Медицинские ошибки и риск-менеджмент в больнице

КАФЕДРА МЕЖДУНАРОДНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

«Качество медицинских услуг»

- Это баланс между пользой и вредом для здоровья (А. Донабедиан)
- Это эмпирическое равновесие между исскусством и наукой (Муллан)
- Это услуги, сосредоточенные на пациенте, практикуемые каждым работником; уровень безопасности, эффективности и своевременности которых определяет вероятность получения желаемого результата, и соответствуют современным профессиональным достижениям медицины (Институт Медицины США)

«Безопасность пациента»

- Дисциплина, целью которой является выявление, анализ и предотвращение медицинских ошибок, часто наносящих вред здоровью пациента
- ВОЗ: каждый 10-й пациент подвергается медицинской ошибке
- Институт медицины США, 1999, отчет «Человек ошибается»: ежегодно более 90 000 американцев умирают из-за мед. ошибок

Качество и промышленность

- Истоки методик по улучшению качества – машиностроение, приборостроение (Япония)
- Уолтер Шоухарт д-р физ.наук, США:
  - измерения вариации – основоположник системы измерения для проверки качества
- Эдвард Деминг, д-р физ-мат наук:
  - 15% плохого качества – по вине работников, 85% – по вине управления процессами.
  - Цикл План-Исполнение-Исследование-Исправление (Plan-Do-Study-Act)
- Джозеф Юран, инженер, США:
  - Качество снижает расходы (снижение дефектов)
  - Принцип Парето 80/20 (20% процессов определяет 80% успеха)

Безопасность и авиация

- Безопасность – неотъемлемая часть работы
- Успех – отсутствие ошибок (невозможно!)
- Неудача – совершение ошибки (потеря статуса, уважения, лишение права работать)
- Сложные системы (взаимодействие людей, процессов)
- Большой человеческий фактор (принятие многих решений, стресс, усталость)
- Высокие технологии, высоко-интеллектуальный труд

Уроки из авиации: 1. сообщение об инцидентах

Авиация – одна из самых безопасных отраслей

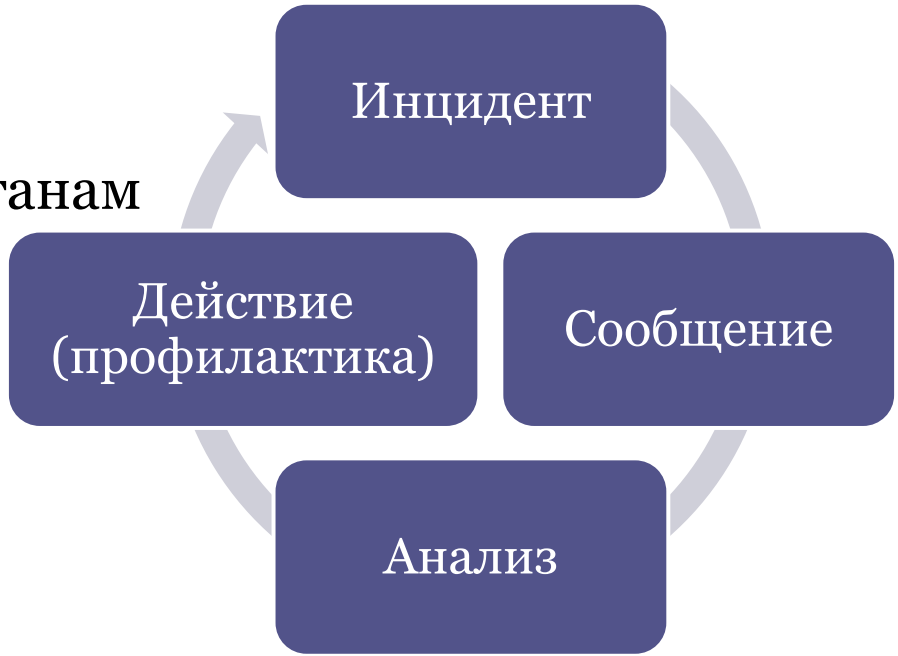
Из книги «Почему больницы должны летать», 2008, **Джон Нэнс**, пилот (США):

