



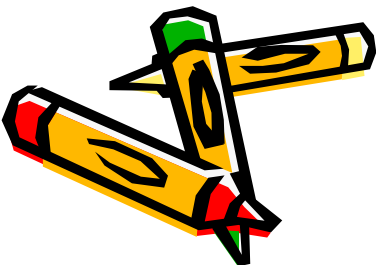
МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“
ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ



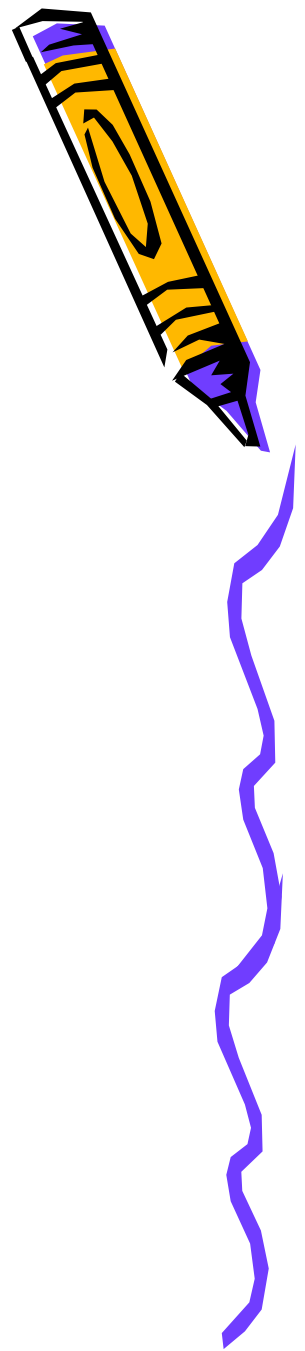
Лекция № 25

**ПОДХОДИ ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА
КАЧЕСТВЕНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ**

Доц. Макрета Драганова, д.м.



Документация за
осигуряване на
качествени и
непрекъснати
здравни грижи





Качеството на здравната помощ е съвкупност от признаци, условия и свойства на даден продукт, процедура или услуга, използвани в процеса на предоставяне на здравна помощ и задоволяващи изцяло или надхвърлящи очакванията на определена група лица или индивидуален пациент.

т. 2.1.1 от ISO/DIS 9000:2000



Управление на качеството

- *Управлението на качеството е системен, целенасочен процес на установяване разликите между действително постигнатите и желаните резултати, на базата на определени стандарти и критерии, анализа на причините, които влияят върху тези разлики и предприемане на действия за промяна и подобрения в структурата и процесите, които да доведат до намаляването на тези разлики до минимум*



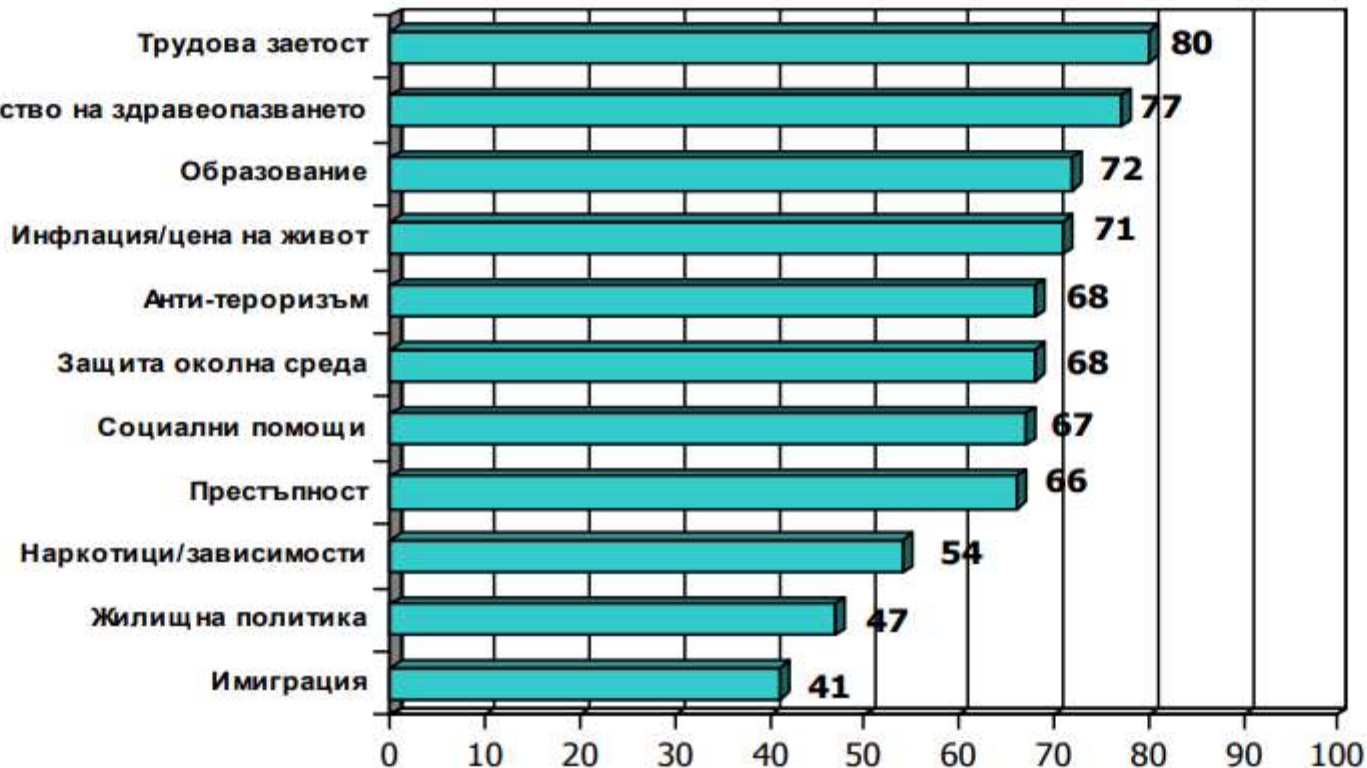
Определението за качество в здравеопазването (СЗО) включва

- грижи, които предоставят най-добрия здравен резултат - максимум полза и минимум риск за пациента;
- демонстрират отличен професионализъм от всички, участващи в помощта;
- ефективно и рационално използване на ресурсите;
- високо ниво на удовлетвореността и на самочувствието пациентите;
- най-добрите възможни здравни резултати



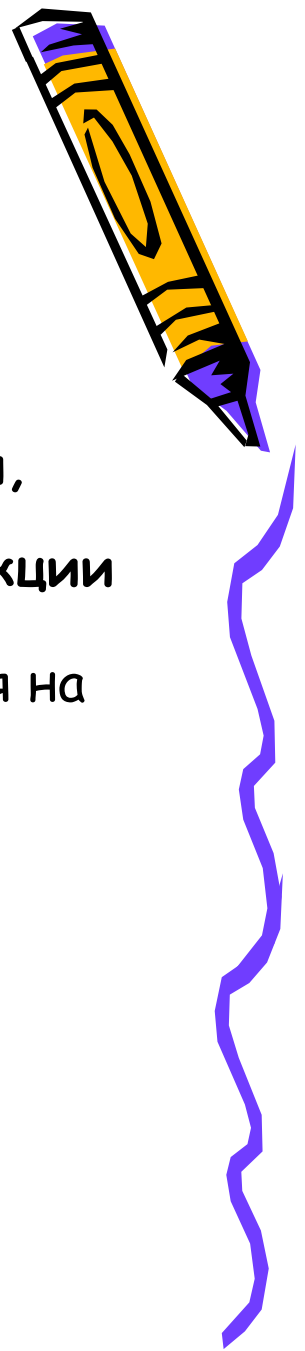


Относителна важност по национални въпроси за Европейците



Гарантирането на качеството в областта на здравеопазването

- Разработването и прилагането в практиката на специфично нормиране - медицински стандарти, клинични пътеки, терапевтични алгоритми, протоколи и технически фишове, други инструкции, указания и пр.;
- Въвеждане и прилагане на метода на акредитация на лечебните заведения;
- Системните вътрешни и външни проверки на качеството;
- Постоянното изучаване на мнението на потребителите и нивото на удовлетвореност на пациентите от оказаните им здравни услуги;
- Спазването на правата на пациентите.

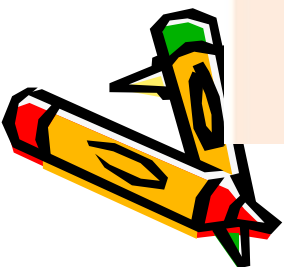


Човешки ресурс - ключов ресурс за качествени здравни грижи



Ситуацията у нас

№	Професия	Работещи ПЗГ	Средна възраст
1	Медицинска сестра	25341	53
2	Акушерка	3559	51
3	Фелдшер	2029	57
4	Медицински лаборант	2627	49
5	Рентгенов лаборант	1126	48
6	Рехабилитатор	1031	50

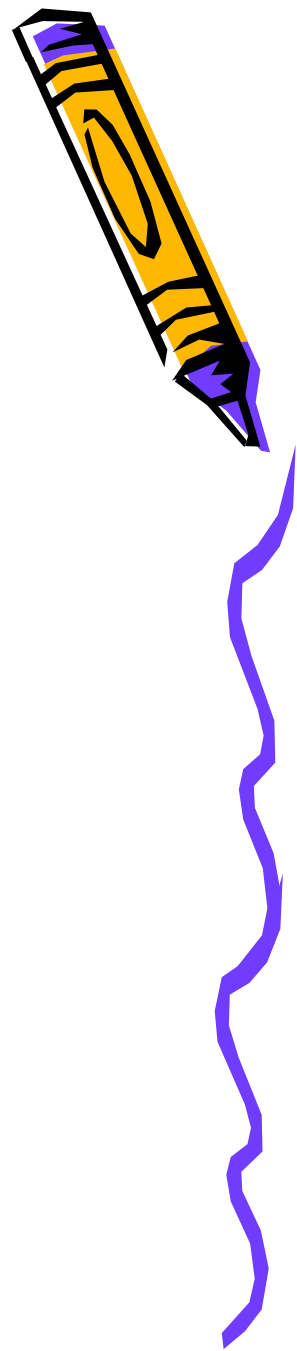


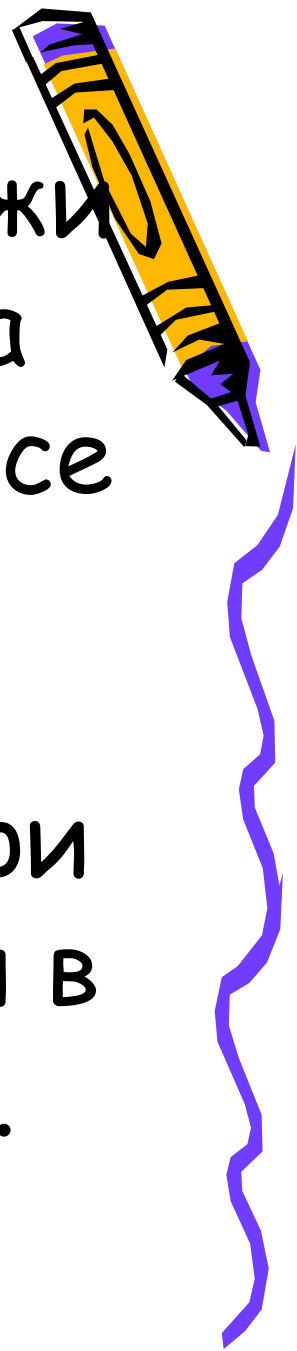


- Проучване на ICN доказва, че увеличаването на броя на медицинските сестри с 1 на 10 легла води до намаляване на смъртността от мозъчни и сърдечно-съдови инциденти в първите 30 дни с 11-28%, както и с 8-12% една година след инцидента.
- СЗО алармира, че в следващите 10 години се очаква недостиг от 9 милиона медицински сестри глобално!



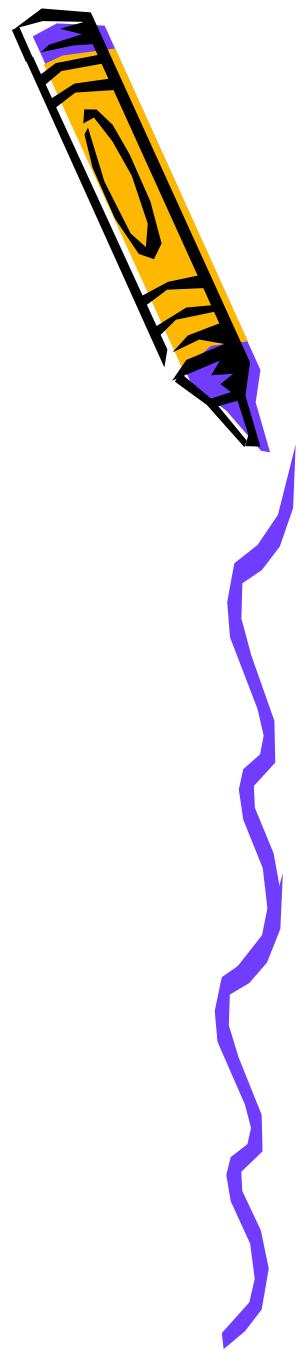
Протокол за здравни грижи





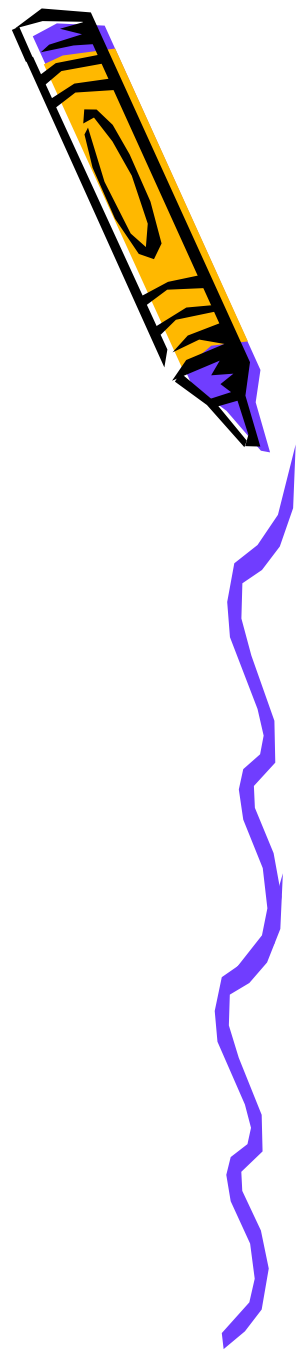
Протоколът за здравни грижи
представлява описание на
техниките, които трябва да се
прилагат и/или
разпорежданията, които
трябва да се съблюдават при
предоставяне на грижи или в
управлението на грижите.





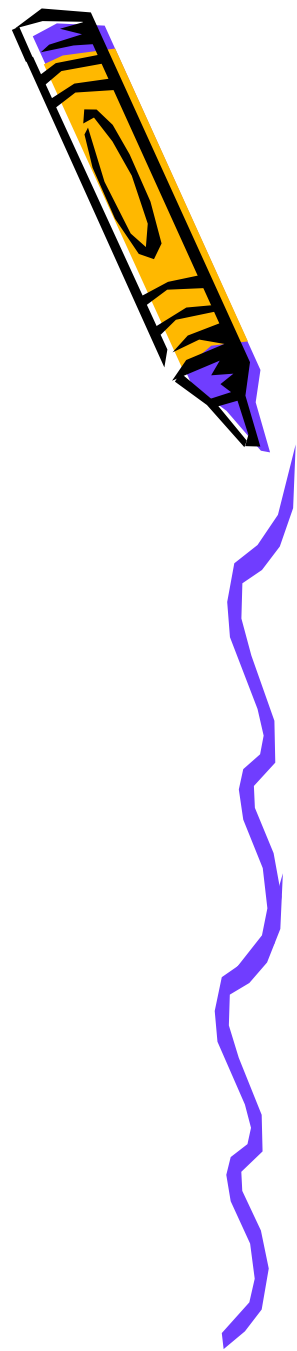
Това е един справочник за прилагане на процедури за грижи, насочен към определена група, общност или популация, представен в синтетична форма и разработен по прецизна методология.





Протоколът за здравни грижи не е технически фиш. Техническият фиш е по-рестриктивен документ, но той може да съставлява част от даден протокол за детайлизиране на конкретна задача.





Протоколите за грижи допринасят:

- за подобряването на професионалните връзки (общ език, идентични практики, сигурност за болния);
- за развитието на компетенции и познания;
- за професионалното признание на специалността;
- за еволюцията на здравните грижи;
- за оценка на качеството на здравните

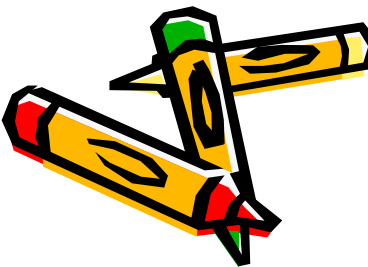
Грижи.



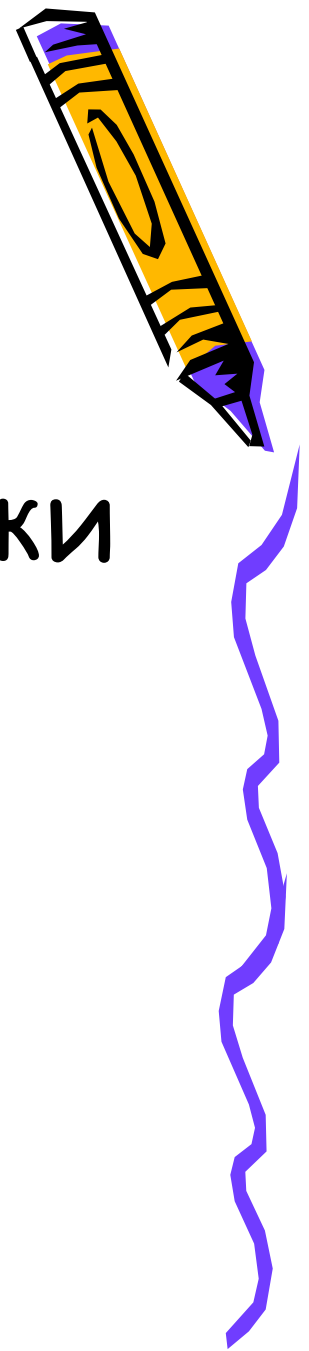


Протоколите за грижи са основни документи за:

- продължителното обучение,
- интегрирането на новостите в професионалната практика,
- за институциите за обучение по здравни науки,
- за обучението на стажанти от медицинските колежи.

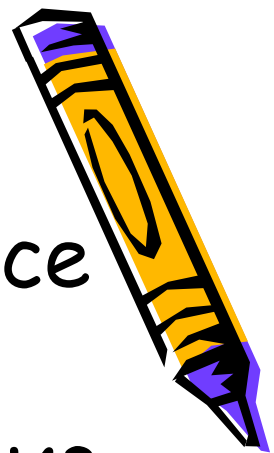


Разработването на
протокол за здравни грижи
следва стриктен и
методичен ход:



1. Определяне и анализ на ситуацията на грижи, за която се изработва протокол: епидемиологична анкета, анализ на практическата дейност, на оплаквания, изясняване на обема, рисковете и др.

Този етап може да бъде предприет по инициатива на ГРЗГ или на СРЗГ по здравни грижи.





2. **Сформиране на работна група**
- определяне на правилата на функциониране за създаване на благоприятни условия за успех на проекта, номиниране на шеф на групата, включване на мотивирани лица, въвлечени в процеса на грижите.





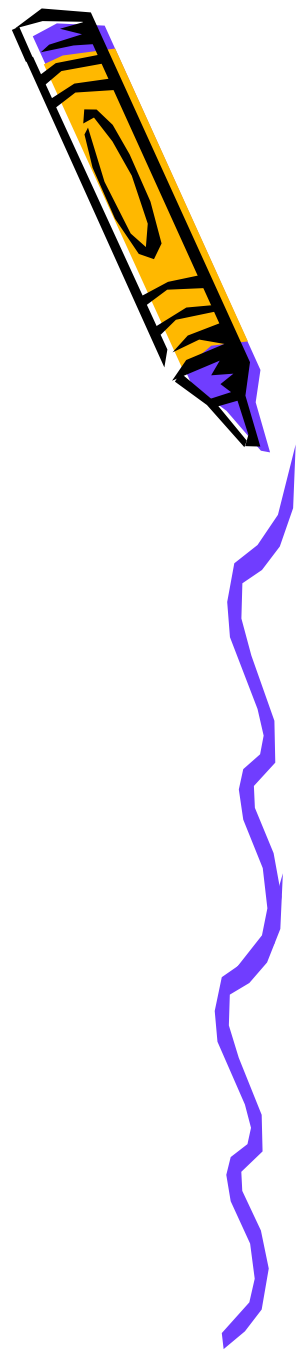
**3. Определяне на
необходимите
материални ресурси:
помещения, табла,
документация.**



4. *Изработване на протокола за грижи:* ограничаване на темата, определяне на целевата популация, фиксиране на целите на протокола, търсене на литература по темата, анализиране и актуализиране на познанията по предмета, описание и анализ на съществуващите практики, редактиране на протокола според логическото развитие и хронологията на реализация, включване на други средства при необходимост (напр., технически фишове).



