

Ежегодный брифинг
Экспертов внешней комплексной оценки

Культура безопасности: МИФ или РЕАЛЬНОСТЬ?

АЙЫПХАНОВА АЙНУР ТОКСАНОВНА
Магистр управления здравоохранением

г.Нур-Султан, 2022 год



Культура безопасности

- Это рабочая обстановка, которая поддерживает **открытое обсуждение ошибок** для извлечения уроков (цель – предотвращение повторения)
 - ✓ Сотрудничество невзирая на **должность, статус**
 - ✓ **Руководство** заинтересовано решать проблемы – корневые причины
 - ✓ **Каждый человек ошибается**, но заслуживает похвалы тот, кто делится неблагоприятным опытом с коллегами для извлечения урока
 - ✓ В 80-85% случаях – это дефект системы, а не вина человека

Определения

- **ИНЦИДЕНТ:** события, связанные с безопасностью пациента, которые **коснулись пациента**, независимо от того, был ли причинен вред.
- **ПОЧТИ ОШИБКА:** события, связанные с безопасностью пациента, которые **не достигли** пациента.
- **НЕБЕЗОПАСНЫЕ УСЛОВИЯ:** обстоятельства, повышающие вероятность возникновения события, угрожающего безопасности пациента.

Источник: Агентство МЗ США по исследованиям и качеству в здравоохранении, AHRQ

<https://pso.ahrq.gov/common-formats/overview>

Уроки из авиации: 1. СООБЩЕНИЕ ОБ ИНЦИДЕНТАХ



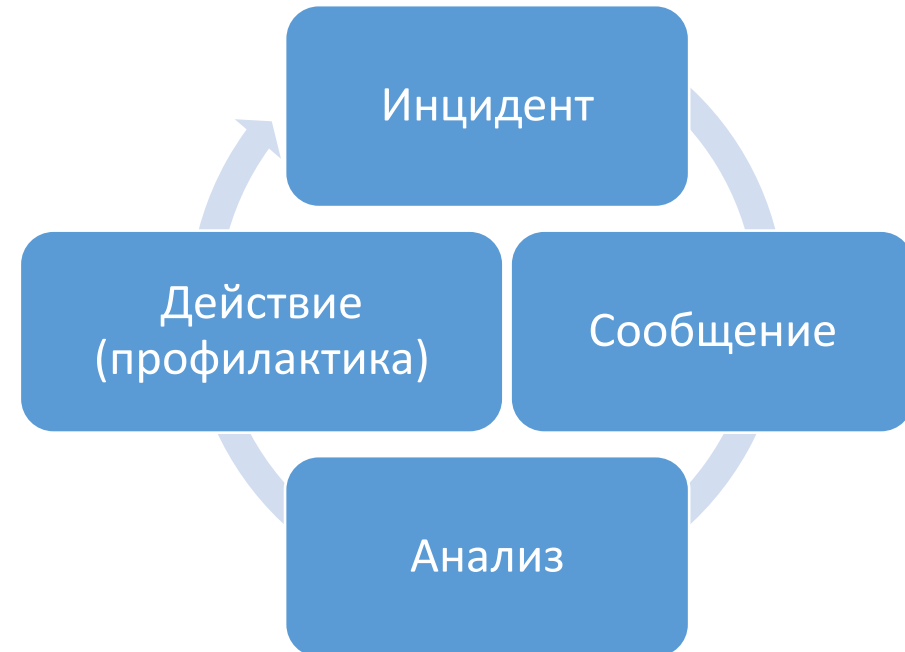
Авиация – одна из самых безопасных отраслей

Из книги «Почему больницы должны летать», 2008, **Джон Нэнс**, пилот (США):
Суть безопасности в знании того, что может пойти «не так»:

«Не должен ошибаться» - миф!

Добровольное сообщение гос.органам
об инцидентах в авиации

Разбор гос.органов и обратная
связь **в некарательной форме**



Уроки из авиации:

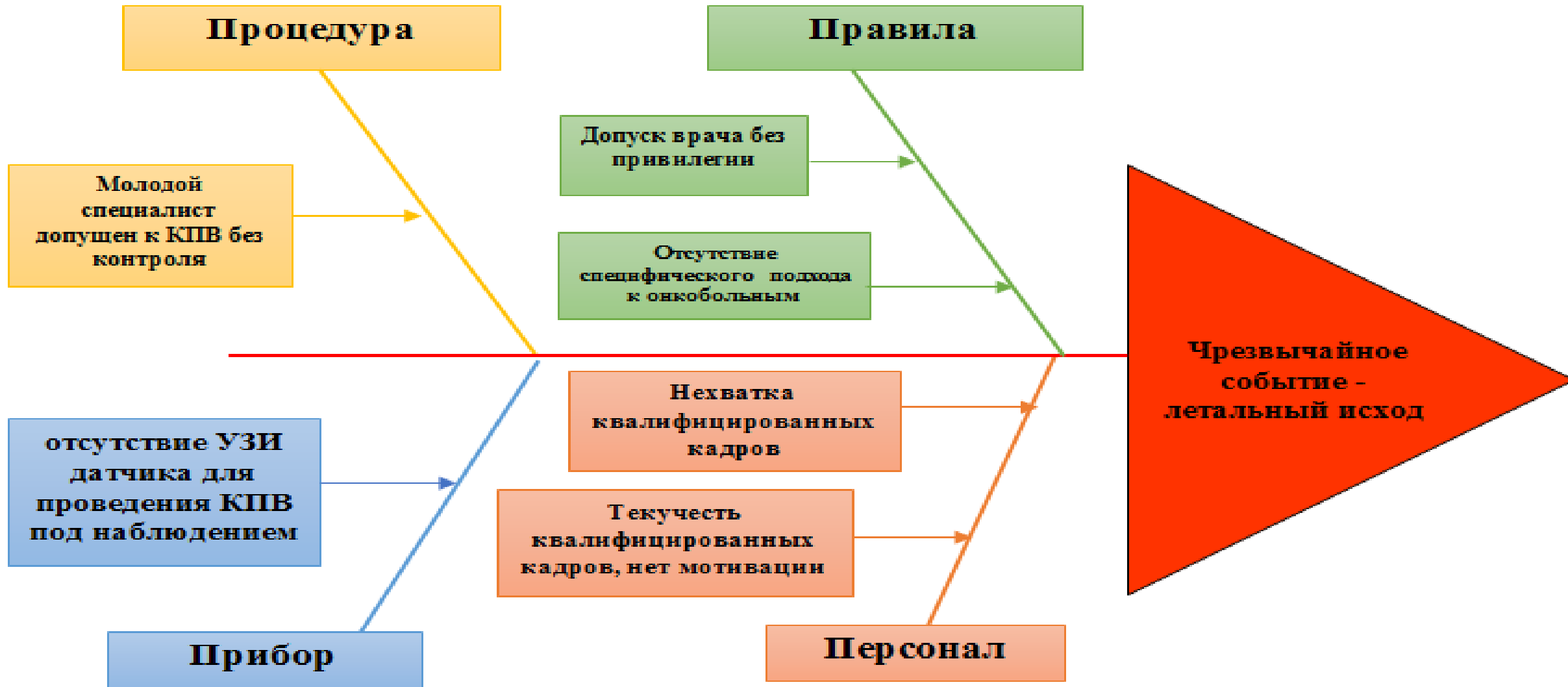
2. КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ

Исторически, молодые кадры не смели критиковать решения старших пилотов. После анализа авиакатастроф, внедрена «открытая культура», «некарательная обстановка»

