

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор КГН» МБ №2 г. Караганды»
А.Г. Магзумов.



ПРОГРАММА УПРАВЛЕНИЯМИ РИСКАМИ

Караганда 2019г.

1. Паспорт Программы

Наименование программы	Программа управления рисками
Основания для разработки	Кодексом РК от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения»
Разработчик	КГП «Многопрофильная больница №2 г. Караганды»
Начало реализации	Январь 2019г.
Необходимые ресурсы и источники финансирования	Реализация программы не требует дополнительных финансовых средств
Ожидаемые результаты	<p>В результате реализации Программы:</p> <ul style="list-style-type: none">Позволит сформировать оптимальную модель управления деятельностью организации, удовлетворяющую пациентов.Улучшение клинических показаний.Снизить частоту возникновения рисков.Деятельность организации будет соответствовать стандартам аккредитации, которые существенно снизят риски при оказании медицинских услуг пациента.Повысится самоконтроль со стороны врача и руководителей подразделения внутри системы внутрибольничного контроля качества, что обеспечит повышение уровня удовлетворенности пациента оказываемыми услугами.

Цели

- Повышение доверия к КГП «Многопрофильная больница №2 г. Караганды» и персоналу центра;
- Осуществление деятельности на основе стандартов аккредитации;
- Совершенствование системы управления качеством медицинских услуг, основанное на оптимизации внутренних механизмов медицинской организации, направленное на обеспечение прав пациента в получении современной, качественной и безопасной медицинской помощи в необходимом объеме.
- Повышение уровня удовлетворенности пациентов оказываемыми медицинскими услугами, что приведет к снижению жалоб от пациентов на качество услуг.

Задачи

- Организация деятельности предприятия на основе стандартов аккредитации.
- Формирование положительного отношения к организации при профессии в обществе.
- Качественное оказание медицинской помощи пациентам.

Введение

Одним из путей повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи является внедрение системы управления рисками (риск-менеджмент), которая позволяет выявить, оценить последствия и выработать тактику противодействия, направленную на ограничение случайных событий, наносящих физический и моральный ущерб организации, её персоналу и пациентам.

Для формирования устойчивости организации к происшествиям, несчастным случаям, потерям была сформирована концепция управления рисками. Она позволяет выявить скрытые источники опасности и выработать меры противодействия. Системный анализ проблемы управления рисками свидетельствует о её комплексности. Причины возникновения ошибок имеют человеческий и системный компонент. Исследования показали, что человеческий фактор играет важную роль в возникновении дефектов, частота ошибок персонала варьирует от 30 до 80%. Показано, что стимулирование персонала к внимательности, осмотрительности не эффективны - человеческие ошибки неотвратимы. Скепсис относительно эффективности данного подхода выражается фразой «...мы не в состоянии изменить сущность людей, но мы в состоянии изменить сущность организаций, в которых работают люди». Например, если существуют ошибки в выборе лекарственных препаратов, имеющих сходные упаковки и располагающиеся в одном месте, то с позиции человекоориентированного подхода решение проблемы основано на обучении персонала, выделении ответственных и наказании провинившихся, допустивших подобную ошибку. Два препарата должны храниться в разных местах, иметь различную цветовую маркировку, что подразумевает системный подход в управлении рисками.

Основными терминами и определения, используемых в системе управления рисками:

- Безопасность пациентов (patient safety) – предотвращение неблагоприятных исходов или повреждений во время процесса лечения или уменьшение ущерба в случае их наступления (Национальный фонд безопасности пациентов США).

Риск (risk) - это событие или группа случайных событий, наносящих ущерб объекту, обладающему данным риском. Характерной чертой случайного наступления события является невозможность точно определить время и место его возникновения.

- Инцидент, происшествие (incident) - неожиданное и непреднамеренное событие, которое привело к причинению вреда пациенту или медицинскому персоналу, включая смерть, инвалидность, повреждение, заболевание и т.д.

- Неблагоприятное событие (adverse event) - вред здоровью пациента, связанный с оказанием медицинской помощи (а не с осложнением уже имеющегося заболевания или травмы при условии адекватного лечения).
- Ошибка (error) - дефекты, упущения, ошибки, нарушения, которые привели к инциденту.
- Рискованная ситуация или промах (nearmisses) - когда действия или бездействия медицинского персонала могли бы привести к нанесению вреда пациенту, но этого не произошло в результате вовремя предпринятых профилактических мер или просто благодаря счастливой случайности.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Существующие классификации рисков построены на основе различных признаков. По отношению к деятельности человека риски могут быть природные и антропогенные. Дефекты медицинской помощи являются частными случаями антропогенных рисков. По отношению к организации риски могут подразделяться на внешние (социально-политические, природные) и внутренние (управленческие; медицинские; экономические и др.).

Одним из основополагающих принципов менеджмента качества является использование процессного подхода. Оптимально оценивать риски в контексте бизнес-процессов, существующих в центре. Выделяют две основные группы процессов: основные (лечебные) и вспомогательные.

Риски могут быть связаны с процессом оказания медицинской помощи:

- диагностические (риски некорректной диагностики, дефекты информационного взаимодействия, и т.д.);
- лечебные (риски хирургического лечения, риски фармакотерапии, риски взаимодействия специалистов и преемственности оказания медицинской помощи, риски развития осложнения и нежелательных лекарственных реакций);
- реабилитационные (дефекты реабилитации); пребывание пациента в стационаре (падение, возникновение нежелательных событий).

Риски вспомогательных процессов могут быть связаны с:

- финансами (нехватка средств, не предоставление отчётов в срок);
- снабжением материальными ресурсами (отсутствие необходимых медикаментов, отключение электроэнергии, воды);
- питанием больных (некачественные продукты питания, задержки, пищевые отравления);
- уборкой учреждения (некачественная уборка, возникновение внутрибольничных инфекций) и др.

Сущностью риск-менеджмента является построение системы мер внутри организации по противодействию рискам. Необходимо чётко выделять два подхода к управлению рисками: **человекоориентированный** и **системный** (организационный). **Человекоориентированный подход** фокусируется на индивидуальных ошибках, связанных с забывчивостью, некомпетентностью, невнимательностью или аморальностью.

Организационный подход концентрируется на условиях, в которых работают люди, и основан на построении системы защиты, которая предотвращает ошибки или компенсирует их последствия.

Система мер, целью которых является уменьшение повреждающего или уничтожающего воздействия опасности на здоровье, жизнь, имущественное или финансовое положение рискующего и т.д., относится к управлению рисками. Управление риском следует рассматривать с позиции системы здравоохранения. В этом случае ее можно определить как комплекс систем и

методов, направленных на обеспечение безопасности медицинском организации: пациентов, персонала и материальных объектов: оборудования, помещений.

Управление рисками мультидисциплинарная задача и включает в себя всех специалистов, которые работают в медицинском учреждении: **врачи, медсестры, лаборанты, медицинские инженеры, администраторы и т.д.** Важным источником информации по безопасности медицинской помощи являются **пациенты**. В частности, они могут оказывать помощь в обеспечении безопасности фармакотерапии, сообщая о тех или иных дефектах. Показано, что пациенты более терпимо относятся к ошибкам, если им приносят извинения быстро, полно, сочувственно в медицинском учреждении.

Основой управления риском является система или набор мероприятий, направленных на анализ всех инцидентов, связанных с безопасностью пациентов. В медицине наиболее оптимально применение следующих методов:

- анонимный сбор информации об инцидентах;
- ретроспективный анализ медицинской документации
- проведение опросов (интервьюирование) медицинского персонала и пациентов;
- непосредственное наблюдение за процессом оказания медицинской помощи;
- отчётность сотрудников организаций здравоохранения об ошибках и неблагоприятных событиях;
- анализ жалоб и судебных исков пациентов;
- компьютерный мониторинг электронных баз медицинских данных;
- патолого анатомические исследования;
- проведение клинико-анатомических конференций.

Первостепенной задачей управления рисками является построение системы мониторинга инцидентов (**системы добровольных отчётов** по инцидентам).

Метод выявления дефектов медицинской помощи и рискованных ситуаций на основе спонтанных сообщений эффективен. Такой подход показал свою эффективность для изменения культуры безопасности в организации, позволил персоналу учиться на своих ошибках, что в конечном итоге привело к повышению безопасности медицинской помощи. Однако он может работать только при достаточной мотивации персонала к сообщению. Метод имеет невысокую стоимость и небольшие затраты времени. Однако результативность систем управления риском на основе подобной отчётности очень низкая. Медицинские работники в 50-96% не информируют о неблагоприятных событиях и ошибках, возникающих в процессе оказания медицинской помощи.

Однако любое добровольное сообщение о дефектах приведёт к проверкам, штрафам и предписаниям. Поэтому персонал полностью демотивирован к мониторингу рисков и подаче сообщений о дефектах. Необходимо поощрять персонал к подаче информации и анализу инцидентов. В организации должна быть политика, отражающая открытость по поводу инцидентов. Необходимо также поощрять пациентов к участию в подаче информации о деятельности врачей.

Источником информации по инцидентам может быть результат экспертизы, который выявляет случаи дефектов, анализирует жалобы пациента. Инциденты могут быть выявлены при проведении обходов, патологоанатомических вскрытий. Средним медицинским персоналом могут регистрироваться случаи на посту, в течение ночного дежурства, в палате, при общении с родственниками. Необходимо стремиться к объединению этих потоков информации и их унификации.

Анализ инцидентов и их исследование включает в себя сбор дополнительной информации, использование различных инструментов анализа (анализ причин, построение матрицы рисков и т.д.).

Анализ первичной медицинской документации является доступным источником информации об инцидентах при оказании медицинской помощи. Анализу могут быть подвергнуты медицинская карта стационарного больного. Для повышения эффективности поиска и повышения вероятности выявления инцидентов могут быть определены критерии, по которым первичная медицинская документация отбирается. Эти критерии связаны с неблагоприятными событиями: длительность госпитализации больше среднестатистической; неблагоприятные исходы при оказании медицинской помощи; длительное пребывание в реанимации; повторное оперативное вмешательство и др.

Источником информации о рисках являются заключения патологоанатомических исследований. Результаты исследования позволяют понять причины установления неправильного или неполного клинического диагноза, назначения нерационального лечения. По результатам данных патологоанатомических исследований, около 25% всех случаев сопровождаются признаками врачебных дефектов.

Анализ причин (root cause analysis) - метод, с помощью которого можно выявить главные причины инцидентов и рискованных ситуаций. Существуют различные методологии проведения этого метода, но все они нацелены на выявление: «что произошло», «как произошло», «почему произошло»? Анализ причин проводится, как правило, мультидисциплинарными группами специалистов медицинского учреждения. Обычно такая команда методом последовательных вопросов пытается выявить истинную причину инцидента. Эти находки затем ведут к разработке мер профилактики и противодействия.

С точки зрения практической реализации в управлении риском выделяют 5 основных этапов:

- выявление угроз и опасностей;
- оценка и определение кто что может быть повреждено и каким образом; 3) оценка риска и принятие решений относительно мер предосторожности;
- документальное фиксирование и внедрение;
- пересмотр системы управления риском и обновление.

Следует учитывать и неявные опасности, которые отсрочены во времени или субъективно не считаются важными. Такими факторами могут быть высокий уровень шума, плохая освещённость, плохая система вентиляции, недостаточная информированность персонала, несовершенная система визуальных указателей. Последствия таких факторов риска отсрочены, что приводит к субъективной недооценке этих опасностей.

В процессе сбора информации необходимо чётко определять два элемента: кто может пострадать и каким образом. Любая угроза направлена в отношении какой-либо группы людей. Эту группу необходимо выделить. Поскольку нежелательные события могут быть различными, необходимо четко представлять их сценарии, а также тип и величину возможного ущерба. Определяется его источник, сценарий реализации, факторы, воздействующие на риск и другие свойства.

Как правило, для выявления риска используется экспертный подход на основе анализа мнения экспертов или рабочей группы. На этапе оценки определяются два количественных параметра: вероятность и размер возможного ущерба. Отдельными категориями пациентов могут быть пациенты с различным уровнем недееспособности, нарушением координации движения; отсутствием конечности и т.д.

После того как риски, их вероятность и величина вреда определены, приступают к этапу разработки методов минимизации риска. Выбор метода управления риском основывается на минимизации возможного ущерба. Рассматриваются различные управленческие подходы. Данный этап также основывается на экспертном подходе. По характеру воздействия управленческие методы можно разделить на: снижение (минимизация вероятности и ущерба); сохранение или передача (обеспечение гарантий или страхование).

В медицинской практике снижение риска за счёт минимизации вероятности может осуществляться при:

- введении дополнительных систем контроля (например, выписку лекарственных препаратов проверяет фармацевт и клинический фармаколог);
- выявлении триггерных событий (задержка госпитализации, пожилой возраст);
- использовании менее рискованных технологий (например, малоинвазивные вмешательства), препятствии доступу к потенциально опасным объектам и местам (например, использование ограждений, систем контроля доступа);
- перестройке процессор внутри организации для обеспечения невозможности реализации сценария риска;
- использовании средств защиты: маски, очки, специальная обувь;
- средства обеспечения: аптечки первой помощи, дезсредства для удаления бактерии.

Уменьшение ущерба может быть реализовано за счёт систем раннего оповещения, обучения персонала и т.д. Сохранение риска может быть осуществлено за счёт создания дополнительного запаса медикаментов, подключения дополнительной энергосистемы. Передача риска может быть осуществлена на основании страхования ответственности, медицинского оборудования, материальных потерь в страховых медицинских организациях.

Основные группы индикаторов безопасности медицинской помощи: **ПРОЦЕССА- ИСХОДОВ-СТРУКТУРЫ.**

Группы индикаторов /показатели, например,

ПРОЦЕССА:

- Искусственная вентиляция лёгких: осложнение после интубации трахеи.
- Наркоз: корректное проведение наркоза.
- Фармакотерапия: назначение лекарственного препарата другому пациенту; ошибочное назначение антикоагулянтных препаратов; ошибочное назначение инсулина.
- Оказание медицинской помощи: профилактика тромбоэмболии; задержки при выполнении хирургического пособия.
- Осложнения: внутрибольничная пневмония, катетериндуцированные инфекции; пневмоторакс после медицинских манипуляции.

ИСХОДОВ:

- смертность в палате интенсивной терапии;
- больничная смертность;
- среднее время пребывания в палате интенсивной терапии;
- частота регоспитализации в течение 72 часов.

СТРУКТУРЫ:

- Наличие системы подачи отчётов о неблагоприятных событиях; ^ доступность протоколов; количество медсестёр на одного пациента;
- доступность реаниматолога в течение 24 часов.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ.

Проводятся обучающие занятия по выявлению наиболее вероятных рисков в структурных подразделениях. Формируется перечень рисков каждого структурного подразделения с вероятностью частоты его возникновения и мер по управлению рисками.