5. Валидизиране на протокола за грижи. Валидизацията на съдържанието се прави от членовете на работната група и от експерти или от лекар в случаите, когато протоколът за грижи е свързан с медицински предписания.





Техническата валидизация се извършва чрез тестове от лицата, които ще ползват протокола. Тя уточнява възможностите за прилагане на протокола в практиката (разбиране, яснота на текста, точност на информацията, лекота на прилагане и др.).



6. Преработка на протокола при необходимост

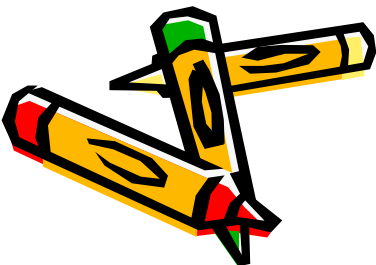
7. Внедряване на протокола.

8. Генерализация на протокола - в рамките на здравното заведение, в други здравни институции.



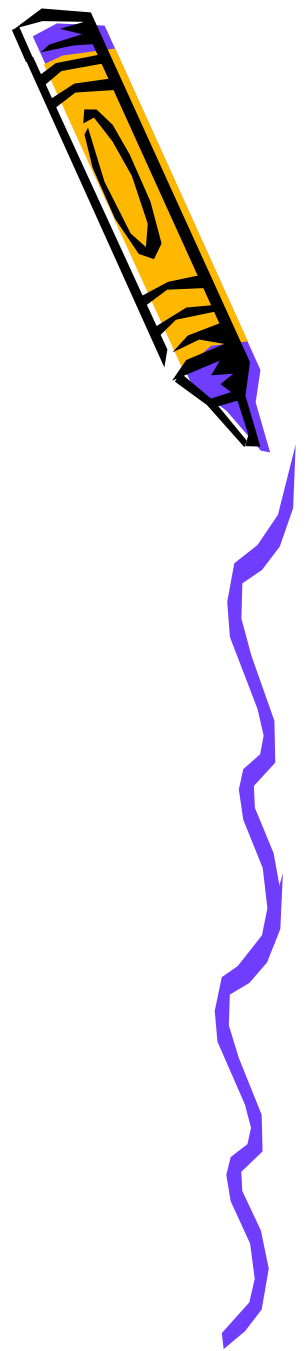
9. Оценка на протокола . Оценката може да се осъществява в три области: оценка на ресурсите, на процесите и на резултатите.

Оценката на протокола трябва да позволява да се направи анализ на отклоненията, изработване на план за подобряване, привеждането му в действие, предвиждане на ново оценяване.



Структура на протокола:





1. Въведение. То трябва да се опира на определена библиографска или техническа справка по конкретен проблем и се явява задължителен елемент на протокола.

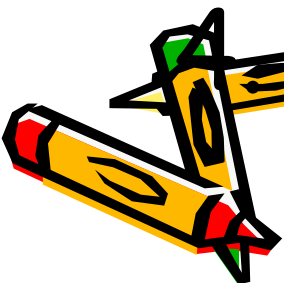
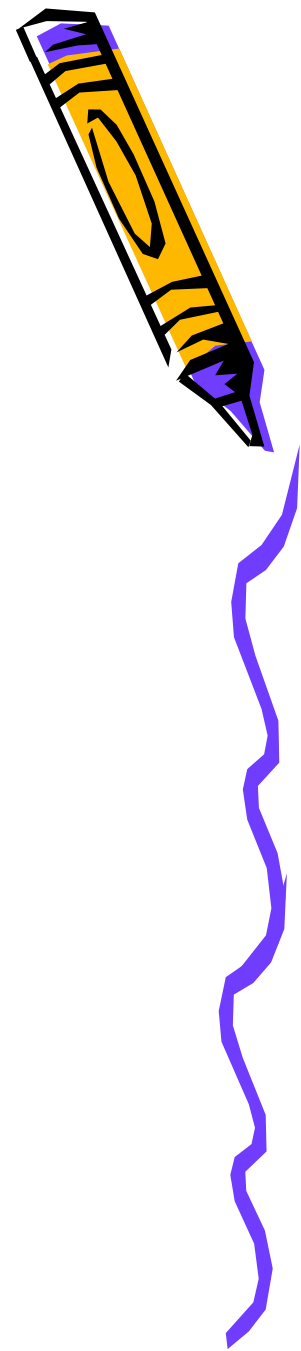


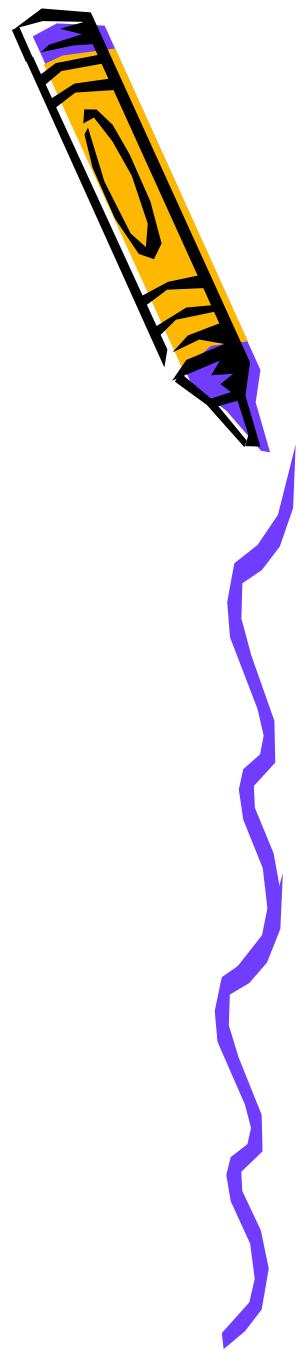
2. Целите на разработване на протокола
и

3. Техническите фишове -
описание на алгоритъма
на действието, т.е.

последователността на
извършваните действия.

Библиографска справка



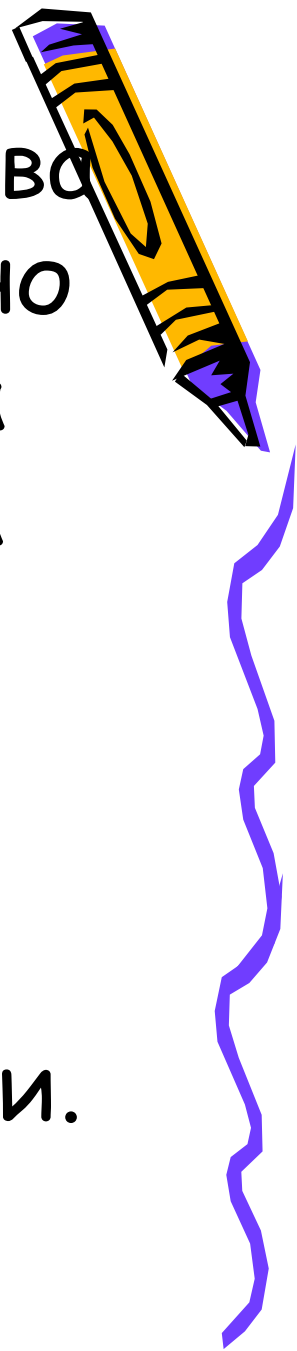


Технически фриш

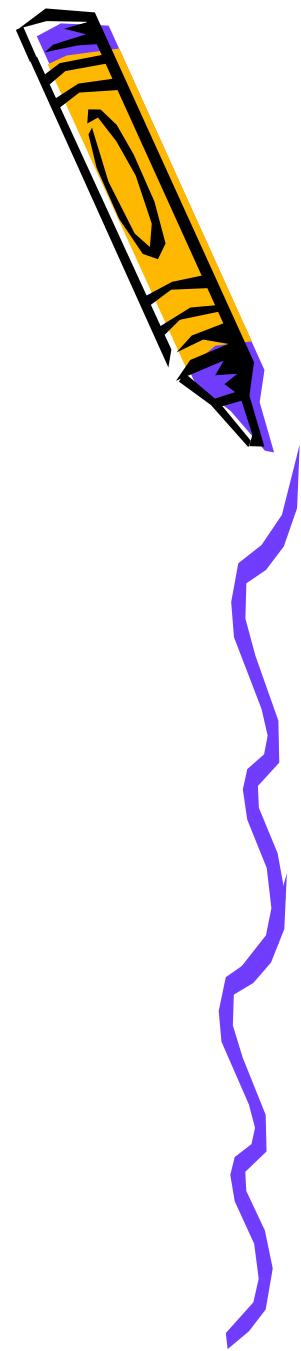


Техническият фиш представлява документ, съдържащ методично и хронологично описание на последователни дейности за реализацията на определена задача или акт за грижи.

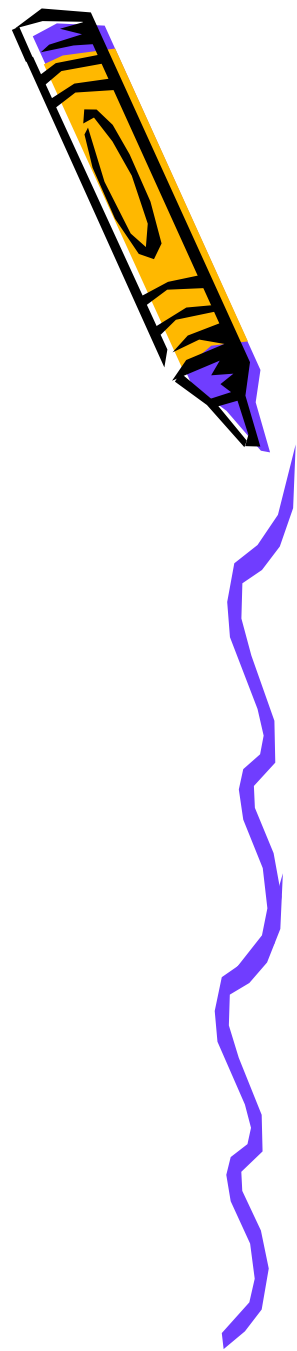
Съдържа указания, съвети, инструкции, алгоритъм на извършване на съответни грижи.



Може да бъде
предназначен за
пациента и неговите
близки, за стажанти или
за НОВОПОСТЪПИЛИ
кадри.



Целите на изработване на техническия фриш:



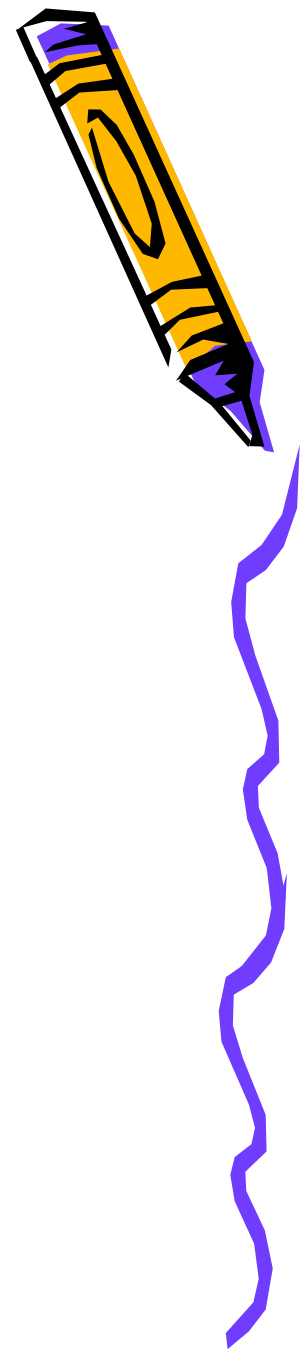
- Пести време на персонала за обяснение на пациента, за обучение на близките му и т.н

- Може да се използва за получаване на "информирано съгласие" за дадена манипулация или изследване, което е много важно етично изискване.

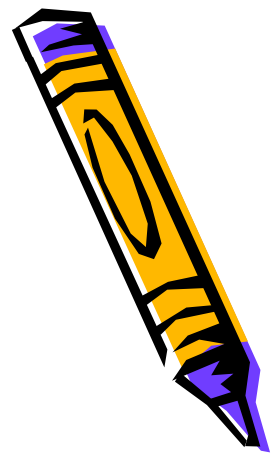
- Дава възможност за по-високо качество на получените грижи и точно изпълнение на необходимите грижи.



**Изработването на
техническите фришове
преминава през същите
етапи както при
протоколите за грижи.**



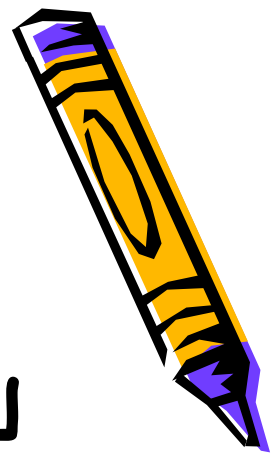
**Характеристика и
изисквания към
техническия фриш:**



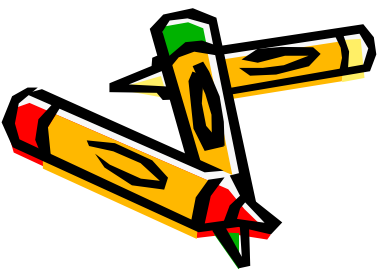
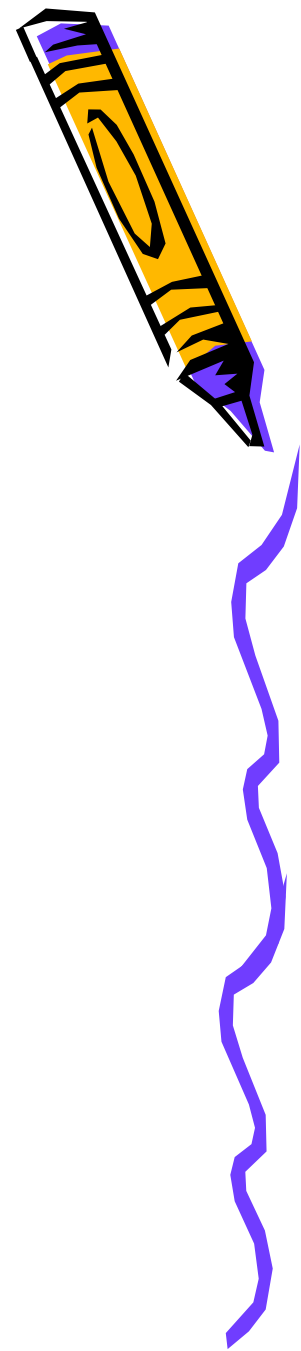
1. Техническият фиш за пациентите и техните близки трябва да е написан на достъпен език, без медицинска терминология или с пояснения при необходимост от използване на медицински термини. Прочитайки фиша, пациентът трябва да може да разбере какво изследване трябва да му се направи и какво поведение трябва да съблюдава.

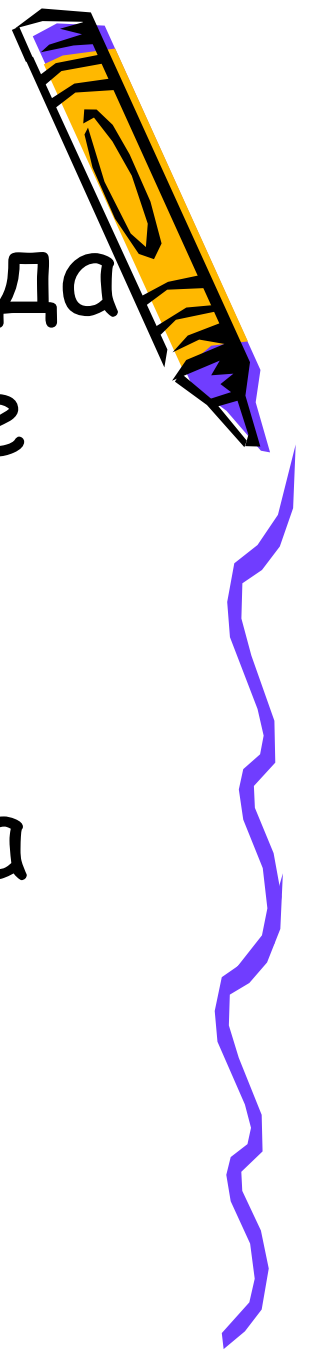


2. Чрез техническия фиш се търси съдействие от страна на пациента - къде, кога, какво ще се прави на пациента.



3. В техническия фиш
трябва да е записано
каква подготовка
трябва да се направи
преди изследването.





4. Трябва да се опише вида на изследването и да се характеризира самата манипулация и да се посочи дали тя уврежда органите или не.

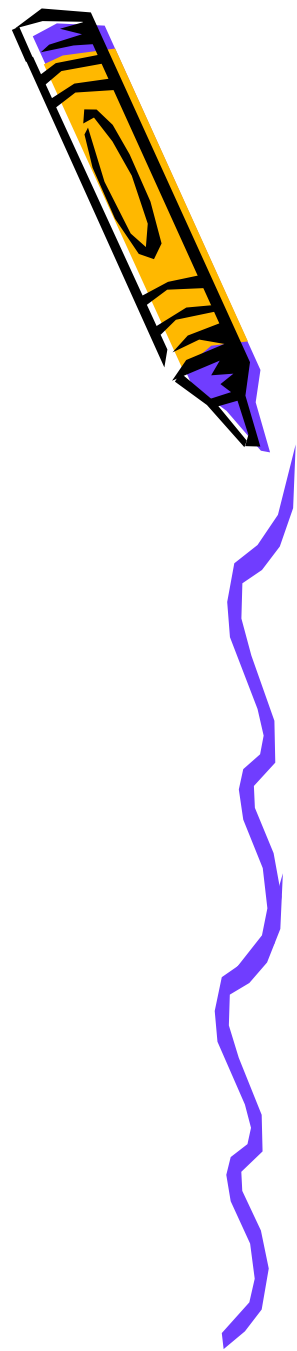


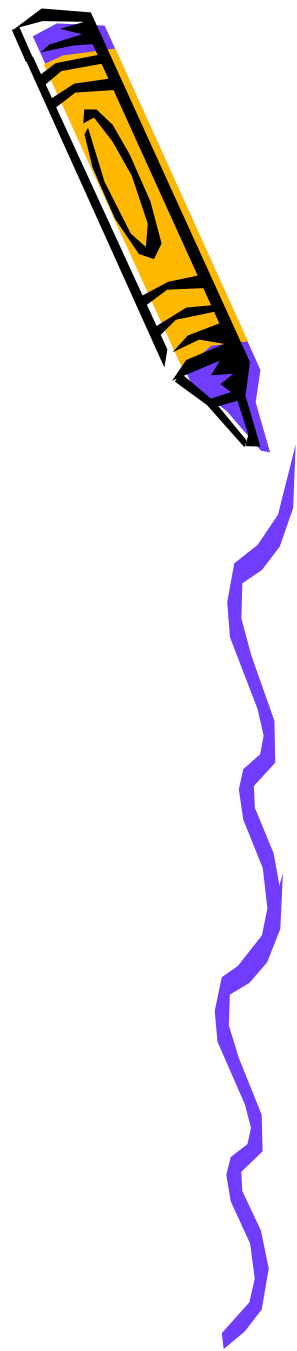
5. Пациентът трябва да
съблюдава
посочените указания.
Задължително трябва
да се посочи кога ще
се получи резултатът.



6. Фишът следва да завършва с указания към кого и къде да се обърнат пациентите при нужда.

Трябва да се опише поведението след изследването - да спазва или не режим, какъв режим и т.н.

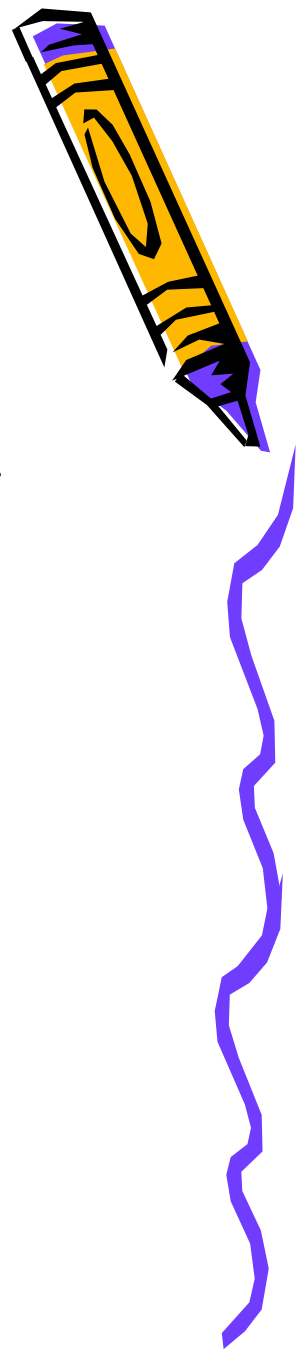




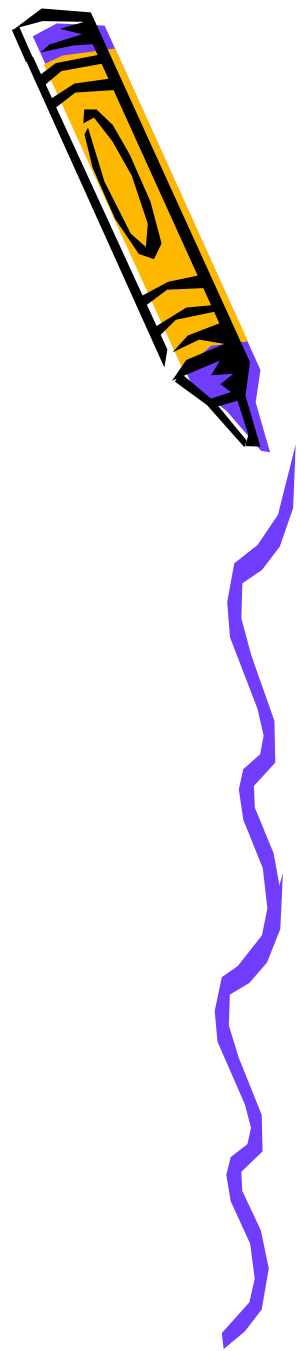
7. Техническият фиш за персонала трябва да бъде със специфичната терминология, с латински наименования.



8. Информацията в
техническия фиш трябва
да бъде достатъчна и
конкретна и придружена
с подходящо
онагледяване със схеми
и графики.

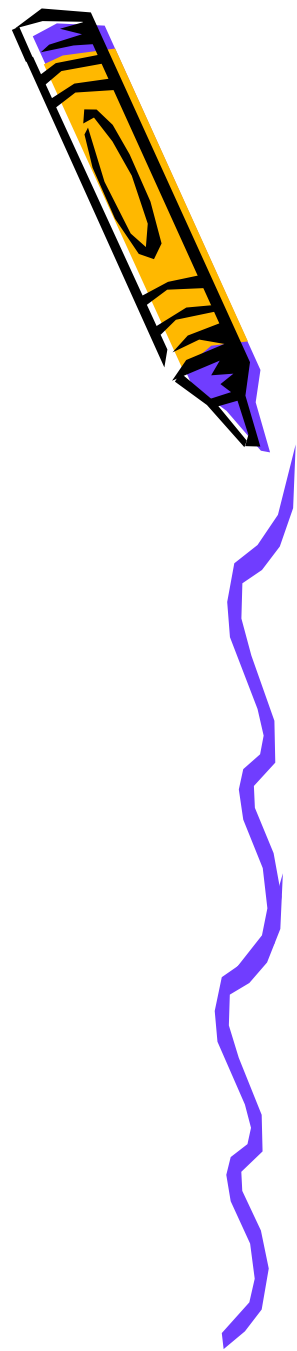


- II - ра част



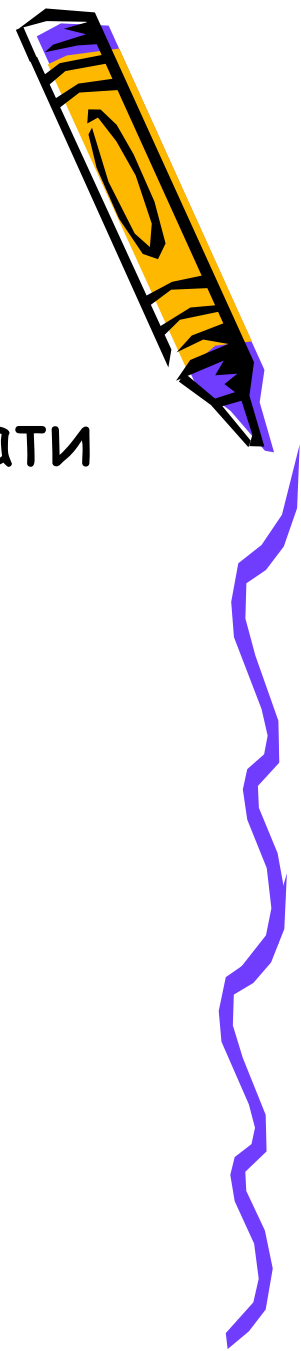
Въпроси за дискусия

- Познавате ли понятията "Сестрински метод", "Сестринска диагноза", "Сестринско досие"?
- Какво представляват по своята същност?

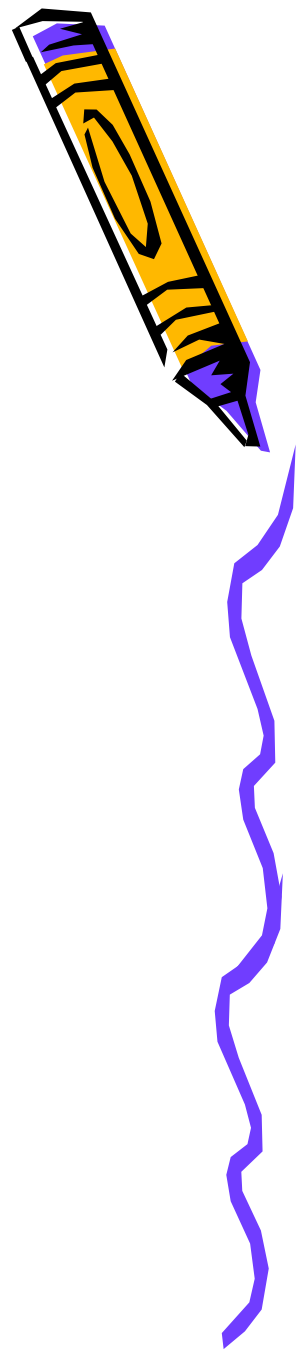


Сестрински метод

- Подход за осигуряване на непрекъснати и качествени здравни грижи.
- **Сестринският процес** представлява научнообоснована методология за професионална сестринска помощ, ориентирана към потребностите на пациента



Сестрински метод



- Процес на работа, при който медицинската сестра определя, извършва и оценява действията, свързани със собствената и роля.



ЕТАПИ НА СЕСТРИНСКИЯ МЕТОД



- I - ви ЕТАП - СЪБИРАНЕ НА ДАННИ
- II - ри ЕТАП-АНАЛИЗ

СЕСТРИНСКА ДИАГНОЗА

- III - ти ЕТАП - ФОРМУЛИРАНЕ НА ЦЕЛИ
- IV-ти ЕТАП - ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЕСТРИНСКИТЕ ИНТЕРВЕНЦИИ.
- V - ти ЕТАП - РАВНОСМЕТКА, ОЦЕНКА, РЕЗУЛТАТ НА СЕСТРИНСКИЯ МЕТОД



Сестрински процес

Assessment of patient

Оценка на здравното
състояние на пациента

Идентификация на
здравния потенциал, на
необходимостта от
грижи; диагностициране
на нуждата от грижи

Оценка

Evaluation

Оценка

Planning of care

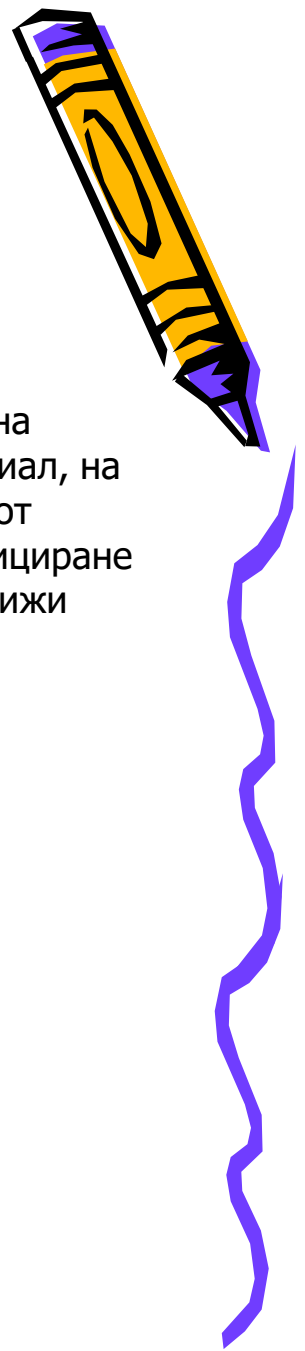
Планиране на грижите

Вземане на решение,
планиране

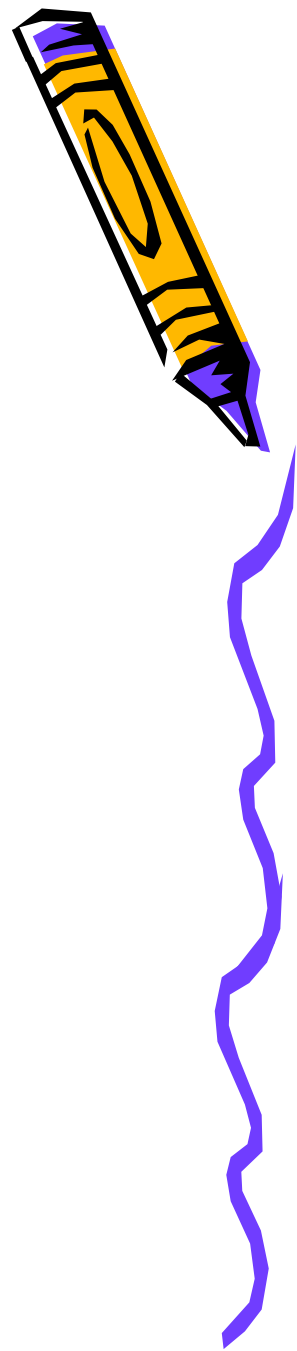
Провеждане на
интервенциите

Интервенции

Intervention



- Сестринска диагноза



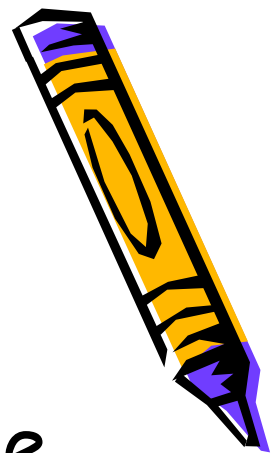
Определение

- Сестринската диагноза е клинична преценка на реакциите на индивида, семейството или общността на действителни или потенциални здравни проблеми или жизнени процеси. Сестринските диагнози осигуряват основата за определяне на сестринските интервенции, с цел постигане на определени резултати, за които сестрата е отговорна.

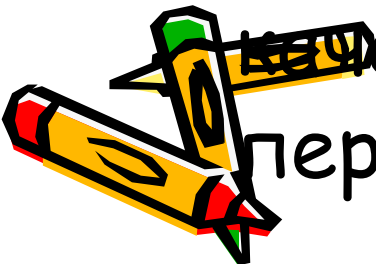
NANDA, 1990



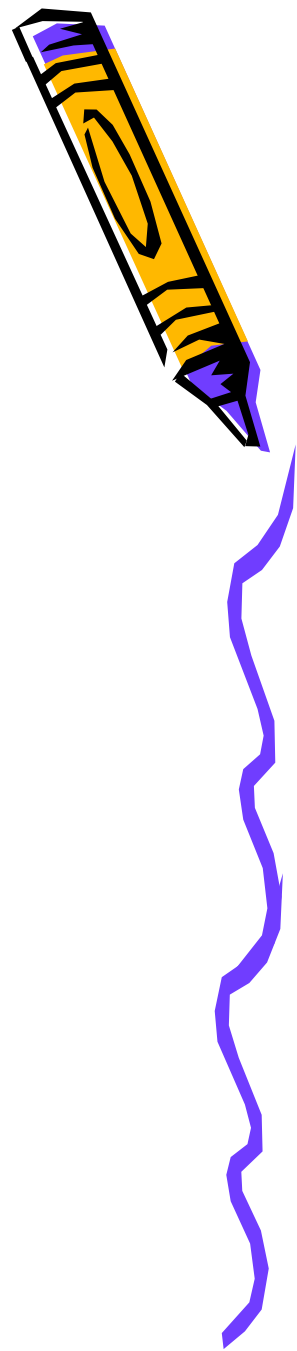
Сестринската диагноза ПОЗВОЛЯВА:



- да се идентифицират трудностите на индивида, за да му се помогне най-добре;
- да се центрират грижите върху техните сестрински, а не медицински аспекти;
- да се предложат на болния по-квалифицирани и по-хуманни персонални грижи;



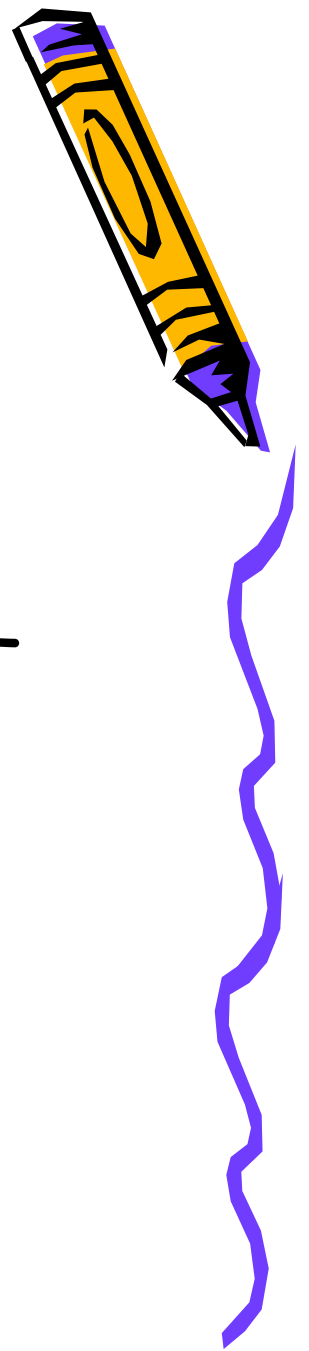
Сестринската диагноза позволява:



- да се адаптира един общ речник, приет и разбран от всички, улесняващ комуникацията между членовете на обгрижващия екип;
- да се улесни координацията в работата на екипа;
- да се осъзнае важността на превенцията;



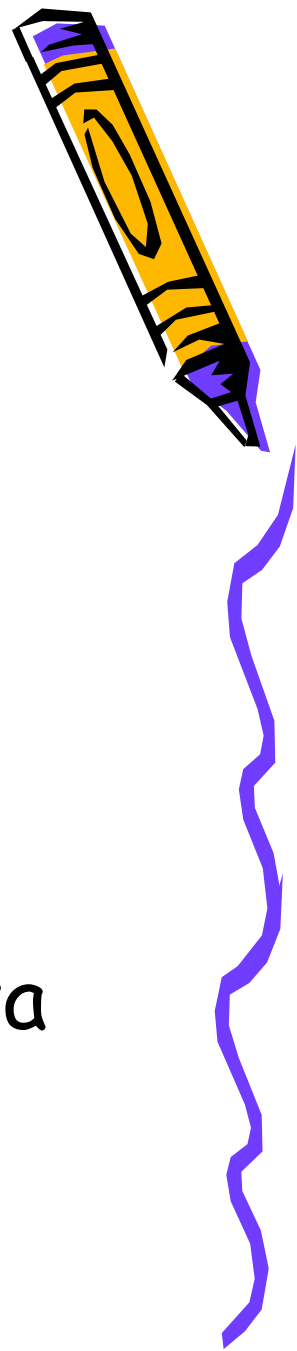
Сестринската диагноза ПОЗВОЛЯВА:



- да се изработи база за оценка на качеството на грижите;
- да се предаде на работата на ПЗГ по-строг, по-научен характер;
- да се акцентира върху ролята на ПЗГ в работата на мултидисциплинарния екип и в обществото;



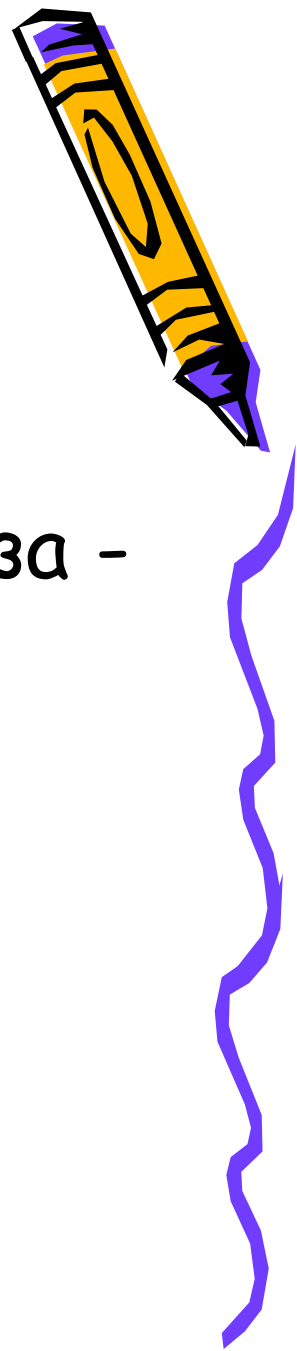
Сестринската диагноза позволява:



- да се отрази по-добре професионалната роля на професионалиста;
- да се развиват здравните грижи.
- да се предостави информация за оценяване на тежестта на работата на ПЗГ;



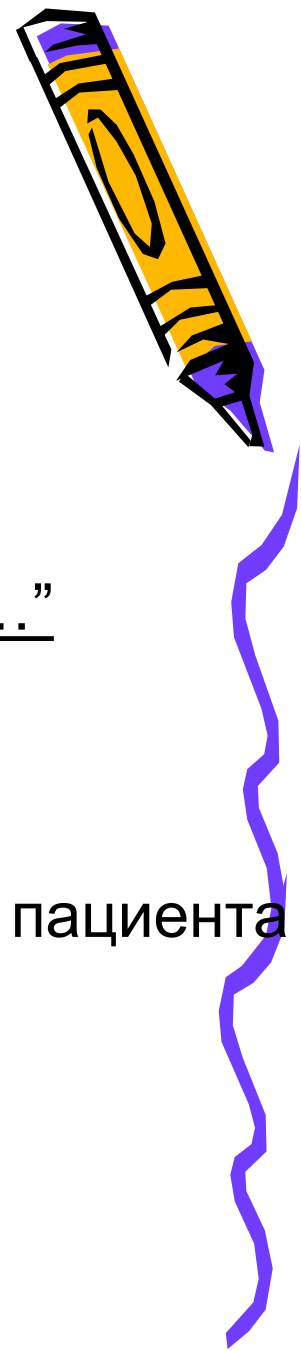
Класификации за сестрински диагнози



- НАНДА - Северноамериканската асоциация по сестринска диагноза - NANDA
- МКСТТ - Международна класификация на сестринската практика - ICNP



Видове сестрински диагнози



1. Действителна сестринска диагноза

2. Сестринска диагноза “Повишен риск от.....”

3. Възможна сестринска диагноза

4. Сестринска диагноза, касаеща благополучието на пациента

5. Синдромна сестринска диагноза



2. Сестрински грижи – сестрински процес – сестринска диагноза



Сестрински грижи = Обобщена концепция. Всеки може да оказва грижи

Сестрински процес = Същността на сестринските грижи. Логичното възприемане на сестринството

Сестринска диагноза = Същността на сестринските грижи. Сърцевината, ядрото на сестринството



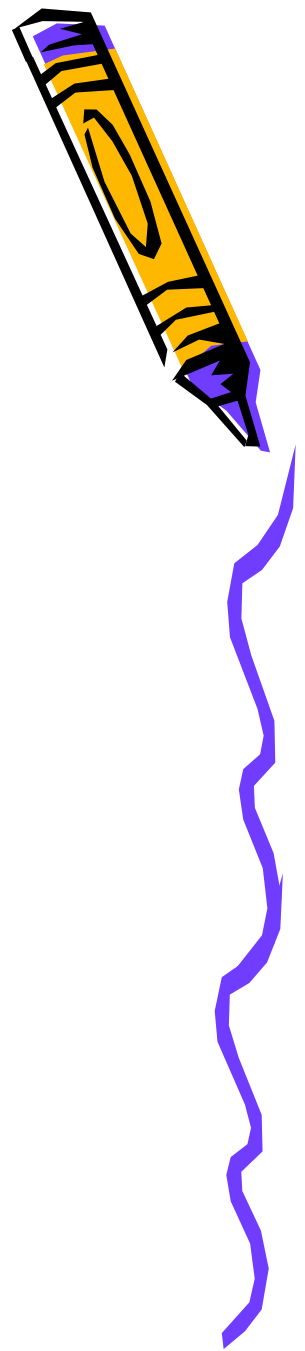
Сестринско

ДОСИЕ

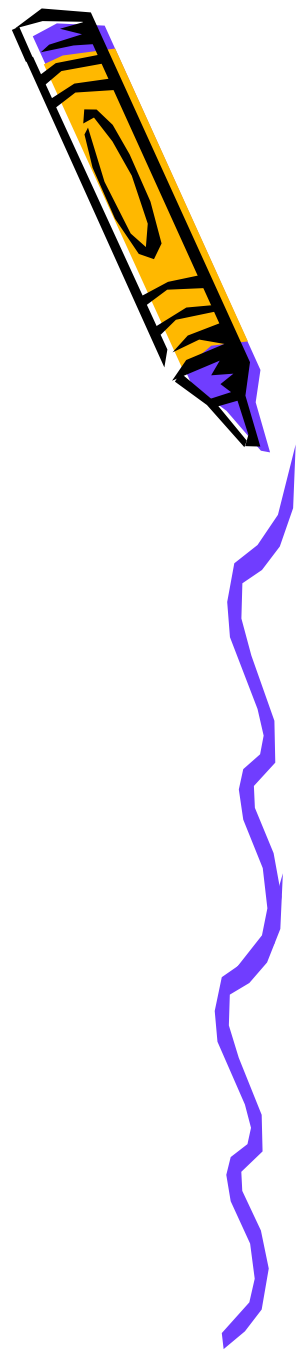
/История на сестринските
грижи/



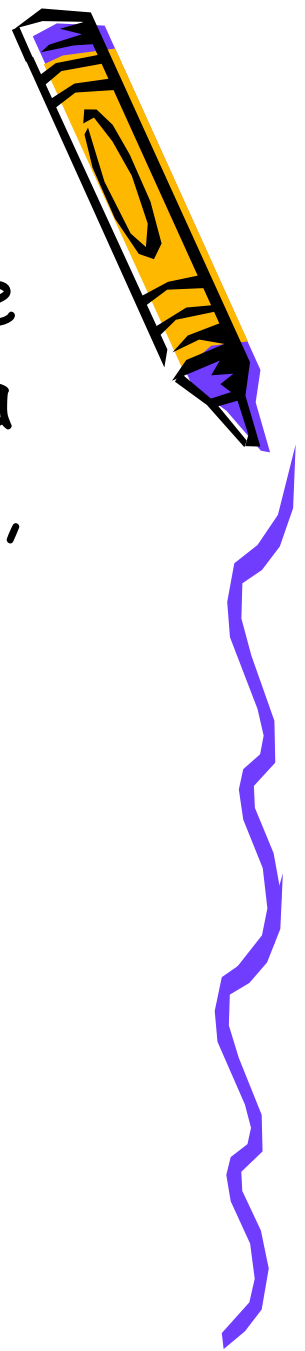
Сестринското досие се създава на базата на концептуалния модел за сестринските грижи. В него се регистрират всички сестрински наблюдения и грижи.

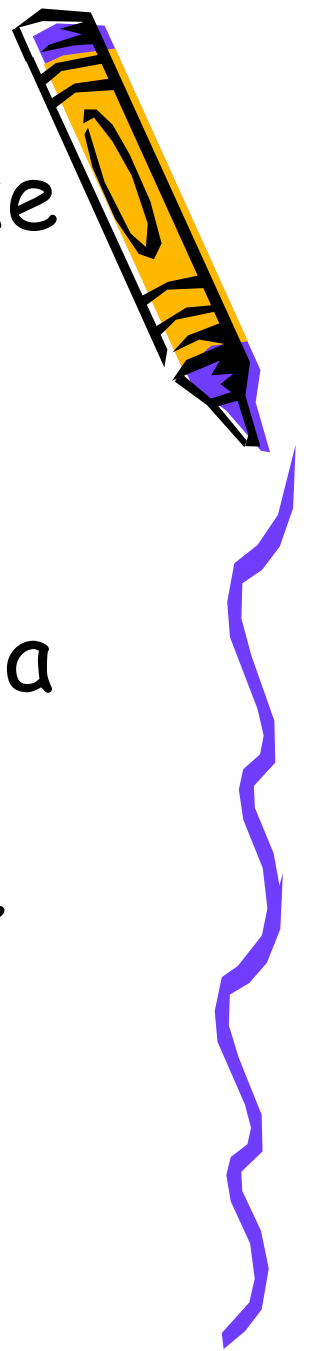


Събирането на всички данни за пациента в един документ дава възможност на медицинските сестри да извършват анализ на състоянието на пациента и да изработят индивидуален план за сестрински грижи.



Обработката на информацията от сестринските досиета ще помогне на старшата медицинска сестра да подобри контролните си функции, да води точен отчет на сестринските дейности и на използваните консумативи и да извършва научни изследвания в областта на сестринските грижи.





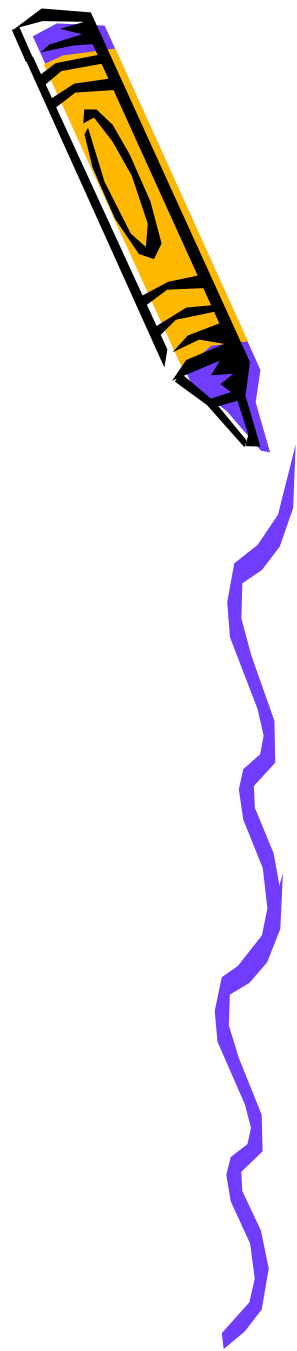
Досието за здравни грижи може да се използва както за ежедневно, така и за дългосрочно управление на грижите, тъй като въз основа на обема сестринска дейност в дадено отделение може да се изчисли необходимият брой сестри.





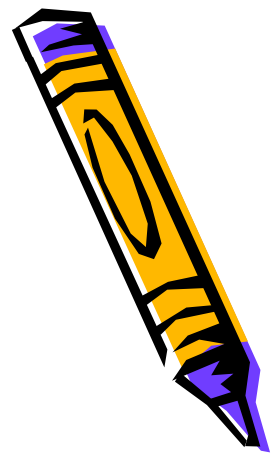
Сестринското досие позволява да се направи оценка на трудовата натовареност на сестрите, тъй като чрез него се възпроизвежда количествено интензивността на сестринските грижи.



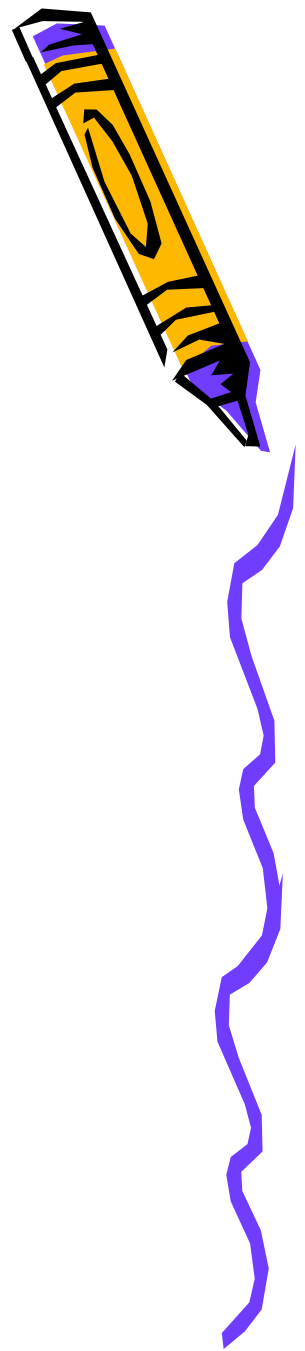


Предназначение на сестринското досие

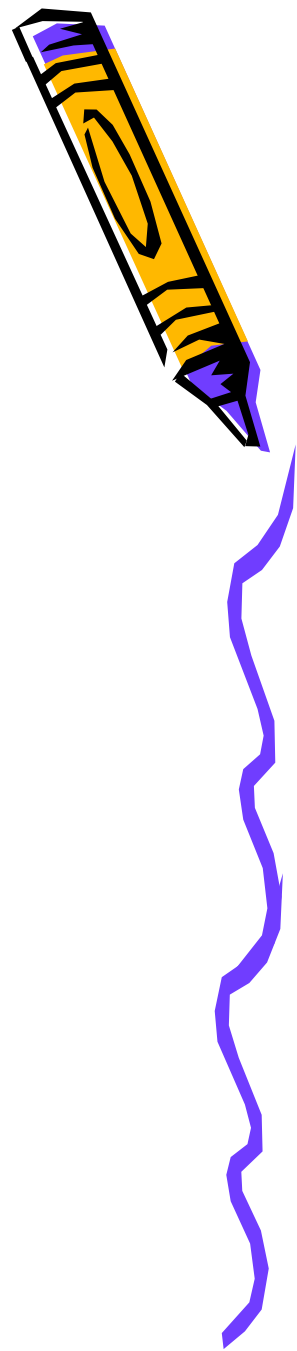




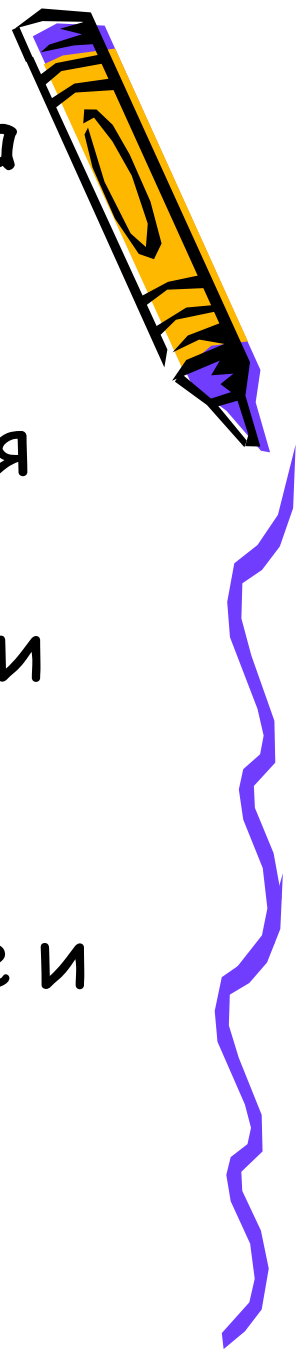
**ОСНОВНИ
СТРУКТУРНИ ЧАСТИ
НА СЕСТРИНСКОТО
ДОСИЕ**



1. Лист за идентификация на пациента.



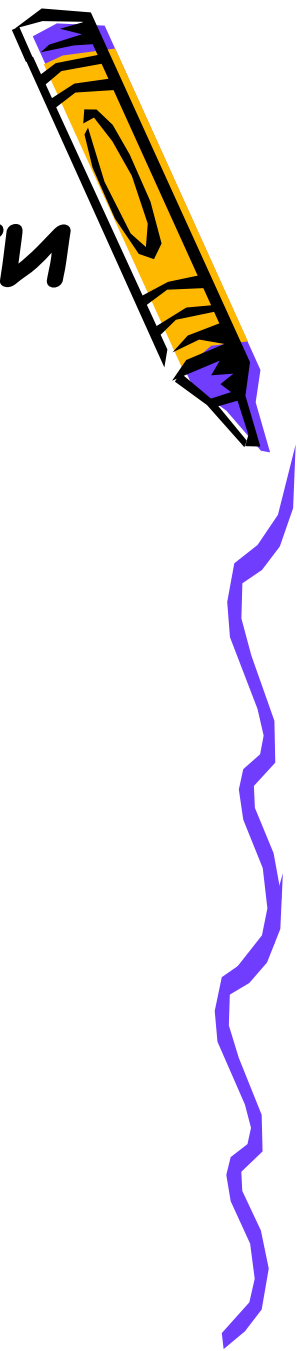
2. *Фиш за събиране на данни за пациента.* Тук се отразяват потребностите на пациента според модела на Вирджиния Хендерсон и необходимите грижи за задоволяване на тези потребности - комфорт и сигурност, хранене, тоалет, движение, общуване, обучение и самореализация и др.



3. Фиш за прескрипции
(назначения).

4. Фиш за изследвания -
планови изследвания,
подготовка на болния,
получаване на резултата
и т.н.



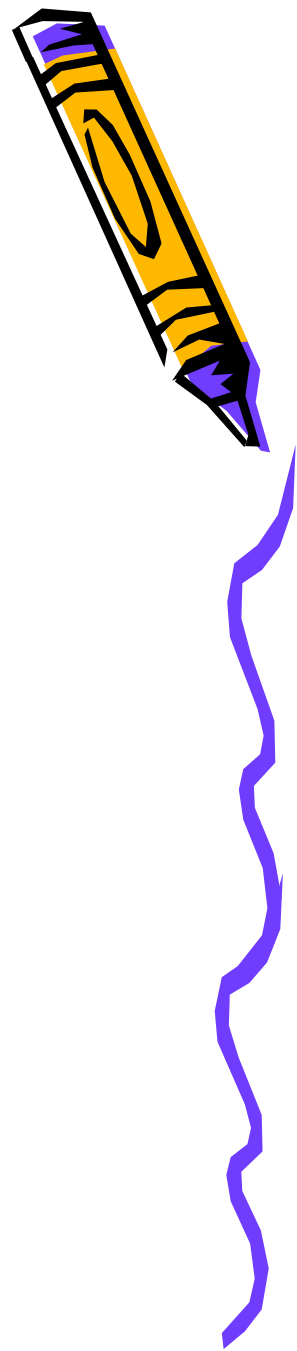


5. Фиш за връзки с други звена.

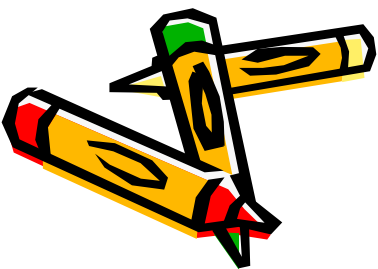
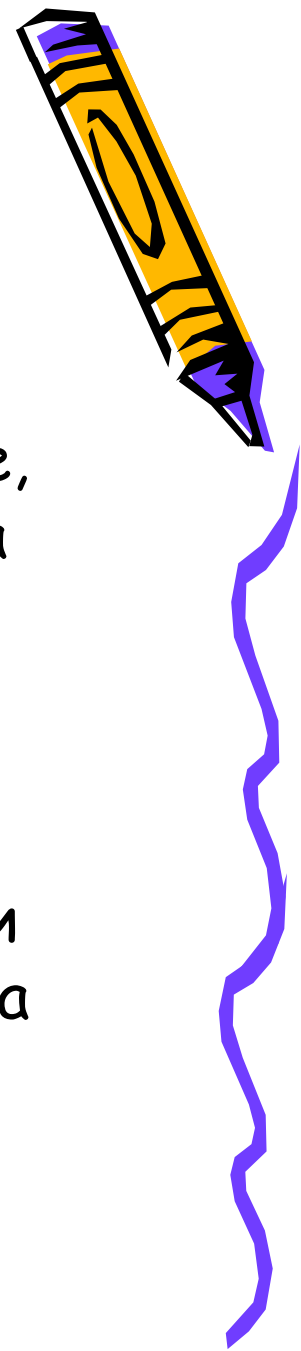
6. Фиш за проследяване на температура, пулс, дишане.



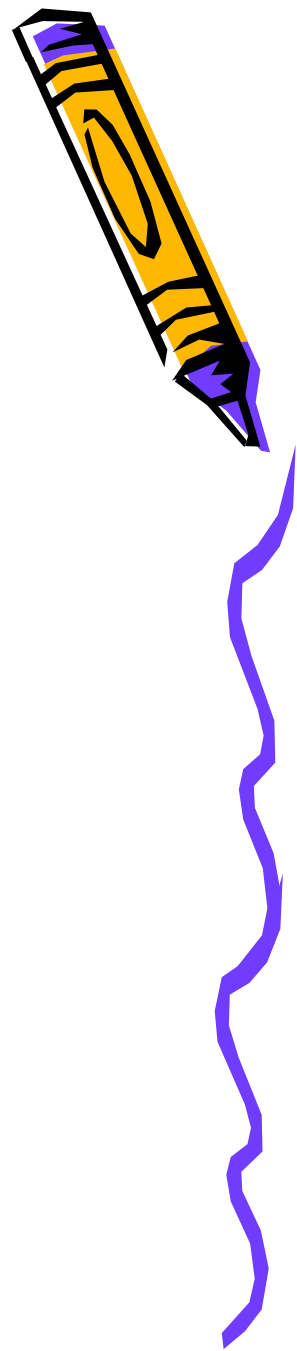
**7. Фиш за сестринска
диагноза и план за
сестринските грижи
- тук се отразяват
чисто сестринските
грижи.**



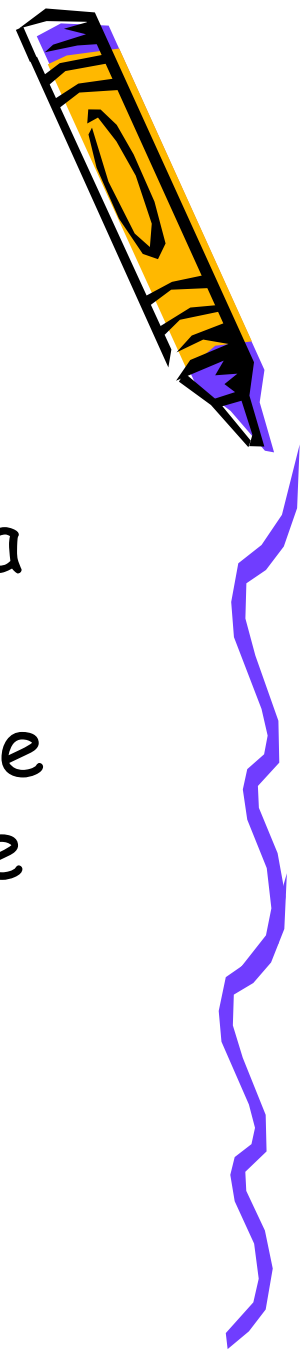
8. **Фиш** - епикриза от хоспитализацията. В него сестрата дава резюме на извършените дейности, отразява състоянието на пациента при изписването, кой ще продължи грижите, какъв режим и стил на живот следва да води пациентът след изписване - хранене, движения, продължаване на манипулации, комуникации и др. Епикризата се изпраща в социалното заведение, сестринския хоспис или при патронажната сестра за продължаване на грижите за болния.



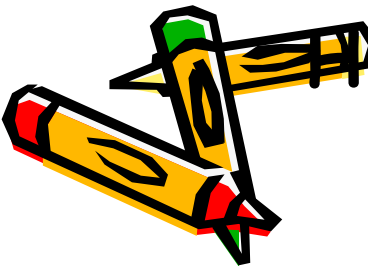
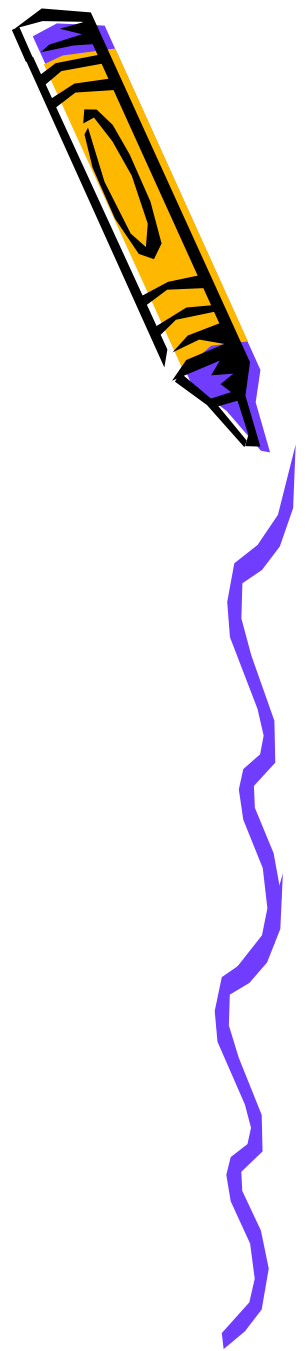
Заключение

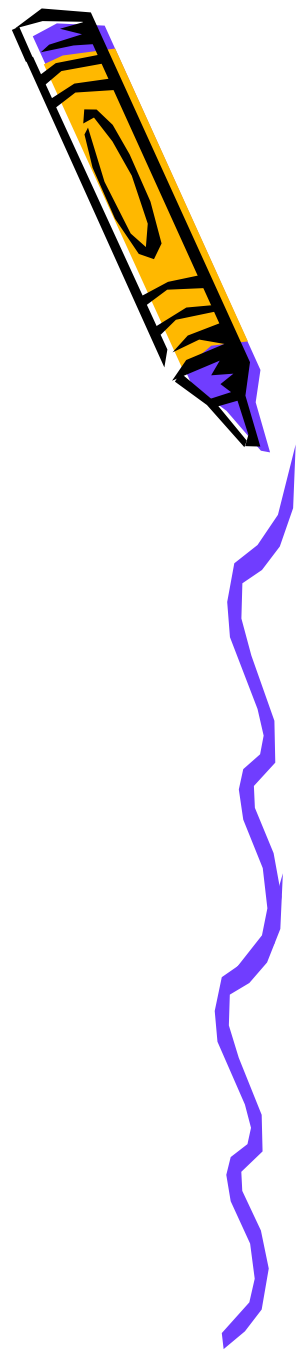


Сестринското досие трябва да отразява всички етапи на осъществяване на сестринските грижи. То трябва да дава пълно и точно описание на състоянието на пациента, да съдържа всички наблюдения, изследвания, лечение и реализирани грижи, резултатите след предоставянето на сестринските и медицинските грижи.



Сестринското досие служи като полезно средство за комуникация с другите членове на екипа. То трябва да интегрира цялата информация за пациента и да позволява бързо извличане на нужната информация.





Сестринското досие е
също така правен
документ и основно
средство за осигуряване
на продължителност на
грижите

