



Veselības inspekcija

Pamatcēloņu analīzes metodes pielietojums ārstniecības iestādēs. Ieteikumi.

Veselības inspekcijas
Stratēģiskās plānošanas un attīstības departamenta vadītāja
Evija Palčeja

Rīga, 27.11.2019.



Veselības inspekcija

Ārstniecības iestādes un Inspekcijas loma sūdzību/ nevēlamu notikumu analizē

- Vislabāk novērst PIRMS sūdzība radusies;
- Pacientu, pacientu pārstāvju jeb katra ārstniecības iestādes klienta sūdzības var kļūt par vērtīgu informācijas avotu, kas rosina ārstniecības iestādes snieguma pilnveidošanu;
- Ārstniecības iestādes iesaiste ir būtiska, tāpēc Inspekcija visas sūdzības novirza ĀI;
- Zems nozīmīgums – ĀI analizē, veic uzlabojumus, atbild pacientam, informē Inspekciju;
- Vidējs, augsts nozīmīgums – Inspekcija «tura rūpi» par izmeklēšanu, atbildi pacientam/ sniedz atbildi pacientam;
- Sūdzību datu apkopojums - lai sistemātiski raksturotu vispārējās un īpašās problēmas noteiktā veselības aprūpes iestādē, par kurām ziņojuši pacienti, tendences valsts līmenī.



Veselības inspekcija

Ārstniecības likums

3.pants. Veselības aprūpe ir **veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju īstenots pasākumu komplekss**, tajā skaitā telemedicīna un darbības ar zālēm un medicīniskajām ierīcēm, pacienta veselības nodrošināšanai, uzturēšanai un atjaunošanai.

9.1 pants. (1) Ārstniecību veic atbilstoši klīniskajām vadlīnijām vai ārstniecībā izmantojamo metožu un zāļu lietošanas drošības un ārstēšanas efektivitātes novērtējumam, kas veikts, ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principus.



Veselības inspekcija

Veselības aprūpes (VA) kvalitāte; Definīcijas

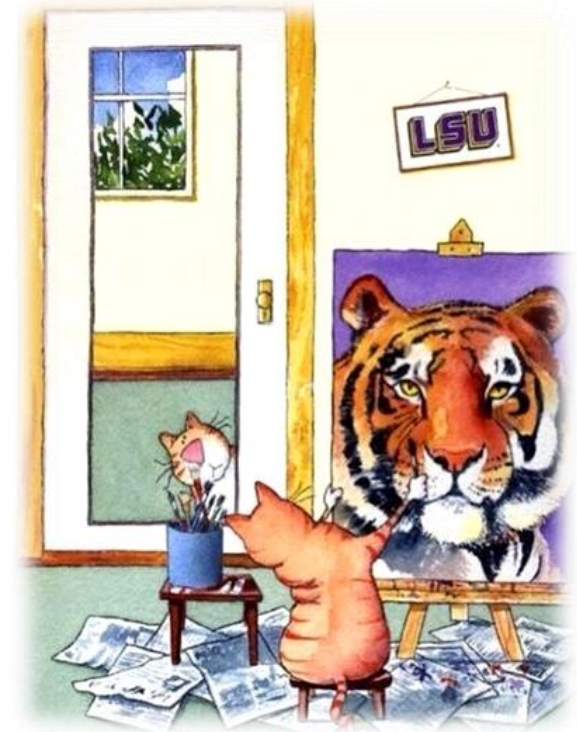
1. VA kvalitāte - pakāpe, kādā veselības aprūpes pakalpojumi indivīdiem un sabiedrībai ir droši, efektīvi un uz cilvēkiem orientēti (PVO; 2018) .
2. VA kvalitāte - veselības aprūpes sistēmas sniegums jeb cik lielā mērā indivīdiem un pacientu grupām sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi uzlabo vēlamo veselības rezultātu. Lai to sasniegtu, veselības aprūpei jābūt drošai, efektīvai, savlaicīgai, iedarbīgai, taisnīgai un uz cilvēkiem vērstai (PVO; www.who.int);
3. Veselības aprūpes kvalitāte – pakāpe, kurā veselības aprūpes pakalpojumi indivīdiem un sabiedrībai palielina vēlamo veselības aprūpes rezultātu, un atbilst pašreizējām profesionālajām zināšanām (Medicīnas institūts, ASV 1990).



Veselības inspekcija



- **Darba devējs ir pirmais atbildīgais par savas darbības un personāla uzraudzību.**
- Pakalpojuma sniedzējs – vienīgā organizācija, kas spēj reālā laikā dot norādījumus, veikt uzraudzību un izvērtēt pakalpojumus, par kuriem šī organizācija ir atbildīga, un veikt reālus pasākumus, lai novērstu visas konstatētās nepilnības.
- **Vadībai ir galvenā loma pakalpojumu kvalitātes un atbilstības pašpārraudzībā**





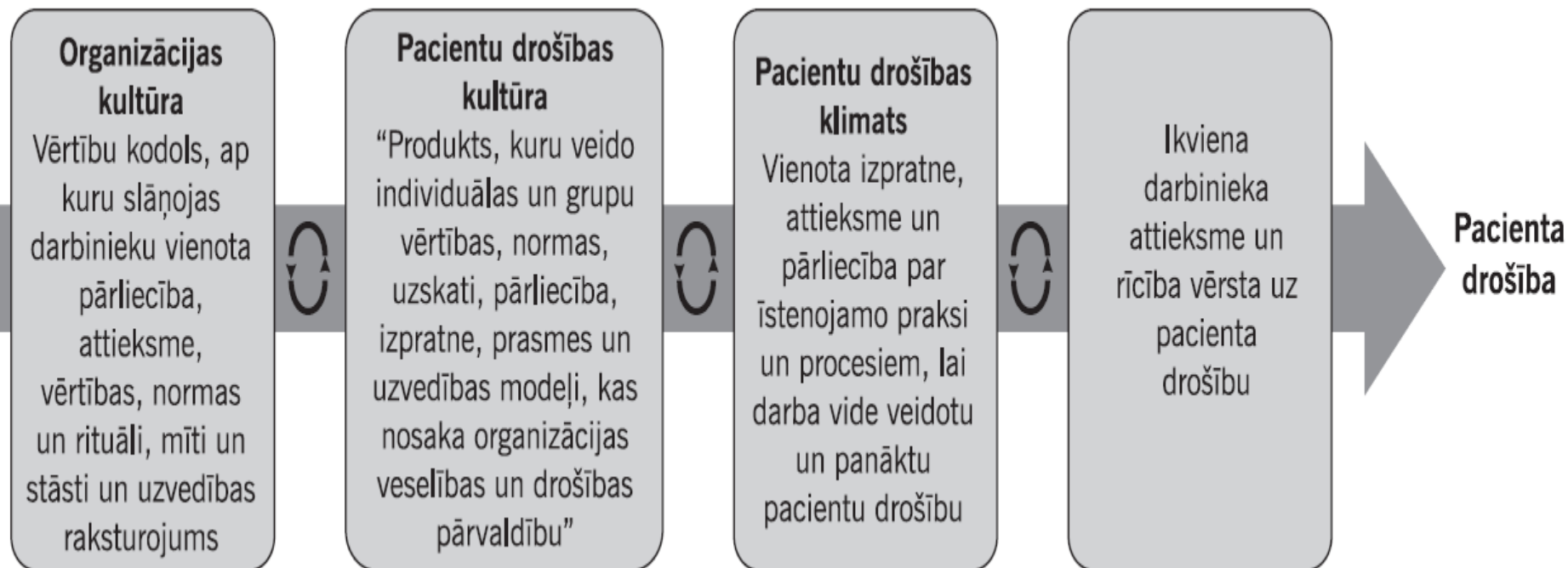
Veselības inspekcija

Ziemeļvalstu uzraudzības konference, septembris 2019

*«VA kvalitāte ir atkarīga no tā, ko dara cilvēki un kā viņi savstarpēji iedarbojas, tātad jāmaina cilvēku uzvedības modelis. Mainīt cilvēku ir ļoti grūti, grūti mainīt ieradumus. **Cilvēkam jāredz jēga – kāpēc vajag mainīties un ka izmaiņas ir nepieciešamas, jo ierastais- parasti ir ērti, izdevīgi. Uzvedība mainās caur jēgu un sajūtām».***

(Einar Hovlid, The Norwegian Board of Health Supervision)

Pacientu drošību rada ārstniecības iestādes kultūra



Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, et al Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review BMJ Qual Saf 2013;22:11-18.



Veselības inspekcija

Inspekcijas pieeja - uzraudzības, t.sk. kontroļu, iesniegumu izskatīšanas laikā fokuss uz ārstniecības iestādes pilnveides kapacitāti, lai identificētu un mazinātu pacientu drošības riskus

MK noteikumi nr.60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām"

Lai nodrošinātu kvalitatīvus un pacientiem drošus ārstniecības pakalpojumus, ārstniecības iestāde veic šādus pasākumus:

- 17.1. ievieš un nodrošina **nepārprotamu pacientu identifikāciju**;
- 17.2. **efektīvu komunikāciju** (kritiskie rezultāti, medicīniskie ieraksti);
- 17.3. **ķirurģijā un anestēzijā**;
- 17.4. attiecībā uz **augsta riska pacientiem**;
- 17.5. **pacientu drošības ziņošanas-mācīšanās sistēmu**;
- 17.6. **drošu zāļu aprites sistēmu**;
- 17.7. ar pacienta veselības aprūpi saistīto infekcijas slimību risku mazināšanas pasākumus;
- 17.8. ievieš un uztur **pacientu sūdzību** un ierosinājumu analīzes **sistēmu**;
- 17.9. nodrošina sniegto ārstniecības **pakalpojumu rezultātu analīzi**;
- 17.10. regulāri veic **pacientu aptauju** par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

02.12.2019



Veselības inspekcija

Sūdzību/nevēlamu notikumu klasifikācija

Healthcare Complaints Analysis Tool version 3, 2015. Dr Alex Gillespie and Dr Tom Reader, Department of Social Psychology, The London School of Economics and Political Science.



Ārstēšanas un aprūpes kvalitāte un drošība	
Problēmas, kas saistītas ar ārstēšanas un aprūpes kvalitāti un drošību jeb klīnisko darbu, kuru veic veselības aprūpes personāls (t.i. ārsti, māsas, radiologi u.c. speciālisti)	Kvalitāte: veselības aprūpes darbinieku praktiskais sniegums, uzvedības modeļi, saistīti ar klīniskajiem standartiem, protokoliem, vadlīnijām, aprūpes veidiem, metodēm, ierasto praksi.
	Drošība: Kļūdas, incidenti, nevēlami notikumi, darbinieku kompetences
Menedžmenta (vadišanas, pārvaldības) problēmas	
Ar darba vidi un darba, procesu organizēšanu saistīti jautājumi, tajā vidē, kurā tiek sniegta veselības aprūpe (šie ir jautājumi, par kuriem parasti atbildīgs ir administratīvais personāls, tehniskie darbinieki un vadītāji)	Vide: Problēmas, saistītas ar telpām, pakalpojumiem, aprīkojumu, t.sk. medicīnisko, darbinieku skaitu, maiņu darba plānošanu.
	Organizācijas procesi: administratīvie procesi, gaidīšanas laiks, pierakstīšana, aprūpes pieejamība, izrakstīšana, pārvešana, <u>stacionēšana</u> , konsultēšana utml.
Komunikācijas, attiecību problēmas	
Problēmas, kas saistītas ar jebkura konkrēta darbinieka izturēšanos, uzvedību, attieksmi pret pacientu un viņa ģimeni/radiniekiem/pārstāvjiem	Klausīšanās: Veselības aprūpes darbinieki neņem vērā vai neatzīst, neieklausās informācijā, kuru sniedz patients
	Komunikācija: Iztrūkstoša vai nepareiza, nepietiekama darbinieka komunikācija ar pacientu
	Cieņa (respekts) un pacienta tiesības: Pacienta tiesību pārkāpumi no darbinieka puses vai necienīga izturēšanās



Veselības inspekcija

Pamatcēloņu analīze (PCA) (RCA-Root Cause Analysis)

- Veselības aprūpē veic ar pacientu drošību saistītu atgadījuma izpēti.
- Pielietojama gan Veselības inspekcijā vai citā nacionālā līmeņa institūcijā vai speciāli šim nolūkam izveidotā starpdisciplinārā/starpinstitūciju gadījuma analīzes komandā, gan ārstniecības iestādes vai profesionālās asociācijas līmenī.
- Metode nevēlamu notikumu (negadījumu, pacienta drošības atgadījumu) pētīšanai, lai palīdzētu identificēt trūkumus sistēmā un tos cēloņus, uz kuriem iedarbojoties, varētu izvairīties no nevēlamā notikuma atkārtoties nākotnē vai vismaz mazināt šo risku.
- Analīzes rezultāts ir identificēti sistēmiskie cēloņi, veicinošie faktori, noteiktas kvalitātes pilnveides un risku mazinošas stratēģijas un konkrētas, realizējamas aktivitātes, izvērtējot to efektivitāti.

Medicīnisko kļūdu izpētei nepieciešamas zināšanas, izpratne par Cilvēka faktoriem

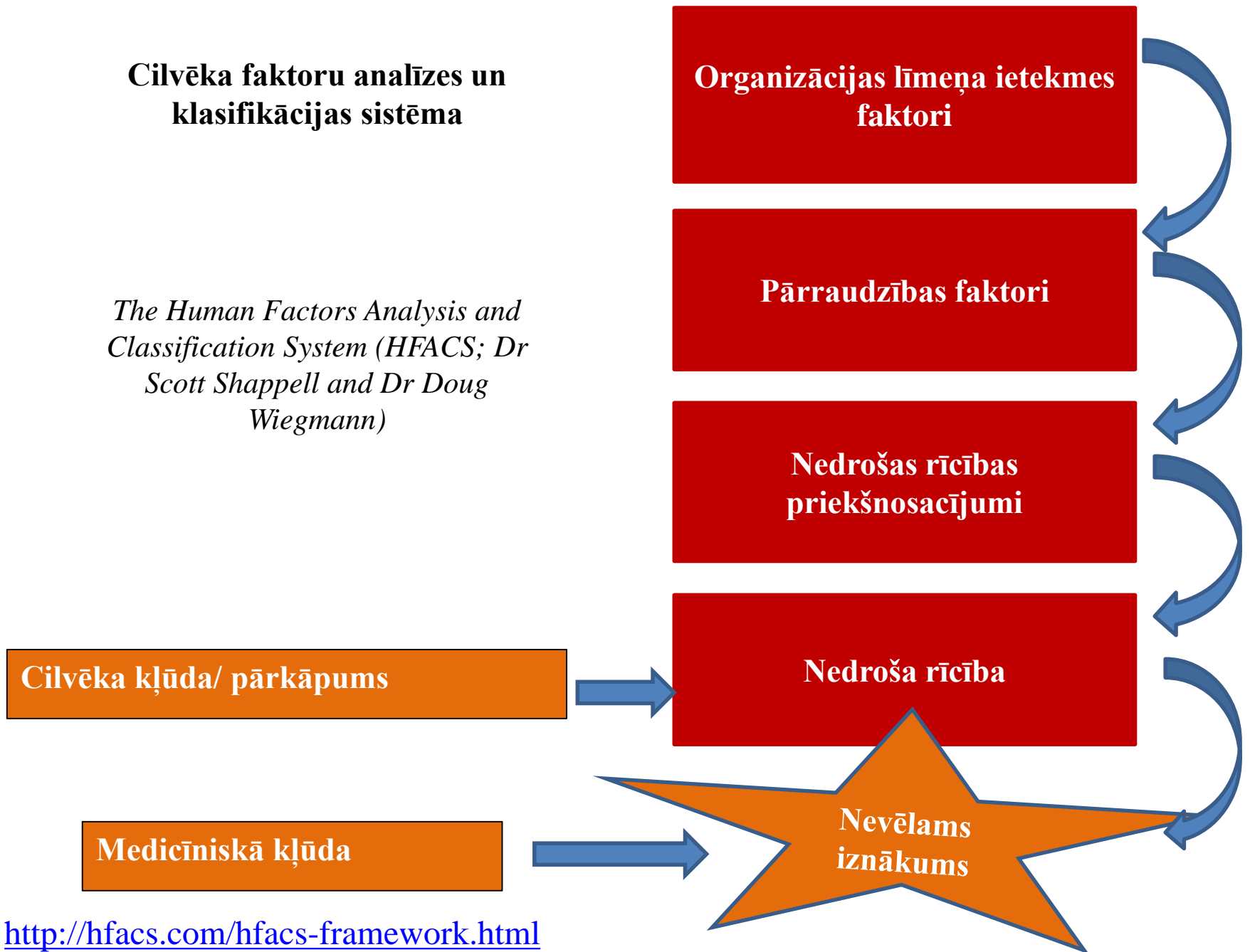
Cilvēka faktori jeb ergonomika – mijiedarbība starp cilvēku un sarežģītas sistēmas tehniskajiem komponentiem

Klīniskās jomas Cilvēka faktori (*Clinical human factors*) - Klīniskā snieguma paaugstināšana caur izpratni par rezultātiem, kas rodas komandas darba, uzdevumu, aprīkojuma, darba vietas, kultūras, organizācijas un cilvēka uzvedības un iespēju ietekmē un šo zināšanu piemērošana klīniskajā praksē (*Dr Ken Catchpole, a human factors expert; www.chfq.org*)

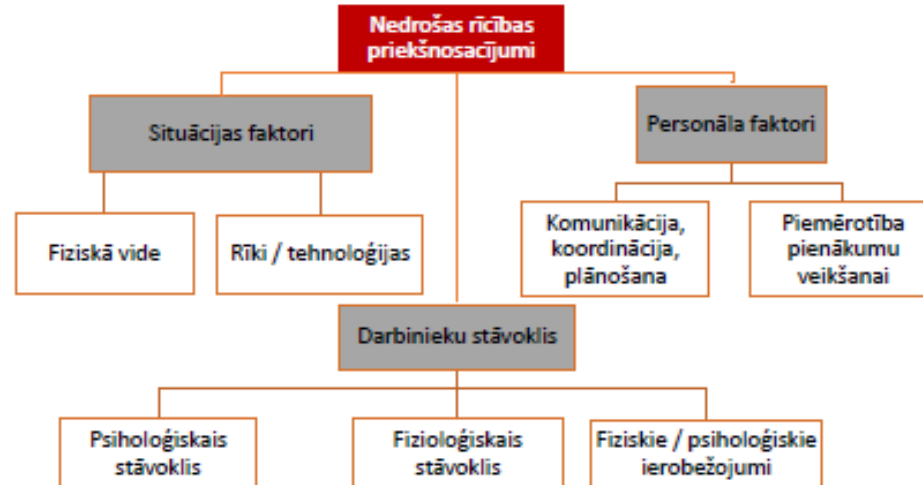
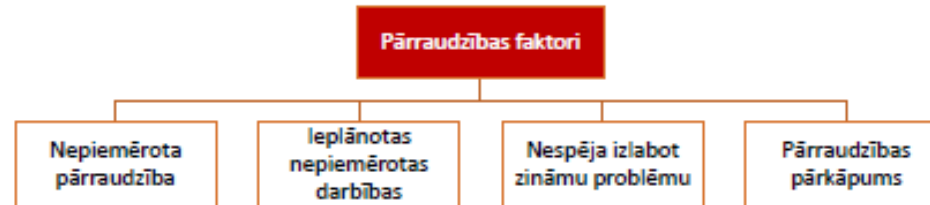
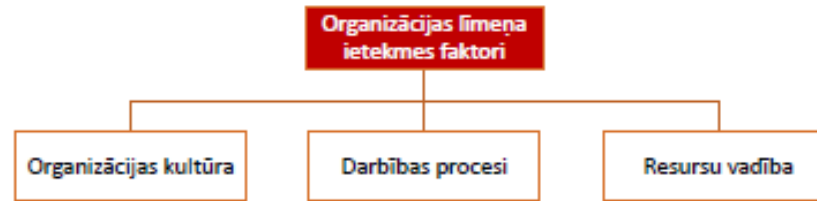
Zinātne par Cilvēka faktoriem piemēro zināšanas par to, kā mēs - cilvēki redzam, dzirdam, domājam, uztveram, kā fiziski funkcionējam, pārvēršot šīs zināšanas rīkos, produktos vai sistēmās, kas veicina cilvēka uzdevuma izpildi un aizsargā cilvēka veselību un drošību.

Cilvēka faktoru analīzes un klasifikācijas sistēma

The Human Factors Analysis and Classification System (HFACS; Dr Scott Shappell and Dr Doug Wiegmann)

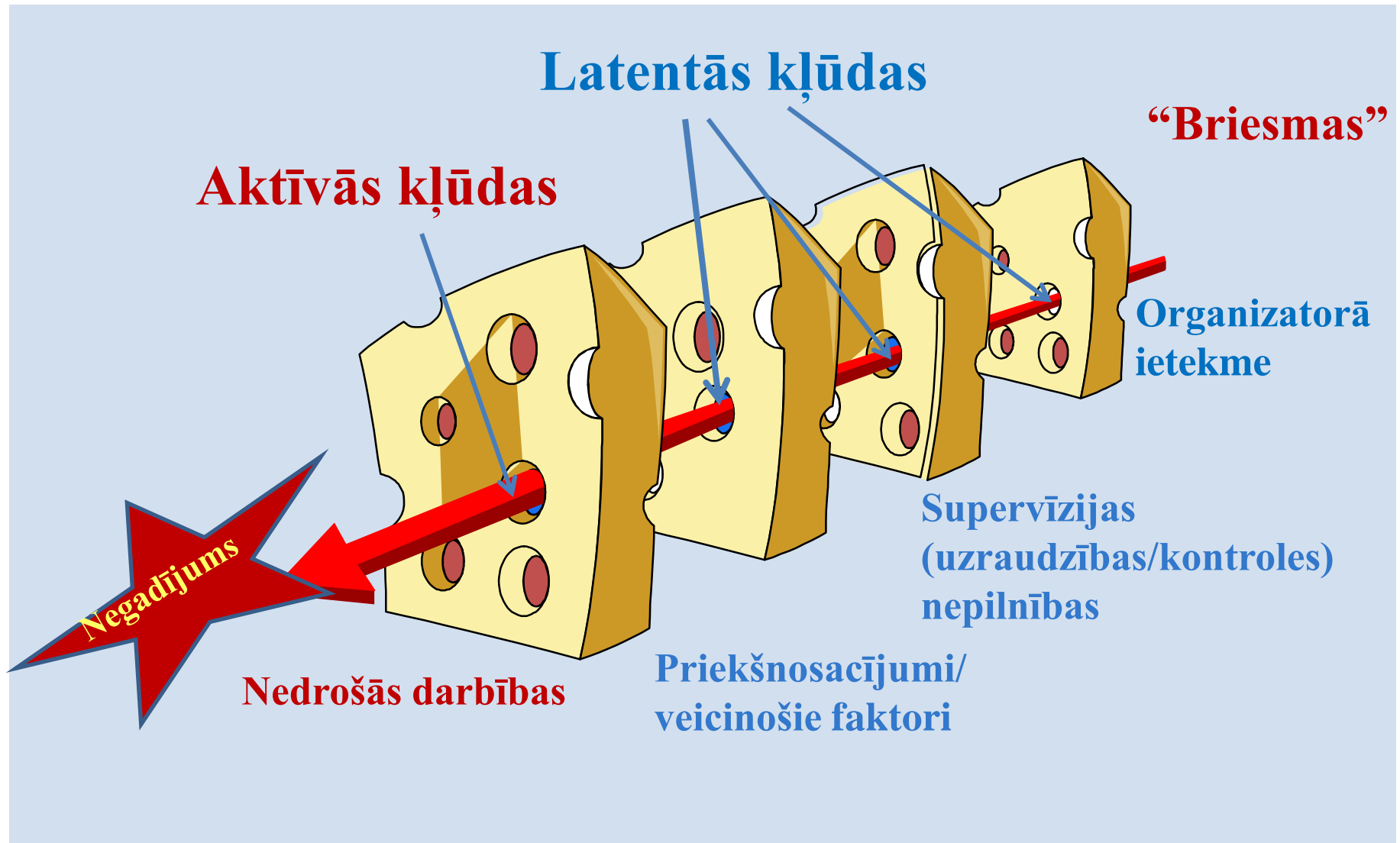


Cilvēka faktora analīzes un klasifikācijas struktūra



<http://hfacs.com/hfacs-framework.html>

«Šveices siera» cēloņsakarību modelis (J.Reason; 1990)





Veselības inspekcija

Pamatcēloņu analīze – instruments sistēmas analīzei

Sistēmas analīze - sistēmas ieguldījumu (resursu), procesu, funkciju (nolūka) un ieguvumu detalizēta analīze.

