

Согласовано

решением Наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Областная клиническая
больница» Управления общественного
здравоохранения Туркестанской области

Приложение № 1
к протоколу очного заседания
Наблюдательного совета ГКП на ПХВ
«Областная клиническая больница»
Управления общественного здравоохранения
Туркестанской области
от «31» 07 2019 года № 1



**Программа по обеспечению и непрерывному повышению качества
медицинской помощи государственного коммунального предприятия на
праве хозяйственного ведения «Областная клиническая больница»
Управления общественного здравоохранения Туркестанской области**

Город Шымкент, 2019 год

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

Руководство по улучшению качества

1. Введение

1.1 ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница» (далее ОКБ)

своей ежедневной деятельности ставит высшим приоритетом непрерывное улучшение качества оказываемых услуг и повышение безопасности пациента. С этой целью ОКБ прилагает все усилия, чтобы удовлетворять требования национальной аккредитации Республики Казахстан, международных стандартов аккредитации JointCommissionInternational(далее - JCI), международных стандартов менеджмента качества ИСО (ISO) и других признанных программ, направленных на улучшение качества по решению Руководства ОКБ.

1.2 Улучшение качества и безопасности преследуется не только в лечении и уходе за пациентом, но и в создании комфортной и безопасной среды в ОКБ. В выполнение Программы по улучшению качества и безопасности пациентов (далее - Программа) задействованы руководство и все сотрудники Общества, а также пациенты, члены их семьи и посетители.

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

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

1.5 Руководство ОКБ поддерживает культуру безопасности и считает ее одним из приоритетов организации.

1.5.1 Руководство создает условия для повышения культуры безопасности - разработка и внедрение мероприятий, обеспечивающих вовлеченность персонала всех уровней в процесс ее совершенствования.

1.5.2 Руководство поддерживает документирование неблагоприятных событий, которое в свою очередь может повышать ощущение безопасности и уменьшить количество инцидентов в ОКБ.

1.6 Понятия качество и менеджмент качества связаны с понятиями безопасность, культура безопасности и организационная культура.

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

2. Цель и задачи

2.1 Цель Программы - непрерывное улучшение и поддержание высокого качества услуг и безопасности пациентов ОКБ. Целями Программы по улучшению качества являются такие действия как:

2.1.1 Содействовать осуществлению миссии системы и стратегического плана;

2.1.2 Обратить внимание на внутренние и внешние потребности и ожидания пациентов;

2.1.3 Обеспечить механизм для установления общесистемных приоритетов для повышения производительности;

2.1.4 Постоянно совершенствоваться, используя стандарты не в качестве целей, а как изначальный фокус;

2.1.5 Извлекать выгоду из знаний индивидуума и его вклада в непрерывный процесс улучшения качества;

2.1.6 Содействовать улучшению средств связей с научным подходом по решению проблем;

2.1.7 Разработать показатели эффективности производительности, согласующиеся со стратегическим планом системы;

2.1.8 Объединить и координировать деятельности по улучшению производительности среди всех служб и дисциплин;

2.1.9 Учиться и использовать подтверждения, основанные на методах и информационной поддержке, для улучшения процессов и работы.

2.1.10 Использовать индикаторы для оценки культуры безопасности в ОКБ и реализует улучшения, определенные с помощью мониторинга и оценки

2.1.11 Внедрять процесс для предотвращения наказания лиц, которые сообщили о проблемах, связанных с культурой безопасности.

2.2 Задачи Программы:

2.2.1 определять внутренние и внешние потребности и ожидания пациентов;

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

2.2.3 стимулировать постоянное совершенство, используя стандарты не в качестве конечных целей, а как первоначальный фокус;

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

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

2.2.6 стимулировать сотрудников учиться на основе лучшей практики, использовать доказательную базу и достоверную информацию в повышении качества и безопасности;

2.2.7 оценивать культуру безопасности на регулярной основе с использованием различных методов, таких как формальные исследования, фокус-группы, интервью персонала, анкетирование персонала и анализ данных.

2.2.7.1 предоставлять простую, доступную и конфиденциальную систему сообщений о вопросах, относящихся к культуре безопасности в Медицинской организации.

2.2.7.2 решать проблемы нежелательного поведения отдельных лиц, работающих на всех уровнях ОКБ, в том числе управленческий, клинических и административный персонал, внештатные консультанты, интерны, резиденты и члены управляющих органов.

3. Область применения и интеграция:

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

3.2. Программа предусматривает интеграцию всех компонентов и участников:

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

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

вклада в формирование благоприятной некарательной рабочей обстановки, культуры безопасности;

- применение методологии улучшения качества работы в соответствии с потребностями пациентов, сотрудников и действующей системой менеджмента качества.

- преимущество системного подхода вместо временного точечного решения;

- Все этапы менеджмента качества: планирование, дизайн, измерение, мониторинг исполнения, оценку мероприятий и их улучшение.

3.3. Поток информации о качестве и безопасности пациента проходит снизу вверх (от сотрудников к руководству) и сверху вниз (от руководства к сотрудникам) (по всей организации путем включения руководителей всех структурных подразделений в Совет по качеству; устно через еженедельные общебольничные конференции и письменно через стенды, служебные письма.

4. Термины, определения и сокращения

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

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, резульвативность, действенность, эффективность и своевременность оказания медицинской помощи.

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.

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

Инцидент (неблагоприятное событие) - это ненормальное, необычное событие. Такое событие, не являющееся частью нормального функционирования деятельности, влияет или может повлиять на снижение качества оказываемых услуг, может привести к нежелательному исходу. Инциденты делятся на потенциальные ошибки, ошибки и экстремальные события.

Потенциальная ошибка, почти ошибка (англ. NearMiss) - это вид инцидента, когда ошибка чуть не случилась, была предотвращена, не свершилась. Другими словами, это событие, при котором ошибка была предотвращена, но при ее повторении, есть риск, что ее не заметят и ошибка случится. Например, записана неправильная доза препарата врачом и при проверке назначения ошибка была замечена и исправлена, то есть предотвращено неправильное введение дозы препарата пациенту. Но есть риск, что в следующий раз неправильно написанное назначение может быть незамеченным и пациенту введут препарат не в той дозе. Поэтому почти ошибки также подлежат сообщению и разбору, как и ошибки.

Ошибка (англ. Error) - это вид инцидента, когда ошибка случилась и неблагоприятно повлияла на качество медицинской помощи, либо на безопасность пациентов в результате неправильного действия, бездействия или излишнего действия сотрудников, аппаратуры и т.п. Ошибка может быть без вреда или с причинением вреда пациенту, сотрудникам.

Чрезвычайное событие (англ. SentinelEvent) - это вид инцидента, повлекший значительный вред здоровью. В Обществе к таким относятся события:

- неожиданная смерть:
- не связанная с естественным течением болезни пациента или его состоянием (например, непредвиденная смерть во время транспортировки);
 - суицид во время перевозки;
 - смерть персонала или гражданина в результате дорожнотранспортного происшествия
- изнасилование, насилие, такое как нападение (приводящее к смерти или постоянной потери функции) или убийство (умышленное убийство) пациента, сотрудника, практикующего или другого лица во время транспортировки;
- инвалидность (в том числе потеря конечности или функции), или значительная психологическая травма, несвязанная с естественным течением заболевания;
- серьезный вред здоровью в результате ошибочного применения лекарственных средств;

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.

Культура безопасности - квалификационная и психологическая подготовленность всех лиц, при которой обеспечение безопасности является приоритетной целью и внутренней потребностью, приводящей к самосознанию ответственности и к самоконтролю при выполнении всех работ, влияющих на безопасность.

5. Ресурсы: методические пособия, бланки и электронные формы для ведения необходимых документов для реализации Программы (Анализ корневых причин, паспорта индикаторов, таблицы FMEA и др.).

6. Документирование:

- 1) Отчет Руководству о реализации Программы по улучшению качества;
- 2) Протоколы заседания Совета по качеству;
- 3) Отчет по проведенному Анализу корневых причин;
- 4) Показатели индикаторов качества;
- 5) Информация по проекту FMEA, проектам по улучшению работы и др.

7. Миссия, видение, ценности интеграции, приоритеты.

В Медицинской организации миссия, видение, стратегические планы и приоритеты по улучшению качества взаимосвязаны между собой и выполняются посредством систематического процесса планирования, реализации, оценки и улучшения работы.

7.1 Миссия- через традиции и профессионализм сохранить и улучшить человеческую жизнь путем оказания доступной медицинской помощи на уровне международных стандартов.

7.1 Видение – Стать передовой многопрофильной клиникой укомплектованной всеми видами медицинской помощи на основе взаимодействия клинической, научной и образовательной практики, эффективно функционирующей в конкурентной среде.

7.2 Ценности: компетентность и профессионализм, пациентоориентированность, сочувствие и уважение, честность и порядочность, ответственность и надежность, наставничество и креативность.

8. Культура безопасности

8.1. Медицинская организация стремится предоставлять всем пациентам услуги наивысшего качества и безопасности, которые соответствуют следующим принципам:

- Безопасность - медицинское обслуживание с тщательным соблюдением безопасности;
- Забота - медицинское обслуживание с заботой и сочувствием;
- Качество - медицинское обслуживание наивысшего качества;
- Оперативность - уменьшение времени в очереди на обслуживание;
- Эффективность - наилучшее медицинское обслуживание на основе клинических данных;

- Рациональность - избежание неэффективного использования времени и оборудования;
- Равенство - предоставление **наилучших услуг независимо от демографических характеристик пациента;**
- Индивидуальный подход - медицинское обслуживание с учетом культурных особенностей, потребностей и ценностей каждого пациента.

8.2. В ОКБ 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.

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

8.3. Ключевые принципы Культуры безопасности:

8.3.1. Внимание к мельчайшим деталям. ОКБ заботится о безопасности пациентов, направляя свои основные усилия на обеспечение мер безопасности.

8.3.2. Чёткое донесение информации. ОКБ обеспечивает безопасность пациентов, сообщая правильную информацию правильным способом в правильное время.

8.3.3. 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.

8.4. Роль Руководства:

8.4.1. Создает организационную культуру, которая поддерживает подотчетность и прозрачность.

8.4.2. Корректирует поведение всех сотрудников ОКБ, которое является неприемлемым.

8.4.2.1. Руководство и сотрудники ОКБ следуют кодексу поведения.

8.4.3. Поддерживает реализацию мероприятий по обучению и распространению информации для всех сотрудников.

8.4.4. Определяет, каким методом вопросы, связанные с культурой безопасности в ОКБ идентифицируются и управляются.

8.4.5. Предоставляет ресурсы для продвижения и поддержки культуры безопасности в ОКБ.

8.4.6. Предоставляет простую, доступную и конфиденциальную систему сообщения о вопросах, относящихся к культуре безопасности (отчетность об инцидентах) в ОКБ на Совете по Качеству, на утренних планерках.

8.4.7. 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.

8.4.8. Способствует созданию некарательной обстановки и высокой этики среди персонала путем внедрения системного улучшения вместо точечных карательных мер.

8.4.9. Использует для измерения качества предоставляемых услуг и оценки и мониторинга культуры безопасности в ОКБ - индикаторы (КПР) признанными в ОКБ показателями качества и безопасности медицинского обслуживания.

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

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

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

9. Принципы программы

Программа основана на следующих принципах:

9.1. Фокусирование внимания на своих сотрудниках, как штатных, так и внештатных для улучшения качества системы и услуг с целью более полного удовлетворения потребностей и ожиданий.

9.2. работоспособность отдельных ее подразделений. ОКБ поддерживает и контролирует свои процессы, ресурсы (технологии, людей, ценности) для непрерывного улучшения качества. Руководство направляет, как лучше взаимодействовать подразделениям для достижения общей цели.

9.3. **Управление на основе данных.** ВОКБ решения основаны на знаниях, имеющих подтверждение фактов и данных, а также обусловлено пониманием происходящих изменений и статистических размышлений.

9.4. **Работа в команде.** ОКБ 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.

9.5. **Постоянное обучение.** В постоянно совершенствующейся системе развивается культура, в которой ее люди постоянно стремятся учиться, получать знания и адаптироваться к изменяющимся потребностям окружающей среды. ОКБ делает доступными ресурсы для обучения и опирается на знания и опыт своих сотрудников, чтобы улучшить работу и услуги. Это позволяет сотрудникам учиться на собственном опыте, на опыте других организаций и на основе доказательной базы.

9.6. **Сотрудничество и взаимоуважение.** Сотрудники проявляют взаимное уважение к достоинству, знаниям и потенциальному вкладу других. Система привлекает каждого участника в улучшение процессов, в которых они работают, и создает среду, в которой сотрудники могут быть новаторами и чувствовать удовлетворение от своей работы.

9.7. **Культура безопасности. Принципы культуры безопасности в ОКБ для сотрудников:**

9.7.1. Мы обеспечим спокойную и безопасную обстановку для пациентов, персонала и посетителей.

9.7.2. Мы будем рассматривать безопасность и безопасность пациентов, сотрудников и медицинского персонала во всех наших мероприятиях.

9.7.3. Мы предоставляем простую, доступную и конфиденциальную систему сообщения о вопросах, относящихся к культуре безопасности в ОКБ для улучшения качества и исправления данной проблемы.

9.7.4. Мы будем соблюдать программу по безопасности, руководство по гигиене рук и другие правила для обеспечения культуры безопасности труда, направленные на профилактику с инфекцией политики по борьбе с инфекцией.

9.7.5. Мы будем соблюдать все правила в отношении обращения, хранения, использования и утилизации опасных материалов, других загрязняющих веществ и инфекционных отходов.

9.7.6. Мы стремимся выявить потенциальные или почти ошибки, сообщить о них в Отдел качества/службу внутреннего аудита (СВА) с целью их исправления надлежащим образом.

9.7.7. Любой сотрудник, работающий в ОКБ должен носить соответствующую бэйдж с личной фотографией, который удостоверяет личность, специальность и принадлежность к определенному блоку ОКБ.

10. Структура системы, полномочия и ответственность.

10.1 Наблюдательный Совет:

10.1.1 Наблюдательный Совет ежеквартально принимает отчеты ОКБ об исполнении настоящей Программы за прошедший квартал и при необходимости, принимает меры по улучшению качества ухода и лечения и повышению безопасности пациента.

10.1.2 Наблюдательный Совет делегирует первому руководителю и его заместителям ответственность за надзор всех мероприятий по улучшению качества и безопасности пациентов, включая внедрение настоящей Программы.

10.2 Руководство Медицинской организации ответственно за внедрение и поддержание Программы по улучшению качества и безопасности пациентов. Руководство должно поддерживать постоянное улучшение качества и безопасности пациентов, запланировано инвестирует в качество и культуру безопасности требуемые ресурсы. С помощью ежеквартальной отчетности Службы поддержки пациента и внутреннего контроля (далее СППиВК) ведет мониторинг прогресса, в связи с этим ведет пересмотр настоящей Программы качества на ежегодной основе.

10.2.1 В области улучшения качества Руководство рассматривает и определяет:

- приоритетные мероприятия по повышению качества и безопасности пациента;
- индикаторы операционного плана;
- индикаторы качества в клинических, управлеченческих областях и по международным целям безопасности пациента по требованию стандартов JCI;
- отчеты СППиВК по анкетированию пациентов;
- проекты по повышению эффективности работы (ППЭР) и отчеты Отдела качества по их исполнению;
- распределение ресурсов производительности; для поддержки повышения производительности;
- другие сведения по улучшению качества и безопасности пациентов.

10.3 Отдел Качества. Для повышения эффективности, постоянный мониторинг выполнения настоящей Программы проводит –Отдел по качеству, который рассматривает или определяет:

- приоритетные мероприятия по повышению качества и безопасности пациента по своей инициативе или инициативе сотрудников, включенной в повестку заседания, сроки и ожидаемые результаты.
- индикаторы качества по требованию стандартов JCI, включая анализ нежелательных тенденций или отклонений, сравнение с прошедшим периодом, сравнение с другими организациями в РК или в мире;
- отчеты по инцидентам (статистика, анализ, принятые меры по улучшению), включая анализ значительных осложнений или реакций на гемотрансфузию, анализ значительных побочных эффектов лекарственных средств и т.д;
- отчеты СППиВК по анализу корневых причин чрезвычайных событий (sentinel event);
- отчеты по анализу жалоб пациентов;
- отчеты Комиссий ОКБ, в т.ч. членов Комиссии по безопасности, членов Комиссии по инфекционному контролю (в т.ч. показатели эпидемиологического надзора и сравнение с другими организациями в РК или в мире), членов Формулярной комиссии по управлению лекарственными средствами и др.;

- отчеты об оценке деятельности структурных подразделений ОКБ в составе интегрированного отчета;
- отдает предпочтение системному подходу в решении проблем;
- другие сведения по улучшению качества и безопасности пациентов.

10.4 Комиссии Общества:

10.4.1 Состоят из мультидисциплинарных команд с участием врачей, медицинских сестер и другого персонала.

10.4.2 Обеспечивают реализацию мероприятий по повышению качества медицинских услуг (анализ случаев, выработка рекомендаций и решений).

10.4.3 Распределяют ответственность по разработке и пересмотру внутренних правил, которые влияют на качество медицинской помощи.

10.4.4 Распределяют ответственность по контролю за выполнением внешних и внутренних нормативных документов. По мере необходимости ведут систематический обзор привилегий и компетенций медицинского персонала.

10.5 Комитеты и Комиссии врачебного и среднего медицинского персоналов:

10.5.1 Обеспечивают участие и реализацию мероприятий по повышению качества медицинских услуг посредством должностных лиц, ведомств, комитетов, междисциплинарных групп и отдельных сотрудников;

10.5.2 Распределяют ответственность по разработке и пересмотру правил и рекомендуемых стандартов, которые влияют на качество медицинской помощи;

10.5.3 Распределяют ответственность по установлению стандартов профессиональной и этической деятельности;

10.5.4 Ведут систематический обзор аттестации и привилегий медицинского персонала, по мере необходимости, включая использование результатов повышения производительности.

10.5.5 Улучшают работу среднего медицинского персонала за счет систематического обзора сестринской практики.

10.6 Сотрудники клинических и неклинических подразделений оказывают непосредственно услуги и должны:

10.6.1 принимать участие в мероприятиях по повышению качества;

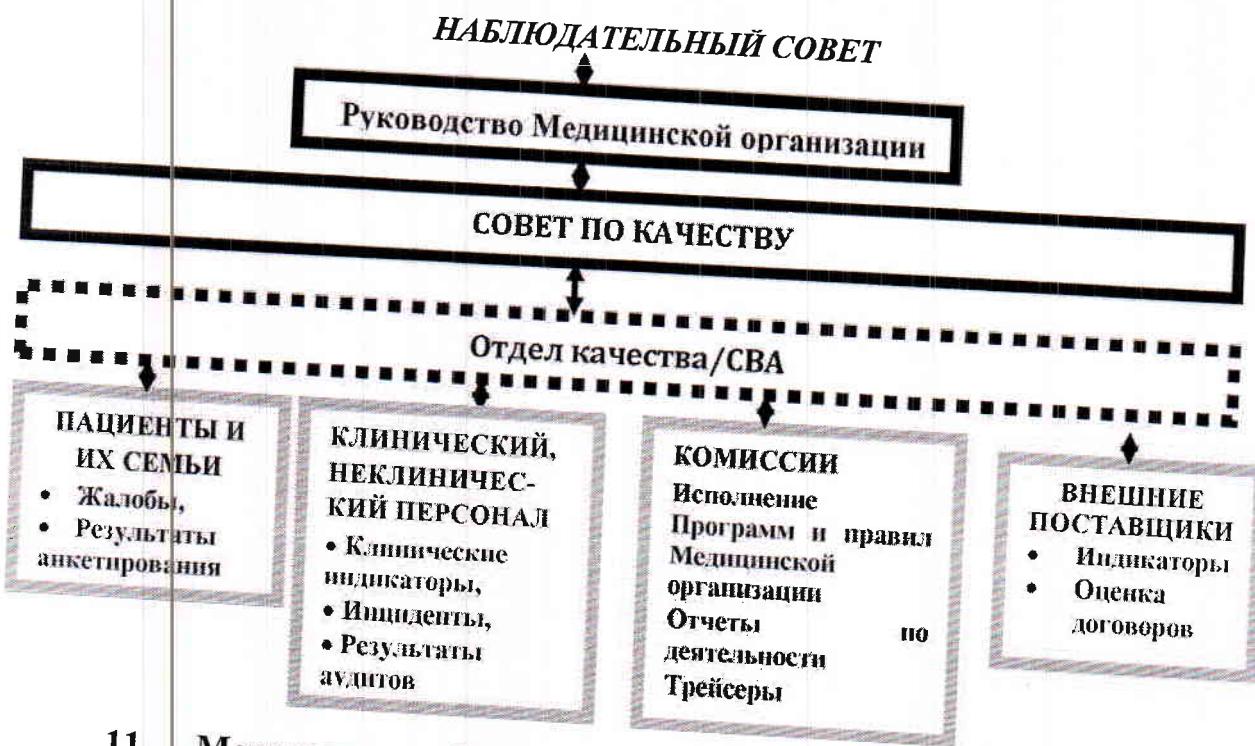
10.6.2 сообщать своим непосредственным руководителям о возможностях повышения качества и безопасности по мере их выявления;

10.6.3 придерживаться принципов постоянного улучшения качества и ценностей в ходе всего рабочего процесса.

10.7 Роль пациентов. Пациенты требуют гарантии безопасности, эффективности и соответствия медицинских услуг. В предоставлении медицинской помощи сотрудники ОКБ вовлекают пациентов и их родственников,

чтобы это имело положительное значение, как для пациента, так и для сотрудников.

10.8 Пациенты, иностранные граждане, а также граждане РК имеют доступ к соответствующей информации на официальном сайте Областной клинической больницы (Okb-shymkent.kz).



11. Методология. Система отчетности

Для постоянного системного совершенствования применяются признанные, рекомендованные методологии улучшения качества, преимущества которых включают:

- постоянное совершенствование;
- улучшение качества труда;
- снижение или удержание затрат;
- улучшение коммуникации и координации.

В Медицинской организации методологией улучшения процессов является цикл **PDSA**(Рис.1), где:

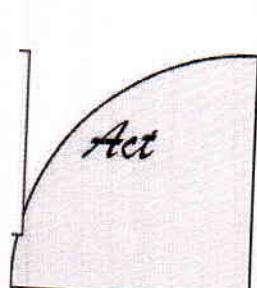
Этап 1: **ПЛАН** (P- Plan) - планировать улучшение процесса. На этом начальном этапе (этап "Диагностика") производится выявление и описание объема и масштаба проблемы. Эта фаза также включает в себя установку целей или миссий для проекта /процесса. Она включает в себя первоначальный сбор данных и для процесса клинического улучшения она включает обзор литературы в качестве основы для изменений.

Этап 2: **ДЕЙСТВИЕ** (D- Do) - выполнить запланированное действие, осуществлять сбор данных. Решения и попытки выполнения нескольких вмешательств, которые могут уменьшить проблемы (этап Вмешательства).

Этап 3: ИССЛЕДОВАНИЕ (C- Check) - проверять результаты действия, изучать собранные данные. Осуществление и оценка вмешательств(а) (этап воздействия и осуществления)

Этап 4: РЕАЛИЗАЦИЯ (A- Act) - принимать корректирующие меры, совершенствовать процесс. Повторная оценка и непрерывный мониторинг для гарантирования эффективности вмешательств (этап поддержки и усовершенствования).

4. Действие
Фаза поддержки и улучшения.
Выполнить изменения, которые доказали свою эффективность и наблюдать за результатом



1. Планирование Диагностическая фаза.
Назначить группу, запланировать и испытать изменения

3. Проверка
Фаза содействия и выполнения. Оценить воздействие испытательного периода

Check

Do

2. Осуществление
Промежуточная фаза. Провести испытание предложенных изменений

В ОКБ ретроспективной методологией анализа инцидентов является «**Анализ корневых причин (RCA)**». Все чрезвычайные события (sentinelevent) подлежат анализу корневых причин. Руководство Медицинской организации поддерживает проведение анализа экстремальных событий с помощью **Анализа корневых причин (RCA)** и предпринимает корректирующие действия по итогам проведенного анализа. Регламент рассмотрения и анализа экстремального события не должно превышать 45 дней с момента получения подтвержденной информации об инциденте.

1.1. ВОКБ проспективной (проактивной) методологией анализа рисков является **«Оценка рисков и их последствий (FMEA)»**. Медицинская организация ежегодно определяет процесс высокого риска и проводит анализ по методологии FMEA.

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

12. Направления программы.

Программа по улучшению качества и безопасности пациентов осуществляется в следующих направлениях:

12.1. Безопасность пациентов.

12.1.1. **Создание культуры безопасности.** Организационная культура является основным источником для создания качественной медицинской помощи и улучшения безопасности пациентов. Культура безопасности пациентов - это культура, где безопасность пациента стоит на первом месте для всех сотрудников в оказании услуг и отражает, насколько безопасен уход за пациентами. Осведомленность о безопасности пациентов, готовность сообщать о фактах инцидентов и учиться на медицинских ошибках является стартовой отправной точкой для культуры безопасности. Общество признает образ мышления, который опирается на системный подход к безопасности и принимает во внимание, что человеческие ошибки являются неизбежными, и что ошибка часто случается из-за недостатков в системе защиты. Культура безопасности существует там, где сотрудники внутри организации постоянно и активно информируются о происходящих потенциальных ошибках, и ошибки рассматриваются открытым и справедливым путем, а также ведется обмен информацией в случае инцидента.

12.1.2. **Наличие культуры безопасности** поддерживает рабочую среду, где многие компоненты учтены и признаны как факторы, способствующие к инциденту. Системный подход к причинной связи инцидента отдаляет от фокусирования и наложения вины на человека и рассматривает то, что случилось с системой, в которой работают люди. Обнаружение недостатков в системе, приведших к инциденту, дополнительно к действиям человека, помогает извлечь уроки и, возможно, предотвратить повторение инцидента. Чтобы исследовать культуру безопасности и процесс сообщения инцидента в ОКБ,

отдел качества внедрил систему оповещения о неблагоприятных событиях, которая гарантирует постоянную проверку любых инцидентов. Используя эту программу, ОКБ извлекает уроки из всех событий, и может разработать более совершенные меры безопасности, которые помогают обеспечить максимальное качество ухода и лечения. Способ отчетности о рабочем процессе является ключевым фактором безопасности и качества, так как расследования ошибок могут быть связаны с восприятием безопасности.

12.1.3. Быть открытыми и справедливыми. Фундаментальной частью культуры безопасности является обеспечение открытой и справедливой рабочей среды. Это означает, что:

- Персонал открыто говорит об инцидентах, в которые они были вовлечены;
- Персонал может сообщать своим коллегам и начальству о любом инциденте;
- Пациенту сообщается, когда что-то происходит не правильно, и дают пояснения, какие уроки будут извлечены;
- С персоналом обращаются справедливо и ему оказывают поддержку, когда происходит инцидент.

12.1.4. Открытая и справедливая рабочая среда содействует обеспечению отчетности об инцидентах, откуда могут быть извлечены уроки, и на основе чего безопасность пациента будет улучшаться.

12.1.5. Лидерство и Культура. Установить четкий и сильный фокус на безопасности пациентов во всей организации.

12.1.6. Лидерство и организационные обязательства являются основой для достижения высоких стандартов безопасности пациентов. Ответственность за обеспечение качества медицинской помощи и улучшение безопасности пациентов разделена между всеми сотрудниками, а ответственность за поощрение, способствование и мониторинг соответствия качеству и инициативам по безопасности возложена на руководство. Преданное и очевидное лидерство, а также сознательное установление приоритетов усилий по повышению качества содействуют обеспечению духом совершенствования и мотивации в Медицинской организации.

12.1.7. Обходы руководства по вопросам безопасности пациентов являются стартовой точкой для практических встреч высшего руководства и сотрудников в условиях отделения, чтобы обсудить проблемы безопасности в повседневной работе и вопросы, связанные с культурой безопасности пациентов в отделении.

12.2. Назначены ответственные сотрудники за процесс внедрения и мониторинга безопасности пациентов: Главная медсестра по процедурным кабинетам – Суйеубекова А.К., эпидемиолог – Каработкаева А., старшие медсестры всех подразделений. Имеется план действий по Управлению рисками клиники с целью безопасности пациентов.

12.3.Лидерство посредством аккредитации. Большое внимание уделяется устойчивой системе обеспечения качества, следя к аккредитации Международной Объединенной Комиссии. Руководство показывают полную заинтересованность в ней и оказывают необходимую поддержку. Это включает в себя отдельный бюджет для внедрения стандартов JCI, специальное заседание Руководства по контролю за внедрением JCIстандартов и т.д.

12.4.Исследования в Медицинской организации контролируются Комитетом по исследованиям и этике.

12.5. Все проекты по улучшению качества контролируются Советом по качеству.

12.6. Практика на основе доказательств и стандартизованные процессы работ. Руководства клинической практики, основанные на доказательствах, улучшают результаты лечения пациентов и стандартизованные процессы работ (клинические протоколы) улучшают безопасность пациентов. Поэтому, соответствующие клинические руководства и клинические протоколы должны быть разработаны, усовершенствованы и использованы в качестве руководства к уходу за пациентами в Медицинской организации.

12.7. Задачи обеспечения безопасности пациента:

- Поддерживать отчетность по инцидентам в открытой и честной среде;
- Обучать персонал в рамках безопасности пациентов и расследовать инциденты;
- Формирование осведомленности с помощью включения вопросов безопасности пациента в инструктаж персонала;
- Открытая и честная передача информации по неблагоприятным событиям;
- Способствовать открытому, двустороннему диалогу между медицинскими работниками и пациентами, когда что-то происходит;
- Аудит жалоб пациентов;
- Обеспечить, чтобы менеджеры были обучены технике Анализа первопричин.

12.8. Управление рисками (см. Программа по управлению рисками).

12.9. Отчет об инциденте (см. Правила управления инцидентами).

12.10. Анализ первопричин (АПП) представляет собой ретроспективное систематическое расследование, которое проводится только в случаях инцидентов крайнего риска (экстремальных событий). АПП не изучает конкретных людей, стремится понять причины и условия окружающей среды, в которых произошли инциденты. АПП предлагает надежные решения для предотвращения повторяющихся инцидентов, а также мониторинг эффекта изменений. Уроки, извлеченные из инцидента, широко распространены в организации для соответствующего случая. АПП является неотъемлемой частью обеспечения безопасности пациентов и управления рисками в Обществе.

Менеджеры не обязаны выполнять АПП сами, но все менеджеры должны иметь базовые знания о принципах, используемых в Анализе первопричин. Объединенный анализ первопричин в соответствующих сферах, таких как инциденты с лекарствами и падениями, будет определен Советом по Качеству.

12.11. Шесть Международных целей по безопасности пациентов(МЦБП). В соответствии с рекомендациями ВОЗ; а также в соответствии с требованиями Объединенной Международной Комиссии; ОКБ приступает к осуществлению решений по безопасности пациентов, согласно шести Международных целей по безопасности пациентов (МЦБП). Эти цели определяют проблемные области здравоохранения, которые требуют особого плана действий:

- 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 (не применимо)
- МЦБП 5. Снижение риска внутрибольничных инфекций
- МЦБП 6. Снижение вреда пациенту от падений

12.12. Выполнение. Руководство несет ответственность на всех уровнях организации за обеспечение осуществления планов улучшения, предлагаемых в анализе риска.

12.13. Аудит и мониторинг. Статистический анализ инцидентов станет основой для дальнейшей работы по определению масштабов и общей сложности вопросов, затронутых в доложенных инцидентах. Результатом этой работы будет способствовать обучению на инцидентах. За повседневный контроль и отчетность по результатам ревизий с последующим анализом проводится ответственными исполнителями совместно со службой качества на регулярной основе.

12.14. Отзывы. Ответственные исполнители по инцидентам и рискам отвечают за предоставление результатов отчетов об инцидентах с помощью информационных бюллетеней и предоставление ежеквартального отчета, а также ежегодного отчета об управлении рисками.

13. Участие пациентов. Пациенториентированность. Главной и центральной фигурой клиники является пациент, и именно его потребности в различных видах медицинской помощи. Ориентация на максимальное удовлетворение потребностей пациентов, является залогом не только выживания, но и успешной деятельности и дальнейшего развития ОКБ, потому что главным итогом деятельности организации, являются не только финансы, но и удовлетворенность потребителя-пациента.

ОКБ 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;
- 13) Право подавать жалобу;
- 14) Право на компенсацию.

13.1. Пациент - ориентированная система ОКБ является такой системой предоставления медицинской помощи, в которой качество медицинской помощи достигается посредством партнерства информированных и уважаемых пациентов (и их семей) с командой подготовленных, организованных и скоординированных в своих действиях профессионалов. Из этого следует, что: Пациенты получают медицинскую помощь в партнерстве со сложенной командой медиков-профессионалов, которая оценивает, уважает и действует в соответствии с целями, потребностями, ценностями, предпочтениями,

■ культурой и другими факторами, определенными пациентами (и их семьями).

■ Пациенты и их семьи имеют возможность получать научно - обоснованную, экономически эффективную, качественную и безопасную медицинскую помощь, улучшающую их здоровье, устраниющую дискомфорт и свободную от возможных ошибок.

- Пациенты и их семьи имеют возможность получать и понимать как медицинскую информацию, так и медицинские услуги и принимать соответствующие их здоровью решения.

13.2. Для того чтобы в ОКБ осуществлялась Пациент-ориентированная система, в организации обеспечены следующие принципы:

- Построения партнерства во время проведения лечения.
- Фокусировка на заботах и приоритетах пациента.
- Использование 5-ти действий:

Согласовать, Оказать помощь, УстраниТЬ.
Оценить, Посоветовать,

- Передача пациенту знаний о болезни и самообслуживании.
- Организация активного наблюдения.
- Вовлечение пациента в собственное лечение наравне с медицинским персоналом.

■ Обеспечение связи и поддержки общества и семьи.

■ Использование письменной информации-регистры, планы лечения, лечебные карты для информирования, рекомендаций и напоминаний.

■ Работа единой клинической командой.

■ Обеспечения продолжения медицинского ухода после выписки пациента.

14. Улучшение эффективности работы.

14.1. Компетентность, обучение и повышение квалификации.

Медработники, которые проходят подготовку по методологии улучшения производительности и знают, как управлять ситуацией при неблагоприятных случаях и почти ошибках, как предпринимать активные действия, могут снизить риск для пациентов, их родственников, для себя и своих коллег:

- Оценка, достижение и поддержка высокого уровня компетенции персонала на всех уровнях обеспечивают безопасное и эффективное оказание медицинских услуг, и это является как корпоративной, так и личной ответственностью персонала.
- Достижение высокой эффективности работ требует внимания к подбору персонала, верификации дипломов, оценке навыков, клиническому наблюдению, повторной сертификации и непрерывному образованию.
- В ОКБ понятия качества и безопасности представлены и новым сотрудникам, как только они приступают к должности в Общество, как часть формального инструктажа новых работников.

14.2. Процесс улучшения работы (далее - ПУР). В целях достижения эффективных планов улучшения в ОКБ выполняется структурированный подход для всех работ по улучшению качества / проектов / процессов. Модель усовершенствования, указанная ниже, описывается в литературе и имеет много общего с процессом клинического ухода. Процесс улучшения работы (ПУР) в ОКБ можно описать в четырех основных этапах.

- 1) Перед началом процесса улучшения (изменения) создается проектная (рабочая) группа, чтобы определить, кто должен принимать участие в процессе усовершенствования (изменения). Возникают три вопроса:
 - 2) Чего мы пытаемся добиться?
 - 3) Как мы определим, что изменение является улучшением?
 - 4) Какие изменения мы можем сделать, которые могут привести к улучшению?

14.3. Ключевые показатели результативности (КПР).

14.3.1. Все подразделения ОКБ определили ключевые показатели результативности (КПР - индикаторы) с целью определения и оценки прогресса в отношении миссии Медицинской организации и интегрирования контроля качества. КПР собираются и контролируются на уровне подразделения и наблюдаются. КПР определяются по их релевантности и важности из следующих критериев:

- Рутинные процедуры (большой объем). Большое количество определяются, как наиболее распространенная оценка для каждого отдела или подразделения.
- Области высокого риска. Высоким риском считаются процедуры или обследования пациентов, которые могут привести к смерти, инвалидности или осложнениям серьезной степени в ходе лечения.
- Области, известные как вызывающие снижение качества обслуживания.
- Области услуг, не соответствующих стандартам оказания медицинского обслуживания.