



С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.
АСФЕНДИЯРОВА

*Кафедра: Политика управление здравоохранения с
курсом медицинской правы и судебная медицина*

Процессный анализ в деятельности врача. Обеспечение безопасности пациентов.

Курс/группа: 16-02

**Направление: акушерия и гинекология
в том числе детская**

Выполнила: Ергаликызы А.

Проверила: доцент Алтынбекова У.А.



План:

1. Основные шаги по улучшению процесса производства медицинских услуг.
2. Научный подход к управлению качеством медицинской помощи.
3. Форма организации лечебного процесса: показатели лечебного процесса.
4. Безопасность медицинской помощи:- уровень риска нанесения вреда пациентам.



- Медицинская услуга - вид деятельности, в процессе которого изменяется состояние пациента.

- Предоставление медицинской услуги - комплекс взаимосвязанных видов деятельности учреждения здравоохранения, необходимых для обеспечения выполнения медицинской услуги требуемого качества.





■ **Медицинская помощь** - совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых лицами, имеющими медицинское (высшее или среднее) образование. Оказание медицинской помощи обеспечивается путем предоставления медицинских услуг.

■ **Качество медицинской помощи** – это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, т.е. его способности снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента



- **результат**

- **процесс**

- **структура**

Когда в США формировалась система аккредитации, все требования к больницам занимали всего одну страницу. Чтобы связать оценку качества медицинской помощи с будущими возможностями, доктор Аведис Донабедиан, профессор, известный специалист по проблемам общественного здравоохранения Университета штата Мичиган, еще в 1966 году разработал уникальную модель. Его модель обеспечения качества была проста и понятна большинству медицинских работников и строилась на системном анализе трех составляющих:

Algunos Pioneros



Avedis Donabedian





В настоящее время научный подход к управлению качеством медицинской помощи определяется изучением двух основных элементов

Первый элемент - **затраты, научное и техническое обеспечение медицинской помощи**. Сюда входят все составные практической медицины - от теоретических знаний, на которые опираются специалисты, принимая клинические решения, до медицинского оборудования и инструментов, которые помогают врачам реализовать намеченный план лечения.

- Практическое применение теоретических знаний, медицинского оборудования и инструментов или, иными словами, **форма организации лечебного процесса** является вторым элементом, определяющим качество.



Качества медицинских услуг

- профилактическая направленность
- доступность
- действенность
- межличностные отношения
- эффективность
- непрерывность
- безопасность
- удовлетворенность пациента
- рентабельность,
- оптимальность,
- законность.



Качество медицинской помощи

- Качество структуры
 - Организация работы персонала
 - Квалификация медицинских работников
 - Материально-техническое и лекарственное обеспечение работников
- Качество процесса
 - Соблюдение стандарта лечебно-диагностического процесса
 - Правильность выбора медицинской технологии
- Качество результата
 - Высокой показатель медицинской результативности
 - Удовлетворительность пациентов услугами



Качество медпомощи как интегрированный показатель (критерии ВОЗ)

- Эффективность - отношение затратных ресурсов к полученным клиническим результатам
- Экономичность - отношение ресурсных затрат к нормативной стоимости
- Адекватность - соотношение между оказанной медицинской помощью и стандартной; использование доказательных технологий, время оказания помощи, доступность количества медицинских услуг.



Научный подход применяется не только для определения эффективности изменения, но и для того, чтобы планировать последующие действия по совершенствованию деятельности ЛПУ направленные на повышение качества производства медицинских услуг.

Научный метод состоит из следующих основных положений:

- *Испытание/проверка гипотезы*
- *Измерение показателей качества и использование данных*
- *Вариабельность*



Гипотезы

– это научные догадки, правильность которых пока еще не доказана. Гипотезы могут строиться на интуиции, опыте или данных. Гипотезы дают идеи для изменений, но не указывают, действительно ли изменение приведет к улучшению. При проверке гипотезы выясняется, приведет ли изменение к улучшению и/или требуются дополнительные её модификации до того, как изменение будет внедрено в практику





Формирование и проверка гипотезы по улучшению деятельности МУ

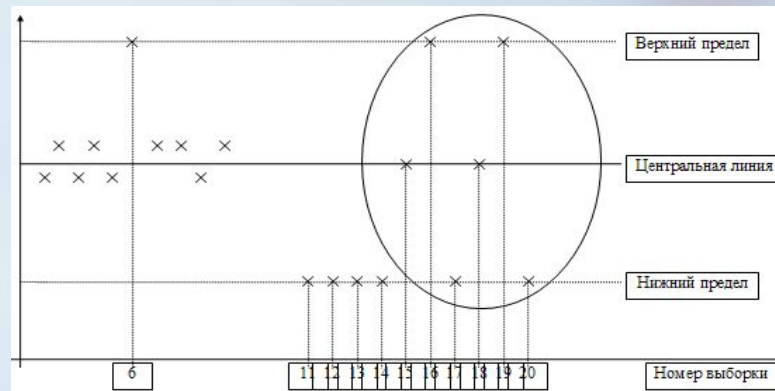
- Выдвижение гипотезы об улучшении**
- Проверка гипотезы**
- Если гипотеза принесла желаемое улучшение, то ее необходимо внедрить**
- Если гипотеза не верна, то ее следует изменить**
- Повторная проверка гипотезы**



Вариабельность

это различия в конечном результате процесса, вызванные влиянием пяти основных источников:

- Люди: врачи, медсестры, технический персонал, пациенты
- Машины: оборудование, базы данных
- Материалы: расходные материалы, исходные вложения
- Методы: процедуры, стандарты, методики
- Измерения: погрешности и неточности в данных





- Вариабельность встречается в системах и процессах и является характеристикой их уровня эффективности. Например, люди могут стать источником вариабельности в системе или процессе: если для пациентов более удобно посещать ЛПУ утром, то в это время в ЛПУ будет больше пациентов, чем в обед. Если в медицинском учреждении ничего не знают о вариабельности, то очень вероятно, что утром будет ощущаться нехватка персонала, что приведет к формированию длинных очередей на приемы к специалистам.

ЕДИНСТВЕННОЕ МЕСТО, ГДЕ ЛЮДИ



СТРЕМЯТСЯ НЕ ПОТЕРЯТЬ ДРУГ ДРУГА



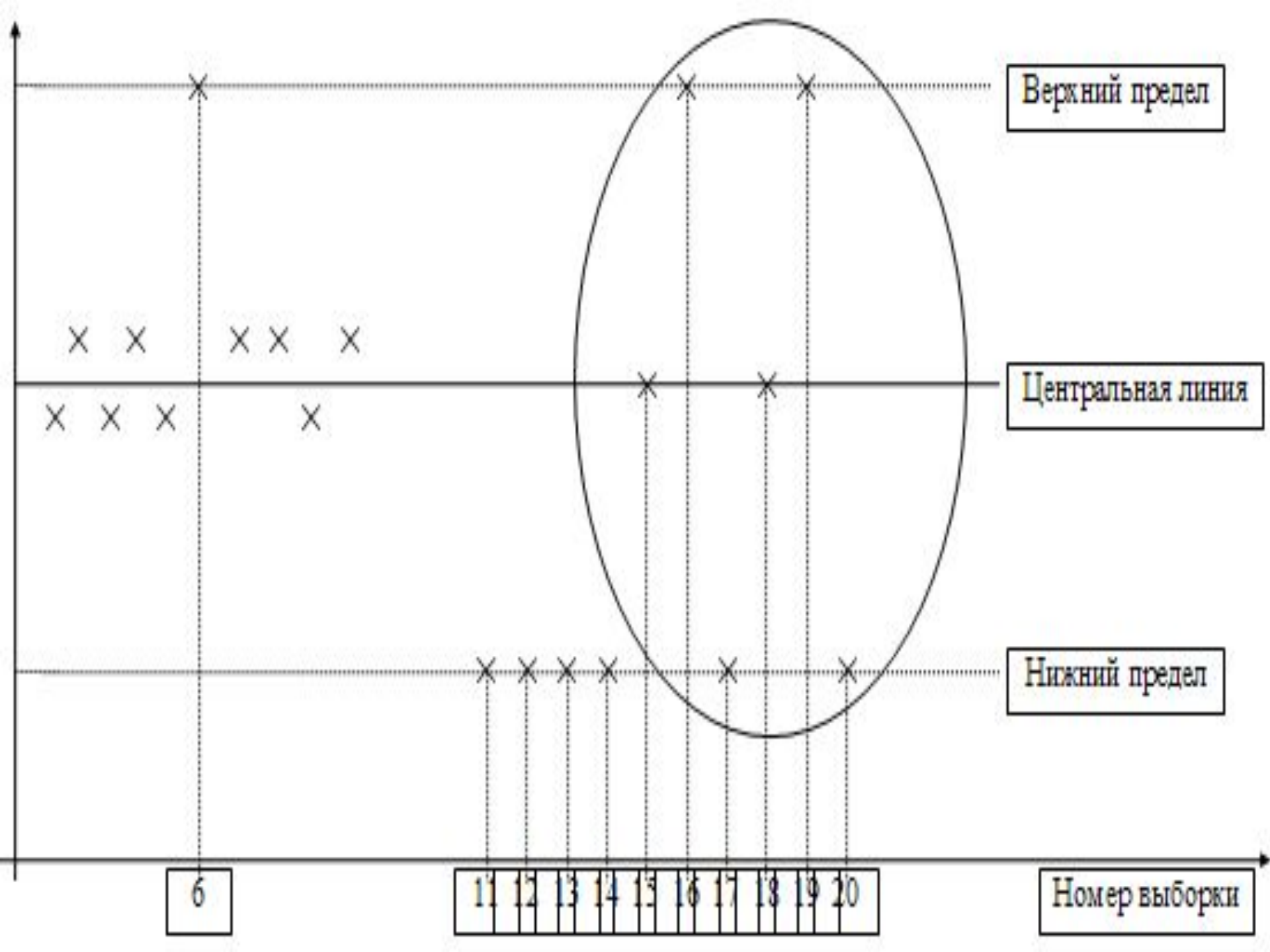
Существует два типа вариабельности.

систематической (общей)

- причины постоянно наблюдается в процессе или системе, она обусловлена нормальными колебаниями. В стабильно работающей системе вариабельность в результате систематической причины предсказуема.

спорадической (случайной)

- причины обусловлена неординарными обстоятельствами и является непредсказуемой. Понимать спорадическую (случайную) вариабельность необходимо по двум причинам. Если спорадическая вариабельность положительно влияет на систему производства медицинских услуг, то такое положение дел может подсказать решения для улучшений, которые должны быть проверены с целью определения, принесет ли внедрение в практику такого решения постоянное улучшение





Для оценки медицинской результативности используют 2 вида показателей:

Общие показатели



выздоровление, улучшение,
ухудшение, смерть;
- они оцениваются
на основе
статистических показателей.

Специальные
показатели





Специальные показатели

- 1. интегральный коэффициент эффективности** - обобщенный показатель, представляющий собой производное коэффициентов медицинской результативности, социальной удовлетворенности и соотношения затрат
- 2. коэффициент медицинской результативности** – отношение числа случаев с достигнутым медицинским результатом к общему числу оцениваемых случаев оказания медицинской помощи



3. **коэффициент социальной удовлетворенности** – отношение числа случаев удовлетворения потребителей к общему числу оцениваемых случаев оказания медицинской помощи
4. **коэффициент соотношения затрат** – отношение нормативных затрат к фактическим произведенным затратам на оцениваемые случаи оказания медицинской помощи



5. **коэффициент качества** – отношение числа случаев полного соблюдения адекватных технологий к общему числу оцениваемых случаев оказания медицинской помощи
6. частные показатели структуры причин неправильного выбора технологий или их несоблюдения

Безопасность пациентов

(patient safety) - 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 событие, которое привело к причинению вреда пациенту или медицинскому персоналу, включая смерть, инвалидность, повреждение, заболевание и т.д.
- Неблагоприятное событие (adverse event) - 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.





В 2004 году ВОЗ учредила всемирный альянс по обеспечению безопасности пациентов. Создание всемирного альянса за безопасность пациента – значительный шаг всех стран-участниц на пути повышения безопасности при оказании медицинской помощи.

Разработанная программа охватывает 6 направлений:

- – обеспечение безопасности пациентов;
 - – вовлечение пациентов и потребителей;
 - – развитие таксономии безопасности пациентов;
 - – исследование в области безопасности пациентов;
 - – решения по снижению риска и повышению безопасности пациентов
- безопасности пациентов
- – отчетность и обучение в целях повышения безопасности пациентов.



- Для улучшения безопасности пациентов необходимы комплексные усилия в рамках всей системы, включая широкий ряд мероприятий по улучшению результатов деятельности, в том числе
 - инфекционный контроль,
 - безопасное использование лекарственных средств,
 - безопасность оборудования,
 - безопасную клиническую практику
 - безопасные условия для оказания помощи.



- В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113, указано: для обеспечения качества и безопасности медицинской помощи будут внедрены современные технологии организации оказания диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических услуг, эффективность и безопасность которых (при конкретных заболеваниях или патологических состояниях) подтверждена принципами доказательной медицины. Будет усовершенствована система управления качеством на уровне медицинской организации (внутренний аудит) и продолжена работа по повышению качества клинической практики, внедрению системы оценки медицинских технологий (на основе стандартизации, внедрения принципов доказательной медицины), развитию сервиса и пациент-ориентированных технологий.



Управление рисками

- риск-менеджмент (англ. risk management) — процесс принятия и выполнения управленческих решений, направленных на снижение вероятности возникновения неблагоприятного результата и минимизацию возможных потерь, вызванных его реализацией



- В большинстве экономически-развитых стран мира риск-менеджменту в области медицины уделяется значительное внимание. Во многих странах существует ряд организаций, целью которых является поддержание и совершенствование системы мониторинга неблагоприятных событий в медицинских учреждениях, распространение опыта обеспечения безопасности пациентов, а также издание и пересмотр методических рекомендаций (National Patient Safety Agency, NPSA; NHS Quality Improvement Scotland, NHSQIS)) Для контроля качества обслуживания пациента большинство медицинских организаций опирается в своей деятельности на стандарты ИСО (ISO 9001:2008; ISO 31000:2009). Контроль качества проводится во всех отраслях здравоохранения, в том числе и в сестринской деятельности.



Согласно учебным пособиям по риск-менеджменту, последовательность действий по управлению любыми рисками можно разделить следующие этапы

- 1 этап: идентификация и анализ рисков
- 2 этап: анализ альтернативных методов управления риском
- 3 этап: выбор методов управления рисками
- 4 этап: исполнение выбранного метода управления риском
- 5 этап: мониторинг результатов



1 этап: идентификация и анализ рисков

Анализ причин (root cause analysis) - метод, с помощью которого можно выявить главные причины инцидентов и рискованных ситуаций. Существуют различные методологии проведения этого метода, но все они нацелены на выявление: «что произошло», «как произошло», «почему произошло»?

Поиск и идентификация рисков может проводиться различными способами. Сделать это можно с помощью внутренних аудитов отделений и организации в целом. С помощью опросов и анкет можно получить информацию от пациентов. Часть информации о возможных угрозах может быть получена из методических рекомендаций и различных научных работ. Источниками выявления рисков может стать персонал, вовремя сообщивший об инциденте.

2 этап: анализ альтернативных методов управления риском

Основная цель данного этапа заключается в исследовании тех инструментов, с помощью которых можно минимизировать последствия воздействия риска на безопасность пациента (анализ того, что мы должны сделать, чтобы подобной ситуации не повторилось). Например: рассмотрение вопроса об увеличении штата, о внедрении новых подходов к уходу за пациентом, о создании обучающих программ для персонала и так далее.



3 этап: выбор методов управления рисками

Этот этап предназначен для формирования политики организации в области борьбы с риском и неопределенностью (выбор эффективных мер по предотвращению ситуаций, повлекшей за собой нарушение безопасности пациента)

4 этап: исполнение выбранного метода управления риском

Этот этап предполагает принятие и реализацию выбранных решений. На этом этапе определяются сроки выполнения мероприятий, а также ресурсы, необходимы для реализации этих мероприятий.

5 этап: мониторинг результатов

На этом этапе происходит оценка эффективности выбранного метода и подтверждается возможность использования его в дальнейшем.

Современная концепция безопасности пациентов различает ошибки двух ВИДОВ

- 1) действия персонала, непосредственным образом причиняющие ущерб здоровью пациентов (активные ошибки, связанные с несоблюдением функциональных обязанностей, алгоритмов и стандартов работы, несобранностью и невнимательностью);
- 2) ошибки системы (организации) – неблагоприятные условия и факторы оказания медицинской помощи, создающие предпосылки для возникновения активных ошибок.





- Системные ошибки часто незаметны для ежедневно сталкивающихся с ними людей, которые привыкают, приспособляются к ним. Например, нерациональная организация труда, дефицит профессиональный кадров, отсутствие коммуникации в коллективе приводят к тому, что какой-либо сбой в системе может остаться без внимания и беспрепятственно пройти через все организационные барьеры, достигнув пациента.
- Например, нерациональная организация труда, дефицит профессиональный кадров, неблагоприятный психоэмоциональный фон в коллективе способствуют увеличению нагрузки и переутомлению медиков, повышают вероятность совершения ошибки. Выявить ошибку и предотвратить наступление неблагоприятного события не всегда удастся вследствие недостатков коммуникативного плана и отсутствия навыков работы в команде (заметив ошибку, медицинский работник не знает, кому об этом сообщить, боится подвести коллег, надеется, что все обойдется, не уверен, как следует поступить, и т.д.).



Для того, чтобы объективно оценивать подобные риски и внедрять методы по их предупреждению, от специалиста по управлению рисками требуется

- здравый смысл
- способность принятия решения,
- умение работать самостоятельно
 - в составе команды,
- интерес к непрерывному обучению,
 - интерес внимание к деталям
 - аналитические навыки,
 - знание планирования, координации
- осуществления процедур по безопасности пациента,
 - умение ориентироваться в сложных ситуациях.



Рисунок 1. Система обеспечения безопасности больного (М. Ралль, 2008)

Таблица 3. Контрольный лист безопасности хирургического вмешательства

World Health Organization

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ БЕЗОПАСНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Версия 1

ДО ИНДУКЦИИ АНЕСТЕЗИИ →

ПЕРЕД КОЖНЫМ РАЗРЕЗОМ →

ПЕРЕД ОТПРАВКОЙ ИЗ ОПЕРАЦИОННОЙ

Исходные данные

- ПОДТВЕРЖДЕНЫ:**
- ЛИЧНОСТЬ ПАЦИЕНТА
 - ОБЛАСТЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
 - ТИП ВМЕШАТЕЛЬСТВА
 - НАЛИЧИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

- ОБЛАСТЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ОТМЕЧЕНА**
(НЕПРИМЕНИМО)

- ПРОВЕРКА БЕЗОПАСНОСТИ АНЕСТЕЗИИ**
ВЫПОЛНЕНА

- ПУЛЬСОКСИМЕТР УСТАНОВЛЕН**
И ФУНКЦИОНИРУЕТ НОРМАЛЬНО

ИМЕЮТСЯ ЛИ У ПАЦИЕНТА:

УКАЗАНИЯ НА АЛЛЕРГИЮ В АНАМНЕЗЕ?

- ДА
 НЕТ

«ТРУДНЫЕ» ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ИЛИ РИСК
АСПИРАЦИИ?

- НЕТ
 ДА (НЕОБХОДИМОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ГОТОВО,
АССИСТЕНТЫ ДОСТУПНЫ)

РИСК КРОВОПОТЕРИ > 500 МЛ
(> 7 МЛ/КГ У ДЕТЕЙ)?

- НЕТ
 ДА (ПОДГОТОВЛЕННЫ ВЕНОЗНЫЙ ДОСТУП
И ИНФУЗИОННЫЕ СРЕДЫ)

Вмешательство

- ИЗВЕСТНЫ ИМЕНА И РОЛЬ ВСЕХ**
СПЕЦИАЛИСТОВ ОПЕРАЦИОННОЙ БРИГАДЫ

- ХИРУРГ, АНЕСТЕЗИОЛОГ И АНЕСТЕЗИСТ**
УСТНО ПОДТВЕРДИЛИ:

- ИМЯ ПАЦИЕНТА
- ОБЛАСТЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
- ТИП ПРОЦЕДУРЫ

ОЖИДАЕМЫЕ КРИТИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ:

- ХИРУРГИ:** КРИТИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ВМЕШАТЕЛЬ-
СТВА, ДЕЙСТВИЯ В НЕПРЕДВИДЕННЫХ СИТУА-
ЦИЯХ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВА,
ОЖИДАЕМАЯ КРОВОПОТЕРЯ

- АНЕСТЕЗИОЛОГ:** ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ
У ДАННОГО ПАЦИЕНТА

- М/СЕСТРЫ:** ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СТЕРИЛЬНОСТИ
ОБОРУДОВАНИЯ И МАТЕРИАЛОВ (В Т.Ч. ИНДИКА-
ТОРЫ СТЕРИЛЬНОСТИ). ОСОБЕННОСТИ ОБОРУ-
ДОВАНИЯ, ИСПРАВНОСТЬ АППАРАТУРЫ

БЫЛО ЛИ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ЧАСА
ВЫПОЛНЕНО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ
АНТИБИОТИКА?

- ДА
 НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ

ПРЕДСТАВЛЕНЫ НЕОБХОДИМЫЕ СНИМКИ?

- ДА
 НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ

Окончание

МЕДСЕСТРА ВСЛУХ ПОДТВЕРЖДАЕТ:

- НАЗВАНИЕ ЗАВЕРШЕННОЙ ПРОЦЕДУРЫ**
- ОТСУТСТВИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В КОЛИЧЕСТВЕ**
ИНСТРУМЕНТОВ, САЛФЕТОК И ИГЛ
(ИЛИ НЕ ИСПОЛЬЗОВАЛИСЬ)
- МАРКИРОВКУ ЗАБРАННЫХ ОБРАЗЦОВ**
(ВКЛЮЧАЯ ИМЯ ПАЦИЕНТА)
- ПРОБЛЕМЫ С ОБОРУДОВАНИЕМ,**
КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО УСТРАНИТЬ
- ХИРУРГ, АНЕСТЕЗИОЛОГ И М/СЕСТРА**
ОБСУЖДАЮТ КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ ПРО-
БУЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТА И ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕ-
ОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА



Литературные данные

- www.medlinks Глава 6. Путь совершенствования управления качеством – основа деятельности медицинского учреждения
- МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ СИТУАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ОБЕСПЕЧЕНИЕМ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ М.И. АБДИБЕКОВ Республиканская детская клиническая больница «Аксай» МЗ РК
- УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА КАК ОДИН ИЗ ЭТАПОВ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Новикова О.В., Островская И. В. Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Москва, Россия
- ВОЗ. Восьмой форум по вопросам будущего. Управление безопасностью пациентов. - Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. -38 с.
- УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА КАК ОДИН ИЗ ЭТАПОВ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Новикова О.В., Островская И. В. Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Москва, Россия

**Спасибо за
внимание!!!**

