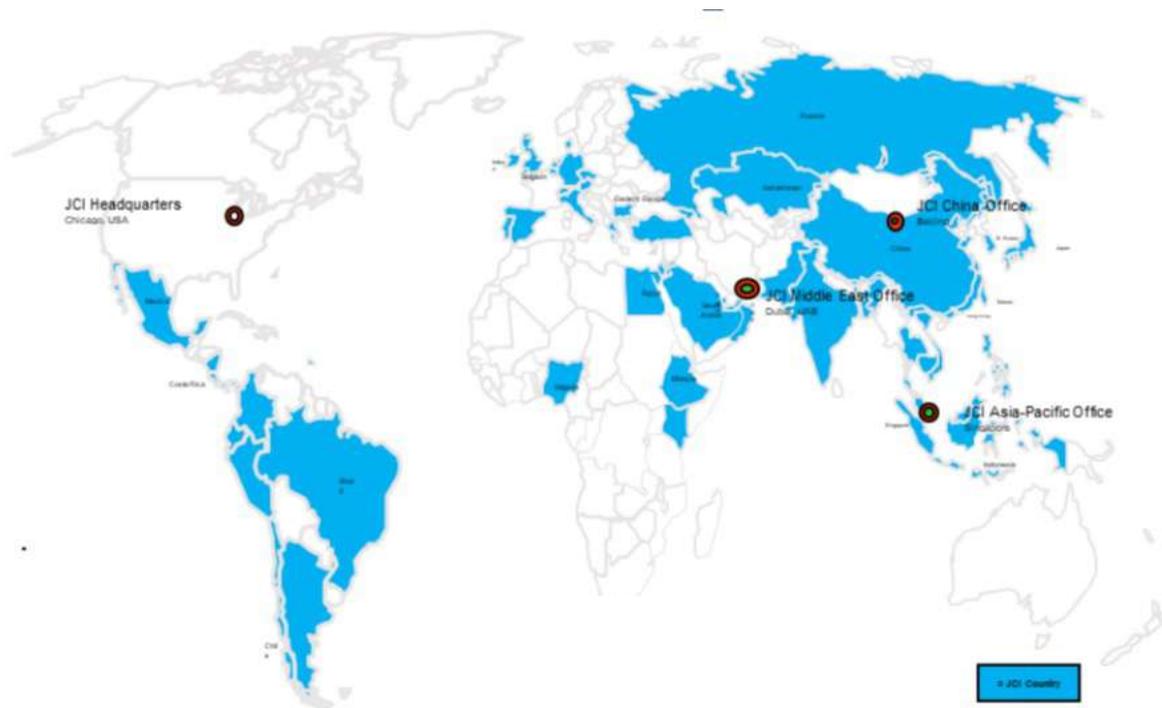
- Эрнест Кудман, 1869-1940
- Впервые предложил идею «конечного результата» (1910) по измерению хирургических осложнений и активному обмену знаниями во врачебном сообществе

«Каждая больница должна следить за каждым пациентом, которого она лечит, достаточно долго, чтобы определить, было ли лечение успешным. Если нет, то анализировать, почему, с целью предотвращения подобных неудач в будущем»



Миссия JCI

Повышение качества и безопасности медицинской деятельности в международном сообществе...



946 медицинских организаций:

- ОАЭ: 197
- Саудовская Аравия: 96
- Бразилия: 60
- Таиланд: 60
- Китай: 51
- Турция: 30
- Израиль: 29
- Индия: 37
- Япония: 31
- Ирландия: 31

Стационары и медицинские организации, осуществляющие практическую подготовку обучающихся: 693

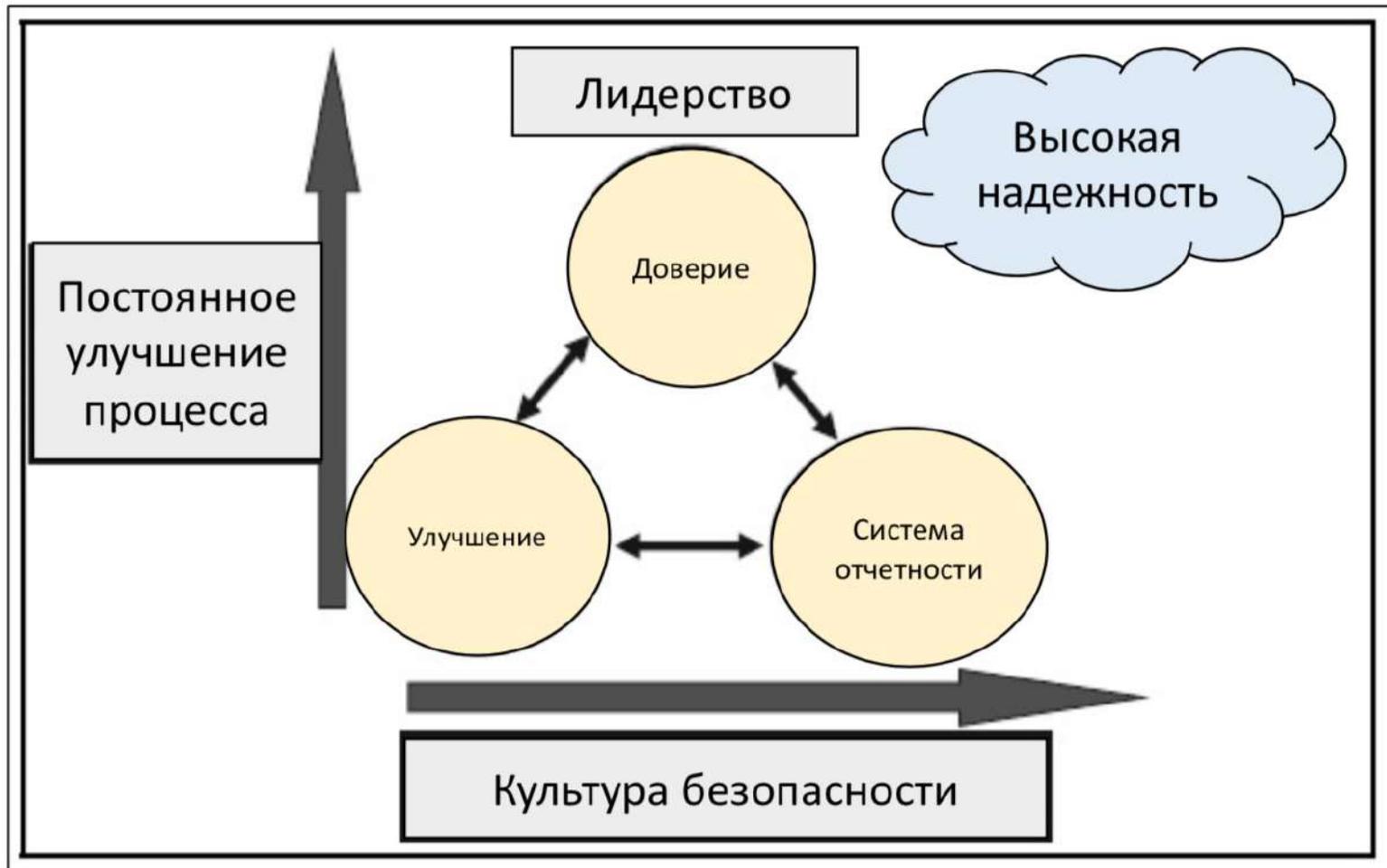
Амбулатории: 141

Лаборатории: 46

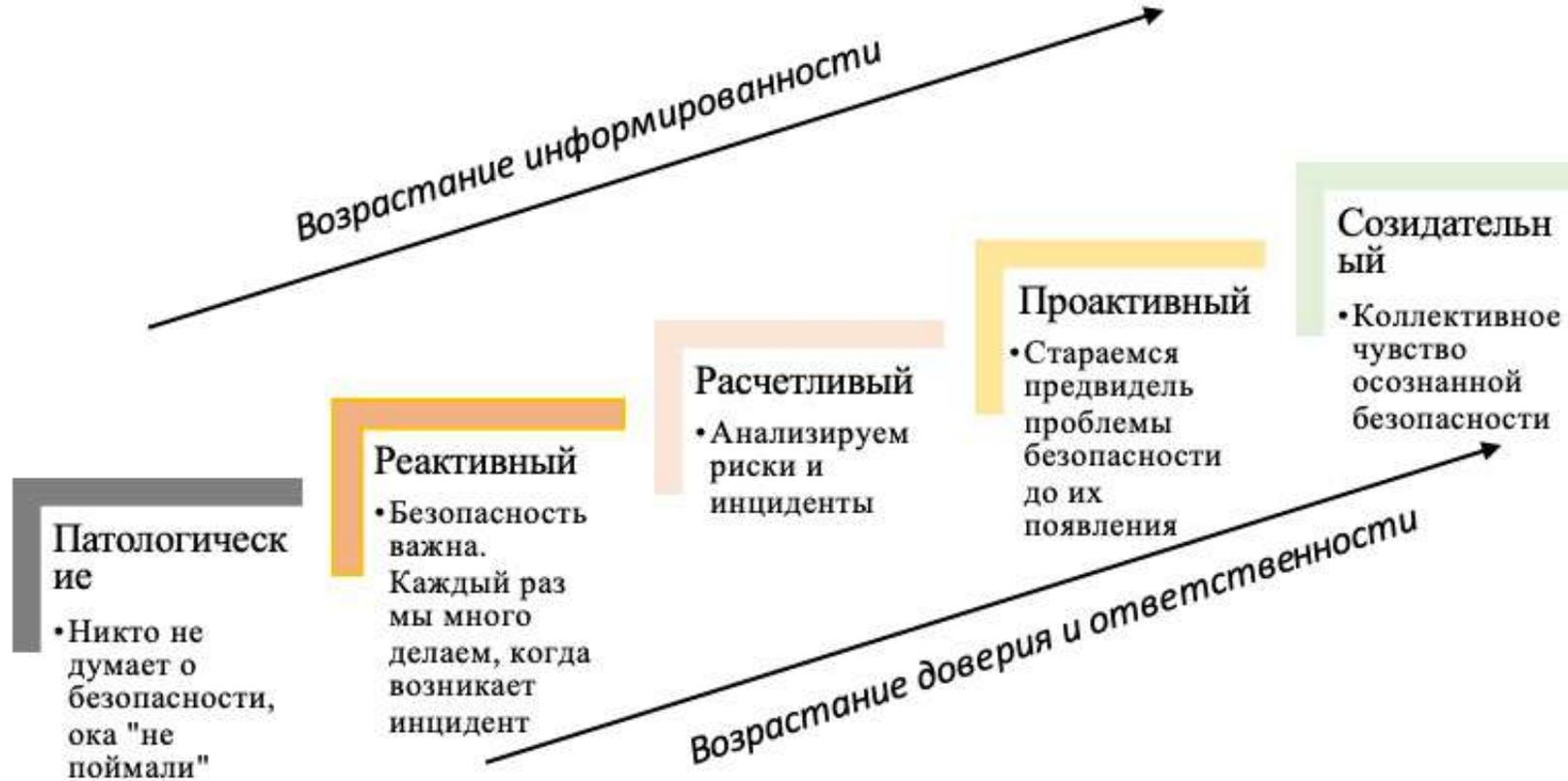
Уход на дому: 21

Культура безопасности

Модель обеспечения безопасности пациентов, The Joint Commission (США)

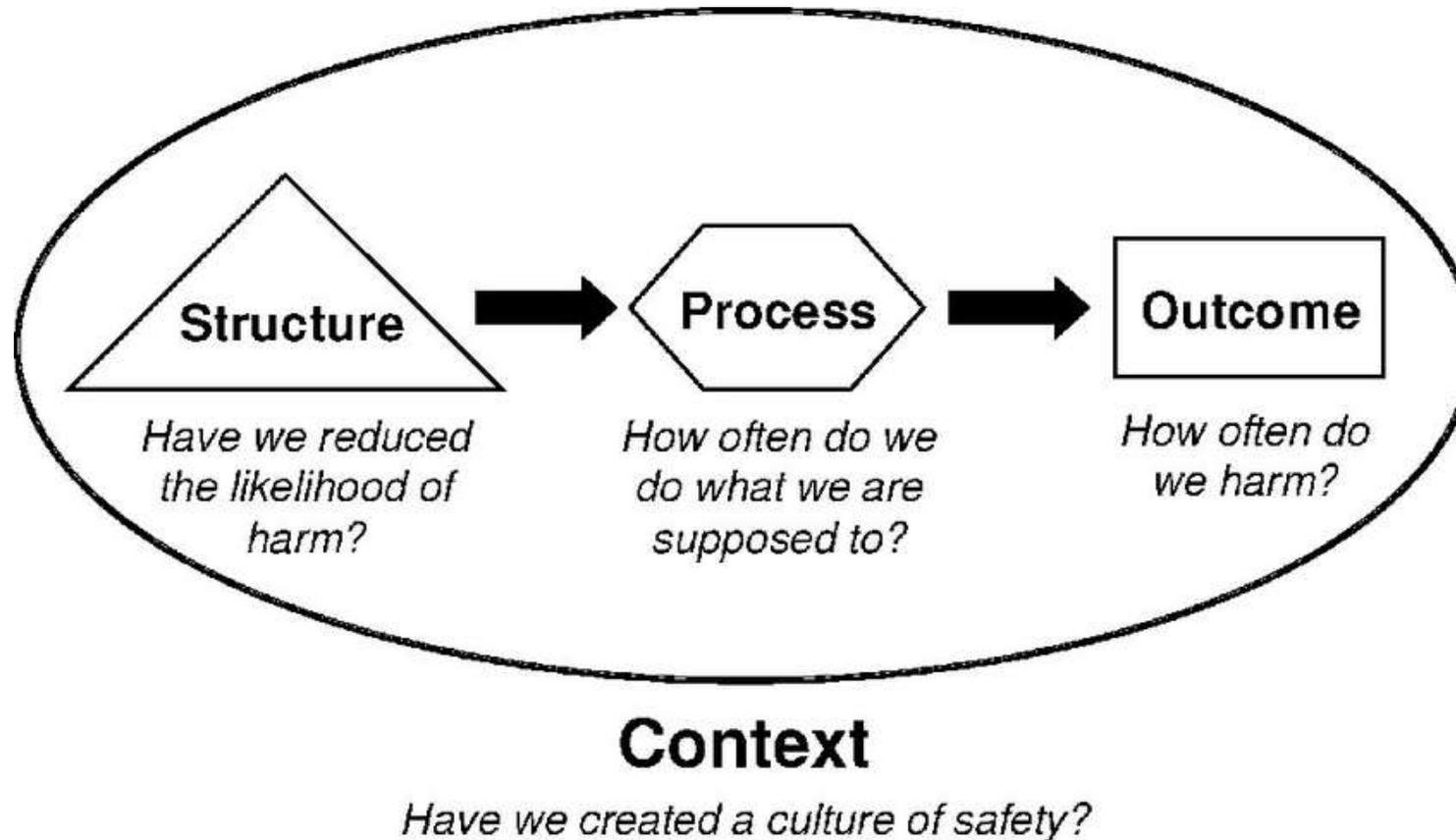


ЭВОЛЮЦИЯ БЕЗОПАСНОСТИ – МОДЕЛЬ ХАДСОНА



На что направлены стандарты?

Donabedian quality model



КОЛИЧЕСТВО «ПОДТВЕРЖДЕННЫХ» МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА СТАНДАТЫ КАЧЕСТВА: 2022



**4 МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ:**
4 ГОСУДАРСТВЕННЫХ



**5 МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ:**
4 ЧАСТНЫХ
1 ГОСУДАРСТВЕННАЯ



**9 МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ:**
2 ЧАСТНЫХ
7 ГОСУДАРСТВЕННЫХ



Система добровольной
сертификации «Качество и
безопасность медицинской
деятельности»

**80 МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ:**
45 СТАЦИОНАРОВ
35 ПОЛИКЛИНИК

ИЕРАРХИЯ ТРЕБОВАНИЙ ПО КАЧЕСТВУ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



Сопротивление



Я и так все знаю

Я миллион раз так делал

Вы хотите из меня робота сделать?

На практике



Я же тебе говорил,
ты не услышал?

А я думал, что и так
сработает

Я перепутал,
отвлекся, забыл..

Вот, что из-за этого случается

В животе пациентки Первого меда гинеколога забыли простыню

14.01.2016 / [Версия для печати](#) / [186 комментариев](#)

В Астрахани вынесен приговор в отношении врача и медсестры, в результате ошибки которых скончался пациент. Потерпевшему внутривенно ввели препарат, который можно вводить только внутримышечно.

По данным прокуратуры, медик назначил пациенту лечение анемии, при этом врач не выписал рецепт установленной формы, а выдал направление на приобретение лекарства в аптеке. Также подсудимый предоставил лист для предъявления в процедурном кабинете на внутривенное введение препарата. Медсестра выполнила предписание врача, хотя знала, что лекарство вводится внутримышечно. Об этом сообщает [«Астрахань-24»](#).

После введения вещества состояние пациента ухудшилось. Он скончался через несколько минут после процедуры.

В ходе судебно-медицинской экспертизы была доказана связь между врачом и гибелью пациента. Медика и медсестру приговорили к 1,5 годам ограничения свободы.

ите также



зетует врачам
мать кесарево

Пациентка клиники акушерства и гинекологии Первого меда удивлялась: почему после родов (проведена стандартная операция) живот нисколько не уменьшился и даже казался больше? Через 25 дней она снова оказалась на операционном столе — из живота женщины хирурги удалили забытую коллегами... операционную простыню.



2021: Аппарат МРТ засосал кислородный баллон и убил пациента во время обследования

В результате аварии 60-летний пациент из [Южной Кореи](#) умер после удара по голове кислородным баллоном весом 60 кг, который был засосан в аппарат магнитно-резонансной томографии (МРТ). Инцидент произошел вечером в четверг 20 октября 2021 года в южном городе Кимхэ, когда мужчина, имя которого не разглашается, был доставлен в отделение МРТ больницы в критическом состоянии. По словам врачей, мужчина страдал судорожными припадками.

В Благовещенске врачи провели операцию во время пожара в кардиоцентре

В одной из операционных кардиоцентра Благовещенска в Амурской области, в котором ранее возник пожар, врачи провели операцию на сердце. Пострадавших при пожаре нет. По данным [МЧС](#), горела кровля здания.

«Один пациент и восемь человек операционной бригады находятся в корпусе, проводят операцию. Работают расчеты областного МЧС, лаборатория», — написал мэр города Олег Имамеев в [Telegram](#). Он сообщил, что из хирургического корпуса больницы эвакуированы 67 пациентов, 14 из них отправлены домой, 49 размещены в помещениях Амурской медакадемии, три человека — в областной больнице. МЧС сообщило, что всего эвакуировано 120 человек.

Россиянин с коронавирусом совершил самоубийство в больнице

Пенсионер с коронавирусом совершил самоубийство в больнице Новосибирска

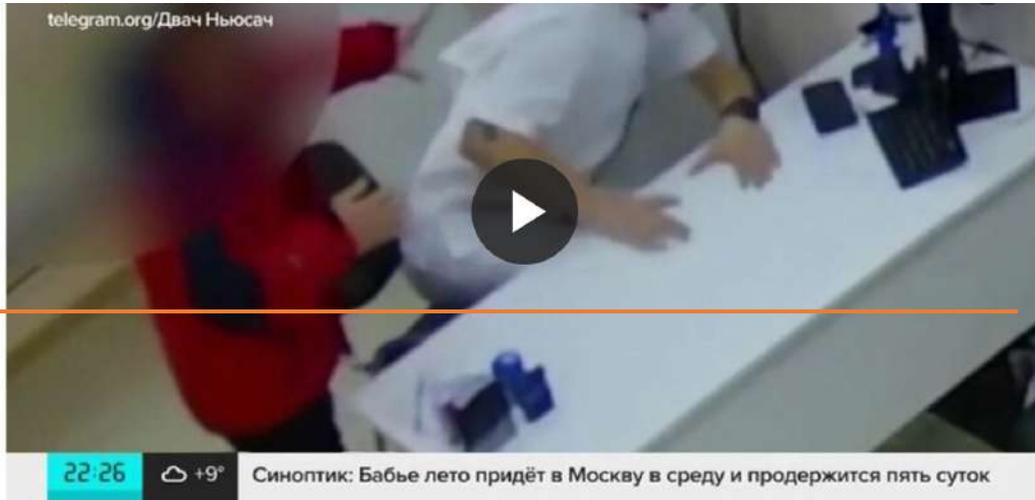
В одной из больниц Новосибирска совершил самоубийство 73-летний мужчина с коронавирусом. Об этом сообщает «Сиб.фм».

По данным издания, россиянина госпитализировали 12 дней назад с двусторонней пневмонией и отечным бронхитом.

Тело пенсионера обнаружили 16 июля в коридоре отделения эндокринологии. Он не оставил предсмертных записок.

Смерть пациента подтвердили в министерстве здравоохранения Новосибирской области. Там добавили, что правоохранительные органы устанавливают причины и обстоятельства произошедшего.

14 июля [сообщалось](#), что еще один житель Новосибирской области с коронавирусом покончил с собой в больнице. Тело 48-летнего мужчины обнаружили вечером 12 июля на территории Центральной городской больницы Искитима. Очевидцем самоубийства стал главный врач Алексей Кайгородов. Известно, что пациент не говорил о суицидальных планах.



Житель Нижневартовска избил дерматолога за медосмотр его жены-мусульманки. Врач проконсультировал девушку и осмотрел ее живот. Это не понравилось ее мужу, сразу после осмотра он влетел в кабинет и набросился на врача.

Пострадавшего забрали на скорой. Ему диагностировали закрытую черепно-мозговую травму, сотрясение головного мозга и ушибы.



Фото: Евгений Одинокоев / РИА Новости

И еще

5 апреля в Федеральном медицинском биофизическом центре имени А.И. Бурназяна скончалась 28-летняя жительница Ульяновска Екатерина Федяева. Девушка была доставлена в Москву спецрейсом Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) после того, как во время плановой лапароскопической операции ей по ошибке ввели в брюшную полость формалин. В отношении медперсонала возбуждено уголовное дело за причинение смерти по неосторожности. Главврач ульяновской больницы, где проводилась операция, уволен.

В Воронеже возбуждено уголовное дело по подозрению в ампутации здоровой ноги вместо пораженной гангреной у пенсионерки. В результате оперативных вмешательств у 89-летней пациентки отняли обе конечности. Сын пострадавшей утверждает, что у женщины не было показаний для проведения первой операции. Медики, в свою очередь, открещиваются от того, что допустили ошибку, и утверждают, что спасли женщине жизнь. По версии главврача, обе операции были плановыми. В подробностях истории разбирались «Известия».

По данным Роспотребнадзора, в России ежегодно регистрируется около 0,7–0,8 случая инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), на 1000 госпитализированных. В 2019 г. всего зарегистрированы 25 463 случая ИСМП. За последние 10 лет, несмотря на увеличение количества медицинских услуг, оказываемых населению, не наблюдается тенденции к росту или снижению числа случаев ИСМП. Анализ ИСМП ежегодно включается в Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации». В этой публикации мы приводим официальные данные по ИСМП за 2019 год.

CDC estimates that every year, Americans contract 1.7 million infections while being treated in hospitals. These infections are associated with approximately 99,000 deaths annually. In addition to the significant toll on patients' lives, HAIs represent an estimated \$30 billion in added healthcare costs.

БЕЗОПАСНОСТЬ

300/29/1



ИЗ ЧЕГО СОСТОИТ БЕЗОПАСНОСТЬ?



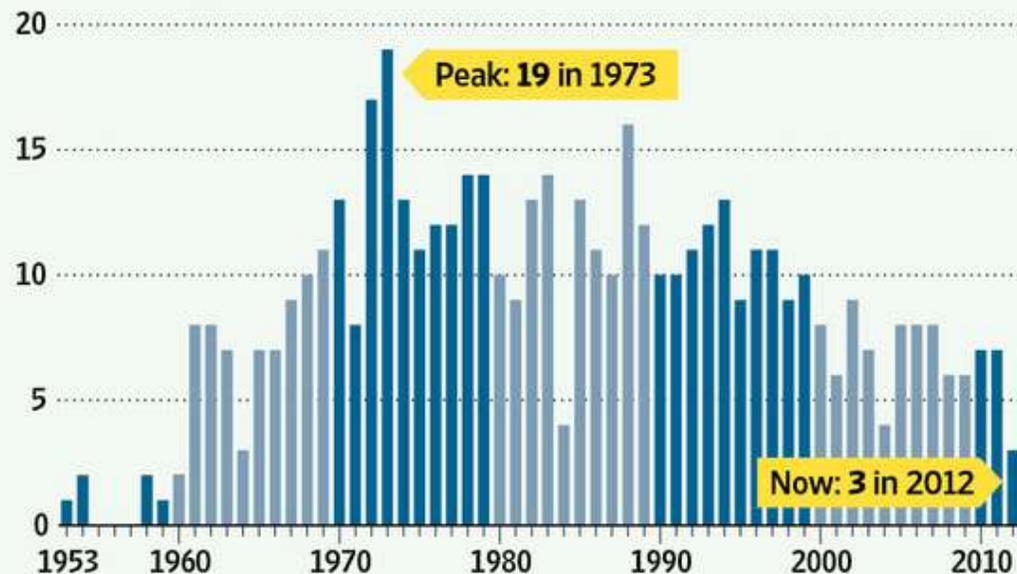
БЕЗОПАСНОСТЬ АВИАЦИИ

- На заре развития (1912) более 50% фатальных ошибок. 4 из 8 пилотов погибали в авариях.
- По данным Международной ассоциации воздушного транспорта (IATA) в 2013 году было 36,4 млн рейсов (более 3 млрд пассажиров), погибших 210 человек.
- Одна катастрофа на 2,4 млн полетов. Для членов IATA одна катастрофа на каждые 8,3 млн взлетов.

Safer Skies

While the number of fatal crashes involving smaller turboprops remains steady, fatal passenger-jetliner crashes continue to fall.

