



Управление рисками в медицинской организации

Докладчик заместитель
главного врача по КЭР ГБУЗ «ОКБ» Новицкая И.Д.



Актуальность вопроса

6,5 млн. человек ежегодно в мире умирает от некачественной медицинской помощи (официальные данные ВОЗ)

На один летальный исход около 329 случаев «на волосок от смерти»

Из них 29 случаев - причинен серьезный вред здоровью

300 случаев – без выраженного вреда

15% ресурсов бюджета здравоохранения развитых стран идут на ликвидацию последствий неблагоприятных событий



Ятрогенные преступления

Сведения о преступлениях, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи

2016 2017 2018





Нормативная база

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 07.07.2019 г № 381 н «Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

Приказ направлен на решении следующих задач:

предупреждение, выявления и предотвращение рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления

Что же такое, по
Вашему мнению,
КАЧЕСТВО
В ЛЕЧЕБНОМ
УЧРЕЖДЕНИИ??





Важно с точки зрения пациента





Неблагоприятные события

Непреднамеренные травмы, осложнения, ущерб физическому здоровью пациента, полученные вследствие оказания медицинской помощи и часто требующие продления госпитализации либо приводящие к формированию временной/стойкой потери трудоспособности пациента (в т.ч. смерти)





Цели управления рисками

Предотвращение нежелательного события (если оно еще не произошло)

Минимизация последствий нежелательного события (если оно уже произошло)

В медицинской деятельности риски будут всегда – основная задача их минимизировать

Какие
Вашему мнению,
Неблагоприятные
события могут
произойти
В ЛЕЧЕБНОМ
УЧРЕЖДЕНИИ??





Каталог нежелательных событий

- Непреднамеренное оставление постороннего предмета в пациенте после операции или другой хирургической процедуры
- Смерть пациента или серьезные проблемы со здоровьем, связанные с его падением во время пребывания в медицинском учреждении
- Самоубийство пациента или попытка самоубийства, после которой наступили серьезные проблемы со здоровьем, во время его пребывания в медицинском учреждении
- Смерть пациента или серьезные проблемы со здоровьем, связанные с гипогликемией, которая началась во время пребывания в медицинском учреждении



Каталог нежелательных событий (продолжение)

- Язвы степени 3 или 4, вызванные пролежнями, которые появились после поступления в медицинское учреждение
- Непреднамеренная ошибка во взятии и сборе биоматериала (идентификация материала, идентификация контейнера, методика взятия, сбора)
- Выход из строя медицинского оборудования (возгорание, замыкание и т.д.)
- Смерть пациента или серьёзная инвалидность, связанные с ошибкой в назначении или введении лекарств
- Отсутствие пациента в отделении более четырех часов



Общие проблемы

- Высокая степень загруженности
- «Потребительский экстремизм»
- Необходимость действовать в условиях ограниченных ресурсов

И, как следствие:

Рост числа ошибок



Смерть пациентки

Пациентка (68 лет), выздоравливала после **добровольной успешной операции на сердце.**

В 8.15 утра дневная медсестра, только что начавшая смену, обнаружила, что у пациентки наступила судорога всего тела.

Была вызвана реанимационная группа, взята кровь и срочно отправлена в лабораторию.

В чем причина? - необнаруженное опухолевое образование, свертывание крови, потеря крови или какой-то иной неврологический случай? Все тесты дали отрицательные результаты.

Врачей ожидали шокирующие результаты анализа крови: **низкий уровень глюкозы.**

В крови пациентки почти не было сахара. Поспешные попытки внутривенного вливания оказались неудачными.

Состояние пациентки ухудшилось и она впала в кому.

Спустя несколько недель ее родные отключили аппарат жизнеобеспечения.

Что же случилось?

Медсестра перепутала ампулы: антикоагулянт и инсулин



Пострадавшие дети

Дети пострадали от очистительной клизмы, которую вместо воды по ошибке наполнили раствором формалина. В подготовке к операции трех малолетних пациентов участвовали две медсестры: одна приготовила раствор для клизм, другая выполнила назначенную врачом манипуляцию. Приготавливая раствор, первая медсестра совершила грубую ошибку – не посмотрела на надпись на флаконе и вместо флакона с физиологическим раствором набрала жидкость из флакона с формалином. В результате один мальчик умер через 3 часа после процедуры, а у других развилась тяжелая интоксикация, которая потребовала интенсивного лечения в отделении реанимации. К счастью, эти дети выжили.

- Кто виноват?

- МЕДСЕСТРА

- КЛИНИКА

- ФАРМАЦЕВТЫ



Урок 1

Овладевать лучшими коллективными знаниями и визуализировать проблемы

Регистрация проблемы любой сложности (не для бюрократии, а для анализа)

Конкретизация ожиданий



Урок 2

Накапливать знания путем обозначения и решения проблем

В быстродействующих организациях реакция на проблемы быстрая, серьезная и упорядоченная.

Если бы медсестра в больнице написала ранее отчет, что она чуть не перепутала ампулу с антикоагулянтom с инсулином, исход был бы другой



Урок 3

Способность распространять полученные уроки по всей организации

Это разработка СОПов и стандартов, если их нет, наличие формализованных инструкций и процедур проверок и тренингов...

С годами сформируется всеобъемлющий набор стандартов и процедур, который внесет значительный вклад в безопасность медицинской услуги.

Этот комплекс стандартов и процедур позволяет применять новшества контролируемым способом и направлять основное внимание на действительно важные направления, одновременно обеспечивая компетентное исполнение рутинной работы.



Корректирующие действия

2 фазы:

Коррекция – незамедлительное краткосрочное действие для сдерживания распространения проблемы или несоответствия:

- Предпринимается для устранения риска и опасности (для человека и продукции);
- Осуществляется быстро в ограниченной области;
- Не требует долгосрочной вовлеченности.

Корректирующее действие:

- Включает анализ проблемы;
- Предпринимается с целью предотвращения возникновения подобной проблемы в будущем;
- Действие является методичным, плановым и имеет широкий охват;
- Процесс осуществляется по циклу Деминга-Шухарта.



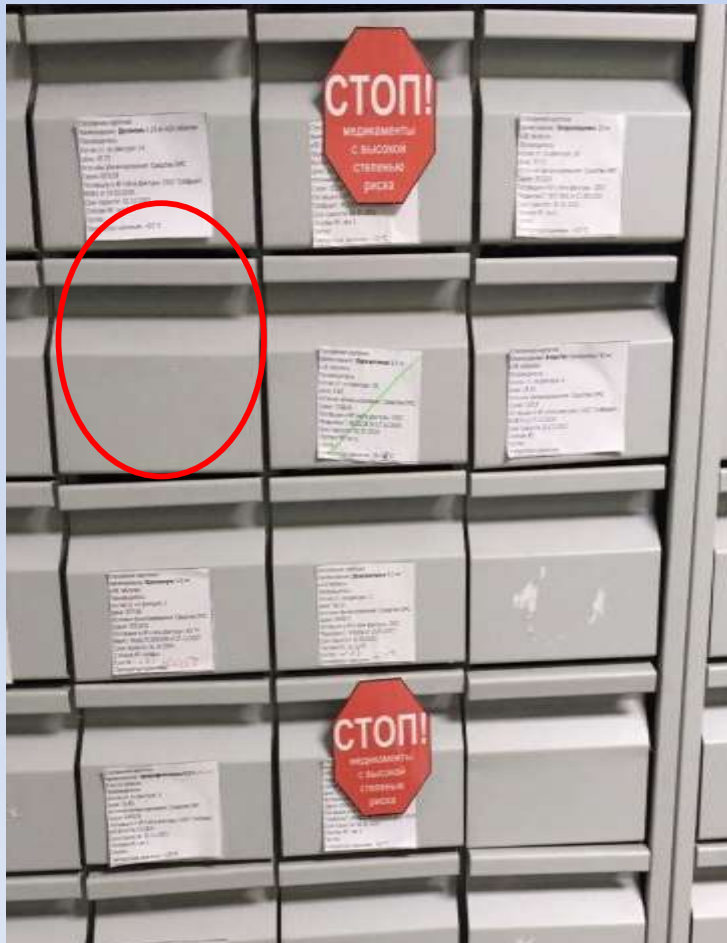
Метод “ 5 Почему?”



Лекарственные препараты созвучные по названиям:

- Метформин, метронидазол;
- Целебрекс, церебро, целекса;
- Хумалог, хумулин;
- Зантак (ранитидин), зиртек;
- Вальдоксан, валсартан;
- Циклофосфан, цитофлавин,
ципрофлоксацин
- Гидроксизин, гидралазин;
- Эфедрин, эпинефрин;
- Оксиконтин, оксикодон;
- Винбластин, винкристин;
- Клонидин, клонопин;
- Зипрекса, зиртек.

Хранение лекарственных средств





Организация системы хранения ЛС и МИ

- Иерархия ответственности: зам. гл. врача по медицинской части, зав. аптекой, главный бухгалтер, зав. отделениями, старшие мед. сестры
- Разработка локальных регламентирующих документов: внутренний регламент хранения ЛС и ИМН, стандарт хранения, стандарт маркировки токсичных ЛС
- Регулярный аудит – 2-3 раза в год мультидисциплинарными группами: провизор/фармацевт, клинический фармаколог, совет медицинских сестер, бухгалтер (экономист-аудитор)



Для чего, по Вашему
мнению,
НУЖНЫ СОПЫ??



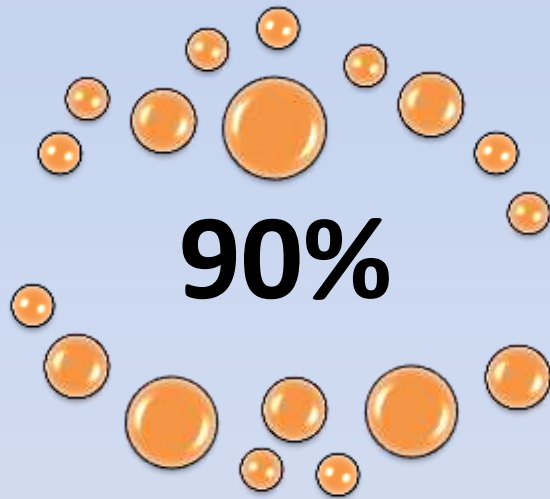
Почему происходят ошибки?

Нарушение процедур, которые требуются для выполнения работ, **неадекватная организация процесса**, недостающие защитные барьеры и гарантии. Этот список можно продолжать бесконечно, но большую часть этих скрытых факторов можно идентифицировать заранее, чтобы предупредить негативные, а иногда летальные последствия.

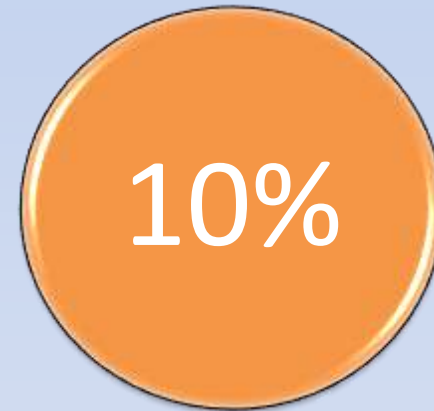
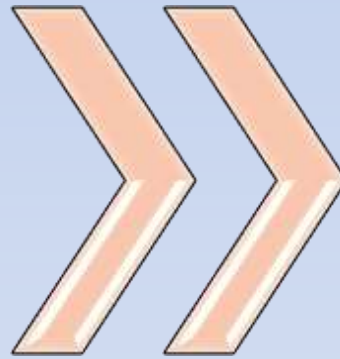
2/3 Ошибок можно предотвратить!!!



Соотношение ошибок



**СИСТЕМА
УПРАВЛЕНИЯ**



**ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ
ФАКТОР**

“Причина”...как глубоко она скрыта?

Эффект

Явный дефект

Физическая причина

↓
Поломка
стерилизатора

Человеческий фактор

Системная причина

Скрытая причина

Итак ...

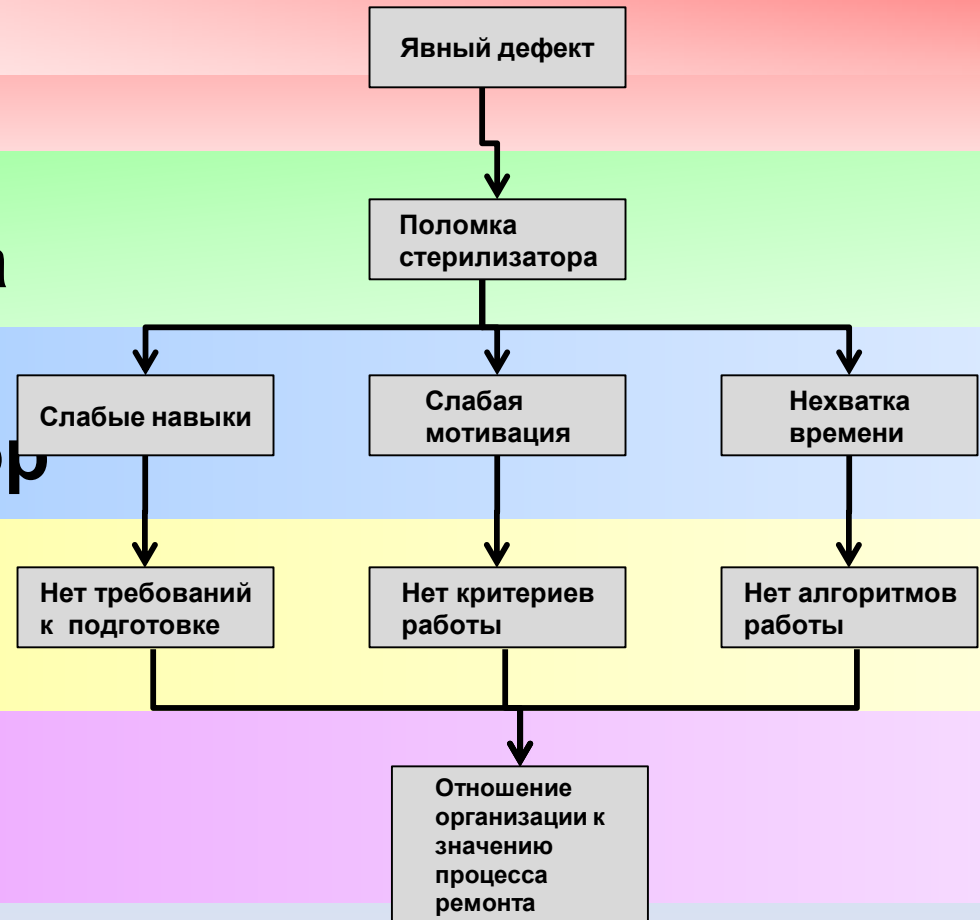
Эффект

Физическая причина

Человеческий фактор

Системная причина

Скрытая причина





НЕ наше отношение к проблемам





**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**