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

Наименование структурного подразделения:	Все структурные подразделения		
Названия документа:	СОП «Правила сбора и анализа отчетов об инциденте»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	Должность	Ф.И.О.	Подпись
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
Согласовано:	Врач эксперт		
	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
	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: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

СОП «Правила сбора и анализа отчетов об инциденте»

1. Введение:

- 1) ГКП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника» УЗ Туркестанской области придает большое значение безопасности своих сотрудников, пациентов и посетителей Поликлиники. Поликлиника обеспечивает систематический, координированный и непрерывный подход к улучшению качества ухода и безопасности пациентов путем внедрения механизмов, поддерживающих эффективное решение проблем; активного выявления и снижения медицинских ошибок и инцидентов, определения приоритетных мероприятий для повышения безопасности; разработки и пересмотра процессов, функций и услуг.
- 2) Поликлиника руководствуется принципом, что ошибки в большинстве случаев происходят из-за 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. Поликлиника стремится к внедрению некарательного подхода к управлению инцидентами. В связи с этим в Поликлиника внедрена система представления данных об инцидентах, и ожидается, что все сотрудники будут способствовать этому, сообщая без страха наказания о любой чрезвычайной ситуации, медицинской ошибке, травмах пациента /сотрудника/ посетителей Поликлиники, обо всех произошедших и потенциальных ошибках и инцидентах. Все эти данные должны быть переданы в СППиВЭ для дальнейшего разбора в течение 24 часов с момента происшествия инцидента.
- 3) Так как широкая общественность становится все более осведомленной о предоставлении медицинской помощи, пациенты выражают желание активно участвовать в этом процессе. Открытое разглашение является методом последовательных и открытых коммуникаций с пациентами по случаю клинических инцидентов. Это включает выражение сожаления за то, что случилось, постоянное информирование пациента и обеспечение обратной связи по ходу служебного и независимого расследования, включая те меры, которые предотвратят подобные события в будущем. Этот метод также позволяет улучшить систему оказания ухода, безопасную для пациента.
- 4) Поликлиника признает образ мышления, который опирается на системный подход к безопасности и принимает во внимание, что человеческие ошибки являются неизбежными, и что ошибка часто случается из-за недостатков в системе защиты. Культура безопасности существует там, где сотрудники внутри организации постоянно и активно информируются о происходящих потенциальных ошибках, и ошибки рассматриваются открытым и справедливым путём, а также ждётся обмен информацией в случае инцидента

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 3 из 15

2. Цель:

- 1/ Выявление и регистрация инцидентов и принятие по ним системных мер, способствующих снижению риска повторения инцидентов.
- 2/ Создать стандартизированный подход для медицинского персонала для налаживания коммуникаций с пациентом и/или их родственниками/лицами по уходу после клинического инцидента;
- 3/ Построить культуру безопасности, обслуживания через доверие и честность, которая будет рассматривать медицинские ошибки открытым и честным путём во взаимодействии с пациентами.

3. Задачи:

- 1) **Обучение** – персонал МО должен знать о системе отчетов об инциденте.
- 2) **Сообщение** – персонал должен своевременно и адекватно передавать информации об инцидентах, проблемах, потенциальных клинических и неклинических ошибках и неожиданных клинических исходах.
- 3) **Анализ инцидента:** _____ должен классифицировать инцидент и организовать соответствующий разбор (используя разные методы, таких как Анализ корневых причин, диаграмма Фишбоун, и т. д.).
- 4) **Анализ тенденций и корректирующих мер** – выявление тенденций происхождения инцидентов на уровне структурных подразделений и МО.
- 5) **Обратная связь** – обеспечение обратной связи со структурными подразделениями о результатах анализа с рекомендациями мер, а также с пациентами или их родственниками о принятых мерах и результатах.
- 6) **Выполнение корректирующих мер** – выполнение ответственными лицами мер по устранению и предотвращению инцидентов в рамках своей сферы контроля.
- 7) **Контроль мер** – оценка эффективности профилактических мер или процедурных изменений, направленных на устранение инцидента или уменьшение риска несчастного случая, травмы, повреждения или утери личных вещей.


4. Классификация инцидентов:

- 1) **Near Miss/потенциальная ошибка или почти ошибка** – любой процесс или отклонение, которое не повлияло на исход, но его повторение несет высокий риск неблагоприятного события (нанесения вреда пациенту).
- 2) **Error/ошибка или инцидент** – непреднамеренное действие либо бездействие, которое не приводит к достижению желаемого результата.

По последствиям, можно выделить инциденты, при которых:

- **нет вреда** – это действие или бездействие без негативного исхода;
- **есть незначительный вред** – это действие или бездействие, которое приводит к незначительным или умеренным нарушениям физического или психического состояния пациента.

- 3) **Sentinel Event/чрезвычайное событие** – инцидент, повлекший значительный вред здоровью:

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

- смерти или инвалидности (в том числе потере конечности или функции), или значительной психологической травме, несвязанной с естественным течением заболевания.

- или одно из нижеследующих:

- самоубийство стационарного пациента;
- кража или подмена ребенка;
- изнасилование (другим пациентом, персоналом или посетителем);
- переливание несовместимой крови и ее препаратов;
- операция, ошибочно проведенная другому пациенту или на ошибочную часть тела/орган;
- серьезный вред здоровью в результате ошибочного применения;
- лекарственных средств, ошибочной анестезиологической тактики;
- вспышка инфекции.

5. Область применения:

1) Выполнение правил обязательно во всех подразделениях Поликлиники (клинические, параклинические и административно-хозяйственные подразделения) и распространяются на всех сотрудников Поликлиники, включая сотрудников компаний, работающих на территории Поликлиники.

2) Сообщению подлежат все виды инцидентов, а также потенциальные ошибки.

6. Основные принципы


- 1/ Выражение сожаления
- 2/ Раскрытие информации о клиническом инциденте
- 3/ Поддержка персонала и обучение
- 4/ Поддержка недееспособных и несовершеннолетних
- 5/ Поддержка пациента
- 6/ Система обеспечения стандартов клинической практики
- 7/ Конфиденциальность
- 8/ Справедливость
- 9/ Некарательные меры
- 9/ Системный подход
- 10/ Командное решение

7. Обучение:

1) Руководители структурных подразделений должны обучать новых работников системе сбора отчетов об инциденте при проведении первичного и др. инструктажа на рабочем месте.

2) Сотрудник _____ при обходах подразделений обучает и проверяет знания сотрудников др. подразделений системе сбора отчетов об инциденте.

8. Права пациентов и Этические принципы

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

1/ Согласно Кодексу о здоровье и системе здравоохранения РК пациента имеет право на безвозмездное получение от государственных органов, организаций и участкового врача в пределах их компетенции достоверной информации о методах профилактики, диагностики, лечения заболевания и медицинской реабилитации, клинических исследованиях, факторах, влияющих на здоровье, включая состояние окружающей среды, условия труда, быта и отдыха, здоровом питании и безопасности пищевых продуктов, в том числе заключения санитарно-эпидемиологической экспертизы, а также информации о безопасности, эффективности и качестве реализуемых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.


2/ Основным этическим требованием является проявление честности и открытости в течение всего времени оказания медицинской помощи пациентам. В противном случае, пациенты теряют доверие к медицинским специалистам и Поликлинике, где они получают медицинскую помощь. Общество ожидает от медицинских специалистов ставить интересы пациента на первое место. В этическую основу разглашения входит также уважение автономности пациента. Данное уважение требует от медицинского персонала активно информировать пациента обо всех аспектах ухода. Пациенты имеют право быть свободными от любых ошибочных убеждений в отношении их состояния здоровья. Это позволит пациентам принимать информированные решения без чрезмерного влияния или принуждения.

7. Термины, определения и сокращения

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

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

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

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 6 из 15

4/ *Экстремальное событие* (англ. *Sentinel Event*)- неожиданное происшествие, повлекшее за собой смерть, серьёзную физическую или физиологическую, травму. Серьёзная физическая травма включает потерю конечности или утрату функции. Такие события называются экстремальными, потому что они указывают на необходимость немедленного расследования и принятия мер. В Поликлинике к таким событиям относятся.

а) неожиданная смерть, включая, но не ограничиваясь следующим:

- * смерть, не связанная с естественным течением болезни пациента или его состоянием;
- * суицид.
- * серьёзная постоянная потеря функции системы организма, органа или конечности не связанная с естественным течением болезни пациента или его состоянием;
- * хирургическая операция с выбором неправильного участка для операции, проведение неправильной процедуры, и проведение хирургической процедуры неправильно идентифицированному («не тому») пациенту;
- * значительные побочные эффекты на лекарственные средства,
- * изнасилование, насилие на рабочем месте, например, нападение (приведшее к смерти или постоянной потере функции организма, органа или конечности); убийство (намеренное) пациента, члена персонала, врача, студентов, резидентов, посетителей, арендаторов или поставщиков на территории Поликлиники.

5) Важно отметить, что термин «*экстремальное событие*» и «*медицинская ошибка*» не является синонимами. Не все ошибки приводят к экстремальным событиям, и не все экстремальные события происходят только в результате медицинской ошибки. Определенные события как экстремального также не подразумевают юридическую ответственность.

6) *Открытое разглашение* (Open Disclosure) является открытым обсуждением инцидента, который понёс за собой нанесение вреда (или мог бы нанести вред в будущем) пациенту в момент оказания медицинской помощи.


7) *Выражение сожаления* - выражение сожаления за вред, испытанный пациентом.

8) «*Поддерживающий*» человек - лицо, представляющее интересы пациента, идентифицированное самим пациентом (родственник/друг/один^ из родителей/опекун), которому будет предоставляться информация в случае неблагоприятного события (клинического инцидента) с учётом требований конфиденциальности и приватности, а также внутренних правил Поликлиники.

9) *Культура безопасности* - морально-этическая и не карательная обстановка в коллективе (корпоративный дух), при которой безопасность пациента ставятся выше

7. Порядок действий при инциденте:


При выявлении инцидента/ошибки или потенциальной ошибки, сотрудник должен (см. приложение ниже):

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 7 из 15

- 1) Выполнить или обеспечить мероприятия по улучшению состояния пациента (первая помощь, осмотр и пр.).
- 2) Выполнить или обеспечить мероприятия по защите здоровья окружающих (удаление потенциально опасных биологических жидкостей, предметов).
- 3) Сообщить об инциденте лечащему врачу и другим лицам – по необходимости.
- 4) Запечатлеть/сохранить факты, информацию об инциденте (запомнить состояние пациента при инциденте, взять образцы для анализа, сфотографировать место инцидента, сохранить упаковку, ампулу, этикетку препарата и др.).
- 5) В течение **24 часов** с момента происшествия сообщить об инциденте отделу внутреннего аудита путем заполнения **формы «Отчет об инциденте»**. При необходимости, сообщить руководителю подразделения, отделу ГО и ЧС и охранной службе.
- 7) Заполненные формы опускаются в ящик у кабинета _____. Также можно заполнить и отправить Отчет об инциденте по электронной почте начальнику отдела менеджмента качества и безопасности пациента.

8. Порядок действий после уведомления об инциденте:

- 1) После уведомления об инциденте, эксперт СППиВЭ_ оценивает вид инцидента по последствиям.
- 2) Потенциальные инциденты с незначительным риском и случившиеся ошибки с незначительным вредом для здоровья вводятся в базу данных по инцидентам и анализируются экспертом_СППиВЭ обобщенно ежеквартально.
 - в случае необходимости, эксперт_СППиВЭ направляет в соответствующие структурные подразделения рекомендации и другие сведения об инциденте (потенциальные инциденты с незначительным риском и случившиеся ошибки с незначительным вредом для здоровья).
- 3) Все инциденты сортируются и разделяются на случаи с медицинскими, медикаментозными ошибками с вредом для здоровья и без, а также немедицинские случаи.
 - инциденты с медицинскими и с медикаментозными ошибками направляются на рассмотрение заместителя руководителя Поликлиники с последующим разбором специально созданной рабочей группой;
 - немедицинские инциденты рассматриваются в зависимости от специфики инцидента (заместители руководителя по хозяйственной части, чрезвычайным ситуациям, главная медсестра) с последующим разбором специально созданной рабочей группой при необходимости.
- 4) Ошибки и потенциальные ошибки со **значительным вредом для здоровья** должны быть оценены сразу и разбор должен быть проведен в течение 48 часов.
 - по усмотрению эксперта отдела внутреннего аудита к разбору привлекаются руководители структурных подразделений, где случился инцидент, либо ответственный за область инцидента;

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

- методика анализа может включать: анализ корневых причин и др.
- 5) По результатам анализа разрабатываются рекомендации (корректирующие меры).
 - 6) План корректирующих мер доводится до сведения всех заинтересованных лиц (в том числе пациенты и/или родители), ответственных руководителей в течение 72 часов с момента происшествия инцидента.
 - 7) СППиВЭ_ контролирует выполнение корректирующих мер.
 - 8) Результаты разбора медицинских и медикаментозных ошибок докладываются на ближайшем заседании Совета по качеству.
 - 9) Результаты разбора немедицинских случаев, связанных с безопасностью здания и коммунальными службами, докладываются на ближайшем заседании (Комиссии по безопасности и управлению рисками).
 - 10) Ежемесячно СППиВЭ делает структуризацию данных по инцидентам поступивших за месяц.
 - 11) Ежеквартально СППиВЭ делает анализ тенденций по инцидентам.
 - 12) Периодически СППиВЭ _ направляет отчеты о положении дел с инцидентами на рассмотрение СППиВЭ /Совета по качеству и в другие инстанции по мере целесообразности.

10. Схема процесса открытого разглашения

- 1) подробная схема процесса разглашения (смотрите схему 1 и приложения)
Наглядно демонстрирует ,какие шаги должны предпринимать сотрудники Поликлиники в случае неблагоприятного события (клинический инцидента).
- 2) Процесс открытого разглашения необходимо начинать с:
 - 1 шаг. Идентифицируйте факт, что инцидент произошел (нанесен вред),
 - 2 шаг. Предотвратите дальнейший процесс нанесения вреда;
 - 3 шаг. Определите уровень реагирования
 - Низкий уровень;
 - Высокий уровень.

Приложение

Схема оповещения об инциденте

- 1) Инцидент.
 - 2) Меры по немедленному устранению инцидента (в том числе оказание помощи).
 - 3) Сообщить лечащему врачу/другим инстанциям по профилю.
 - 4) Заполнить форму (по возможности зафиксировать: сохранить материалы, сфотографировать и др.).
- Опустить отчет в ящик* _____.

* Либо выслать по электронной почте начальнику _____.



НИЗКИЙ УРОВЕНЬ РЕАГИРОВАНИЯ

4 шаг. Уведомить вышестоящего руководителя (старшая медсестра отделения, заведующий отделения, руководитель отдела) и обеспечить соответствующие меры оказанию первой помощи.

5 шаг. Информировать пациента о том, что случилось и о том, что было предпринято с целью предупреждения дальнейшего вреда здоровью пациента. Не забудьте выразить сопереживание или сожаление о случившемся, а также выявить признаки состояния здоровья (при наличии), которые требуют изменений в уходе.

Чего делать нельзя:

- Спекулировать или обвинять других в случившемся;
- Винить себя;
- Критиковать или комментировать вопросы вне Вашей компетенции;
- Признавать свою ответственность за случившееся.

6 шаг. Вышестоящий руководитель должен определить соответствующего сотрудника для проведения местного расследования, чтобы установить причины инцидента и выработать рекомендации по изменению и улучшению процессов. Вовлечённое руководство несёт единоличную ответственность за то, чтобы меры по улучшению были приняты.

7 шаг. Задокументируйте обсуждение и другие дальнейшие действия в медицинской карте пациента. Заполните форму отчёта об инциденте и отправьте заполненную форму сотруднику, ответственному за управление клиническими рисками (ящик для сбора отчётов об инциденте).

ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ РЕАГИРОВАНИЯ

4 шаг. Уведомить вышестоящего руководителя (старшая медсестра отделения, заведующий отделения, руководитель отдела). Подтвердить требуемый уровень реагирования.

5 шаг. Уведомить сотрудника, ответственного за управление клиническими рисками, что требуется высокий уровень реагирования.

6 шаг. Приступить к групповому обсуждению, чтобы:

4. Установить основные согласованные клинические факты;

5. Идентифицировать лицо, которое будет отвечать за обсуждение с пациентом и членами семьи;

6. Рассмотреть требования по поддержке пациента;

7. Определить критически важные потребности по поддержке персонала, вовлечённого в событие;

8. Обеспечить последовательный подход всеми членами команды к коммуникациям (процесс передачи информации) с пациентом и членами семьи.