Fatal passenger-jet crashes



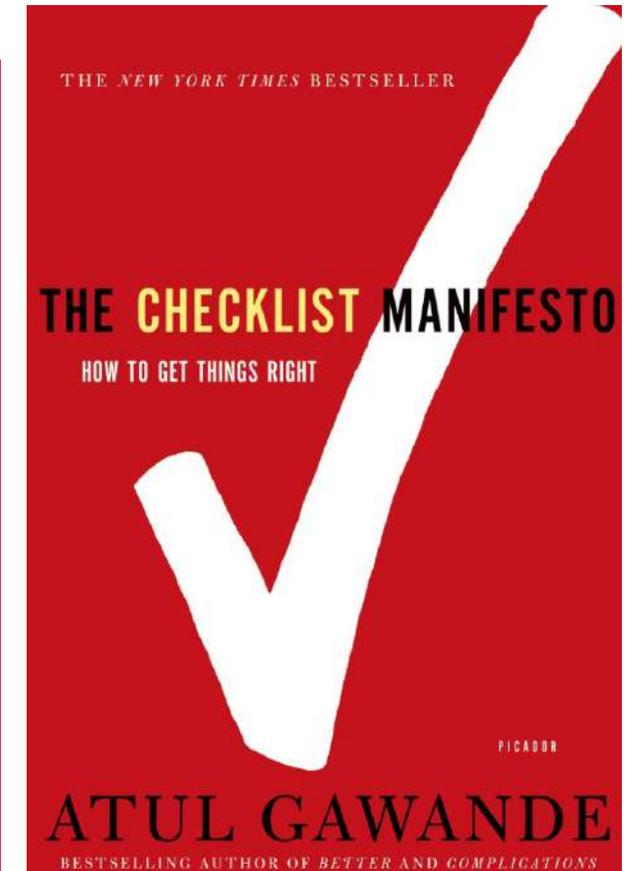
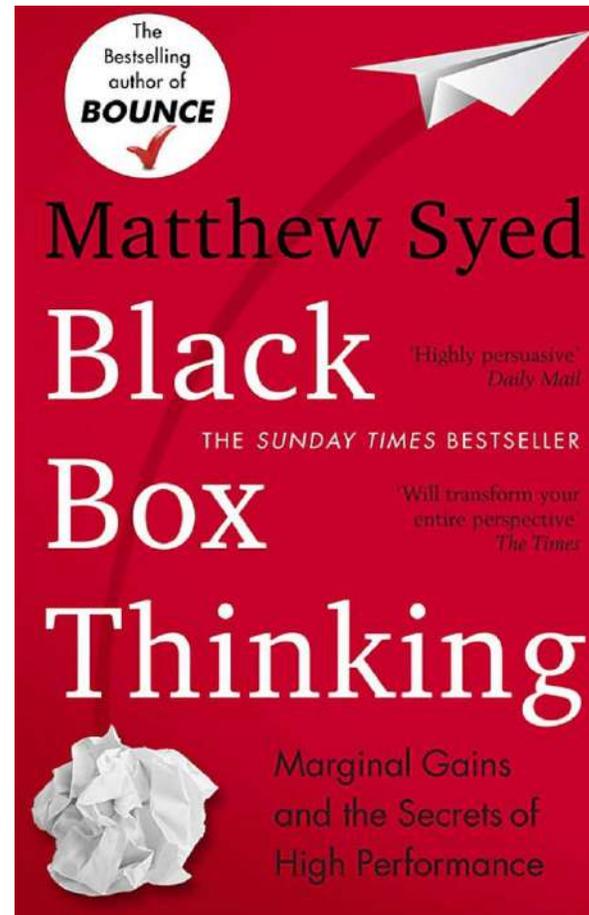
Source: Aviation Safety Network

The Wall Street Journal

*Учись на чужих ошибках. Ты не проживешь столько, чтобы совершить их все самому (с)
Элеонора Рузвельт*

БЕЗОПАСНОСТЬ АВИАЦИИ

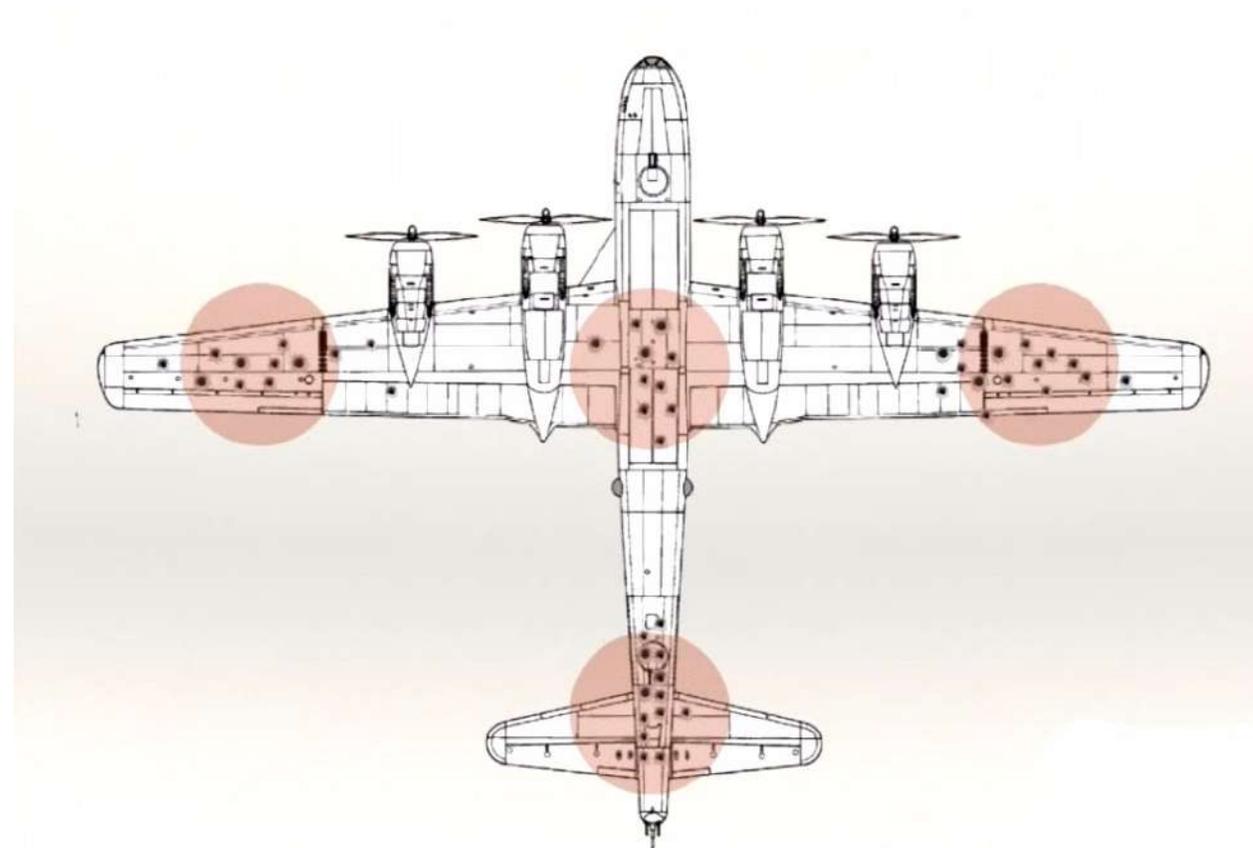
- Принцип Черного ящика – открыто разбирать ошибки
- Принцип отсутствия строгой Иерархии – открыто сообщать о своих наблюдениях
- Принцип Чек-листов – двойная перепроверка действий
- Принцип «Ограничительных функций» - технические, управленческие решения для исключения возможности наступления ошибки
- Принцип SOP – задокументированные действия
- Принципы коммуникации экипажа (Crew resource management, CRM), эвристических искажений, юзабилити, использования симуляторов и пр.



Системная ошибка ВЫЖИВШЕГО

Абрахам Вальд (1937)

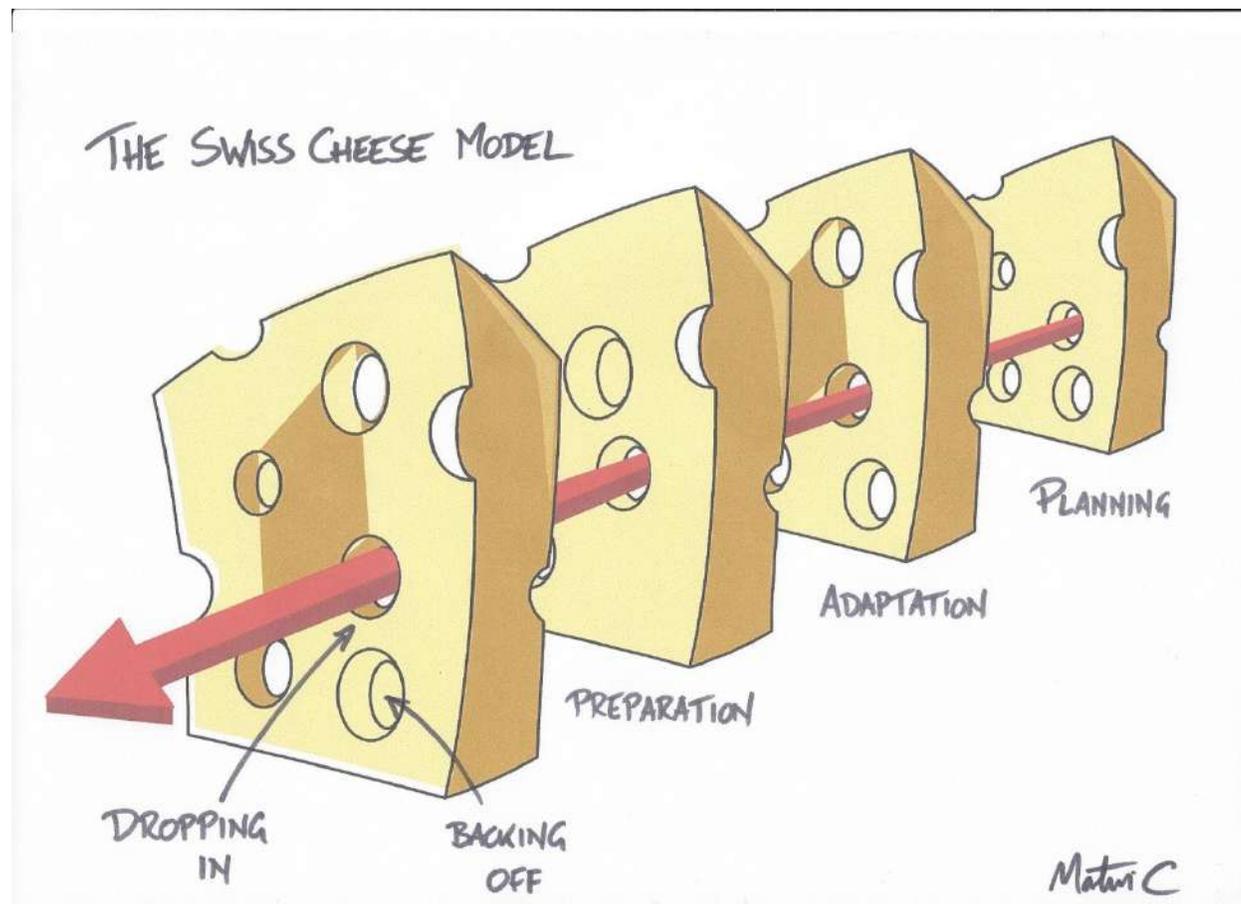
- Необходимо извлекать уроки из катастроф, используя данные, включая те, что недоступны
- Учиться на ошибках легко даже на уровне концепции. Необходимо обдумывать информацию и подвергать сомнениям поверхностные умозаключения



КАК ЭТО ПОМОЖЕТ НАМ ПОВЫСИТЬ
БЕЗОПАСНОСТЬ?



В модели Ризона акцент делается на необходимости меньшей концентрации на (малозначимой) цели совершенствования человеческого поведения ведь предполагается, что основные усилия должны быть направлены на сокращение «дыр» в слоях швейцарского сыра (иногда называемых *скрытыми ошибками (latent errors)*).



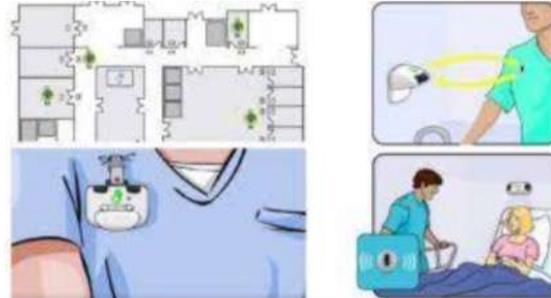
Джеймс Ризон «Ошибки в основном являются непреднамеренными. Руководству очень трудно контролировать то, что люди изначально не намеревались делать»

ОШИБКИ ПРОИСХОДЯТ «НА ОСТРИЕ»



Системное мышление

Джеймс Ризон «Ошибки в основном являются непреднамеренными. Руководству очень трудно контролировать то, что люди изначально не намеревались делать»



КАК ПОВЫСИТЬ БЕЗОПАСНОСТЬ?

Международные цели по обеспечению безопасности пациентов (IPSG)



ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ, КОТОРЫЕ ЗАТРАГИВАЕТ СИСТЕМА СООБЩЕНИЯ О
ПРОИСШЕСТВИИ (UCSF)

- Вопросы анестезии
- Вопросы конфиденциальности и согласия
- Вопросы диагностики
- Служба питания
- Безопасность производственной среды
- Падения/травматизм (работников и пациентов)
- Инфекционный контроль
- Вопросы, связанные с расходными материалами для внутривенных инъекций, трубок, катетеров, дренажа (в т.ч. сломанные катетеры)
- Результаты лабораторных исследований (в т.ч. ошибочные результаты, невыполненные анализы, неправильно отобранные пробы)
- Медицинская техника (в т.ч. неправильное функционирование, ненадлежащее использование)
- События, имеющие отношение к лекарственной терапии (в т.ч. ошибки назначения, несвоевременное применение, нежелательные реакции)
- Вопросы рентгенографии
- Вопросы кожных покровов пациентов (в т.ч. образование пролежней)
- Хирургические вопросы (в т.ч. летальный исход в операционной, инородные предметы, оставленные в организме пациента, неплановое возвращение пациента в операционную)
- Вопросы переливания крови
- непрофессиональное поведение сотрудников

На основании 74 485 историй болезни (BMJ). Средняя частота неблагоприятных событий 9,2%, а средний процент предотвратимых - 43,5%.

Более половины (56,3%) пациентов не получили инвалидность или получили незначительную инвалидность, тогда как 7,4% событий закончились летальным исходом. Большинство случаев составили операционные (39,6%) и связанные с приемом лекарств (15,1%) события.