- A. Gadījuma izvēle metodikas pielietošanai
- B. Saprotiet, kas ir noticis (informācijas, datu iegūšana)
- C. Nosakiet, kā un kāpēc tā notika
- D. Izstrādājiet nepieciešamos pilnveides pasākumus
- E. Novērtējiet pasākumu ietekmi uz pilnveidi un risku mazināšanu.

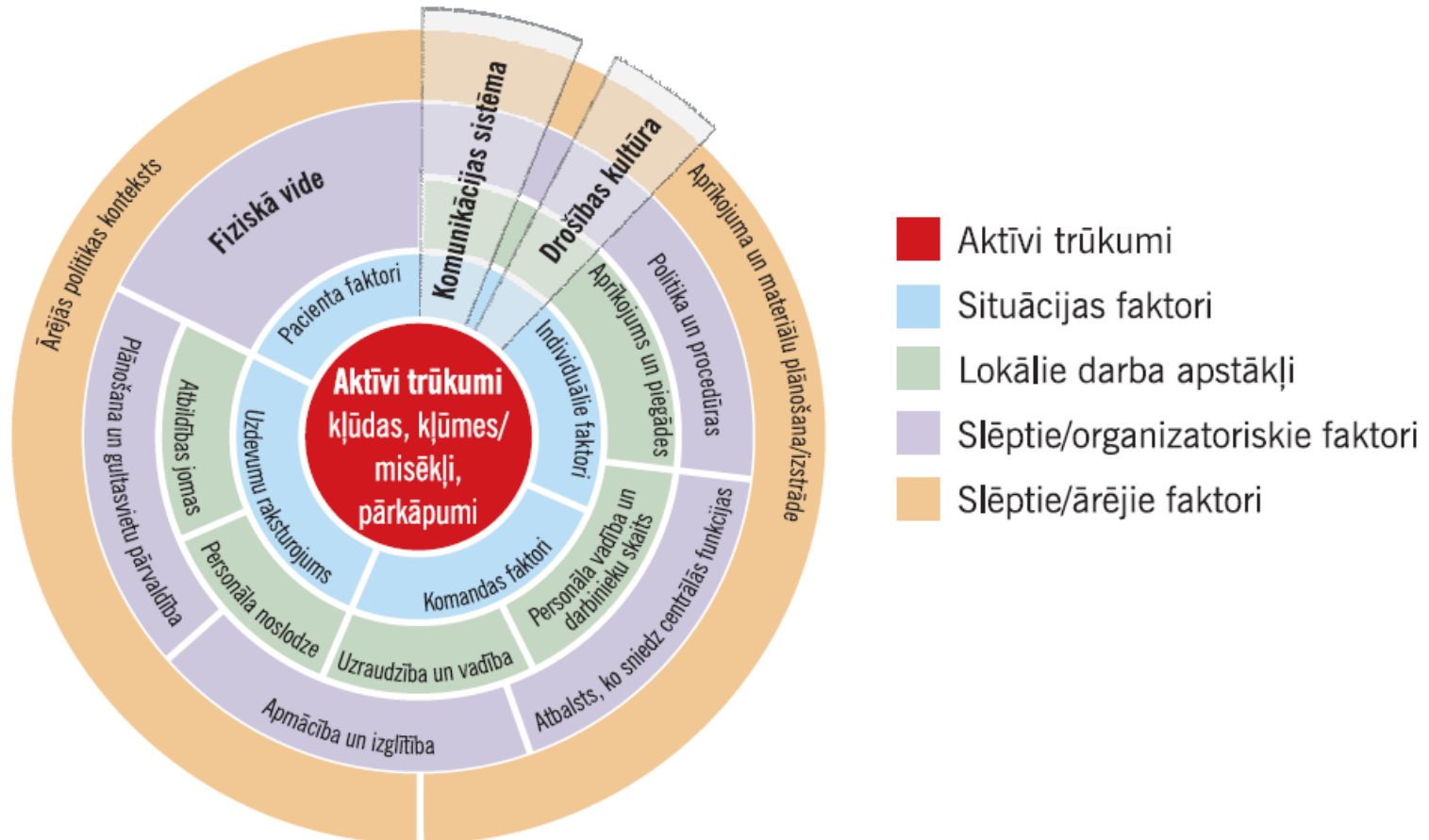
Analītiskie rīki – atkarībā no gadījuma nozīmīguma, specifikas

(Pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšana. Mācību materiāls, Rīgas Stradiņa universitāte (2017), pieejams SPKC, NVD mājas lapās)



Veselības inspekcija

Veicinošo faktoru struktūra

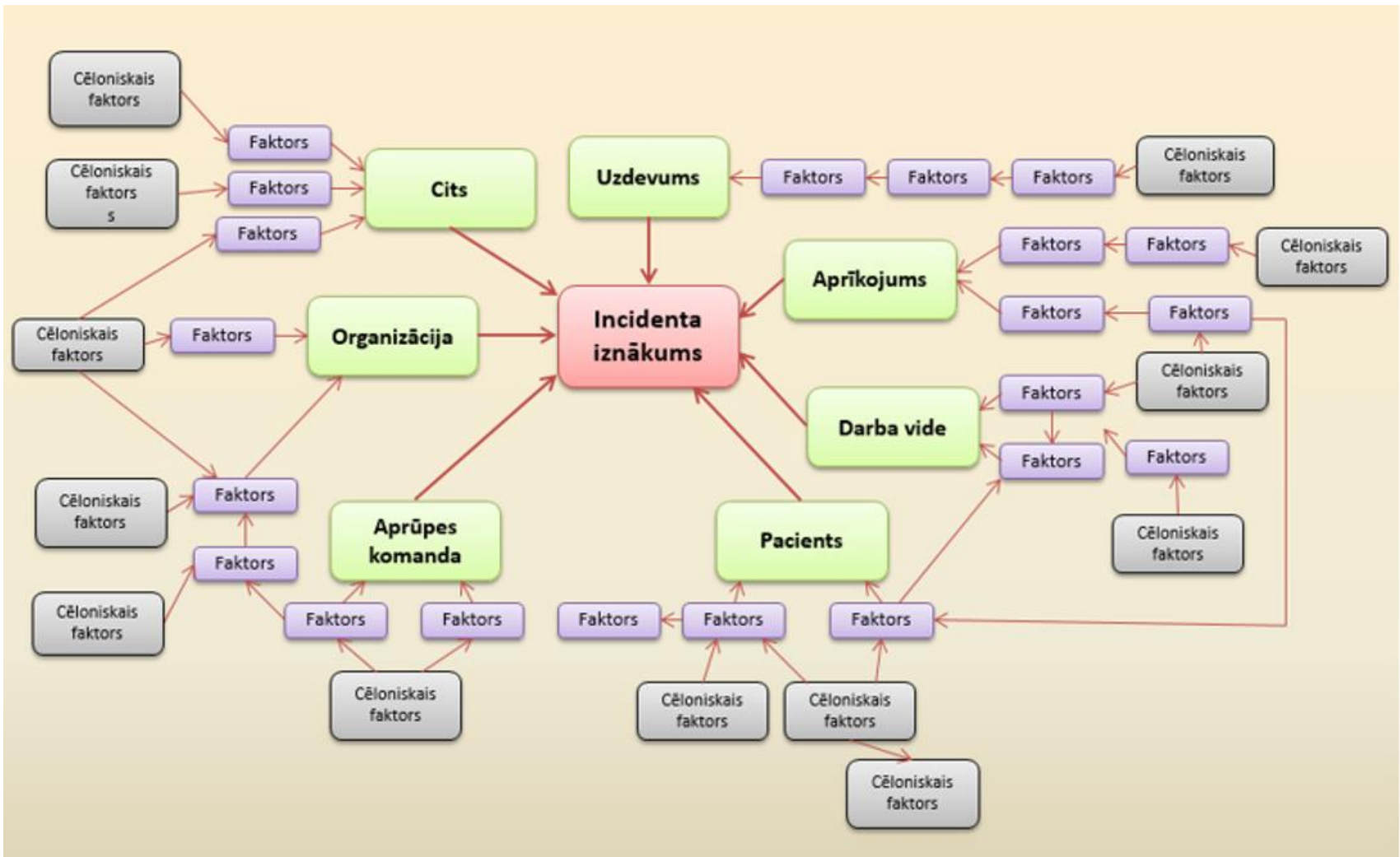


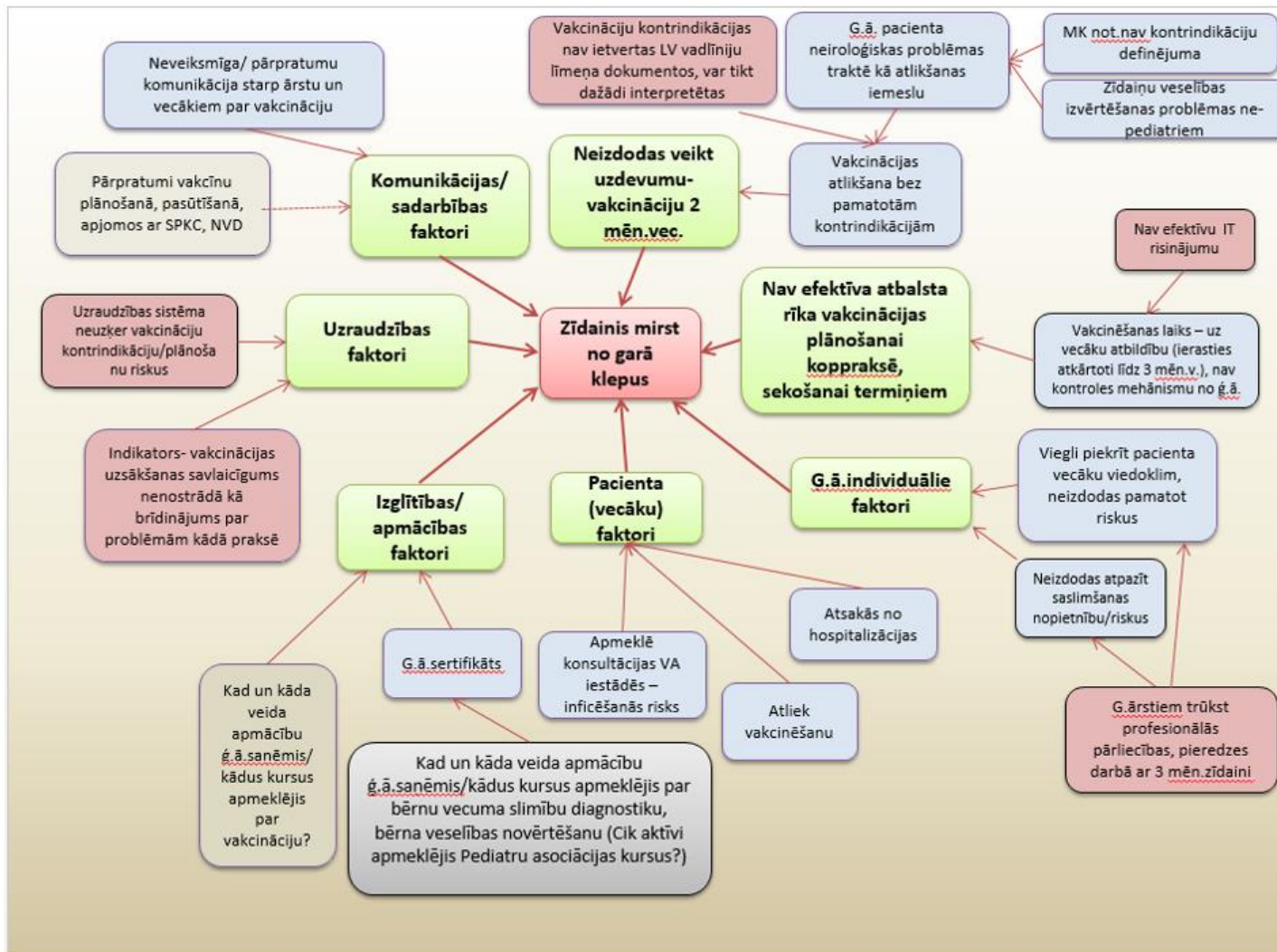
Lawton R. at all. Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review *BMJ Qual Saf* 2012;21:369e380. doi:10.1136/bmjqs-2011-000443

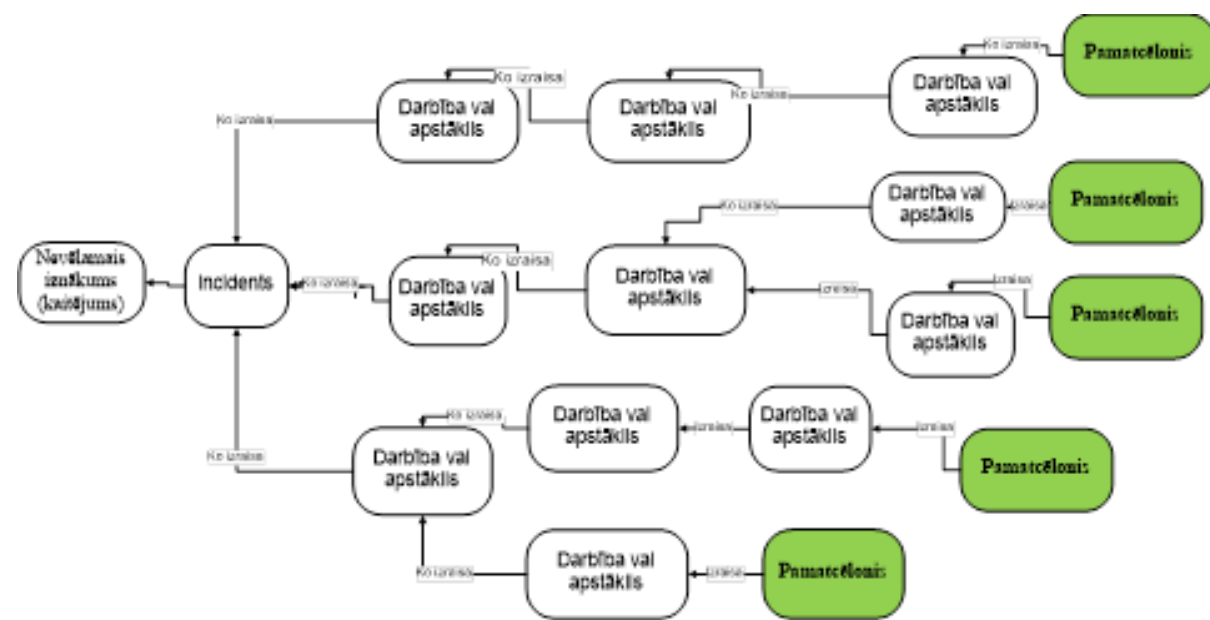
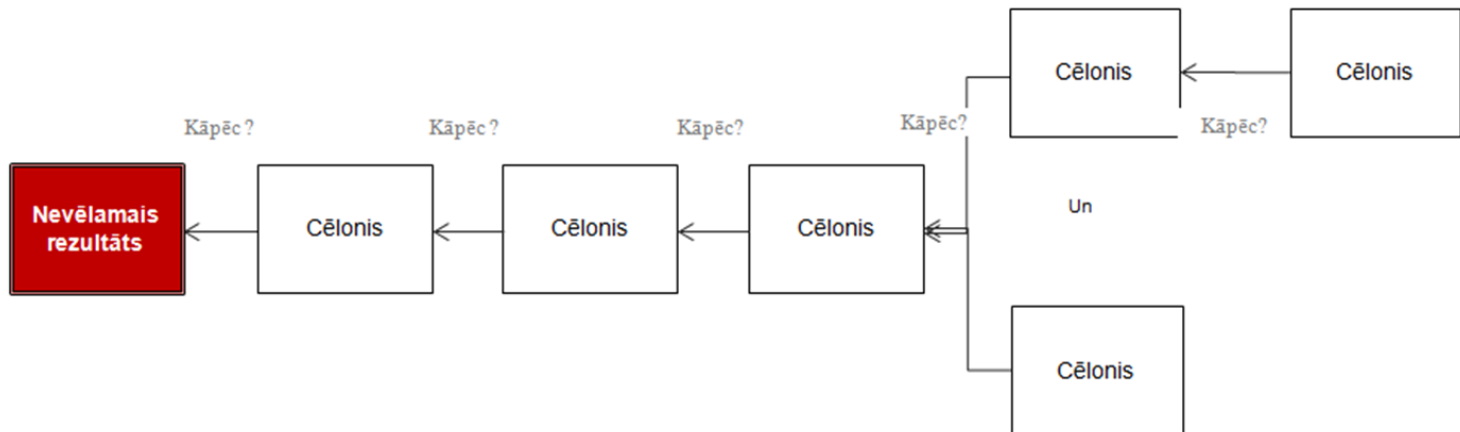


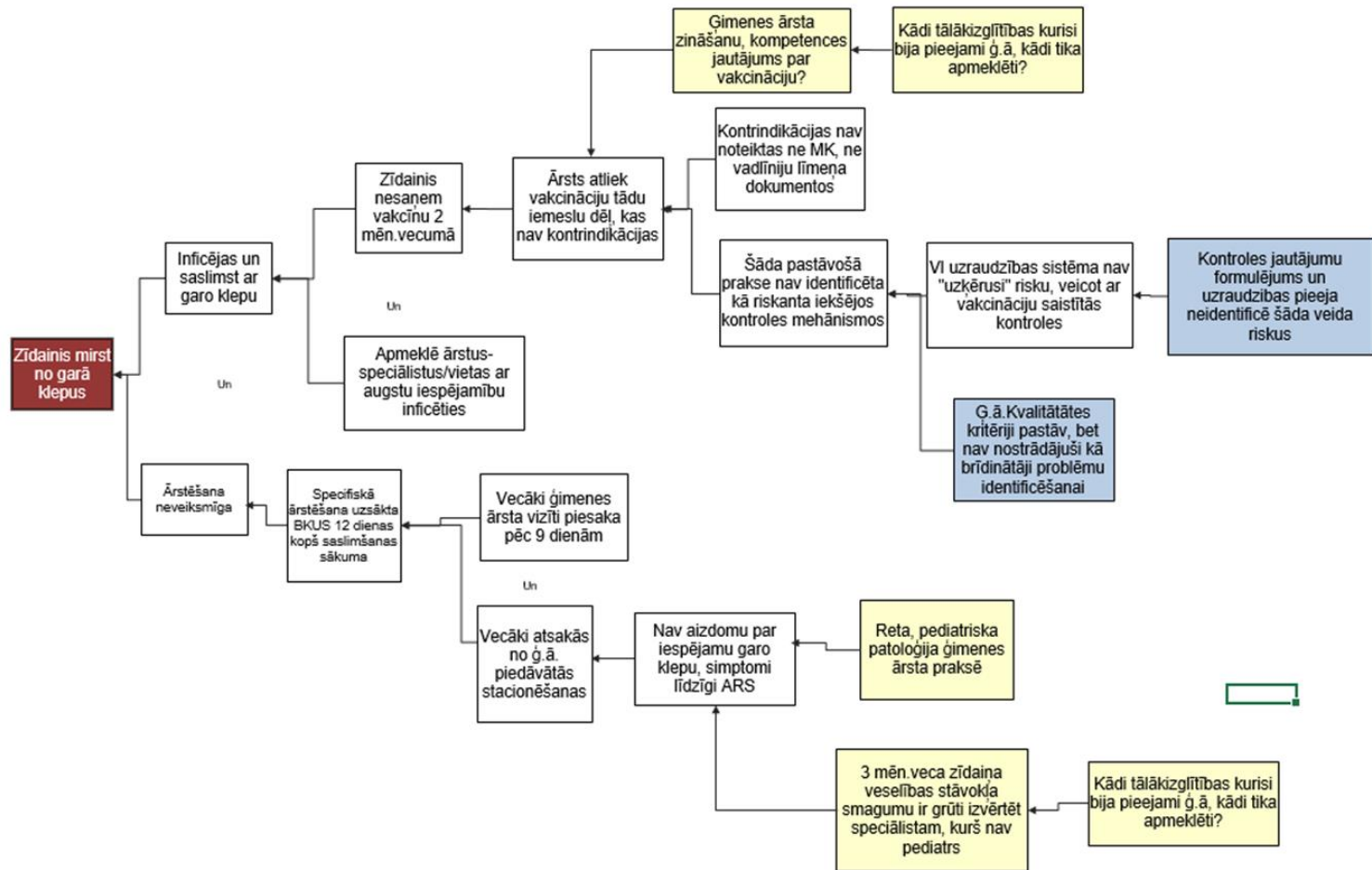
Veselības inspekcija

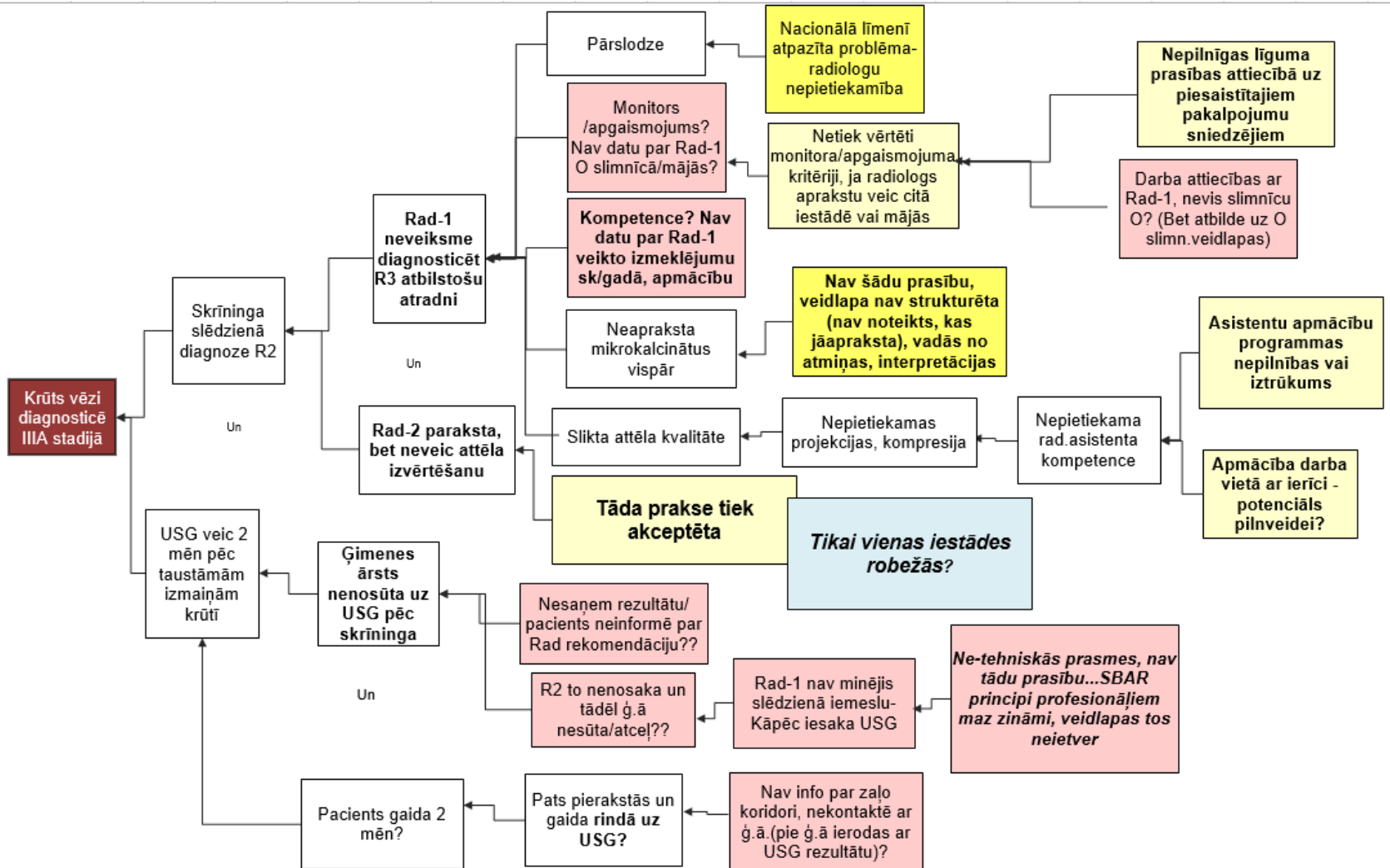
Sistēmas analīze nevēlama notikuma gadījumā











JOIN US FOR THE NEXT CAUSE MAPPING ROOT CAUSE ANALYSIS PUBLIC WORKSHOP ON DECEMBER 3 – 5 **ONLINE!**



PROBLEMS PINPOINT WHERE WORK PROCESS NEEDS TO BE IMPROVED



Process dictates results. Your problems provide an opportunity for process clarity. In other words, problem-solving is an opportunity to identify the breakdowns and gaps within your work processes. By conducting a thorough investigation when a problem occurs, you have an opportunity to reveal lessons learned, which can then lead to the implementation of best practices across your organization.

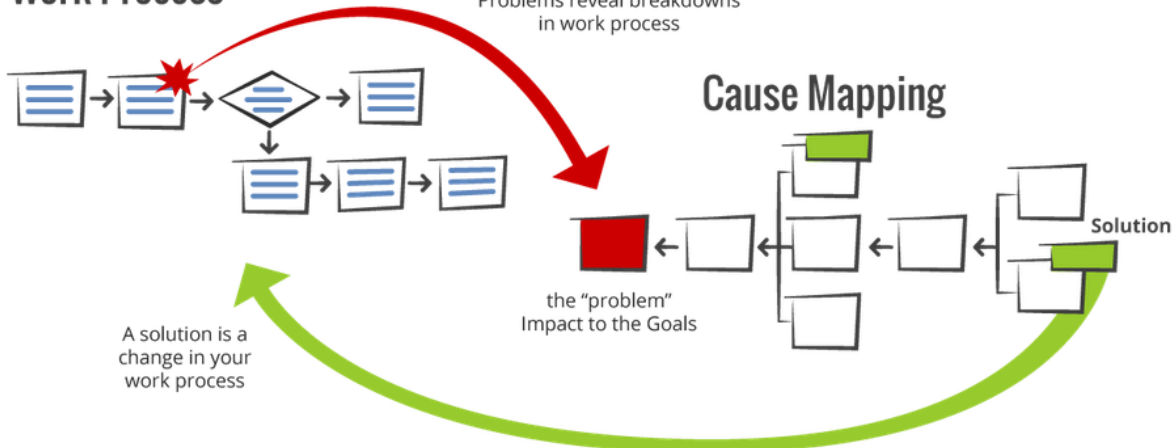


Download our **FREE Cause Mapping®** template

No special software required!
Learn how to leverage root cause analysis across your organization using Microsoft Excel

DOWNLOAD NOW!

Work Process





Veselības inspekcija

Kritēriji secinājumiem

- **Ir skaidri parādīta cēloņu un seku savstarpējā saistība**
- **Netiek lietots negatīvs apraksts** (piemēram, nekompetents, nolaidīgs ārsts, māsa)
- **Katrai cilvēka kļūdai ir atrasts pamatcēlonis**, kādēļ cilvēks kļūdījās
- **Katrai novirzei no procedūras ir atrasts cēlonis** – kādēļ to neievēroja
- Ir ņemts vērā, ka **rīcības trūkums ir formulēts kā cēlonis vienīgi tad, ja iepriekš ir eksistējis noteikums attiecīgi rīkoties** (vadlīnijās, rekomendācijās u.tml.)



Veselības inspekcija

Secinājuma formulējums

Labam atzinumam par cēloņiem ir trīs daļas un tiek izmantots šāds formāts: veicinošais faktors (“Tas notika...”), efekts („... kas noveda pie tā, ka notiek vēl kaut kas ...”) un notikums (“... kas izraisīja šo nevēlamo rezultātu.”)

Piemērs: “Nepārprotama un formalizēta saziņas protokola trūkums starp dienas un nakts dežūras ārstiem palielināja iespējamību, ka būtiskā ar pacienta aprūpi saistītā informācija netika efektīvi nodota un ka turpmākie medicīniskie novērtējumi nenotika, kas ietekmēja to, ka pacienta stāvokļa pasliktināšanās tika pamanīta vien tad, kad stāvoklis jau bija kritisks.”



5. Slēdziens par cēloņiem:

5.1. Zīdains mirst no garā klepus, kas ir vakcīnu regulējama saslimšana un novēršama nāve vairāku konstatētu cēloņsakarību un ietekmējošu faktoru dēļ:

- 5.1.1. Kontrindikāciju vakcinēšanai/vakcinēšanas atlikšanai uz laiku interpretācijas iespējamība dēļ tā, ka tās nav stingri noteiktas ne MK noteikumos, ne LV pieejamo vadlīniju līmeņa dokumentos ietekmēja to, ka ārsts atlika vakcinēšanu līdz neirologa slēdziena saņemšanai, kas konkrētajā gadījumā neveiksmīgi sakrita ar bērna inficēšanos atliktajā laika posmā.
- 5.1.2. Tālākizglītības programmas ģimenes ārstiem pediatrijā un ģimenes ārstu kompetences novērtēšana pediatrijā nav bijusi veiksmīga zīdaiņa nāves novēršanai gan attiecībā uz ģimenes ārsta kompetenci novērtēt zīdaiņa veselības stāvokli pirms vakcinācijas, ne attiecībā uz veselības stāvokļa risku izvērtēšanu, zīdainim saslimstot, kas veicināja nevēlamo iznākumu.
- 5.1.3. Vakcinācijas programmas plānošanas, termiņu uzraudzības neveiksmes, kā arī pasūtīšanas apjoma plānošanas neveiksmes ģimenes ārstu koppraksē, iespējams, ir viens no iemesliem, kāpēc vakcinēto bērnu skaits pret garo klepu divu mēnešu vecumā atpaliek no vidējā Latvijā.
- 5.1.4. Vakcinācijas uzraudzības sistēmas līdzšinējā konstrukcija un pieeja, balstoties atbilstības apliecināšanā pret noteiktiem tiesību normu punktiem, neidentificē vakcinācijas atlikšanas risku, kontrindikāciju nepamatotību, kā arī ar vakcinācijas plānošanu, pasūtīšanu saistītos riskus, kas ietekmē to, ka šāda veida riski saglabājas ar risku realizēties nevēlamā iznākumā.
- 5.1.5. Vakcinācijas kvalitātes indikatoru izmantošana nav bijusi veiksmīga problēmu cēloņu identificēšanā un pilnveides pasākumu noteikšanā nevakcinēta zīdaiņa nāves prevencijai.
- 5.1.6. Latvijā sagatavotā un pieejamā informācija vecākiem par vakcināciju un atlikšanas riskiem/kontrindikācijām nav sasniegusi mērķi – pacienta vecāki tomēr izvēlas atlikt vakcinēšanu līdz konsultantu slēdzieniem. Būtu pētāms, no kurienes un kādu informāciju vecāki izmanto savu lēmumu pieņemšanai, kādu informāciju saņem pirmsdzemdību jauno vecāku skolā.

Kritēriji secinājumiem:

- Ir skaidri parādīta cēloņu un seku savstarpējā saistība
- Netiek lietots negatīvs apraksts (piemēram, nekompetents, nolaidīgs ārsts, māsa)
- Katrai cilvēka kļūdei ir atrasts pamatcēlonis, kādēļ cilvēks kļūdījās
- Katrai novirzei no procedūras ir atrasts cēlonis – kādēļ to neievēroja
- Ir ņemts vērā, ka rīcības trūkums ir formulēts kā cēlonis vienīgi tad, ja iepriekš ir eksistējis noteikums attiecīgi rīkoties (vadlīnijās, rekomendācijās u.tml.)

Uzlabojumu aktivitāšu hierarhija pēc to ietekmes uz risku mazināšanu



Pilnveides aktivitātes	Efektivitāte
Tehniski risinājumi, kas izslēdz iespējamību (piemēram, perorālas šļirces; dažādi savienotāji skābeklim un gaisam)	Augsta ietekme uz drošību – visefektīvākie risinājumi
Automatizācija / datorizācija (piemēram, automatizēti brīdinājumi par alergijām, zāļu maksimālās devas pārsniegšanu)	
Vienkāršošana / standartizācija (piemēram, antibiotiku standartdeva ķirurģijas profilaksē; pacienta identifikācijas aprocess, "zilais kods")	Vidēja līmeņa ietekme
Atgādinājumi, kontrolesaraksti, dubultās pārbaudes (piemēram, centrālā vēnu katetra ievietošanas kontrolesaraksts (<i>čekliste</i>); ķirurģijas drošības kontrolesaraksts, anestēzijas ierīču darbības pārbaudes kontrolesaraksts; zāļu devu dubultpārbaude)	
Noteikumi un politika (piemēram, pacienta apskate, lai novērtētu kritiena risku)	
Izglītība un informācija (piemēram, darbinieku izglītošana par augsta riska medikamentiem)	Zems efekts - vismazāk efektīvs (lai gan tie ir svarīgi, tie neradīs ilgstošas prakses maiņu, ja šos risinājumus lietos izolēti no cita līmeņa risinājumiem)

- Atbalstoša kultūra un darba sistēma,
- Uz mācīšanos orientēta ziņošana un atbildības sistēmas,
- Kļūdu identificēšana, mācīšanās un pasākumi kaitējuma riska mazināšanai
- Komandas darbs starp profesionāļiem, pacientiem un viņu ģimenēm,
- Izglītība, apmācība,
- Atbalstošas informāciju tehnoloģijas,
- Veicinoša apmaksu un aprūpes sniegšanas vide,
- Pētniecība

Diagnostic Errors: Why Do They Matter, and What Can You Do?



Why They Need Attention Now

Diagnostic errors are difficult to measure. But what is known points to a significant problem.

Deaths



Diagnostic errors that may have contributed to death have been found in **10%** of autopsies

Source: Shojania et al.



This extrapolates to **40,000 to 80,000** deaths annually

Source: Leape et al. "Counting Deaths"

Adverse Events



7% to 17% of adverse events in hospitals result from diagnostic errors, per record reviews

Source: Leape et al. "The Nature of Adverse Events"; Thomas et al.

Liability

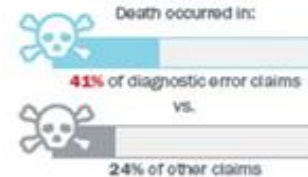
Most Common Allegation



Most Costly Allegation



Most Deadly Allegation



Source: Sabarwal et al.

Frequency



At least **1 in 20** adults experiences a diagnostic error in their lifetime



12% of adults said they or someone close to them had experienced a misdiagnosis in the past 5 years, according to a phone survey

Source: Betty Lehman Center

What You Can Do

The IOM report offers recommendations across 8 broad goals for a variety of stakeholders (NAS).



Teamwork among healthcare professionals, patients, and families



Education and training regarding the diagnostic process



Identification of errors and near misses and efforts to learn from and reduce them



Supportive health information technology systems



Learning-focused reporting and medical liability systems



A supportive culture and work system



Supportive payment and care delivery environments



Research funding

"At least one diagnostic error in their lifetime, with significant consequences."

Source: NAS

ECRI Institute



Veselības inspekcija

<https://www.ecri.org/>

ECRI Institute

The List for 2020

1. Misuse of Surgical Staplers
2. Adoption of Point-of-Care Ultrasound Is Outpacing Safeguards
3. Infection Risks from Sterile Processing Errors in Medical and Dental Offices
4. Hemodialysis Risks with Central Venous Catheters—Will the Home Dialysis Push Increase the Dangers?
5. Unproven Surgical Robotic Procedures May Put Patients at Risk
6. Alarm, Alert, and Notification Overload
7. Cybersecurity Risks in the Connected Home Healthcare Environment
8. Missing Implant Data Can Delay or Add Danger to MRI Scans
9. Medication Errors from Dose Timing Discrepancies in EHRs
10. Loose Nuts and Bolts Can Lead to Catastrophic Device Failures and Severe Injury



Veselības inspekcija

Signāla atgadījuma (negaidīts notikums ārstniecības iestādē, kas saistīts ar pacienta smagu miesas bojājumu vai nāvi) analīzes kvalitātes kritēriji

1. Analīzes process

- Cik ātrā laikā pēc notikuma identificēšanas ir uzsākta izmeklēšana?
- Vai notikuma izpētes komanda (komisija) ir multidisciplināra?
- Vai ir pielietota pamatcēloņu analīze?
- Vai notikuma izpētē ir iesaistīti visi incidentā iesaistītie darbinieki?
- Vai notikuma izpētē ir piedalījušies darbinieki, kuriem ir zināšanas par attiecīgo aprūpes procesu?
- Vai tika iesaistīts pacients?

2. Rekonstrukcija

- Vai notikuma apraksts dod pilnīgu priekšstatu par galvenajiem notikumiem, saistībā ar incidentu?

3. Analīzes kvalitāte

- Vai jautājumi “Kāpēc/dēļ kā?” tikuši jautāti pietiekami intensīvi, lai indentificētu cēloņu-seku kopsakarības?
- Vai notikuma analizētāji ir pētījuši būtiskāko zinātnisko literatūru?
- Vai ziņojumā ir norādīts, vai ir tikušas ievērotas piemērojamās vadlīnijas / protokoli?
- Vai ziņojumā norādīts, vai sniegtā aprūpe atbilda medicīniskajām indikācijām ?

4. Slēdziens

- Vai ziņojuma secinājumos ir identificēti pamatcēloņi?
- Vai pamatcēloņi atbilst gadījuma rekonstrukcijai un analīzei?
- Vai apsvērti/identificēti veicinošie faktori
- Vai apsvērti tie veicinošie faktori, kas ir ārpus iestādes ietekmes?

5. Rekomendācijas

- Vai ziņojumā dokumentētas rekomendācijas procesu un sistēmes pilnveidei?
- Vai korektīvās darbības mērķētas uz pamatcēloņiem?
- Vai korektīvās darbības ir izpildāmas, atbilst SMART principiem

6. Darbības pēc notikuma

- Vai ir aprakstītas darbības, rūpes par pacientu/radiniekiem pēc notikuma?
- Vai ir aprakstītas darbības, rūpes par notikumā iesaistītajiem darbiniekiem?
- Vai ziņojuma informācija tika apspriesta ar pacientu/radiniekiem?
- Reaģēšana – vai tā bija adekvāta (nenosodoša, mācīšanās)?



Veselības inspekcija

Atbildība nav vainīgums; atbildīgi ir analizēt un mācīties

“Individuāli darbinieki ir gan personīgi, gan sava amata ietvaros **atbildīgi** par kļūdām (neveiksmīgu rezultātu), **bet ne** vienmēr viņiem jābūt arī **vainīgiem** par kļūdām (rezultātu)”

(Peter Pronovost, NPSA, UK)



Veselības inspekcija

Inspekcija ievieš Taisnīguma kultūras principus lēmumu pieņemšanā (*Just Culture, samērīguma kultūra*)

(*American College of Healthcare Executives and IHI/NPSF Lucian Leape Institute. Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success. Boston, MA: American College of Healthcare Executives and Institute for Healthcare Improvement; 2017.*)

Principi attiecībā uz cilvēka uzvedību (izturēšanos; rīcības veidu - *behavior*):

❖ **Cilvēka kļūda** jeb netīša, nejauša kļūme, novirze, “paslīdēšana”. **Cilvēka kļūda ir sagaidāma, līdz ar to sistēmai jābūt tā “dizainētai”, lai palīdzētu cilvēkam darīt pareizās lietas pareizi un nedarīt nepareizās.**

Reaģēšana: Atbalsti personu, kura kļūdījās. **Izpēti sistēmu, kā izvairīties no līdzīgām kļūmēm nākotnē.**

❖ **Riskanta uzvedība** (*at-risk behavior*) jeb apzināti izvēlēta rīcība, neapzinoties neparedzētā iznākuma risku.

Reaģēšana: izrunā ar cilvēku, kāpēc šāda uzvedība ir riskanta; izpēti, kādēļ cilvēks izvēlējās šādi rīkoties, cēloņus cilvēka uzvedībai; ievies sistēmiskus uzlabojumus, ja nepieciešams.

❖ **Pādroša rīcība/uzvedība; nolaidība** (*reckless behavior; negligence*) jeb apzināta rīcība, neskatoties uz zināšanām un riska apzināšanos, kas izvēlēta, **ignorējot** kaitējuma risku.

Reaģēšana: Disciplināra darbība



Veselības inspekcija

Paldies par uzmanību!
Uz veiksmīgu turpmāku sadarbību!

Evija Palčeja

Stratēģiskās plānošanas un attīstības departamenta vadītāja

18.10.2019.