

ПОЧТИ ОШИБКА
ROOT CAUSE ANALYSIS

ИНЦИДЕНТ

Инцидент (неблагоприятное событие) – это ненормальное, необычное событие, которое влияет или может повлиять на снижение качества оказываемых услуг, может привести к нежелательному исходу.

Инциденты делятся на:



Нет вреда

- это действие или бездействие без негативного исхода.

**незначительный
вред**

- это действие или бездействие, которое приводит к незначительным или умеренным нарушениям физического или психического состояния пациента

**чрезвычайное
или
экстремальное
событие**

- неожиданное происшествие, включающее смерть, серьезную физическую или физиологическую травму

Кто виноват?



Реактивная работа
Ажиотаж в ответ на
проблемы

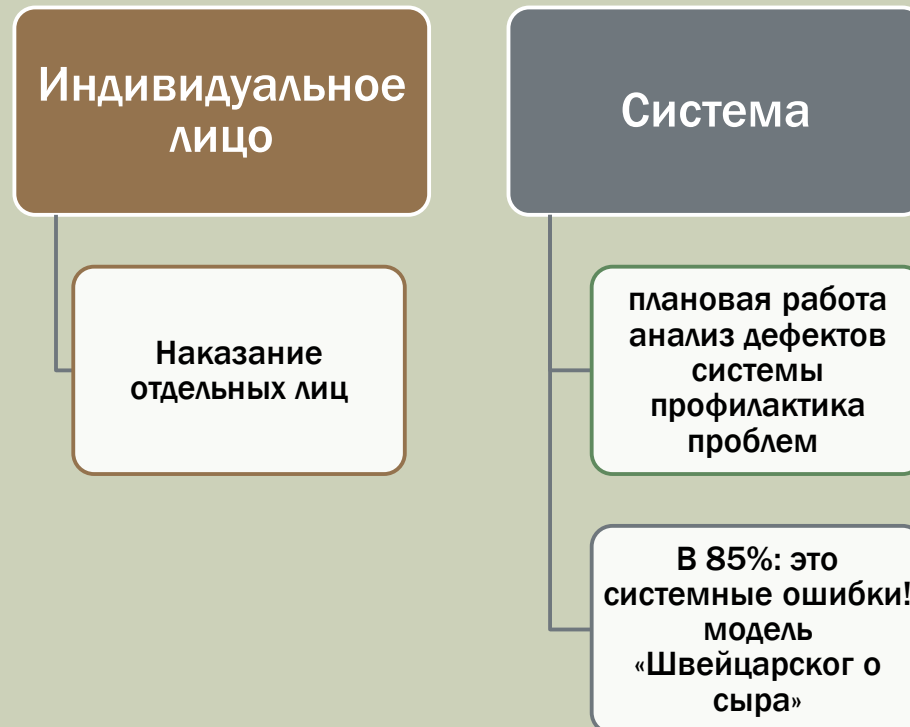
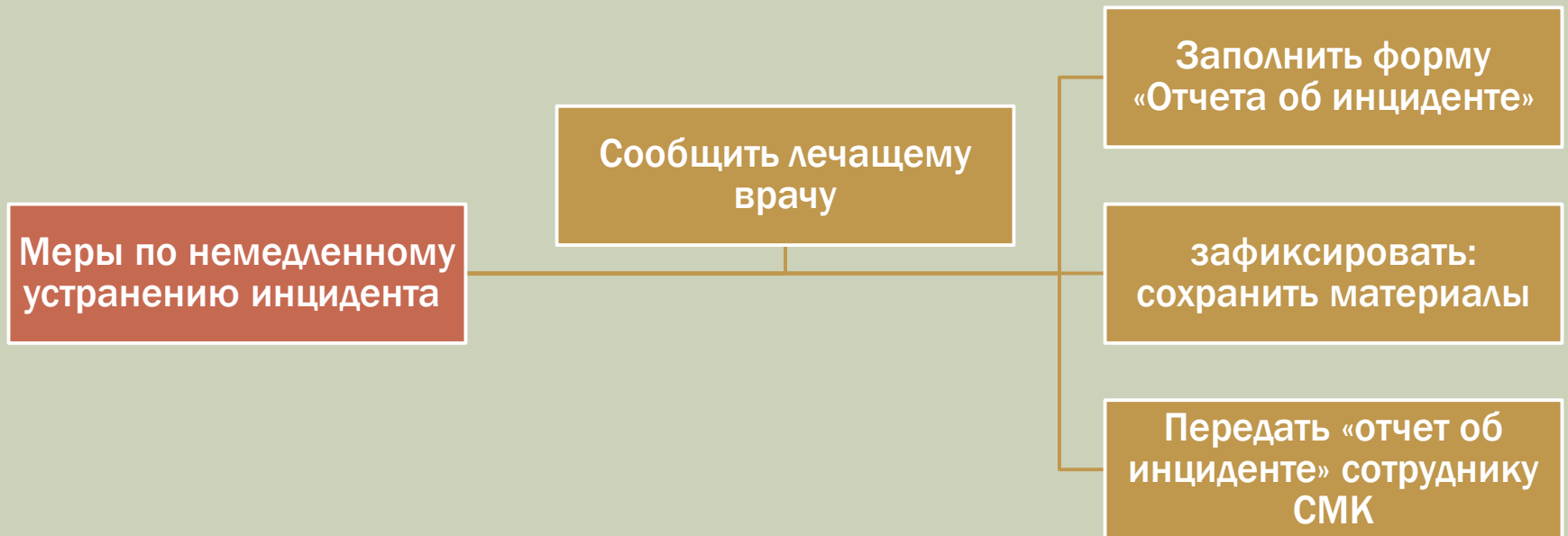


