

Культура безопасности

3. Система управления инцидентами

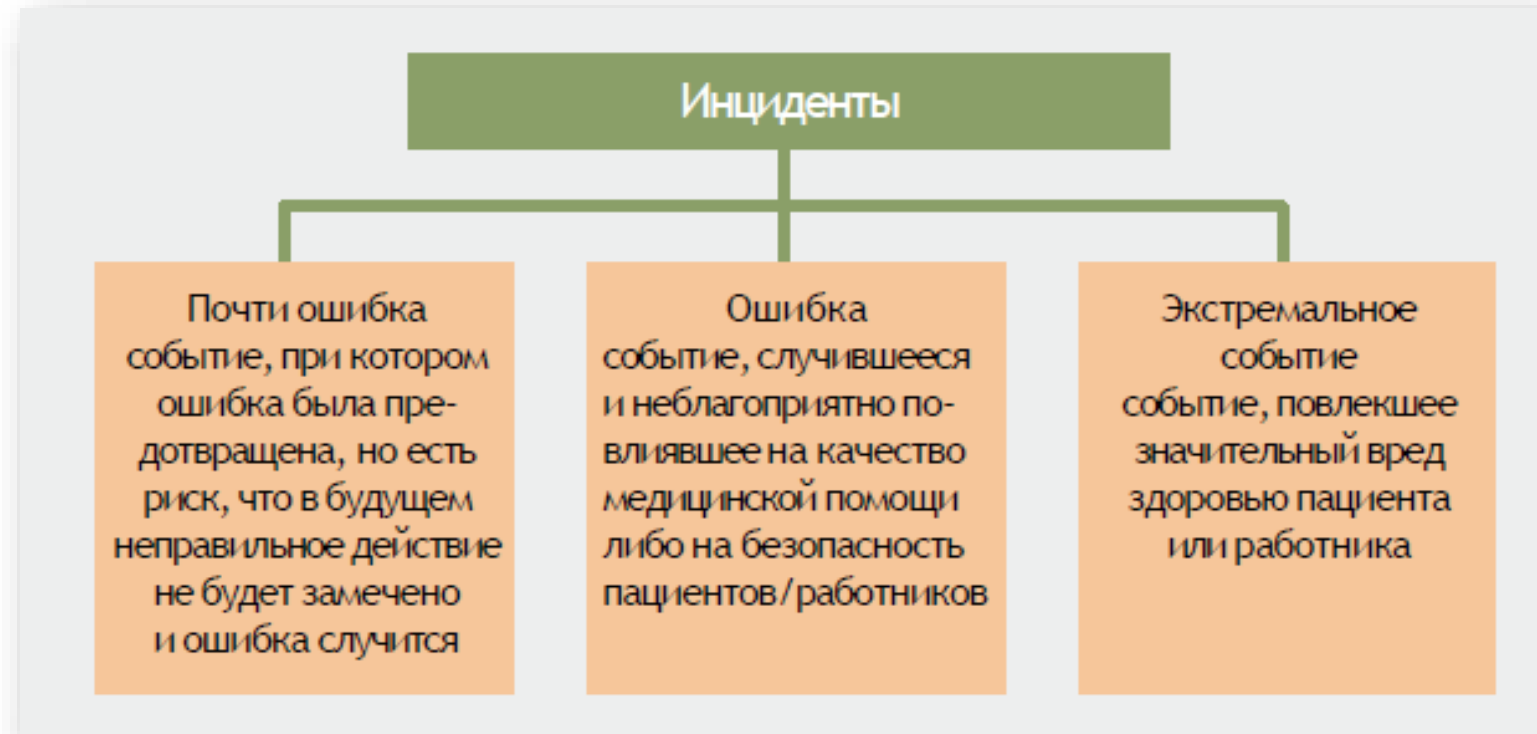
Ирина Морозова

Реализация культуры безопасности



Что такое инцидент

Инцидент – это ненормальное, необычное событие, которое привело или может привести к снижению уровня безопасности и качества оказания медицинской помощи, а также к нежелательному исходу.



Система управления инцидентами

Подача инцидента



Маршрутизация на соответствующий уровень разбора



Разбор с вовлечением всех участников события



Разработка и реализация корректирующих действий



Подача инцидента

Максимально быстрая и простая – для удобства сотрудников

Возможность анонимной подачи (хороший маркер для оценки реальной культуры безопасности)

Регистрация инцидента

Общая информация

Дата и время инцидента

Инцидент анонимный (Да/Нет)?

- Если неанонимный:

-- Ваше ФИО

-- Телефон для связи

-- Почта

-- Ваша должность

-- Ваше подразделение

Подразделение, с которым связан инцидент

Описание инцидента

Инцидент связан с пациентом (Да/Нет)?

Суть произошедшего

Какие меры были предприняты для разрешения инцидента

Дополнительные материалы по инциденту (возможность прикрепления файлов)

Где произошел инцидент? (здание, этаж, № кабинета)



Маршрутизация инцидента

Важные моменты

- Определить, кому направить инцидент (лучше специально выделенный сотрудник)
- Определить участников разбора (все участники инцидента + независимые эксперты)
- Руководители участников инцидента обязательно должны принимать участие
- Соблюдение профессиональной этики!



Разбор инцидента

Анализ корневых причин (Root Cause Analysis, RCA) — это структурированный, пошаговый процесс, который помогает выявить основные факторы и/или причины инцидента

Помогает разработать план действий для устранения проблемы и ее неповторения в будущем

Выполняется, чтобы определить:

- «Что произошло?»
- «Почему это произошло?»
- «Что необходимо предпринять, чтобы избежать повторения проблемы?»



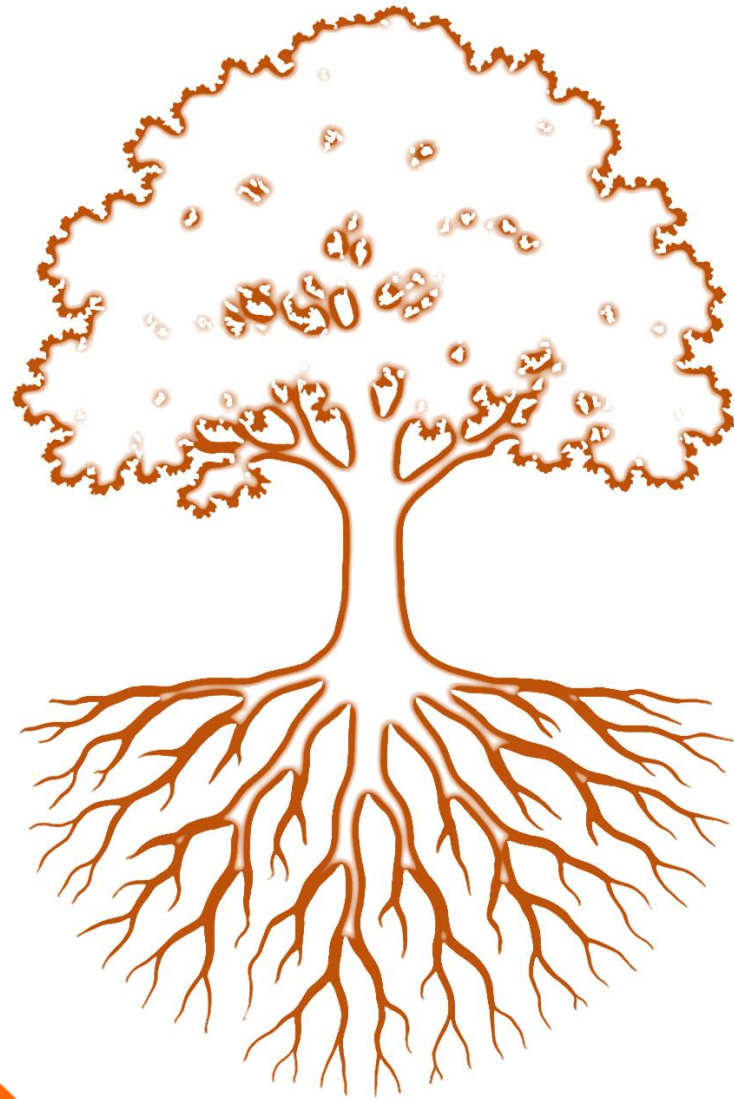
Анализ корневых причин: Метод 5 «Почему?»



- 1) Соберите **междисциплинарную** команду
 - 2) Четко сформулируйте проблему
 - 3) Спросите “почему” пять раз (минимум), пока не доберетесь до первопричины (корневой причины) проблемы
- ! Все ответы на вопросы «Почему» **должны находиться в зоне ответственности сотрудников, участвующих в разборе**



Метод 5 «Почему?»: Пример



ПРОБЛЕМА

Я опоздала на поезд

Почему?

Я вышла из дома на час позже, чем планировала

Почему?

Настенные часы шли,
но указывали неправильное время

Почему?

Заряд батарейки снизился и часы стали отставать

Почему?

Несвоевременная проверка и замена батарейки

Почему?

Нет планового контроля и плановой замены
батарейки настенных часов

**КОРНЕВАЯ
ПРИЧИНА**

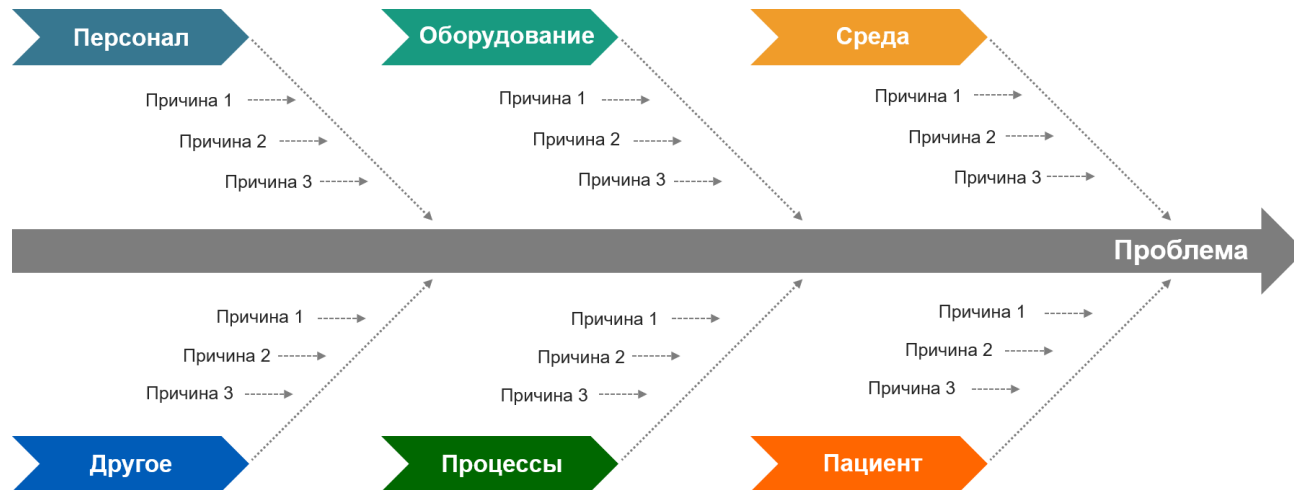


Анализ корневых причин: Диаграмма Исикавы

Корневые причины распределяются по категориям



Диаграмма Исикавы: План действий



- 1) Сформулируйте проблему
- 2) Определите основные категории – источники проблемы
- 3) Для каждой категории сформируйте список возможных причин (и подпричин при необходимости)

! Выявляйте причины, задавая вопрос “Почему?” до тех пор, пока не достигнете полезного уровня детализации, то есть когда причина будет достаточно конкретной, чтобы можно было протестировать изменение и измерить его последствия



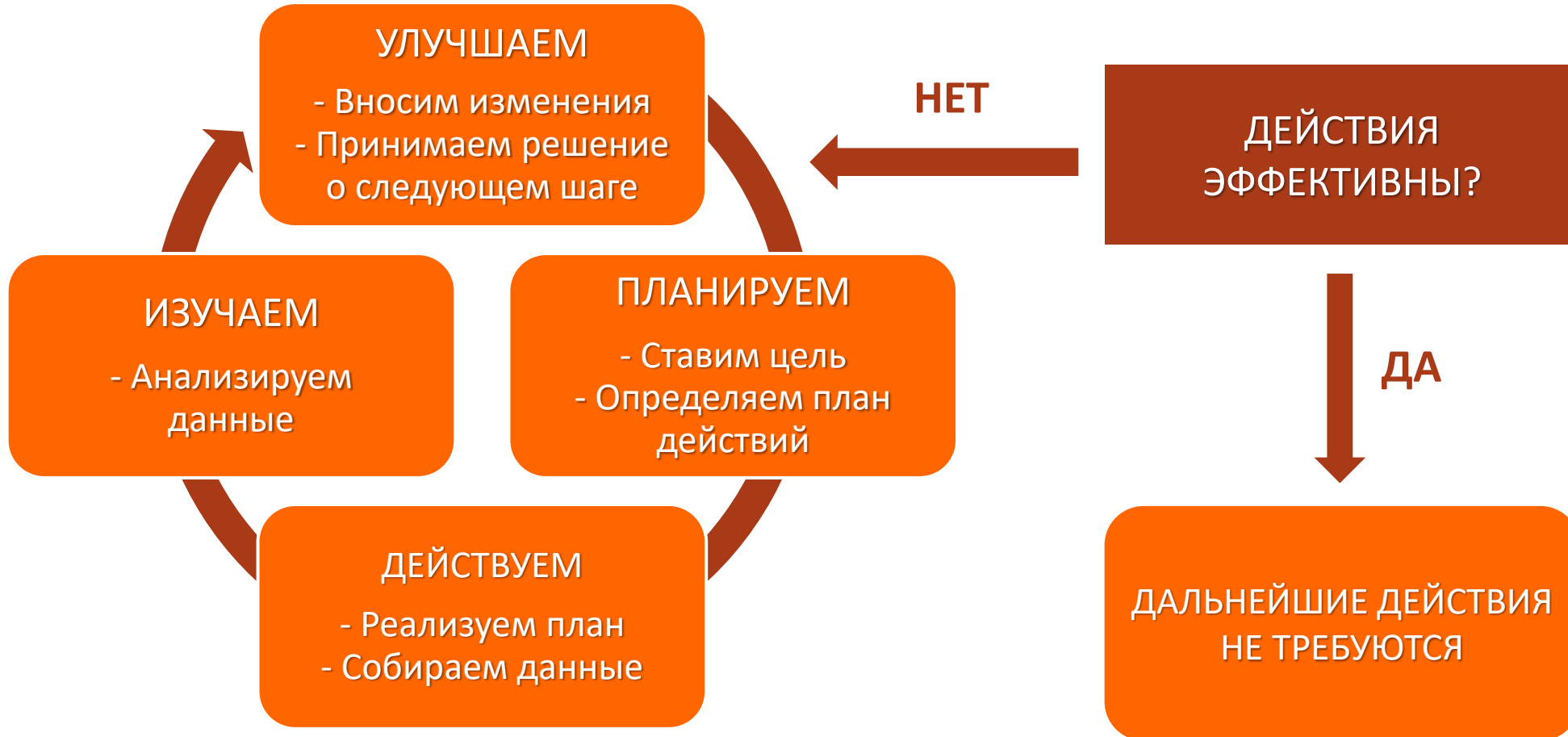
Корректирующие действия



Рекомендации должны быть основаны на полученных данных, их анализе, выводах, сделанных в результате анализа, а также факторах, влияющих на процесс



Внедряйте улучшения



и измеряйте их



Обратная связь

Протокол разбора инцидента id ...

1. Дата разбора инцидента
2. Дата подачи инцидента
3. Автор(-ы) инцидента
4. Ответственные за разбор инцидента и участники разбора (приглашаются уполномоченным по инцидентам)
5. Текст инцидента
6. Проблема(-ы), содержащиеся в тексте инцидента
7. Идентификация корневых причин инцидента (таблица заполняется отдельно для каждой проблемы)

Проблема	Решение (в случае отсутствия решения на конкретном этапе ставить прочерк)
1) Почему	1) Как?
2) Почему	2) Как?
3) Почему	3) Как?
4) Почему	4) Как?
5) Почему	5) Как?

8. Вывод: Корневые причины проблем(-ы) на основании идентификации корневых причин

Тип корневой причины	Описание корневой причины (в случае отсутствия конкретной корневой причины ставить прочерк)
Среда	
Оборудование	
Персонал	
Пациент	
Процессы	
Другое	

9. Корректирующие действия

Корректирующее действие	Ответственный за корректирующее действие	Срок
1)		
2)...		

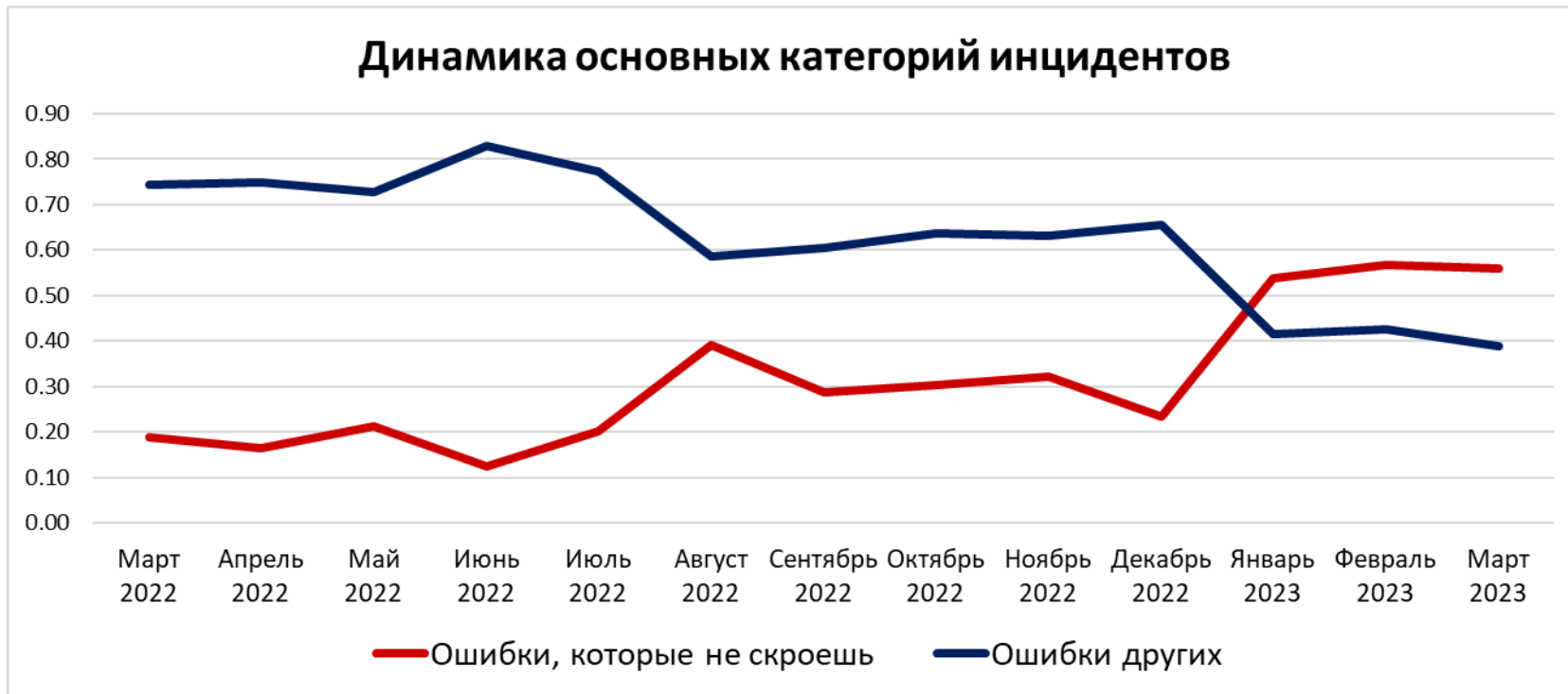
10. Отчет о внедрении корректирующих действий (заполняется ответственным за корректирующие действия не позднее 3 рабочих дней после окончания сроков внедрения).

Кому:

- Автору инцидента
- Участникам инцидента



Обратная связь

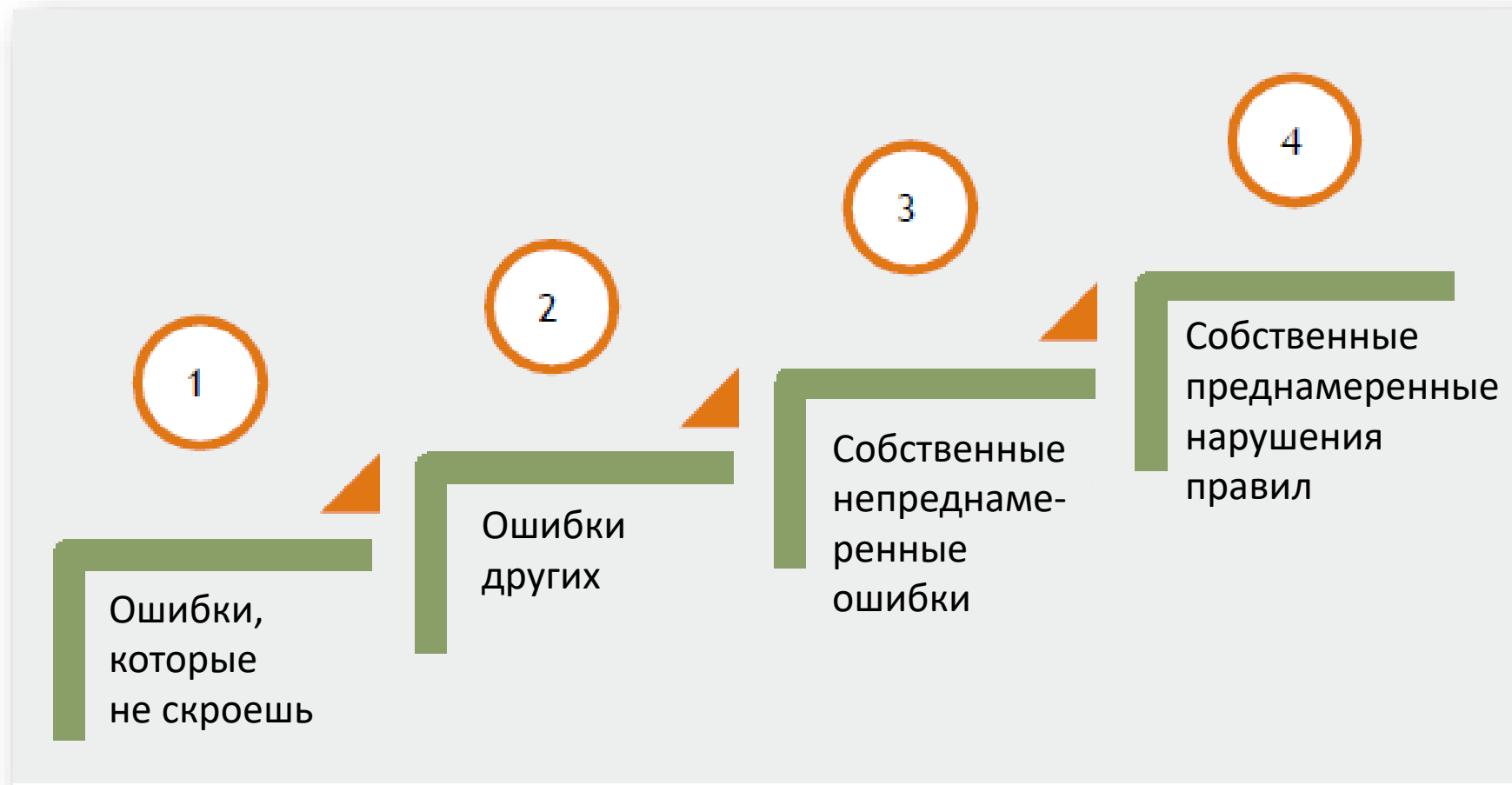


Кому:

- Руководству



Эволюция системы подачи инцидентов



Эта эволюция отражает переход от культуры поиска виновных к зрелой культуре справедливости (Just Culture), где прозрачность создает основу для настоящего обучения и безопасности



Причины неудач

СЛАБАЯ
КУЛЬТУРА
БЕЗОПАСНОСТИ

ОТСУТСТВИЕ
РЕКОМЕНДАЦИЙ
ПО РСА

ОТСУТСТВИЕ
ЛОГИЧЕСКОГО
МЫШЛЕНИЯ

ОТСУТСТВИЕ
НЕОБХОДИМЫХ
НАВЫКОВ

НАДЕЖДА
НА ИНТУИЦИЮ
ИЛИ ПРЕДЫДУЩИЙ
ОПЫТ

ОТСУТСТВИЕ
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО
КОМАНДНОГО
ПОДХОДА



Литература

Health Service Executive. Incident Management Framework.

<https://www.hse.ie/eng/about/who/nqpsd/qps-incident-management/open-disclosure/hse-incident-management-framework-2018.pdf>

<https://www.hse.ie/eng/about/who/nqpsd/qps-incident-management/incident-management/hse-incident-management-framework-2020-presentation.pptx>

Institute for Healthcare Improvement. Patient Safety Essentials Toolkit.

<https://www.ihl.org/resources/tools/patient-safety-essentials-toolkit>

Sparta Systems. Uncovering the Root Cause eBook.

https://info.spartasystems.com/rs/hce/images/Sparta_Systems_Uncovering_the_Root_Cause_eBook.pdf

А. Азербаета, И. Морозова, В. Петрова, Л. Кочанова, И. Тюрин, Д. Проценко. Как создать культуру безопасности в медицинской организации. Менеджмент качества в медицине. 04'2021. С. 34-39.