7 шаг. Первичное обсуждение с пациентом с целью информирования.

Разъяснить ситуацию на текущий момент:

• Подтвердить, что случилось неблагоприятное событие (инцидент);

• Выразить сопереживание и сожаление;

• Спросить у пациента и/или члена семьи, что они поняли из сказанных слов о случившемся;

• Рассказать об известных фактах;

• Обсудить дальнейшую тактику требуемого ухода;

• Объяснить, как это изменит ранее оговорённое лечение и любой кратковременный эффект, который может испытать пациент;

• Разъяснить пациенту, что будет проведено служебное расследование, и что обязательно за этим последует обратная связь



- Предоставить пациенту ФИО и контактный номер сотрудника, ответственного за процесс разглашения;
- Задokumentировать обсуждение в медицинской карте пациента.

Чего делать нельзя:

- Спекулировать или обвинять других в случившемся;
- Винить себя;
- Критиковать или комментировать вопросы вне Вашей компетенции;
- Признавать свою ответственность за случившееся.

8 шаг. Члены клинической команды несут ответственность за содействие в расследовании, разработке и внедрении рекомендаций;

9 шаг. Последующее обсуждение:

- Данное обсуждение должно проводиться как можно раньше (через несколько дней после случившегося, но лучше всего незамедлительно при первом обсуждении);
- При любой возможности сотрудник, ответственный за первичное обсуждение, должен проводить последующее обсуждение;
- Предоставлять информацию пациенту о прогрессе расследования и состоянии здоровья на текущий момент;
- Быть готовым отвечать на вопросы;
- Предлагать пациенту и членам семьи возможность обсудить ситуацию с другим медицинским специалистом;
- Спросить у пациента хочет ли он/она привлечь личного врача к обсуждению;
- Удостовериться, что у пациента имеются контактные данные на случай, если появятся дополнительные вопросы позже;
- Если пациент требует присутствия законного представителя, необходимо способствовать присутствию члена семьи для эмоциональной поддержки. Также нужно уведомить сотрудника, ответственного за клинические риски, возможно, он/она пожелает присутствовать;
- Рассмотреть возможность консультирования с юристами и/или



