



Slimību profilakses un kontroles centrs

**IETEIKUMI ĀRSTNIECĪBAS IESTĀDĒM AR PACIENTU DROŠĪBU
SAISTĪTO ATGADĪJUMU ZIŅOŠANAS UN MĀCĪŠANĀS SISTĒMAS
IEVIEŠANAI**

1.1.versija

Rīga
2017.gads

Priekšvārds

Veselības ministrijā ir izstrādāta "Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcija"¹, cita starpā paredzot virkni veicamo pasākumu šīs jomas sakārtošanai. Ir veikti arī grozījumi Slimību profilakses un kontroles centra nolikumā², nosakot, ka turpmāk centrs nodrošinās metodisko atbalstu ārstniecības iestādēm ārstniecības kvalitātes un pacientu drošības jautājumos.

2016. gada 20.decembrī tika veikti grozījumi Ministru kabineta 2009.gada 20. janvāra noteikumos Nr. 60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām", iekļaujot prasības kvalitatīvu un pacientiem drošu ārstniecības pakalpojumu nodrošināšanai.

Balstoties uz šīm izmaiņām, Centrs ir izveidojis darba grupu un organizē diskusiju sēriju par kvalitātes un pacientu drošības prasību ieviešanu praksē. Darba grupas un diskusiju mērķis ir izstrādāt ieteikumus, kas palīdzētu visām ārstniecības iestādēm Latvijā ieviest paredzētās izmaiņas, kā arī apkopot esošās labās prakses Latvijas veselības aprūpes iestādēs. Ieteikumu izstrādē piedalās arī profesionālo asociāciju un Veselības ministrijas pārstāvji.

Materiālu izstrādājis Slimību profilakses un kontroles centrs sadarbībā ar pārstāvjiem no Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas, Latvijas Amerikas acu centra, Latvijas Jūras medicīnas centra, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta, Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas, Rīgas 1. slimnīcas, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas, Rīgas Dzemdību nama, Rīgas Veselības centra, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcas, Veselības centra 4, Veselības centru apvienības, kā arī Veselības inspekcijas. Ieteikumi tika veidoti, ņemot vērā Latvijas specifiku un ārstniecības iestāžu iespējas.

Ieteikumu sagatavošanā tika izmantoti Pasaules Veselības organizācijas, Eiropas Padomes un Eiropas Komisijas, *Joint Commission International* un Rietuma Austrālijas valdības veselības departamenta ieteikumi, vadlīnijas un citi sagatavotie materiāli.

Sagatavotais materiāls nav izmantojams kā ārstniecības iestādes pacientu drošības atgadījumu ziņošanas un mācīšanās sistēmas procedūras apraksta aizvietotājs.

Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce obligāta.

¹ Veselības ministrijas 2017.gada 20.janvāra rīkojums Nr.22 "Par Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepciju".

² Ministru kabineta 2012.gada 3.aprīļa noteikumi Nr. 241 "Slimību profilakses un kontroles centra nolikums", grozīts ar Ministru kabineta 2017.gada 14.februāra noteikumiem Nr. 84 "Grozījumi Ministru kabineta 2012.gada 3.aprīļa noteikumos Nr. 241 Slimību profilakses un kontroles centra nolikums".

Satura rādītājs

1. Ieteikumu pamatojums un mērķis.....	4
2. Pacientu drošības atgadījumu ziņošanas un mācīšanās sistēma	5
3. Ziņošanas un mācīšanās sistēmas pamatprincipi.....	6
4. Ziņošanas tehniskais izpildījums un ziņojumā iekļaujamā informācija	7
5. Pacientu drošības atgadījuma nozīmīguma novērtēšana.....	7
6. Nepieļaujamie atgadījumi.....	8
7. Pacientu drošības atgadījumu analīze un mācīšanās	9
Pielikums nr.1. Atgadījuma analīzes protokols	12

