|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| КГП на ПХВ «ЦРБ Жамбылского района» УЗ акимата Жамбылской области  Наименование структурного подразделения- СПП и ВЭ | | Стандартная операционная процедура (далее - СОП)  Код Глава1; 9.0 | |
| Название СОП: **Программа управления рисками** | | Версия СОП от 10.03.2021г | |
|  | | | |
| Разработчик: | Утверждено | | ФИО, подпись  руководителя МО |
|  | Главный врач ЦРБ | | Сауруков А.М. |
| 1. Мусаев Т.Д. | Дата утверждения | |  |
| 10.03.2021г | |  |
| Согласовано | |  |
|  | Руководитель СПП и ВЭ | | Мусаев Т.Д. |
|  | Дата согласования | |  |
| 10.03.2021г | |  |
| Ответственный за  исполнение | | **Мырзай Ж.К.-врач-эксперт,** |
|  |  | |  |
|  | Введен в действие | |  |
| 10.03.2021г | |  |
| Сотрудник, отвечающий  за исполнение процедуры | |  |
|  |  | |  |

**Утверждаю**

**Главный врач ГКП на ПХВ**

**«ЦРБ Жамбылского района»**

**УЗ акимата Жамбылской области**

**\_\_\_\_\_\_\_\_ Сауруков А.М..**

**«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_2021год**

**Программа управления рисками**

**Программа управления рисками**

**Основные положения**

Управление рисками - процесс, при котором осуществляется эффективное управление и контроль потенциальными опасностями.

Программа управления рисками является детально разработанной системой, с помощью которой осуществляется идентификация, классификация, оценка и контроль рисков с целью предупреждения, ограничения и снижения будущих опасностей и потерь. Программа является неотъемлемой частью политики предоставления медицинской помощи высокого качества.

Программа обязуется предоставлять на территории организации безопасные условия обследования, лечения и труда для всех пациентов, посетителей, специалистов клинического и неклинического профиля.

**Область применения**

Цель:

Программа по управлению рисками разработана с целью осуществления интегрированного контроля за неблагоприятными событиями, возникшими вследствие профессиональной деятельности сотрудников, нанесении ущерба пациентам или имуществу.

Задачи:

* Поддержание безопасных условий труда и обучения для пациентов, врачей, посетителей, студентов и других сотрудников.
* Снижение травматизма пациентов на 15% и посетителей на 20%.
* Снижение случаев падения пациентов на 20%, поддержание уровня получения тяжелых травм на нулевой отметке.
* Снижение процента ошибочных назначений лекарственных средств до нуля.
* Снижение количества зарегистрированных жалоб пациентов на 25%.
* Общее снижение количества активных исков против организации, сотрудников, и медицинского персонала на 15%.
* Защита активов организации путем снижения убытков на 15%.
* Снижение количества поводов для жалоб пациентов на 20%
* Обеспечение выполнения требований уполномоченного органа - Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

**Сфера деятельности**

Программа вовлекает в сферу деятельности все отделы и всех сотрудников. Это непрерывный процесс, включающий как эффективные механизмы мониторинга оказания медицинских услуг, так и способы обнаружения, оценки и разрешения проблем, влияющих на качество предоставляемых услуг.

**Компоненты Программы:**

* Безопасность пациентов
* Клиническое управление рисками
* Управление Программой
* Деятельность по финансированию данной сферы
* Идентификация и анализ потенциальных рисков
* Деятельность по управлению исками
* Соблюдение требований законодательства
* Обучение управлению рисками
* Профессиональное развитие
* Деятельность по контролю за убытками
* Ответственность комиссий
* Удовлетворение нужд клиентов
* Конфиденциальность
* Обеспечение безопасности и социального пакета сотрудников
* Работа службы безопасности
* Улучшение результативности труда
* Аттестация врачей
* Инфекционный контроль
* Эффективное управление кадрами

**Терминология**

Безопасность пациентов (patientsafety) - предотвращение неблагоприятных исходов или повреждений во время процесса лечения или уменьшение ущерба в случае их наступления.  
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 связанное с работой событие, которое привело к причинению вреда пациенту или медицинскому персоналу, включая смерть, инвалидность, травму, повреждение, заболевание и т.д.

Неблагоприятное событие (adverseivent) - 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.

Любой риск имеет две основные характеристики: вероятность и ущерб. Вероятность риска может быть высокой, но наносимый ущерб при этом низкий, и наоборот вероятность риска может быть низкой, но наносимый ущерб высоким.

В системе здравоохранения выделяется 2 основных подхода: организационный и человекориентированный. Организационный подход фокусируется на внутренней и внешней среде организации, т.е. на условиях, в которых работает персонал. Его основной задачей является формирование единой системы взаимоотношений и процедур, которые обеспечивают предотвращение неблагоприятных событий, их снижения или устранения путем принятия соответствующих мер. Человекориентированный подход сосредоточен на индивидуальных ошибках, связанных исключительно с человеческим фактором (забывчивость, некомпетентность, невнимательность).

**Критерии оценки степени риска.**

Отнесение проверяемых субъектов к степени риска осуществляется с учетом следующих объективных критериев:  
      1) уровень опасности проверяемого субъекта в зависимости от осуществляемой деятельности;  
      2) масштабов тяжести возможных негативных последствий вреда в процессе осуществления медицинской деятельности;  
      3) возможности неблагоприятного воздействия на здоровье человека, законные интересы физических и юридических лиц, государства.  
      Деятельность МО в сфере оказания медицинских услуг относится к высокой степени риска, как для персонала, так и для пациентов.  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. Сущностью риск-менеджмента является построение системы мер внутри организации по противодействию рискам.

**Полномочия риск - менеджеров**

Риск - менеджеры (являются специалистами отдела внутреннего аудита или любое ответственное лицо) ответственны за внедрение и координацию Программы. Полномочия, необходимые для выполнения функций и задач, делегированы им руководством и медицинским персоналом. Благодаря образованию, тренингам и личному опыту, риск-менеджеры обладают квалификацией, необходимой для координации усилий и деятельности Программы. С целью выполнения своих функций и обязанностей, риск - менеджеры имеют доступ ко всей необходимой госпитальной и медицинской информации, протоколам заседаний, историям болезней, а также к личным делам сотрудников.

Руководство санкционирует распределение человеческих и финансовых ресурсов, необходимых для внедрения и осуществления ежедневных функций Программы. Надзор за Программой осуществляет заместитель руководителя, докладывает результаты работы непосредственно руководителю.

Риск - менеджеры ответственны за клиническое управление рисками Медицинского центра. Деятельность риск - менеджеров включает:

* координацию страхования и финансирование риска
* управление исками к организации, что подразумевает работу с повестками в суд (в координации с юридическим сектором), письменными вопросами, а также рассмотрение всех документов, направляемых в суд
* составление отчета о потенциальных исках
* администрирование программы по клиническому управлению рисками на ежедневной основе
* управление и анализ данных по риск - менеджменту
* организация образовательных программ
* выполнение требований уполномоченного органа, аккредитационных организаций.

**Обязанности**

Руководство, риск - менеджеры и медицинский персонал предоставляют профессиональную, техническую и финансовую помощь Программе.

**А. Руководство**

Руководство через Совет по качеству делегирует полномочия исполнителям Плана по управлению рисками, оказывая полную поддержку предложенной Программе:

Ежегодный обзор и утверждение Плана по управлению рисками.

Проверка ежеквартальных и ежегодного отчетов о проделанной работе, оценку действий, рекомендации к дальнейшим действиям.

Гарантии необходимых ресурсов и поддержки Программе в целях поддержания необходимых медицинских услуг и безопасности.

**Б. Риск - менеджеры**

Риск - менеджеры предоставляют отчет заместителю руководителя - председателю Совета по качеству. С целью интеграции данной программы с деятельностью администрации, заместитель руководителя тесно сотрудничает с отделом кадров, юристами, руководством. Окончательная ответственность за выполнение деятельности по управлению риском лежит на руководителе ЛПУ.

**В. Медицинский персонал**

Медицинский персонал осуществляет:

* Обзор и оценку качества предоставляемой помощи
* Содействие в формировании ежеквартальных и ежегодного отчетов
* Участие в разрешении спорных вопросов, касающихся качества предоставляемой помощи.

**Г. Руководители отделов**

Руководители отделов и отделений ответственны за предоставление безопасных условий лечения, организацию деятельности по контролю ресурсов в пределах своих полномочий. Взаимодействие с отделом службы внутреннего аудита осуществляется при обнаружении небезопасной обстановки, действий или потенциальных источников непрофильных затрат. Отдел службы внутреннего аудита предоставляет услуги по обучению, составлению процедур и правил, оценке индивидуальной результативности, связанной с вопросами управления рисками.

**Д. Сотрудники**

Весь персонал обязан выполнять функции риск-менеджеров на своем участке работы. Кроме того, весь персонал должен стремиться поддерживать безопасные условия и предоставлять качественную медицинскую помощь, следуя инструкциям по безопасности, стандартам здравоохранения, правилам и процедурам, связанным с их функциональными обязанностями. Медицинский и немедицинский персонал обязаны докладывать любые инциденты, несчастные случаи (с травмами или без) риск-менеджерам.

**Е. Функции и обязанности риск - менеджеров**

**Предупреждение и снижение уровня убытков:**

* Разработка формальных и неформальных механизмов идентификации рисков, таких как доклады об инцидентах, случаи обращения персонала, обзор медицинских карт, рассмотрение жалоб пациентов, обзор информации по улучшению качества
* Разработка и поддержание сотрудничества с ключевыми отделами, такими как отдел службы внутреннего аудита, планирования и анализа медицинской помощи, инфекционного контроля
* Разработка статистических отчётов и отчетов по закономерностям в управлении рисками, предоставление данной информации соответствующей аудитории
* Разработка правил и процедур в ключевых областях интереса риск-менеджмента, таких как информированное согласие, конфиденциальность оказания услуг, разрешение экстремальных событий
* Разработка образовательных программ для сотрудников всех уровней по разнообразным вопросам управления рисками
* Разработка программы по управлению рисками потенциальных убытков, возникших вследствие контрактных обязательств, таких как управленческие контракты, договоры купли-продажи.
* Предоставление ресурсов сотрудникам организации по вопросам профессиональной/общей ответственности и другим рискам

**Управление исками/претензиями:**

* Уведомление лиц, вызвавших настоящий или потенциальный иск
* Создание досье по искам и координация их рассмотрения
* Осуществление надзора за следователями, юристами и адвокатами
* Координация ответа организации на запрос о расследовании
* Разработка стандартов по выбору и оценке поставщиков услуг
* Мониторинг расходов и резерва гарантий от убытков

**Финансирование рисков:**

* Поддержание и координация данных по рискам
* Координация заявок на страхование и их обновление
* Мониторинг и оценка организационной программы финансирования рисков

**Выполнение требований уполномоченного органа и аккредитующих организаций:**

* Своевременное оповещение государственных служб о специфических инцидентах
* Своевременное соблюдение требований государственных служб, министерств
* Своевременное оповещение о летальных случаях
* Сотрудничество с ключевыми отделами по вопросам безопасности жизни
* Стимулирование соблюдения требований аудиторских программ

**Деятельность по управлению рисками:**

* Разработка Программы и Плана по управлению рисками
* Обучение и наблюдение за персоналом
* Координация и администрирование Программы
* Разработка ежегодных индикаторов для Программы
* Оценка эффективности деятельности Программы

**Биоэтика:**

* Предоставление консультаций по управлению риском при возникновении этических дилемм
* Обучение персонала, пациентов и их семей, а также общественность основным правам пациентов

**Компоненты**

**А. Доклад об инцидентах**

При отсутствии в настоящее время госпитальной информационной системы, приемлемыми формами доклада являются служебные записки, письма, телефонные звонки и личный контакт.

Риск-менеджер проверяет каждый доклад на предмет полноты изложения, объективности, искового потенциала. Проводится служебное расследование случая, с вынесением предложений по решению проблемы и докладом в отдел службы внутреннего аудита. Составляются ежеквартальные и ежегодные отчеты с целью выявления проблемных участков/трендов и предоставления их в соответствующие отделы. В то время как отчеты являются ведущим методом сообщения нежелательных случаев и инцидентов, приветствуются также другие методы, особенно при возникновении острых вопросов, требующих немедленного внимания или вмешательства.

Альтернативными источниками данных являются:

* Обзоры статей.
* Доклады о расследовании претензий/исков и убытков.
* Доклады правоохранительных органов.
* Данные инфекционного контроля.
* Данные службы безопасности.
* Ежемесячные и ежеквартальные доклады о жалобах/претензиях пациентов.
* Внутренние и внешние опросы.
* Протоколы совещаний, доклады и исследования отделов/комиссий.

**Б. Безопасность пациентов**

Программа интегрирована с целью снижения медицинских ошибок, с Программой по улучшению качества и безопасности пациентов, в соответствии с международными стандартами.

При настоящей организационной структуре вопросы, связанные с безопасностью пациентов идентифицируются и докладываются в отдел службы внутреннего аудита с помощью системы оповещения инцидентов. Затем формируются команды по улучшению процессов для разработки плана действий, с целью разрешения вопросов, связанных с безопасностью пациентов.

Вопросы безопасности пациентов актуализированы на всех уровнях организации. Они докладываются через различные медицинские комитеты и комиссии.

Риск-менеджеры активно вовлечены в процесс управления при чрезвычайных ситуациях. Сигналы тревоги и другая информация, касающаяся потенциальных медицинских (организационных) ошибок анализируется на постоянной основе. С целью обеспечения концепции безопасности, руководство МО обязуется реагировать на каждый чрезвычайный случай по следующему алгоритму:

* Проверка каждого сигнала тревоги о чрезвычайной ситуации и направление его в соответствующую комиссию
* Создание команды по улучшению качества (при необходимости) для вынесения рекомендаций
* Рассмотрение всех предложений относительно предоставляемого организацией сервиса
* Применение рекомендаций на практике, альтернатив или предоставление рационального объяснения, почему коррективы не были выполнены.

**В. Обучение:**

Обучение является составной частью Программы. Сотрудники и врачи ориентированы на выполнение целей Программы и осознают свою роль в этой программе. Персонал отдела службы внутреннего аудита обращается к руководителям подразделений по различным вопросам риск - менеджмента. Руководители подразделений, при необходимости, проводят внутренние совещания, направленные на решение специфических задач по управлению рисками. Заведующие клиническими отделениями и руководители отделов ответственны за распространение информации по риск-менеджменту среди подчиненных.

Риск - менеджеры оказывают содействие образовательным программам. Риск - менеджеры ежегодно посещают конференции по управлению риском, а также другие образовательные семинары, конференции, практикумы.

**Г. Отчёты**

Завершенные отчеты о чрезвычайных случаях и неблагоприятных инцидентах хранятся на постоянной основе в Отделе службы внутреннего аудита. Протоколы заседаний медицинских комиссий подлежат хранению на постоянной основе у заместителей.

**Д. Конфиденциальность**

Отдел службы внутреннего аудита и связанные риск-менеджментом действия требуют соблюдения высокого уровня конфиденциальности при передаче отчетов и других видах коммуникаций. Соответствующее поведение сотрудников и медицинского персонала, а также их отношение к пациентам и посетителям являются важными факторами в снижении количества жалоб, обращений и исков к организации.

Протоколы и другие записи комиссий МО не могут быть раскрыты или приняты в качестве доказательства при судопроизводстве. Любые запросы от судебных органов должны быть рассмотрены риск-менеджерами совместно с юристами.

**Е. Обзор деятельности медицинского персонала**

Обзор работы медицинского персонала является коллегиальным объективным процессом, осуществляемым путем профессионального обзора, оценки текущей работы и обучения.Таким образом, осуществляется совершенствование клинической компетенции практикующих врачей, стремящихся к непрерывному улучшению качества оказываемых медицинских услуг. Координаторы обеспечивают проведение процесса коллегиального обзора, который является составной частью и одним из инструментов Программы. Координаторы подотчётны первому руководителю.

Ключевыми индикаторами для обзора являются:

* Повторное обращение в МО менее чем через 30 дней после завершения амбулаторного лечения, по поводу осложнения основного заболевания или побочных эффектов от предыдущего лечения (исключение: повторные обращения при хронических заболеваниях)
* Летальность (исключения: смерть пациентов с хроническими заболеваниями, у которых диагностированы терминальное состояние, болезнь в конечной стадии развития, или угасание деятельности всех систем). Обзор случаев летальности включает также корректировку после заключения аутопсии.
* Осложнения, хирургических и терапевтических вмешательств; осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией. Исключения: сопутствующие заболевания до поступления; гематомы, не требующие хирургического вмешательства; инфекции, передающиеся воздушно-капельным путём, анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство.
* Травматизм пациентов;
* Отклонения в практике от руководств, правил, предписаний, норм или установленных процедур.
* Расхождения диагнозов (предварительного и окончательного).

**Ж. Управление исками**

Управление исками включает информирование и координацию потенциальных и настоящих претензий с отделом службы внутреннего аудита и юристами, эффективное исследование и составление документации, в целях подготовки к защите. Подготовка к судебным заседаниям является частью работы по управлению исками. Во время суда, юридический сектор контактирует с организацией, проводящей расследование и назначенными адвокатами. Риск-менеджеры, совместно с юридическим сектором, осуществляют сбор информации и получают информацию о ходе подготовки к слушаниям. Заключительные отчеты предоставляются руководителю по всем исковым заявлениям. Начало и завершение любого процесса по урегулированию претензий находится в компетенции руководителя.

**З. Контракты**

Все контракты должны включать как юридическую, так и финансовую ответственность обеих сторон. Согласно предписаниям юридического сектора, контракты по профессиональным услугам должны отвечать требованиям безопасности и предоставлять гарантию от убытков. Все контракты должны заключаться в соответствии с Законом.

**И. Новые риски (доклады)**

Риск-менеджеры несут ответственность за доклад о новых рисках и изменениях в рисках, в соответствии с принятыми процедурами и нормами.

**К. Мониторинг результатов**

Мониторинг результатов Программы проводит руководитель организации посредством Совета по качеству. Мониторинг осуществляется посредством:

* Деятельности Совета по качеству и докладам
* Анализа тенденций в текущей статистической информации и данных
* Установления правил и процедур, проверки и обзоров
* Внутреннего и внешнего опросов.

Процесс мониторинга позволяет контролировать и координировать управления рисками в свете новой информации по вероятности убытков и техники контроля и финансирования рисков.

Для подтверждения удовлетворительной работы Программы Совет по качеству производит оценку, ревизию и обзор программы на ежегодной основе, предоставляет материал на утверждение главному врачу.

**ШЕСТЬ МЕЖДУНАРОДНЫХ ЦЕЛЕЙ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА:**

1. **ПРАВИЛЬНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТА**
2. **ЭФФЕКТИВНАЯ ПЕРЕДАЧА ИНФОРМАЦИИ**
3. **БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА**
4. **ХИРУРГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ: ПРАВИЛЬНЫЙ УЧАСТОК ТЕЛА, ПРАВИЛЬНАЯ ПРОЦЕДУРА И ПРАВИЛЬНЫЙ ПАЦИЕНТ**
5. **СНИЗИТЬ РИСК ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЧЕРЕЗ ГИГИЕНУ РУК**
6. **СНИЗИТЬ РИСК ВРЕДА ВСЛЕДСТВИЕ ПАДЕНИЙ ПАЦИЕНТА**

Приложение 1

**СОП – Правильная идентификация пациента**

**Содержание**

1. Цель
2. Ресурсы
3. Документирование
4. Процедуры

**1.Цель -** Обеспечение безопасности пациентов - является основным принципом деятельности медицинской организации.

**2. Ресурсы –**

1)администраторы

2) медицинский персонал;

3) пациенты;

4) удостоверение личности;

5) страховая карточка;

6)медицинская карта.

**3. Документирование:**

1) медицинская карта амбулаторного больного: формы 025\у, 112\у, 111\у, 003\у;

2) удостоверение личности;

3) страховая карточка пациента с индивидуальным номером.

**4. Процедуры:**

1) Определение единого входа для посетителей.

2) Регистрация посетителей на входе, где им выдается медицинская карта;

3) Контроль за посетителями осуществляется всеми сотрудниками медицинской организации;

4) Наблюдение за порядком режима сотрудников, посетителей и пациентов

Для идентификации пациента используются следующие данные:

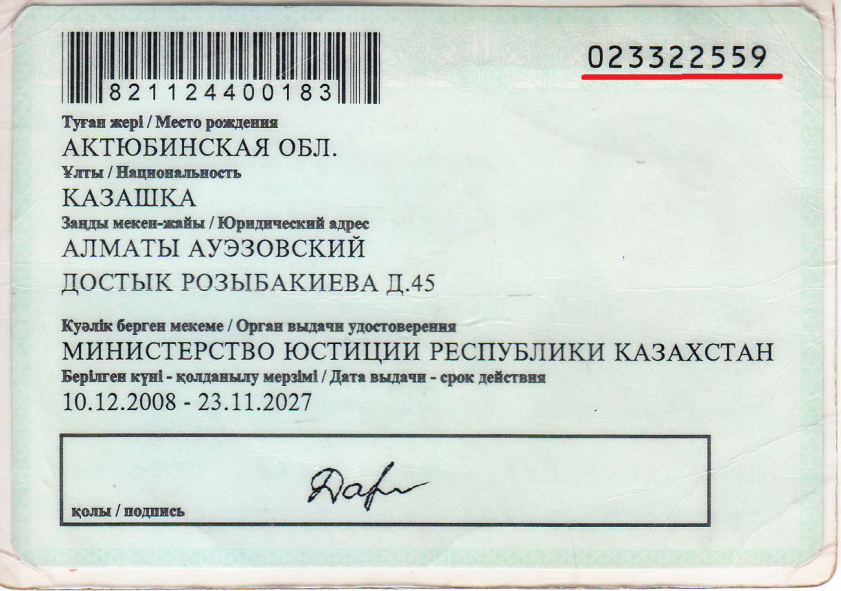
- Фамилия, Имя, Отчество;

- № удостоверения личности;

- ИИН;

- страховая карточка пациента с индивидуальным номером и указанием страховой компании.

****

****

Приложение 2

**СОП -** Правила передачи и получения информации

* Определение. Коммуникация - это процесс отправления и получения информации - сообщения.
* Цель коммуникации - иметь возможность обмениваться информацией, отправлять их, получать, высказывать, выслушивать и понимать, для исключения случаев искажения информации получаемой устно или по телефону.
* Принципы эффективной коммуникации:

- четкость формулировки информации

- краткость информации

- разъяснение, подтверждение, обратная связь

- двусторонняя направленность

- умение выслушать и правильно принять информацию

**Цель:** Обеспечить безопасность пациента через стандартизованный процесс передачи информации при переводе пациента, пересмене, при устных назначениях и сообщении результатов исследований.

**Область применения:** Настоящая  стандартная операционная процедура описывает алгоритм передачи информации устно и по телефону, описывающие процесс сообщения критических результатов лабораторных и диагностических исследований и форма документации такого результата; процесс сообщения экстренных результатов исследований, и процесс устного назначения медикаментов в экстренной ситуации; алгоритм передачи пациента и устные назначения, а также устное сообщение результатов исследований мониторируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента; критических значений лабораторных исследований в медицинские организации (МО), обслуживаемые клинико-диагностической лабораторией или пациенту в частном порядке.

**Ресурсы:**

- персонал

- средства передачи информации (телефон, рация, Skype, сотовая связь)

- журнал регистрации устной информации

**Ответственность:** Персонал, передающий и принимающий информацию**.**

**Документирование:**

- записи в соответствующих формах

**Подробные инструкции:**

Получая устное распоряжение или информацию по телефону, персонал должен быть уверен в том, что это распоряжение или информация правильно поняты. Все полные устные назначения лекарственных средств, распоряжения по телефону или результаты анализов должны быть записаны лицом, принимающим информацию в полном объеме, должны быть вписаны непосредственно в медицинскую карту с назначением лекарственных средств. Необходимо не допускать транскрипции и сокращений.

1) Персонал, получающий распоряжение при получении информации должен уделять повышенное внимание следующим моментам:

- время получения информации

- фамилия, имя и отчество пациента

- дата, месяц, год рождения пациента

- адрес пациента

- очередность исполнения, правильность написания названия лекарственного препарата, дозировка (при необходимости произнести название препарата по буквам, а дозировку - по цифрам), частота и способ введения

2) Устное распоряжение записывать в соответствующие журналы, формы, листы назначений, в медицинскую карту больного, не допускать использования сокращений при проведении записи

3) Всегда, когда есть возможность, необходимо использовать второго человека для совместного прослушивания устного или телефонного распоряжения и проверки его точности

4) Полученную информацию получатель должен прочитать вслух:

- провести проверочный повтор записанного полного текста информации лицом, получившим эту информацию

- записать фамилию передаваемого лица и лица, получившего информацию

5) Лицу, которое отдает/передает распоряжение или сообщает результат анализа/теста необходимо подтвердить Правильность и достоверность переданной информации

Приложение 3

**СОП – Безопасность медикаментов высокого риска**

Порядок хранения и учета лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры

1.Список лиц, допущенных к работе с наркотическими средствами, психотропными веществами и прекурсорами, утверждается приказом руководителя организации здравоохранения ежегодно.

2. В организациях здравоохранения, в местах хранения и на постах дежурных врачей и медицинских сестер вывешиваются таблицы высших разовых и суточных доз наркотических средств, психотропных веществ, а также таблицы противоядий при отравлениях ими.

3. Помещения хранения, сейфы и шкафы должны находится в закрытом состоянии. После окончания рабочего дня они опечатываются и (или) пломбируются. Ключи, печать и (или) пломбир хранятся у ответственного лица (далее - ответственное лицо).

4. Все документы по приходу и расходу лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры **[Таблиц II](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000211812" \t "_parent)**, **[III](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000211813" \t "_parent)**, **[IV](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000211815" \t "_parent)** Списка, (счета-фактуры, накладные, доверенности, рецепты, требования) хранятся в подшитом, опечатанном виде по месяцам и годам у ответственного лица в условиях, обеспечивающих их сохранность в сейфах или металлических шкафах в помещении хранения.

6. Документы по приходу и расходу лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества Таблицы II Списка хранятся в течение пяти лет, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры Таблиц III, IV Списка - одного года, не считая текущего.

7. На внутренней стороне дверцы сейфа, шкафа вывешивается перечень хранящихся лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры с указанием высших разовых и суточных доз.

8. Выдача лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры, осуществляется из помещения хранения только ответственным лицом.

9. В ассистентской комнате аптек запас наркотических средств, психотропных веществ Таблицы II Списка не превышает пятидневной потребности, в отделениях (кабинетах) организаций здравоохранения -трехдневной потребности, в помещениях хранения аптек — тридцатидневной потребности, не считая праздничных и выходных дней.

10. Для оказания экстренной медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей стационарную помощь в вечернее и ночное время приказом руководителя организации здравоохранения определяется список лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества Таблицы II Списка не превышающий пятидневный запас, который используется по разрешению ответственного дежурного врача.

12. Забракованные лекарственные средства, содержащие наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры, а также остатки, оставшиеся после испытаний (анализов), подлежат уничтожению.

13. Лекарственные средства, содержащие наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры, в организациях здравоохранения подлежат предметно-количественному учету в специальном журнале, пронумерованном, прошнурованном, скрепленном печатями и подписями руководителей организации здравоохранения и территориальных подразделений государственного органа в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (далее - государственный орган) по формам согласно приложениям 8, 9, 10, 11 к настоящим Правилам.

14. В научно-исследовательских институтах, учебных заведениях, испытательных лабораториях (центрах) подлежат предметно-количественному учету реактивы и лекарственные средства, содержащие наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры в журнале по формам согласно приложениям 12, 13 к настоящим Правилам.

15. В журнале учета на первой странице указывается перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету. Для каждой лекарственной формы, дозировки, фасовки лекарственного средства отводится отдельный лист (разворот) на котором указывается наименование лекарственного средства, лекарственная форма, дозировка, единица измерения, фамилия и инициалы ответственного лица, заполняющего журнал. Поступление отражается по каждому приходному документу с указанием номера и даты. Расход записывается дневными итогами (ежедневные записи). Журнал учета действителен в течении одного года.

16. Ответственное лицо на первое число каждого месяца сверяет фактическое наличие лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры с книжным остатком, с составлением акта сверки по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам.

17. При инвентаризации указанных средств устанавливаются фактические остатки по отдельной инвентаризационной ведомости.

18. В случае выявления расхождений фактических остатков с книжными остатками руководитель организации здравоохранения в течение суток извещает об этом территориальные подразделения государственных органов в области здравоохранения и в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.

Приложение 4

**ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ РИСКИ:**

1. **Риски, связанные с управлением**

* Отсутствие системы базовой подготовки специалистов в области управления и экономики здравоохранении, медицинского права.
* Некомпетентность менеджеров
* Низкий профессиональный уровень определенной части персонала
* Пренебрежение деятельностью по охране труда и технике безопасности.

1. **Медицинские риски, связанные с гражданско-правовой ответственностью**

* Диагностические
* Лечебные
* Медикаментозные (фармакотерапевтические)
* Профилактические
* Психогенные
* Инфекционные

1. **Риски, связанные с угрозой здоровья медицинских работников**

* От больных особо опасными инфекциями
* От больных вирусным гепатитами, ВИЧ-инфекциями, венерическими заболеваниями
* От психических больных
* От преступников с целью завладения наркотическими препаратами

1. **Прочие риски**

* Техногенные (технико-эксплуатационные)
* Пожароопасные
* Взрывоопасные
* Террористические
* Природные (стихийные бедствия)

Приложение5

**Перечень медицинских фактических и потенциальных рисков в медицинском центре**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | **Риски** | **Источники** |
| **Для персонала** | | |
| 1 | Психологические факторы риска | - Обслуживание большого количества пациентов  - Психоэмоциональное напряжение.  - Стресс и нервное истощение |
| 2 | Физическое взаимодействие с пациентом | Все мероприятия, связанные с транспортировкой и перемещением пациентов (подъём тяжестей). |
| 3 | Воздействие высоких и низких температур | Неблагоприятного воздействия высоких и низких температур (ожогов и переохлаждений) в связи с выполнением манипуляций |
| 4 | Действие различных видов излучений | Источниками излучений в МЦ - рентгеновские аппараты. Другие виды излучений: сверхвысокочастотные, ультрафиолетовые инфракрасные, магнитные и электромагнитные, световые и лазерные. |
| 5 | Воздействие электрического тока | Поражения электрическим током (электротравмы) связаны с неправильной эксплуатацией оборудования или его неисправностью. |
| 6 | Воздействие шума | Различные источники |
| 7 | Химические факторы риска | Воздействие разных групп токсичных веществ, содержащихся в дезинфицирующих, моющих средствах, лекарственных препаратах. |
| 8 | Биологические факторы риска - риск заболевания инфекционными заболеваниями | Источники:  - больные острой, стертой или хронической формой инфекционных заболеваний, включая раневую инфекцию, а также носители разных видов патогенных и условно-патогенных микроорганизмов;  - медицинский персонал: носители, а также страдающие выраженными (манифестными) или стертыми формами инфекций;  - посетители;  - контакт с отходами  Пути инфицирования:  - воздушно-капельный или воздушно-пылевой;  - контактно-бытовой (через предметы ухода за больными, белье, медицинский инструментарий, аппаратуру);  - при проведении хирургических манипуляций  - парентеральный (при введении инфицированных препаратов крови, изотонических растворов и других лекарственных препаратов); |
| **Для пациентов** | | |
| 1 | Психосоциальные факторы: у больного нарушается обычный ход взаимоотношений, возникают новые отношения с близкими, связи с незнакомыми до болезни людьми. | - измененная ролевая функция; - сниженная индивидуальная способность к адаптации и преодолению стрессовых ситуаций; - высокая степень риска от неустойчивости жизнедеятельности; - сниженная реакция на социальное взаимодействие; - синдром стресса перемещения; - нарушение чувства собственного достоинства. |
| 2 | Факторы риска, угрожающие безопасности жизнедеятельности человека, снижение защитных функций организма | - нарушение (расстройство) схемы тела; - нерешительность, противоречивость при принятии решения; |
| 3 | Риск травм, повреждений при падении из-за пониженной физической подвижности, обессиливания | Падение у пациентов со следующими имеющимися или указанными в анамнезе заболеваниями и состояниями:   1. ТИА, ОНМК, Эпилепсия 2. Хроническая гипотензия, синкопальный синдром 3. Гипертоническая энцефалопатия при артериальной гипертензии 4. Дисциркуляторные энцефалопатии различного генеза 5. Миастения 6. Рассеянный склероз 7. Вертебробазилярная недостаточность 8. Хорея 9. Кровотечения – ЖКТ, маточные, геморроидальные 10. Спонтанный пневмоторакс 11. Анемии 12. Прободения язвы 13. Сахарный диабет – комы 14. ЧМТ, политравмы 15. Острые заболевания брюшной полости, малого таза 16. ИБС, ВПС 17. Заболевания опорно-двигательного аппарата 18. Беременность 19. Возраст |
| 4 | Риск ожогов, переохлаждений | При проведении диагностических и лечебных процедур |
| 5 | Риск заболевания инфекционными заболеваниями | Источники:  - другие больные острой, стертой или хронической формой инфекционных заболеваний, включая раневую инфекцию, а также носители разных видов патогенных и условно-патогенных микроорганизмов;  - медицинский персонал: носители, а также страдающие выраженными (манифестными) или стертыми формами инфекций;  - посетители;  Пути инфицирования:  - воздушно-капельный или воздушно-пылевой;  - контактно-бытовой (через предметы ухода за больными, белье, медицинский инструментарий, аппаратуру, а также руки персонала);  - при проведении хирургических манипуляций  - парентеральный (при введении лекарственных препаратов с нарушением правил асептики и антисептики); |
| 6 | Риск неправильной идентификации пациента | СОП, удостоверение личности пациента |
| 7 | Риски неправильной передачи информации | Журнал регистрации устной информации |
| 8 | Риски потери медицинских документов | Медицинская карта амбулаторного больного, отчетно-учетная документация |
| 9 | Риск поражений электрическим током | Во время процедур |
| 10 | Риск осложнений при терапевтических и хирургических вмешательствах | При проведении диагностических и лечебных процедур |
| 11 | Риск осложнений лекарственной терапии | Побочные действия, аллергические реакции |
| 12 | Недостаточная самогигиена | Пациент |

Приложение 6

Оценка подготовленности к рискам

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид чрезвычайного события / инцидента / медицинской ошибки | Вероятность события0 = отсутствует1 = низкая2 = средняя3 = высокая | Последствия события0 = отсутствует1 = разрушительно2 = угроза здоровью и безопасности3 = угроза жизни | Готовность МО0 = хорошая 1 = средняя2 = плохая3 = отсутствует | ОБЩИЙ БАЛЛ6-9: требуется письменный план действий4-5: желательно иметь план действий=<4: документ не требуется |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Эта форма - инструмент периодической оценки рисков. Критерий 5.1 стандартов аккредитации требует, чтобы риски оценивались проактивно (заранее, профилактически), используя признанные методики, как данная таблица (Оценка подготовленности к рискам). Не реже чем раз в год требуется выполнять мероприятия по устранению рисков согласно результатам оценки рисков.

Приложение 7

**Памятка для оценки рисков**

Эта памятка помогает определить важность проблем согласно их вероятности возникновения и тяжести последствий. Любая потенциальная опасность для жизни и безопасности может быть оценена по данной схеме. Это поможет Вам принять правильное управленческое решение. Снижение рисков и предупреждение проблем - основа безопасности!

Что необходимо сделать?

         Рассмотреть случай, когда что-то может пойти не так.

         Определить, насколько тяжелыми будут **ПОСЛЕДСТВИЯ** (влияние) такого случая.

         Определить, насколько вероятно, что это событие случится - **ВЕРОЯТНОСТЬ**

         Определить уровень риска по баллам в таблице и продумать план по устранению.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ВЕРОЯТНОСТЬ** | **ПОСЛЕДСТВИЯ** | | | | |
| **Катастрофические 5** | **Крупные 4** | **Средние 3** | **Умеренные 2** | **Незначительные 1** |
| Почти наверняка5 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 |
| Вероятно 4 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 |
| Возможно3 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 |
| Маловероятно 2 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 |
| Редко 1 | 6 | 5 | 4 | 2 | 2 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Оценка рисков** | | **Что стоит предпринять?** | | |
| 9-10 | | Крайняя степень | | Требуются немедленные действия руководителя / отчетность перед руководителем |
| 7-8 | | Высокая | | Требуется план действий, требуется внимание заместителя / отчетность перед заместителем / уведомления руководителю |
| 5-6 | | Умеренная | | Требуется специальный контроль процедур, должна быть указана ответственность менеджеров |
| 2-4 | | Низкая | | Справляются посредством обычных процедур / процессов |
| **ПОСЛЕДСТВИЯ:** | | **Как сильно это может ранить кого-то / причинить вред?** | |
| **Катастрофические** | | смерть и значительное число травм, экологическая катастрофа, огромные финансовые затраты | |
| **Крупные** | | серьезное число травм, сильный урон окружающей среде, крупные финансовые затраты | |
| **Средние** | | требуется медицинская помощь, влияние на окружающую среду, высокие финансовые затраты | |
| **Умеренные** | | требуется первая помощь, некоторое воздействие на окружающую среду и некоторые финансовые затраты | |
| **Незначительные** | | травмы и повреждения отсутствуют, низкое воздействие на окружающую среду и низкие финансовые затраты | |
|  | |  | |
| **ВЕРОЯТНОСТЬ:** | | **По какому сценарию будут развиваться события?** | |
| **Почти наверняка** | | ожидается в большинстве случаев | |
| **Вероятно** | | скорее всего, случится в большинстве случаев | |
| **Возможно** | | может случиться в какое-то время | |
| **Маловероятно** | | вероятно случиться в какое-то время | |
| **Редко** | | может случиться только в исключительных случаях | |

Приложение 8

**СОП - ПРАВИЛА БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ**

**1.Определение**

**Безопасность пациентов** является основополагающим принципом медицинской помощи.

**2.Ресурсы**

- медперсонал (медсестра, врачи)

-пациенты

**3.Документирование**

- история болезни (Ф.И.О., номер истории болезни, дата рождения).

-правила и процедуры для устных и письменных распоряжений (маркировка, предоперационная верификация, тайм –аут).

**4.Процедуры**

Безопасность пациента обеспечивается путем:

1. идентификации пациента двумя различными методами во время раздачи лекарственных препаратов, при переливании крови и продуктов крови, при заборе образцов крови и других образцов для клинического анализа или предоставлении любого другого лечения или процедуры;
2. верификации участка тела до проведения диагностической или лечебной процедуры;
3. использования процесса принятия устной или телефонной информации с проверочным повтором записанного полного текста информации лицом, получившим эту информацию.

Обеспечение безопасности пациентов - является основным принципом деятельности медицинской организации. Ошибки чаще возникают при неправильной идентификации (персонификации) пациента. Идентификация пациента направлена на правильное определение пациента, которому предназначено проведение лечебной или диагностической процедуры.

Пациент может быть в бессознательном состоянии, дезориентирован во времени и пространстве, иметь нарушения функций органов чувств. Идентификация пациента проводится перед выдачей или введением медикаментов, препаратов крови, при взятии крови и проведении любых других лечебно-диагностических процедур.

Должна проводиться сверка пациента, как минимум, по двум признакам (идентификаторам): Ф.И.О., идентификационный номер (номер истории болезни или др.), дата рождения, браслет со штрихом-кодом или другие.

В медицинских организациях причинами возникновения хирургических ошибок являются неэффективные взаимоотношения между персоналом в составе хирургической команды, недостаточное вовлечение пациентов в процесс маркировки участка тела, несовершенство процедуры проверки правильности участка тела. Кроме того, неадекватно проведенный осмотр пациента, невнимательный обзор истории болезни, неразборчивый почерк, использование аббревиатур, являются причинами ятрогенной ошибки.

Организация коллективно разрабатывет правила или процедуры, которые направлены на:

1) Обозначение операционного участка на теле пациента.

В процесс маркировки операционного участка должен вовлекаться пациент. Участок тела обозначается легкоузнаваемым знаком. Способ маркировки должен быть идентичным по всей организации. Маркировка должна быть произведена лицом, которое будет осуществлять хирургическую процедуру, по возможности, когда пациент бодрствует и находится в ясном сознании. Знак должен быть виден после обработки и использования одежды, простыней и салфеток. Маркировка операционного участка должна производиться во всех случаях, когда процедура подразумевает определение латеральности (правой/левой), множество структур (пальцы рук, ног, надрезы и раны), или разные уровни (позвоночный столб).

2) Процесс предоперационной верификации (проверка результатов необходимых предварительных исследований и осмотров; готовности инструментов и приборов; правильности выбранной процедуры, пациента и участка тела);

3) «Тайм-аут» непосредственно перед началом операции. Тайм-аут позволяет разрешить какие-либо не обсужденные вопросы или непонятную ситуацию. Тайм-аут проводится в зале, где будет произведена хирургическая процедура непосредственно перед началом оперативных действий и вовлекает всех членов оперирующей команды.

Эффективная передача информации может происходить в электронном, устном или письменном виде. Наиболее склонными к ошибкам являются назначения и распоряжения, данные в устном виде и по телефону. Организация коллективно разрабатывает правила или процедуру для устных и телефонных распоряжений, которые требуют запись полного текста распоряжения получателем информации; прочтение вслух распоряжения получателем информации; и подтверждение первоисточника о правильности сообщения.

**Примечание:** 1.Закон Республики Казахстан «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан (с [изменениями и дополнениями](jl:30008936.0%20) по состоянию на 06.01.2011 г.),

Приложение 9

**СОП - СНИЗИТЬ РИСК ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЧЕРЕЗ ГИГИЕНУ РУК**

1. **Определение**

Гигиена рук является главной мерой для уменьшения распространенности инфекций. Выделяют три уровня обработки рук: социальный, гигиенический (дезинфекция кистей рук) и хирургический (достигается стерильность кистей рук на определенное время).

***Социальный (обычный) уровень обработки рук***

Цель: удалить микрофлору с поверхности рук механическим методом. Обеспечить инфекционную безопасность пациента и персонала.

Показания:

* перед и после приема пищи, кормления пациента;
* после посещения туалета;
* перед и после ухода за пациентом, если руки не загрязнены биологическими жидкостями пациента.

Примечание: при контакте с инфекционными больными во всех вышеперечисленных случаях рекомендуется гигиеническая обработка рук.

Обязательное условие: здоровая кожа рук, коротко подстриженные ногти, без покрытия лаком.

***Гигиенический уровень обработки рук***

Цель: обеспечение деконтаминации рук на гигиеническом уровне.

Показания:

* перед надеванием и после снятия перчаток;
* после контакта с биологическими жидкостями организма и после возможного микробного загрязнения;
* перед и после ухода за пациентом с ослабленным иммунитетом
* при проведении обследований, или инвазивных процедур.

Обязательное условие: отсутствие на руках повреждений.

***Обработка рук на хирургическом уровне***

Способ обработки рук: антисептиком, при их отсутствии - 0,5% спиртовым раствором хлоргексидинабиглюконата.

Цель: достичь стерильности рук медицинского персонала.

Показания:

* необходимость накрытия стерильного стола.
* участие в операции, пункции.
* участие в родах.

Противопоказания:

* наличие на руках и теле гнойничков.
* трещины и ранения кожи.
* кожные заболевания.

Обязательное условие: работа осуществляется в зонах строгого режима с целью выполнения режима асептики.

1. **Ресурсы**

1) мыло жидкое с дозатором, локтевой дозатор, одноразовые салфетки (индивидуальное полотенце, электросушилка);

2)мыло жидкое, антисептик, стерильные - пинцет, ватные шарики, салфетки, контейнер для утилизации медицинских отходов класса А;

3) мыло жидкое, антисептик или 0,5% спиртовый раствор хлоргексидинабиглюконата 20-30 мл, стерильный лоток с корнцангом, стерильный бикс с укладкой для накрытия стерильного стола.

3) **Документирование**

1) Наглядное пособие по технике обработки рук;

2) результаты наблюдений за практикой гигиены рук;

3) индикаторы по гигиене рук (количество обученных, надлежащая практика).

1. **Процедуры:**

***Социальный (обычный) уровень обработки рук***

***Подготовка к процедуре***

* 1. Снять ювелирные украшения, часы, проверить целостность кожи рук.
  2. Завернуть рукава халата до локтя.
  3. Открыть кран, отрегулировать температуру воды (35-40С).

***Выполнение процедуры***

1) Намылить руки и обмыть водопроводный кран с мылом (локтевой кран не обмывается).

2) Вымыть руки с мылом проточной водой до 2/3 предплечья в течение 30 сек, уделяя внимание фалангам и межпальцевым пространствам кистей рук, затем вымыть тыл и ладонь каждой кисти и вращательными движениями - основания больших пальцев рук (согласно схеме).

3) Ополоснуть руки проточной водой для удаления мыльной пены.

Примечание: держите руки пальцами вверх так, чтобы вода стекала в раковину с локтей. Наиболее чистыми должны оставаться фаланги пальцев.

Повторить мытье в такой же последовательности.

***Окончание процедуры***

1. Закрыть кран, пользуясь салфеткой (локтевой кран закрыть локтем).
2. Просушить руки сухим чистым индивидуальным полотенцем или сушилкой.

***Гигиенический уровень обработки рук***

***Подготовка к процедуре:***

1. Снять кольца с пальцев рук.
2. Завернуть рукава халата до 2/3 предплечья, снять часы

***Выполнение процедуры***

1. Вымыть руки с мылом проточной водой до 2/3 предплечья в течение 30 сек, уделяя внимание фалангам и межпальцевым пространствам кистей рук, затем вымыть тыл и ладонь каждой кисти и вращательными движениями - основания больших пальцев рук (согласно схеме). Повторить каждую манипуляцию по 5 раз.
2. Ополоснуть руки проточной водой для удаления мыльной пены.
3. Осушить руки салфеткой и сбросить салфетку в контейнер для утилизации медицинских отходов класса А.
4. Обработать руки антисептиком.

***Обработка рук на хирургическом уровне***

Выполнение процедуры достигается с помощью помощника, подающего стерильный материал из бикса с соблюдением правил асептики.

***Подготовка к процедуре***

Помощник (медсестра) предварительно проводит следующее:

1. Вымыть руки обычным способом.
2. Поставить стерильный бикс с бельем, укрепить его, проверить маркировку.
3. Извлечь индикаторы стерильности, оценить их состояние.
4. Взять из бикса с помощью корнцанга стерильную косынку (шапочку), затем маску, надеть их.
5. Положить корнцанг в лоток.

Медперсоналу/членам бригады перед операцией:

1. Вымыть руки с мылом проточной водой до локтевого сгиба в течение 1 минуты, уделяя внимание фалангам и межпальцевым пространствам кистей рук согласно схеме.
2. Ополоснуть руки проточной водой для удаления мыльной пены от ногтевых фаланг до локтевого сгиба.
3. Высушить руки стерильным полотенцем.
4. Обработать каждую руку малыми стерильными салфетками, антисептиком или 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина от ногтевых фаланг до локтевого сгиба двукратно в течение 3 минут.
5. Надеть стерильную одежду, перчатки.
6. Обработать каждую руку малыми стерильными салфетками, антисептиком или 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина от ногтевых фаланг до локтевого сгиба двукратно в течение 3 минут.
7. Надеть стерильную одежду, перчатки.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 1. Выдавите из дозатора одну порцию спиртосодержащего дезинфицирующего средства (3 мл. на ладонь) | 2. Потрите одну ладонь о другую. | 3. Запястья рук. |
|  |  |  |
| 4. Натрите ладонью правой руки поверхность левой руки; и натрите ладонью левой руки поверхность правой руки. | 5. Потрите ладони друг о друга и между пальцами. | 6. Натрите пальцами правой руки ладонь левой руки; натрите пальцами правой руки ладонь левой руки. |
|  |  | **Необходимо,**  **чтобы спирт был на руках, по крайней мере,**  **30 секунд.** |
| 7. Натрите ладонь правой руки вокруг большого пальца левой руки; натрите ладонь левой руки вокруг большого пальца правой руки. Не забудьте о кончике пальца. | 8. Натрите кончики пальцев правой руки о ладонь левой руки; натрите кончики пальцев левой руки о ладонь правой руки. |  |

Приложение 10

**СОП - Программа профилактики падений**

Падение определяется как событие, в результате которого человек оказывается непреднамеренно лежащим на земле, полу или каком-либо другом более низком уровне.

Неожиданную потерю равновесия пациентами (основанную на свидетельских данных).

Любой случай, при котором пациент утверждает, что он упал - как основанный так и не основанный на свидетельстве.

Случай, при котором пациенту падением причин вред здоровью любой степени тяжести

Определение случая, как события с высоким риском падений:

Пациент демонстрирует, как минимум, один из перечисленных ниже элементов, при которых имеется риск падения.

Кто подвергается риску? Несмотря на то, что риску получения травм подвергаются практически все люди, на тип и тяжесть травмы могут оказать воздействие возраст, пол и здоровье человека Возраст является одним из основных факторов риска падений. Самый высокий риск смерти или серьезных травм в результате падения угрожает пожилым людям, причем такой риск с возрастом повышается.

Падения в детском возрасте происходят, в основном, в результате развития детей, свойственной им любознательности в отношении окружающего их мира и возрастающих уровней независимости, которым сопутствует усложняющееся поведение, часто называемое “рискованным”. В качестве одного из факторов риска можно вывести и ненадлежащий надзор со стороны взрослых.

При посещении поликлиники подвергаются риску падения пациенты с факторами риска, включающие: медицинские состояния, такие как неврологические, сердечные или другие ограничивающие функции состояния; неблагоприятные реакции на лекарства, отсутствие физической активности и потеря равновесия, особенно среди пожилых людей; низкий уровень подвижности, когнитивных способностей и зрения.

Методы оценки риска падения Наибольшее распространение получила шкала. Падений Морсе (MorseFallScale) Этот метод часто используются, чтобы выявить пациентов, у которых велика вероятность падения в связи с наличием наследственных или приобретенных факторов риска. Результаты тестирования обновляются ежедневно в зависимости от состояния пациента.

Уровень знаний и компетентности Уровень знаний и компетентности лиц, связанных с программой профилактики падений должен соответствовать следующим показателям: Медицинские сёстры: получают соответствующие знания во время прохождения программы стажировки при поступлении на работу, с последующей сдачей зачета повышают квалификацию с помощью разборов на еженедельных конференциях сестёр. Каждые полгода главная медицинская сестра проводит контроль знаний персонала на соответствие программе профилактики падений. Каждые полгода проводится семинар на тему «Профилактика и последствия падений»

**Определение**

Программа предотвращения падений разработана для обязательной оценки всех пациентов на предмет риска падений, внедрения мероприятий по предотвращению подобных случаев, а также для регистрации и анализа всех случаев, связанных с падениями пациентов.

Программа охватывает:

* Неожиданную потерю равновесия пациентами (основанную на свидетельских данных)
* Любой случай, при котором пациент утверждает, что он упал - как основанный так и не основанный на свидетельстве
* Случай, при котором пациенту падением причинён вред здоровью любой степени тяжести
* Определение случая, как события с высоким риском падений:
* Пациент демонстрирует, как минимум, один из перечисленных ниже (секция «Процедуры») элементов, при которых имеется риск падения

**Ресурсы**

1) Сотрудники

2) лист оценки риска падения

3) медицинская карта амбулаторного больного

4) вспомогательные средства передвижения, ограничители, памятки для больных

5) материал для обучения

6) идентификатор

**Документирование**

1) Медицинская карта амбулаторных больных

2) Лист оценки риска падения

3) Журнал регистрации инцидентов

**Процедуры:**

* Все взрослые при обращении в лечебное учреждение подлежат оценке по риску падений медицинской сестрой.
* Повторная оценка проводится при необходимости (по критериям)
* Пациенты оцениваются при наличии нижеперечисленных элементов высокого риска:

1. Пациенты, имеющие в анамнезе падения (в течение последних трёх месяцев)
2. Импульсивные и беспокойные пациенты
3. Пациенты, передвигающиеся с помощью костылей, на каталке и т.п., то есть с помощью технических приспособлений
4. Пациенты, передвигающиеся с помощью посторонних людей
5. Пациенты, испытывающие головокружения
6. Пациенты, подверженные ортостатическим коллапсам
7. Пациенты со сниженной мышечной координацией
8. Пациенты с нестандартной походкой

* Все сотрудники лечебного учреждения, включая немедицинский персонал, вовлечены в процесс предотвращения падений
* Программа предотвращения падений содержит следующие уровни:

**Общие меры** - данный вид мероприятий предусмотрен для всех пациентов, демонстрирующих, как минимум, один из вышеперечисленных элементов высокого риска.

* Ответственность медицинских сестёр:

Оценка процедуры туалета пациентов

Обучение пациентов на предмет рисков падений (подтверждённое документально)

Применение ограничителей доступа и перемещений

Проведение «Минут безопасности»

Все необходимые для пациентов объекты и предметы должны находиться в пределах досягаемости, хорошо освещены

Незамедлительная реакция на вызовы пациентов, в том числе сигнальные

Инструктаж пациентов, их семей на возможные опасности в плане падений, проводимый по мере необходимости

* Санитарки:

Размещение информационных вывесок о предосторожностях в палатах

Размещение вывесок о мокром (только что вымытом) поле при проведении уборок

* Медицинские сёстры и немедицинский персонал:

Окружающая пациентов среда всегда содержится в чистоте и порядке

Всегда доступное адекватное освещение

Всё оборудование, связанное с электричеством, подвергается проверке, техническому обслуживанию и соответствует биомедицинским стандартам

* Инженер по технике безопасности труда:

Каждые полгода осуществляет плановую проверку на предмет безопасности в плане риска падений

* Все сотрудники:

Незамедлительное сообщение инженеру по технике безопасности труда о возможной возникшей опасности падений (например: обледенелые ступеньки, разлитая вода и т.д.)

**Основные меры** - применимы ко всем пациентам, подвергнутым оценке на предмет риска падений.

* Медицинские сёстры и санитарки (применение шкалы Морзе):

После проведения медсестринской оценки пациентам, идентифицированным как входящим в группу риска, ставится оранжевая полоса на титульный лист медицинской карты

Пациенты обеспечены руководствами и помощниками для повседневной жизни

* Все сотрудники медицинской организации:

Каждый сотрудник, обнаруживший момент падения пациента, должен немедленно проинформировать инженера по технике безопасности труда

В случае падения пациента медицинская сестра должна провести соответствующую оценку пациента заново и сделать отчёт

Уровень знаний и компетентности лиц, связанных с программой профилактики падений должен соответствовать следующим показателям:

Медицинские сёстры получают соответствующие знания во время первичного инструктажа при поступлении на работу

Медицинские сёстры повышают квалификацию с помощью разборов на еженедельных конференциях сестёр

Каждые полгода главная медицинская сестра проводит контроль знаний персонала на соответствие программе профилактики падений

Каждые полгода проводится семинар на тему «Профилактика и последствия падений»

**Ссылки:**

1. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»
2. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 10 марта 2015 года № 127. «Об утверждении Правил аккредитации в области здравоохранения»
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676. **«**Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения»