



Инструменты повышения качества подготовки и практической деятельности медицинских сестер. Опыт Казахстана

Айнур Айыпханова

Генеральный директор,

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

Алтын Жумабаева

Заместитель Директора по сестринскому делу,

Национальный центр нейрохирургии



Часть 1

Общие сведения о стране и системе здравоохранения

KAZAKHSTAN: COUNTRY PROFILE



- **9th** largest country in the world, largest landlocked country
- **2nd** coldest capital in the world - Astana
- **100<** different nationalities, 2 official languages (KZ, RU)
- **18 mln** population
- **72,4 years** Life Expectancy (2016)

Health Care:

- **3.4%** GDP
- **265 USD** per capita per year
- **59%** private; **41%** public spending
- **10%** of State Budget on healthcare of all State budget
- **40 doctors** per 10 000 population, **97 nurses** per 10 000 population
- **48.7 beds** per 10 000 population, ALOS: **11.4 days**





ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



1991 год

Разрешена частная медицинская практика, частные мед. колледжи и вузы



1992 год

Концепция реформирования здравоохранения:

- децентрализации управления
- права пациента на выбор врача
- усиление ПМСП



1996 год

Введено обязательное медицинское страхование (отменено в 1998 году)



1998 год

Создан НЦПФЗОЖ МЗ РК – акцент на профилактику



1998 год

Закон «Об охране здоровья граждан»



1999 год

Бюджетное финансирование:

- двухкомпонентный подушевой норматив
- Нац. Модель КЗГ



2000 год

Консолидация бюджета на областном уровне



2006-2010 года

Концепция реформирования мед. и фарм. образования



2009-2010 года

Внедрена ЕНСЗ:

- свободный выбор поставщика мед. услуг пациентом
- развитие конкуренции

ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



2009 год

- Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»
- централизованный закуп ЛС через «СКФ»
- Экзаменация мед.работников
- МЭТ: тарифы



2011 год

Оплата по КЗГ



2013 год

Концепция развития электрон. здрав-ния



2009 - 2015

Займ ВСЕМИРНОГО БАНКА:

- Нац. аккредитация МО, вузов, образ. программ
- Национальные счета здравоохранения
- Информирование населения о лекарствах
- ОМТ, КП, КНФ
- Экзаменация мед.работников
- Прикладной сестринский бакалавриат
- Пилот ПУЗ



2015-2018

НПА ОСМС



2016 год

ОКК,
Стратег. партнерство мед ВУЗов



2017 год

Проект модернизации здравоохранения;
10 проектов ГПРЗ;

- создана СОЗ;
- ЕПП: 16 регионов;
- Дерегулирование;
- Отчисления в ФСМС, бюджет консолидирован на респ. уровне
- Цифровизация



2018 год

- ФСМС - единый плательщик
- Пакеты мед.услуг в ФСМС
- Концепция ПМСП
- Центры лучших практик ПМСП в 16 регионах



СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Ожидаемая продолжительность жизни

72.41 лет 0.4 лет

(2016) в сравнении с 2015 г.

Общая смертность

7.21 -3.1%

на 1000 населения (2017) в сравнении с 2016 г.

Младенческая смертность

8.07 -6.2%

на 1000 живорожденных (2017) в сравнении с 2016 г.

Детская смертность

10.41 -5.5%

на 1000 живорожденных (2017) в сравнении с 2016 г.

Материнская смертность

12.0 -5.5%

на 100 000 живорожденных (2017) в сравнении с 2016 г.

СМЕРТНОСТЬ ОТ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ





ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РК

3.4% от ВВП

90.8 тыс ₸

(265 US\$) на человека

59% государственные

40.2% частные

(2015, данные НСЗ)

10%

государственного бюджета

ОЭСР

9% от ВВП

849 тыс ₸

(2482 US\$) на человека

72.5% государственные

(включая ОМС)

27.5% частные

15%

государственного бюджета

КАДРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Обеспеченность населения врачами (на 10 000 населения)

РК		40.0 (2017)
ОЭСР		30.8 (2016)

Обеспеченность населения СМП (на 10 000 населения)

РК		97.2 (2017)
ОЭСР		100 (2016)

- ▢ Приняты Национальная и региональные политики **по управлению кадровыми ресурсами**
- ▢ Разработано **типовое положение об оплате труда** работников ГП на ПХВ
- ▢ Оказаны **меры социальной поддержки 1348** молодым специалистам
- ▢ Сделан **прогноз потребности в кадрах** в разрезе специальностей и регионов до 2025 года
- ▢ Ежегодное **независимое тестирование выпускников**:
 - ▢ медицинских ВУЗов
 - ▢ интернатуры
 - ▢ резидентуры
 - ▢ медицинских колледжей
- ▢ Проведено **независимое тестирование профессорско-преподавательского состава** мед.ВУЗов (апрель 2017)
- ▢ Независимая оценка знаний медицинских работников передана в **саморегулируемую среду**

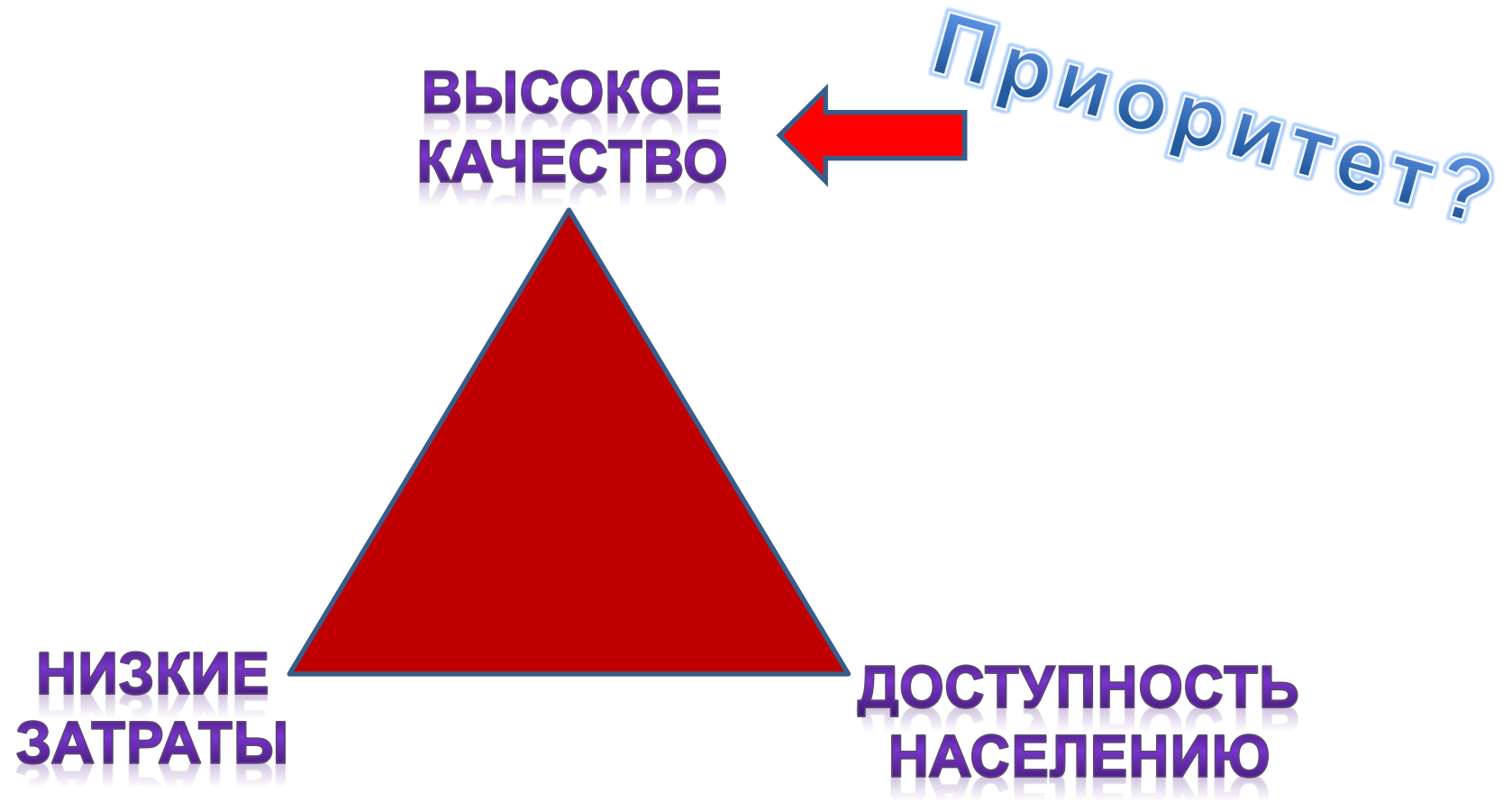
Часть 2

Инструменты повышения качества

Треугольник компромиссов в здравоохранении

Американская медицинская ассоциация: «Система здравоохранения достигает успеха в 1 или 2 «углах» (аспектах), за счет упущения в третьем!»

Критика этой теории: профессор Гарвардской бизнес-школы Клэйтон Кристенсен for ([Clayton Christensen](#)): в авиации, компьютеризации достигнуто высокое качество, доступность и низкая стоимость одновременно



Почему говорим о качестве медицинской помощи в РК?

Социальная кампания «100 проблем – 100 решений – 100 дней»



791

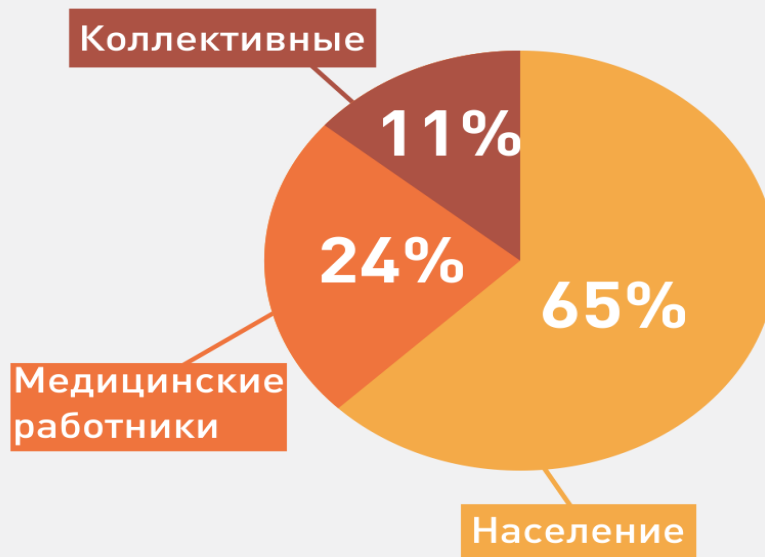
принятых обращений в период
с 31 января по 17 февраля 2017 года



2088

рассмотренных проблем
при анализе принятых обращений

Источники обращений



Основные проблемы



Вопросы организации
медицинской помощи



Качество медицинских
услуг



Кадровое обеспечение
и статус врача



Вопросы лекарственного
обеспечения



Кто отвечает за качество?



Тенденции

- **Улучшение качества жизни**, повышение ожиданий от медицины
- **Технические достижения:** более точные методы диагностики и лечения
- **Старение населения**, увеличение продолжительности жизни
- **Глобализация: интернет, социальные сети:** права пациентов расширены, более известны и защищены; больше жалоб и судебных процессов, ориентация на пациента
- **Сдвиг в отношениях** от пассивного до равного и активного участия пациента в своем лечении

Недовольство качеством – обратная связь – права пациентов!



Что такое качество медицинских услуг?

Это услуги, сосредоточенные на пациенте, практикуемые каждым работником; уровень безопасности, эффективности и своевременности которых определяет вероятность получения желаемого результата, и соответствуют современным профессиональным достижениям медицины

(Институт Медицины США)

Безопасность пациента

Дисциплина, целью которой является выявление, анализ и предотвращение медицинских ошибок, часто наносящих вред здоровью пациента

Примеры международных целей по безопасности пациента – включены в национальные стандарты РК

- ✓ ПРАВИЛЬНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТА
- ✓ УЛУЧШЕНИЕ КОММУНИКАЦИИ МЕЖДУ ПЕРСОНАЛОМ (ПЕРЕДАЧА ПАЦИЕНТА, ПЕРЕСМЕНА)
- ✓ БЕЗОПАСНОЕ ОБРАЩЕНИЕ С МЕДИКАМЕНТАМИ ВЫСОКОГО РИСКА
- ✓ ХИРУРГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ – ТОТ ЛИ ПАЦИЕНТ, ТА ЛИ ПРОЦЕДУРА, ТО ЛИ МЕСТО
- ✓ СНИЖЕНИЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ЧЕРЕЗ ГИГИЕНУ РУК
- ✓ ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМ ВСЛЕДСТВИЕ ПАДЕНИЙ

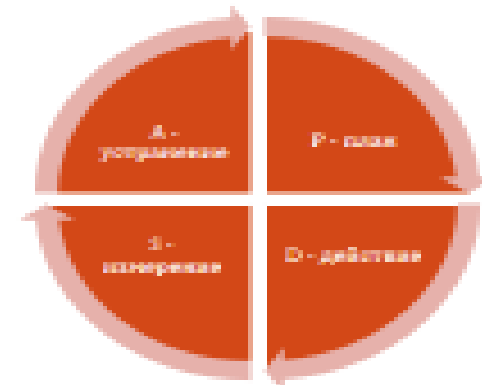
Инструмент «Цикл непрерывного улучшения»

Эдвардс Дэминг :

- 15% случаев низкого качества в работе происходят из-за вины работников, но 85% происходят из-за плохого руководства, неподходящей системы и неадекватных процессов
- цикл PDSA непрерывного улучшения работы: **«Планирование – исполнение – изучение – устранение»** (англ. Plan-Do-Study-Act, PDSA)
- самый распространенный метод (инструмент) для улучшения качества



Улучшение через методику «PDSA»



- **Чего хотим добиться?**

Улучшить двигательные навыки и качество жизни у пациентов с последствиями спинальной травмы при применении данной методики

Какие действия приведут к успеху?

- Оснастить зал ЛФК необходимым оборудованием, тренажерами
- Укомплектовать штат инструкторов ЛФК
- Внедрить методики для восстановления двигательных навыков
- Обучить сотрудников новым методикам

Как измерять прогресс в этой работе?

Индикатор эффективности реабилитационных мероприятий:

Индекс Бартел (Barthel), шкала функциональной независимости FIM, ASIA



«Урок из авиации»: сообщать об ошибках

Авиация – одна из самых безопасных отраслей

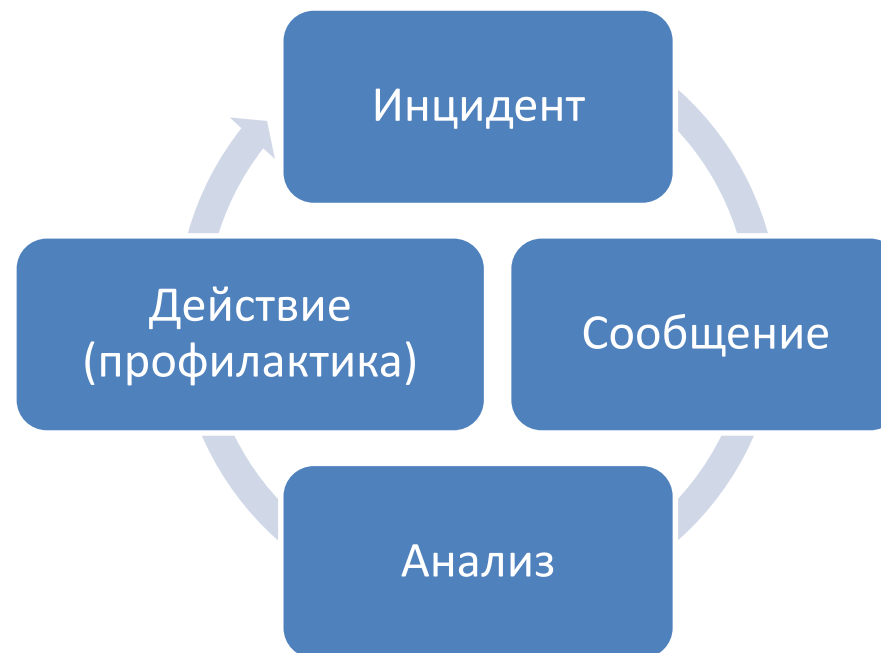
Из книги «Почему больницы должны летать», 2008, **Джон Нэнс**, пилот (США):

Суть безопасности в знании того, что может пойти «не так»:

«Не должен ошибаться» - миф!

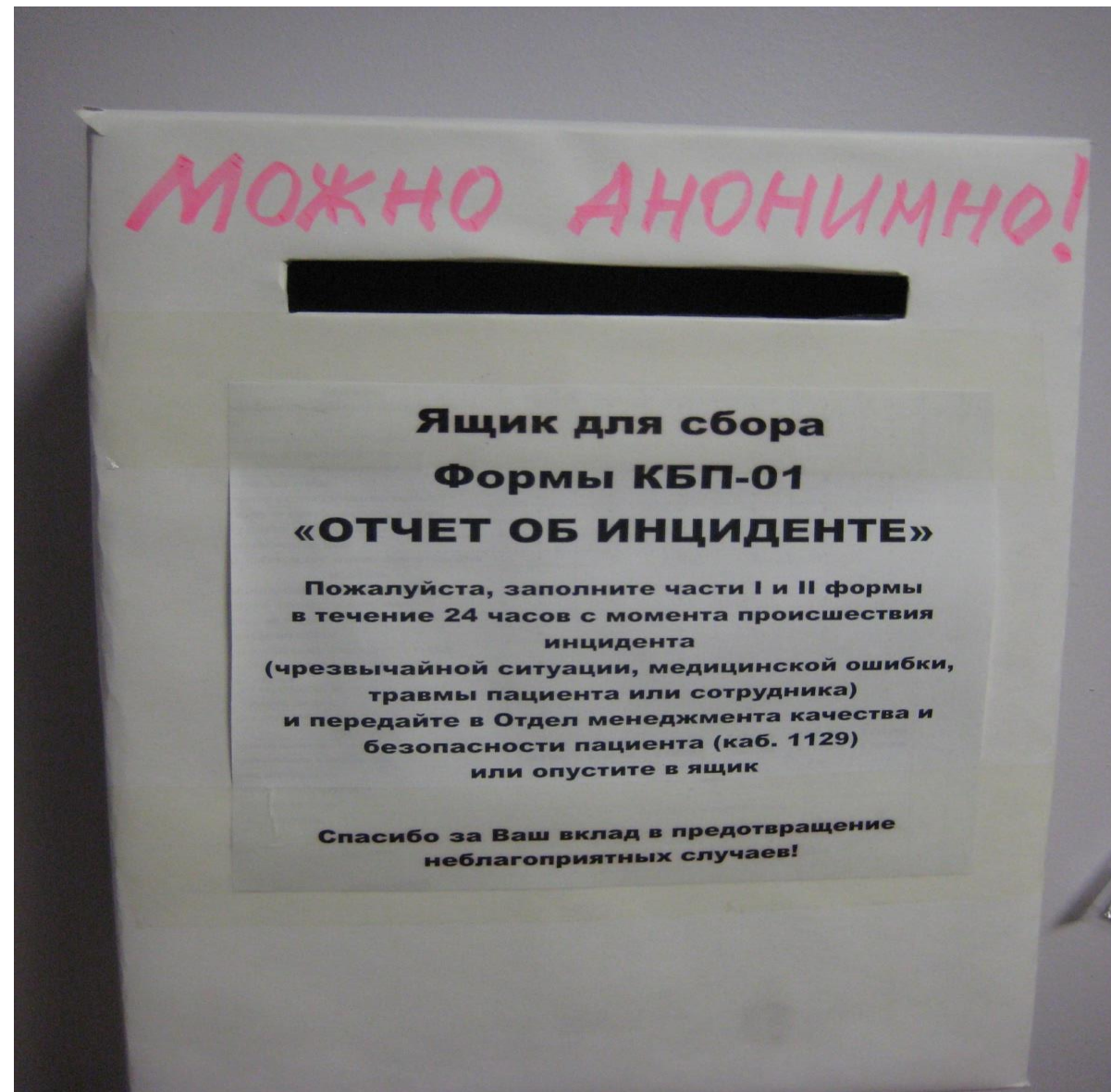
Добровольное сообщение гос.органам
об инцидентах в авиации

Разбор гос.органов и обратная
связь **в некарательной форме**



Ящик для сбора отчета об инциденте

(ННЦМД, 2011 г)



«Урок из авиации»: обстановка в коллективе

Исторически, молодые кадры не смели критиковать решения старших пилотов. После анализа авиакатастроф, внедрена «открытая культура», «некарательная обстановка»

Пример из опыта Дж.Нэнса: молодой стажер поправил его (опытного капитана) о высоте, что предотвратило столкновение с др. авиалайнером

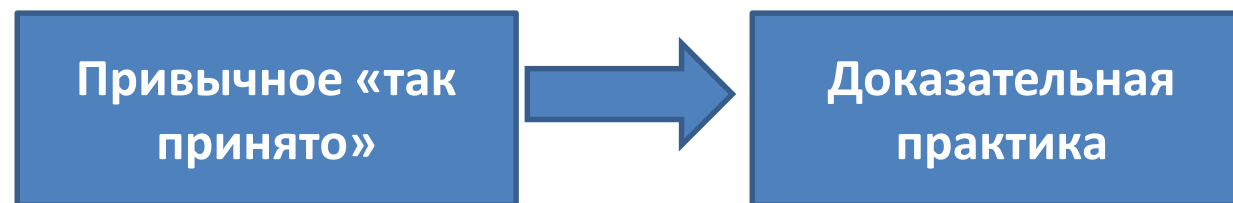


- Это рабочая обстановка, которая поддерживает открытое обсуждение ошибок для извлечения уроков (Цель – предотвращение повторения)
- Сотрудничество невзирая на должность, статус
- Руководство заинтересовано решать проблемы
- **Каждый человек ошибается**, но заслуживает похвалы тот, кто для анализа делится неблагоприятным опытом с коллегами
 - Выдающиеся ученые (Пирогов, Сеченов)
- В 85% случаях - дефект системы, а не человека

Сообщения об ошибках, анализ, меры!

«Урок из авиации»: алгоритмы (СОП)

- Не надеяться на «ум и сообразительность» работника
- Создавать надежные системы



- Разработка четких алгоритмов, чек-листов. Примеры:

Оценка состояния пациента по шкалам

- Шкала пробуждения Алдрета в анестезии
- Критерии перевода пациента из клин.отделения в ОАРИТ и назад
- Риск падения (шкала Морзе, Хендрикса) в сестринском уходе
- Риск пролежня (шкала Брадена) в сестринском уходе

Предоперационная проверка готовности

Стандартные операционные процедуры (СОП)

Инструмент «Диаграмма рыбной кости»

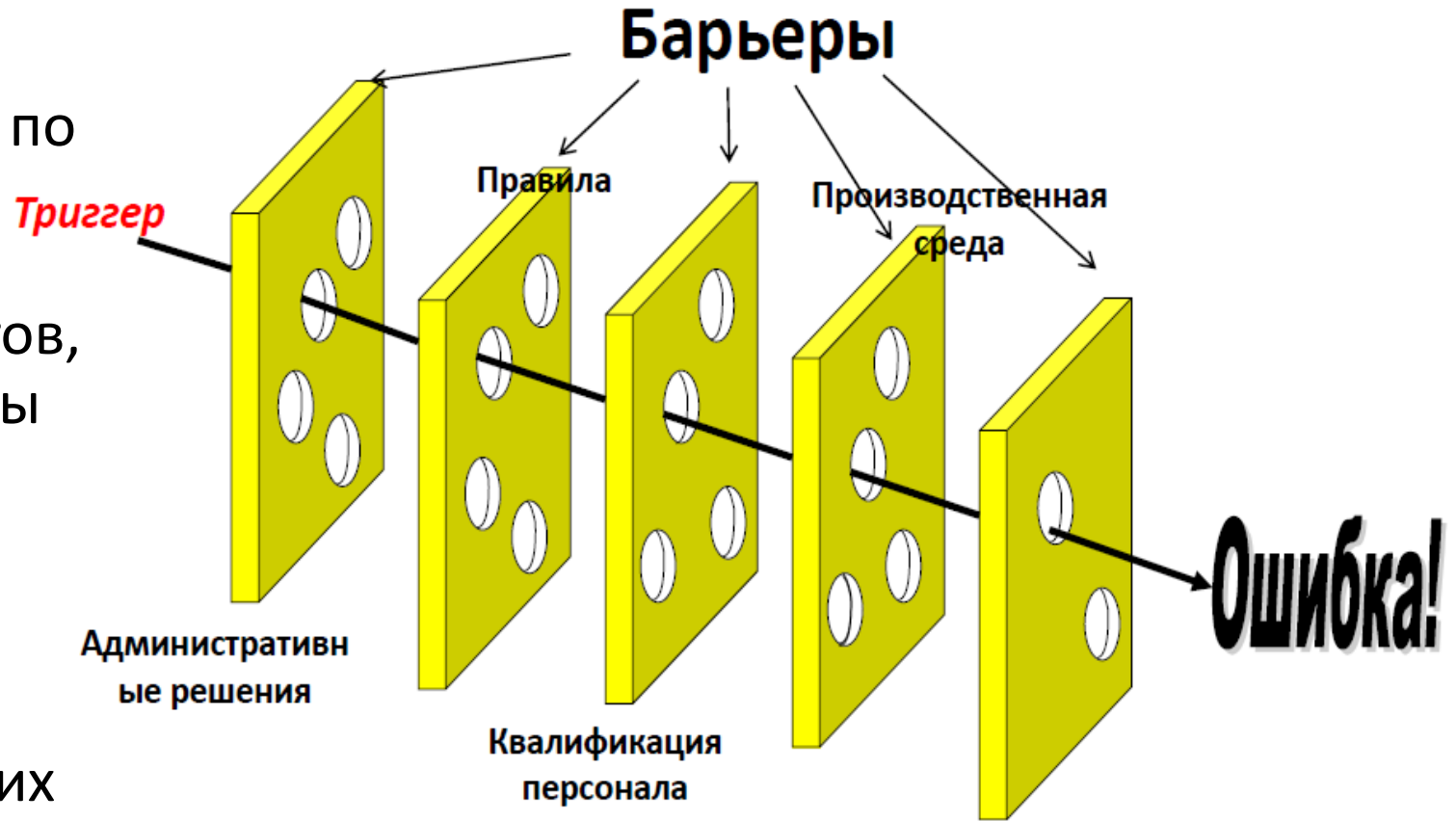
«Диаграмма Ишикавы»
(«Диаграмма рыбной кости»)
разбивает все причины
определенного последствия по
категориям причин.

Пример реального анализа корневых причин в ННЦМД



Инструмент «анализ рисков – швейцарский сыр»

- Ни одна из катастроф в авиации и ядерной энергетике не произошли по вине отдельных лиц; что система состоит из процессов или компонентов, а процессы имеют дефекты («дыры в сыре»)
- Как правило, происходит наложение нескольких недочетов, сбой нескольких барьеров, что приводит к сбою всей системы или неблагоприятному исходу.





КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Свыше **900** клинических протоколов
с указанием действий для медсестер

Стандартные операционные процедуры –
В каждой организации

Международная аккредитация

7

клиник аккредитованы **JCI**
(в том числе **3** реаккредитованы)

2 клинические программы
сертифицированы **ССРС JCI**
(ННКЦ)

Национальная аккредитация

152

организации аккредитованы
в 2017 году, среди них

125

государственных

27

частных

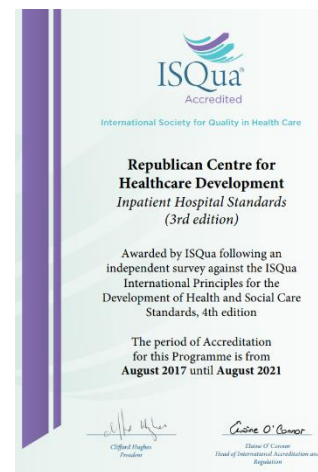
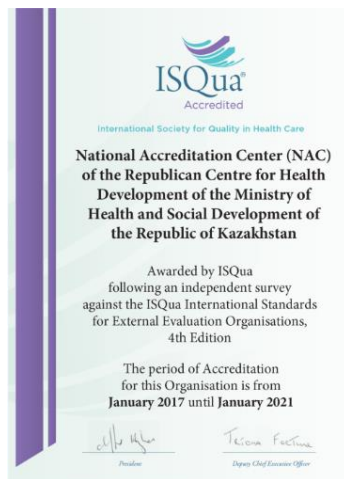
Стандарты аккредитации для
организаций, оказывающих
стационарную помощь
аккредитованы **ISQua**
в августе 2017 года, включая

99

стандартов

495

критериев



Часть 3

Опыт Казахстана в улучшении сестринской подготовки и практики

на примере внедрения международных стандартов JCI
в Национальном Центре Нейрохирургии





Миссия медицинской сестры

Медицинская сестра должна иметь квалификацию троякого рода:

- научную – для понимания болезни
- сердечную – для понимания больного
- техническую – для ухода за больным

Флоренс Найтингейл
(1820-1910)



Проблема сестринского ухода в Казахстане

Недооцененная роль медсестры в уходе:

- **Медсестры не представлены в орг. структуре** (главная медсестра не является членом Правления и подчиняется главному врачу; медсестры подчиняются врачам)
- **Медсестра не имеет права заполнять медкарту** (не проводит и не документирует сестринские осмотры)
- **Решения о сестринском уходе только по указанию врача**

Фрагментированный сестринский уход:

- Постовая медсестра
- Процедурная медсестра
- перевязочная медсестра

Высокая нагрузка :

- В среднем соотношение медсестры к пациенту 1 к 10-15)
- Дежурства 24 часа

Недостатки в стандартизации сестр.ухода:

- Нет четких стандартных операционных процедур
- Нет форм медицинской документации для медсестер



Фрагментированный сестринский уход





1) Новая орг.структура

- Директор по сестринскому делу – член правления
- Структура медсестер, параллельная врачам





2) Новое штатное расписание

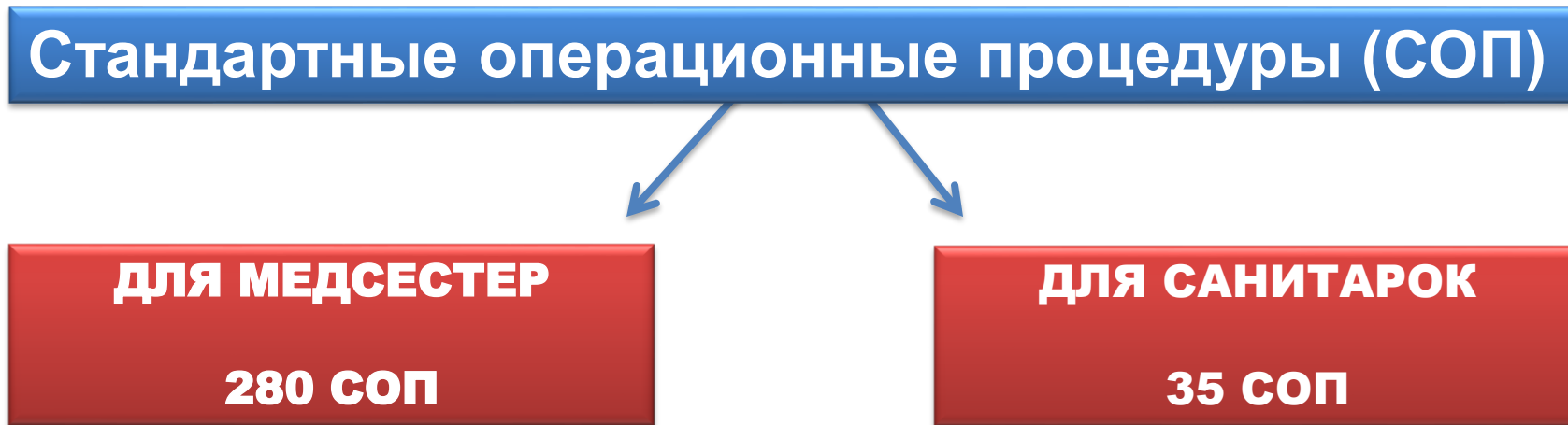
- Сокращена штатная единица процедурной медсестры и добавлено больше единиц постовых **в соотношении к пациентам 1:6**
- **Новые функции:** равномерно распределено выполнение всех манипуляций. 1 универсальная медсестра оказывает уход за 5 пациентами – медсестра полностью информирована о состоянии здоровья пациента

3) Новые графики дежурств

- **Отменены 24 часовые дежурства** – 10 и 14 часовые смены позволяют постовой медсестре ежедневно ухаживать за закрепленным пациентом (дневные и ночные), за исключением выходных дней



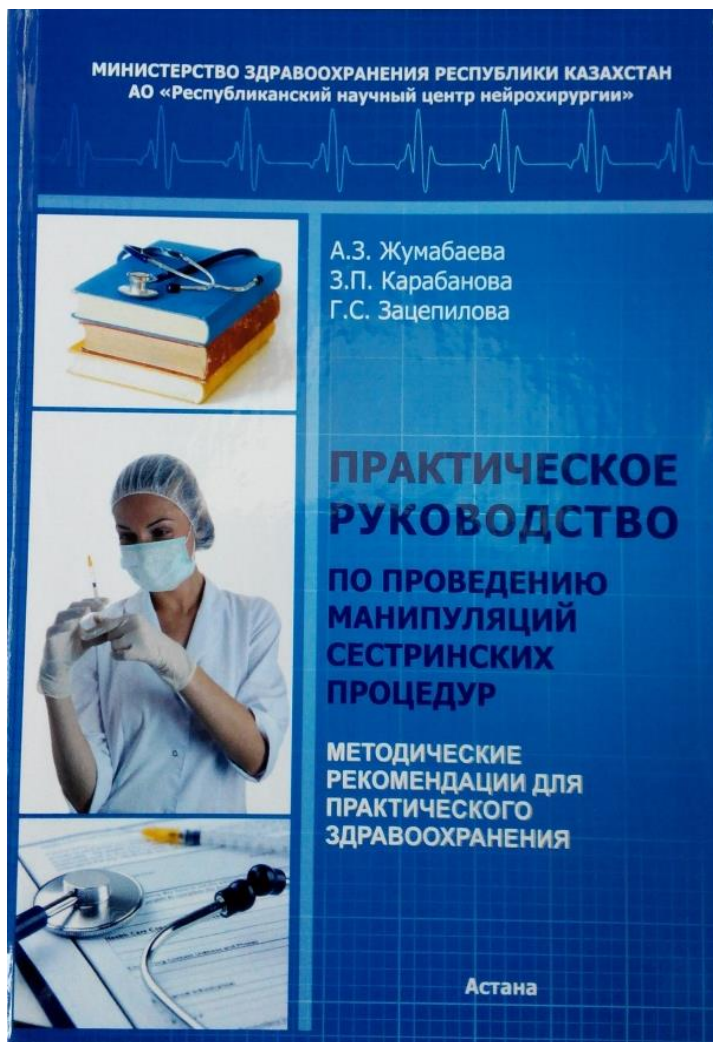
4) Стандартизация работы, разграничение функций



Разработаны и внедрены:

- Стандартные-операционные процедуры (более 200)
- Памятки для пациентов (10 видов),
- Формы для медкарты по сестринскому уходу (26 видов)

Пример

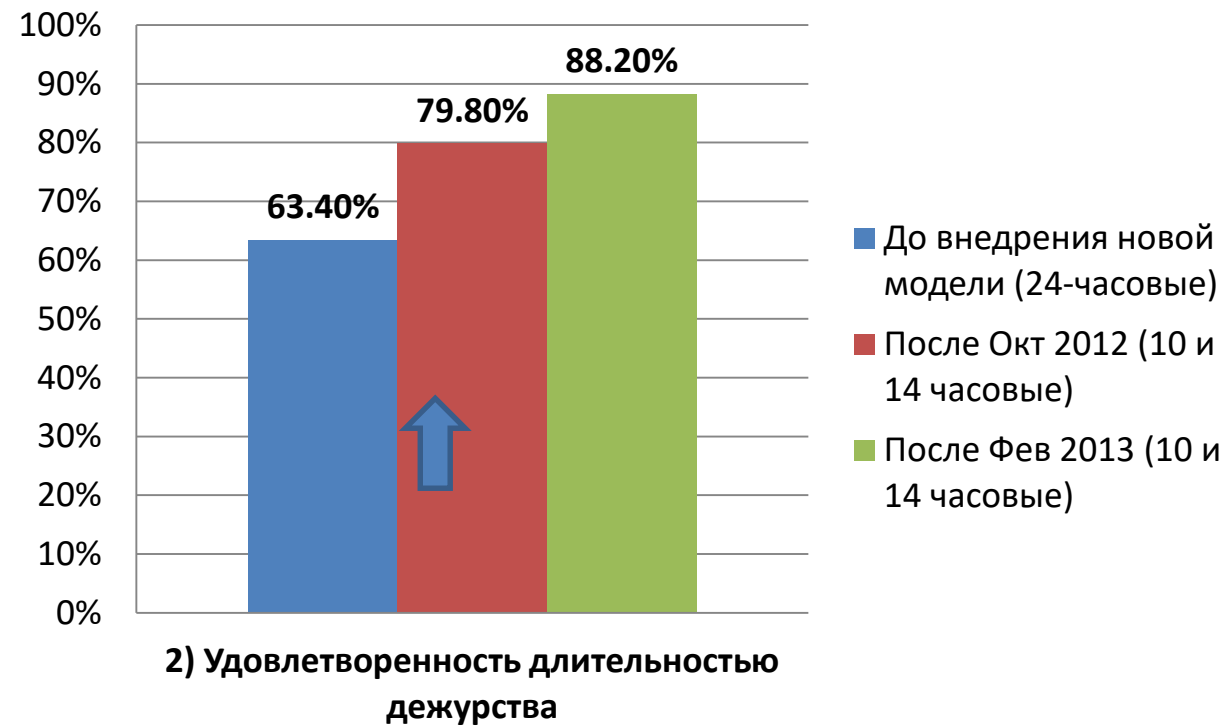
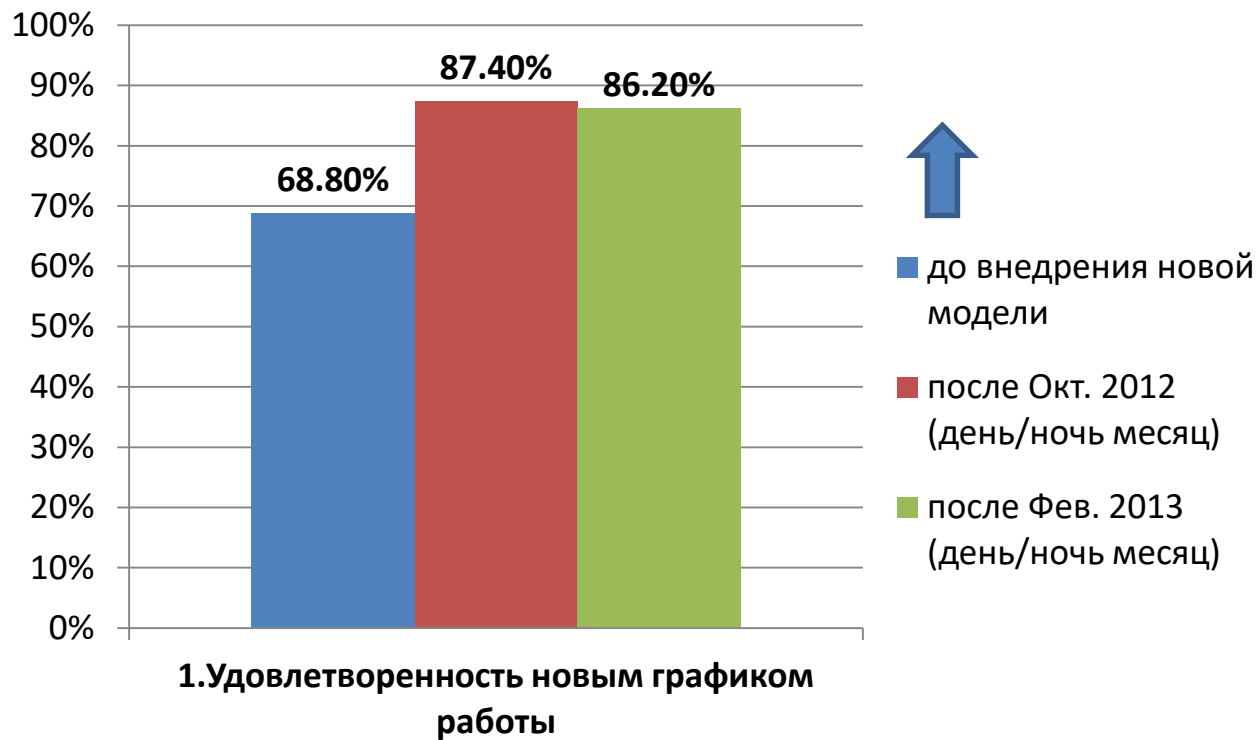


В 2014 году в НЦН выпущено практическое руководство по проведению манипуляций сестринских процедур, для специалистов сестринского дела.

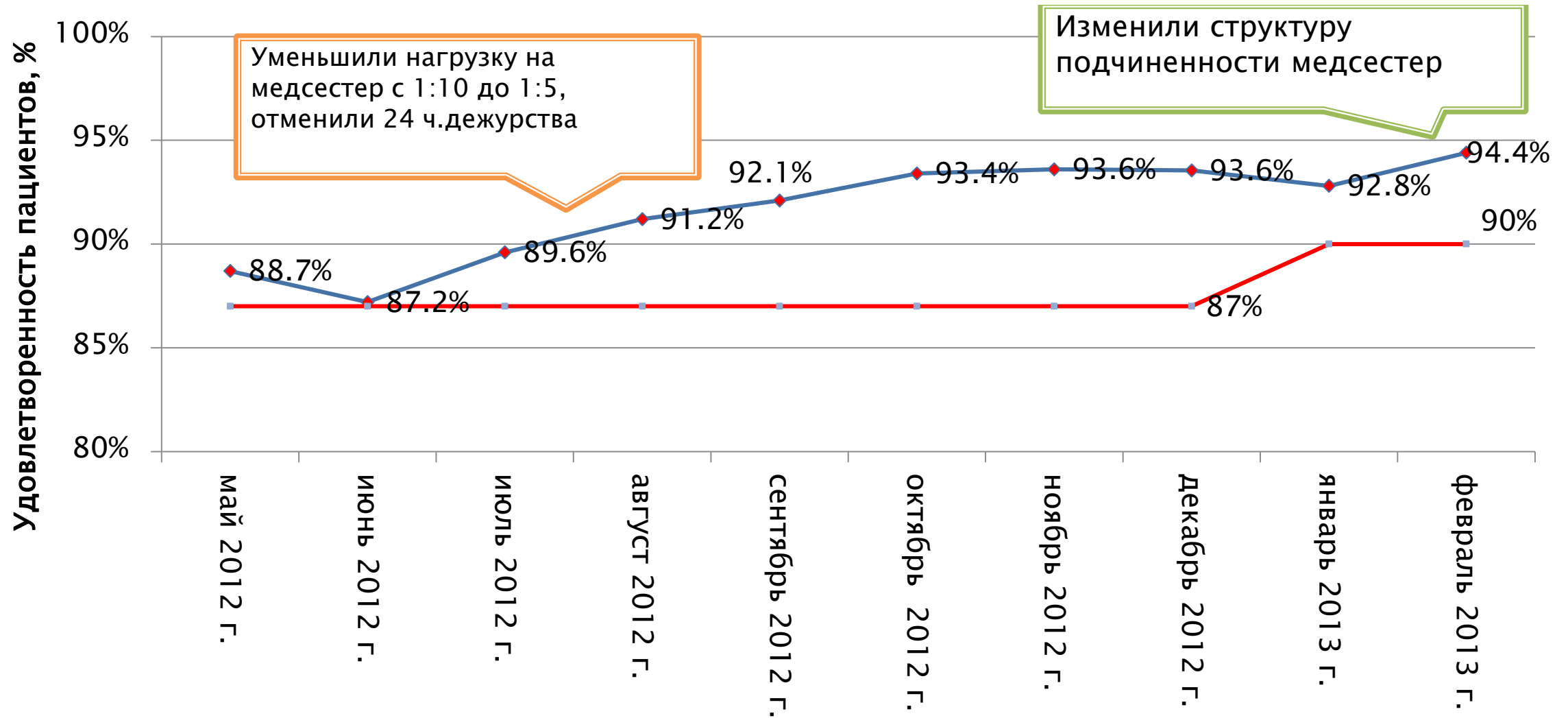
Авторы: Жумабаева А.З. Карабанова З.П. Зацепилова Г.С.

Результаты: мнение медсестер

N1 = 56 (окт. 2012)
(28% от общего числа медсестер)
N2 = 50 (фев. 2012)
(25% от общего числа медсестер)



Результаты: мнение пациентов





Перспективы развития

УСИЛИТЬ РАЗВИТИЕ СЕСТРИНСКИХ КАДРОВ:

- Профессиональный опыт медсестер нашего Центра за рубежом
- Приглашение иностранных лидеров в сестринском деле в наш Центр для проведения мастер-классов для медсестер
- Стимулировать обучение медсестер по государственной спонсорской стипендии «бакалавр сестринского дела»
- Стимулировать изучение англ.языка

ПЕРЕДАЧА ЗНАНИЙ:

- Передать опыт нашего Центра в другие организации Казахстана



Развитие сестринского дела в Казахстане

Благодарим за внимание!