Лист согласования

Название стандарта операционной процедуры	**Программы управления качеством и безопасностью пациентов** ГКП на ПХВ «Каракиянская центральная районная больница»		
Утвержден	Приказ директора ГКП на ПХВ «Каракиянская центральная районная больница» УЗ Мангистаукой области от «09» января 2024 года №		
Разработчик	Должность	Ф.И.О.	Подпись
Согласовано			
Код			
Версия 1			
Дата последнего пересмотра 2024 год			
Дата следующего пересмотра 2027 год			

Содержание

Содержание
Введение
Цель Программы
Задачи Программы
Определения
Сокращения
Пользователи и ответственность
Интеграция
Миссия, видение и ценности
Принципы программы
Определение приоритетов
Основные направления и механизмы реализации Программы
Структура управления качеством
Методология
Трейсер
Система отчетности
Обучение персонала, пациентов и их семей
Международные цели безопасности пациентов
Управление рисками
Анализ корневых причин
Проактивная оценка рисков
Участие пациента. Пациентоориентированность
Анкетирование пациентов
Анкетирование сотрудников
Регистрация и ответы на жалобы
Приоритетные индикаторы качества
Обучение персонала, пациентов и их семей
Конфиденциальность информации
Оценка программы

Приложение 1. Структура отчетности и информационного потока по улучшению качества и безопасности

Приложение 2. Индикаторы качества – Ключевые показатели результативности

1. Введение

1. Программа разработана для формирования единой системы и контроля за эффективностью, качеством и безопасностью оказания медицинских и немедицинских услуг в ГКП на ПХВ «Каракиянская центральная районная больница» (далее КЦРБ)

2. МБв своей ежедневной деятельности ставит высшим приоритетом непрерывное улучшение качества оказываемых услуг и повышение безопасности пациента. С этой целью КЦРБ прилагает все усилия, чтобы соответствовать требованиям национальной аккредитации Республики Казахстан и других признанных программ, направленных на улучшение качества. Разработка и реализация программы ведется в соответствии с миссией КЦРБ и его стратегическими приоритететами.

3. Улучшение качества и безопасности пациентов обеспечивается не только в лечении и уходе за пациентом, но и в создании комфортной и безопасной среды в КЦРБ. В реализации Программы задействованы руководство и все сотрудники КЦРБ, внешние консультанты и сотрудники внешних контрактных организаций, оказывающих услуги, а также пациенты, члены их семьи и посетители.

4. Эффективность выполнения настоящей Программы достигается путем планирования, дизайна, измерения и улучшения систем и процессов на основе лучшей мировой практики. Все мероприятия, направленные на улучшение качества и безопасности пациентов,координируются между собой.

5. Руководство КЦРБ способствует созданию некарательной обстановки и высокой этики среди персонала путем внедрения системного улучшения вместо точечных карательных мер.

6. Настоящая Программа определяет основные ресурсы и направления деятельности в области улучшения качества, а также управление рисками в КЦРБ.

2. Цель Программы

7. Цель Программы – непрерывное улучшение и поддержание высокого качества услуг и безопасности пациентов в КЦРБ.

3.Задачи Программы

8. Задачами Программы являются следующие :

1) содействовать осуществлению Миссии и Стратегического плана развития КЦРБ;

2) определять внутренние и внешние потребности и ожидания пациентов;

3) предоставлять механизм для определения системных приоритетов в повышении производительности (эффективности) работы;

4) постоянно повышать качество, используя стандарты не в качестве конечных целей, а как первоначальный фокус;

5) стимулировать каждого из сотрудников вносить свой вклад в виде знаний и действий в непрерывный процесс улучшения качества;

6) содействовать эффективной коммуникации (общению) среди сотрудников, пациентов и населения используя научные подходы в решении проблем;

7) определять индикаторы деятельности в соответствии со Стратегическим планом развития КЦРБ;

8) объединять и координировать между собой мероприятия по повышению производительности работы среди структурных подразделений и дисциплин;

9) стимулировать сотрудников учиться на основе лучшей практики, использовать доказательную базу и достоверную информацию в повышении качества и безопасности.

10) способствовать в определение приоритетных областей для улучшения и разработки индикаторов.

11) предоставлять поддержку и координацию руководителям структурных подразделений и служб в вопросах улучшения качества.

12) выполнять координацию системы сообщения об инцидентах, индикаторов по культуре безопасности и других индикаторов для принятия интегрированных решений, и улучшений.

13) осуществлять непрерывное обучение всех сотрудников по вопросам улучшения качества и безопасности пациентов.

14) регулярно сообщать информацию касательно качества и безопасности пациентов всему персоналу КЦРБ.

4.Определения

9. В настоящей Программе используются следующие определения:

1) **Безопасность** – степень, с которой действия сотрудников, предметы или окружающая среда (здание, территория и оборудование) организации не создают опасность для пациентов, сотрудников и посетителей.

2) **Качество медицинской помощи** – степень, с которой медицинские услуги повышают вероятность желательных исходов и соответствуют современным профессиональным знаниям. Оценка качества медицинской помощи включает: ожидания и исход для пациента, безопасность окружения, в котором оказывается помощь, доступность, соответствие, непрерывность, результативность, действенность, эффективность и своевременность оказания медицинской помощи.

3) **Повышение качества** – подход к непрерывному изучению и улучшению процесса предоставления услуг медицинской помощи для удовлетворения потребностей пациентов и других лиц. Синонимы: непрерывное повышение качества, непрерывное повышение/улучшение производительности всей организации и тотальный менеджмент качества (TotalQualityManagement).

4) **Трейсер** – это методика определения «ошибок» системы. Трейсер основан на практике с пациентами в системе оказания медицинской помощи

или проверяет процессы высокого риска во всей организации (индивидуальные и системные).

5) **Ключевые показатели результативности** (англ.KeyPerformanceIndicators, KPI) — показатели деятельности подразделения, которые помогают организации в достижении стратегических и тактических (операционных) целей. Показатели разработаны для измерения и мониторинга производительности и стабильности процессов, используемых при предоставлении услуг по уходу за пациентом.

6) **Сбор данных (агрегация)** – процесс сбора, обработки и представления информации в окончательном виде.

7) **Валидация данных** – проверка достоверности данных по определенным критериям.

8) **Бенчмаркинг** – это процесс оценки эффективности работы организации в сравнении с показателями другой организации.

9) **Клинические рекомендации** – разработаны на основе научных исследований по оказанию помощи работникам здравоохранения и для принятия пациентом решения в конкретных клинических обстоятельствах.

10) **Анализ корневых причин** – процесс выявления основных или причинных факторов, лежащих в основе изменения производительности, включая возникновение или риск чрезвычайных событий. Синоним : анализ первопричин.

11) **Риск** – вероятность инцидента/неблагоприятного события, которая возникает в определенный период времени или в результате специфической ситуации.

12) **Управление клиническими рисками** включает определение, планирование и выполнение действий по снижению рисков в области ухода и лечения. Клинический риск – это баланс между максимальными усилиями, которые можно приложить к распознанию потенциальных ошибок во всех медицинских процедурах, и соответствием ожиданиям общества и пациентов в отношении технически и этически допустимых рисков (Отдел клинического управления HunterHealth, Австралия, 2013).

13) **Управление финансовыми рисками** включает определение, планирование и выполнение действий по снижению рисков, ведущих к операционной неэффективности (низкой эффективности) и неблагоприятным финансовым исходам.

14) **Управление рисками здания** в КЦРБ включает определение, планирование и выполнение действий по снижению рисков окружающей среды, здания и территории, коммунальных систем, оборудования и прочих неклинических и нефинансовых процессов и систем.

15) **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 КЦРБ подразделяются на потенциальные ошибки, ошибки и чрезвычайные события.

16) **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).

17) **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.

18) **Чрезвычайное/экстремальное событие** – инцидент, повлекший значительный вред здоровью, неожиданное происшествие, повлекшее за собой, серьезную физическую или психологическую травму. Серьезная физическая травма включает потерю конечности или утрату функции. Такие события называются чрезвычайными, потому что они указывают на необходимость немедленного расследования и принятия мер.

К чрезвычайным событиям относятся:

- смерть, не связанная с естественным течением заболевания или состояния пациента (например, смерть от послеоперационной инфекции или легочной эмболии);
- самоубийство пациента;
- постоянная потеря основной функции,не связанная с естественным течением болезни пациента или его патологическим состоянием в результате инцидента, халатности;
- серьезный вред здоровью в результате ошибочного применения лекарственных средств, ошибочной анестезиологической тактики;
- передача хронической или смертельной болезни в результате переливания крови или продуктов крови, пересадки органов или тканей;
- похищение ребенка, ребенок отправлен домой с ошибочными пациентами, подмена ребенка;
- изнасилование (другим пациентом, персоналом или посетителем);
- убийство (умышленное убийство) пациента, сотрудника, врача, посетителя или сотрудника аутсорсинговой компании на территории КЦРБ.
- вспышка инфекции.

5.Сокращения

10. В настоящем документе используются следующие сокращения:

1) BLS – сердечно-легочная реанимация;
2) ВБИ – внутрибольничная инфекция;
3) МИ –медицинские изделия;
4) КБСУ – контейнер для безопасного сбора и утилизации медицинских отходов;
5) КПР – ключевые показатели результативности;
6) ЛС – лекарственные средства;

7) МКСБ – медицинская карта стационарного больного;
8) МЦБП – Международные цели безопасности пациентов;
9) СМКиБП – служба менеджмента качества и безопасности пациента;
10) Программа – Программа по качеству и безопасности пациентов;
11) СБиОТ – служба безопасности и охраны труда;
12) СИЗ – средства индивидуальной защиты;
13) СОП – стандарт операционной процедуры;
14) ППЭР – проекты по повышению эффективности работы.

6.Пользователи и ответственность

11. Программа является обязательной для выполнения всеми сотрудниками КЦРБ, внешними консультантами и сотрудниками внешних контрактных организаций, оказывающих услуги КЦРБ, а также вовлекает пациентов, членов семьи и посетителей.

12. Руководство КЦРБ несет ответственность за:

1) определение приоритетных направлений для улучшения и мероприятия по повышению качества и безопасности пациента;

2) определение приоритетных ключевых показателей результативности (КПР) на общебольничном уровне;

3) определение областей высокого риска, в которых должны быть определены индикаторы в клинических, управленческих областях и по международным целям безопасности пациента по требованию стандартов;

4) вынесение на обсуждение КЦРБ предложений по вопросам, требующим принятия управленческих решений;

13. Руководители структурных подразделений несут ответственность за:

1) поддержание и внедрение стандартов;

2) определение приоритетных направлений для улучшения и индикаторов для их измерения;

3) определение областей высокого риска, которые могут повлиять на пациентов, членов его семьи и персонал КЦРБ, а также на качество и безопасность лечения;

4) определение приоритетов работы по внедрению клинических протоколов, СОП;

5) определение приоритетов работы для выполнения проектов по повышению эффективности работы.

14. СМКиБП несет ответственность за:

1) оказание методологической помощи в выборе индикаторов по всей КЦРБ;

2) координация и интеграция мероприятий по измерению индикаторов по всей КЦРБ;

3) выполнение интеграции системы сообщения об инцидентах, индикаторов по культуре безопасности и других индикаторов для принятия решений и улучшений в КЦРБ;

4) координацию сбора данных, валидацию, анализ данных и передачу совокупных (агрегированных) данных по индикаторам качества в соответствующие комиссии, структурные подразделения КЦРБ;

5) предоставление Медицинскому Комитету отчетов по индикаторам качества, достижению КПР, результатов экспертизы медицинских карт и других данных;

6) предоставление Госпитальному совету отчетов по Программам по качеству и безопасности пациентов, по менеджменту зданий и безопасности; лекарственной безопасности, инфекционной безопасности и др.

7) разработку Программы по качеству и безопасности пациентов.

15. Все сотрудники КЦРБ, внешние консультанты и сотрудники внешних контрактных организаций, оказывающих услуги КЦРБ, несут ответственность за обеспечение качества и безопасности пациентов.

7. Интеграция

16. Программа предусматривает интеграцию всех компонентов и участников:

1) междисциплинарный подход с участием многих подразделений и дисциплин, и не рассматривается как исключительная сфера деятельности какого-то одного направления работы или одного подразделения;

2) взаимосвязь и координацию между различными внешними и внутренними нормативными документами и мероприятиями по их выполнению;

3) постоянное совершенствование работы каждого сотрудника и его вклада в формирование благоприятной некарательной рабочей обстановки, культуры безопасности;

4) применение методологии улучшения качества работы в соответствии с потребностями пациентов, сотрудников и действующей системой менеджмента качества;

5) преимущество системного подхода вместо временного точечного решения;

6) все этапы менеджмента качества: планирование, дизайн, измерение, мониторинг исполнения, оценку мероприятий и их улучшение.

17. Поток информации о качестве и безопасности пациента проходит снизу-вверх (от сотрудников к руководству) и сверху-вниз (от руководства к сотрудникам) (см. Приложение 1) по всей организации путем включения руководителей всех структурных подразделений в членство в Медицинском комитете,Госпитальномсовете. Устно – через еженедельные общебольничные конференции и письменно – через информационные стенды, служебные письма.

18. Контроль над реализацией Программы непосредственно осуществляет руководитель СМКиБП.

8.Миссия, видение и ценности

Миссия: КЦРБ - Оказание жителям качественной, доступной и безопасной медицинской помощи

Видение:. Основные ценности нашей больницы: ориентированность на пациента, безопасность, ответственность, командная работа, прозрачность, профессиональная квалификация, врачебная конфиденциальность

9. Принципы Программы

19. Программа основана на следующих принципах:

1) **Фокус на сотрудниках**

Суть любого постоянного совершенствования системы организации – это фокусирование внимания на своих сотрудниках, как штатных, так и внештатных. Согласно исследованиям, любая система, по сути, получает глубокие знания от понимания своих сотрудников. Далее это понимание может быть использовано для улучшения качества системы и услуг с целью более полного удовлетворения потребностей и ожиданий.

2) **Системный подход**

Сотрудники должны понять, что организация состоит из взаимозависимых частей (подразделений) с общей целью– удовлетворение потребностей и ожиданий пациентов. КЦРБ стремится оптимизировать всю работу целиком, а не работоспособность отдельных ее подразделений. КЦРБ поддерживает и контролирует свои процессы, ресурсы (технологии, людей, ценности) для непрерывного улучшения качества. Руководство должно знать и направлять, как лучше взаимодействовать подразделениям для достижения общей цели.

3) **Постоянное совершенствование**

С целью постоянного улучшения Программы КЦРБ анализирует свои процессы, для того чтобы уменьшить ненужные изменения и улучшить качество оказания медицинской помощи и предоставляемых услуг. Систематический и научный подход к совершенствованию используется для постоянного совершенствования и контроля системных процессов. Постоянное улучшение Программы подразумевает использование инновационных способов удовлетворения потребностей своих пациентов и превосходит их ожидания. Это предполагает использование методологий для разработки новых продуктов/услуг /или процессов, которые предлагают более расширенные преимущества для пациентов.

4) **Управление на основе данных**

В постоянно совершенствующейся организации решения основаны на знаниях, основанных на доказательствах, имеющих подтверждение фактов и данных, а также обусловлено пониманием происходящих изменений и статистических размышлений.

5) **Работа в команде**

МБ отдает предпочтение коллективным решениям, нежели отдельно взятым мнениям. Привлекая таланты и навыки всех сотрудников формируется более сильная и эффективная система управления в целом и система менеджмента качества.

6) **Постоянное обучение**

В постоянно совершенствующейся системе развивается культура, в которой ее люди постоянно стремятся учиться, получать знания и адаптироваться к изменяющимся потребностям и окружающей среде. КЦРБ

делает доступными ресурсы для обучения и опирается на знания и опыт своих сотрудников, чтобы улучшить работу и оказываемые медицинские услуги. Это позволяет сотрудникам учиться на собственном опыте, на опыте коллег и на основе доказательной базы. КЦРБ стремится поддерживать эффективные механизмы обратной связи с сотрудниками, чтобы поддерживать постоянное совершенствование.

7) **Сотрудничество и взаимоуважение**

Сотрудники КЦРБ проявляют взаимное уважение к достоинству, знаниям и потенциальному вкладу других членов КЦРБ. Система привлекает каждого участника для улучшения процессов, в которых они работают и создает среду, в которой сотрудники могут быть новаторами и чувствовать удовлетворение от своей работы.

10. Определение приоритетов

20. Определение приоритетных областей оценки и улучшения основано на анализе данных мониторинга и оценки административных и клинических процессов, анализа инцидентов и почти - ошибок, экстремальных событий, реализации рисков, анализа индикаторов в клинических, управленческих областях и по международным целям безопасности пациента по требованию стандартов.

21. За основу взяты Операционный план КЦРБ и Стратегия развития КЦРБ.

22. На основании выше указанных пунктов руководством КЦРБ коллективно вырабатываются приоритетные направления на следующий год, которые должны быть поддержаны в дальнейшей работе. Приоритетов должно быть немного, но при их успешной реализации они должны обеспечить эффективную деятельность всей организации.

23. На каждое приоритетное направление Программы определяются мероприятия.

24. Руководством КЦРБ также определяются области высокого риска, которые могут повлиять на пациентов, членов его семьи и персонал, а также на качество и безопасность лечения.

25. Перераспределение **приоритетов в организации основывается на:**

1) изменении основных групп пациентов;
2) потребности новых служб или подразделений;
3) при достижении необходимого порового значения показателя на протяжении длительного времени;
4) оперативных возможностях для улучшения, в т.ч. при обнаружении неэффективности деятельности с целью повышения производительности работы.

26. Исполнение приоритетных индикаторов докладывается на заседаниях Госпитального Совета.