СХЕМА ОПОВЕЩЕНИЯ ОБ ИНЦИДЕНТЕ



Цель инцидентов

Выявление и регистрация инцидентов

- принятие по ним системных мер, способствующих снижению риска повтора инцидентов;

Создать стандартизированный подход для медицинского персонала для налаживания коммуникаций с пациентом и/или их родственниками/лицами по уходу после клинического инцидента;

Построить культуру безопасности, обслуживания через доверие и честность, которая будет рассматривать медицинские ошибки открытым и честным путем во взаимодействии с пациентами.
Совместное принятие решений

Культура безопасности

Отправная точка – проблема!!! Поиск основных причин

Некарательная обстановка - Это рабочая обстановка, которая поддерживает открытое обсуждение ошибок для извлечения уроков.

Цель – предотвращение повторения.

Сотрудничество, невзирая на должность, статус

Руководство заинтересовано решать проблемы

Каждый человек ошибается, но заслуживает похвалы тот, кто для анализа делится неблагоприятным опытом с коллегами

Справедливая культура

• Стремиться признать риск, как на индивидуальном, так и на организационном уровне. Риск рассматривается через события, почти ошибки и наблюдения системного проектирования и поведенческих выборов

Создание культуры обучения

• Отвечаем за наше поведение. мы оцениваем и необходимость изменения системы. Мы также признаем, что люди будут делать ошибки.

Создание открытой и справедливой культуры

• Наши системы должны быть разработаны к уменьшению риска человеческой ошибки, прежде чем они станут критическими.

Создание безопасной системы:

Управление поведенческим выбором:

Коучинг друг друга, чтобы продемонстрировать надежное поведение



ОТЧЕТ ОБ ИНЦИДЕНТЕ



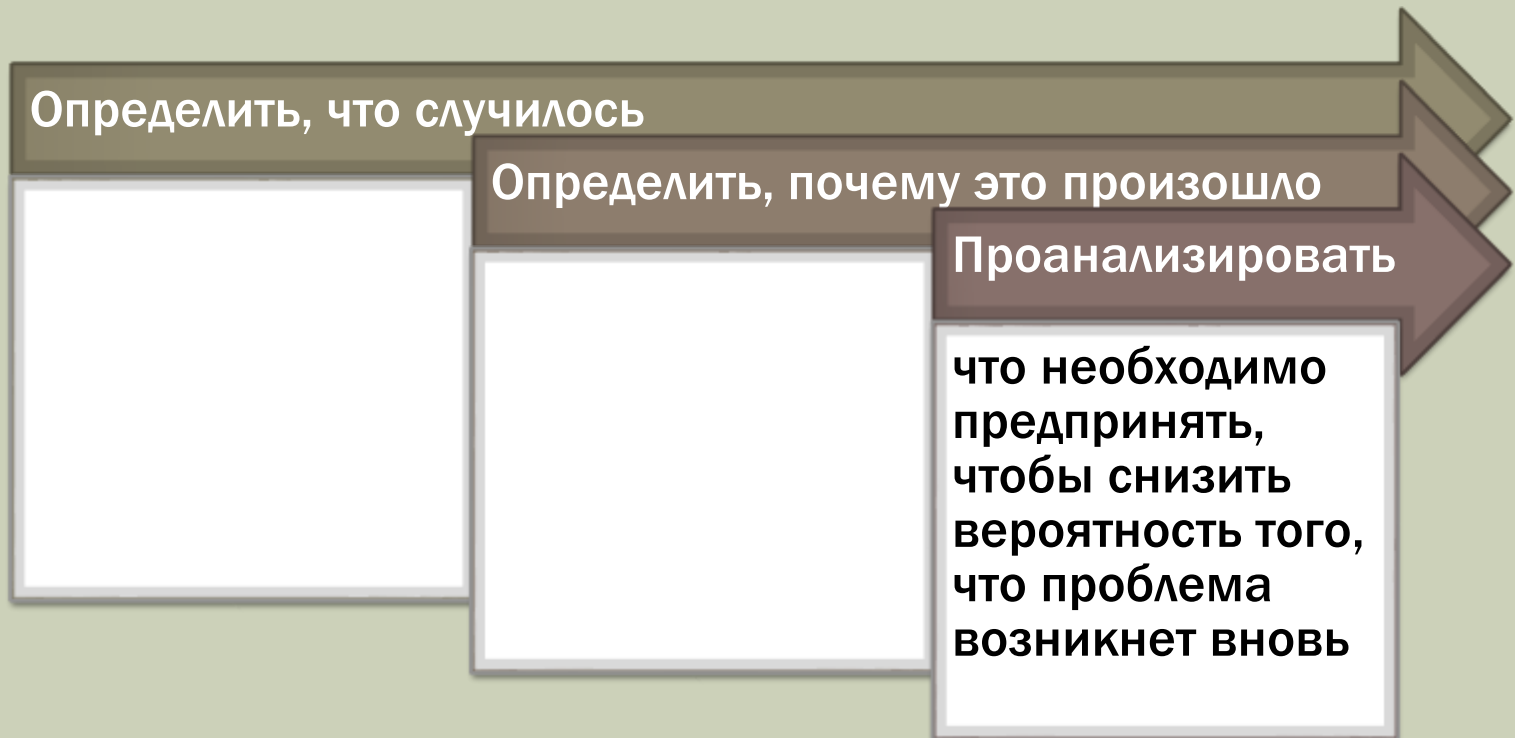
• Заполняйте ОТЧЕТ ОБ ИНЦИДЕНТЕ если была почти ошибка, ошибка, проблема

- Обучайте!
- Вводный инструктаж зав. отд./ ст. сестры/ нач.отд

- Заполнение формы «Отчет об инциденте»
- В течение 24 часов с момента происшествия подать отчет об инциденте

Анализ корневых причин/Root Cause Analysis (RCA)

RCA- Методология поиска истинных причин, источника возникшей проблемы, инцидента.





Основные факторы возникающих инцидентов

Физические факторы

- Материальные вопросы
- Отказ работы оборудования

Человеческий фактор

- Ошибки людей
- Несоблюдение СОП

Системные факторы

- Проблема может содержаться в системе, политике или процессе, которые используют люди для принятия решения и выполнения работы

Последовательность проведения RCA



№1. Определяем проблему

- Нужно ответить на следующие вопросы «Что происходит?»
- «Каковы конкретные симптомы проблемы?»

Шаг №2. Сбор данных

- «Каковы доказательства существования проблемы?»
- «Как давно проблема появилась?», «Какое влияние оказывает обнаруженная проблема?».
- Рассмотрение обстоятельств, которые привели к возникновению проблемы, нужно исчерпывающе исследовать ситуацию

создать команду из экспертов и ключевых исполнителей RCA

- из людей, которые понимают ситуацию, которые больше других соприкасаются с проблемой, могут помочь вам лучше понять ее
- рассматриваете ситуацию с разных сторон: со стороны клиентов, людей, принимающих решения, со стороны изменяемого процесса, со стороны владельца процесса, со «стороны окружающего мира» и экологических ограничений.

Последовательность проведения RCA

Шаг №3

- Идентификация возможных «причинных факторов»

Задайте себе такие вопросы

- «Какая последовательность событий привела к появлению проблемы?»
- «Каковы те условия, которые позволили проблеме возникнуть?»
- Есть ли второстепенные проблемы, сопровождающие главную?»

Выявите «причинные факторы»

- На этой стадии выявите так много «причинных факторов» как вы можете
- часто люди обнаруживают 2-3 фактора, играющие роль в создавшейся ситуации и затем останавливаются, но этого недостаточно!

RCA

Это инструмент, с которым можно забраться глубже в суть вещей, а не ухватиться за самые очевидные предпосылки.

- Диаграммы причин и последствий

- Картируйте все возможные «причинные факторы», чтобы наилучшим образом «поймать» именно тот момент, когда родилась проблема

«причинных факторов»

«5 Почему»

- Задавайте себе относительно интересующего аспекта постоянно вопрос «Почему?» до тех пор, пока не докопаетесь до истинной причины проблемы.

- Используйте для идентификации следующий инструмент из арсенала менеджмента - Оценка

- Используя собранные факты, определите возможные последствия

- разложите большую проблему на совокупность мелких, чтобы лучше понять общую ситуацию

Анализ данных «вглубь»

Последовательность проведения RCA

Шаг №4

Идентифицируйте
корневые причины

- «Почему существуют «причинные факторы», обнаруженные вами?»
- «В чем настоящая причина того, что случилась проблема?».
- Применяя те же методы в Шаге №3, найдите корневые причины проблем.

Шаг №5. Рекомендуйте и
внедряйте решения

- Задайте вопросы: «Что вы можете сделать, чтобы предотвратить повторное появление проблемы?»,
- «Как внедрить корректирующие действия?», «Кто будет ответственным за действия по устранению проблемы?», «Каковы риски, сопровождающие внесение изменений?»

Анализ и планирование

- Анализируйте изменения, которые потребуется внести в разные взаимосвязанные процессы
- планировать заведомо, так как вы должны предвосхищать последствия внедряемых решений, чтобы избежать потенциальных рисков до их реализации.

FMEA (Failure Mode and Effects Analysis)

основывается на идее анализа рисков в контрольных точках

полезная техника, где внесение коррективов в работу может завершиться провалом

Анализ последствий (Impact Analysis)

сосредоточен на положительных и отрицательных последствиях внесения изменений в процессы

с которыми могут столкнуться взаимосвязанные системы вашего организационного механизма

«Кайдзен» и постоянное улучшение

постоянные небольшие улучшения в процессах делают систему лучше

люди, которые в практическом отношении связаны с тем или иным процессом в наибольшей степени должны помочь в определении точек, где улучшения производятся

Если вместе с RCA в МО активно используется «Кайдзен», то эффективность и быстрота использования «Анализа корневых причин» сильно возрастает.

АНАЛИЗ КОРНЕВЫХ ПРИЧИН/ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)

- 5 случаев инцидентов о «Почти ошибке», произошедшие в период III кв. 2018 года в ОЦРЛС
- расценены как систематический сбой в работе и были рассмотрены как причина проведения анализа корневых причин

Что случилось

Анализ проведен на примере инцидента

- м/с перед выдачей препарата обнаружила, что вместо назначенного врачом Наропина был доставлен препарат Нимотоп, **«не тот препарат»**.

Когда случилось: 27.07.2018

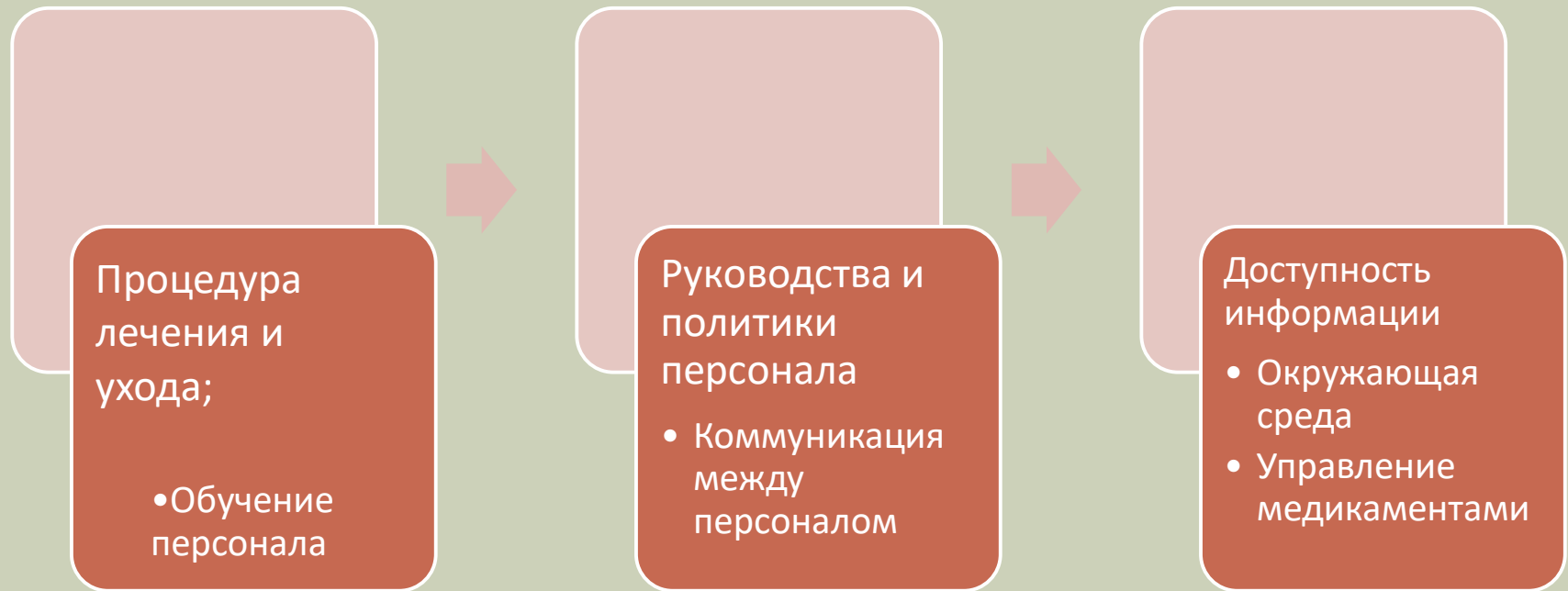
- Место инцидента: н/о
- Кем сообщено: Постовой м/с н/о

- СМК;
- СППиВА
- Клинический фармаколог;
- Сотрудники отделения неврологии;
- Сотрудники ОЦРЛС.

- Методика: «Brainstorming», «Fishbone diagram»

Команда разбора:

ОБЪЕМ АНАЛИЗА КОРНЕВЫХ ПРИЧИН





АНАЛИЗ / ANALYSIS

Человеческий фактор

провизор перемещался из кабинета в кабинет для приготовления разных форм препаратов

усталость персонала

загруженность персонала ОЦРЛС в утреннее время. 70% всех назначений приходился на 8:00-12:00ч.

большое количество препаратов СИТО до 60 в сутки

бесконечные телефонные звонки из отделений

Окружающая среда

Правила и процедуры

не отработана процедура назначения препаратов СИТО

необоснованное назначение препаратов СИТО отделениями

недостаточное обучение персонала ОЦРЛС и отделений по назначениям СИТО

формирование ОЦРЛС заявок отделений в ночное время

отсутствие отдельной штатной единицы для распределения табл. препаратов

недостаточное количество штатных единиц в ОЦРЛС

неправильное распределение должностных обязанностей в ОЦРЛС

Менеджмент

Почти ошибка- не тот препарат

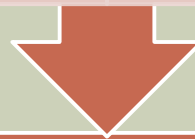
ПРИНЯТЫЕ МЕРЫ



Проведен анализ всех назначений категории СИТО

клинический фармаколог

в 99% случаев данные медикаменты не требовались для оказания срочной помощи

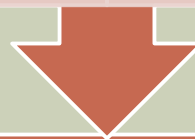


Руководстве по управлению лекарственными средствами

Разработаны правила по ЛС категории СИТО правила регламентируют, какие назначения относят к категории СИТО (только 6 показаний)

Проведено обучение врачей и ОЦРЛ правилам Руководства в отношении назначений СИТО.

Мониторинг необоснованных телефонных звонков в ОЦРЛС



Пересмотрен штат ОЦРЛС в сторону увеличения штатных единиц провизоров и среднего медицинского персонала

По КМИС внесли ограничение назначений не более 70 назначений до 13:00ч.

Все несоответствия устранялись по мере выявления и их приоритетности

РЕЗУЛЬТАТ

«Почти ошибок» связанных с не тем препаратом не было зарегистрировано

В ОЦРАС разводятся и отпускаются назначения СИТО, только прописанные в Руководстве

- Количество необоснованных назначений СИТО уменьшилось с 50-60 в сутки до 5-10 в сутки

В Больнице придерживаются некарательной обстановки в коллективе с целью анализа инцидентов и предотвращения ошибок в будущем

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

