

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 1 из 8

Наименование структурного подразделения:	ГКП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника»		
Названия документа:	СОП «Правила управления экстремальным событием»		
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.	
Согласовано:	Врач эксперт		
	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
	Заместитель гл.врача по контролю лечебному делу	Анаркулова У.О.	
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 8

Правила управления экстремальным событием

1. Цель

- 1) Сфокусировать внимание ГКП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника» УЗ Туркестанской области (далее - Поликлиника) на понимание причин, которые лежат в основе экстремального события и на изменение системы организации и процессов, чтобы уменьшить возможность такого события в будущем.
- 2) Достичь положительного воздействия на улучшение ухода за больным и оказания медицинской помощи.
- 3) Создать механизм для последующей отчётности и расследования экстремальных событий.
- 4) Повысить общее знание об экстремальных событиях, их причинах и стратегии по профилактике.

2. Область применения

- 1) Выполнение настоящих правил обязательно во всех подразделениях Поликлиники (клинические и административно-хозяйственные подразделения) и распространяются на всех сотрудников Поликлиники.
- 2) Весь персонал, который имеет отношение к экстремальным событиям, несёт ответственность за обеспечение и сохранение конфиденциальности.
- 3) Весь персонал Поликлиники принимает необходимые действия в соответствии с настоящими правилами, блок-схемой и причинно-следственного анализа.
- 4) СППиВА несёт ответственность за проведение анализа корневых причин и составление отчётов по экстремальным событиям.
- 5) Руководство Поликлиники несёт ответственность за предоставление отчёта по экстремальным событиям Наблюдательному совету на полугодовой основе.


3. 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 в Поликлинике делятся на потенциальные ошибки, ошибки и чрезвычайные события.
- 2) *Потенциальная ошибка, почти ошибка* (англ. Near Miss) — 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

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 3 из 8

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:
 - a) неожиданная смерть, включая, но, не ограничиваясь следующим:
 - смерть, не связанная с естественным течением болезни пациента или его состоянием;
 - суицид.
 - b) серьезная постоянная потеря функции системы организма, органа или конечности не связанная с естественным течением болезни пациента или его состоянием;
 - c) хирургическая операция с выбором неправильного участка для операции, проведение неправильной процедуры, и проведение хирургической процедуры неправильно идентифицированному («не тому») пациенту;
 - d) значительные побочные эффекты на лекарственные средства;
 - e) изнасилование, насилие на рабочем месте, например, нападение (приведшее к смерти или постоянной потере функции организма, органа или конечности); убийство (намеренное) пациента, члена персонала, врача, посетителей Поликлиники.
- 5) Термины «экстремальное событие» и «медицинская ошибка» не являются синонимами. Не все ошибки приводят к экстремальным событиям, и не все экстремальные события происходят только в результате медицинской ошибки.
- 6) Определение события как экстремального также не подразумевает юридическую ответственность.
- 7) *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

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 4 из 8


вероятности таких событий в будущем, или определить, после проведенного анализа, что возможности улучшения не существуют.

4. Общие положения

- 1) Поликлиника определяет и отвечает на все экстремальные события, происходящие в Поликлинике или связанные с услугами, которые представляет Поликлиника.
- 2) Поликлиника обеспечивает систематический, координированный и непрерывный подход к улучшению качества ухода и безопасности пациентов путём:
 - a) определения корневой причины экстремального события;
 - b) проведения анализа экстремального события;
 - c) внедрения механизмов, поддерживающих эффективное решение проблем;
 - d) определения приоритетных мероприятий для повышения безопасности пациентов 'сотрудников/ посетителей и улучшения действующих процессов;
 - e) разработки и пересмотра процессов, функций и услуг с целью предотвращения и снижения риска повторного происшествия экстремального события.
- 3) Все экстремальные события требуют немедленного расследования и соответствующего реагирования.
- 4) Все экстремальные события должны быть занесены в форму «Отчёт об инциденте».

5. Порядок действий при экстремальном событии

- 1) При выявлении экстремального события, сотрудник должен:
 - a) Выполнить или обеспечить мероприятия по улучшению состояния пациента (первая помощь, осмотр и т.д.);
 - b) Выполнить или обеспечить мероприятия по защите здоровья окружающих;
 - c) Выполнить или обеспечить безопасность любому оборудованию, медикаментам, медицинским приборам и документации, которые имеют отношение к событию;
 - d) Сообщить об инциденте лечащему врачу (дежурному или старшему по должности) и другим лицам - по необходимости;
 - e) Заведующий отделением, где произошло экстремальное событие, сообщает курирующему заместителю главного врача, с последующим доведением информации до главного врача Поликлиники;
 - f) 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.);

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

- g) В течение 24 часов с момента происшествия сообщить об экстремальном событии в СППиВЭ путем заполнения формы «отчёта об инциденте»;
- h) Форма «отчёт об инциденте» находится на общедоступном сервере Поликлиники.

6. Порядок действий после уведомления об экстремальном событии


- 1) После уведомления об инциденте, врач эксперт СППиВЭ оценивает вид инцидента по последствиям, которые включает минимум пункты от а) до е) (см. пункт 3 «Термины, определения и сокращения»).
- 2) Все случаи, попадающие под определение экстремального события должны быть изучены с помощью серьёзного анализа корневых причин.
- 3) Расследование, опрос сотрудников (людей) вовлечённых 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) В течение 48 часов в будние дни и в течение 72 часов в выходные дни созывается *Команда по экстремальному событию*.
- 5) *Команда по экстремальному событию* состоит из врача эксперта СППиВЭ, в зависимости от специфики экстремального события, курирующего структурное подразделение заместителя главного врача (заместитель по лечебной работе, заместитель по качеству), заведующего отделением и старшей медицинской сестры, где произошло экстремальное событие и других лиц ответственных за область инцидента.
- 6) *Команда по экстремальному событию* при анализе экстремального события использует следующие методики:
 - a) Анализ Корневых Причин (RootCauseAnalysis)[^]. *Приложение*);
 - b) Fishbonediagram;
 - c) Pareto
 - d) и другие.
- 7) По результатам анализа выявляется корневая причина, которая привела к экстремальному событию, разрабатываются рекомендации (корректирующие меры), которые приведут к улучшению и предотвратят или снизят риск повторного происшествия экстремального события.
- 8) План корректирующих мер 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.
- 9) Врач эксперт СППиВЭ контролирует выполнение корректирующих мер.
- 10) По результатам анализа корневых причин экстремального события главный врач и его заместители предпринимают действия по улучшению процессов.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 6 из 8

- 11) Результаты анализа экстремального события докладываются на Поликлиническом совете.
- 12) Ежеквартально врач эксперт СППиВЭ готовит отчёт и анализ тенденций по экстремальным событиям с предоставлением информации на Поликлиническом совете.
- 13) Ежеквартально врач эксперт СППиВЭ готовит отчёт для Наблюдательного совета в рамках реализации Программы по качеству и безопасности пациентов, который включает в себя анализ всех произошедших экстремальных событий.
- 14) Вся информация должна оставаться конфиденциальной.
- 15) Все расследование и итоговая документация остаётся на хранение у врача эксперт СППиВЭ.
- 16) Проведение анализа и подготовка отчёта по анализу экстремального события не должна превышать 15 дней с момента события или получения информации о нем.
- 17) Последующая оценка устойчивости принятых мер проводится врачом экспертом СППиВЭ в течение 4 месяцев после события и по мере необходимости проводится пересмотр процессов.

7. Нормативные ссылки

- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 июня 2018 года №325 «О внесении изменения и дополнения в 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;
- Disclosure of medical error: policies and practice. JawaharKalra, K. Lome Massey, AmithMulla. J R Soc Med 2005;98:307-309;
- 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.
- Joint Commission International website. Joint Commission Resources website, <http://www.jcinc.com>;
- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» № ҚР ДСМ-175/2020;
- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» № ҚР ДСМ – 111.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 7 из 8

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	Шокиев
2	Абдиева З.С	мер. сестра	04.01.2024	Абдиева
3	Тотайев А	мер. сестра	04.01.2024	Тотайев
4	Хамракулова	мер. сестра	04.01.2024	Хамракулова
5	Ирматов А	анушер	04.01.2024	Ирматов
6	Абдулеликов О.И	врач	04.01.2024	Абдулеликов
7	Умирова А.А	уч. м/с	04.01.2024	Умирова
8	Жаракчиев Р.Т	ст. мер.	04.01.2024	Жаракчиев
9	Сардаев С.А	Техник	04.01.2024	Сардаев
10	Абдиев Г. Э	стоматолог	04.01.2024	Абдиев
11	Абдурашиев М	стол. м/с	04.01.24	Абдурашиев
12	Абдиева А.О	стоматолог	04.01.24	Абдиева
13	Ториева С.И	стол. зуб врач	04.01.24	Ториева
14	Мамраева М.	стол. м/с	04.01.24	Мамраева
15	Арипов Г	стол. м/с	04.01.24	Арипов
16	Самиева А.А	стол. ст. м/с	04.01.2024	Самиева
17	Садрбаев В.И	стоматолог	04.01.2024	Садрбаев
18	Шокиев М.К	кзр м/с	04.01.2024	Шокиев
19	Курбанов А.И	мер. сестра	04.01.2024	Курбанов
20	Ибрагимов Г.И	ст. мер.	04.01.2024	Ибрагимов
21	Ибрагимов Б.Г	терапевт	04.01.2024	Ибрагимов
22	Ибрагимов Р.В	мер. сестра	04.01.2024	Ибрагимов
23	Абдиева М.	мер. сестра	04.01.2024	Абдиева
24	Ибрагимов Ф	мер. сестра	04.01.2024	Ибрагимов
25	Ибрагимов И	мер. сестра	04.01.2024	Ибрагимов
26	Ибрагимов С	мер. сестра	04.01.2024	Ибрагимов



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:
1

Страница:
8 из 8

Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись