

Директор ГКП на ПХВ
«Многопрофильная городская
детская больница №2» акимата
города НурСултан
Г.Е.Кулушева
«05» апреля 2021 г.

**Программа улучшения качества
медицинских услуг и безопасности пациентов в
ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская детская больница №2»
акимата города Нур-Султан**

1. Общие положения

1.1. Программа по улучшению качества медицинских услуг и безопасности пациентов (далее – Программа) разработана для формирования единой системы и контроля за качеством оказания медицинских .

1.2. Настоящая Программа помогает осуществлять Миссию и Видение, обеспечивая систематический, координированный и непрерывный подход по улучшению качества услуг и безопасности пациентов путем содействия с другими программами, постоянного совершенствования, открытости, доверия, взаимоуважения, стремления к непрерывному обучению, командной работы и соответствия международным стандартам качества.

1.3. Каждый пункт настоящей Программы включает процесс по улучшению качества оказываемых медицинских услуг и безопасности пациентов и их семей.

2. Цель

2.1. Целью настоящей Программы является повышение качества медицинских услуг, безопасности пациентов и максимальное снижение рисков путем контроля и улучшения таких процессов как:

- 1) безопасность и права пациента и его семьи;
- 2) осмотр пациента и доступ к медицинской помощи;
- 3) уход за пациентом;
- 4) обучение пациента и его семьи;
- 5) руководство;
- 6) управление рисками;
- 7) управление информацией;
- 8) профилактика и контроль инфекции;
- 9) совершенствование организационной деятельности;
- 10) управление человеческими ресурсами.

3. Термины и определения

3.1. В настоящей Программе применяются следующие термины:

МГДБ№2 – Многопрофильная Городская детская больница№2

ОКК и ПП – отдел контроля качества и поддержки пациентов;

Отдел ОМР и СР – отдел организационно-методической работы и стратегического развития;

риск – вероятность инцидента/неблагоприятного события, которое возникает в определенный период времени или в результате специфической ситуации;

инцидент (неблагоприятное событие) – это событие, не являющееся частью нормального функционирования деятельности Общества и при этом влияющее или способное оказать влияние на снижение качества оказываемых услуг или полное прекращение его предоставления;

почти ошибка / near miss – (предотвращенная, несвершившаяся ошибка) происшествие, при котором ошибка была совершена и предотвращена на подготовительном этапе исполнения процесса (например, записана неправильная доза препарата врачом и при проверке назначения руководителем структурного подразделения ошибка была замечена и исправлена, что не дало осуществиться процессу введения неправильной дозы препарата пациенту);

свершившаяся ошибка (медицинская и немедицинская ошибка) /error – происшествие, неблагоприятно повлиявшее на процесс оказания качественной медицинской помощи и безопасности пациентов Общества в результате действия или бездействия сотрудников, аппаратуры и т.п. Может быть без вреда и с причинением вреда пациенту, сотрудникам, аппаратуре, имиджу, зданию и т.д.;

чрезвычайное событие/sentinel event – инцидент, повлекший значительный вред здоровью;

4. Область применения

4.1. Настоящая Программа распространяется на МГДБ№2, структурные подразделения больницы, параклинические отделения больницы, а также на пациентов, посетителей и все внешние организации, осуществляющие услуги для МГДБ№2 или на территории МГДБ№2.

5. Ответственность

5.1. Ответственность за правильное выполнение целей настоящей Программы возлагается на всех сотрудников МГДБ№2, аутсорсинговых компаний, студентов, резидентов, консультантов, выполняющих свои договорные обязательства с МГДБ№2.

5.2. Ответственность за общий мониторинг МГДБ№2 по выполнению и соответствию целей настоящей Программы возлагается на ОКК и ПП.

6. Нормативные ссылки

Внешняя и внутренняя экспертиза проводится согласно Приказа МЗ «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)» Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-230/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 4. декабря 2020 года № 21727

7. Миссия и видение МГДБ№2

7.1. Миссия МГДБ №2 – Оказание инновационных медицинских услуг, способствующих улучшению качества жизни детей Республики Казахстан.

7.2. Видение МГДБ №2 – Лидирующая многопрофильная детская клиника

в РК - как основа эффективной системы оказания медицинской помощи с интеграцией инновационных технологий

8. Стратегическое направление МГДБ№2

8.1. Для выполнения стратегии развития МГДБ№2 на 2019-2023 годы ежегодно составляется комплексный план МГДБ№2, где определяются приоритетные мероприятия на год. Для оценки выполнения мероприятий также определяются индикаторы (показатели работы).

8.2. Комплексный план МГДБ№2 составляется и согласовывается коллективно с вовлечением структурных подразделений. Формирование проекта комплексного плана и его индикаторов осуществляет отдел организационно-методической работы и стратегического развития.

8.3. В МГДБ№2 ежеквартально проводится мониторинг выполнения комплексного плана.

8.4. Согласно результатам оценки выполнения комплексного плана МГДБ№2 за предыдущий год, руководством МГДБ№2 коллективно вырабатываются стратегические приоритеты работы на следующий год, которые должны быть поддержаны в организации в дальнейшей работе.

8.5. Разработка комплексного плана основывается на стратегических принципах и целях МГДБ№2.

8.6. Стратегические принципы МГДБ№2:

- 1) ориентированность на пациента;
- 2) международные стандарты качества;
- 3) конкурентоспособность;
- 4) преемственность и комплексность;
- 5) социальная ответственность;
- 6) финансовая устойчивость.

8.7. Стратегические цели МГДБ№2:

- 1) сформировать пул из высококвалифицированных кадров, подготовленных к работе по международным стандартам;

- 2) повысить доходность и обеспечить адекватное финансирование деятельности;
 - 3) создать пациент-ориентированную систему оказания медицинской помощи;
 - 4) повысить эффективность больничного менеджмента и производительность деятельности клиник;
- стать ведущим поставщиком медицинских услуг в Республике Казахстан.

9. Принципы Программы

9.1. Фокусирование внимания на сотрудниках МГДБ№2. Суть любого постоянного совершенствования системы организации – это фокусирование внимания на своих сотрудниках, как штатных, так и внештатных, таким образом система качества (далее – Система), получает глубокие знания и понимание своих сотрудников. Далее это понимание может быть использовано для улучшения качества продукции Системы и/или услуг с целью более полного удовлетворения потребностей и ожиданий ее членов.

9.2. Постоянное совершенствование. В ходе постоянного совершенствования Система анализирует свои процессы для того, чтобы идти по пути улучшения качества своих услуг. Постоянно совершенствующаяся Система всегда ищет новые пути удовлетворения потребностей своих пациентов и превосходства их ожиданий.

9.3. Работа в команде. Система МГДБ№2 признает, что в некоторых случаях коллективное решение и мировоззрение превосходит отдельно взятые мнения. Привлекая таланты и навыки всех сотрудников Общество создает более сильную и эффективную систему.

9.4. Постоянное обучение. В постоянно совершенствующейся Системе развивается культура, в которой ее люди постоянно стремятся учиться, получать знания и адаптироваться к изменяющимся потребностям и окружающей среде. Система делает доступными ресурсы для обучения и опирается на знания и опыт своих сотрудников, чтобы улучшить предоставляемые услуги.

9.5. Сотрудничество и взаимоуважение. Сотрудники системы проявляют взаимное уважение к достоинству, знаниям и потенциальному вкладу других. Система привлекает каждого участника в улучшение процессов, в которых они работают, и создает среду, в которой сотрудники могут быть новаторами и чувствовать удовлетворение от своей работы.

9.6. Создание некарательной рабочей обстановки. МГДБ№2 придерживается политики открытости и приветствует следующие организационные процессы:

- 1) выявление и регистрацию инцидентов и принятых по ним мер;
 - 2) извлечение уроков из совершенных медицинских ошибок для дальнейшего их предупреждения;
 - 3) выявление и оценку общих рисков в организации касательно безопасности пациентов и медицинских ошибок;
 - 4) инициирование мер по снижению рисков;
-

- 5) минимизация обвинения лиц, вовлеченных в медицинскую ошибку;
- 6) коллективная работа подразделений в разработке планов, процессов и механизмов по обеспечению безопасности пациентов;
- 7) обмен знаниями с целью изменения мышления и поведения персонала в сторону повышения качества предоставляемых услуг.

10. Структура управления качеством медицинских услуг и поддержки пациентов

10.1. Наблюдательный Совет МГДБ№2.

10.1.1. В области улучшения качества наблюдательный Совет рассматривает и определяет:

- 1) приоритетные мероприятия по повышению качества и безопасности пациента;
- 2) индикаторы комплексного плана;
- 3) другие сведения по улучшению качества и безопасности пациентов.

10.2. Лечебно- контрольная комиссия

10.2.1. Лечебно- контрольная комиссия (далее – ЛКК) МГДБ№2 является совещательным органом, действующим в процессе разработки и поддержании программ по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг, в целях формирования политики ГДБ№2 в области развития новых услуг, а также снижения рисков для пациентов

10.2.2. Для повышения эффективности работы ЛКК ГДБ№2 проводится постоянный мониторинг выполнения настоящей Программы, который рассматривает или определяет:

- 1) приоритетные мероприятия по повышению качества и безопасности пациента по своей инициативе или инициативе сотрудников, включенной в повестку заседания, сроки и ожидаемые результаты.
- 2) отчеты по инцидентам, включая осложнения после лечебных/диагностических процедур (статистика, анализ, принятые меры по улучшению);
- 3) отчеты ОКК и ПП по анализу корневых причин чрезвычайных событий (sentinel event);
- 4) отчеты ОКК и ПП по аудиту медицинских карт на соответствие требованиям в ГДБ№2, в т.ч. стандартизация записей;
- 5) отчеты ОКК и ПП по анкетированию пациентов;
- 6) отчеты ОКК и ПП по анализу жалоб пациентов;
- 7) отчеты комитетов и комиссий МГДБ№2, в т.ч. членов комиссии инфекционного контроля, членов формулярной комиссии по управлению лекарственными средствами, членов реанимационного комитета, членов комитета по безопасности и управлению больничными рисками и др.;
- 8) отчеты об оценке деятельности структурных подразделений ГДБ№2
- 9) отдает предпочтение системному подходу в решении проблем;
- 10) другие сведения по улучшению качества и безопасности пациентов.

10.3. Советы и комиссии МГДБ№2.

10.3.1. Комитеты и комиссии МГДБ№2 состоят из мультидисциплинарных команд с участием врачей, медицинских сестер и административно-управленческого персонала и выполняют работу согласно следующим пунктам:

- 1) обеспечение реализации мероприятий по безопасности пациентов МГДБ№2 и повышение качества медицинских услуг;
- 2) распределение ответственности по разработке и пересмотру внутренних правил и клинических протоколов лечения, которые влияют на качество медицинской помощи;
- 3) распределение ответственности по контролю за выполнением внешних и внутренних нормативных документов;
- 4) ведение систематического обзора привилегий и компетенций медицинского персонала (по мере необходимости);
- 5) тесное сотрудничество с ОМК и БП по вопросам безопасности пациентов и организационным вопросам;
- 6) сотрудничество комитетов и комиссий МГДБ№2 друг с другом при вопросах и ситуациях, требующих комплексного подхода;
- 7) подача данных на ЛКК по качеству для рассмотрения вопросов комитетов и комиссий на системном уровне МГДБ№2 и принятия решений, требующих коллективного рассмотрения.

10.4. Медицинский и немедицинский персонал МГДБ№2.

- 1) Медицинский и немедицинский персонал МГДБ№2 (далее - Персонал) придерживаются миссии, ценностей МГДБ№2, принципов настоящей Программы и других документов МГДБ№2;
- 2) Персонал принимает участие в мероприятиях по повышению качества;
- 3) Персонал сообщает своим непосредственным руководителям о возможностях повышения качества и безопасности по мере их выявления.

10.5. Роль пациентов МГДБ№2.

- 1) Пациенты требуют гарантии безопасности, эффективности и соответствия медицинских услуг. Так как широкая общественность становится все более осведомленной о предоставлении медицинской помощи, пациенты выражают желание активно участвовать в этом процессе. Необходимо активно вовлекать пациентов и их родственников в процесс принятия решений о лечении и уходе, в обучение, улучшение системы отчетности об инцидентах.
 - 2) Пациенты, потенциальные клиенты (население) имеют доступ к информации об оказываемых услугах, их качестве и другие интересующие сведения через сайт МГДБ№2 и другие источники информации (бумажные – стенды, вывески, брошюры).
-

11. Цикл Деминга «FOCUS PDCA»

11.1. Для эффективной работы МГДБ№2, постоянного общесистемного совершенствования требуется структурированный цикл самосовершенствования с целью улучшения рабочих процессов. Научиться решать проблемы и эффективно управлять процессами – один из наиболее достойных преимуществ по улучшению своей деятельности. Эти преимущества включают в себя:

- 1) постоянное усовершенствование;
- 2) улучшение качества труда;
- 3) улучшение качества (с понижением или сохранением затрат);
- 4) улучшение коммуникаций и координирования.

11.2. **FOCUS PDCA** является систематическим **методом** для улучшения процессов:

F	(Find) Найти процесс для улучшения
O	(Organize) Организовать команду для идентификации потребностей сотрудников
C	(Clarify) Прояснить текущие знания о процессе
U	(Understand) Понять истоки процесса изменений
S	(Select) Выбрать процесс для улучшения
P	(Plan) Составить план по улучшению процесса
D	(Do) Провести испытание предложенных изменений
C	(Check) Проверять результаты / изучать данные
A	(Act) в рабочем порядке поддерживаем положительный результат и продолжаем совершенствоваться

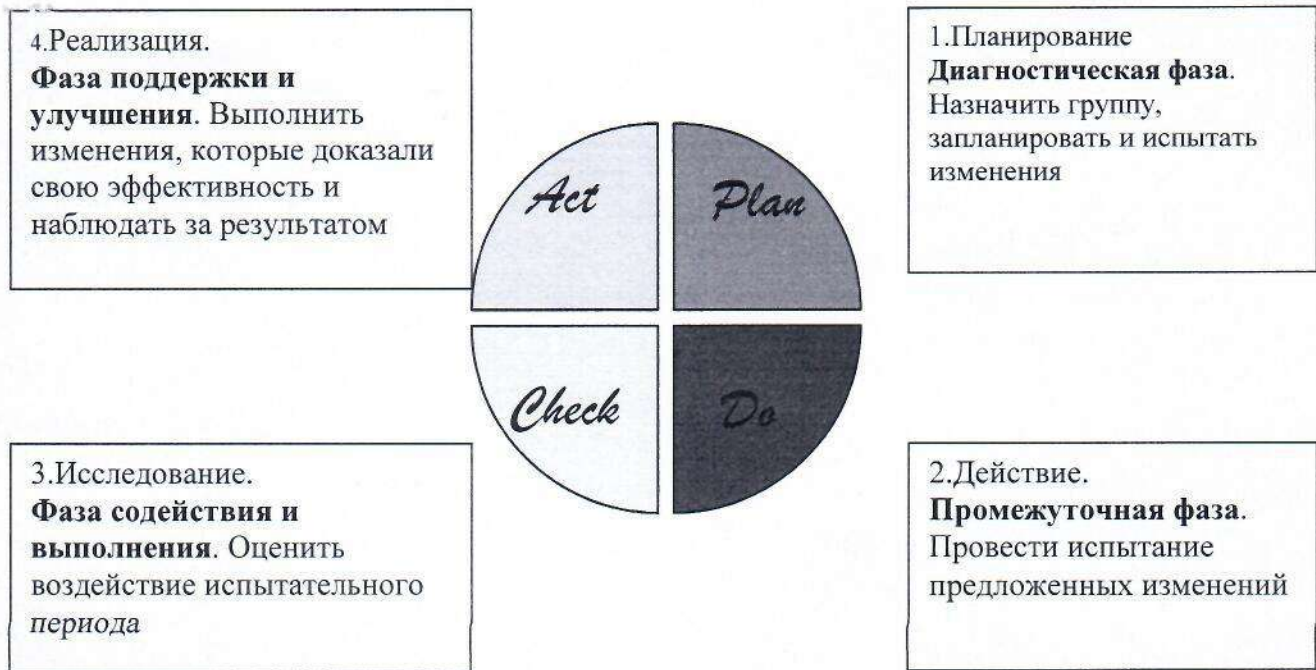
1 этап – План. На этом начальном этапе производится выявление и описание объема и масштаба проблемы. Эта фаза также включает в себя установку целей или миссий для проекта/процесса. Она включает в себя первоначальный сбор данных и для процесса клинического улучшения, включает обзор литературы в качестве основы для изменений.

2 этап – Действие. Решения и попытки выполнения нескольких вмешательств, которые могут уменьшить проблемы (этап Вмешательства).

3 этап – Исследование. Осуществление и оценка вмешательств(а) (этап воздействия и осуществления).

4 этап – Реализация. Повторная оценка и непрерывный мониторинг для гарантирования эффективности вмешательств (этап поддержки и усовершенствования).

11.3. Все структурные подразделения МГДБ№2 должны проводить внутреннюю работу по улучшению качества, используя FOCUS PDCA, особенно, если встречаются системные проблемы, новые процессы или плановая работа по улучшению качества



12. Инциденты

12.1. Программа качества не может выполняться эффективно без достоверной и полной отчетности о медицинских ошибках и инцидентах. ГДБ№2 руководствуется принципом, что ошибки в большинстве случаев происходят из-за дефектов организации рабочих процессов, а не из-за вины индивидуального лица.

12.2. Деятельность руководства направлена на улучшение систем и процессов, а не на дисциплинарное наказание лица, ответственного за ошибку или происшествие. Поэтому, целью ГДБ№2 является внедрение некарательного подхода в управлении инцидентами. Таким образом, все сотрудники МГДБ№2 обязаны сообщать обо всех произошедших и потенциальных ошибках и инцидентах без страха наказания.

12.3. Инциденты, о которых необходимо сообщить в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан должны быть своевременно сообщены в соответствующие органы.

12.4. Классификация инцидентов:

- 1) Обоснованные;
- 2) Частично обоснованные
- 3) Необоснованные.

12.5. При выявлении инцидента/ошибки сотрудник МГДБ№2 должен:

- 1) выполнить или обеспечить мероприятия по улучшению состояния пациента (беседа, расследование)
- 2) сообщить об инциденте заведующему отделением, лечащему врачу и другим сотрудникам МГДБ№2 по необходимости;
- 3) заполнить лист инцидента

4) все сотрудники структурных подразделений МГДБ№2 обязаны своевременно, в течение 24 часов, подавать информацию обо всех инцидентах происшедших в МГДБ№2 в ОКК и ПП.

13. Оценка рисков

13.1. В МГДБ№2 проспективной (проактивной) методологией анализа рисков является «Оценка рисков и их последствий (FMEA)» (см. Приложение 2). МГДБ№2 ежегодно определяет процесс высокого риска и проводит анализ по методологии FMEA.

13.2. Оценка риска представляет собой процесс, который помогает сотрудникам понять уровень рисков, с которыми они сталкиваются, уровень способности управлять этими рисками, вероятность их возникновения и их возможных последствий. Это одно из ключевых направлений деятельности, которые должны быть применены на месте в рамках комплексной системы управления рисками для улучшения безопасности пациентов.

13.3. Руководство МГДБ№2 активно предупреждает риски, связанные с клиническими и неклиническими аспектами работы.

13.4. Главным инструментом предупреждения рисков является система управления рисками, основанная на следующих этапах:

- 1) распознавание рисков;
- 2) определение приоритетности;
- 3) отчет о рисках;
- 4) работа с рисками;
- 5) расследование нежелательных последствий;
- 6) разрешение выявленных проблем.

13.5. После анализа внутренних данных по отчетам из внешних источников. Комитет по управлению рисками выбирает как минимум один процесс с высоким риском для ежегодной активной оценки риска и выполнения улучшения.

13.6. Таблица оценки рисков с определениями разработана в качестве руководства для специалиста, проводящего исследование, и уменьшения расхождений между результатами наблюдений.

13.7. Таблица оценки рисков МГДБ№2 будет использована для оценки случаев, которые уже произошли (фактические данные), случаев, которые были предотвращены (потенциальные), а также при активной оценке рисков.

13.8. Необходимо проводить активную оценку рисков, проводя трейсеры, обходы и проверки в структурных подразделениях МГДБ№2.

Анализ корневых причин (RCA)

13.9. Анализ корневой причины – попытка определить первопричину или основной источник ошибки, нарушения или несчастного случая. Большинство ошибок, нарушений или несчастных случаев имеют несколько причин, но меньше источников.

13.10. Все чрезвычайные инциденты подлежат анализу корневых причин.

13.11. Пошаговый анализ изучения причины и следствия помогает рабочей группе причинно-следственного анализа (далее – рабочая группа) найти корневую причину так, чтобы можно было предпринять коррективные меры.

13.12. В Правилах по анализу корневых причин представлены 2 вида процессов анализа корневых причин:

- 1) процесс 5 вопросов «Почему?»;
- 2) процесс диаграммы Исикавы (Fishbone tool).

13.13. В зависимости от ситуации рабочая команда сама выбирает вид анализа корневых причин.

13.14. При анализе корневых причин необходимо составление действия по устранению корневой причины ошибки или инцидента, которые включают:

1) план мероприятий по устранению корневой причины, который разрабатывается рабочей группой, согласованной с руководством МГДБ№2 /или ОМК и БП и структурным подразделением, где произошел инцидент или обнаружен риск, а также с другими заинтересованными структурными подразделениями МГДБ№2. Назначается ответственное лицо для исполнения принятого решения;

2) трейсер/мониторинг – принятие решения всегда требует проверки его исполнения, ответственный за контроль назначается рабочей группой;

3) результаты трейсера/мониторинга – результаты проверки фиксируются в форме анализа корневых причин и сдаются в ОКК и ПП.

13.15. В ходе выполнения настоящей Программы рекомендуется дополнительно внедрять другие методологии улучшения качества.

14. Анкетирование пациентов МГДБ№2

Анкетирование пациентов проводится согласно Разбор проблем и рекомендаций РГП « Республиканский центр развития здравоохранения Центр стратегического развития» « Подходы к оценке удовлетворенности пациентов медицинской помощью» №6 Нур-Султан 2019 .

14.1. Анкетирование пациентов – важный показатель заинтересованности Общества к равноправному диалогу с пациентами, уважения его мнения и желания работать над собственной организационной системой.

14.2. При помощи анкетирования пациенты МГДБ№2 могут выражать свои замечания, пожелания. Важно мнение каждого пациента, так как мнение одного пациента может выразить мнения тысячи.

14.3. Анкетирование и анализ анкет проводится ежемесячно сотрудниками ОКК и ПП.

14.4. Если анкета имеет замечание или несколько анкет имеют одинаковые замечания, то ОКК и ПП предпринимает меры по устранению причин данного замечания.

14.5. Результаты анализа предоставляются для обсуждения и принятия мер.

15. Анкетирование сотрудников МГДБ№2

15.1. Анкетирование сотрудников МГДБ№2 – показатель заинтересованности руководства МГДБ№2 мнением, пожеланием и замечанием своих работников.

15.2. Удовлетворение пожеланий сотрудников напрямую может оказывать влияние на качество предоставляемых услуг, так как порой только сотрудник может увидеть определенную проблему, по устранению которой могут улучшиться условия труда работников и безопасность пациентов.

15.3. Результаты анализа предоставляются для обсуждения и принятия мер.

16. Регистрация и ответ на жалобы

Работа по жалобам в МГДБ№2 проводится согласно « О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц» Закон Республики Казахстан от 12 января 2007 года N 221.

16.1. Все структурные отделения, парклинические отделения МГДБ№2 имеют книгу жалоб и предложений и ящики для обращений, где пациенты могут оставлять свои комментарии.

16.2. После оставления пациентами в книге жалоб и предложений своих комментариев по поводу ненадлежащих действий со стороны сотрудников или организационных моментов МГДБ№2, сотрудники отделений (или сотрудники МГДБ№2, имеющие отношение к жалобе) должны сообщить об этом в ОКК и БП для быстрого и своевременного принятия мер по устранению причин жалобы.

16.3. Помимо сообщений о жалобах, поступающих от структурных подразделений МГДБ№2, сотрудники ОКК и ПП проводят еженедельную проверку всех книг жалоб и предложений для устранения причин жалоб, уведомлений о которых, в течение недели, в ОКК и ПП не поступало.

16.4. Помимо книг жалоб и предложений в МГДБ№2 существует телефон доверия: 87015896631 и 999-524 ОКК и ПП, по которому пациенты могут выражать свои комментарии касательно предоставляемых услуг. Если устное обращение пациента расценивается как жалоба, то сотрудники ОКК и БП должны оперативно предпринять все необходимые меры по ее устранению.

16.5. Отчет по жалобам и работа по ним докладывается на еженедельном госпитальном совете.

17. Врачебная экспертиза уровня качества диагностики и лечения

Аудит качества диагностики и лечения в МГДБ№2 проводится согласно Приказа МЗ «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)» Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № КР

ДСМ-230/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 4. декабря 2020 года № 21727

17.1. Врачами-экспертами ОКК и ПП ежемесячно аудит историй болезней для выявления некорректных процедур диагностики и лечения, а также для общего мониторинга качества оказанных услуг МГДБ№2 согласно протоколам диагностики и лечения

17.2. На основании оценки качества медицинских услуг формируется рейтинг структурных подразделений в зависимости от вида, формы и уровня оказания медицинской помощи.

17.3. Аудит историй болезней заведующими структурных подразделений проводится ежемесячно.

18. Приоритетные индикаторы качества

18.1. Руководство МГДБ№2 определяет наиболее важные «внешние» индикаторы качества клинического и административного направления для мониторинга динамики ключевого показателя результативности работы. Области выбранных приоритетных индикаторов качества МГДБ№2 перечислены в Приложении 1 настоящей Программы.

18.2. Необходимость мониторинга обосновывается непрерывным улучшением качества работы наиболее важных или проблемных процессов МГДБ№2, которые прямо или косвенно влияют на качество услуг и безопасность пациентов и сотрудников, а также на финансовые показатели МГДБ№2.

18.3. Оцениваются индикаторы качества ежемесячно и ежеквартально

18.4. ОКК и ПП ведет общий мониторинг за всеми индикаторами качества вместе со структурным подразделением МГДБ№2, ответственного за этот индикатор, а также проводит сбор и агрегацию данных, анализ данных (если этого не делает другое ответственное подразделение), валидацию данных, предоставляет обратную связь с пользователями данных путем доклада данных по индикаторам на собраниях, рекомендует корректирующие мероприятия по устранению нежелательной динамики индикатора.

19. 6 Международных целей безопасности пациентов

19.1. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, требованиями JCI, а также в качестве части стратегии МГДБ№2 по улучшению качества и безопасности пациентов, Общество ведет работу по мониторингу и улучшению шести международных целей безопасности пациентов (далее – МЦБП).

19.2. Шесть Международных целей безопасности пациентов включают в себя:

- 1) правила идентификации пациентов;
- 2) порядок передачи информации между медицинским персоналом;
- 3) правила хранения и движения лекарственных средств с высоким риском;

- 4) порядок верификации участка при проведении инвазивных и хирургических процедур;
- 5) программа гигиены рук;
- 6) программа профилактики падений.

20. Обучение персонала, пациентов и их семей

20.1. Обучение – главный процесс самосовершенствования и безопасности.

20.2. Сотрудники МГДБ№2 информируют и обучают пациентов их правам и обязанностям, подготовке к лечебно-диагностическим мероприятиям, правилам сдачи биоматериалов для лаборатории, общему режиму вовремя и после лечебно-диагностических процедур, приему лекарств вовремя, до и после лечебно-диагностических процедур, уходу и питанию на дому и т.д.

20.3. Руководство МГДБ№2 заинтересовано в непрерывном процессе обучения своих сотрудников на базе доказательной медицины. Сотрудники МГДБ№2 имеют возможность получать опыт диагностики и лечения, проходя краткосрочное и долгосрочное обучение внутри или за пределами Республики Казахстан, а также участвуя в международных семинарах и конференциях.

20.4. Обучение сотрудников внутри МГДБ№2 проводится в различных форматах: в виде лекций и презентаций на общих собраниях, обучающих мероприятиях, семинарах, в виде устного обучения в небольших группах непосредственно в структурном подразделении, в письменном виде через правила, памятки.

21. Конфиденциальность информации

21.1. Доступ к информации МГДБ№2 является ограниченным и доступен только для лиц, которые имеют необходимость и специальное разрешение к ней с целью безопасности и повышения производительности. Эта информация может включать клиническую, финансовую, административную информацию.

21.2. При транспортировке между структурными подразделениями МГДБ№2, медицинская документация должна быть защищена и сопровождаться только уполномоченными сотрудниками МГДБ№2.

21.3. Ответственность за безопасность медицинских записей в медицинских подразделениях МГДБ№2 распространяется на врачей и медицинских сестер этих медицинских подразделений МГДБ№2.

21.4. Медицинские записи не должны оставаться без присмотра, в условиях, где посетители могут иметь к ним доступ.

21.5. Медицинские записи не должны выходить за пределы МГДБ№2

21.6. Закрытые амбулаторные карты, истории болезни сдаются в отдел медицинской статистики для статистической обработки данных. После проведенного анализа сотрудники отдела медицинской статистики сдают амбулаторные карты и истории болезни в архив МГДБ№2.

22. Структура отчетности по улучшению качества и безопасности пациентов МГДБ№2

22.1. Механизм отчетности состоит из систематического обмена информацией и обратной связи между МГДБ№2, ЛКК, ОМК и БП, медицинскими и немедицинскими структурными подразделениями ГДБ№2, комитетами и комиссиями МГДБ№2, аутсорсинговыми компаниями и др.

22.2. Структурные подразделения МГДБ№2» сдают текущие отчеты, данные по индикаторам, инциденты, информацию по жалобам в ОКК и ПП или в отдел ОМР и СР, если данные относятся к индикаторам комплексного плана.

22.3. После согласования и анализа данных ОКК и ПП, и ОМР и СР сдают отчеты службе внутреннего аудита и поддержке пациента.

Области приоритетных индикаторов качества МГДБ№2

Индикаторы в административных областях

1. Управление ресурсами.
2. Удовлетворенность пациентов и их семей.
3. Удовлетворенность медицинского персонала.
4. Профилактика и контроль возникновения событий, подвергающих опасности пациентов их семьи, и персонала.

Индикаторы в клинических областях

1. Использование антибиотиков и других медикаментов.
2. Медицинские и немедицинские ошибки (инциденты).
3. Инфекционный контроль.
4. Экспертиза уровня качества диагностики и лечения, доступность, содержание записей в карте пациента (УКДЛ).

Индикаторы по международным целям безопасности пациента

1. Идентификация пациента.
 2. Устная / телефонная передача сообщения.
 3. Хранение медикаментов высокого риска.
 4. Предоперационная верификация, тайм-аут.
 5. Гигиена рук.
 6. Профилактика падений.
-