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



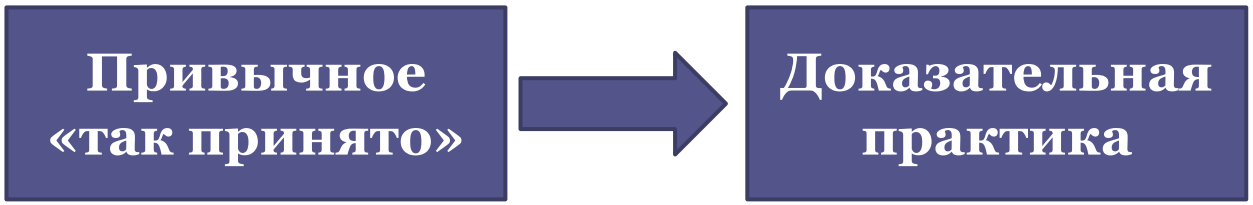
Уроки из авиации:
2. обстановка

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

Уроки из авиации: 3. алгоритмы

- Не надеяться на сообразительность работника
- Создавать надежные системы



Разработка четких алгоритмов, чек-листов:

- Оценка состояния пациента по шкале
  - **Шкала пробуждения Алдрета**
  - **Риск падения (шкала Морзе, Хендрикса)**
  - **Риск пролежня (шкала Брадена)**
- Предоперационная проверка готовности
- Стандартные операционные процедуры

«Справедливая культура», «некарательная обстановка»

- Это рабочая обстановка, которая поддерживает открытое обсуждение ошибок для извлечения уроков
- Цель – предотвращение повторения
- Каждый человек ошибается, но заслуживает похвалы тот, кто для анализа делится неблагоприятным опытом с коллегами
  - Выдающиеся ученые (Пирогов, Сеченов)
- В 85% случаях нужно исправлять систему, а не людей

«Справедливая культура», «некарательная обстановка»

Пример:

ВОЗ рекомендует проведение **«тайм-аут»** – краткой паузы перед началом операции. Цель – до произведения надреза, вся операционная бригада удостоверяется, что все члены готовы, все инструменты и оборудование имеются в наличии.

В организациях, где создана некарательная обстановка, даже младший медперсонал не должен стесняться остановить хирурга, если есть сомнения о готовности

Медицинские ошибки

Классификация мед.ошибок

- Значительный вред или смерть
- Незначитель-ный вред или его отсутствие
- Исход не повлиял на пациента

«Потенциальная ошибка»

- Near Miss / **почти ошибка** – любой процесс или отклонение, которое не повлияло на исход, но его повторение несет высокий риск неблагоприятного события (нанесения вреда пациенту)

- В мировой практике подлежит добровольной отчетности и анализу корневых причин
- Удобен для анализа
  - урок без последствий – это «дешевый» урок

«Медицинская ошибка»

- Error / **ошибка или инцидент** – непреднамеренное действие либо бездействие, которое не приводит к достижению желаемого результата. По последствиям, можно выделить инциденты, при которых:
  - **Нет вреда** – это действие или бездействие без негативного исхода.
  - **Есть незначительный вред** – это действие или бездействие, которое приводит к незначительным или умеренным нарушениям физического или психического состояния пациента.

«Чрезвычайное событие»

- **Sentinel Event** /– инцидент, повлекший значительный вред здоровью:
  - Привел к смерти или инвалидности (в том числе потере конечности или функции), или значительной психологической травме, несвязанной с естественным течением заболевания
  - самоубийство стационарного пациента
  - кража или подмена ребенка
  - насилие (другим пациентом, персоналом или посетителем)
  - переливание несовместимой крови и ее препаратов
  - операция, ошибочно проведенная другому пациенту или на ошибочную часть тела/орган
  - серьезный вред здоровью в результате ошибочного применения лекарственных средств, ошибочной анестезиологической тактики
  - вспышка (госпитальной) инфекции

Дефекты качества: 3 вида

- Недовыполнение
  - Пример – доказана польза профилактической маммографии женщинам 40-69 лет каждые полгода, но в 75% она не проводится [1]
- Перевыполнение
  - Назначение антибиотиков при отсутствии показаний (ОРВИ ВДП), перевыполнение КТ, рентген-снимков
- «Не те действия»
  - Неправильный путь введения лекарства

«Ятрогенный эффект»

“Вследствие действий мед. работника

- Вследствие побочного эффекта от терапии, ЛС
- Вследствие мед.ошибки, совершенной персоналом
- Вследствие непреднамеренного инцидента

Проявления: физические, эмоциональные, биологические

Негативные ассоциации населения со словом «качество»:

- Разочарование и гнев некоторых, кто столкнулся с системой здравоохранения
- Беспокойство по поводу повышения цен на услуги, лекарства, изделия; сложность системы здравоохранения (навигация в ней)
- Конфликт между нуждой в уходе и доступностью надлежащего ухода в регионах
- «Обездушивание» мед.персонала, системы здравоохранения (меньше времени на личный контакт «врач-пациент»)

«РК - мировой опыт»:

1) Индивидуальное лицо? – наказание индивидуальных работников
2) Система? – анализ дефектов системы, устранение на системном уровне

1) **плановая работа?** – профилактика проблем
2) **реактивная работа?** – ажиотаж в ответ на проблемы

Кто виноват?

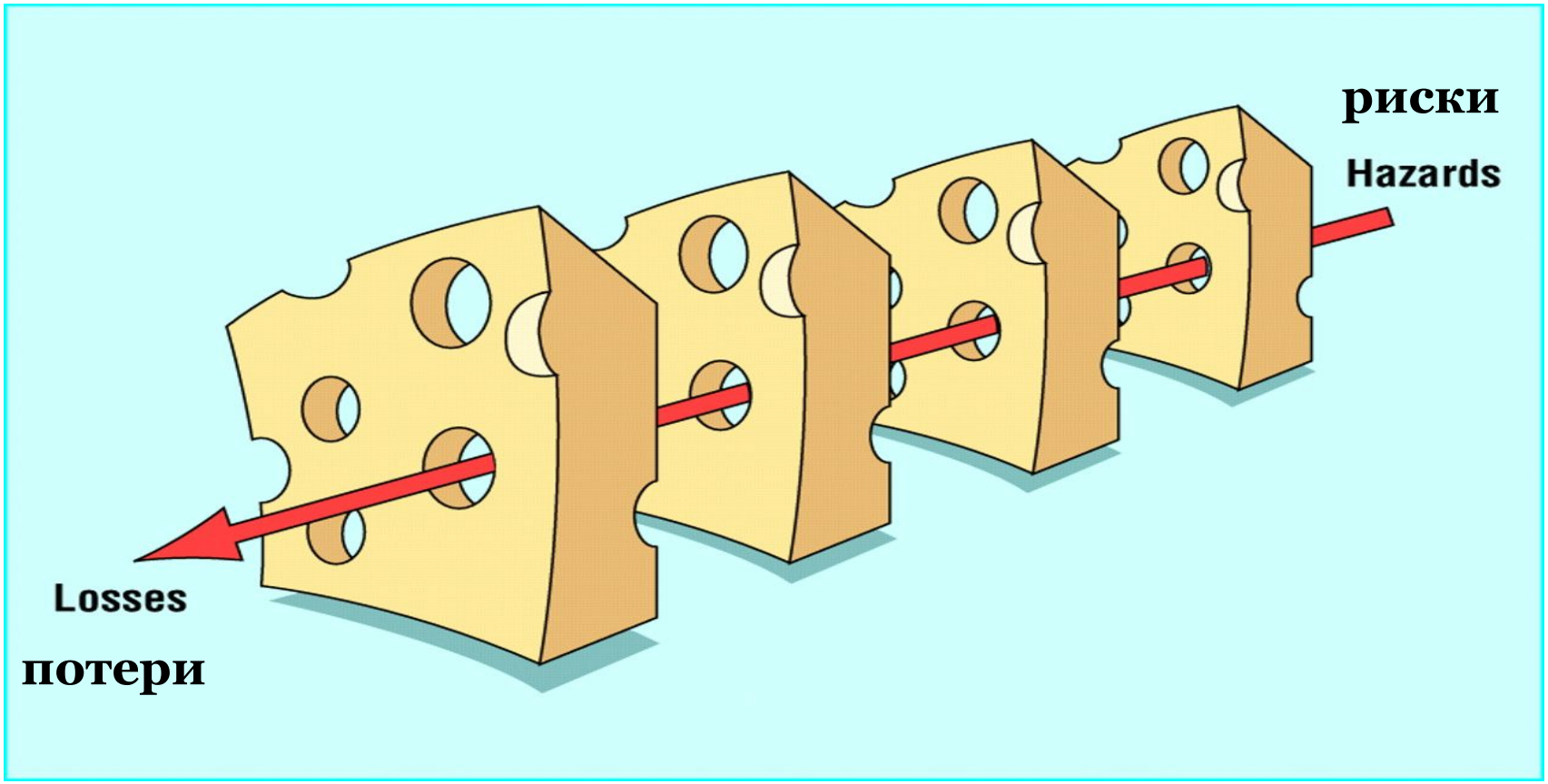
Инд. лицо?

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

Система?

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

В 85%: это системные ошибки! модель «Швейцарского сыра»



Системность ошибок

Джеймс Ризон, Великобрит.:

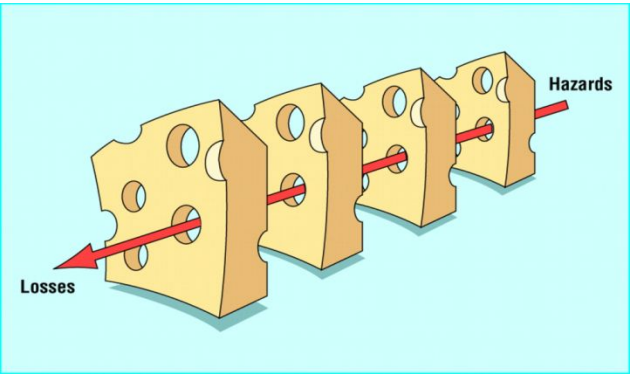
- Ни одна из катастроф в авиации и ядерной энергетике не произошли по вине отдельных лиц.
- Система состоит из **процессов**
- Процессы имеют **дефекты** («дыры в сыре»)
- Как правило, происходит **наслоение нескольких недочетов** –> сбой системы

Недочет на каждом этапе

Пример: неблагоприятный исход операции из-за ятрогенной причины (тактическая ошибка хирурга)

Каждый слой сыра – уровень предотвращения ошибки

- Уровень 1 Проверка квалификации и навыков при трудоустройстве (документы, практический опыт)
- Уровень 2 Наличие и соблюдение протокола диагностики и лечения (есть стандарт действий)
- Уровень 3 Система допуска к операциям в данной организации («докажи, что умеешь»)
- Уровень 4 Контроль зав. отд. (когда, кому и с кем оперировать)
- Уровень 5 Расписание дежурств, план операций (усталость)
- Уровень 6 Способность членами опер. бригады заявить о проблеме, остановить (культура, психология в организации)



Требование стандартов JCI

Инциденты, чрезвычайные ситуации, мед. ошибки:

- Расследуются все случаи, повлекшие вред здоровью/смерть
- Расследование проводится своевременно, с выявлением истинных причин (анализ корневых причин = root-cause analysis)
- По результатам расследования/ анализа, принимаются меры

«Риск менеджмент»

- Выявление, оценка и определение приоритетности потенциально неблагоприятных событий
- Цель – применение в практике для снижения, наблюдения и контроля неблагоприятных событий

Два параметра риска:

- Вероятность (шанс того, что случится)
- Эффект (степень разрушения или вреда)

Суть риск-менеджмента

- ПРИОРИТЕТ! 1, 2, 3…
- Ресурсы ограничены – как финансовые, так и человеческие
- Фокус на том, что дает бóльший эффект – влияет на 85-90% ваших пациентов
- А что в ваших протоколах ЛКК*?
  - Типичные мед.ошибки ВАШЕЙ больницы
  - Моменты несоблюдения ВАШИХ правил
  - Упущения в обучении ВАШЕГО персонала

* лечебно-контрольная комиссия

Риск-менеджмент в больнице

Области:

- Внутрибольничные инфекции
- Пожар, ЧС, др. массовые (внешние) события
- Сбой систем – вентиляция, электричество, вода, мед.газы
- Др…
- Индивидуальное взаимодействие с пациентом **(медицинская ошибка)**

Что делать с рисками? 4 пути:

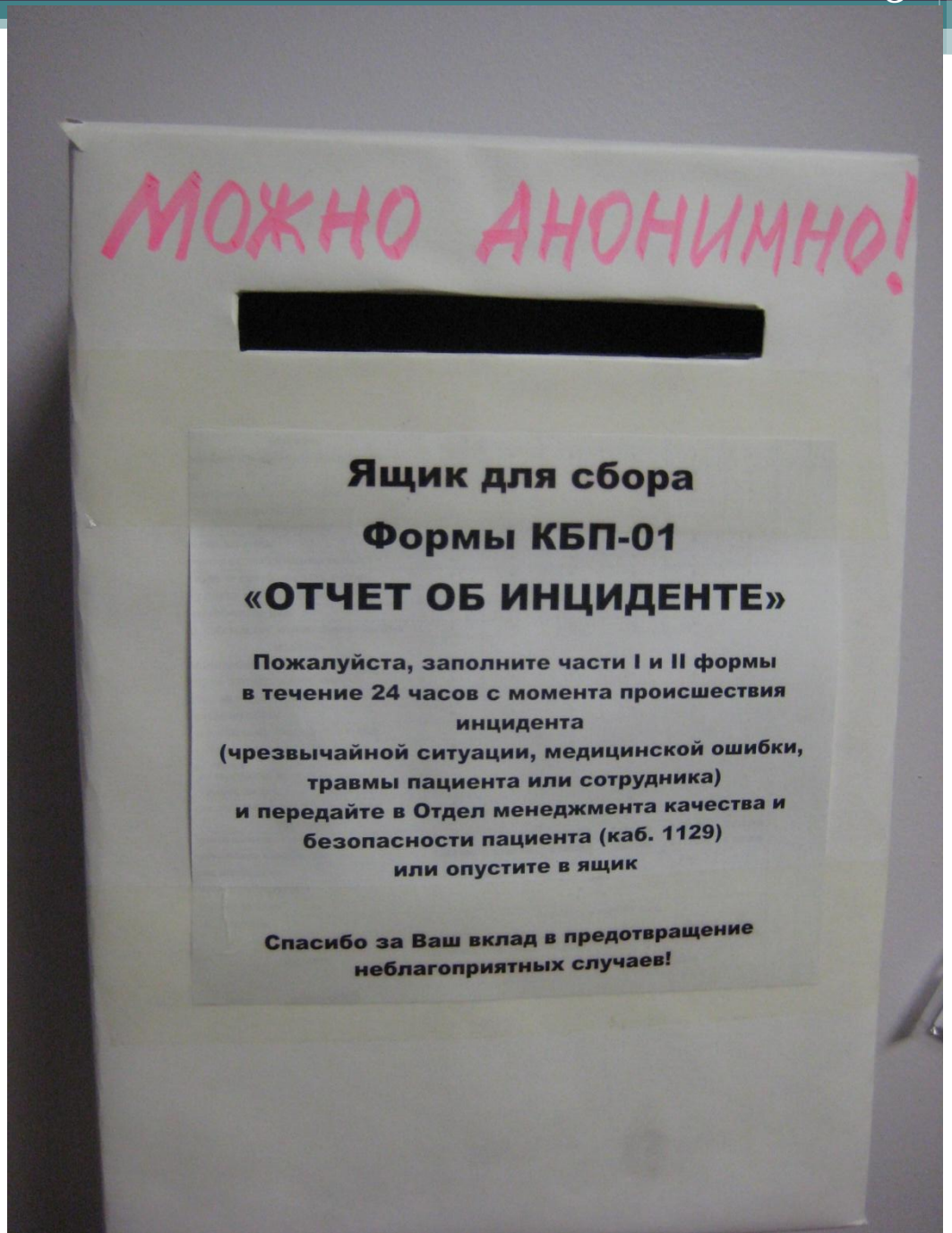
- Снижать риск:
  - Обучение персонала
  - Внедрение правила, протокола
  - Ношение барьерных методов защиты
- Избегать риск (запретить применение чего-л., изменение практики и избегать риск)
  - Не разделять иглу от шприца при утилизации
- Передать риск др.стороне –
  - Банк крови только городской, вне больницы
  - Выполнение анализов другой организацией
- Принять (частично или полностью смириться с риском)

Управление больничными рисками

- Система активно предупреждает риски, связанные с клиническими и неклиническими аспектами работы
- Этапы:

  а) распознавание рисков;
  б) определение приоритетности;
  в) отчет о рисках;
  г) работа с рисками;
  д) расследование нежелательных последствий;
  е) разрешение выявленных проблем.

Отчет об инциденте в РНЦНХ



Отчет об инциденте в РНЦНХ

- В случаях потенциальных ошибок или случившихся инцидентов персонал и свидетели заполняют **форму КБП-01 «Отчет об инциденте»** в течении 24 часов после события (желательно).
- Заполненные формы сдаются в Отдел менеджмента качества и безопасности пациента (далее – ОМК), в ящик в каждом отделении или у центрального входа

Порядок действий при инциденте

- Улучшить состояние пациента (первая помощь, осмотр)
- Выполнить мероприятия по защите здоровья окружающих (удаление потенциально опасных биологических жидкостей)
- Сообщить об инциденте лечащему врачу и др.лицам
- Запечатлеть/сохранить факты, информацию об инциденте (состояние пациента, взять образцы для анализа, сохранить упаковку, этикетку препарата и др.)
- В течение 24 часов с момента происшествия сообщить об инциденте отделу менеджмента качества путем заполнения формы КБП-01 «Отчет об инциденте»
- При необходимости, сообщить руководителю подразделения, отделу ГО и ЧС и охранной службе.
- ОМК: регистрация и анализ инцидентов, план корректирующих мероприятий

Цикл работы с мед.ошибками

- **Орг.культура**
- **Методика анализа** (анализ корневых причин)
- **Процесс анализа** (комиссия/ эксперт)
- **Мониторинг мер**

Правила управления жалобами

Правила управления инцидентами

III. Заключение: польза для организации

- Знание собственных проблем
  - Голос среднего и младшего медперсонала!
- Доверие сотрудников в то, что руководство заинтересовано РЕШАТЬ проблемы
- Предупреждение дешевле, чем лечение
- Стремление узнать, а не наказать!

ВОПРОСЫ?

- Какова правовая база в страховании мед. организаций против исков пациентов в РК?
  - Не развита система страхования мед.орг-й в РК на случай выплаты компенсации в результате судебных тяжб с пациентами за причиненный организацией вред здоровью пациента. В США 1/3-1/4 зарплаты акушеров-гинекологов – это взносы на страхование от исков пациентов!
- Что является вкратце индикатором качественного лечения?
  - Это реализация Плана лечения – т.е. достижение результатов, оговоренных с пациентом в начале лечения. Риск осложнений должен оговариваться перед выполнением процедуры/лечения, врач должен дать исчерпывающую информацию пациенту и членам семьи, и получить письменное согласие пациента.

Литература

- E.Random et al. The Healthcare Qualty Book: Vision, Strategy and Tools, 2nd ed., AUPHA Press, Washington DC, 2008
- John Nance, Why hospitals should fly, Second River Healthcare Press, 2008
- United States General Accounting Office, Report to Congressional Requesters : «Medical Malpractice: Implications of Rising Premiums on Access to Health Care», 2003, на сайте: http://www.gao.gov/new.items/d03836.pdf
- Данные ВОЗ
- Материалы Айыпхановой А., Советника Председателя Правления АО «Национальный медицинский холдинг»

Спасибо за внимание!