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

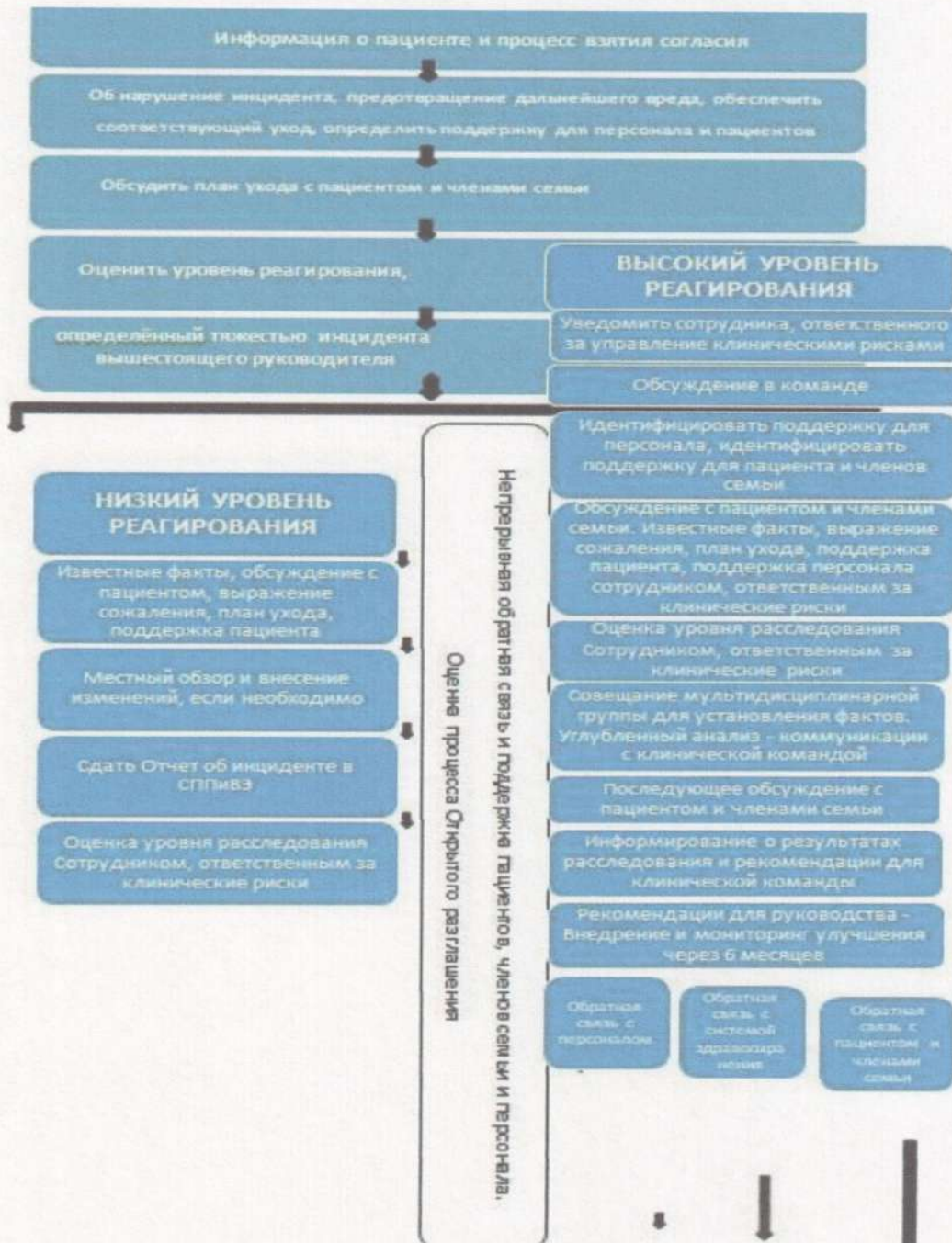
Версия:
1


Страница:
11 из 15

организацией, страхующей профессиональную ответственность;

- Задokumentировать обсуждение и результаты;
- Обеспечить пациенту поддержку ухаживающего лица (члена семьи);

Схема 1. ПОШАГОВАЯ СХЕМА ПРОЦЕССА ОТКРЫТОГО РАЗГЛАШЕНИЯ




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

1) Определение уровня реагирования

Нижеуказанная таблица является инструментом для применения медицинскими работниками поликлиники для того, чтобы выбрать необходимый уровень реагирования в случае неблагоприятного события (клинического инцидента).

<i>Уровень реагирования</i>	<i>Последствия</i>	<i>Меры</i>	<i>Примеры</i>
Высокий	Смерть или обширные необратимые потери функций, не связанные с первоначальным состоянием здоровья пациента. Необратимое снижение функций организма, не связанное с первоначальным патологическим состоянием пациента или когда требуется хирургическое вмешательство или перевод на высший уровень медицинского ухода	Незамедлительно информировать сотрудника, ответственного за управление клиническими рисками. Процесс разглашения старшим по должности медицинским специалистом. Углубленное расследование и обратная связь	Неожиданный смертельный исход (не связанный с нормальным течением болезни); Суицид; Физическое насилие / изнасилование; Незапланированное возвращение в операционную; Задержка или отсутствие диагноза, причинившее необратимую травму или требующее более высокого уровня оказания медпомощи; Падение с кровати, закончившееся переломом.
Низкий	Нет необратимых повреждений, не требуется высшего уровня медицинского ухода	Местное управление, отчет об инциденте и процесс разглашения старшим по должности медицинским специалистом	Падение с кровати без каких-либо необратимых повреждений; Инфекция, связанная с катетером; Неправильно выполненное диагностическое исследование; медикаментозная ошибка без последствий, травм или более высокого уровня медицинской помощи

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 13 из 15

2) Конфликты

В случае если возникают споры между родственниками и партнерами пациентов или друзьями в вопросе кто должен получать информацию от медицинского персонала, пожелания пациента, указанные в форме «Общее информированное согласие», должны учитываться как первостепенные. Вдобавок, некоторые лица находятся в законном родстве с пациентами, что дает им право получать информацию о состоянии здоровья пациента (например, родители, официальные опекуны или душеприказчик).