11. Основные направления и механизмы реализации Программы

27. Руководством КЦРБ определены приоритетные клинические и управленческие процессы наиболее важные для оценки, с определением индикаторов для их измерения и направлений для улучшения на основе миссии и потребностей пациента.

28. Основные направления реализации Программы, принятые на общебольничном уровне:

1) Улучшение процессов обеспечения ЛС и МИ;
2) Минимизация сбоев в работе медицинского оборудования;
3) Снижение количества медикаментозных ошибок;
4) Повышение удовлетворенности пациентов;
5) Повышение эффективности управления человеческими ресурсами: снижение текучести кадров, повышение удовлетворенности кадров;
6) Эффективная деятельность коммунальных систем (электроэнергия, вентиляционные системы, системы водоснабжения и канализационные системы);
7) Повышение уровня госпитального сервиса.
8) уменьшение случаев травматизации сотрудников иглами и другими острыми предметами;
9) повышение хирургической активности хирургических отделений;
10) увеличение доли пациентов, которым проведена переоценка боли при ее наличии;
11) уменьшение времени ожидания осмотра врачом/акушеркой приемного отделения с момента поступления в стационар;
12) снижение удельного веса беременных женщин, поступивших в стационар в течение суток после отказа в госпитализации;
13) уменьшение количества недообследованных пациентов на догоспитальном этапе;
14) снижение ошибок при заполнении листов врачебных назначений.

29. По каждому из приоритетных направлений определены: индикаторы для их измерения, целевое значение, срок реализации и мероприятия по достижению порогового значения (Приложение2).

30. Руководством КЦРБ совместно со структурными подразделениями определены области высокого риска, которые могут повлиять на пациентов, членов его семьи и персонал, а также на качество и безопасность лечения. МБ КЦРБ предпринимает превентивные меры к управлению рисками. Важной составляющей управления рисками является анализ рисков. Потенциальные риски КЦРБ определяются в соответствии с Политикой управления рискамина основании информации, полученной от структурных подразделений КЦРБ.

12. Структура управления качеством

Комиссии

40. Для эффективной организации работы и координации процессов в КЦРБ функционируют различные комиссии и консультативно-совещательные органы, которые:

1)состоят из мультидисциплинарных команд с участием врачей, медицинских сестер и другого персонала;

2) обеспечивают реализацию мероприятий по повышению качества клинических услуг (анализ случаев, выработка рекомендаций и решений);

3) распределяют ответственность по разработке и пересмотру внутренних правил и клинических протоколов лечения, которые влияют на качество медицинской помощи;

4) распределяют ответственность по контролю за выполнением внешних и внутренних нормативных документов;

5) по мере необходимости ведут систематический обзор привилегий и компетенций медицинского персонала.

43.Настоящей Программой осуществляется мониторинг функционирования работы комиссий и консультативно-совещательных органов, с предоставлением ежеквартального отчета руководителю.

44.В КЦРБ созданы и действуют следующие комиссии

1. Комиссия по безопасности и управлению рисками
2. Лечебно – контрольная комиссия
3. Комиссия по изучению летальных исходов
4. Этическая комиссия
5. Комиссия по жалобам и обращениям
6. Комиссия КИК
7. Квалификационная комиссия по оплате труда и мотивации
8. Дисциплинарная комиссия
9. Формуллярная комиссия
10. Бракеражная комиссия
11. ВКК
12. Лактологическая комиссия

Также :

1) Совет медицинских сестер;

45. Каждая комиссия имеет свое положение, цели и задачи, направленные на улучшение качества оказания медицинских услуг и безопасности пациентов

46.При необходимости могут создаваться комиссии по другим направлениям деятельности.

Служба менеджмента качества и безопасности пациента (СМКиБП)

47. Основными функциями СМКиБП являются:

1) разработка, внедрение и оценка эффективности программ по улучшению качества медицинских услуг в КЦРБ в соответствии с стандартами аккредитации;

2) осуществление методологической помощи структурным подразделениям КЦРБ по стандартам аккредитации;

3) мониторинг, разбор и анализ инцидентов, координация разработки и реализации мероприятий для их устранения;

4) анализ уровня удовлетворенности пациентов по результатам анкетирования;

5) внесение предложений руководству КЦРБ по разработке и осуществлению мер, направленных на повышение качества медицинской помощи;

6) взаимодействие с республиканскими и международными организациями по вопросам менеджмента качества;

7) участие в разработке организационных и методологических нормативных актов по внедрению, поддержанию стандартов аккредитации;

8) координацию плана действий, связанных с неблагоприятными и чрезвычайными событиями;

9) сбор и анализ по совершенным и потенциальным медицинским ошибкам через добровольные уведомления персонала;

10) разработку, сбор и анализ, мониторинг клинических и неклинических индикаторов;

11) осуществление контроля за работой по внедрению, разработке документов, правил, инструкций в структурных подразделениях КЦРБ в соответствии с требованиями стандартов аккредитации;

12) проведение тренингов для усовершенствования работы пациент-ориентированного сервиса сотрудников КЦРБ, аутсорсинговых компаний.

Клинический и неклинический персонал

48. Клинический и неклинический персонал КЦРБ осуществляет деятельность в соответствии требованиями качества и безопасности:

1) придерживаются миссии, ценностей, принципов настоящей Программы и других документов КЦРБ;

2) принимают участие в мероприятиях по повышению качества;

3) сообщают своим непосредственным руководителям о возможностях повышения качества и безопасности по мере их выявления.

Роль пациентов

49. Пациенты требуют гарантии безопасности, эффективности и соответствия медицинских услуг. Так как широкая общественность становится все более осведомленной о предоставлении медицинской помощи, пациенты выражают желание активно участвовать в этом процессе. Необходимо активно вовлекать пациентов и их семьи в процесс принятия решений о лечении и уходе, в обучение, улучшение системы отчетности об инцидентах.

50. Пациенты, потенциальные клиенты (население) имеют доступ к информации об оказываемых услугах, их качестве и другие интересующие сведения через сайт КЦРБ, электронные порталыи другие источники информации (стенды, вывески, брошюры).

51. Пациенты уведомлены о том, как связаться с руководством КЦРБ, чтобы сообщить о проблемах безопасности пациентов и качества их ухода. Контактная информация указана в материалах информационной папки для пациентов, в информационных стендах в отделениях, брошюрах и вывесках.

13. Методология

52. Для эффективной работы, постоянного общесистемного совершенствования требуется структурированный цикл самосовершенствования с целью улучшения рабочих процессов. Научиться решать проблемы и эффективно управлять процессами – один из наиболее достойных преимуществ по улучшению своей деятельности. Эти преимущества включают в себя:

1) постоянное усовершенствование;
2) улучшение качества труда;
3) улучшение качества (с понижением или сохранением затрат);
4) улучшение коммуникаций и координирования.

53. В КЦРБ **FOCUS PDCA** является систематическим методом для улучшения процессов:

F	(Find) Найти процесс для улучшения
O	(Organize) Организовать команду для идентификации потребностей сотрудников
C	(Clarify) Прояснить текущие знания о процессе
U	(Understand) Понять истоки процесса изменений
S	(Select) Выбрать процесс для улучшения
P	(Plan) Составить план по улучшению процесса
D	(Do) Провести испытание предложенных изменений
C	(Check) Проверять результаты / изучать данные
A	(Act) В рабочем порядке поддерживаем положительный результат и продолжаем совершенствоваться

1 этап - План. На этом начальном этапе производится выявление и описание объема и масштаба проблемы. Эта фаза также включает в себя установку целей или миссий для проекта/процесса. Она включает в себя первоначальный сбор данных и для процесса клинического улучшения, включает обзор литературы в качестве основы для изменений.

2 этап – Действие. Решения и попытки выполнения нескольких вмешательств, которые могут уменьшить проблемы (этап вмешательства).

3 этап – Исследование. Осуществление и оценка вмешательств(а) (этап воздействия и осуществления).

4 этап – Реализация. Повторная оценка и непрерывный мониторинг для гарантирования эффективности вмешательств (этап поддержки и усовершенствования).

54. Все структурные подразделения должны проводить внутреннюю работу по улучшению качества, используя FOCUS PDCA, особенно, если встречаются системные проблемы, новые процессы или плановая работа по улучшению качества. СМКиБПпредоставляет поддержку и координацию руководителям структурных подразделений в приоритетах улучшений.

55. МБ выявляет нежелательные отклонения от запланированного результата и проводит интенсивный анализ для того, чтобы определить области, на которых нужно сфокусироваться для улучшения результатов деятельности. В частности, интенсивный анализ проводится, когда показатели и тенденции нежелательно и значимо отличаются от:

1) ожидаемых результатов;
2) показатели других организаций;
3) общепринятых стандартов.

Рис.1 Методология улучшения качества: цикл PDCA

56. В МБретроспективной методологией анализа инцидентов является «Анализ корневых причин (RCA)». Все чрезвычайные события подлежат анализу корневых причин в течение 10 дней после инцидента с последующим принятием системных мер по улучшению качества и безопасности пациентов.

14. Трейсер

57. Проведение трейсера – это методика определения «ошибок» системы. Трейсер основан на практике с пациентами в системе оказания медицинской помощи или проверяет процессы высокого риска во всей организации (индивидуальные и системные).

58. В ходе выполнения настоящей Программы рекомендуется дополнительно внедрять другие методологии улучшения качества.

15.Система отчетности

59. Механизмы отчетности состоят из систематического обмена информацией и обратной связи, связанных с наблюдением, анализом данных и улучшением конкретных процессов и результатов между управляющим органом КЦРБ, структурными подразделениями,комиссиями КЦРБ, клиническим и неклиническим персоналом, пациентами, внешними поставщиками услуг.

60. Не реже чем один раз в квартал руководитель рассматривает отчеты от СМКиБПо выполнении настоящей Программы. Полугодовой и годовой отчеты о выполнении настоящей Программы представляются руководителю.

61. Предварительно выполнение настоящей программы докладывается сотрудникам на совещании.

62. Индикаторы деятельности клинических и административных подразделений Клиники сообщаются СМКиБП соответствии с Правилами по разработке и сбору индикаторов качества в КЦРБ и сроками (ежемесячно до 10 числа следующего месяца).

63. СМКиБПнесет ответственность за координацию сбора данных, валидацию, анализ данных и передачу совокупных (агрегированных) данных по индикаторам качества в соответствующие комиссии.

16. Создание культуры безопасности

64. Культура безопасности пациентов – это культура, где безопасность пациентов стоит на первом месте для работников КЦРБ в оказании услуг и отражает, насколько безопасен уход за пациентами. Осведомленность о безопасности пациентов, готовность сообщать о фактах возникновения инцидентов и учиться на ошибках является стартовой отправной точкой для культуры безопасности.

65. КЦРБ стремится предоставлять всем пациентам услуги наивысшего качества и безопасности, которые соответствуют следующим принципам:

1) Безопасность – медицинское обслуживание с тщательным соблюдением безопасности;
2) Забота – медицинское обслуживание с заботой и сочувствием;
3) Качество – медицинское обслуживание наивысшего качества;
4) Оперативность – уменьшение времени в очереди на обслуживание;
5) Эффективность – наилучшее медицинское обслуживание на основе клинических данных;
6) Рациональность – избежание неэффективного использования времени и оборудования;
7) Равенство – предоставление наилучших услуг независимо от демографических характеристик пациента;
8) Индивидуальный подход – медицинское обслуживание с учетом культурных особенностей, потребностей и ценностей каждого пациента.

66. В КЦРБ культура безопасности является высшим приоритетом. Все сотрудники вносят свой вклад в культуру безопасности, постоянно оказывая друг другу поддержку, уделяя большое внимание работе в коллективе и, в первую очередь, обеспечивая безопасность пациентов.

67. Цель культуры безопасности пациентов – постоянно предоставлять каждому пациенту, которого обслуживает, возможность выздоравливать в обстановке безопасности, покоя, удобства и чистоты.

68. **Ключевые принципы Культуры безопасности**:

1) **Внимание к мельчайшим деталям.** КЦРБ заботится о безопасности пациентов, направляя свои основные усилия на обеспечение мер безопасности.

2) **Чёткое донесение информации.** КЦРБ обеспечивает безопасность пациентов, сообщая правильную информацию правильным способом в правильное время.

3) **Взаимная поддержка.** В вопросах безопасности пациентов мнение каждого имеет равное значение. Сотрудники постоянно участвуют в процессе улучшения безопасности пациентов, сообщая о происшествиях, потенциальных ошибках/почти ошибках или проблемах, перенимают опыт друг у друга.

69. **Задачи культуры безопасности:**

1) Упорное и всеобъемлющее стремление к безопасности пациента.

2) Содействие при выявлении/отчетности по неблагоприятным событиям и случаев, в которых была вероятность допущения ошибки.

3) Желание исследовать и понять системы и процессы.

4) Высокая степень взаимного доверия и поддержки.

5) Сотрудники воспринимаются как компетентные, заслуживающие доверия сотрудники, сконцентрированные на безопасности пациента.

6) Поддержка руководства и выделение ресурсов.

7) Система, разработанная для отчетов и обучения по безопасности и профилактике.

8) Распространение решений по безопасности пациента.

9) Знания пациентов/персонала в сфере безопасности “как свои пять пальцев”.

10) Желание делиться практическим опытом.

70. **Роль Руководства:**

1) создает организационную культуру, которая поддерживает подотчетность и прозрачность;

2) корректирует неприемлемое поведение сотрудников КЦРБ;

3) руководство и сотрудники КЦРБ следуют кодексу поведения;

4) поддерживает реализацию мероприятий по обучению и распространению информации для всех сотрудников;

5) определяет, каким методом вопросы, связанные с культурой безопасности, идентифицируются и управляются;

6) предоставляет ресурсы для продвижения и поддержки культуры безопасности в КЦРБ;

7) предоставляет простую, доступную и конфиденциальную систему сообщения о вопросах, относящихся к культуре безопасности (отчетность об инцидентах) в КЦРБ на совместных заседаниях, планерках;

8) гарантирует, что все сообщения – инциденты, связанные с культурой безопасности, будут расследованы своевременным образом, повышают уровня доверия и интерес сотрудников к проблемам безопасности, позволяют

наладить систему обмена информацией между руководством и подчиненными;

9) способствует созданию некарательной обстановки и высокой этики среди персонала путем внедрения системного улучшения вместо точечных карательных мер;

10) использует для измерения качества предоставляемых услуг и оценки и мониторинга культуры безопасности в КЦРБ – индикаторы (КПР), признанными в КЦРБ показателями качества и безопасности медицинского обслуживания.

11) Реализует улучшения, определенные с помощью мониторинга, оценки. Отчеты по анализу мониторинга КПР позволяют определить успешные аспекты деятельности, и те аспекты, которые требуют улучшения;

12) Измеряет и контролирует получаемое пациентами медицинское обслуживание на основе фактических данных.

13) стимулирует сотрудничество между персоналом разного уровня и специализаций для решения проблем безопасности пациентов (например, разбор инцидента, анализ корневых причин при чрезвычайном событии .

71. Фундаментальной частью культуры безопасности является обеспечение открытой, справедливой и доброжелательной рабочей среды. Это означает, что:

1) Персонал открыто говорит об инцидентах, в которые они были вовлечены;

2) Персонал может сообщать своим коллегам и начальству о любом инциденте;

3) Пациенту сообщается, когда что-то происходит неправильно, и дают пояснения, какие уроки будут извлечены;

4) С персоналом обращаются справедливо и ему оказывают поддержку, когда происходит инцидент.

72. Инциденты, о которых необходимо сообщить в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан, должны быть своевременно сообщены в соответствующие органы.

73. Классификация инцидентов:

1) почти ошибка;

2) ошибка или инцидент. По последствиям можно выделить инциденты, при которых нет вреда или есть незначительный вред.

3) экстремальное событие.

74. Проектирование безопасности проводится через:

1) упрощение;

2) стандартизацию и автоматизацию;

3) систему обнаружения неисправностей;

4) проектное решение, обеспечивающее минимальную вероятность возникновения неисправности;

5) повторение и работа в команде;

6) поощрение тех сотрудников, которые справляются лучше всех с работой и стимулирование тех сотрудников, которые справляются хуже, чтобы они работали лучше;

7) проведение аккредитации, как один из эффективных инструментов, стимулирующих культуру качества, которая поддерживает непрерывное совершенствование;

8) проведение анкетирования персонала (ежегодно) по культуре безопасности для мониторинга эффективности управления культурой безопасности.

Рис. 2 Модель безопасности организации

75. При выявлении инцидента/ошибки сотрудник КЦРБ должен:

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 сотрудникам КЦРБ 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.);

76. все сотрудники структурных подразделений КЦРБ обязаны своевременно, в течение 24 часов, подавать информацию обо всех происшедших инцидентах в СМКиБП

77. В ходе выполнения настоящей Программы рекомендуется дополнительно внедрять другие методологии управления культурой безопасности.

	Ошибка, вызванная человеческим фактором	**Рискованное поведение**	**Безответственное поведение**
	Непреднамеренное	Неумышленное рискованное	Намеренное рискованное

	действие	поведение	поведение
	Управление путем изменений в: ●Процессах, ●Процедурах, ●Обучении, ●Проектировании	Управление посредством: ●Устранения мотивов для рискованного поведения ●Создание мотивов для нормального поведения ●Повышение осведомленности о ситуации	Управление посредством: ●Мер по устранению нарушений ●Карательных мер
Принимаемые меры	***Утешение***	***Инструктаж***	***Наказание***

17. МЕЖДУНАРОДНЫЕ ЦЕЛИ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ (МЦБП)

78. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) МБ осуществляет решения по безопасности пациентов согласно шести международных целей по безопасности пациентов (МЦБП):

МЦБП 1. Идентифицировать пациента правильно
МЦБП 2. Улучшение эффективных коммуникаций
МЦБП 3. Улучшить безопасность медикаментов высокого риска
МЦБП 4. Обеспечить правильное место, правильную процедуру, операции правильного пациента
МЦБП 5. Снижение риска внутрибольничных инфекций через гигиену рук
МЦБП 6. Снижение вреда пациенту от падений

Эти 6 целей определяют проблемные области здравоохранения, которые имеют отдельный план действий.

18. Управление рисками

79. Управление рисками – это выявление, анализ и контроль рисков. Управление рисками включает в себя систематическое применение правил, процедур и практик.

80. Руководство КЦРБ несет ответственность за организацию и обеспечение системы управления рисками по всей КЦРБ для определения и снижения непредвиденных неблагоприятных событий и рисков в отношении качества и безопасности пациентов, посетителей, персонала и других заинтересованных сторон (уполномоченные органы, поставщики, стратегические партнеры и др.).

81. Все сотрудники и структурные подразделения КЦРБ, все руководители и управленческие органы несут ответственность и роль через реализацию прав и обязанностей в рамках полномочий и своих компетенций, закрепленных в законодательных актах и внутренних документах КЦРБ, а также в соответствии с должностными инструкциями и положениями о структурных подразделениях.

82. КЦРБ осуществляет руководство текущей деятельностью КЦРБ, руководствуясь Политикой управления рисками, методологическими документами в области управления рисками и качеством, а также стандартами аккредитации, применяя наилучшую мировую практику управления рисками.

83. Правление утверждает Регистр и Карту рисков, Регистр и Карту ключевых рисков, а также мероприятия по предотвращению и реагированию на риски. Госпитальный Совет рассматривает отчеты по управлению рисками и принимает соответствующие меры.

84. Комиссия по безопасности КЦРБ содействуетв осуществлении функции по построению и организации эффективной комплексной системы и создании интегрированного процесса управления рисками в КЦРБ. Комиссия по безопасности готовит рекомендации и предложения по организации, поддержанию и контролю за координацией деятельности по управлению рисками.

85. СМКиБП КЦРБ обеспечивает координацию, необходимую аналитику и методологическую поддержку по вопросам управления рисками всем участникам системы управления рисками.

86. Структурные подразделения и работники являются участниками системы управления рисками, так как в рамках своих компетенций и полномочий они владеют бизнес-процессами и связанными с ними рисками. Владельцы рисков выявляют риски и их факторы на регулярной основе, оценивают риски, выполняют свои функции по бизнес-процессу надлежащим образом в рамках своих полномочий и реализуют контрольные процедуры, предусмотренные внутренними документами КЦРБ. Владельцы рисков планируют и реализуют мероприятия по управлению рисками, принимают участие в рабочих группах и комитетах по вопросам управления рисками, и предоставляют периодическую отчетность по выполненным мероприятиям и выявленным и реализованным рискам.

87. Процесс управления рисками в КЦРБ включает в себя:

Отчет об инцидентах

1) Программа не может выполняться эффективно без достоверной и полной отчетности о медицинских ошибках и инцидентах. КЦРБ руководствуется принципом, что ошибки чаще случаются из-за дефектов организации рабочих процессов, а не из-за вины одного работника. Деятельность руководства направлена на улучшение систем и процессов, а не на дисциплинарное наказание работника, ответственного за ошибку или происшествие. Поэтому, целью руководства КЦРБ является внедрение некарательного подхода в управлении рисками. Все работники обязаны сообщать обо всех произошедших инцидентах и потенциальных ошибках без страха наказания.

2) Предоставление отчета об инцидентах в отношении безопасности пациентов дает возможность гарантировать, что уроки, извлеченные из опыта случившегося инцидента в одном из отделений, используются для уменьшения риска возникновения подобного инцидента в другом отделении в будущем.

3) Чем больше информации о случившихся инцидентах, чем больше информации о неправильных действиях, тем больше мер могут быть предприняты для создания более безопасной среды оказания реабилитационных услуг.

4) Персонал должен знать о системе отчетов об инциденте.

5) Персонал должен своевременно и адекватно подавать инциденты, информацию в потенциальных клинических ошибках и неожиданных клинических исходах в установленном порядке.

Оценка рисков

1) Путем систематического выявления, оценки, извлечения уроков и управления рисками на всех уровнях в КЦРБ можно сократить потенциальные и реальные риски, и выявить возможности для повышения качества реабилитации и безопасности пациентов. Таблица оценки рисков в КЦРБ используется для оценки:

случаев, которые уже **произошли** (фактические данные);

случаев, которые были предотвращены (потенциальные).

Оценка риска представляет собой процесс, который помогает работникам понять уровень рисков, с которыми они сталкиваются, уровень способности управлять этими рисками, вероятность их возникновения и их возможных последствий. Это одно из ключевых направлений деятельности, которое должно быть применено на месте в рамках комплексной системы управления рисками для улучшения безопасности пациентов.

Анализ инцидентов

СМКиБП должен классифицировать инцидент и организовать соответствующий разбор (используя различные методики, такие, как Анализ Корневых Причин, диаграмма Исикавы (Fishbonetool) и др.).

Разработка решений

Выявление тенденций происхождения инцидентов на уровне структурных подразделений МБ. Рекомендации по проведению мероприятий, предотвращающих повторное возникновение инцидента.

Внедрение

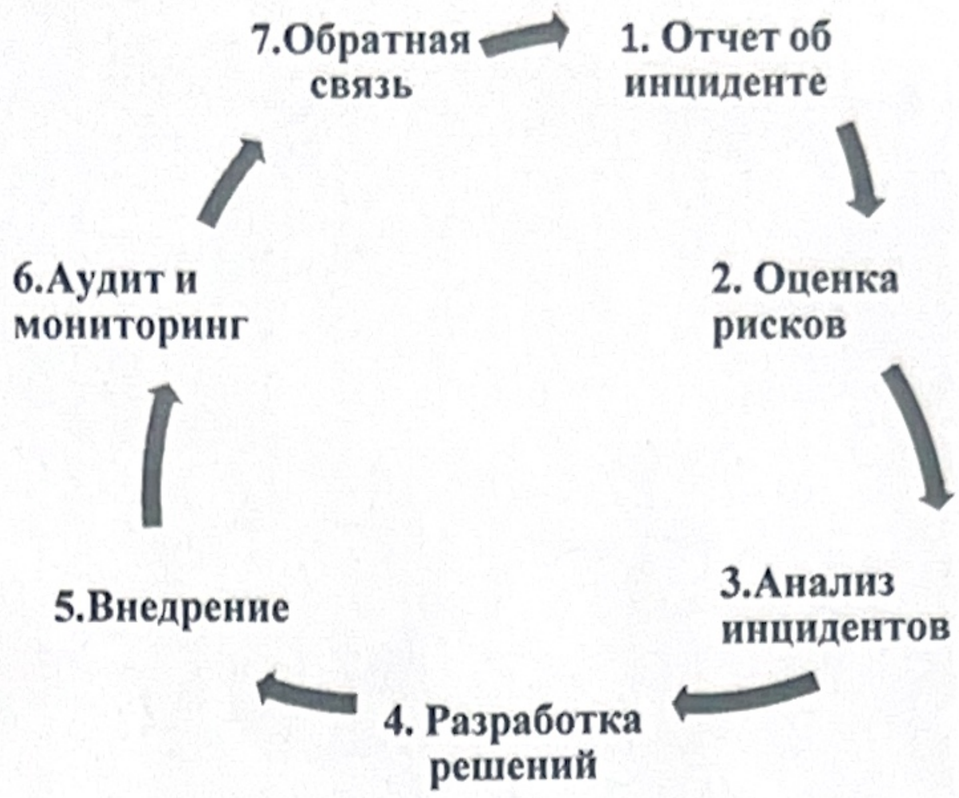
Выполнение ответственными должностными лицами мер по устранению и предотвращению инцидентов в рамках своей сферы контроля.

Аудит и мониторинг

Оценка эффективности профилактических мер или процедурных изменений, направленных на устранение инцидентов или уменьшение риска возникновения инцидентов.

Обратная связь

СППиВА обеспечивает обратную связь со структурными подразделениями, а также с пациентами или их родственниками о результатах анализа, принятых мерах.



2) Предоставление отчета об инцидентах в отношении безопасности пациентов дает возможность гарантировать, что уроки, извлеченные из опыта случившегося инцидента в одном из структурных подразделений КЦРБ используются для уменьшения риска возникновения подобного инцидента в другом отделении в будущем;

3) Чем больше информации о случившихся инцидентах, чем больше информации о неправильных действиях, тем больше мер могут быть предприняты для создания более безопасной среды оказания медицинских услуг.

19. Анализ корневых причин (АКП)

88. Анализ корневых причин – представляет собой ретроспективное систематическое расследование, которое проводится только в случаях инцидентов крайнего риска (экстремальных событий). АКП не изучает конкретных людей, стремится понять причины и условия окружающей среды, в которых произошли инциденты. АКП предлагает надежные решения для предотвращения повторяющихся инцидентов, а также мониторинг эффекта изменений. Уроки, извлеченные из инцидента, будут широко распространены в КЦРБ для предотвращения соответствующего случая.

89. Анализ корневой причины – попытка определить первопричину или основной источник ошибки, нарушения или несчастного случая. Большинство ошибок, нарушений или несчастных случаев имеют несколько причин, но меньше источников.

90. Все чрезвычайные инциденты подлежат анализу корневых причин.

91. Пошаговый анализ изучения причины и следствия помогает найти корневую причину так, чтобы можно было предпринять корректирующие меры.

Процессы анализа корневых причин:

1) 5 вопросов «Почему?»;
2) диаграмма Исикавы (Fishbonetool).

В зависимости от ситуации рабочая команда сама выбирает вид анализа корневых причин.

92. При анализе корневых причин необходимо составление действия по устранению корневой причины ошибки или инцидента, которые включают:

1) план мероприятий по устранению корневой причины, который разрабатывается рабочей группой, согласованной со СМКиБПи структурным подразделением, где произошел инцидент или обнаружен риск, а также с другими заинтересованными структурными подразделениями.Назначается ответственное лицо для исполнения принятого решения;

2) трейсер/мониторинг – принятие решения всегда требует проверки его исполнения, ответственный за контроль назначается рабочей группой;

3) результаты трейсера/мониторинга – результаты проверки фиксируются в форме анализа корневых причин и сдаются в СМКиБП.

20. Проактивная оценка рисков

93. Проактивная оценка риска и анализ являются методами, используемыми для предотвращения процесса и результатов проблем до их возникновения. Визиты аудиторов с целью трейсера, обходы руководителей по безопасности пациентов, анализ возможных проблем и их последствий в здравоохранении являются некоторыми способами выполнения активного управления рисками. КЦРБ ежегодно определяет процесс высокого риска и проводит анализ рисков и их последствий.

21. Участие пациентов. Пациенториентированность

94. Главной и центральной фигурой в КЦРБ является **пациент** и его потребности в различных видах медицинской помощи. Главной целью пациент ориентированной системы в КЦРБ является создание реальных условий и механизмов для максимальной реализации прав пациента.

Менеджмент КЦРБ ориентированный на максимальное удовлетворение потребностей пациентов, является залогом успешной деятельности и дальнейшего развития КЦРБ, потому что главным итогом деятельности организации, ориентированной на качество и безопасность медицинских услуг, являются не только финансы, но и удовлетворенность потребителя-пациента.

95. КЦРБ соблюдает 14 основных прав пациента:

1) Право на профилактические меры;
2) Право доступа, участие в собственном лечении;
3) Право на информацию;
4) Право на согласие;
5) Право свободного выбора;
6) Право на неприкосновенность частной жизни (приватность) и конфиденциальность информации;
7) Право на уважение времени пациента;
8) Право на соблюдение стандартов качества;
9) Право на безопасность;
10) Право на доступ к современным достижениям в области здравоохранения;
11) Право на избежание неоправданных страданий и боли;
12) Право на индивидуальное лечение;