
	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 управления и мониторинга инцидентами и коммуникации с пациентами»		
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 / 02 / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 » - « 02 » - 2024г
Дата следующего пересмотра « _____ » - « _____ » - 2027г

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

Правила управления и мониторинга инцидентами и коммуникаций с пациентами

1. Введение


Название медицинской организации (далее – поликлиника) 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 инцидентов медицинского и немедицинского характера, определения приоритетных мероприятий для повышения безопасности; разработки и пересмотра процессов, функций и услуг.

Поликлиника руководствуется принципом, что ошибки в большинстве случаев происходят из-за дефектов в 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 поликлинике 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.

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.

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 путем, а также ведется обмен информацией в случае инцидента.

2. Цель:

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

- 1) Выявление и регистрация инцидентов и принятие по ним системных мер, способствующих снижению риска повтора 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 путем во взаимодействии с пациентами.

3. Область применения:

Выполнение настоящих правил обязательно во всех подразделениях Поликлиники (клинические и административно-хозяйственные подразделения) и распространяются на всех сотрудников Поликлиники, включая сотрудников аутсорсинговых служб, работающих на территории Поликлиники. Сообщению подлежат все виды инцидентов, а также потенциальные ошибки.

4. 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.

4) *Экстремальное событие (англ. Sentinel Event)* – неожиданное происшествие, повлекшее за собой смерть, серьезную физическую или физиологическую травму. Серьезная 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:

– неожиданная смерть, включая, но не ограничиваясь следующим:

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

– смерть, не связанная с естественным течением болезни пациента или его состоянием;

– суицид.

– серьезная постоянная потеря функции системы организма, органа или конечности не связанная с естественным течением болезни пациента или его состоянием;

– значительные побочные эффекты на лекарственные средства;

– изнашивание, насилие на рабочем месте, например, нападение (приведшее к смерти или постоянной потере функции организма, органа или конечности); убийство (намеренное) пациента, члена персонала, врача, посетителей, арендаторов или поставщиков на территории поликлиники.

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.

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

Выражение сожаления – выражение сожаления за вред, испытанный пациентом.


«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 учетом требований конфиденциальности и приватности, а также внутренних правил Медицинского Больницы.

Культура безопасности – морально-этическая и не карательная обстановка в коллективе (корпоративный дух), при которой безопасность пациента ставятся выше профессиональной солидарности, а информирование медицинским персоналом об инцидентах, с целью их анализа и предотвращению в будущем, становится повседневной практикой.

5. Ответственность

Служба поддержки пациентов и внутренней экспертизы несет ответственность за:

- 1) Оценку вида инцидента по последствиям;
- 2) Потенциальные инциденты с незначительным риском и случившиеся ошибки незначительным вредом для здоровья вводятся в журнал регистрации инцидентов
- 3) Ежеквартально потенциальные инциденты с незначительным риском и случившиеся ошибки незначительным вредом для здоровья анализируются врачом экспертом СППивЭ;
- 4) В случае необходимости направляет в соответствующие структурные подразделения рекомендации и другие сведения об инциденте (потенциальные

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

инциденты с незначительным риском и случившиеся ошибки с незначительным вредом для здоровья);

5) Сортирует инциденты и разделяет на случаи с медицинскими, медикаментозными ошибками с вредом для здоровья и без, а также немедицинские случаи.

6) Инциденты с медицинскими и с медикаментозными ошибками направляются на рассмотрение заместителя директора по лечебно-профилактической работе с последующим разбором;

7) Направляет немедицинские инциденты на рассмотрение заместителю Председателя Комиссии по безопасности зданий и окружающей среды в зависимости от специфики инцидента, с последующим разбором;

8) Ошибки и потенциальные ошибки со значительным вредом для здоровья должны быть оценены сразу и разбор должен быть проведен в течение 48 часов;

9) По согласованию с руководством поликлиники привлекает к разбору руководителей структурных подразделений, где случился инцидент, либо ответственного за область инцидента.

10) По результатам анализа разрабатывает рекомендации (корректирующие меры).

11) План корректирующих мер доводит до сведения всех заинтересованных лиц (в том числе пациенты и/или родители), ответственных руководителей в течение 72 часов с момента происшествия инцидента.

12) Контролирует выполнение корректирующих мер.

13) Результаты разбора медицинских и медикаментозных ошибок докладываются на еженедельной (по понедельникам) планерке внутри структурных подразделений, заседания КИЛИ/ЛКК, Совете по качеству.

14) Результаты разбора немедицинских случаев, связанных с безопасностью здания и коммунальными службами, докладываются на ближайшем заседании Комиссии по безопасности зданий и окружающей среды и общим административным вопросам, Совете по качеству.

15) Делает анализ тенденций по инцидентам и направляет отчеты о положении дел с инцидентами на рассмотрение Совета по качеству и в другие инстанции по мере целесообразности.


6. Описание процесса

1) Задачи

Обучение: персонал поликлиники должен знать о системе отчетов об инциденте.

Сообщение: персонал должен своевременно и адекватно передавать информацию об инцидентах, проблемах, потенциальных клинических и неклинических ошибках, и неожиданных клинических исходах.

Анализ инцидента: СППивЭ должен классифицировать инцидент и организовать соответствующий разбор (используя разные методы, таких как Анализ корневых причин, диаграмма Фишбоун, и т.д.).

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

Анализ, мониторинг тенденций и корректирующих мер: выявление тенденций происхождения инцидентов на уровне структурных подразделений, Совета по качеству.

Обсуждение/Обратная связь: Обеспечение обсуждения и обратной связи с пациентами и родственниками о принятых мерах, промежуточных и итоговых результатах, а также со структурными подразделениями о результатах анализа с рекомендациями мер.

Выполнение корректирующих мер: выполнение ответственными лицами мер по устранению и предотвращению инцидентов в рамках своей сферы контроля.


Контроль мер: Оценка эффективности профилактических мер или процедурных изменений, направленных на устранение инцидента или уменьшение риска несчастного случая, травмы, повреждения или утери личных вещей.

2) Основные принципы:

- 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.

3) Права пациентов и Этические принципы:

- Согласно Кодексу о здоровье и системе здравоохранения РК пациента имеет право на безвозмездное получение от государственных органов, организаций и лечащего 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.
- 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 клинике, 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

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

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.

4) Порядок действий при инциденте:


При выявлении инцидента/ошибки или потенциальной ошибки, сотрудник любого отделения должен (см. приложение 1):

- Выполнить или обеспечить мероприятия по улучшению состояния пациента (первая помощь, осмотр и пр.);
- Выполнить или обеспечить мероприятия по защите здоровья окружающих (удаление потенциально опасных биологических жидкостей, предметов);
- Сообщить об инциденте лечащему врачу (дежурному или старшему по должности) и другим лицам – по необходимости;
- 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.);
- В течение 24 часов с момента происшествия сообщить об инциденте в СППиВЭ путем заполнения формы «Отчет об инциденте» (приложение 2);
- Заполненная форма «Отчет об инциденте» может быть принесена собственноручно в кабинет СПП и ВЭ или отправлена по электронной почте ответственному лицу СППиВЭ;
- Форма «Отчет об инциденте» находится в каждом отделении и на сервере поликлиники.

5) Порядок действий после уведомления об инциденте

Служба поддержки пациентов и внутренней экспертизы осуществляет следующий порядок действий:

- Оценка вида инцидента по последствиям;
- Потенциальные инциденты с незначительным риском и случившиеся ошибки незначительным вредом для здоровья вводятся в журнал регистрации инцидентов
- Ежеквартально потенциальные инциденты с незначительным риском и случившиеся ошибки незначительным вредом для здоровья анализируются врачом экспертом СППиВЭ;
- В случае необходимости направляет в соответствующие структурные подразделения рекомендации и другие сведения об инциденте (потенциальные инциденты с незначительным риском и случившиеся ошибки с незначительным вредом для здоровья);
- Сортирует инциденты и разделяет на случаи с медицинскими, медикаментозными ошибками с вредом для здоровья и без, а также немедицинские случаи.

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

- Инциденты с медицинскими и с медикаментозными ошибками направляются на рассмотрение заместителя директора по лечебно-профилактической работе с последующим разбором;
- Направляет немедицинские инциденты на рассмотрение Заместителю Председателя Комиссии по безопасности зданий и окружающей среды в зависимости от специфики инцидента, с последующим разбором;
- Ошибки и потенциальные ошибки со значительным вредом для здоровья должны быть оценены сразу и разбор должен быть проведен в течение 48 часов;
- По согласованию с Руководством поликлиники привлекает к разбору руководителей структурных подразделений, где случился инцидент, либо ответственного за область инцидента.
- Проводит анализ корневых причин. Методика анализа может включать: Анализ корневых причин (RootCauseAnalysis, RCA) (см. форму QPS-01 «Схема анализа первопричин», приложение 4);
- По результатам анализа разрабатывает рекомендации (корректирующие меры).
- План корректирующих мер доводит до сведения всех заинтересованных лиц (в том числе пациенты и/или родители), ответственных руководителей в течение 72 часов с момента происшествия инцидента.
- Контролирует выполнение корректирующих мер.
- Результаты разбора медицинских и медикаментозных ошибок докладываются на еженедельной (по понедельникам) планерке внутри структурных подразделений, заседания КИЛИ/ЛКК, Совете по качеству.
- Результаты разбора немедицинских случаев, связанных с безопасностью здания и коммунальными службами, докладываются на ближайшем заседании Комиссии по безопасности зданий и окружающей среды и общим административным вопросам, Совете по качеству.
- Делает анализ тенденций по инцидентам и направляет отчеты о положении дел с инцидентами на рассмотрение Совета по качеству и в другие инстанции по мере целесообразности.

б) Схема процесса открытого разглашения:

Подробная схема процесса открытого разглашения (смотрите схему 1 и приложение 5) наглядно демонстрирует, какие шаги должны предпринимать сотрудники поликлиники в случае неблагоприятного события (клинического инцидента).

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.



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. Задokumentируйте 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

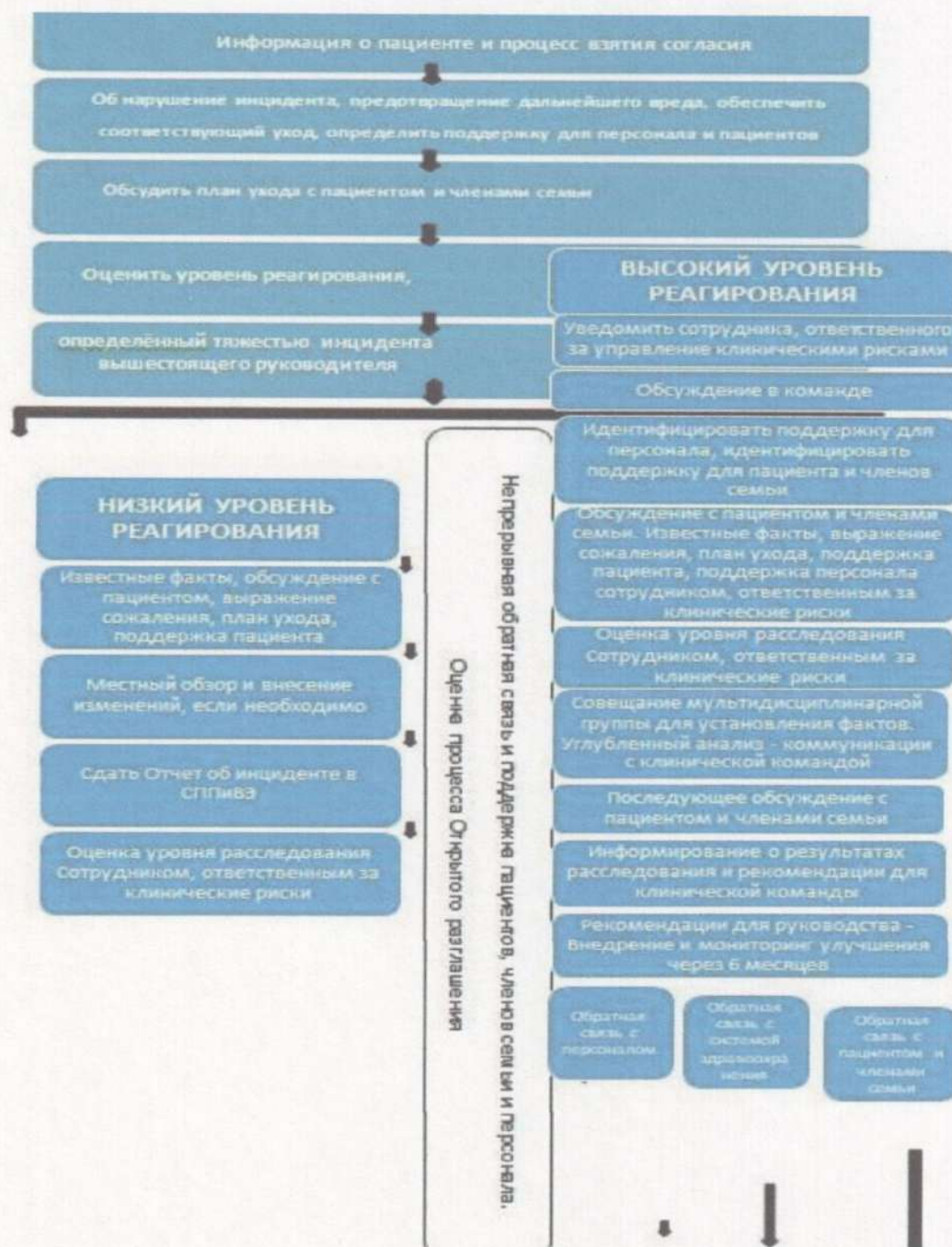
	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области Система менеджмента качества	Тип документа: СОП	
		Версия: 1	Страница: 10 из 16

	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставить пациенту ФИО и контактный номер сотрудника, ответственного за процесс разглашения; • Задokumentировать обсуждение в медицинской карте пациента. <p style="text-align: center;">Чего делать нельзя:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Спекулировать или обвинять других в случившемся; • Винить себя; • Критиковать или комментировать вопросы вне Вашей компетенции; • Признавать свою ответственность за случившееся. <p>8 шаг. Члены клинической команды несут ответственность за содействие в расследовании, разработке и внедрении рекомендаций;</p> <p>9 шаг. Последующее обсуждение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 11 из 16


	организацией, страхующей профессиональную ответственность; <ul style="list-style-type: none"> • Задokumentировать обсуждение и результаты; • Обеспечить пациенту поддержку ухаживающего лица (члена семьи); • Обеспечить переводчика, если требуется.
--	---

Схема 1. ПОШАГОВАЯ СХЕМА ПРОЦЕССА ОТКРЫТОГО РАЗГЛАШЕНИЯ



7) 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).


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

<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

8) 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).

7. Обучение

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 14 из 16


- 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.

8. 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 выносятся ежеквартально на Совет по Качеству.

9. 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 Система менеджмента качества	Тип документа: СОП	
		Версия: 1	Страница: 15 из 16

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 М	мер. с	04.01.2024	
2	Абдиева З.С	мед. сестра	04.01.2024	
3	Тотайбе А	мед. сестра	04.01.2024	
4	Каппанкусов	мед. сестра	04.01.2024	
5	Ирметова А	анушер	04.01.2024	
6	Абдулелико. В.П	мл. мед	04.01.2024	
7	Аширова А.Н	уч. м/с	04.01.2024	
8	Жаракчиев А.Т	ст. мер.	04.01.2024	
9	Оралбаев С.А	Гигиенист	04.01.2024	
10	Абдиева Г. Э	стоматолог	04.01.2024	
11	Абрасимов М	стол. м/с	04.01.24	
12	Абдиева А.О	стоматолог	04.01.24	
13	Торшибаева С.И	стол. зуб. врач	04.01.24	
14	Мамларова М	стол. м/с	04.01.24	
15	Алиев А	стол. м/с	04.01.24	
16	Абдиева А. А	стол. м/с	04.01.2024	
17	Саурбаев. В.Н	стоматолог	04.01.2024	
18	Шокиев М.К	к.ср. м/с	04.01.2024	
19	Муратов А.И	мед. сестра	04.01.2024	
20	Муратов Г.И	мл. мед	04.01.2024	
21	Муратов А.Т	терапевт	04.01.2024	
22	Абдиева Р.В	мед. сестра	04.01.2024	
23	Абдиева М	мед. сестра	04.01.2024	
24	Мамроев А	мед. сестра	04.01.2024	
25	Муратов И	мл. мед	04.01.2024	
26	Абдиева С	мер. с	04.01.24	