5. Обучение


- 1) СПП и ВЭ должны обучать новых работников алгоритму сдачи отчетов об инциденте при проведении первичного и др. инструктажа на рабочем месте.
- 2) Врач эксперт СППиВА при обходах подразделений обучает и проверяет знания сотрудников др. подразделений системы сбора отчетов об инциденте.

6. Контроль выполнения:

- 1) Контроль исполнения ведет врач эксперт СППиВЭ и руководитель СПП и ВЭ.
- 2) Все инциденты анализируются 1 раз в месяц на предмет полноты выполнения разбора, и аудит результатов анализа выносится ежеквартально на Совет по Качеству.

7. Нормативные ссылки:

- 1) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 05.11.2021 № ҚР ДСМ-111 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций».
- 2) Open Disclosure. Health Care Professionals Handbook. © Commonwealth of Australia, 2003. Медицинское пособие. Содружество Австралии, 2003.
- 3) Canadian Disclosure Guidelines. Being open with patients. © Canadian Patient Safety Institute, 2011. Рекомендации по раскрытию информации в Канаде. Быть открытым с пациентами. Канадский институт по безопасности пациента, 2011.
- 4) Disclosure of medical error: policies and practice. Jawahar Kalra, K. Lorne Massey, Amith Mulla. J R Soc Med 2005; 98: 307–309. Раскрытия медицинских ошибок: политика и практика.
- 5) 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 doi: 10.1377/hlthaff.22.2.73. Практика раскрытия информации о больницах. Результаты национального опроса.
- 6) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 03.12.2020 № ҚР ДСМ-230/2020 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)».
- 7) Кодекс Республики Казахстан от 07.07.2020 № 360-IV ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения».
- 8) Кодекс Республики Казахстан от 29.06.2020 № 350 VI «Административный процедурно-процессуальный Кодекс Республики Казахстан».

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

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:

1

Страница:

10 из 10

Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	Шокиев Г	мер.с	04.01.2024	[Подпись]
2	Абдиева З.С.	мер.сестра	04.01.2024	[Подпись]
3	Тотайев А	мер.асист	04.01.2024	[Подпись]
4	Кампанурская	медсестра	04.01.2024	[Подпись]
5	Ирметова А	анушер	04.01.2024	[Подпись]
6	Абдиева О.И.	мл.мед	04.01.2024	[Подпись]
7	Аширбаева А.Р.	уч.м/с	04.01.2024	[Подпись]
8	Жаракчиев А.Т.	ст.мер.	04.01.2024	[Подпись]
9	Оралбаев С.А.	Техник	04.01.2024	[Подпись]
10	Абдиева Г.З.	сиделка	04.01.2024	[Подпись]
11	Абдиева М.	сест.м/с	04.01.24	[Подпись]
12	Октябрьева А.О.	стоматолог	04.01.24	[Подпись]
13	Торшбаева С.И.	сест.зуб.врач	04.01.24	[Подпись]
14	Мамурова М.	сест.м/с	04.01.24	[Подпись]
15	Алиев А.	мл.м/с	04.01.24	[Подпись]
16	Сембаев А.А.	ст.м.м/с	04.01.2024	[Подпись]
17	Сафарбаев А.Н.	стоматолог	04.01.2024	[Подпись]
18	Шокиев М.К.	кзр.м/с	04.01.2024	[Подпись]
19	Кимбаев А.И.	мер.сестра	04.01.2024	[Подпись]
20	Ибрагимов Г.И.	мл.м/с	04.01.2024	[Подпись]
21	Курманов Б.Т.	терапевт	04.01.2024	[Подпись]
22	Абдиева Р.В.	мер.сестра	04.01.2024	[Подпись]
23	Абдиева М.	медсестра	04.01.2024	[Подпись]
24	Мамурова Ф.	медсестра	04.01.2024	[Подпись]
25	Курманов И.	анушер	04.01.2024	[Подпись]
26	Абдиева С.	м/с	04.01.24	[Подпись]



ГКП на ПХВ
 "Ленгерская городская поликлиника"
 Уз Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1

Страница:

15 из 15

Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись