

15. Система отчетности.

15.1. Механизмы отчетности

Механизмы отчетности состоят из систематического обмена информацией и обратной связи, связанных с наблюдением, анализом данных и улучшением конкретных процессов и результатов. Каждый установленный индикатор сообщается в соответствии с установленными текущими сроками и в согласованной письменной форме в Отдел качества.

15.1.2. Отдел качества несет ответственность за координацию, организацию и передачу совокупных данных и информации в соответствующие комитеты, отделения и департаменты.

15.1.3. Отдел после согласования с департаментами и завершения проведения анализа, обзора и рекомендаций, предоставляет доклад Руководству.

15.2. Мониторинг улучшения в ОКБ. Для мониторинга процессов улучшения используются различные методы и инструменты. Анализ статистических данных, анализ, аудит и взаимодействие с пациентами являются частью процессов непрерывного улучшения в ОКБ.

15.2.1. Сбор данных. В ОКБ все отделения ведут мониторинг индикаторов качества. Разрабатывается форма отчета для распространения всем отделениям для предоставления результатов мониторинга в Отдел качества. При необходимости в интерпретации знаний процесса, используются графики статистического контроля производственным процессом (СКПП). Путем сбора данных из всех отделений, управление качеством может обеспечить руководителей и заведующих отделов и отделений различной информацией о тенденциях и соответствиях в предоставленных данных, а также обсуждать потенциальные возможности для усовершенствования.

15.2.2. Взаимодействие с пациентом. Анкеты, интервью с пациентом и интервью с целевой группой являются эффективным способом узнать мнение пациента об оказанных ему медицинских услугах. Всем пациентам, поступающим в ОКБ, предоставлены консультации по подаче жалоб, проводится анкетирование. Результаты ответов пациента на вопросы анкеты обсуждаются Отделом качества и безопасности пациентов и представляются Руководству на регулярной основе.

15.3. Шесть аспектов качества. Определенные показатели, которые мониторируются в ОКБ выбраны и оценены по одному или нескольким из следующих шести параметрам качества.

15.3.1. Безопасность ухода. Безопасность медицинского ухода - это степень, где здания организации, помещения и оборудование не представляет собой опасности или риска для пациентов, персонала или посетителей.

15.3.2. Эффективность ухода. Пациенты должны рассчитывать на лечение, которое не требует значительных расходов. Эффективность медицинского ухода относится к степени, в которой лечение, вмешательства или услуги достигают желаемого результата.

15.3.3. Целесообразность лечения. Соответствующее медицинское обслуживание важно, чтобы медицинские вмешательства, выполняемые для лечения в определенных условиях, подбирались на основе вероятности, что они приведут к желаемому результату. Речь идет об использовании доказательств, чтобы выполнять соответствующие действия в отношении соответствующего пациента в нужное время, при этом избегая чрезмерного или недостаточного использования доказательств.

15.3.4. Приемлемость лечения. Приемлемость медицинского лечения является степенью, которой услуга должна соответствовать или превзойти результат, ожидаемый пациентом.

15.3.5. Доступ к услуге. Пациенты, получающие консультативно-диагностические услуги в приемном отделении или стационарные пациенты должны получать услуги на основе выявленных потребностей здоровья в рамках миссии и ресурсов Медицинской организации.

15.3.6. Эффективность обслуживания. Взаимосвязь между исходами (результатами медицинской помощи) и ресурсами, используемыми для оказания медицинской помощи.

15.4. Представление индикаторов. Все клинические индикаторы должны быть подтверждены. Любые опубликованные данные также должны проверяться.

16. Подготовка и обучение.

16.1. Обучение сотрудников ОКБ проводится на всех уровнях структуры управления качеством: Руководство, Совет по качеству, Комиссии ОКБ, руководители структурных подразделений, клинический (врачи, медсестры и др.) и неклинический персонал.

16.2. Обучение сотрудников включает требования по основной работе согласно внешних и внутренних нормативных документов, методологию улучшения качества и другие подобранные подходы обучения.

16.3. Обучение сотрудников проводится в различных форматах: в виде

16.4. лекций и презентаций на общебольничных собраниях, обучающих мероприятиях, семинарах, в виде **устного обучения в небольших группах непосредственно** в структурном подразделении, в письменном виде через правила, памятки и др. материалы, в виде ролевых игр и учений, в виде демонстрации видеоматериала и др.

17. Пути реализации программы

Данная программа рассчитана на год с целью:

- способствовать заинтересованности всей организации в непрерывном усовершенствовании с помощью сильного лидерства и строгого фокуса на качество и безопасность пациента по всей организации;
- создать систематический мониторинг клинических и организационных индикаторов (Ключевые показатели результативности);
- построить культуру через доверие и честность, которая будет рассматривать медицинские ошибки открытым и честным путем во взаимодействии с пациентами;
- создать систему отчетности по неблагоприятным событиям, систему обучения и эффективную систему реагирования.

17.1. Программа утверждается Управляющим органом ОКБ (Наблюдательный Совет). Контроль за внедрением Программы возложен на Отдел качества.

17.2. План внедрения Программы состоит из трех фаз:

17.2.1. **Начальная фаза:** Фокус на построении надежной инфраструктуры; разработка правил и процедур для хорошей практики и подготовки к аккредитации Международной Объединенной Комиссии. Проведение первичной оценки консультантов JCI.

17.2.2. **Фаза консолидации:** Фокус на мониторинг улучшения ухода за пациентом, а также непрерывное обучение и тренинг персонала по вопросам доказательной безопасности пациента и эффективного управления рисками. А также более активное вовлечение пациентов в инициативы по безопасности пациента и проекты исследования и разработки. Проведение Mock Survey.

17.2.3. **Фаза продолжения:** Это не статичная фаза, но включает и непрерывный мониторинг улучшения результативности, и проекты для улучшения качества и безопасности пациента. Прохождение аккредитации JCI.

18. Оценка программы

18.1. Настоящая Программа оценивается ежегодно на заседании СППиВКс представлением на заседании Управляющего органа ОКБ. Проект оценки программы готовит Отдел качества.

18.2. Для постоянного системного совершенствования оценка включает анализ и пересмотр разделов Программы, в т.ч.:

- пересмотр применяемых методологий улучшения качества (рекомендуется внедрять новые методологии);
- пересмотр приоритетов работы по улучшению качества;
- обзор выполнения Программы за предыдущий год;
- определение приоритетов и зон риска для мониторинга с помощью индикаторов на следующий год.

19. Ссылки:

- 1) Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (JointCommissionInternationalAccreditationStandardsforHospital - 6thEdition) для больниц, 6-е издание, Глава 9: Повышение качества и безопасность пациента, 2017г., США.
- 2) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года №676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» (с изменениями и дополнениями от 5 июня 2018 года), Приложение 2. Глава 1: Руководство. 7. Управление качеством;
- 3) Canadian Disclosure Guidelines. Being open with patients. © Canadian Patient Safety Institute, 2011;
- 4) Disclosure of medical error: policies and practice. Jawahar Kalra, K. Lorne Massey, Amith Mulla. J R Soc Med 2005;98:307 -309;
- 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;
- 6) SixSigma. FEMA: Preventing a Failure Before Any Harm Is Done. Smith DL. Accessed November 16, 2016;
- 7) Streimelweger B, Wac K, Seiringer W. Human-factorbased risk management in the healthcare to improve patient safety. Int J E-Health and Med Commun (IJEHMC). 2016. Accessed Nov 16, 2016;

Наименование медицинской организации	Руководство по улучшению качества	Код: Версия: от дд.мм.гггг Страница:
--------------------------------------	-----------------------------------	--

Приложение 1
к настоящей Программе по улучшению качества

Индикаторы

№	Название индикатора	Ответственный исполнитель	Источник информации	Периодичность отчета	Формула расчета
Административный индикатор					
1	Управление ресурсами				
1.1	Наличие аккредитации медицинской организации	Руководитель организации, заместители	Сайт РЦРЗ	1 раз в три года	Наличие свидетельства
1.2	Наличие Наблюдательного Совета	УЗ, руководитель организации	Сайт РЦРЗ	ежегодно	Наличие, кол-во ежеквартальных заседаний
1.3	Наличие пакета типовых корпоративных документов	Секретарь НС	Сайт РЦРЗ	ежегодно	Не менее 100% в соответствии с перечнем для ГКП
1.4	Наличие корпоративного сайта, периодичность обновления информации	Ответственный за информационное сопровождение	Сайт РЦРЗ	ежемесячно	Увеличение кол-ва посетителей, обновление в течение 30 дней
1.5	Наличие официального аккаунта социальных сетях	Ответственный за информационное сопровождение	Сайт РЦРЗ	ежемесячно	Наличие активного аккаунта
1.6	Доля медицинских работников, прошедших повышение квалификации, переподготовку	Кадровая служба	% Данные из АИС «Кадры»	ежеквартально	КМ (кол-во медработники прошедшие квалиф.)*100/ ОКМ (общее кол-во, подлежащие)
1.7	Доля медицинских работников, имеющих квалификационную категорию	Кадровая служба	% Данные из АИС «Кадры»	ежеквартально	КМ (кол-во медработники имеющих квалиф.категорию)*100/ ОКМ (общее кол-во медработников)
1.8	Наличие административных взысканий по результатам внешней экспертизы	Руководитель организации	Дакные ДКК иБТУ	ежеквартально	Абсолютное число
1.9	Соотношение среднемесячной заработной платы врача на ставку к	Планово-экономический отдел	информационная база	ежеквартально	0,9 и выше Соотношение среднемесячной заработной платы врача

	среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона				на 1 ставку среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона
2.	Удовлетворенность пациентов и их семей				
2.1	Доля пациентов, оценивших работу медицинских сестер на «хорошо» и «отлично»	СППиВК	анкета	ежеквартально	количество пациентов, оценивших работу медицинских сестер на «хорошо» и «отлично»*100/количество опрошенных
2.2.	Доля пациентов, удовлетворенных уровнем доступности медицинской помощи	СППиВК	анкета	ежеквартально	количество пациентов, удовлетворенных уровнем доступности*100/количество опрошенных
2.3.	Доля пациентов, удовлетворенных уровнем квалификации врача	СППиВК	анкета	ежеквартально	количество пациентов, удовлетворенных уровнем квалификации врача *100/количество опрошенных
3.	Удовлетворенность медицинского персонала				
3.1.	Удовлетворенность медицинского персонала организацией режима труда	отдел кадровой работы и управления человеческими ресурсами	анкеты	ежеквартально	число сотрудников удовлетворенных организацией режима труда x 100/общее количество опрошенных
4.	Профилактика и контроль возникновения событий, подвергающих опасности пациентов, их семьи, и персонала				
4.1.	Показатель доли сотрудников из числа врачебного, среднего и младшего медицинского персонала, обученного мерам сердечно-легочной реанимации	отдел кадровой работы и управления человеческими ресурсами	личные дела, наличие сертификата	ежегодно	число медицинского персонала обученных BLS x 100/среднегодовое число медицинского персонала
4.2.	Показатель доли сотрудников, участвовавших в тренингах по эвакуации при пожаре	сектор ГО и ЧС	журнал вводного инструктажа	ежегодно	число сотрудников, участвовавших в тренинге x 100/среднегодовое число сотрудников
1.	Клинические индикаторы: Использование антибиотиков и других медикаментов:				
1.1	Экспертиза рациональности качества фармакотерапии	клинический фармаколог	Амбулаторная карта, карта больного стационара –форма 003/у,	ежемесячно	количество ошибочных, неверных сочетаний лекарственных средств/ все назначенные

			дневного стационара- форма 003-3/у , и/ или КМИС		лекарственные средства пациента
1.2	Процент антибиотикотерапии, в том числе антибиотиков резерва при медикаментозном лечении пациента	клинический фармаколог	Амбулаторная карта, карта больного стационара -форма 003/у, дневного стационара-форма 003-3/у , и/ или КМИС	ежемесячно	Процент антибактериальных лекарственных средств, в том числе антибиотиков резерва/все препараты данного пациента × 100
1.3	Полиэргазия	клинический фармаколог	Амбулаторная карта, карта больного стационара -форма 003/у, дневного стационара-форма 003-3/у , и/ или КМИС	ежемесячно	Доля пациентов отдела, лечение которых включает более 3-х необоснованных лекарственных средства/все пациенты отдела получившие медикаментозное лечение
2.	Качественные показатели				
2.1	Показатель необоснованной госпитализации	СППиВК , отдел медицинской статистики	Выгрузка из ЭРСБ	ежеквартально	Число случаев необоснованной госпитализации*100/число случаев госпитализации
2.2	Темп роста пролеченных больных СЗТ	отдел медицинской статистики	Выгрузка из ЭРСБ	ежеквартально	Число пролеченных больных СЗТ текущего отчетного периода*100/ Число пролеченных больных СЗТ за предыдущий отчетный период
2.3	Показатель случаев расхождения основного клинического и патологоанатомического диагнозов	отдел медицинской статистики	информационная база ЭРСБ	ежеквартально	$A = B \text{ (число совпадений)}/C \text{ (число вскрытий)} * 100$
2.4	Показатель повторного незапланированного поступления в течение месяца по поводу одного и того же заболевания	отдел медицинской статистики	информационная база ЭРСБ	ежеквартально	$\text{ЧПП} \text{ (число повторно поступившие)}/\text{ЧВБ} \text{ (число выписанных б-х)} * 100$
2.5	Показатель послеоперационных осложнений	отдел медицинской статистики	информационная база ЭРСБ	ежеквартально	$\text{ЧО}(\text{число осложнения}) * 100/\text{ЧПО} \text{ (число проведенных операций)}$
2.6	Летальность при плановой	отдел медицинской	информационная база ЭРСБ	ежеквартально	$\text{ЧУ} \text{ (число умерших плановых)}/\text{ЧОБ} * 100$

	госпитализации	статистики			(число общее поступивших плановых)
2.7	Показатель досугточной летальности в стационаре	отдел медицинской статистики	информационная база ЭРСБ	ежеквартально	ЧУ (число умерших в течение суток)/ЧОБ *100 (число общее поступивших пациентов)
2.8	Послеоперационная летальность в случаях плановой госпитализации	отдел медицинской статистики	информационная база ЭРСБ	ежеквартально	ЧУ(число умерших после операций)*100/ЧПО (число проведенных плановых операций)
2.9	Удельный вес обследованных флюорографически из сформированной группы риска	поликлиника	Портал «ДКПН»	ежемесячно	Кол-во обследованных флюорографически/сформированная группа риска*100
2.10	Охват диспансерным наблюдением больных предопухоловой патологией 16 клиническая группа	поликлиника	Портал «ДКПН»	ежемесячно	Число лиц, взятых на диспансерный учет с предопухоловой патологией 1б клиническая группа/общее число больных с предопухоловой патологией, %
2.11	Охват диспансерным наблюдением выявленных при скрининге больных с АГ и ИБС	поликлиника	Портал «ДКПН»	ежегодно	Количество больных с АГ и ИБС, охваченных диспансерным наблюдением/ общее количество больных с АГ и ИБС, выявленных при скрининговом обследовании, %
2.12	Охват специализированным противоопухолевым лечением больных с впервые выявлением ЗНО	онкополиклиника	Выгрузка из ЭРОБ	ежемесячно	Число больных с впервые выявленными ЗНО, получающие специализированное лечение*100/число больных с впервые выявлением ЗНО
2.13	Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, живущих 5 лет и более	онкополиклиника	Выгрузка из ЭРОБ	ежегодно	Число больных ЗНО, живущих 5 лет и более*100/показатель прошлого года
2.14	Одногодичная летальность онкобольных	онкополиклиника	Выгрузка из ЭРОБ	ежегодно	Одногодичная летальность (показатель текущего отчетного периода*100/показатель прошлого года)
2.15	Число лиц с выявленными ЗНО среди лиц 65 лет и старше	онкополиклиника	Выгрузка из ЭРОБ	ежегодно	Число больных ЗНО среди лиц 65 лет и старше (показатель отчетного периода*100/показатель прошлого года)
3.	Медицинские ошибки				
3.1	Количество	СППиВК,	отчет об	ежемесячно	абсолютное число

	медицинских ошибок	клинический фармаколог	инциденте		
4.	Инфекционный контроль				
4.1.	Процент положительных посевов из объектов внешней среды	врач-эпидемиолог	Результаты микробиол.иссл.объектов внешней среды, плановые смывы, КЗД, эпид.показатели	ежемесячно	число положительных патологических посевов из объектов внешней среды х100/ общее количество посевов из объектов внешней среды
4.2.	Своевременность подачи экстренного извещения на инфекционные заболевания от клинических отделов	врач-эпидемиолог	журнал регистрации экстренного извещения ф60	ежемесячно	число извещений через 24 часов после постановки диагноза / число общей извещений
4.3.	Мониторинг расхода антисептиков	врач-эпидемиолог	материалный отчет отдела лекарственного обеспечения	ежеквартально	общее количество антисептиков за квартал/(количество пациентов × 3 мл антисептика)
5.	Экспертиза уровня качества диагностики и лечения, доступность, содержание записей в карте пациента				
5.1.	Доля дефектов качества предоставленных медицинских услуг в стационаре ОКБ	СППиВК	медицинская карта	ежеквартально	Снижение дефектов в сравнении с предыдущим периодом
5.2.	Доля дефектов качества предоставленных медицинских услуг в стационарно-замещающем секторе	СППиВК	медицинская карта	ежеквартально	Снижение дефектов в сравнении с предыдущим периодом
5.3	Доля дефектов качества предоставленных медицинских услуг в амбулаторной службе	СППиВК	медицинская карта	ежеквартально	Снижение дефектов в сравнении с предыдущим периодом
6.	Индикаторы МЦБП (ISPG)				
МЦБП 1	Доля правильного проведения идентификации пациента	СППиВК, зав.отд	контрольный лист мониторинга, амбулаторная карта	ежемесячно	число случаев, когда проведена идентификация пациента при оказании медицинской услуги*100/общее число наблюдений
МЦБП 2	Доля документально оформленных устных/телефонных сообщений по	СППиВК, зав.отд.	контрольный лист мониторинга, лист или журнал по	ежемесячно	число случаев документального оформления письменного сообщения критических

	центру лабораторной медицины		передача устной информации		показателей лабораторных тестов*100/общее число переданных данных из лабораторий
МЦБП 3	Доля правильного хранения лекарственных средств высокой степени риска	отдел лекарственного обеспечения	контрольный лист мониторинга	ежемесячно	число лекарственных средств высокой степени риска хранящихся правильно*100/общее число лекарственных средств высокой степени риска
МЦБП 4	Доля пациентов, которым проведена процедура тайм-аута при проведении хирургической/инвазивной процедуры	СППиВК, стационар, дневной стационар	контрольный лист мониторинга	ежемесячно	число проведенных тайм-аутов*100/общее число проведенных хирургических, инвазивных вмешательств
МЦБП 5	Мониторинг гигиены рук	врач-эпидемиолог	трейсеры/журнал регистрации бак посева	ежемесячно	число положительных посевов с рук персонала в промежутке после обработки и до манипуляции*100/общее количество посевов
МЦБП 6	Доля пациентов, получивших переоценку на риск падения, после проведения услуг по седации	ОМК и БП, сектор анестезии	контрольный лист мониторинга, лист переоценки падений после седации	ежемесячно	число пациентов получивших переоценку риска падения после седации*100/общее число пациентов получивших седацию

Приложение 2
к настоящей Программе по улучшению качества
и безопасности пациентов

Анализ рисков и их последствий (АРП)

Данная таблица помогает оценить приоритетность уровня индивидуального риска по сравнению с другими, основанными на вероятности их возникновения и области воздействия. Любая потенциальная угроза для безопасности жизни может быть оценена с помощью данной таблицы. Это поможет вам принять взвешенное управлеченческое решение. Сокращение вероятности опасностей и профилактика рисков являются основами безопасности пациента!

Что вы должны делать?

1. Рассмотрите риск или опасность, когда происходит непредвиденное.
2. Определите, является ли масштаб ЭФФЕКТОВ (воздействие) события неблагоприятным или экстремальным
3. Определите, насколько вероятно событие может произойти - ВЕРОЯТНОСТЬ
4. Оцените риск, используя систему баллов (смотрите таблицы ниже) и подумайте о корректирующем плане действий.

ВЕРОЯТНОСТЬ	ПОСЛЕДСТВИЯ				
	Катастрофическое 5	Крупное 4	Умеренное 3	Среднее 2	Незначительное 1
Почти вероятно 5	10	9	8	7	6
Вероятно 4	9	8	7	6	5
Возможно 3	8	7	6	5	4
Маловероятно 2	7	6	5	4	3
Редко 1	6	5	4	2	2

ВОЗНИКНОВЕНИЯ.

Оценка риска	Чрезвычайный	Что делать
9-10	Чрезвычайный	Требуются Незамедлительные действия Председателя Правления/Отчет Председателю Правления
7-8	Высокий	Требуется план действий, требуется внимание высшего руководства/Отчет высшему руководству /информирование Председателя Правления
5-6	Средний	Требует специального контроля процедур, ответственность менеджеров должна быть указана
2-4	Низкий	Работа на основе обычных процедур/процессов

ПОСЛЕДСТВИЯ:	Насколько嚴重но может нанести повреждение/навредить?
Катастрофическое	Смерть и значительное количество повреждений, экологическая катастрофа, крупные финансовые расходы
Крупное	Серьезное число травм, огромный вред окружающей среде, крупные финансовые расходы
Умеренное	Требуется медицинская помощь, влияние на окружающую среду, высокие финансовые расходы
Среднее	Требуется первая помощь, незначительное влияние на окружающую среду и небольшие финансовые расходы
	Травм и повреждений нет, слабое влияние на окружающую среду и малые

ВЕРОЯТНОСТЬ	финансовые расходы	
	При каких событиях будет развиваться?	
Почти вероятно	Ожидается в большинстве случаев	
Вероятно	Наиболее вероятно, может случиться в большинстве случаев	
Возможно	Может случиться в любое время	
Маловероятно	Вероятно может случиться в какое-либо время	
Редко	Может случиться только в эксклюзивных случаях	

Приложение 3
к настоящей Программе по улучшению качества
и безопасности пациентов

Схема анализа корневых причин (образец рекомендательного характера)

Таблица 1

№	Раздел	Категория	Вопрос	Подсказка
1.	Непосредственная (ближайшая, следующая) причина	Процесс, в котором произошло событие	Что прописано технологическим процессом?	Список шагов, соответствующий дизайну процесса. Как это обычно делается? Области охраны психического здоровья / поведенческого здоровья, включает информацию об оценке, включающей оценку суицида, эмоциональную, психическую оценку, оценку злоупотребления, зависимость, привыканье, контрабанда скрининг и т.д.
2	Непосредственная причина	Процесс, в котором произошло событие	были ли какие-либо шаги в этом процессе, которые были выполнены не так, как предполагалось.	Были ли выполнены все процессы на месте? Реализованы ли всем персоналом?
3	Непосредственная причина	Процесс, в котором произошло событие	Какие другие шаги выполнены не так, как предполагалось.	любые другие способствующие шаги
4	Непосредственная причина	Человеческий фактор	Какие человеческие факторы повлияли на результат	оценить роль человеческого фактора снижающие производительность такие, как как усталость персонала, проблемы, неспособность сосредоточиться на задаче, комплекс критических мыслительные навыки необходимы, несоблюдение установленных политик и процедур, злоупотребление алкоголем или наркотиками, скука, спешка завершить задачу и т.д.
5	Непосредственная причина	Факторы оборудования	Как работа оборудования влияет на результат?	Список всего оборудования включает устройства, краш карты, отсосы, кислород, и все мед оборудование: <ul style="list-style-type: none"> • Когда была проведена биомедицинская проверки (дата). • Пригодно ли имеющееся оборудование? • Находилось ли оборудование том месте, где оно должно быть? • Проводился ли техническая проверка оборудования? Как давно? • Были ли системы оповещения, дисплеи, другие системы контроля, были они в рабочем состоянии?
6	Непосредственная причина	Управляемые факторы окружающей среды	Как управляемые экологические факторы повлияли на результат?	Были ли какие либо факторы внешней среды, которые повлияли на результат? Например, маркеры для отметки операционного участка смываются до начала операции, система оповещения не доступна в кабинете врача, риски безопасности, риски включают и риски со стороны посетителей. Для психического/поведенческого здоровья, должны быть учтены риски по безопасности или риски охраны.
7	Непосредственная	Неконтролируемые	Какие неконтролируе	Идентифицировать какие либо факторы, которые организация не может поменять изнутри. Например, чрезвычайные природные

	причина	природные факторы	внешние факторы влияли на результат?	катастрофы (землетрясение)
8	Непосредственная причина	другие	Были ли факторы, которые напрямую повлияли на результат?	Были ли какие-нибудь факторы, какие организация может поменять с помощью изменения процесса. Например, изменить форму, добавив новые подтверждения,
9	Непосредственная причина	другие	В каких других областях Медицинской организации это может случиться?	Какие другие области, в которых потенциально могут наблюдаться схожие ситуации? Например, поликлиническая и стационарная хирургия, амбулаторная и стационарный уход.
10	система	Факторы Человеческих ресурсов	Был ли персонал, достаточно квалифицированным и компетентным в своей области?	<p>Включить следующую информацию:</p> <ul style="list-style-type: none"> • вводный инструктаж/обучение • документированная оценка компетентности: когда это было (своевременность) • было ли внесено либо в план повышения квалификации • было ли расширение объема выполняемой работы? • Кто-либо использовал инструменты, которые раньше не использовал? • Был ли врач достаточно квалифицирован? • Имеет ли сертификаты? • Были ли проблемы ранее у этого врача?
11	система	Факторы Человеческих ресурсов	Как сравнить существующий уровень персонала с соответствующим ему	Включает существующее и существующую соотношение персонала с нагрузкой в обычное время и при чрезвычайных случаях
12	Система	Факторы Человеческих ресурсов	Каков план кадрового обеспечения при непредвиденных обстоятельствах?	<p>Включить информацию о том, что делает организация во время кадрового кризиса, таких как многочисленные вызовы, плохая погода:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Имеется ли список запасного персонала (медсестер)
13	Система	Факторы Человеческих ресурсов	Имели ли место непредвиденные обстоятельства с привлечением запасного персонала?	Если были приглашены агенты, запасной персонал, были ли они обучены (вводный инструктаж)? Были ли они компетентны? Были ли они ознакомлены со всем оборудованием?
14	Система	Факторы Человеческих ресурсов	выполнена ли работа персонала во время мероприятия эффективно, и оправдала ли ожидания?	Работа персонала выполнена как ожидалось? Другими словами, они следовали политикам и процедурам во время события.
15	Система	Факторы информационного менеджмента	в какой степени был вся необходимую информацию в	Информация была связана с пациентом (оценка, список медикаментов, порядок и др.) в нужный момент, точный, полный, точно выраженный? Был ли соответствующим уровень автоматизации? Имел ли штат доступ к политикам и процедурам?

			нужный момент? Точный? Полный? Точно выраженный?	
16	Система	Факторы информационного менеджмента	В какой степени сообщения между участниками адекватны?	Проблема коммуникации между участниками. Имел ли место недостаточный уровень устной или письменного обмена информацией? <ul style="list-style-type: none"> • Информация была своевременной, эффективной и адекватной? • Некоторые недоразумения из-за языковых барьеров, аббревиатур?
17	Система	Факторы окружающей среды	Соответствовала ли физическая окружающая среда (оборудование) тем процессам, которые выполнялись?	Оцените уровень ухода, пространство, приватность, безопасность, доступность и др. <ul style="list-style-type: none"> • Работа была выполнена в неблагоприятных условиях (тепла, влажности, неправильное освещение, ремонтные работы, тесное пространство, шум и др.)? • Окружающая среда соответствовала ли этим процессам?
18	Система	Факторы окружающей среды	Какие системы на месте идентифицируют риски окружающей среды?	Оценка рисков выполнена: <ul style="list-style-type: none"> • Соответствует ли среда правилам, специфике, инструкции по обращению? • Знает ли персонал как сообщать о рисках окружающей среды? • Были ли риски среды, вовлеченные в данное событие, которые ранее не были распознаны?
19	Система	Факторы окружающей среды	Были ли разработаны и протестированы системы ответа на ЧС?	<ul style="list-style-type: none"> • были ли проведены тренинги и обучения при стихийных бедствиях? Как часто? • Была ли запланированы ресурсы и были ли они доступны для поддержания деятельности во время ЧС? Напр., резервные генераторы. • проводятся ли обучение согласно кодам? Как часто? • Проводились ли ролевые игры в случае чрезвычайной ситуации?
20	Система	Вопросы лидерства	Как культура организации поддерживает снижение рисков?	<ul style="list-style-type: none"> • Как общая культура способствует изменению, предложения, предупреждения от персонала о рискованных ситуациях или проблематичных областях? • Как орг-я знает, как организационная культура соответствует нашим целям? • Как руководство показывает, что качество важно?
21	Система	Вопросы лидерства	Какие существуют барьеры для сообщения факторов потенциальног о риска?	Определила ли организация барьеры передачи информации среди медперсонала? <ul style="list-style-type: none"> • Например, существует боязнь наказания или нежелание передавать персоналом? • Определить какие меры приняты для снижения барьеров, например СПОР. • Если нет барьеров для связи, обсудить как это выявлено?
22	Система	Вопросы лидерства	Обсуждалось ли что предотвращение побочных эффектов является высоким приоритетом?	Определить роль руководства в предотвращении неблагоприятных исходов и как это было внедрено в практику. Как это было воспринято персоналом?
23	Система	Вопросы планирования	Как может быть пересмотрена программа вводного	Опишите как программа вводного инструктажа или обучения может быть пересмотрена или внедрена с целью снижения рисков, относящееся к данному событию

			инструктажа и обучение для снижения неблагоприятных событий в будущем.	
24	Система	Вопросы планирования	Использовались ли имеющиеся технологии как положено?	Например: сканирующее оборудование компьютерного томографа, услуга ночного контроля, электронные истории и др.
25	Система	Вопросы планирования	Как могли быть внедрены или пересмотрены новые технологии для снижения рисков в будущем?	Опишите планы на будущее по внедрению или пересмотру системы

ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница»	Программа по улучшению качества	Код: Версия: от дд.мм.гггг
		Страница:

Пример объема анализа корисных причин

ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница»	Программа по улучшению качества
Код: Версия: от дд.мм.гггг	Страница:

- (4) включает в себя мебель, оборудование (например, бары, крошки, штанги), освещение, отвлекающие внимание предметы
- (5) включает выбор, лечение, назначение, хранение, припись, приготовление, смешивание, введение и мониторинг

Программа по улучшению качества	Код:
Версия: от дд.мм.гггг	
Страница:	

Таблица 3

Схема анализа первопричин

Уровень анализа	Вопросы	Обнаружения	Использование методов			
			Что случилось?	Чрезвычайное событие	Детали события (Краткое описание)	Шаг 1: быльданине, представленные в подробной и объективной манере, что произошло, демонстрируют событием являющегося следствием
Почему это произошло?	Процесс или деятельность, с которым связано произошедшее событие?	Дата, время и место события	На какую область / службу повлияло событие?	Какова проектная последовательность процесса? (Блок схема может быть полезной)	К информации относятся следующие детали: дата или день недели (выходной/праздник), Информация включала точное местоположение, сервис, название департамента или отдела.	Шаг 2: Док-во очевидности объясняет идеальный процесс основанный на текущей политике и процедурах орг-ции и требований процедур? Какие шаги в процессе и дизайн требует организации?
Каковы были более непосредственные факторы?	(Обычные различные варианты «себяных причин»)	Человеческий фактор	Какие человеческие факторы подействовали на начало факты четко объяснить расхождение между шагами №1 и 2? Фокус должен быть на следующие вопросы: 1. какие шаги были (или могли быть), вовлеченыны или что делается сейчас для предотвращения промаха этого шага?	Шаг 3: наявлен непосредственный случай и факторы содействующие процессу не удалось ответить способствовали ошибке» 2. что делается сейчас для предотвращения промаха этого шага? 3. что делается сейчас для обнаружения и предотвращения негативных последствий для предотвращения промаха этого шага?	Приложение инструменты для использования для демонстрации адекватных и тщательного обзора испосредственных факторов: контрольные карты, технологические карты, следственная диаграмма, анализ причин, анализ барьеров, При доказательстве ответить на след ключевые вопросы: какой человеческий фактор	Есть доказательство, ответьте на след ключевые вопросы: как работа оборудования повлияла на результат
Фактор, связанный с оборудованием	Как работа оборудования повлияла на исход	Контролируемые факторы	Какие внешние факторы влияют на	Есть доказательство, ответьте на след ключевые вопросы: какие факторы непосредственно		

Приложение 4
К настоящей Программе по улучшению качества и безопасности пациентов

ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница»	Программа по улучшению качества	Код: Версия: от дд.мм.гггг Страница:
--	--	---

факторы окружающей среды исход процесса?	напрямую повлияли на результат? Были ли факторы внутри, так и по-настоящему, не зависящим от организации?			
внешние факторы	Действительно ли они вне влияния организации?	Есть доказательство, ответьте на следующие вопросы: Были ли факторы внутри, так и по-настоящему, не зависящим от организации?		
другие	Есть ли другие факторы, которые имеют непосредственное влияние на исход процесса?	делали ли доказательства адрес подобное мероприятие могло бы произойти при других		
	На какие другие области или услуги повлияли данные факторы?	Делали ли доказательства адрес подобное мероприятие могло бы произойти в любом другом предсказуемым факторов.		
		Эта форма разработана для содействия в организации пошаговые дополнительные вопросы. Главная цель методики - как можно полнее ответить на все возможные вопросы и исследовать все возможности.		
		-В графе «Первоначальная причина?» ответ должен быть «Да» или «Нет» по каждому обнаружению. Обычно главной причиной считается такой фактор, который при модификации является определенный, которое имеет отношение к событию, не является основной причиной, будьте уверены, что это отражено в анализе с вопросом «Почему?». Каждый фактор возможным источником снижения риска. Если же относящийся к случаю фактор не есть главная причина, то далее к нему задается вопрос «Почему?». Если какое-то определенное «Графа «Спроси «Почему?» поставьте отметку в каждом случае, когда не понятно почему произошло (или не произошло, но было ожидаемо) конкретное явление, т.е. старайтесь		
i	Почему это случилось? С какими системами процессами связанные указанные факторы?	Присвоение инструменту №6 использовано для демонстрации адекватных и неподходящих обозра непосредственных факторов: FMEA и других инструментов мозговой атаки. Не всегда каждый процесс можно подвести под данную схему анализа. Тогда возможный источником снижения риска. Если же относящийся к случаю фактор не есть главная причина, то далее к нему задается вопрос «Почему?». Если какое-то определенное «Графа «Спроси «Почему?» поставьте отметку в каждом случае, когда не понятно почему произошло (или не произошло, но было ожидаемо) конкретное явление, т.е. старайтесь		
	Проблемы с кадровым обеспечением	При присвоении инструменту №6 используется для демонстрации адекватных и неподходящих обозра непосредственных факторов: FMEA и других инструментов мозговой атаки.		
2	В какой степени персонал соответствует требуемой квалификации и компетенции для выполнения обязанностей?	При присвоении инструменту №6 используется для демонстрации адекватных и неподходящих обозра непосредственных факторов: FMEA и других инструментов мозговой атаки.		
3	Как соотносится нынешняя штатная численность с требуемой?	При присвоении инструменту №6 используется для демонстрации адекватных и неподходящих обозра непосредственных факторов: FMEA и других инструментов мозговой атаки.		
4	Есть доказательств идентифицировать и ранжировать следующим потенциально проблемных системы и элементы процесса?	При присвоении инструменту №6 используется для демонстрации адекватных и неподходящих обозра непосредственных факторов: FMEA и других инструментов мозговой атаки.		
1. квалификация персонала, совместителей, интернов и студентов.				
2. обучение персонала ... (адекватное содержание программ...).				
3. компетенция				
	Есть доказательств идентифицировать и ранжировать следующим потенциально проблемных систем и элементы процесса?	При присвоении инструменту №6 используется для демонстрации адекватных и неподходящих обозра непосредственных факторов: FMEA и других инструментов мозговой атаки.		
	1. контроля за работой сотрудников - достаточно для новых и всех сотрудников, с высокой степенью риска и низкой частоты деятельности.			
	2. текущий численность персонала (на основе разумной мерой зрения пациента и рабочих нагрузок).			
	3. текущей практики планирования (сверхурочная ежедневно для труда)			
	Каковы меры по профилактике сокращения эффективной численности персонала?	При присвоении инструменту №6 используется для демонстрации адекватных и неподходящих обозра непосредственных факторов: FMEA и других инструментов мозговой атаки.		
	В какой степени оценивается качество работы персонала в разбираемом процессе?			
	Как можно усовершенствовать вводный инструмент и обучение			

ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница»	Программа по улучшению качества	Код: Версия: от 04.03.2011 Страница:
--	--	---

План действий		Стратегии по сокращению рисков	Меры для оценки эффективности мероприятий
Проблемы с управлением информацией	Насколько адекватен обмен информацией среди участников процесса?	Есть доказательство решить следующее: 1. физическая среда 2. Система оценки окружающих рисков	
Риски управления окружающей средой	В какой степени окружение (оборудование, здание) соответствует выполнению процесса?	Есть доказательство решить следующее: 1. культура, способствующей снижению риска 2. корректирующие действия определены и реализованы 3. инициативы по снижению риска уделяется приоритетное внимание 4. барьеры для сообщения рисков и ошибок 5. коммуникации	
Проблемы в управлении:	Насколько культуры способствуют распознанию и сокращению рисков?	Есть доказательство решить следующее: 1. культура, способствующей снижению риска 2. корректирующие действия определены и реализованы 3. инициативы по снижению риска уделяется приоритетное внимание 4. барьеры для сообщения рисков и ошибок 5. коммуникации	
- Поддержка обмена информацией	Какие есть препятствия для понесения информации о возможных рисках?		
- Ясная связь приоритетов	Насколько доступно разъясняется предупреждение нежелательных явлений как высокоприоритетное		
Неконтролируемые факторы	Что может быть сделано для защиты от последствий неконтролируемых факторов?		
Для каждой находки в ходе анализа, требующей принятия план действий			

ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница»	Программа по улучшению качества	Код: Версия: от ДД.ММ.ГГГГ Страница:
---	---------------------------------	--

<p>укажите какое действие предпринять, к какому сроку и как оно оценено, или</p> <p>если в ходе анализа решено в этот раз не предпринимать действий, обоснование для данного решения.</p> <p>Удостоверьтесь, что избранная мера позволяет сделать эффективности вмешательства.</p> <p>Оцените возможность проведения пилотного тестирования запланированного улучшения.</p> <p>Улучшения, уменьшающие риски должны быть внедрены не фокусном процессе, но и во всех аналогичных сферах. Уточните, внедряться улучшения.</p> <p>Приведите название литературных источников использованных для данного анализа и плана действий:</p> <p>Заполнил(а) ФИО, подпись: _____</p> <p>Дата: _____</p>	<p>Мероприятие №1: Его достижимо реалить следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вероятность успеха в пределах возможностей организации 2. совместимость с целями организации 3. риски 4. достоверность (надежность) 5. Вероятность, чтобы породить другие неблагоприятные 6. Восприимчивость управления/штата/докторов 7. Барьеры для внедрения 8. долгосрочные против краткосрочных решений 10. измеримость <p>Мероприятие №2...</p>
--	--

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

№	Ф.И.О.	Должность	Дата	Подпись
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				