AHRQ WebM&M

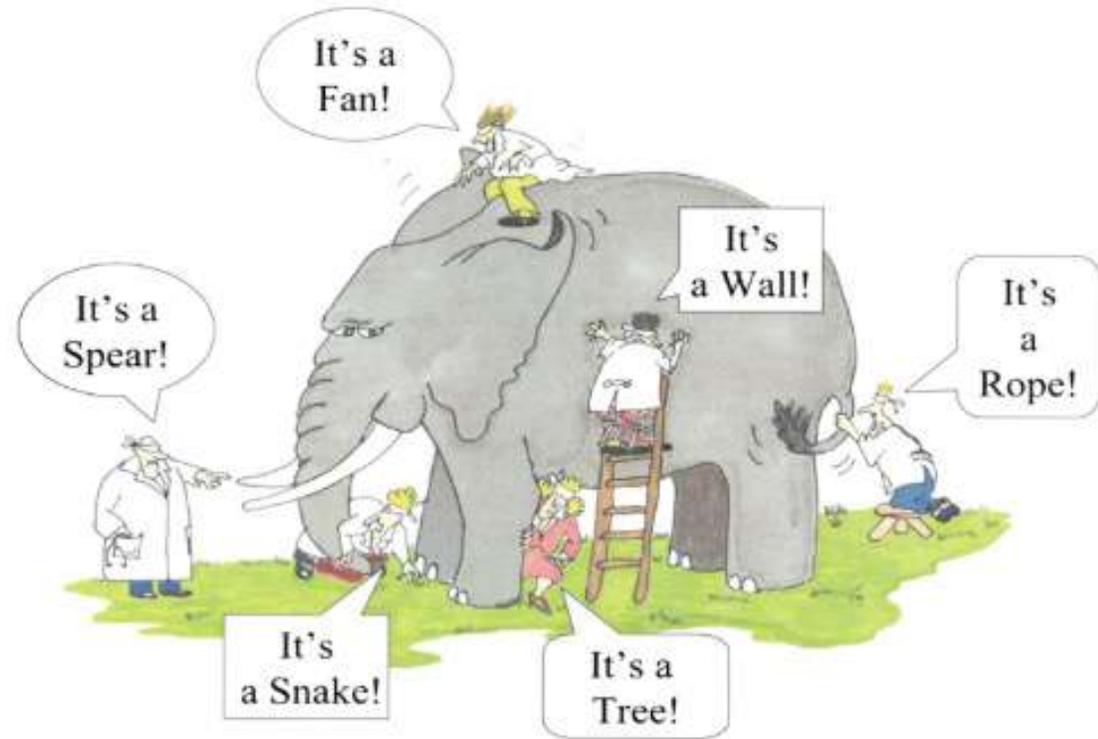
Medication Incident Report

Facility Name: <i>UCSF</i>	Section: <i>ICU</i>	Date: <i>2/12/10</i>				
Error Identified by: <i>L. Amantecave</i>						
Resident(s) Involved: <i>Margaret Easton</i>						
What happened? (circle all that apply)	Wrong Drug	Wrong Dose	Wrong Route	Wrong Time	Wrong Patient	Other
When did this occur? Date's: <i>2/12/10</i> Time's: <i>8pm</i>						
When was the incident identified? Date's: <i>2/12/10</i> Time's: <i>8am</i>						
Describe the incident or error: <i>Checked delivery from Ph and found that it was wrong must be full blood count not cbc dose</i>						
Your name: <i>L. Amantecave</i>	Signature	Unit: <i>ICU</i>				
People Informed (as applicable)	By whom	Date	Date			
Care Team Manager/Team Leader (name)	<i>C. Black</i>	<i>Amantecave</i>	<i>10a</i>	<i>2/12/10</i>		
Resident						
Person Responsible (name)						
Doctor (name)						
Pharmacy (last 6 digits)						
Comment by pharmacist (name)	<i>Amantecave</i>					
Care Team Manager/Team Leader Action (QA) noted Y/No <i>Med incident report filed to work's #</i>						
PRINT NAME: <i>Amantecave</i> Sign: <i>LL</i> Date: <i>2/12/10</i>						
Following Requested to pick up last blood count for and to add delivery blood bill.						

ELEPHANT OF PATIENT SAFETY

- Как измерить реальную ситуацию с безопасностью?
- Рост неблагоприятных событий связан с чувствительностью метода измерения или с плохой системой?

NAM: суммарная цена предотвратимых ошибок в национальном масштабе (USA) в конце 1990-х годов составила от 17 до 29 млрд. долларов



MEASURING ERRORS AND SAFETY

- Сообщения о происшествии (Incident report, self-report)
- Показатели безопасности пациентов (Patient Safety Indicators, PSI)
AHRQ 26 шт.
- Анализ данных (ретроспективный)
- Global Trigger Tools, GTT (IHI)
- Hospital standardized mortality ratios, HSMR
- Оценка опыта пациента

ВНЕДРЕНИЕ МЕР
ОБЕСПЕЧЕНИЯ
БЕЗОПАСНОСТИ

- КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ И ДОВЕРИЯ. ПРОСТО КУЛЬТУРА (JUST CULTURE)
- СТАНДАРТЫ ПО КАЧЕСТВУ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

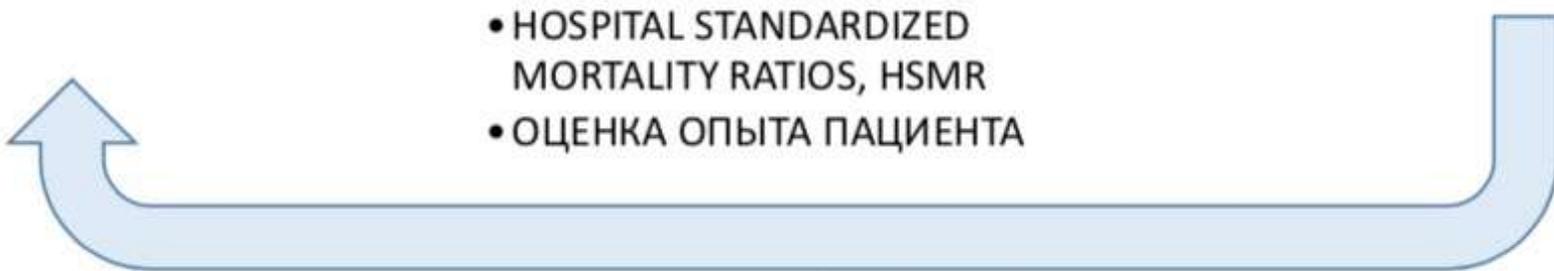
ИЗМЕРЕНИЕ
НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ
СОБЫТИЙ

- СООБЩЕНИЯ О ПРОИСШЕСТВИИ (INCIDENT REPORT, SELF-REPORT)
- ПОКАЗАТЕЛИ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ (PATIENT SAFETY INDICATORS, PSI) AHRQ
- АНАЛИЗ ДАННЫХ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ)
- GLOBAL TRIGGER TOOLS, GTT (IHI)
- HOSPITAL STANDARDIZED MORTALITY RATIOS, HSMR
- ОЦЕНКА ОПЫТА ПАЦИЕНТА

АНАЛИЗ КОРЕННОЙ
ПРИЧИНЫ

- RCA
- FMEA
- 5 ПОЧЕМУ?

ВОЗДЕЙСТВИЕ



Разделы (на примере стандарта для стационаров, 7 версия)

Всего: более 310 стандартов, ~ 1300 измеримых элементов

Стандарты, ориентированные на пациентов	Стандарты управления медицинской организацией	Стандарты для медицинских организаций, осуществляющих научную деятельность и практическую подготовку обучающихся
Международные цели по обеспечению безопасности пациентов (IPSG)	Повышение качества медицинской помощи и безопасности лечения (QPS)	Медицинское профессионально образование (MPE)
Доступность и непрерывность медицинской помощи (ACC)	Профилактика и контроль распространения инфекций (PCI)	Программы исследований на людях (HRP)
Медицинская помощь, ориентированная на пациента (PCC)	Управление, руководство и стратегическое планирование (GLD)	
Обследование пациентов(AOP)	Управление объектами инфраструктуры и безопасность (FMS)	
Медицинская помощь(COP)	Квалификация образование персонала (SQE)	
Анестезия и хирургическая помощь (ASC)	Управление информацией (MOI)	
Управление и контроль использования лекарственных средств (MMU)		

Структура требований (пример)

Стандарт IPSTG.1

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процесс повышения точности идентификации пациентов. Р

- Стандарт представляет собой принцип
- Часто описывает результат, который мы хотим, чтобы организация достигла

Намерение IPSTG.1

Неправильная идентификация пациента имеет место практически во всех аспектах диагностики и лечения. Пациенты могут находиться в состоянии седации, дезориентации, угнетенного сознания или в коме; могут менять кровати, комнаты или места в больнице; могут иметь нарушения чувствительности; могут не помнить своей личности и могут находиться в других потенциально опасных ситуациях, ведущих к ошибкам идентификации. Чтобы достичь цели, необходимо правильно действовать в двух направлениях: во-первых, надежно идентифицировать человека как лицо, для которого предназначена услуга или лечение; во-вторых, сопоставить услугу или лечение с этим человеком. (см. также IPSTG.4.1; MMU.4.2; и MMU.5.2).

Измеримые элементы IPSTG.1

Для идентификации пациента и обозначения элементов, связанных с планом лечения и ухода за пациентом, используются как минимум два идентификатора пациента, которые не включают в себя использование номера палаты пациента или его местонахождения в больнице. Пациенты идентифицируются до проведения диагностических процедур, проведения лечения и выполнения других процедур.

Медицинская организация обеспечивает правильную идентификацию пациентов в особых обстоятельствах, например, пациента в коме или новорожденного.

Структура требований (пример)

Стандарт IPSTG.1

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процесс повышения точности идентификации пациентов. **P**

Намерение IPSTG.1

Неправильная идентификация пациента имеет место практически во всех аспектах диагностики и лечения. Пациенты могут находиться в состоянии седации, дезориентации, угнетенного сознания или в коме; могут менять кровати, комнаты или места в больнице; могут иметь нарушения чувствительности; могут не помнить своей личности и могут находиться в других потенциально опасных ситуациях, ведущих к ошибкам идентификации. Чтобы достичь цели, необходимо правильно действовать в двух направлениях: во-первых, надежно идентифицировать человека как лицо, для которого предназначена услуга или лечение; во-вторых, сопоставить услугу или лечение с этим человеком. (см. также IPSTG.4.1; MMU.4.2; и MMU.5.2).

Измеримые элементы IPSTG.1

Для идентификации пациента и обозначения элементов, связанных с планом лечения и ухода за пациентом, используются как минимум два идентификатора пациента, которые не включают в себя использование номера палаты пациента или его местонахождения в больнице. Пациенты идентифицируются до проведения диагностических процедур, проведения лечения и выполнения других процедур.

Медицинская организация обеспечивает правильную идентификацию пациентов в особых обстоятельствах, **например**, пациента в коме или новорожденного.

- Заявление о намерениях описывает обоснование стандарта
- Дает указания о том, какие элементы обязательны (must, mandatory) или рекомендованы (might be, advisory) для внедрения
- Описывает примеры реализации

Структура требований (пример)

Стандарт IPST.1

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процесс повышения точности идентификации пациентов. Р

Намерение IPST.1

Неправильная идентификация пациента имеет место практически во всех аспектах диагностики и лечения. Пациенты могут находиться в состоянии седации, дезориентации, угнетенного сознания или в коме; могут менять кровати, комнаты или места в больнице; могут иметь нарушения чувствительности; могут не помнить своей личности и могут находиться в других потенциально опасных ситуациях, ведущих к ошибкам идентификации. Чтобы достичь цели, необходимо правильно действовать в двух направлениях: во-первых, надежно идентифицировать человека как лицо, для которого предназначена услуга или лечение; во-вторых, сопоставить услугу или лечение с этим человеком. (см. также IPST.4.1; MMU.4.2; и MMU.5.2).

Измеримые элементы IPST.1

Для идентификации пациента и обозначения элементов, связанных с планом лечения и ухода за пациентом, используются как минимум два идентификатора пациента, которые не включают в себя использование номера палаты пациента или его местонахождения в больнице. Пациенты идентифицируются до проведения диагностических процедур, проведения лечения и выполнения других процедур.

Медицинская организация обеспечивает правильную идентификацию пациентов в особых обстоятельствах, **например**, пациента в коме или новорожденного.

- Перекрестные ссылки
- Список литературы (!)

- Описывает, что JCI должен увидеть во время аккредитации
- Оценивается индивидуально (70% соответствия)

Цель 1. Правильная идентификация пациентов

Стандарт IPSTG.1

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процесс повышения точности идентификации пациентов. **P**

Измеримые элементы IPSTG.1

Для идентификации пациента и обозначения элементов, связанных с планом лечения и ухода за пациентом, используются как минимум два идентификатора пациента, которые не включают в себя использование номера палаты пациента или его местонахождения в больнице. Пациенты идентифицируются до проведения диагностических процедур, проведения лечения и выполнения других процедур.

Медицинская организация обеспечивает правильную идентификацию пациентов в особых обстоятельствах, **например**, пациента в коме или новорожденного.

Цель 2. Повышение эффективности коммуникации

Стандарт IPSG.2

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процесс, направленный на повышение эффективности вербальной и/или телефонной коммуникации между лицами, участвующими в оказании медицинской помощи. **P**

Измеримые элементы IPSG.2

1. Устные распоряжения полностью документируются, зачитываются получателем и подтверждаются лицом, отдающим распоряжение.
2. Телефонные распоряжения полностью документируются, зачитываются получателем и подтверждаются лицом, отдающим распоряжение.
3. Результаты исследований полностью документируются, зачитываются получателем, а также подтверждаются лицом, передающим результат.

Цель 2. Повышение эффективности коммуникации

Стандарт IPSG.2.1

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процесс передачи критических результатов диагностических исследований. P

Измеримые элементы IPSG.2.1

1. Медицинская организация определяет критические результаты, которые могут представлять собой неотложные или экстренные (опасные для жизни) показатели для диагностических тестов.
2. Медицинская организация разрабатывает официальный процесс отчетности, используемый на всей территории больницы, который определяет, каким образом критические результаты диагностических тестов сообщаются медицинским работникам.
3. Медицинская организация определяет, какая информация должна быть задокументирована в медицинской карте.

Цель 2. Повышение эффективности коммуникации

Стандарт IPSG.2.2

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процесс взаимодействия при передаче клинической ответственности.

Измеримые элементы IPSG.2.2

1. Во время передачи клинической ответственности по лечению пациента между медицинскими работниками передается стандартизированная критически важная информация.
2. Используются стандартизированные формы, инструменты или методы, поддерживающие последовательный и полный процесс передачи клинической ответственности.
3. Данные о неблагоприятных событиях, возникающих в результате взаимодействия при передаче клинической ответственности, отслеживаются и используются для определения путей улучшения передачи клинической ответственности и внесения соответствующих изменений.



ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ SBAR

S	<p>Описание ситуации</p> <ul style="list-style-type: none"> Представьте, назовите подразделение Представьте информацию о пациенте (ФИО, дата рождения) Коротко обозначьте основную проблему, когда она возникла, и на сколько она серьезна 	<p>Я (имя), медсестра отделения (X) Я звоню по поводу (пациента X) Я звоню, потому что я обеспокоена тем, что... (например, АД - низкое/высокое, пульс - XX, температура - XX)</p>
B	<p>Сопутствующая информация</p> <ul style="list-style-type: none"> Дата поступления и диагноз Проведенные вмешательства/процедуры Коротко данные объективного осмотра Результаты обследований: дата, время, сравнение с предыдущими данными Другая важная клиническая информация (назначенные лекарственные препараты, аллергический статус) 	<p>Пациент (X). Поступил (дата XX). Диагноз... (например, инфаркт миокарда/стенокардия). Ему проведена (X) операция/исследование. Для состояния пациента (X) характерно (например, ясное сознание/оглушение, отсутствие болей). Состояние пациента (X) изменилось за последние (XX минут). Предыдущие значения показателей (XX)...</p>
A	<p>Оценка ситуации</p> <ul style="list-style-type: none"> Мнение о причине возникновения Предпринимаемые меры 	<p>Я думаю, что проблема в (XXX) И поэтому я... (подключил O2/обеспечил обезбоживание/установил инфузию) ИЛИ Я не уверен, в чем проблема, но состояние пациента (X) ухудшается ИЛИ Я не знаю, что случилось, но я серьезно обеспокоен тем, что...</p>
R	<p>Рекомендации</p> <ul style="list-style-type: none"> Сформулируйте ожидания Представьте план действий или запросите назначения 	<p>Прошу провести осмотр пациента в ближайшие (XX минут) ИЛИ Есть что-либо, что мне нужно сделать сейчас? (например, остановить инфузию/повторить обследования)</p>

ПОПРОСИТЕ ПОЛУЧАТЕЛЯ ПОВТОРИТЬ КЛЮЧЕВУЮ ИНФОРМАЦИЮ,
ЧТОБЫ УБЕДИТЬСЯ В ПОНИМАНИИ СИТУАЦИИ



Передача клинической ответственности за пациента **I-PASS**

I	<i>Illness Severity (тяжесть состояния)</i>	<i>Удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое Стабильное/нестабильное</i>
P	<i>Patient Summary (краткий эпикриз)</i>	<i>Диагноз Причина заболевания (госпитализации) Проведенные обследование и лечение Динамика состояния (основные органы и системы) Планируемые мероприятия</i>
A	<i>Action List (перечень действий)</i>	<i>Текущие задачи Сроки и ответственные лица</i>
S	<i>Situation Awareness (информированность об определенных ситуациях) и Contingency Planning (планирование действий в непредвиденных обстоятельствах)</i>	<i>Возможные проблемы Реагирование в ответ на возможные проблемы: «если/то»</i>
S	<i>Synthesis by Receiver (обобщение принимающей стороной)</i>	<i>Принимающая сторона задает вопросы, повторяет ключевые моменты и необходимые действия (обобщает полученную информацию)</i>

Источник: Starmer A.J., Spector N.D., Srivastava R., et al. I-PASS, a mnemonic to standardize verbal handoffs // Pediatrics. 2012. Vol. 129. P. 201–204.

Цель 3. Повышение безопасности применения лекарственных препаратов высокого риска

Стандарт IPSG.3

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процесс повышения безопасности применения лекарственных препаратов высокого риска. **P**

Измеряемые элементы IPSG.3

1. Медицинская организация письменно определяет свой список лекарственных препаратов высокого риска.
2. Медицинская организация разрабатывает и внедряет единообразный процесс снижения риска и вреда, связанных с лекарственными препаратами высокого риска, который применяется на всей территории больницы.
3. Медицинская организация ежегодно пересматривает и, при необходимости, вносит изменения в свой список лекарственных препаратов высокого риска.

Цель 3. Повышение безопасности применения лекарственных препаратов высокого риска

Стандарт IPSCG.3.1

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процесс повышения безопасности применения похожих по называнию/внешнему виду лекарственных препаратов. P

Измеряемые элементы IPSCG.3.1

1. Медицинская организация в письменной форме определяет свой список похожих по называнию/внешнему виду лекарственных препаратов.
2. Медицинская организация разрабатывает и внедряет единообразный процесс управления похожих по называнию/внешнему виду лекарственных препаратов, которые применяется на всей территории больницы.
3. Медицинская организация ежегодно рассматривает и актуализирует список похожих по называнию/внешнему виду лекарственных препаратов.



Цель 3. Повышение безопасности применения лекарственных препаратов высокого риска

Стандарт IPSG.3.2

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процесс управления безопасным применением концентрированных электролитов. **P**

Измеряемые элементы IPSG.3.2

1. Только квалифицированные и обученные лица имеют доступ к концентрированным электролитам, они четко маркируются соответствующими предупреждениями и помещаются отдельно от других лекарственных средств.
2. Медицинская организация хранит флаконы с концентрированными электролитами вне аптеки только в ситуациях, определенных в намерении.
3. Для лечения гипокалиемии, гипонатриемии и гипофосфатемии соблюдаются стандартные протоколы для терапии замещения электролитов у взрослых, детей и новорожденных.

Цель 4. Обеспечение безопасной хирургии

Стандарт IPSG.4

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процесс предоперационной проверки и маркировки области проведения хирургического вмешательства/инвазивной процедуры. **P**

Измеримые элементы IPSG.4

1. В больнице проводится дооперационная проверка с использованием контрольного списка или другого механизма для документирования до начала хирургической/инвазивной процедуры, что информированное согласие соответствует процедуре; что проверен правильный пациент, проведено надлежащее вмешательство и область проведения операции корректна; и что все необходимые документы, препараты крови, медицинское оборудование и имплантируемые медицинские приборы находятся под рукой, правильны и функциональны.
2. В больнице используется мгновенно распознаваемая и однозначная метка для идентификации области хирургического/инвазивного вмешательства, одинаковая для всех отделений больницы.
3. Обозначение области хирургического/инвазивного вмешательства производится лицом, проводящим операцию, и предусматривает участие пациента в процессе маркировки.

Цель 4. Обеспечение безопасной хирургии

Стандарт IPSG.4.1

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуру тайм-аута, которая проводится непосредственно перед началом хирургического вмешательства/инвазивной процедуры и после ее окончания.

Измеряемые элементы IPSG.4.1

1. Вся команда активно участвует в процедуре тайм-аута, который включает в себя пункты а) – с) намерений, в помещении, в котором будет выполняться хирургическая/инвазивная процедура, непосредственно перед началом процедуры. Завершение процедуры тайм-аута документируется и включает дату и время.
2. Прежде чем пациент покинет зону, в которой была выполнена хирургическая/инвазивная процедура, проводится процесс регистрации, который включает в себя, по крайней мере, пункты d) – g) намерений.
3. При проведении хирургических/инвазивных процедур, включая медицинские и стоматологические процедуры, выполняемые в условиях, отличных от операционной, медицинская организация использует единообразные процессы для обеспечения безопасной хирургии.

Механизмы реализации

- **Процесс предоперационной верификации:**
 - проверить правильность пациента, процедуры и места;
 - обеспечить доступность, правильность маркировки и отображение всех соответствующих документов, изображений и исследований; а также
 - убедиться, что присутствуют все необходимые продукты крови, специальное медицинское оборудование и / или имплантаты.
- **Маркировка области хирургического/ инвазивного вмешательства**
- **Процедура тайм-аута**
- **Перевод пациента:**
 - название процедуры
 - итоги подсчета инструментов, губок и игл
 - маркировка образцов
 - фиксация любых проблем с оборудованием



Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности



Всемирная
организация здравоохранения

Безопасность пациентов
Повышая качество и безопасность медицинской помощи

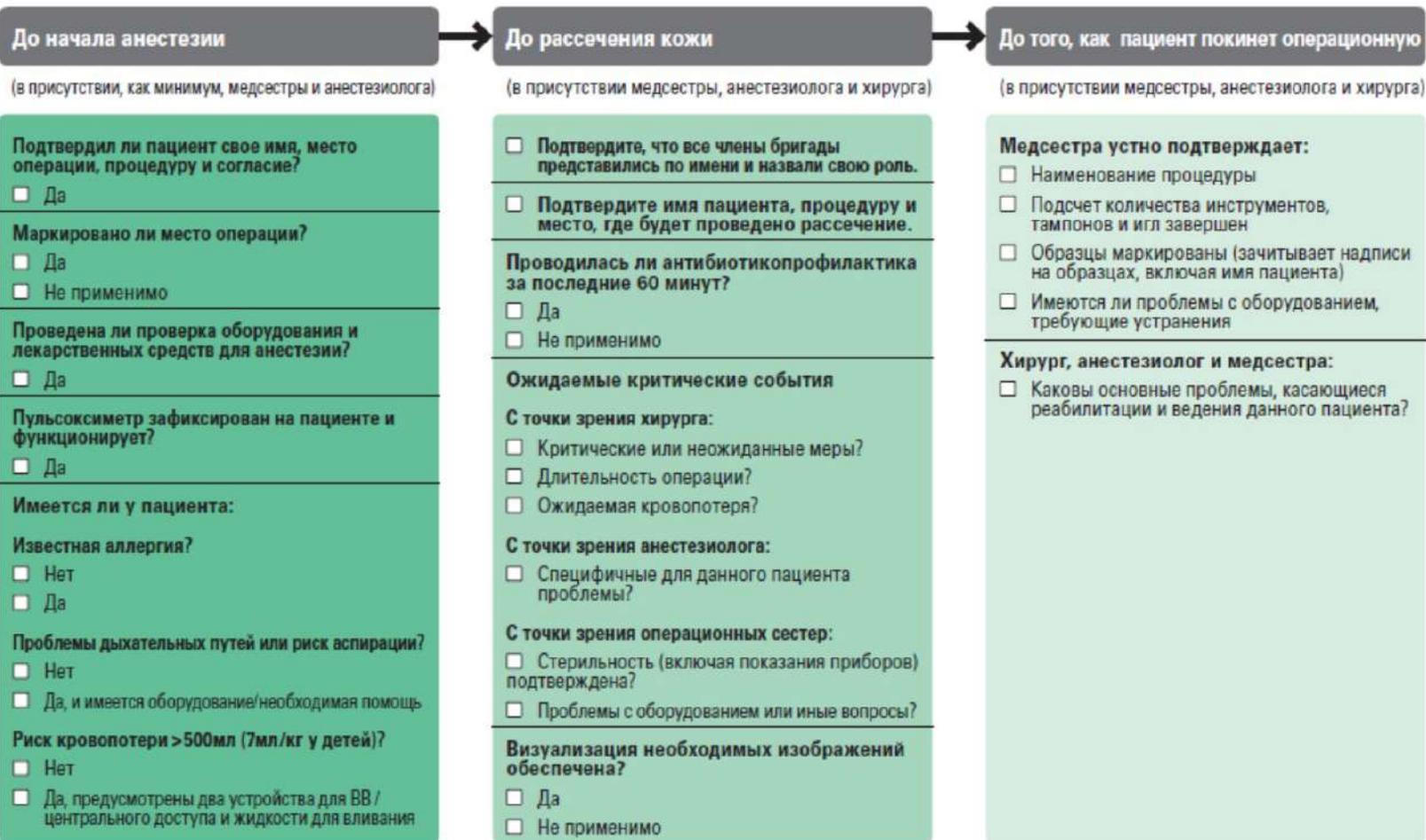


Таблица. The Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, and Wrong Person Surgery™



УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ

для предотвращения проведения операции не на той области,
с применением неправильного вмешательства и не тому пациенту

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОВЕРКИ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ

Направлено на устранение недостающей информации или несоответствий
до начала операции

- Проверьте правильность выбранного вмешательства, персональных данных пациента, выбранной области для операции.
- По возможности привлекайте пациента к процессу проверки.
- Определите элементы, которые должны быть доступны для вмешательства.
- Используйте стандартизованный список для проверки наличия необходимых элементов (нет необходимости документировать, что список был использован для каждого пациента).

Минимальный перечень элементов включает:

- необходимую документацию;
например: анамнез и физикальные данные, форму информированного добровольного согласия, оценку анестезиологического риска;
- подписанные результаты лабораторных и рентгенологических обследований в легко читаемом виде;
например: рентгеновские снимки и данные сканирования, результаты гистологических исследований и биопсий;
- все необходимые компоненты крови, имплантаты, приборы, специальное оборудование.
- Сопоставьте элементы, которые должны быть доступны в операционной, с конкретным пациентом.

Цель 5. Снижение риска инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи

Стандарт IPSG.5

Медицинская организация принимает и внедряет научно обоснованные рекомендации по гигиене рук, чтобы снизить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. **P**

Измеримые элементы IPSG.5

1. В больнице приняты действующие руководящие принципы по гигиене рук, основанные на фактических данных.
2. В больнице реализуется программа гигиены рук.
3. Процедуры мытья и дезинфекции рук проводятся в соответствии с правилами гигиены по всей медицинской организации.

Цель 5. Снижение риска инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи

Стандарт IP5G.5.1

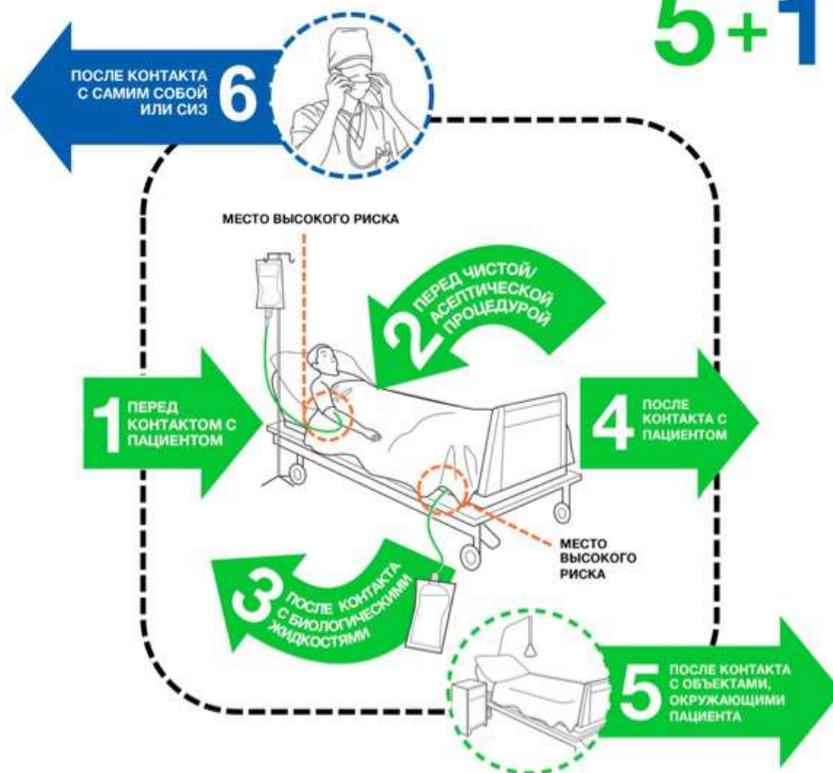
Руководители медицинских организаций определяют процессы оказания помощи, нуждающиеся в улучшении, а также принимают и внедряют научно обоснованные мероприятия, направленные на улучшение результатов лечения пациентов и снижение риска возникновения инфекций, связанных с пребыванием в медицинской организации. Р

Измеримые элементы IP5G.5.1

1. Руководители больницы определяют приоритетные направления для снижения рисков возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.
2. Руководители больницы определяют и реализуют научно обоснованные мероприятия (**например**, «комплексные решения») для необходимых ситуаций при оказании медицинской помощи пациентам.
3. Мероприятия, основанные на фактических данных (**например**, «комплексные решения»), используемые для снижения риска инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, оцениваются медицинскими работниками на предмет соответствия выполнения и улучшения клинических результатов.

МОМЕНТЫ ДЛЯ ГИГИЕНЫ РУК

5+1



* ВОЗ «Мои 5 моментов для гигиены рук»
* НП «НАСКИ» «Гигиена рук медицинского персонала. Федеральные клинические рекомендации»



Цель 6. Снижение риска причинения вреда пациенту в результате падения

Стандарт IPSG.6

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процесс, направленный на снижение риска причинения пациентам вреда в результате падений среди пациентов в стационаре. **P**

Измеримые элементы IPSG.6

1. Медицинская организация осуществляет процесс оценки всех стационарных пациентов на предмет риска падения и использует инструменты/методы оценки, подходящие для пациентов, которым оказывается помощь.
2. Медицинская организация осуществляет процесс повторной оценки стационарных пациентов, которые могут подвергаться риску падения вследствие изменения состояния или уже подвергались риску падения на основе документально подтвержденной оценки.
3. Меры и/или мероприятия по снижению риска падения осуществляются в отношении выявленных стационарных пациентов, ситуаций и мест на территории больницы, которые, согласно проведенной оценке, находятся в группе риска. Мероприятия для пациентов документируются.



<https://t.me/safehealthcare>



Присоединяйтесь к нам!

**Узнайте, как сделать
здравоохранение более безопасным!**

На пути к безопасному здравоохранению!



www.safe-healthcare.ru



**Мы помогаем сделать
здравоохранение более безопасным.**

Присоединяйтесь к нам!

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД

**БЕЗОПАСНОЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

АСС

- Оценка состояния пациента перед поступлением
- Поступление в стационар
- Непрерывность оказания медицинской помощи
- Выписка, направление и последующее наблюдение
- Перевод пациентов
- Транспортировка

РСС

- Права пациента и его семьи
- Процесс получения согласия пациента
- Обучение пациентов и их семей
- Информация о донорстве органов и тканей

AOR

- Первичные и повторные обследования
- Лабораторные исследования
- Банк крови и/или услуги по переливанию крови
- Услуги по радиологии и диагностической визуализации

COP

- Медицинская помощь для всех категорий пациентов
- Медицинская помощь пациентам групп риска и оказание соответствующих медицинских услуг
- Управление системой сигнала тревоги на изменение клинических параметров состояния здоровья
- Определение изменений в состоянии пациента
- Реанимационная помощь
- Переливание крови и работа с продуктами крови
- Работа с пациентами, склонными к суициду и членовредительству
- Работа с лазерным оборудованием
- Диета и лечебное питание
- Обезболивание
- Уход за умирающими пациентами
- Программы пересадки органов от живого донора

ASC

- Организация и управление процессом
- Седация
- Анестезия
- Хирургическая помощь

MMU

- Организация и управление
- Выбор и закупка
- Хранение
- Назначение и запись
- Подготовка и распределение
- Введение
- Мониторинг

QPS

- Управление качеством медицинской помощи и обеспечением безопасности пациентов
- Измеряемые данные и их сбор
- Анализ и валидация измеряемых данных
- Достижение и поддержание улучшений

РСІ

- Обязанности
- Ресурсы
- Цели программы профилактики и контроля распространения инфекций
- Медицинское оборудование, изделия и расходные материалы
- Чистота среды (помещений)
- Инфицированные человеческие ткани и медицинские отходы
- Услуги питания (общественное питание)
- Инженерный контроль
- Строительные и ремонтные риски
- Передача инфекций
- Улучшение качества и программа обучения

GLD

- Управление медицинской организацией
- Ответственность генерального директора
- Ответственность руководства медицинской организации
- Руководство медицинской организации в вопросах качества услуг и безопасности пациентов
- Руководство медицинской организации по вопросам заключения контрактов
- Руководство медицинской организации в вопросах обеспечения ресурсами
- Организация работы и ответственность медицинского персонала
- Руководство медицинскими отделениями и службами
- Организационная и клиническая этика
- Профессиональное медицинское образование
- Исследования на людях

FMS

- Лидерство и планирование
- Оценка рисков и мониторинг
- Безопасность
- Охрана
- Опасные материалы и отходы
- Противопожарная безопасность
- Медицинское оборудование
- Инженерные системы
- Ликвидация последствий чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий
- Строительство и ремонт
- Обучение

SQE

- Планирование
- Здоровье и безопасность персонала
- Определение состава медицинского персонала
- Присвоение медицинскому персоналу клинических полномочий
- Оценка текущей профессиональной практики медицинского персонала
- Повторное назначение медицинского персонала и продление клинических полномочий
- Средний медицинский персонал
- Другие медицинские работники

МОИ

- Управление информацией
- Управление и внедрение документов
- Медицинская карта пациента
- Информационные технологии в здравоохранении

Процесс подготовки к аккредитации

Оценка текущей деятельности на соответствие требованиям JCI. Разработка планов по улучшениям	Разработка новых политик и процедур, в соответствии с требованиями JCI	Оценка соответствия разработанных документов с деятельностью организации и требованиями JCI	Улучшение деятельности, привлечение экспертов для решения сложных и сохраняющихся проблем	Аудит готовности (за 6 месяцев) для выявления областей для улучшения
--	--	--	---	---

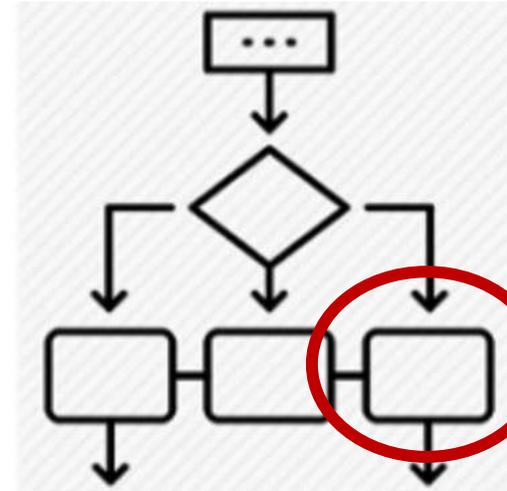
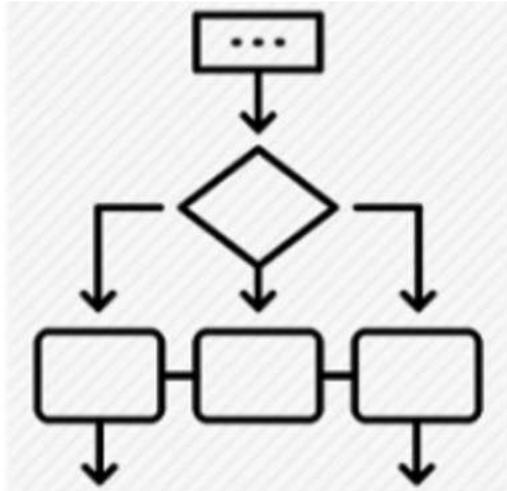
Начало



Аудит JCI

Не менее 18-24 месяцев

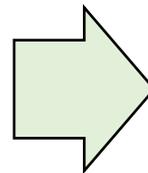
ПРОЦЕССНЫЙ ПОДХОД



! РИСК

РИСКОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД

 Поиск
виноватого
сотрудника



 Выявление
системных
ошибок

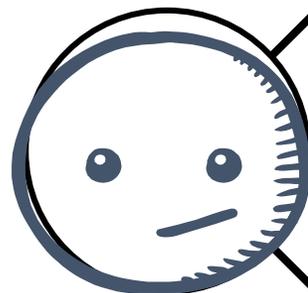


НАКАЗЫВАТЬ НЕ ЛЮДЕЙ, А ПРОЦЕССЫ!*

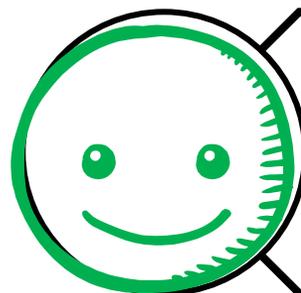
Основная задача любой системы, направленной на минимизацию рисков и предотвращение ошибок — создание условий для того, чтобы человеку было трудно ошибиться.



ЧТО случилось?

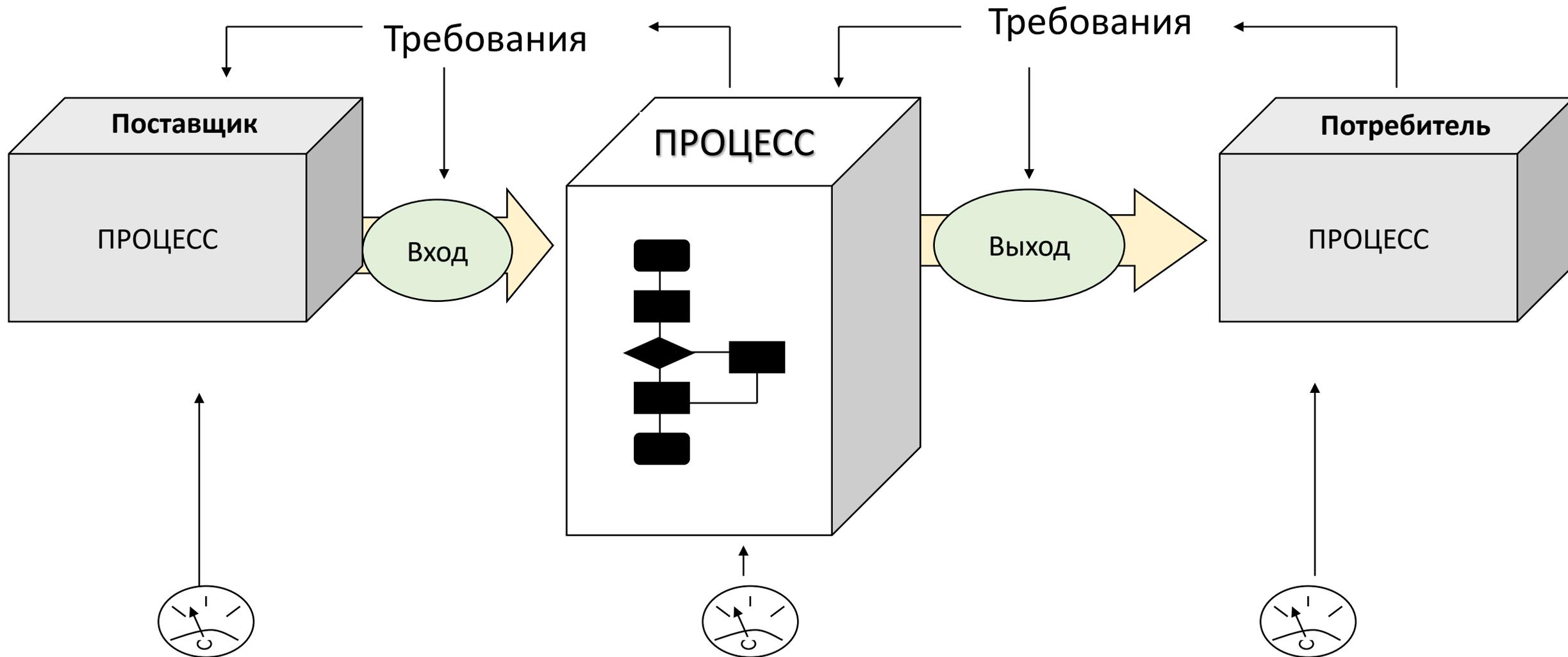


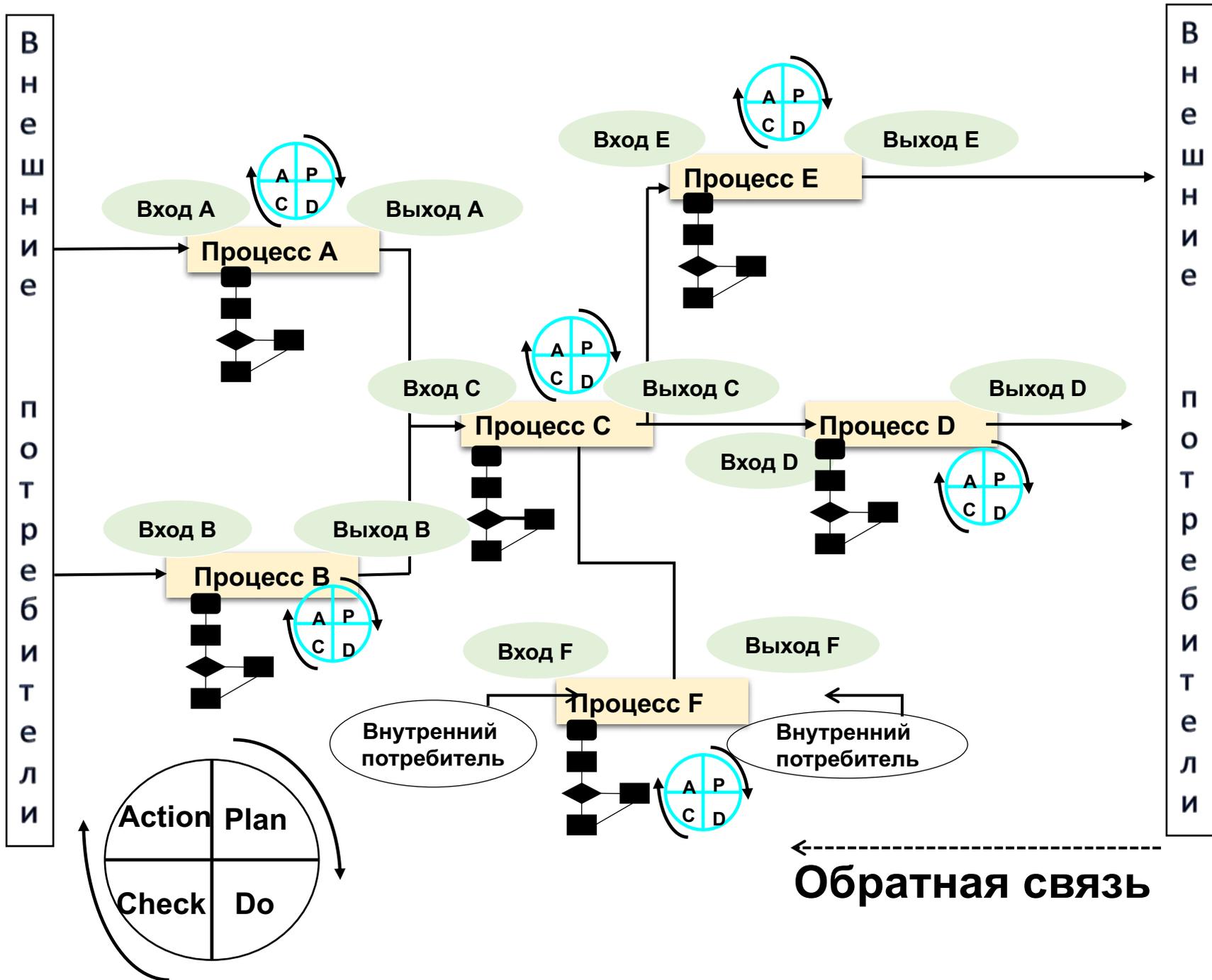
ПОЧЕМУ случилось?



Что нужно сделать, чтобы **предотвратить** это в дальнейшем?

ПРОЦЕСС





КТО?

участвует в реализации, выполняет требования и какие ресурсы необходимы для реализации?



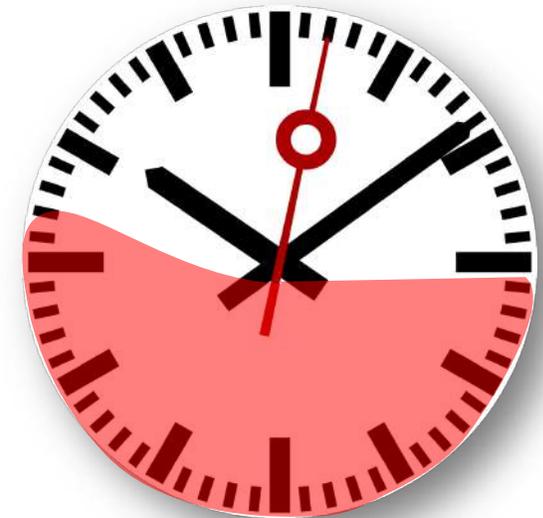
ГДЕ?

В каком подразделении МО следует выполнять требования СОПа?



КОГДА?

Сколько времени потребуется на выполнение требований СОПа?



Разработка с учетом специфики и особенностей медицинской организации



Разработка по принципу приоритетности



Для решения первоочередных, наиболее значимых проблем в целях предотвращения:

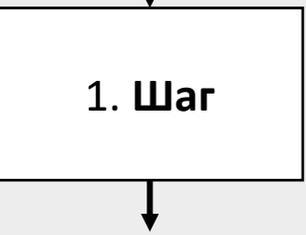
- повторяющихся
- неблагоприятных событий

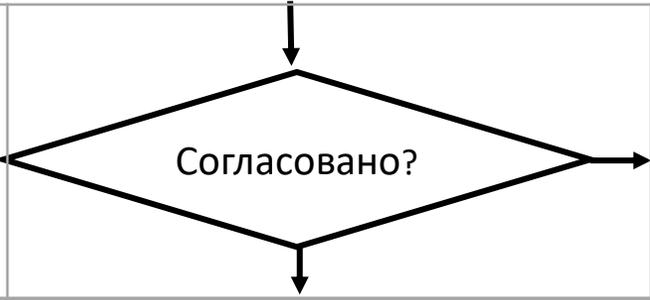
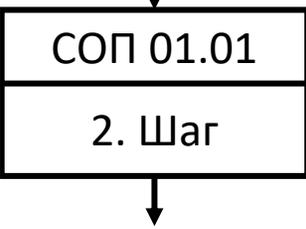
Создание рабочей (межфункциональной) группы для разработки СОПа

Вовлечение **компетентного** персонала,
участвующего в **основном**
производственном процессе по
конкретному направлению деятельности.



СИМВОЛИКА
Блок-схемы/
Алгоритма действий

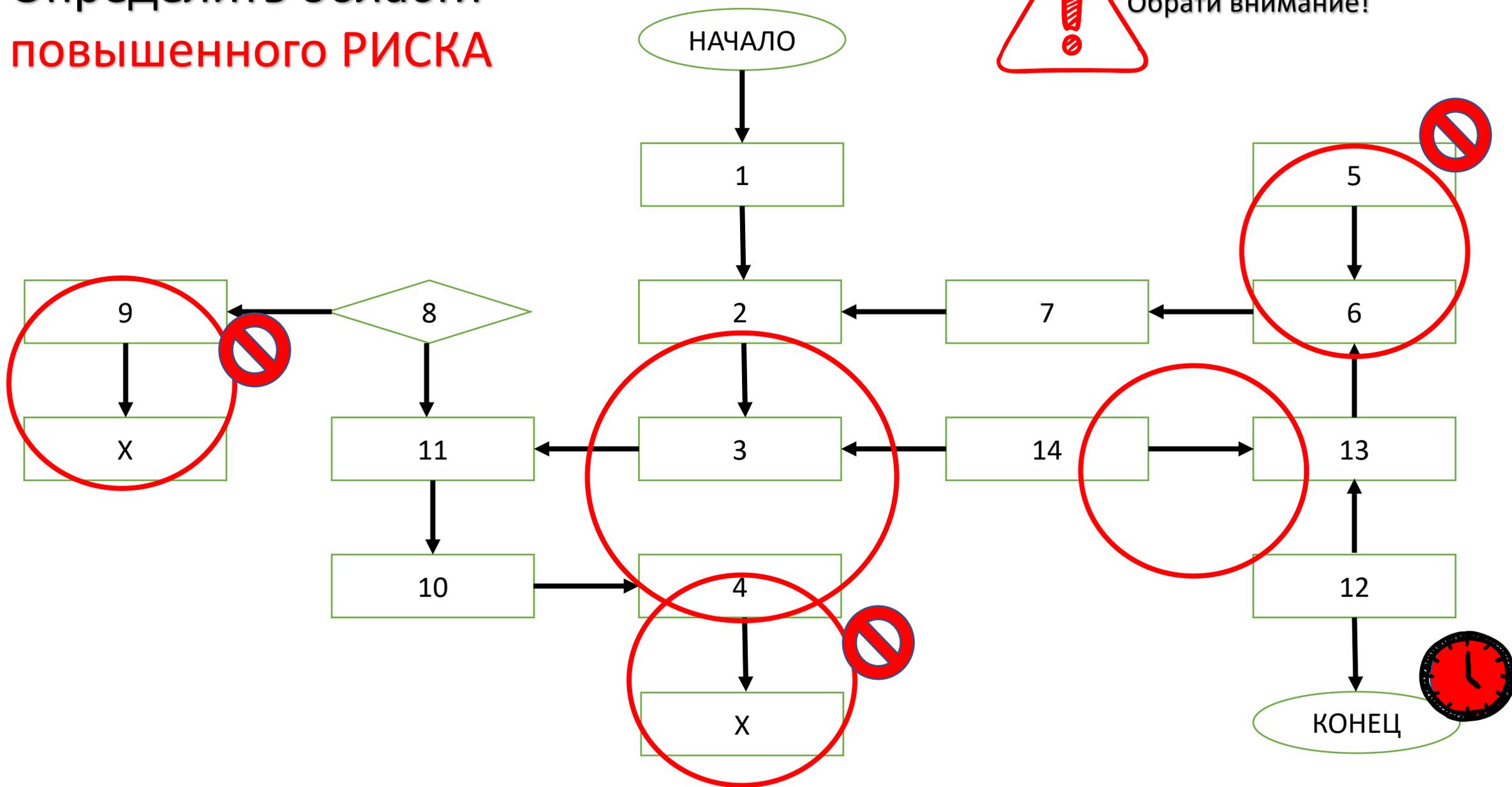
Поток	
Блок «Начало»	
Блок «Конец»	
Блок «Процедура/ процесс»	

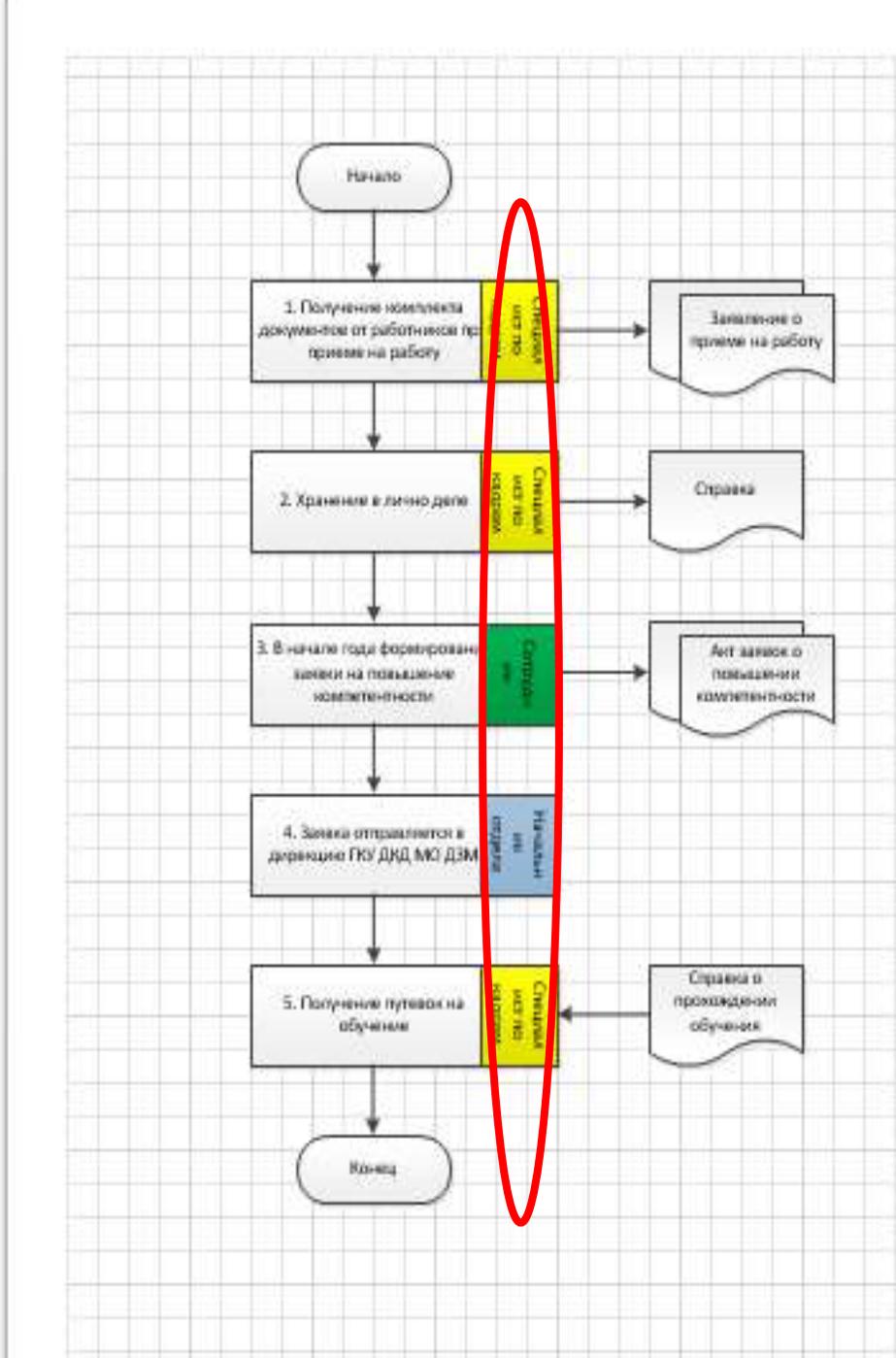
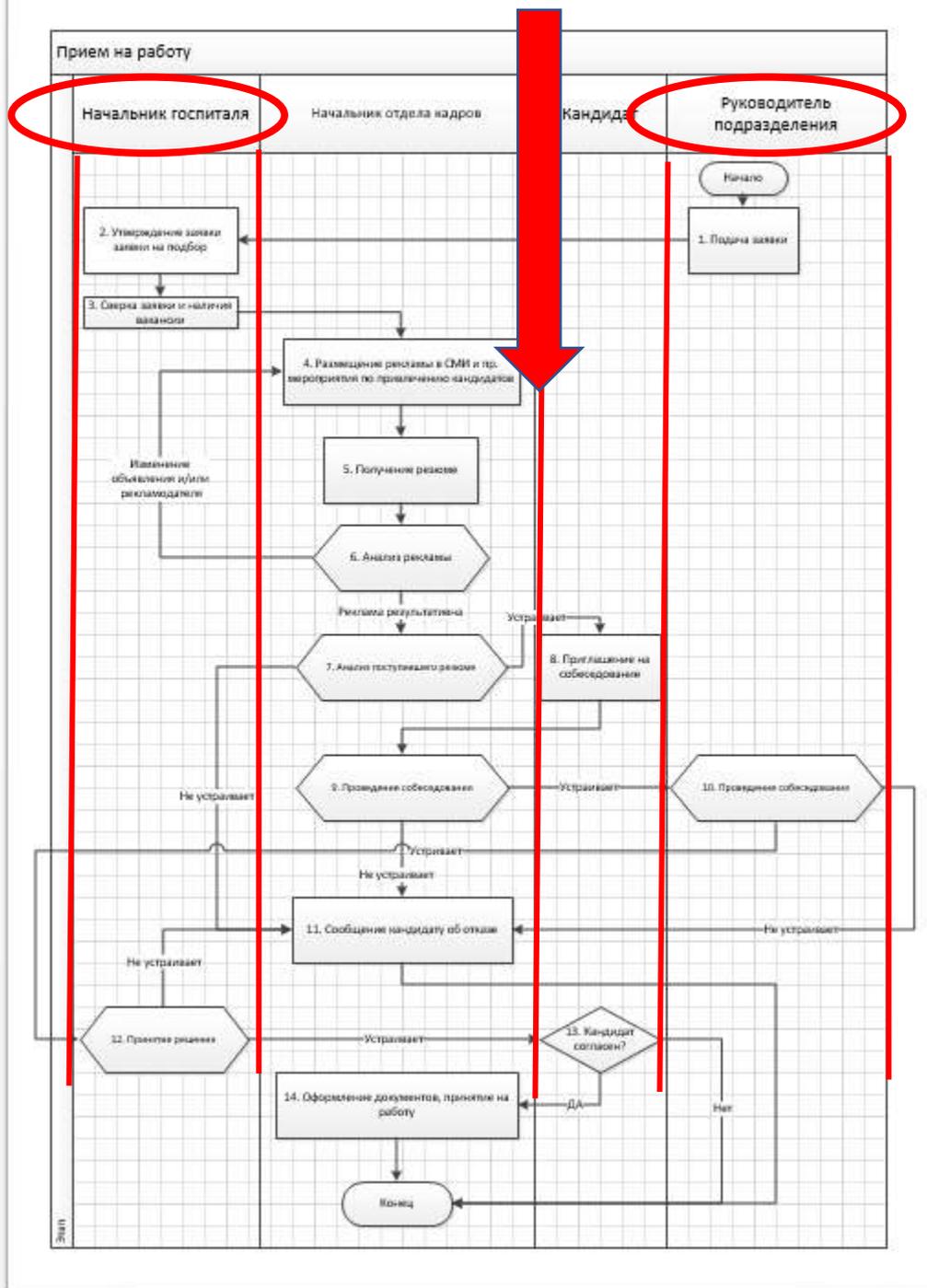
Блок «Принятие решения»	
Блок «Проверка»	
Блок «Субпроцесс»	
Блок «Точка измерения»	

Определить области повышенного РИСКА

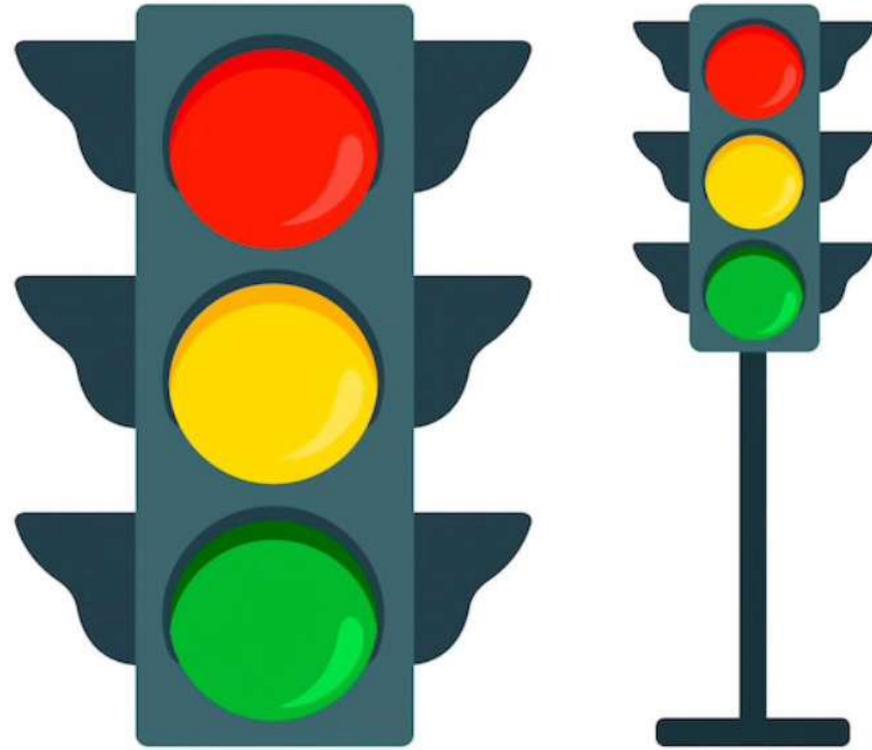


Обрати внимание!





АНАЛИЗ РИСКОВ



Этап	Риск	Тяжесть последствий	Вероятность возникновения	Простота обнаружения	Сумма	Что делаем?
Введение препарата	Ввели не тот препарат	10	5	5	250	Обучаем 5П методике,
...						

S - Категоризация серьезности (тяжести последствий)

Уровень	Ранг	Физическое влияние	Восприятие пациентом	Биологическое	Повреждение среды	Собственность /финансы Руб.
Несущественный	1	Отсутствие травмы	Пациент не замечает неблагоприятного воздействия	Нет инфекции	Обратимое	До 300 000
	2	Легкая травма	Пациент испытывает раздражение	Не серьезная		
	3	Необходима первая помощь	Пациент испытывает раздражение из-за снижения функциональности	Доступна профилактика		
Существенный	4	Обращение к врачу	Пациент испытывает неудовлетворенность из-за потери функциональности	Тяжелые неинфекционные заболевания, доступные для лечения	Обратимо, но займет время	От 300 001 до 1500 000
	5	Госпитализация до 7 дней	Пациент испытывает неудобства по причине ухудшения состояния	Инфекционное заболевание, но доступна профилактика		
	6	Госпитализация более 7 дней	Жалоба и недовольство	Легкое инфекционное заболевание, распространённое на небольшое число и может быть локализовано		
	7	Госпитализация более 14 дней	Высокая степень неудовлетворенности из-за потери времени и функций	Инфекция средней тяжести с распространением		
Серьезный	8	Хроническое заболевание	Очень высокая степень неудовлетворенности из-за полной утраты функций	Инфекционное заболевание может вызвать эпидемию	Необратимое	Более 1500 000
	9	Инвалидность		Массовая эпидемия		
	10	Летальность	Клиент в опасности, нарушение законодательства	Массовая эпидемия с летальным исходом		

Р – вероятность у вас и в аналогичных процессах (других клиниках)

Уровень		Восприятие	статистика событий	устойчивость процесса	Частота события
			с отклонениями	Срк	
Удаленный	1	событие было в какой-то долгий обозримый период	более 1 из 1500000	более 1,67	Не чаще 1 раза в период более 5 лет
	2	Низкая вероятность, часто связанная с ошибками документов	более 1 из 150000	менее 1,5	Не чаще 1 раза в период от 4 до 5 лет
	3	Низкая вероятность, часто связана с отсутствием разработанных требований	более 1 из 15000	менее 1,33	Не чаще 1 раза в период от 2 до 3 лет
Возможный	4	Случайный сбой	более 1 из 2000	менее 1,17	Один раз в год
	5	Средняя частота возникновения	более 1 из 400	менее 1	Один раз в 9 месяцев
	6	Относительно высокая частота возникновения при наличии требований	более 1 из 80	менее 0,83	Один раз в полгода
	7	Высокая частота при наличии требований	более 1 из 20	менее 0,67	Один раз в 3 месяца
Частый Вероятный	8	Высокая частота возникновения с отсутствием конкретных требований	более 1 из 8	менее 0,51	Чаще 1 раза в месяц
	9	Опыт и методы подтверждают высокую вероятность проблемы	более 1 из 3	более 0,33	Чаще 1 раза в неделю
	10	Вероятность проблемы практически неизбежна	более 1 из 2	менее 0,33	Возможно ежедневно

D - Категоризация простоты обнаружения

Уровень	ранг	класс	Описание	% выявления	Обнаружение до следующего пациента
Просто	1	Почти наверняка	мгновенно невооруженным взглядом	100%	Полная уверенность, что потенциальный сбой будет найден или предотвращен до достижения следующего пациента
	2	Очень хорошее	без использования приборов	99%	Уверенность, что потенциальный сбой будет найден или предотвращен до достижения следующего пациента
	3	Хорошее	Без использования приборов но при выполнении контроля	95	Низкая вероятность того, что потенциальная проблема до следующего пациента не будет обнаружена
Средне	4	Умеренно хорошее	Обнаруживается по истечении времени или с использованием простого и доступного оборудования, например видеокамеры	90	Элементы управления могут обнаруживать или предотвращать потенциальный сбой до следующего пациента
	5	Умеренное	Обнаруживается при наличии систем контроля, комплекса методик и оборудования	85	умеренная вероятность, что и со следующим пациентом произойдет эта же проблема
	6	Слабое	Обнаружение при помощи оборудования	80	существующие методы управления не смогут обнаружить проблему для предотвращения вреда следующему пациенту
	7	Очень слабое	Экспресс обнаружение при помощи комплексного медицинского оборудования в короткий срок после события	70	Очень низкая вероятность что контроль обнаружит проблему для следующего пациента
Сложно	8	Плохое	Обнаружение возможно при использовании комплексного медицинского оборудования и ряда диагностических методик	60	Низкая вероятность обнаружения проблемы по косвенным признакам
	9	Очень плохое	Только при оперативном вмешательстве, разрушении, вскрытии	50	очень низкая вероятность обнаружения, косвенные признаки, действенные методы отсутствуют
	10	Почти невозможно	Практически невозможно определить	<50	Невозможно обнаружить для предотвращения следующему пациенту

Порядок действий

1. Делимся на группы
2. Выбираем любой процесс, который мы знаем
3. Визуализируем его по этапам
4. Выявляем этапы повышенного риска
5. Оцениваем их по FMEA
6. Предлагаем мероприятия по их минимизации
7. Презентуем и обсуждаем



Ошибки при оказании медицинской помощи — распространенный фактор причинения вреда пациентам. В усложняющейся системе здравоохранения, как никогда раньше, требуются хорошо обученные специалисты для обеспечения и повышения безопасности медицинской деятельности.

Книга «Безопасность пациентов» — бестселлер, она оказала огромное влияние на развитие движения за безопасность пациентов в США. В ней описаны принципы обеспечения безопасности пациентов и необходимые инструменты для совершенствования качества и безопасности медицинской деятельности в виде аналитических материалов, увлекательных примеров и алгоритмов.

Цель книги — научить обеспечению безопасности пациентов. Книга обязательна к прочтению всеми, кто хочет пройти путь от основ к овладению на практике клиническими, организационными и системными вопросами обеспечения безопасности пациентов, т.е. каждым хорошим руководителем здравоохранения.

Издание предназначено широкой аудитории: врачам и медицинским сестрам, менеджерам по качеству и безопасности медицинской деятельности, студентам всех медицинских специальностей, руководителям и каждому читателю, желающему активнее включиться в процесс формирования безопасного и эффективного здравоохранения.



www.goslit.ru
www.medknizhnik.ru



БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ

Роберт М. Уочтер
Киран Гупта

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ

Перевод
с английского
под редакцией
профессора **В.В. Власова,**
Н.Ю. Габуния



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»



<https://t.me/safehealthcare>



Присоединяйтесь к нам!

**Узнайте, как сделать
здравоохранение более безопасным!**

На пути к безопасному здравоохранению!



www.safe-healthcare.ru



**Мы помогаем сделать
здравоохранение более безопасным.**

Присоединяйтесь к нам!

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД

**БЕЗОПАСНОЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**