
	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 1 из 11

Наименование структурного подразделения:	Все структурные подразделения		
Названия документа:	СОП « Политика по Экстремальным событиям »		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
Согласовано:	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
	Врач эксперт		
Дата согласования:	04.01.2024г		
Дата введения в действие	04.01.2024г		
Версия №	Копия № _____	04 /01 _____ / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 - « 01 - 2024г
 Дата следующего пересмотра « _____ - « _____ - 2027г

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 2 из 11

СОП «Политика по Экстремальным событиям»

1. ЦЕЛЬ: стандартизировать выявление и регистрацию инцидентов, принятие системных мер, способствующих снижению риска повтора 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;

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 3 из 11

- 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.

Неблагоприятное событие — это событие безопасности пациента, которое привело к причинению вреда пациенту.

Событие без вреда - это событие безопасности пациента, которое возникает у пациента, но не причиняет ему вреда

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.

Причинно-следственный анализ (RCA) - процесс для определения основы или причинных факторов, в основе которого лежат различные виды действий, включая случай или возможный случай экстремального события.

Он фокусируется исключительно на системе и процессе не на отдельном действии. Он совершенствуется от особых случаев в клиническом процессе до общей причины в организационном процессе, и определяет потенциальные улучшения в процессе или системе, которая послужила бы уменьшению вероятности таких событий в будущем, или определить, после проведенного анализа, что возможности улучшения не существуют.

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;

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- **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,
- некарательные 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

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 5 из 11

1) Общие положения

а) В приоритете деятельности медорганизации – 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) Медорганизация 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.


в) Медорганизация внедряет некарательные 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.

г) 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);
- в) Сообщите об инциденте лечащему врачу и другим лицам – по необходимости;
- г) 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

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 6 из 11

внутреннего аудита (или другому ответственному структурному подразделению), заполните форму «Отчет об инциденте». При необходимости, сообщите руководителю подразделения, отделу ГО и ЧС и охранной службе;

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

g) 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.


	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- е) Методика анализа может включать анализ корневых причин или другие методики улучшения качества.
- ф) По результатам анализа разрабатывают рекомендации (корректирующие меры).
- г) План корректирующих мер доводят до сведения всех заинтересованных лиц, ответственных руководителей.
- h) Служба внутреннего аудита контролирует выполнение корректирующих мер.
- і) 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.

Алгоритм стандартных действий и/или операций

1. Требования к управлению инцидентами ЛПП руководствуется следующими принципами:

- 1) Признание, что ошибки в большинстве случаев происходят из-за дефектов организации рабочих процессов, а не по вине индивидуального лица;
- 2) Направление деятельности руководства на улучшение систем и процессов, а не на дисциплинарное наказание лица, ответственного за ошибку или происшествие;
- 3) Стремление к внедрению не карательного подхода к управлению инцидентами;
- 4) Обеспечивает систематический, координированный и непрерывный подход к улучшению качества ухода и безопасности пациентов путем:
 - определения корневой причины экстремального события;
 - проведения анализа экстремального события;
 - внедрения механизмов, поддерживающих эффективное решение проблем;
 - определения приоритетных мероприятий для повышения безопасности пациентов/сотрудников/ посетителей и улучшения действующих процессов;
 - разработки и пересмотра процессов, функций и услуг с целью предотвращения и снижения риска повторного происшествия экстремального события.
- 5) Все экстремальные события требуют немедленного расследования и соответствующего реагирования.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

б) Все экстремальные события должны быть занесены в «Форму подачи инцидента сотрудниками» на электронном носителе путем использования специальных QR кодов.


Алгоритм стандартных действий и/или операций при управлении инцидентами

Порядок действий при экстремальном событии

- 1) При выявлении экстремального события, сотрудник должен:
- 2) Выполнить или обеспечить мероприятия по улучшению состояния пациента (первая помощь, осмотр и т.д.);
- 3) Выполнить или обеспечить мероприятия по защите здоровья окружающих;
- 4) Выполнить или обеспечить безопасность любому оборудованию, медикаментам, медицинским приборам и документации, которые имеют отношение к событию;
- 5) Сообщить об инциденте лечащему врачу (дежурному или старшему по должности) и другим лицам - по необходимости;
- б) Заведующий подразделением, где произошло экстремальное событие, сообщает СПП и ВЭ, с последующим доведением информации до главного врача;
- 7) Запечатлеть/сохранить факты, информацию об экстремальном событии (запомнить состояние пациента при инциденте, взять образцы для анализа, сфотографировать место инцидента, сохранить упаковку, ампулу, этикетку препарата и др.);
- 8) Сообщить об экстремальном событии **немедленно** в СППВЭ путем заполнения «Формы подачи инцидента сотрудниками» на бумажном носителе. В течение **24 часов**, не зависимо от дня недели, с момента происшествия экстремального события, провести расследование.

Порядок действий после уведомления об экстремальном событии

- 1) После уведомления об инциденте, специалист СППВЭ оценивает вид инцидента по последствиям.
- 2) Все случаи, попадающие под определение экстремального события должны быть изучены с помощью серьезного анализа корневых причин.
- 3) Расследование, опрос человека (людей) вовлеченных или/и свидетелей события, или людей, узнавших о произошедшем и сбор информации по произошедшему экстремальному событию должны быть начаты сразу же после уведомления об экстремальном событии.
- 4) Для расследования создается Команда по экстремальному событию.
- 5) Команда по экстремальному событию состоит из Начальника СППВЭ, сотрудника СППВЭ, в зависимости от специфики экстремального события, курирующего структурное подразделение, руководителей структурных подразделений, где произошло экстремальное событие и других лиц, ответственных за область инцидента.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 9 из 11

6) Команда по экстремальному событию при анализе экстремального события использует следующие методики: Анализ Корневых Причин (Root Cause Analysis, RCA) (см. Приложение 1);

7) Команда по экстремальному событию при анализе экстремального события использует следующие методики:

Анализ Корневых Причин (Root Cause Analysis, RCA) (см. Приложение 1);
 Fishbone diagram;

Pareto;

и другие.

8) По результатам анализа выявляется корневая причина, которая привела к экстремальному событию, разрабатывается план корректирующих действий, которые приведут к улучшению процессов и предотвратят или снизят риск повторного происшествия экстремального события.

Проведение RCA и составление Плана корректирующих действий проводится в течение 15 дней.

9) План корректирующих мер с ответственными лицами и сроками исполнения доводится до сведения всех заинтересованных лиц (в том числе пациенты и/или родители), ответственных руководителей в течение 72 часов с момента проведения анализа экстремального события, в том числе на докладываются на еженедельной планерке.

10) Отдел менеджмента качества и безопасности пациента контролирует выполнение корректирующих мер с обязательным протоколированием реализованных корректирующих действий. проводится на предмет возможных сбоев процесса (непредусмотренных эффективности и

Индикаторы эффективности

Индикатор эффективности выполнения стандарта операционной процедуры:

1/ Название индикатора «Полнота исполнения СОП».

2/ Расчет индикатора:

Полнота исполнения СОП = $\frac{\text{число выполненных требований} \times 100}{\text{общее число требований}}$.


Целевое значение стремится к 100.

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;

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»,
 Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 10 из 11

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



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

Страница:

1

10 из 10

Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	Мамонтов Г	мер. с	04.01.2024	
2	Абдиева З.С	мер. сестра	04.01.2024	
3	Тотайев А	мер. сестра	04.01.2024	
4	Хамракулов	мер. сестра	04.01.2024	
5	Ирматов А	анестезиолог	04.01.2024	
6	Абдулкеримов О.П	ан. мед	04.01.2024	
7	Винурова А.Н	уч. мед	04.01.2024	
8	Жаракчиев Р.Т	ст. мер.	04.01.2024	
9	Султамбетов С.А	Технический	04.01.2024	
10	Абдиева Г. Э	стоматолог	04.01.2024	
11	Абдурашидов М	ст. мер.	04.01.24	
12	Абдиева А.О	стоматолог	04.01.24	
13	Торшбаева С.И	стом. зуб врач	04.01.24	
14	Мамурова М	ст. мер.	04.01.24	
15	Арипов А	ст. мер.	04.01.24	
16	Самиева А.А	ст. мер.	04.01.2024	
17	Саурбаев В.Н	стоматолог	04.02.2024	
18	Мамонтов Г.К	кзр. мед	04.01.2024	
19	Кимбаев А.И	мер. сестра	04.01.2024	
20	Мухамедов Г.И	ст. мер.	04.01.2024	
21	Курманов Б.С	терапевт	04.01.2024	
22	Абдиева Р.В	мер. сестра	04.01.2024	
23	Абдиева М	мер. сестра	04.01.2024	
24	Жариева Ф	медсестра	04.01.2024	
25	Исраилов И	мер. сестра	04.01.2024	
26	Чиркеева С	мер. сестра	04.01.24	

