

Культура безопасности

1. Предназначение культуры безопасности

Ирина Морозова



Авиация и медицина: что общего?

Ситуация

28 декабря 1978 г.
Рейс United Airlines 173, США

- Плановый рейс Денвер - Портленд
- Опытная команда
- Неожиданная проблема (возможно, не зафиксировались шасси)
- Посадка отсрочена, чтобы выяснить ситуацию
- Заканчивается горючее
- Бортинженер пытается предупредить командира об уменьшающихся запасах топлива
- Командир сосредоточен на проблеме шасси
- Командир – непререкаемая власть
- Командир неправильно оценивает количество топлива и количество оставшегося времени
- Потеря двигателя из-за отсутствия топлива
- Остановка всех двигателей
- Падение самолета
- Гибель 8 пассажиров и 2 членов экипажа

29 марта 2005 г.
Пациентка Илэйн Бромили (37 лет), США

- Плановая эндоскопическая операция на пазухах носа
- Опытная команда
- Неожиданная проблема (свело челюстные мышцы, не получается вставить ларингеальную маску)
- Падает уровень кислорода в крови
- Неудача с интубацией трахеи
- Медсестра готовит набор для трахеотомии и сообщает о готовности врачам
- Врачи сосредоточены на интубации трахеи
- Врач – непререкаемая власть
- Врачи неправильно оценивают состояние пациентки и количество оставшегося времени
- Кислородное голодание 20 минут
- Необратимые повреждения головного мозга
- Кома
- Смерть пациентки



Причина

Рейс United Airlines 173

Нестандартная ситуация



Человеческая ошибка

Пациентка Илэйн Бромили

Нестандартная ситуация



Человеческая ошибка



Последствия

28 декабря 1978 г.
Рейс United Airlines 173

- Независимое расследование
- «Черные ящики» – сбор детальной информации
- Отчет о расследовании доступен всем
- Авиакомпании несут юридическую ответственность за выполнение рекомендаций отчета
- «Совет по безопасности полетов считает, что эта авария является примером повторяющейся проблемы – сбоя в управлении экипажем и в командной работе в ситуации, связанной с неисправностями систем воздушного судна в полете...»
- Рекомендации: Внедрение принципов рационального управления ресурсами на уровне экипажей воздушных кораблей с особым упором на преимущества привлечения к принятию решений других членов экипажа (для командиров) и тренировки уверенности в себе (для других членов экипажа).

29 марта 2005 г.
Пациентка Илэйн Бромили

Лечащий врач – мужу пациентки:

«У нас возникли проблемы с анестезией. Их невозможно было предсказать. Иногда такое бывает. Мы не знаем почему. Анестезиологи сделали все от них зависящее, но ничто не сработало. Это редчайший случай. Мне очень жаль».



Последствия

Авиация	Медицина
Риск погибнуть в авиакатастрофе: ~ 1:10 миллионам	Риск возникновения медицинской ошибки при лечении в клинике: 1:10 Риск смерти вследствие медицинской ошибки: 1:300

Liam Donaldson,
Chair of the World Alliance
for Patient Safety, WHO



Почему?

Авиация	Медицина
Комплексная система: взаимодействие людей и процессов	Комплексная система: взаимодействие людей и процессов
Высокие технологии, быстрое развитие индустрии	Высокие технологии, быстрое развитие индустрии
Человеческий фактор: принятие решений	Человеческий фактор: принятие решений
Цена человеческой ошибки очень высока	Цена человеческой ошибки очень высока
Строгая иерархия	Строгая иерархия



Почему?

Авиация: право на ошибку	Медицина: комплекс Бога
Неудача – органичная часть любого процесса развития	Неудача – случайность, которая бросает тень на того, кто ее допустил
Каждую ошибку изучают, делают выводы и сообщают о них всем участникам процесса	Ошибки скрывают и наказывают за них, а работа продолжается так, будто они не могут повториться.
Пилот, который допустил неопасную ошибку и сам сообщил о ней в течение 10 дней, не наказывается.	Если медик ошибается, его считают «непрофессиональным». Даже мысль о провале вредит его репутации.
Постоянно обновляющаяся база информации об узких местах и рискованных закономерностях.	«Это была просто небольшая техническая ошибка – такое бывает. Пациент не поймет, поэтому ему не обязательно знать».

Разница – в профессиональной культуре



Разбор катастрофы United Airlines 173 стал ключевой вехой в истории безопасности полетов



«Issue an operations bulletin to all air carrier operations inspectors directing them to urge their assigned operators to ensure that their flightcrews are indoctrinated in principles of flight deck resource management, with particular emphasis on the merits of participative management for captains and assertiveness training for other cockpit crewmembers. (Class II, Priority Action, X-79-17)»

Внедрение принципов рационального управления ресурсами на уровне экипажей воздушных кораблей с **особым упором на преимущества привлечения к принятию решений других членов экипажа (для командиров) и тренировки уверенности в себе (для других членов экипажа).**

Это и есть культура безопасности



Как это работает

Тренировочный полет С1

Подполковник запаса, суперопытный пилот

“Ты должен быть готов сказать мне, если ты думаешь, чувствуешь или интуитивно веришь, что что-то не так.”

Стажер, 18 лет, первый полет

“Я из поколения X, если ты дашь мне разрешение, я так и сделаю.”

- Стажер предположил, что высота самолета доложена неверно
 - Опытный пилот поверил и проверил
- Это предотвратило столкновение с Boeing 747, перевозившим 350 пассажиров

Могут ли молодые сотрудники поправить опытных в вашей клинике?



Культура безопасности

Атмосфера, в которой сотрудники любого уровня ведут себя так, будто их реальное отношение к безопасности никто не проверяет.

- Рабочая обстановка, которая поддерживает открытое общение
- Сотрудничество вне зависимости от должности или статуса
- Поощрение открытого обсуждения ошибок для извлечения из них уроков
- Заинтересованность всех сотрудников (и в первую очередь руководства) в решении проблем
- Отсутствие «козлов отпущения»



Компоненты культуры безопасности



Справедливая культура

- Отдельные сотрудники не должны нести ответственность за системные сбои, над которыми они не имеют контроля
- Сотрудники чувствуют себя в психологической безопасности, сообщая об ошибках и обращаясь за помощью, когда сталкиваются с проблемой, выходящей за рамки их компетенции
- **Важно!** Отсутствие ответственности за системные сбои не освобождает сотрудников от необходимости вести себя этично и профессионально

Культура отчетности

- Атмосфера, в которой люди с уверенностью могут сообщать о проблемах, не опасаясь обвинений
- Сотрудники сообщают не только о событиях, приносящих вред пациенту, но и о почти ошибках, а также о любых небезопасных явлениях

Культура обучения

- Среда, которая демонстрирует и поощряет обучение как отдельных сотрудников, так и организации в целом
- Получение знаний и обмен ими являются приоритетными, ценятся и вознаграждаются



Зачем нужна культура безопасности?

Для сотрудников:

- Проще работать: коллективная ответственность
- Комфортнее работать: открытость, горизонтальная иерархия
- Интереснее работать: обмен опытом с коллегами

Для организации:

- Развитие: команда вовлеченных, а не замотанные начальники и безынициативные подчиненные
- Репутация: иски, связанные с врачебной халатностью, предъявляются реже, если врачи откровенны с пациентами
- Устойчивость к кризисам: нельзя составить СОПы и чек-листы для всех нестандартных ситуаций. Наиболее важный ресурс в кризисе – инициативные люди

Что нам это стоит:

- Изменение менталитета
- Отказ от привычных шаблонов поведения
- Отказ от «начальствования»
- Дискомфорт и уязвимость для критики



Комплекс Бога vs. комплексная система

- Клиника – это комплексная система
- Комплексная система состоит не только из людей и процессов, но и из взаимодействий между ними
- Комплексная система не может работать идеально
- Отдельный человек не в состоянии обеспечить нормальную работу системы
- Задача лидера – обеспечить бесперебойную работу системы с учетом того, что отдельный человек бесперебойно работать не может



Литература

Jeffrey Braithwaite Changing how we think about healthcare improvement. BMJ. 2018. 361:k2014.

Marx D. Patient Safety and the “Just Culture”: A Primer for Health Care Executives. Medical Event Reporting System for Transfusion Medicine. 2001.

Charlotte Moureaud, John B. Hertig, and Robert J. Weber. Guidelines for Leading a Safe Medication Error Reporting Culture. Hosp Pharm. 2021 56(5): 604–609.

HSE Incident Management Framework. ISBN: 978-1-78602-161-8.

John J. Nance. Why Hospitals Should Fly: The Ultimate Flight Plan to Patient Safety and Quality Care. 2008.

Мэтью Сайед. Принцип «черного ящика». Как превратить неудачи в успех и снизить риск непоправимых ошибок. 2016.

