



ГКП на ПХВ  
**"Ленгерская городская поликлиника"**  
 УЗ Туркестанской области

Тип документа:  
 СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1


Страница:

1 из 8

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

Дата последнего пересмотра « 09 - « 01 . \_\_\_\_\_ - 2024г

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

	ГКП на ПХВ <b>"Ленгерская городская поликлиника"</b> УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 2 из 8

## Стандарт операционных процедур: Политика по Экстремальным событиям

### 1. Цель

Целью настоящего СОП является стандартизация процесса для последующей отчетности и расследования экстремальных событий, анализа и принятия системных мер, способствующих снижению риска повтора экстремального события.

### 2. Пользователи и ответственность

Пользователями СОП являются: медицинские и не медицинские работники ЛГП. Весь персонал, который имеет отношение к экстремальным событиям, несет ответственность за обеспечение и сохранение конфиденциальности.


### 3. Определения

В настоящем СОП используются следующие определения:

- 1) **Инциденты** — 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.
- 2) **Потенциальная ошибка или почти-ошибка** (англ. Near Miss) — любой процесс или отклонение, которое не повлияло на исход, но его повторение несет высокий риск неблагоприятного события (нанесения вреда пациенту).
- 3) **Ошибка** (произошедший/реальный, англ. Еггог) - 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) **Неблагоприятное событие** — это событие безопасности пациента, которое привело к причинению вреда пациенту.
- 5) **Событие без вреда** — это событие безопасности пациента, которое возникает у пациента, но не причиняет ему вреда.
- 6) **Экстремальное событие** (англ. Sentinell Event) - инцидент, повлекший значительный вред здоровью, неожиданное происшествие, повлекшее за собой смерть, серьезную физическую или психологическую 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.

#### 4. К таким событиям относят:

1. неожиданную смерть, включая, но не ограничиваясь: не связанную с естественным течением болезни пациента или его состоянием (например, смерть от после операционной инфекции или внутрибольничного легочного эмболизма);

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

2. смерть полностью выношенного ребенка, не связанную с естественным течением болезни или его состоянием;
3. Самоубийство любого пациента, получающего уход, лечение и услуги в штатном круглосуточной медицинской организации или в течение 72 часов после выписки, в том числе из отделения неотложной помощи больницы;
4. серьезную постоянную потерю функции, не связанную с естественным течением болезни пациента или его состоянием;
5. хирургическую операцию с выбором неправильного участка для операции, проведением неправильной процедуры, и проведением оперативного вмешательства неправильно идентифицированному пациенту;
6. передача хронической или фатальной болезни в результате переливания крови и ее продуктов, или пересадки зараженных органов или тканей;
7. похищение ребенка или младенец, отправленный домой с неправильными родителями;
8. изнасилование, насилие на рабочем месте, например, нападение (приведшее к смерти или постоянной потере функции); убийство (намеренное) пациента, члена персонала, врача, резидентов, посетителей или поставщиков на территории больницы;
9. Непредвиденная смерть доношенного ребенка;
10. Выписка ребенка не в ту семью;
11. Похищение любого пациента, получающего уход, лечение и услуги
12. Любой побег (то есть несанкционированный выезд) пациента из укомплектованной персоналом круглосуточной медицинской организации (включая отделение неотложной помощи), приводящий к смерти, необратимому вреду или серьезному временному вреду пациенту;
13. Трансфузионная гемолитическая реакция, включающая переливание крови или препаратов крови, имеющих основные группы несовместимости крови (ABO, резус, другие группы крови);
14. Изнасилование, нападение (приводящее к смерти, необратимому вреду или серьезному временному вреду) или убийство любого пациента, получающего уход, лечение и услуги в больнице;
15. Изнасилование, нападение (приводящее к смерти, необратимому вреду или серьезному временному вреду) или убийство сотрудника, лицензированного независимого практикующего врача, посетителя или продавца во время пребывания в ГП №3;
16. Инвазивная процедура, включая хирургическое вмешательство, на не том пациенте, в неправильном месте, или это неправильная (непреднамеренная) процедура;
17. Непреднамеренное оставление инородного предмета в пациенте после инвазивной процедуры, в том числе хирургического вмешательства;
18. Тяжелая неонатальная гипербилирубинемия (билирубин > 30 мг/децилитр);



ГКП на ПХВ  
"Ленгерская городская поликлиника"  
УЗ Туркестанской области

Тип документа:  
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1

Страница:

4 из 8

19. Длительная рентгеноскопия с суммарной дозой > 1500 рад в один участок или любая лучевая терапия, применяемая в неправильной области тела или > 25% выше запланированной дозы лучевой терапии;

20. Пожар, пламя или непредвиденный дым, жара или вспышки, возникающие во время эпизода лечения пациента;

21. Любая интранатальная (связанная с процессом родов) материнская смерть;

22. Тяжелая материнская заболеваемость (не связанная в первую очередь с естественным течением болезни пациента или лежащим в ее основе состоянием), когда она возникает у пациента и приводит к необратимому вреду или серьезному временному вреду.

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. Определение события как экстремального также не подразумевает юридическую ответственность.

**5. Причинно-следственный анализ (ПСА)** - 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.


## **6. Алгоритм стандартных действий и/или операций**

### **Требования к управлению инцидентами**

ЛГП 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;

	ГКП на ПХВ <b>"Ленгерская городская поликлиника"</b> УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 5 из 8

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

## **7. Алгоритм стандартных действий и/или операций при управлении инцидентами**

### **1. Порядок действий при экстремальном событии**

При выявлении экстремального события, сотрудник должен:


- 1) Выполнить или обеспечить мероприятия по улучшению состояния пациента (первая помощь, осмотр и т.д.);
- 2) Выполнить или обеспечить мероприятия по защите здоровья окружающих;
- 3) Выполнить или обеспечить безопасность любому оборудованию, медикаментам, медицинским приборам и документации, которые имеют отношение к событию;
- 4) Сообщить об инциденте лечащему врачу (дежурному или старшему по должности) и другим лицам - по необходимости;
- 5) Заведующий подразделением, где произошло экстремальное событие, сообщает СПП и ВЭ, с последующим доведением информации до главного врача;
- 6) 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.);
- 7) Сообщить об экстремальном событии **немедленно** в СППТВЭ 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.

### **2. 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 созывается 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.
6. Команда по экстремальному событию при анализе экстремального события использует следующие методики:
7. 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.
8. Проведение КСА 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. Мониторинг проводится на предмет возможных сбоев процесса (непредусмотренных последствий), эффективности и устойчивости (возможно внедрение нового индикатора или выполнение необходимых действий в результате анализа корневых причин после разбора Экстремального события).
11. Рассмотрение результатов мониторинга выполнения корректирующих мероприятий осуществляется на заседании *Медицинского совета*.
12. При обнаружении, что предусмотренные действия или мероприятия не повлияли на улучшения, определяются дополнительные корректирующие действия. Все принятые решения вносятся в протокол Медицинского совета Фонда.
13. Ежеквартально СППВЭ в рамках отчетов по исполнению Программы по качеству и безопасности пациентов докладывает о положении дел с экстремальными событиями и анализ тенденций по экстремальным событиям на *собрание*, (см. Приложение 2).
14. Ежеквартально начальник отдела по качеству и безопасности пациентов готовит отчет для НС по реализации Программы по качеству и безопасности пациентов, который включает в себя анализ всех произошедших экстремальных событий.
15. Вся информация должна оставаться конфиденциальной.
16. Все расследование и итоговая документация остается на хранение в СППВЭ.

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

17. Проведение анализа, разработка плана корректирующих действий и подготовка отчета по анализу экстремального события не должна превышать 45 дней с момента события или получения информации о нем.

### 8. Документирование процедуры:

1. Документирование процедуры осуществляется в следующих документах:  
 Форма подачи инцидента сотрудниками;  
 Отчет об инцидентах.

### 9. Индикаторы эффективности

Индикатор эффективности выполнения стандарта операционной процедуры:

1. Название индикатора «Полнота исполнения СОП».
2. Расчет индикатора:

Полнота исполнения СОП = число выполненных требований x 100/общее число требований.

Целевое значение стремится к 100.

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

### 11. Нормативные ссылки:

- 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.

- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № «Об утверждении «Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» ҚР ДСМ-90

### 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	Мед. с	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
2	Абдиева Ф.С	мед. сестра	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
3	Тотайбе А	мед. сестра	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
4	Хампакулов	медсестра	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
5	Ирметова Д	анушер	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
6	Абдулкеримов О.И	мл. мед	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
7	Вашурова Д.В	уч. мед	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
8	Жараккулов Р.Т	ст. мед.	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
9	Оралбаев С.А	Техник	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
10	Абдиева Г.Э	стоматолог	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
11	Абдурашидов М	стом. мед	04.01.24	<i>[Signature]</i>
12	Ораниева А.О	стоматолог	04.01.24	<i>[Signature]</i>
13	Торшибаева С.И	стом. зуб врач	04.01.24	<i>[Signature]</i>
14	Мамитова М.	стом. мед	04.01.24	<i>[Signature]</i>
15	Алиев К	стом. мед	04.01.24	<i>[Signature]</i>
16	Сембаева А.А	стом. ст. мед	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
17	Саурбаев Д.И	стоматолог	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
18	Шокиев М.К	КСР мед	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
19	Шибали А.И	Мед. сестра	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
20	Ибрагимов И	мл. мед	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
21	Ибрагимов Б.Т	Терапевт	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
22	Абдиева Р.В	мед. сестра	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
23	Абдиева М.	мед. сестра	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
24	Жаркулов Д	Медик	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
25	Ибрагимов И	Медик	04.01.2024	<i>[Signature]</i>
26	Ибрагимов С	мед	04.01.2024	<i>[Signature]</i>





ГКП на ПХВ  
"Ленгерская городская поликлиника"  
УЗ Туркестанской области

Тип документа:  
*СОП*

Система менеджмента качества

Версия:	Страница:
1	8 из 8

**Лист ознакомления**

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись