



<b>Наименование структурного подразделения:</b>	Все структурные подразделения		
<b>Названия документа:</b>	СОП «Управление инцидентами»		
<b>Утвержден:</b>	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
<b>Дата утверждения:</b>			
<b>Разработчик:</b>	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
<b>Согласовано:</b>	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
<b>Дата согласования:</b>	04.01.24г		
<b>Дата введения в действие</b>	04.01.24г		
<b>Версия №</b>	<b>Копия №</b> _____	<u>04</u> / <u>01</u> / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 » « 01 » 2024г

Дата следующего пересмотра « \_\_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 2027г



**1. ЦЕЛЬ:** стандартизировать выявление и регистрацию инцидентов, принятие системных мер, способствующих снижению риска повторения инцидентов; организовать построение культуры безопасности через доверие и честность, предотвращение дальнейших ошибок через открытое и честное взаимодействие с пациентами.

**2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ:** все структурные подразделения медицинской организации.

**3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ:** Все сотрудники медорганизации, а также сотрудники аутсорсинговых компаний и арендаторы.

#### **4. ОПРЕДЕЛЕНИЯ:**

**Инцидент (неблагоприятное событие)** – необычное событие, выходящее за пределы нормального течения деятельности медицинской организации. Инцидент влияет или может повлиять на снижение качества оказываемых услуг, может привести к нежелательному исходу. Инциденты медорганизации делятся на потенциальные ошибки, ошибки и экстремальные события.

**Потенциальная ошибка, почти ошибка** (англ. Near Miss) – это вид инцидента, когда ошибка была предотвращена и не свершилась. Но при повторении подобного события, есть риск, что ошибку не заметят и она произойдет. Например, врач записал неправильную дозу препарата, и при проверке назначения ошибку заметили и исправили. То есть неправильное введение дозы препарата пациенту предотвращено. Но не исключена вероятность, что в следующий раз неправильное назначение останется незамеченным, и пациенту введут препарат не в той дозе. Поэтому почти ошибки также подлежат сообщению и разбору, как и ошибки.

**Ошибка** (анг. Error) – это вид инцидента, когда ошибка произошла и неблагоприятно повлияла на качество медицинской помощи, либо на безопасность пациентов в результате неправильного действия, бездействия или излишнего действия сотрудников, аппаратуры и т.п. Ошибки бывают: без неблагоприятных последствий, либо с причинением вреда пациенту, сотрудникам.

**Экстремальное событие** (анг. Sentinel Event) – это вид инцидента, в результате которого нанесен значительный вред здоровью.

К экстремальным событиям относят:

- неожиданную смерть – не связанную с естественным течением болезни пациента или его состоянием (например, непредвиденная смерть во время транспортировки);
- суицид во время перевозки;
- смерть персонала или гражданина в результате дорожно-транспортного происшествия;



- изнасилование, насилие, нападение (приводящее к смерти или постоянной потере функции), убийство (умышленное убийство) пациента, сотрудника, или другого лица во время транспортировки;
- инвалидность (в том числе потеря конечности или функции), или значительная психологическая травма, несвязанная с естественным течением заболевания;
- нанесение серьезного вреда здоровью в результате ошибочного применения лекарственных средств.

Не все ошибки приводят к экстремальным событиям, и не все экстремальные события происходят только в результате медицинской ошибки. Определение события как экстремального не подразумевает юридическую ответственность.

**Культура безопасности** – квалификационная и психологическая подготовленность всех лиц, при которой обеспечение безопасности – приоритетная цель и внутренняя потребность, ведущая к самосознанию, ответственности, и самоконтролю при выполнении всех работ, влияющих на безопасность.

**Открытое разглашение** (Open Disclosure) – открытое обсуждение инцидента, в результате которого был нанесен вред (или мог быть нанесен вред в будущем) пациенту в момент оказания медицинской помощи.

**Выражение сожаления** – выражение сожаления пациенту за нанесенный моральный вред или вред здоровью в результате ошибочного лечения.

#### **Задачи при работе с инцидентами**

- **Обучение** – обучение и информирование персонала медорганизации о системе отчетов об инциденте;
- **Сообщение** – своевременная и адекватная передача информации об инцидентах, проблемах, потенциальных клинических и неклинических ошибках, неожиданных клинических исходах;
- **Анализ инцидента** – правильная классификация инцидента, организация его разбора (с использованием различных методов, таких как анализ корневых причин, диаграмма Фишбоун и др.);
- **Анализ тенденций и корректирующих мер** – выявление тенденций происхождения инцидентов на уровне структурных подразделений медицинского организации в целом;
- **Обратная связь** – обеспечение обратной связи со структурными подразделениями для анализа полученных результатов с необходимыми рекомендациями, а также с пациентами или их родственниками для сообщения о принятых мерах и полученных результатах;



- **Выполнение корректирующих мер** – мероприятия, направленные на устранение и предотвращение инцидентов;
- **Контроль мер** – оценка эффективности профилактических мер или процедурных изменений, направленных на устранение инцидента или уменьшение риска несчастного случая, травмы, повреждения или утери личных вещей.

#### **Основные принципы при работе с инцидентами:**

- выражение сожаления,
- раскрытие информации о клиническом инциденте,
- поддержка персонала и обучение,
- поддержка недееспособных и несовершеннолетних,
- поддержка пациента,
- система обеспечения стандартов клинической практики,
- конфиденциальность,
- справедливость,
- не карательные меры,
- системный подход,
- командное решение,

#### **5. РЕСУРСЫ:**

- 1) Форма «Отчет об инциденте»;
- 2) «Ящик для жалоб и предложений».

#### **6. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ:**

- 1) форма «Отчет об инциденте»;
- 2) Анализ инцидента (акт расследования).

### **7. ОПИСАНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ УПРАВЛЕНИЯ ИНЦИДЕНТАМИ**

#### **1) Общие положения**

- а) В приоритете деятельности ГП – безопасность сотрудников, пациентов и посетителей. Учреждение принимает комплексные меры для повышения качества предоставляемых медицинских услуг, внедряет механизмы эффективного решения проблем, активного выявления и снижения медицинских ошибок и инцидентов, повышения безопасности, разработки и пересмотра процессов, функций и услуг.
- б) ГП руководствуется принципом, что ошибки в большинстве происходят в результате дефектов организации рабочих процессов, а не по вине индивидуального



лица. Деятельность руководства направлена на улучшение систем и процессов, а не на дисциплинарное наказание лица, ответственного за ошибку или происшествие.

с) ЛГП внедряет не карательные методы управления инцидентами (справедливая культура/культура безопасности), систему представления данных об инцидентах. Эти мероприятия способствуют тому, чтобы сотрудники без страха наказания сообщали о любой чрезвычайной ситуации, медицинской ошибке, травмах пациента/сотрудника/посетителей медорганизации, обо всех произошедших и потенциальных ошибках и инцидентах.

д) В течение 24 часов с момента происшествия инцидента всю информацию о нем документируют в «Отчете об инциденте» (см. Приложение 1) и передают ответственному структурному подразделению (Служба внутреннего аудита, Отдел менеджмента качества или др.) или отправляют в «Ящик для жалоб и предложений» для дальнейшего разбора.

## 2) Порядок действий при инциденте:

При выявлении инцидента/ошибки или потенциальной ошибки:

а) Выполните или обеспечьте мероприятия по улучшению состояния пациента (первая помощь, осмотр и пр.);

б) Выполните или обеспечьте выполнение мероприятий по защите здоровья окружающих (удаление потенциально опасных биологических жидкостей, предметов);

с) Сообщите об инциденте лечащему врачу и другим лицам – по необходимости;

д) Запечатлейте/сохраните факты, информацию об инциденте (запомнить состояние пациента при инциденте, взять образцы для анализа, сфотографировать место инцидента, сохранить упаковку, ампулу, этикетку препарата и др.);

е) В течение 24 часов с момента происшествия сообщите об инциденте в Службу внутреннего аудита (или другому ответственному структурному подразделению), заполните форму «Отчет об инциденте». При необходимости, сообщите руководителю подразделения, отделу ГО и ЧС и охранной службе;

ф) При желании сохранить анонимность заполненные формы опустите в ящик для сбора жалоб и предложений.

г) Заполните и отправьте форму «Отчет об инциденте» по электронной почте руководителю Службы внутреннего аудита (или другому ответственному специалисту).

## 3) Порядок действий после уведомления об инциденте:



- a) После уведомления об инциденте, эксперт оценивает вид инцидента по последствиям;
- b) Ежеквартально в базу данных вводят обобщенную информацию о потенциальных инцидентах с незначительным риском и случившиеся ошибки с незначительным вредом для здоровья. Данные анализирует ответственный эксперт.
- c) При необходимости эксперт направляет в соответствующие структурные подразделения рекомендации и другие сведения об инциденте (потенциальные инциденты с незначительным риском и случившиеся ошибки с незначительным вредом для здоровья).
- d) Все инциденты сортируют и разделяют:
- на случаи с медицинскими ошибками,
  - с медикаментозными ошибками,
  - с нанесением вреда здоровью,
  - без вреда здоровью,
  - немедицинские случаи.
- a) Инциденты с медицинскими и медикаментозными ошибками направляют на рассмотрение курирующего заместителя руководителя медорганизации с последующим разбором специально созданной рабочей группой.
- b) Немедицинские инциденты рассматривают в зависимости от специфики инцидента, с последующим разбором специально созданной рабочей группой при необходимости.
- c) Ошибки и потенциальные ошибки со значительным вредом для здоровья оценивают в срочном порядке, разбор проводят в течение 48 часов.
- d) По усмотрению эксперта Службы внутреннего аудита к разбору привлекают руководителей структурных подразделений, в которых произошел инцидент, либо ответственного за область инцидента.
- e) Методика анализа может включать анализ корневых причин или другие методики улучшения качества.
- f) По результатам анализа разрабатывают рекомендации (корректирующие меры).
- g) План корректирующих мер доводят до сведения всех заинтересованных лиц, ответственных руководителей.
- h) Служба внутреннего аудита контролирует выполнение корректирующих мер.
- i) По результатам анализа инцидента, эксперт информирует сотрудников МО в следующем порядке:



- Результаты разбора медицинских и медикаментозных ошибок докладывают на ближайшем заседании Совета по качеству;
- Результаты разбора немедицинских случаев, связанных с безопасностью здания и коммунальными службами, докладывают на ближайшем заседании Комиссии по безопасности;
- Ежемесячно проводят структуризация данных по инцидентам, поступивших за месяц;
- Ежеквартально осуществляют анализ тенденций по инцидентам;
- Периодически предоставляют отчеты о положении дел с инцидентами на рассмотрение Совета по качеству и в другие Комиссии по мере необходимости.

#### 9. ССЫЛКИ:

- 1) Кодекс Республики Казахстан Кодекс РК от 07.07.2020 № 360-VI "О здоровье народа и системе здравоохранения": [Статья 134](#). Права пациентов; [Статья 135](#). Обязанности пациентов;
- 2) 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.
- 3) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций», Приложение 2. Глава 1: Руководство. 6. Культура безопасности (не карательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности); 7. Управление качеством;
- 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.

**1. Указание условия пересмотра СОП:** Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.

### Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения





Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	Кубаева А.К.	Мед. сестра	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
2	Абдураманова Д.М.	Секрет. кабин.	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
3	Асанов Е.Ш.	Вн. врач, ф-ко	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
4	Самиева Д.А.	Вн. врач	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
5	Дурдобилова О.Н.	Мед. сестра	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
6	Алибаева Д.А.	Мед. сестра	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
7	Калимова Б.Д.	педиатр	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
8	Байбаева Д.Ш.	БОН	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
9	Усупов Э.В.	БОН	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
10	Аманжолова М.Ш.	БОН	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
11	Ариповов	Узист	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
12	Абдураманов Г.А.	Медсестра	04.01.2024	<i>[Signature]</i>