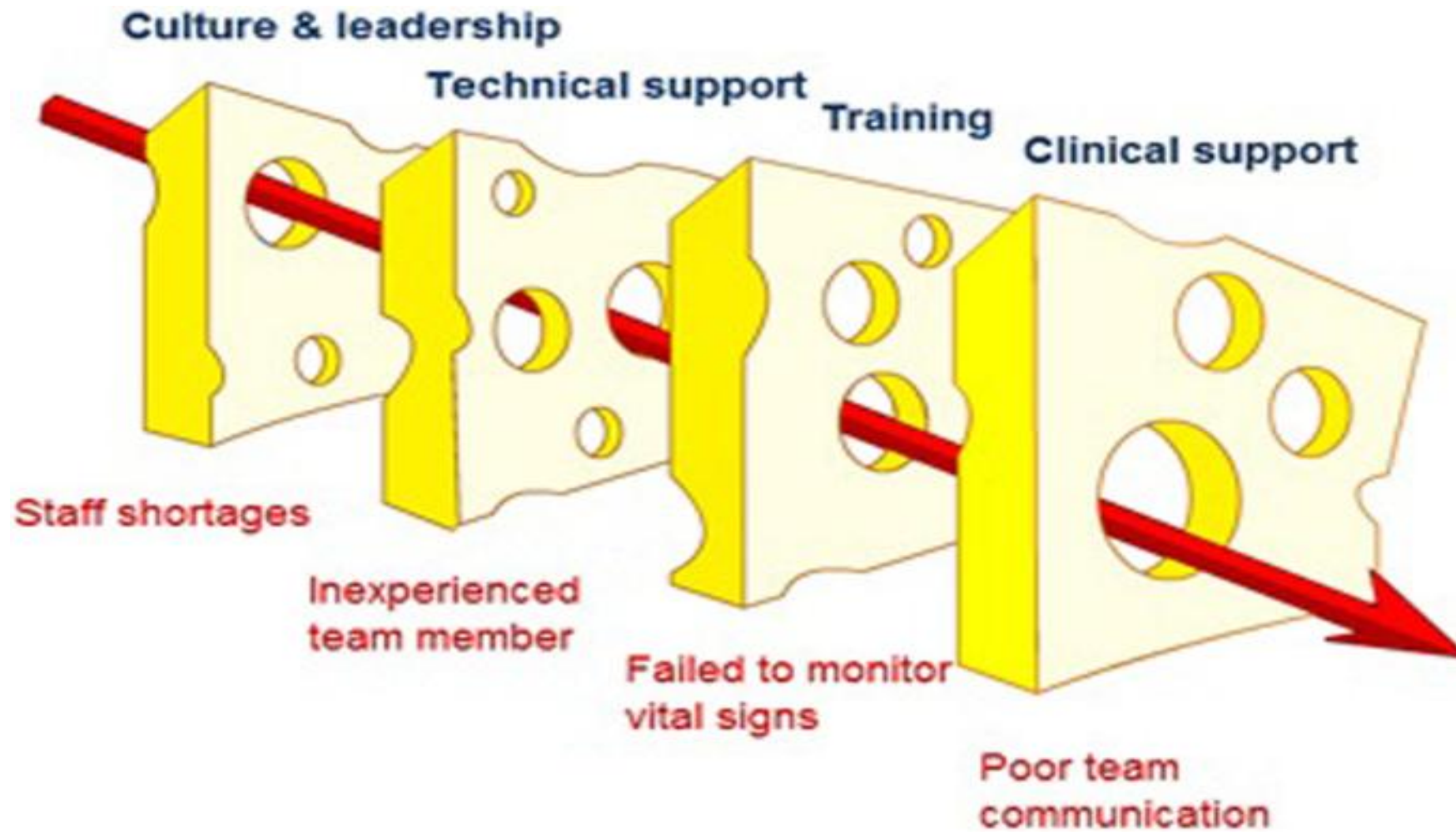
Пример из опыта Дж.Нэнса: молодой стажер поправил его (опытного капитана) о высоте, что предотвратило столкновение с др. авиалайнером



Пример диаграммы причин Ишикавы



Инструмент анализа причин «Швейцарский сыр»

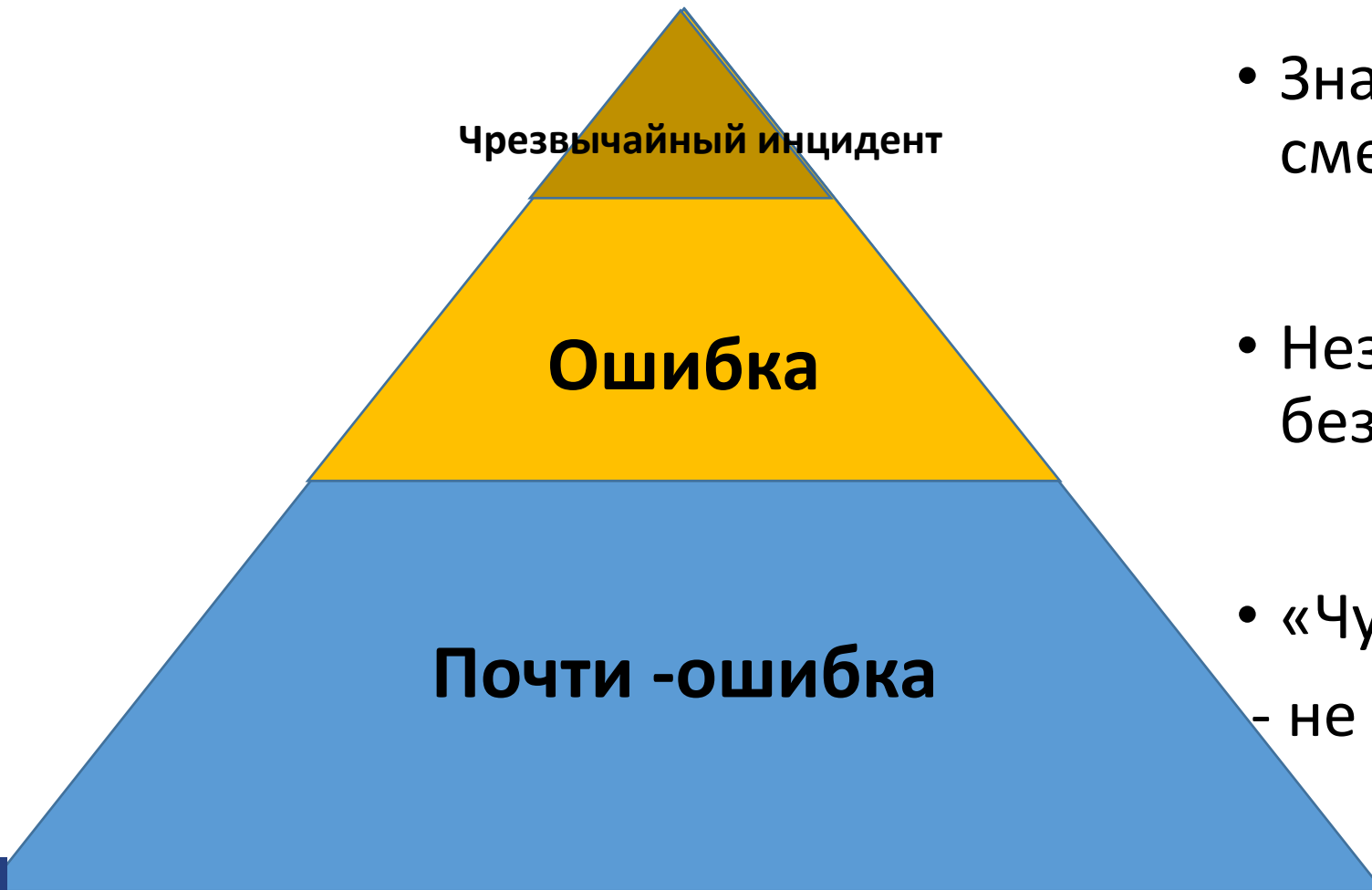


формирование

культуры безопасности в коллективе

аудит историй болезни <i>(текущих, закрытых)</i>	анкетирование пациентов	жалобы, конфликты, медиация
отчеты об инциденте <i>(сбор, анализ, меры)</i>	индикаторы деятельности <i>(сбор, анализ, меры)</i>	проекты по улучшению (PDSA) <i>(координация)</i>
обратная связь коллективу <i>(раз в квартал, в год)</i>	подготовка к аккредитации, пост-аккредитационный мониторинг	разработка СОП, правил

Классификация инцидентов



- Значительный вред или смерть
- Незначительный вред или без вреда
- «Чуть не случилось»
- не повлияло на пациента

Кто виноват?

Сотрудник?

- **реактивная работа**
- ажиотаж в ответ на проблемы
- Наказание отдельных лиц

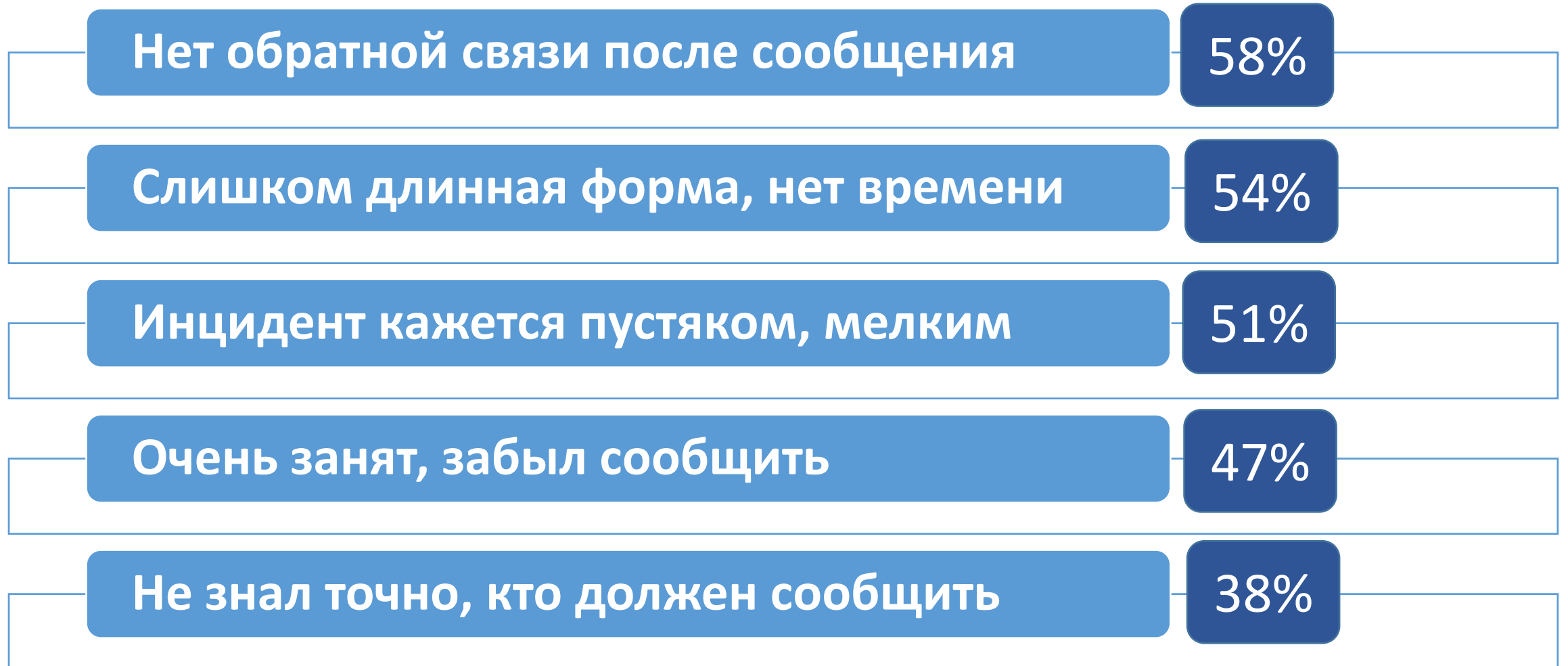
Система?

- **плановая работа**
- анализ дефектов системы
- профилактика проблем

Компоненты эффективной системы сообщения об инцидентах

- Благоприятная среда в коллективе для отчетности, защита конфиденциальности сообщающих сотрудников
- Отчеты должны быть получены от широкого круга персонала
- Четкий механизм рассмотрения инцидентов и разработки планов действий
- Своевременно распространять результаты анализа инцидентов

Топ-пять причин несообщения инцидентов



Источник: <https://psnet.ahrq.gov/primer/reporting-patient-safety-events>

Ежегодное анкетирование культуры безопасности

Работа в коллективе / командный дух				
Согласны ли Вы с утверждением?	Абсолютно согласен	Согласен	Не совсем согласен	Не согласен
Я считаю, что работники Больницы в целом поддерживают друг друга (морально и в работе)				
Я вижу, что в Больнице работники относятся друг к другу с уважением				
У меня в отделении/отделе, когда кто-то из работников очень занят, коллеги готовы помочь				
Мне приятно работать с коллегами. Я с удовольствием хожу на работу				
Ошибку в работе с пациентом не принято сообщать заведующему / старшей медсестре				
Я боюсь, что за совершенную мной ошибку меня накажут морально (конфликт, унижение)				

Призыв к действию странам мира от ВОЗ, ОЭСР, ВБ

Государства
должны:

- Устранить разницу между фактическим и достижимым качеством мед.услуг
- Сохранить медицинские кадры со знаниями и навыками, отвечающими потребностям населения в качественных услугах

Системы
здравоохранен
ия должны:

- Продвигать культуру повышения безопасности
- Внедрить инфраструктуру для повышения знаний
- Дать методологическую поддержку для улучшения

Медработники
должны:

- Принять и внедрить философию командной работы
- Воспринимать пациентов как партнеров
- Давать данные для повышения безопасности услуг

Пациенты
должны:

- Активно вовлекаться в улучшение своего здоровья
- Знать о праве на услуги современного качества

Спасибо за внимание!