1. Ieteikumu pamatojums un mērķis

- 1.1. Pacientu drošība tiek definēta kā ar veselības aprūpi saistīta nevajadzīga kaitējuma riska mazināšana līdz akceptējamam pieļaujamam minimumam³.
- 1.2. Risku vadība pacientu drošībai balstās izpratnē par cēloņsakarībām, kas var izraisīt nevēlamu iznākumu ārstniecības gaitā. Nevēlami notikumi visbiežāk rodas sistēmisku problēmu un dažādu veicinošo faktoru sakritības rezultātā, kur cilvēka nepareizi veikta vai neveikta darbība, kā arī kāda rīcības plāna vai darba kārtības pārkāpums ir tikai viens no posmiem nevēlamā notikuma attīstībā.
- 1.3. Klīnisko sniegumu iespējams paaugstināt, ja klīniskajā praksē veido „izpratni par rezultātiem, kuri izriet no komandas darba, uzdevumu, aprīkojuma, darba vietas, kultūras, organizācijas, kā arī no cilvēku uzvedības un spējām“⁴. Cilvēka faktoru jeb ergonomikas zinātnes pielietošana medicīnā nozīmē klīniskā snieguma paaugstināšanu caur izpratni par rezultātiem, kas rodas komandas darba, uzdevumu, aprīkojuma, darba vietas, kultūras, organizācijas un cilvēka uzvedības un iespēju ietekmē un šo zināšanu piemērošanu klīniskajā praksē.⁵
- 1.4. Kļūdas ir neizbēgamas jebkurā jomā, kurā strādā cilvēks, tāpēc ir būtiski, ka ārstniecības iestādēs tiek veidoti aizsargmehānismi, kas, pirmkārt, mazina kļūdas iespēju, otrkārt, vērsti, lai kļūdas rezultātā pacientam nerastos kaitējums vai arī tas būtu iespējami mazāks. Veselības aprūpē pastāvīgi norit mainīgi un ļoti sarežģīti procesi, tādēļ pat tajās ārstniecības iestādēs, kurās ir izveidoti aizsargmehānismi vai ieviestas pacientu drošības sistēmas un vispārārstniecības pakalpojumu kvalitātes standarti, joprojām var pastāvēt trūkumi, kas veicina nevēlamu notikumu rašanos. Mācoties no tiem un pilnveidojot nedrošos darba procesus, ir iespējams mazināt kaitējuma risku un tā sekas.
- 1.5. Ar pacientu drošību saistīto atgadījumu ziņošanai nav cita nolūka, kā vien mācīties no kļūdām, problēmām, nedrošām situācijām, kas rodas, veicot ārstēšanu un aprūpi konkrētajā darba vidē un konkrētajos apstākļos, lai uzkrātu informāciju par aktuālajiem riskiem un veiktu uzlabojumus sistēmā^{6,7}.
- 1.6. Ja darbinieki iegūst pārlicību, ka ziņošanai neseko vainošana, pārmetumi vai sodi, turklāt reģistrēto gadījumu skaits sasniedz ticamu līmeni, apzināto informāciju varēs izmantot, lai veidotu personīgo, nodaļas, klīnikas, ārstniecības iestādes klīnisko risku

³ World Health Organization (2009) The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety

⁴ Dr. Ken Catchpole, cilvēka faktoru eksperts, <http://chfg.org/about-us/what-is-human-factors/>

⁵ Dr. Ken Catchpole, cilvēka faktoru eksperts, <http://chfg.org/about-us/what-is-human-factors/>

⁶ World Health Organization, Quality of care: patient safety. Fifty-Fifth World Health Assembly A55/13.

⁷ Council of Europe. Committee of Ministers (2006) Recommendations of the Committee of Ministers to Member States on management of patient safety and prevention of adverse events in health care.

karti un secīgi novērtētu ieviesto uzlabojumu efektivitāti. Pacientu drošības atgadījumu ziņošana ir cieši saistīta ar pacientu drošības, attiecīgi – organizācijas kultūru.

- 1.7. Darbinieku motivēšana pacientu drošības atgadījumu reģistrēšanā un drošības pilnveidošanā ir vadītāju pienākums. Lielāks ziņoto un analizēto atgadījumu skaits liecina par vadītāja un darbinieku izpratni, atbildību un vēlmi pilnveidot pacientu drošību, turpretī atgadījumu slēpšana – par darbinieku neuzticēšanos, bailēm no vainošanas, soda vai citām nopietnām pacientu drošības kultūras problēmām.
- 1.8. Atgadījumu ziņošana ir jāpilda tikai tad, ja tie tiek analizēti un ja tiek sniegta atgriezeniskā saite atgadījumā iesaistītajiem un visām citām personām, kurām zināšanas par atgadījumu var būt noderīgas.
- 1.9. Ar pacientu drošību saistīto atgadījumu ziņošanas un mācīšanās sistēma ir skaidri jānošķir no sistēmām, kurās tiek izskatīti citi gadījumi, kas saistīti ar tīšu kaitējuma nodarīšanu pacientam, darba disciplīnas vai ētikas pārkāpumiem.
- 1.10. Šo ieteikumu mērķis ir izpratnes veicināšana par šīs ziņošanas un mācīšanās sistēmas pamatprincipiem un vienotas izpratnes radīšana ārstniecības iestādēs.

2. Ar pacientu drošību saistīto atgadījumu ziņošanas un mācīšanās sistēma

- 2.1. Ar pacientu drošību saistīto atgadījumu ziņošanas un mācīšanās sistēmas mērķis ir mērķtiecīga darba procesu pilnveidošana, izmantojot atgadījumu analīzi, nolūkā uzlabot veselības aprūpi pacientam un palīdzētu veselības aprūpes speciālistiem strādāt drošāk.
- 2.2. Ziņošanas un mācīšanās sistēma ir organizācijā izveidota sistēma, kurā tiek reģistrēti un analizēti ar pacientu veselības aprūpes drošību (turpmāk – pacientu drošību) saistītie atgadījumi, lai no tiem gūtos secinājumus un ieteikumus turpmākajai rīcībai izmantotu darba procesu vadībai un atgriezeniskai saitei.
- 2.3. Ar pacientu drošību saistītie atgadījumi (*patient safety events*) ir neparedzēti, nevēlami notikumi vai apstākļi, kuru rezultātā ārstniecības laikā ir radies vai varēja rasties netīšs (nejaušs, bez iepriekšēja nodoma, kļūdas vai neizdošanās, veiktas vai neveiktas darbības, vai pārkāpumu dēļ) kaitējums pacientam. Tos nosacīti var iedalīt 2 grupās:
 - 2.3.1. pacientu drošības negadījumi jeb nevēlami gadījumi, jeb nelabvēlīgi notikumi, jeb nelaimes gadījumi (*adverse events*) - atgadījumi, kad pacientam nodarīts kaitējums (iestājušās sekas); atsevišķi tiek izdalīti t.s. nepieļaujамie atgadījumi (*sentinel events* vai *never events*);
 - 2.3.2. gandrīz noticis negadījums (*close call, near miss*) jeb potenciāli nelabvēlīgs notikums - notikums vai situācija, kas varēja izraisīt negadījumu, bet nejaušības vai laicīgas iejaukšanās dēļ tā nenotika (notikusi kļūda, bet nav radies kaitējums); atsevišķi tiek izdalīta t.s. nedrošā situācija (*safety incident*) – gandrīz notikusi kļūda, kas varēja radīt kaitējumu.

- 2.4. Ar pacientu drošību saistītie atgadījumi var būt nevēlami notikumi, kļūdas, kas saistītas ar zāļu ordinēšanu un ievadīšanu, operāciju vai manipulāciju veikšanu, pacientu identifikāciju, laikus nepamanītu pacienta stāvokļa pasliktināšanos, novēlotu, nepareizu diagnostiku, nepilnīgu ārstēšanas taktiku; negaidīts ārstēšanas iznākums; katetru problēmas; III-IV pakāpes izgulējumi; pacienta kritieni ārstniecības iestādē un citi atgadījumi, kas izraisīja (varēja izraisīt) papildu iejaukšanās nepieciešamību vai ārstēšanas intensitātes palielināšanos.

3. Ziņošanas un mācīšanās sistēmas pamatprincipi

- 3.1. Ar pacientu drošību saistīto atgadījumu ziņošanas un mācīšanās sistēma veidojama un organizējama saskaņā ar šādiem pamatprincipiem:

- 3.1.1. nenosodīšana – neviens, kurš ziņo vai kurš ir iesaistīts atgadījumā, netiek nopelts vai sodīts ziņošanas un atgadījuma analīzes rezultātā, jo tā mācīšanās nolūkā vērsta uz sistēmisko cēloņu, nevis vainīgā meklēšanu;
- 3.1.2. konfidencialitāte – pacienta, ziņotāja, struktūrvienības identitāte netiek izpausta ar atgadījuma analīzi iesaistītām personām vai bez atgadījumā iesaistīto piekrišanas. Pacienta un iesaistīto darbinieku identitāte ir nepieciešama tikai atgadījuma analīzes nolūkos, tādēļ šos datus pēc tā analīzes pabeigšanas ieteicams dzēst. Risku vadības nolūkos ir vēlams saglabāt informāciju par atgadījumu, tā cēloņiem un turpmāko rīcību;
- 3.1.3. neatkarība no jebkuras kompetentas institūcijas, kurai būtu tiesības sodīt, kā arī no iekšējās personāla vadības sistēmas, kas saistīta ar darba samaksas vai disciplinārlietu jautājumiem;
- 3.1.4. ekspertu dalība analīzē – ziņojumi jāvērtē tās jomas speciālistiem un tajā vietā, kur drošības atgadījums noticis, nepieciešamības gadījumā komandā iesaistot citus speciālistus, kuri izprot klīniskos apstākļus un ir apmācīti kļūdu un risku vadības metodēs;
- 3.1.5. savlaicīgums – ziņojumus ieteicams analizēt iespējami ātri pēc to saņemšanas, lai nezaudētu detalizētu informāciju, kas būtiska cēloņu konstatēšanai, lai laikus novērstu nedrošos apstākļus, cēloņus, kā arī lai ieteikumi ātri nonāktu līdz tiem, kuriem tie nepieciešami, sevišķi, ja identificēti nopietni riska cēloņi;
- 3.1.6. uz sistēmu orientēta darbība un dažādu līmeņu vadītāju atbildība uzlabojumu īstenošanā. No cēloņsakarībām secināmie ieteikumi vēršami sistēmas, procesu un rīcības pilnveidošanai.^{8,9}

⁸ World Health Organization (2011) Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide.

⁹ Council of Europe (2006) Recommendation of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care.

4. Ziņošanas tehniskais izpildījums un ziņojumā iekļaujamā informācija

- 4.1. Ar pacientu drošību saistīto atgadījumu ziņošanu, reģistrēšanu un pārvaldību līdz atgadījuma slēgšanai, kā arī informācijas saglabāšanu ieteicams veikt elektroniski. Nelielās ārstniecības iestādēs, piemēram, ģimenes ārstu praksēs, pieļaujama būtiskās informācijas saglabāšana papīra formātā.
- 4.2. Ar pacienta drošību saistītā atgadījuma ziņojuma elektroniskajā vai papīra formāta veidlapā laika taupīšanai ieteicams iekļaut tikai pamatinformāciju, pārējo nepieciešamo papildinot jau atgadījuma analīzes procesā. PVO ieteiktie lauki ziņojuma veidlapā ir sekojoši:
 - 4.2.1. lauks notikuma īsam aprakstam brīvā tekstā;
 - 4.2.2. lauki atgadījuma identifikatoriem – atgadījuma vieta, nedēļas diena, laiks, pacienta identifikators, ziņotāja amata klasifikācijas kategorija, kā arī, ja iespējams, ziņotāja kontaktinformācija, kas nepieciešama tikai, lai vajadzības gadījumā precizētu informāciju. Ieteicams ziņošanu, tai skaitā kontaktinformāciju, anonimizēt, kā arī izdzēst personu datus pēc negadījuma analīzes pabeigšanas; par pacienta identifikatoru ieteicams izmantot ārstniecības iestādes piešķirto unikālo kodu, izvairoties no personas koda vai vārda, uzvārda lietošanas.
 - 4.2.3. atgadījuma ietekme uz pacientu vai organizāciju (seku smagums);
 - 4.2.4. atgadījuma veids jeb kategorija. Atgadījumu klasificēšanai ieteicams izmantot PVO pacientu drošības atgadījumu klasifikācijas struktūru.¹⁰
 - 4.2.5. ieteicams arī lauks, kurā darbinieks, kurš ziņo, varētu atstāt savu viedokli par atgadījumu, kā arī izteikt priekšlikumus, kas būtu pilnveidojams.¹¹

5. Ar pacientu drošību saistītā atgadījuma nozīmīguma novērtēšana

- 5.1. Lai noteiktu piemērotāko ar pacientu drošību saistītā atgadījuma analīzes veidu (līmeni), seku novēršanai un (vai) piesardzībai, kā arī tālākas nepieciešamās darbības ieviešanas jomu un plašumu, ieteicams izmantot smaguma novērtējuma kodu (SNK), kas ir atgadījuma rezultātā radušos vai potenciālo seku novērtējums:
 - 5.1.1. SNK 1 – iekļauj visus tos atgadījumus vai gandrīz notikušos atgadījumus, kuros nozīmīgs kaitējums (plašs ievainojums vai paliekošs kaitējums) vai nāve ir iestājusies vai varēja iestāties drīzāk veselības aprūpes nekā pacienta stāvokļa vai slimības dēļ. Šajā kategorijā iekļaujami arī nepieļaujamie atgadījumi (*sentinel events* vai *never events*), kā arī atgadījumi, kuru rezultātā ārstēšanās ilgums pagarinājās par vairāk nekā 15 dienām;

¹⁰ World Health Organization, The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS).

¹¹ World Health Organization, Minimal Information Model for Patient Safety.

- 5.1.2. SNK 2 – iekļauj visus tos atgadījumus vai gandrīz notikušos atgadījumus, kuros mērens kaitējums (bija nepieciešama medicīniskā iejaukšanās, daļēji pārejošs kaitējums vai arī sekas saglabājas aptuveni gadu) radās vai varēja rasties drīzāk veselības aprūpes nekā pacienta stāvokļa vai slimības dēļ. Šajā kategorijās iekļaujami arī tie atgadījumi, kuru rezultātā ārstēšanas ilgums pagarinājās par 8-15 dienām;
- 5.1.3. SNK 3 – iekļauj visus tos atgadījumus vai gandrīz notikušos atgadījumus, kuros izraisītais kaitējums bija minimāls (bija nepieciešama neliela palīdzība, novērošana, mēneša laikā pārejošas kaitējuma sekas) vai tā nebija, taču varēja rasties drīzāk veselības aprūpes nekā pacienta stāvokļa vai slimības dēļ. Šajā kategorijās iekļaujami arī atgadījumi, kuru rezultātā ārstēšanas ilgums pagarinājās par 1-7 dienām.¹²

6. Nepieļaujamie atgadījumi (*sentinel events* vai *never events*)

- 6.1. Nepieļaujamie atgadījumi ir tādi ar pacientu drošību saistītie atgadījumi, kuriem ārstniecības iestādē nekad nevajadzētu notikt, bet kuri var signalizēt par nopietnu sistēmisku problēmu. Pie nepieļaujamajiem atgadījumiem pieskaita arī tos atgadījumus, kas izraisījuši pacienta nāvi, nopietnu kaitējumu vai mazinājuši iedzīvotāju uzticību veselības aprūpei¹³.
- 6.2. Iestājoties nepieļaujamajam atgadījumam, uzsākama tūlītēja izmeklēšana nolūkā noskaidrot, kādi faktori izslēguši, vājinājuši vai citādi negatīvi ietekmējuši ārstniecības iestādē realizētos pasākumus drošai ārstniecībai. Termini „nepieļaujams atgadījums“ un „kļūda“ nav sinonīmi, jo ne visi šādi negadījumi notiek kļūdas dēļ, taču arī ne visas kļūdas izraisa šādus atgadījumus¹⁴.
- 6.3. Nepieļaujamie atgadījumi ir:
- 6.3.1. jebkurš atgadījums, kura sekas ir neparedzēta vai negaidīta pacienta nāve;
 - 6.3.2. jebkurš atgadījums, kura sekas ir nozīmīgs paliekošs funkciju zudums, kas nav saistīts ar pacienta slimības vai pavadošās slimības (blakusslimības) dabisko gaitu^{15,16};
 - 6.3.3. jebkurš atgadījums, kuram atkārtoties, būtu liela nelabvēlīga iznākuma iespējamība – pacienta nāve vai paliekošs funkciju zudums;

¹² Western Australian Department of Health (2015) Clinical Incident Management Policy.

¹³ Eiropas Komisijas Ziņošanas un mācību sistēmu apakšgrupa (PSQCWG) (2014) Galvenie secinājumi un ieteikumi attiecībā uz ziņošanas un mācību sistēmām par pacientu drošības negadījumiem Eiropā.

¹⁴ Joint Commission International (2013) Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals

¹⁵ World Health Organization (2009) Final Technical Report for The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v.11 Technical Annex 2 - Glossary of Patient Safety Concepts and References.

¹⁶ Joint Commission International (2013) Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals

6.3.4. jebkurš no zemāk minētajiem atgadījumiem, kas noticis ārstniecības iestādē pacienta ārstniecības laikā:

6.3.4.1. ekstremitātes vai tās funkciju zudums, kas nav tieši saistīts ar pacienta slimību;

6.3.4.2. ar zāļu ievadīšanu saistīta pacienta nāve, paralīze, koma vai cits paliekošs funkciju zudums;

6.3.4.3. pacientam veikta nepareiza operācija vai manipulācija, vai tā veikta pacienta ķermeņa nepareizajā vietā vai veikta neatbilstīgajam pacientam;

6.3.4.4. svešķermeņa atstāšana pacientā pēc ķirurģiskās iejaukšanās;

6.3.4.5. smaga hiperbilirubinēmija (Bil virs 520 mmol/l) jaundzimušajam;

6.3.4.6. hemolītiska reakcija pēc transfūzijas, kas radusies asins grupu nesaderības rezultātā;

6.3.4.7. prolongēta fluoroskopija ar kumulatīvo devu virs 15 Gy vienā laukā vai radioloģijas izmeklējumam (MR, DT, scintigrāfija) nepareizajai ķermeņa vietai vai devā, kas par 25% pārsniedz plānoto;

6.3.4.8. pacienta kritiens vai cita trauma, kuras rezultātā iestājusies pacienta nāve vai nozīmīgs paliekošs funkciju zudums;

6.3.4.9. zīdaiņa vai agrīnā vecuma bērna izrakstīšana (atdošana) neatbilstīgajai personai;

6.3.4.10. pacienta, kurš saņem ārstēšanu un aprūpi slēgta tipa nodaļā psihiski slimo personu ārstēšanai, suicīds ārstniecības iestādē vai suicīds 72 stundu laikā pēc izrakstīšanās no ārstniecības iestādes;

6.3.4.11. ārstniecības iestādē uzņemta pacienta izvarošana, nolaupīšana, slepkavība vai uzbrukums, kas izraisījis paliekošu funkciju zudumu vai nāvi¹⁷.

6.4. Nepieļaujamo atgadījumu reģistrēšana ārstniecības iestādes ziņošanas un mācīšanās sistēmā ir nosakāma kā obligāta, nosakot, ka šādi atgadījumi jāreģistrē 24 stundu laikā, bet to analīze pabeidzama 45 kalendāro dienu laikā pēc atgadījuma.

7. Ar pacientu drošību saistīto atgadījumu analīze un mācīšanās

7.1. Ar pacientu drošību saistītā atgadījuma analīzi organizē attiecīgās struktūrvienības vadītājs vai viņa uzdevumā par atgadījuma analīzi atbildīgā persona (turpmāk – atbildīgā persona), vadoties pēc principa, ka atgadījumi jāvērtē tās jomas speciālistiem un tajā vietā, kur drošības atgadījums noticis.

¹⁷ Joint Commission International (2013) Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals

- 7.2. Ārstniecības iestādē atbildīgās personas izprot šīs sistēmas būtību, ir apmācītas atgadījumu analīzes metodēs, spēj pārraudzīt, koordinēt un konsultatīvi atbalstīt pacientu drošības atgadījumu ziņošanu un analīzi, organizēt starpdisciplināru komandu nepieļaujama atgadījuma vai cita ar pacientu drošību saistīta atgadījuma analīzi, kā arī atpazīt sistēmiskas problēmas, riskus, ierosināt nepieciešamos uzlabojumus, nodrošināt atgriezenisko saiti un mācības pacientu drošības jautājumos.
- 7.3. Atbildīgā persona izvērtē un izlemj ar pacientu drošību saistītā atgadījuma analīzes steidzamību un tās līmeni.
- 7.4. Atgadījums analizējams atbilstoši tā kontekstam – tas var tikt tikai pārrunāts ar iesaistītajiem darbiniekiem, diskutēts struktūrvienības ietvaros vai visā ārstniecības iestādē.
- 7.5. Līdzīgus SNK 3 atgadījumus, īpaši, ja tie atkārtojas, var grupēt un analizēt kopā.
- 7.6. SNK 2 atgadījumu analīze, secinājumi un ieteikumi turpmākai rīcībai būs veiksmīgāki, ja to analīzei izmantos kādu no sekojošām analīzes metodēm, piemēram:
- 7.6.1. notikumu gaitas analīzes metodi – „kas tika darīts labi un kas nebija labi atgadījuma norises laikā?“;
 - 7.6.2. secīgās analīzes metodi – lineāru cēloņu un to sakarību analīzes metodi, piemēram, „5 kāpēc” metodi – secīgu jautājumu virkne „kāpēc, kādā veidā notika?” un (vai) “kāpēc nenostādāja aizsargmehānismi?”, kur katra atbilde ir kā cēlonis cēloņu virknē, kas paskaidro iepriekšējo;
 - 7.6.3. atgadījumu veicinošo faktoru analīzes metodi, domājot, kā mazināt to ietekmi.
- 7.7. Nepieļaujamo atgadījumu analīzi parasti veic komandā, kurā iesaistīti dažādu specialitāšu pārstāvji atkarībā no atgadījuma konteksta, izmantojot pamatcēloņu un citas analīzes metodes:
- 7.7.1. pamatcēloņu analīze ir sarežģītu notikumu pētīšanas metode, lai atpazītu, kas notika, kāpēc notika un kas varētu tikt darīts nolūkā mazināt atgadījuma atkārtotāšanās iespējamību. Tā sastāv no cēloņu un veicinošo faktoru atpazīšanas, risku mazināšanas rīcībpolitikas, darba plāna izstrādāšanas un rīcības efektivitātes novērtēšanas (1. pielikums).
 - 7.7.2. epidemioloģiskās analīzes un sistēmiskās analīzes metodes, procesu pētniecība, cēloņu-seku diagramma u.c.
- 7.8. Atbildīgajai personai nepieciešamības gadījumā ieteicams uzaicināt atgadījuma analīzē piedalīties citu struktūrvienību darbiniekus (īpaši atbalstāma ir ārstu un māsu kopīgi veikta gadījuma analīze).
- 7.9. Atgadījuma analīzi noslēdz ar secinājumiem un ieteikumiem turpmākajai rīcībai, kura jākontrolē;

- 7.10. Secinājumus un ieteikumus ieteicams reģistrēt ziņošanas un mācīšanās sistēmā.
- 7.11. Atbildīgajai personai ieteicams iesaistīt vai periodiski informēt pārējos darbiniekus par saņemtajiem un analizētajiem ar pacientu drošību saistītajiem atgadījumiem, secinājumiem un ieteikumiem, tā nodrošinot atgriezenisko saiti un darbinieku iesaisti mācīšanās procesā, pozitīvi iespaidojot organizācijas/struktūrvienības kultūru.

Atgadījuma analīzes protokols

Piemērs no Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas

1. Ziņojums par atgadījumu – Kas notika?
2. Gadījuma darbplūsmas hronoloģija

Datums/Plkst.	Kas notika (aktivitāte)?	Komentāri, papildu atklājumi

3. Datu papildinājums – papildu dokumentācija, notikuma vietas izpēte, sarunas ar personālu un tamlīdzīgas aktivitātes, ja nepieciešams.
4. Pētāmā problēma (kas ir īstā problēma?).
5. Procesa (uzdevuma) raksturojums – kā notiek (piemēram, kādās situācijās, kā dežūrķirurgs nodod informāciju akūtās brigādes ķirurgam, pacientu stacionējot).

6. Dokumenti – LV likumi, MK noteikumi, ārstniecības iestādes iekšējie darba dokumenti, kas attiecināmi uz konkrēto gadījumu, ja eksistē.
7. Literatūras avoti, ES un citu valstu prakse, vadlīnijas, protokoli, akreditācijas standartu prasības, ja eksistē.
8. Datu papildinājums, intervijas ar iesaistītajiem – ja nepieciešams un brīdī, kad tas nepieciešams. Strukturēta intervija (sagatavoti jautājumi) palīdz atcerēties pajautāt būtisko, kā arī atvieglo atbilžu saglabāšanu.

9. Riska faktoru un sistēmas analīze

Nr.	Riska faktors	Konstatētie veicinošie faktori/riski gadījumā	Ietekme uz konkrēto gadījumu/ riska novērtējums	Risku mazinošie pasākumi
1.	Uzdevuma faktori: uzdevuma raksturs, atbalstošās metodes - vadlīnijas, darbplūsmu apraksti, to pieejamība, izpratne, pielietojums un aktualitāte			
2.	Pacienta faktori: pacienta fiziskās, psihiskās un sociālās veselības stāvoklis			
3.	Indivīda (ar personālu saistītie) faktori: situācijas, uztveres, kognitīvie faktori			
4.	Zināšanu, kompetenču un			

	prasmju faktori: kompetence, pārraudzība, atbilstība, mācību pieejamība			
5.	Darba apstākļi, vides faktori: darba vides iekārtojums, raksturojums, personāla un maiņu plānošana, darba slodze, darba laiks un ilgums			
6.	Aprīkojums, resursu faktori: pieejamība, integritāte, pielietojamība			
7.	Komunikācijas faktori: rakstiskā, mutiskā, neverbālā			
8.	Komandas un sociālie faktori: lomas, pienākumu un atbildības sadalījums, līderība, atbalsta un kultūras faktori			
9.	Organizatoriskie, stratēģiskie faktori: struktūra, prioritātes, ārējie riski, drošības kultūra.			

Ietekmējošie faktori ietekmē atgadījuma rašanos vai tā iznākumu. Šo faktoru novēršana nenovērš atgadījuma rašanos, tomēr varētu padarīt sistēmu drošāku.

Cēloniskie faktori tiešā veidā izraisa atgadījumu. Šo faktoru novēršana var novērst vai samazināt līdzīgu atgadījumu atkārtosanos.

10. Cēloņsakarību noteikšana.

11. Slēdziens par cēloņiem

12. Turpmākā rīcība

N.p.k.	Aktivitāte	Termiņš	Atbildīgais
1.			
2.			
3.			

Atgadījuma analīze uzsākta:

Pabeigta:

Atgadījuma analīzi veica: