

Раздел I

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УДК 616.1-056.52-39-84

Т. И. Аманов, к.м.н., доцент, *А. М. Садыкова*

Медицинский колледж Управления здравоохранения
г. Алматы

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД И ПОДХОДЫ ПО КАЧЕСТВУ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛПО (АНАЛИЗ, РАЗМЫШЛЕНИЕ)

АННОТАЦИЯ

Вопросам качества оказания медицинских услуг уделяется много внимания. Ключевым фактором в улучшении качества является состояние сестринской службы. Именно улучшение сестринской службы, применение инновационных мероприятий (технологий), в первую очередь качества подготовки специалистов, являются главными на данном этапе.

Ключевые слова: инновационные технологии, качество, кадры, охрана здоровья.

В Казахстане сестринское дело – важнейшая составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами. Сестринское обслуживание рассматривается как один из экономичных способов предоставления услуг и улучшения качества в области здравоохранения, что соответствует программе «Казахстан – 2030». Развитие системы сестринского обслуживания является частью общей тенденции к дальнейшему повышению экономической эффективности системы здравоохранения (Щепин О. П., 1998; Медик В. А., 2003; Куралбаев Б. С. 2002; Мазур И. И., Шапиро В. Д., 2003, Лучкевич В. С., 2007).

Качество сестринского обслуживания – важнейший аспект качества медицинской помощи (КМП) населению, характеризующий деятельность отрасли как системы по результатам анализа комплекса различных параметров, определяющих возможности организации с позиции ресурсного обеспечения, эффективности инновационных методов управления, функциональ-

ных свойств, оценки результатов деятельности (Чавпецов В. Ф., 2003; Стародубов В. И., 2006; Donabedian A., 1993; Джордж С., Веймерскирх А., 2002, Brent N., 1997, Куралбаев Б. С., 2002).

В процессе реформирования системы здравоохранения пересматривается роль среднего медицинского звена в сторону увеличения его самостоятельности. Однако сложившиеся традиционные подходы к роли медицинских сестер в лечебно-диагностическом процессе пока отводят ей медицинскую помощь, следует четко представлять, что в конечном результате работы врача заложена немалая доля результата деятельности сестринского персонала. Если качество работы врача в большинстве случаев оценивается по конечному результату, то выделить в этом результате долю среднего медперсонала и оценить, насколько качество работы медицинской сестры повлияло на состояние здоровья больного, нередко достаточно сложно, особенно, если отсутствуют прямые доказатель-

ства такого влияния (Царегородцев А. Д., 1996; Косарева Н. Н., 2003; Михайлов С. М., 2003; Назаренко Г. И., Ролько В. Т., 2005).

Современная экспертиза качества медицинской помощи в Казахстане в основном базируется на оценке работы врачей, а вопросы оценки сестринской помощи и сестринского ухода не имеют должного отражения в существующих системах контроля качества. Это особенно актуально в свете происходящего реформирования технологии сестринской практики, предусматривающей ее стандартизацию и документирование сестринского процесса. Понятие качества сестринской помощи неразрывно связано с инновационным лечебно-диагностическим процессом, поэтому сестринскому персоналу, от которого зависят эффективность лечения, реабилитация, выздоровление пациента, в этом процессе отведена значительная роль (Денисов И. Н., 1996; Линденбраген А. Л., 1999; Глазунов А. В., 2003, Хейфец А. С., 2005; Лапотников В. А., 2007). Важным моментом является четкое определение критериев оценки качества сестринской помощи (далее КСП). Очевидно, что необходимо оценивать правильность выполнения процедур, своевременность выполнения врачебных назначений, соблюдение санитарных норм, ведение документации, порядок в отделении в целом, но помимо этого требуется проводить оценку соблюдения медицинскими сестрами этических норм, внимания к пациентам и их семьям (2000; Чавпецов В. Ф., 2000; Куралбаев Б. С., 2002; Мурашова Л. Ф., 2004; Лапик С. В., 2005; Поляков И. В., Максимов А. В., 2007).

Процедура контроля качества сестринской помощи – одна из важнейших функций управления качеством и представляет собой новое направление деятельности сестринских служб. Она вменена в обязанности главной и старшей медицинских сестер. Руководители сестринских служб смогут успешно реализовать данный вид деятельности только в том случае, если будут разработаны соответствующие методы контроля и оценки, системы показателей, характеризующих качество сестринской помощи по различным сестринским специальностям, экспертные подходы (Гаджиев Р. С., 2004; Глазунов А. В. 2007, Лучкевич В. С., 2007).

Качество жизни населения в целом и каждого человека, в частности, в первую очередь определяется состоянием здоровья, зависящим от очень многих факторов: наследственности, эко-

логии внешней среды, образа жизни, материальных возможностей, объема и содержания доступной медицинской помощи. Без сомнения, достижению высокого жизненного уровня могут способствовать такие важные моменты, как информированность населения, наличие стройной системы санитарно-гигиенического воспитания и медико-социальной помощи, функционирование «школ здоровья», обучающая направленность сестринского ухода. Существует ряд объективных причин, обуславливающих необходимость повышения и обеспечения качества медицинской помощи и уровня здоровья населения: существенное возрастание личных, производственных и общественных потребностей возрастание роли научно-технического прогресса в диагностике, лечении и реабилитации; усовершенствование услуг и повышение значимости выполняемых функций; неприятие потребителем услуг с относительно невысоким уровнем качества; ужесточение требований к повышению эффективности сестринской помощи как условия функционирования лечебно-профилактического учреждения. Повышение качества медицинской помощи способно привести к повышению качества жизни населения в целом как пациентов, так и медицинского персонала.

Огромная роль в реализации мероприятий по оздоровлению нации принадлежит медицинским сестрам, образование и опыт которых позволяют оказывать высококачественные сестринские услуги. Прежде чем приступать к решению проблем КСП, необходимо ознакомиться с сутью понятия «качество». Это понятие волновало лучшие умы человечества с древних времен. Трактатка понятия «качество» встречается во всех философских течениях. Аристотель в III в. до нашей эры определял качество как дифференциацию между предметами по признаку «хороший – плохой». Понятие «качество» тождественно понятию «высококласный», «дорогой». С течением времени в структуре понятия «качество» совершенно явственно выделяются два аспекта: объективный и субъективный.

В 1931 г. У. Э. Шухарт дает свое определение: качество имеет два аспекта: объективные физические характеристики и субъективную сторону: насколько вещь хороша. Дж. М. Джурэн (1979) описывает качество, с одной стороны, как свойство, соответствующее назначению предмета, с другой стороны, как степень удовлетворения потребителя данным предме-

том. Согласно Международному стандарту ИСО 8402-86, качество – это совокупность свойств и характеристик продукта (услуги), которые придают ему способность удовлетворять существующие или предполагаемые потребности. Услуга – процесс предоставления определенных благ потребителю. Потребитель сестринской помощи – пациент, получающий ее. В сестринские услуги включены организация и проведение мероприятий по сохранению здоровья пациента, профилактике заболеваний, уходу за пациентом, включая выполнение манипуляций, подготовку к исследованиям, проведение реабилитационных мероприятий, облегчение страданий пациента. Таким образом, под качеством сестринской помощи понимают соответствие между ожиданиями пациента (семьи, общества) и восприятием пациентом (семьей, обществом) процесса и результата оказания помощи.

В формулировке А. Донабедиана: «Качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологий с наибольшей выгодой для здоровья человека, при этом без увеличения риска. Уровень качества, таким образом — это степень достижения баланса выгоды и риска для здоровья». Определение Всемирной организации здравоохранения: «Каждый пациент должен получить такую медицинскую помощь, которая привела бы к оптимальным для его здоровья результатам в соответствии с уровнем медицинской науки, возрастом пациента, диагнозом заболевания, реакцией на лечение; при этом должны быть привлечены минимальные средства, риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности должен быть минимальным, а результат и удовлетворение от процесса оказываемой медицинской помощи максимальными».

Все варианты определений «качества медицинской помощи» имеют значение не только для развития сестринского дела, но и для совершенствования сестринской практики, так как формулируют основные характеристики качества. С точки зрения пациента (семьи, общества), качество сестринской помощи – такие свойства услуги, благодаря которым пациент остается доволен оказанием сестринской помощи в целом, результатом и процессом ее оказания. А это значит, что условия, в которых производилось сестринское вмешательство, профессионализм медицинских сестер, их личностные качества,

профессиональное общение и результат помощи соответствовали ожиданиям пациента. С точки зрения учреждения здравоохранения качество сестринской помощи – выполнение функциональных обязанностей в строгом соответствии с нормативно-правовой документацией, что означает профессиональную компетентность медицинских сестер, умение работать в команде, создавать и поддерживать позитивную производственную среду и обеспечивать инфекционную безопасность. Таким образом, структура понятия «качество» включает внутреннюю и внешнюю составляющие. Внутренняя составляющая качества – характеристики, внутренне присущие услуге. Внешняя составляющая качества – соответствие потребности и восприятия услуги. Разные авторы предлагают различное число характеристик. Порой, различаясь по названию, они по сути отражают одни и те же свойства. А. Донабедиан считает характеристиками или базовыми критериями качества медицинской помощи (КМП):

- действенность (способность поправить здоровье);
- результативность (достигнутый уровень здоровья);
- эффективность (соотношение между полученным результатом и затратами);
- оптимальность (сбалансированность цены и качества);
- приемлемость для пациента (в физическом, психологическом, материальном смысле);

Профессиональная компетенция – подразумевает наличие профессиональных знаний, умений и навыков, необходимых для оказания сестринской помощи, умение их применить в конкретной ситуации, в том числе при использовании в работе протоколов и стандартов сестринской деятельности, алгоритмов выполнения манипуляций. А также наличие профессионально значимых личностных качеств: честности, ответственности, дисциплинированности, аккуратности, умения руководить и подчиняться в зависимости от ситуации. При этом в повседневной работе медицинской сестры заложено противоречие: с одной стороны, необходимо обеспечить индивидуальный подход к пациенту, с другой – во избежание ошибок и осложнений строго придерживаться стандартизированных принципов и правил.

Доступность сестринской помощи – означает обеспечение возможности получения

сестринской помощи независимо от географических, экономических, социальных, культурных, религиозных, организационных или языковых барьеров.

Результативность сестринского вмешательства – складывается из целого ряда факторов: эффективности планирования рабочего времени и использования технологий сестринского ухода, взаимодействия в процессе ухода с пациентами и их родственниками, контроля динамики проблем пациента, обеспечения инфекционной безопасности, лекарственной терапии, сроков проведения обследований).

Эффективность – рассматривается как отношение затраченных ресурсов к полученным результатам. Анализ эффективности производится, как правило, для сравнения альтернативных решений. Эффективность сестринского ухода тем выше, чем четче согласованы сроки обследования и подготовка к ним, чем раньше и целенаправленнее организована профилактика развития возможных осложнений, чем активнее роль пациента и его родственников в организации и выполнении мероприятий по уходу.

Непрерывность – означает последовательность и преемственность в получении сестринской помощи, соблюдение которых возможно только благодаря ведению сестринской документации, причем не только фиксирующей лекарственную терапию и дополнительные методы исследования, назначенные лечащим врачом, но и динамику проблем пациента. Несоблюдение преемственности в оказании сестринской помощи негативно влияет на результативность сестринского ухода, снижает его эффективность и ухудшает межличностные взаимоотношения как в системе «медицинская сестра – пациент», так и в системе «врач – пациент».

Безопасность – означает обеспечение безопасной больничной среды: инфекционной безопасности пациента и персонала, профилактики травматизма и конфликтных ситуаций, контроля за соблюдением лечебно-охранительного режима и лечебного питания, контроля за возникновением побочных явлений и осложнений лекарственной терапии, а также своевременного сообщения выявленных фактов лечащему врачу. Таким образом, безопасность – это сведение к минимуму риска побочных эффектов пребывания в лечебно-профилактическом учреждении, диагностических и лечебных процедур, мероприятий по уходу за пациентом.

Удовлетворенность пациентов – для пациентов в конкретном медицинском учреждении КСП определяется тем, насколько она отвечает их потребностям, ожиданиям и является своевременной. С целью определения уровня удовлетворенности пациентов и их родственников результатом и процессом сестринской помощи необходимо проводить анкетирование последних с обязательным анализом ответов респондентов. Данные анализа результатов опроса окажут несомненную роль в корректировке работы сестринской службы. Кроме того, большое значение в оценке удовлетворенности пациентов результатами сестринской помощи придается беседам с пациентами, публикации в средствах массовой информации, выступлениям в программах телевидения и радио. Однако необходимо учитывать, что пациенты не всегда в состоянии адекватно оценить оказанную им сестринскую помощь и профессиональную компетентность персонала. Пациент воспринимает сестринское вмешательство как качественное, если оно удовлетворяет или превосходит его ожидания. Ожидания пациента формируются на основе уже имеющегося опыта или получаемой из различных источников информации. Таким образом, потребительское восприятие сестринского вмешательства определяется следующими соответствиями: между ожиданием пациента и их восприятием руководством медицинского учреждения (руководство должно правильно представлять, чего хотят пациенты); между предоставляемыми услугами и внешней информацией об услугах (качество услуги в данном случае зависит от достоверности предоставляемой пациенту и его родственникам информации).

Удовлетворенность медицинских работников определяется теми условиями, в которых организовано сестринское вмешательство, наличием средств организации ухода, эргономических пособий, средств и методов обеспечения инфекционной и психологической безопасности пациента и персонала, размером и формой оплаты труда, практикой моральных поощрений. Немалое значение имеет возможность профессионального роста, участия в реализации различных программ с последующим обменом опытом и общением с коллегами из других ЛПУ или регионов, решения вопросов социальной защищенности.

Таким образом, повышение КСП возможно при эффективном взаимодействии медицинской

сестры, профессионально компетентной, и пациента (его родственников) в позитивных социально-психологических, материально-технических и организационно-экономических условиях единого правового пространства при наличии стойкой положительной мотивации пациента (родственников) на выздоровление (сохранение здоровья).

Проблемы в управлении качеством сестринской помощи и возможные пути их решения. Управление качеством сестринской помощи на сегодняшний день без сомнения является не простой, но очень важной и актуальной проблемой. В свете современных требований большее внимание оказывается первичному звену медицинской помощи, ранней диагностике и самое главное – профилактике заболеваний и осложнений, которые невозможны без активного использования сестринского персонала, их знаний и умений по уходу за пациентами, по выполнению технологий и манипуляций, работе с родственниками и самими пациентами по обучению навыкам выполнения простейших манипуляций, грамотному оказанию неотложной доврачебной помощи и т. п. В этой связи не последнюю роль играют качество оказания медицинской помощи, ее оценка и управление, разработка четких критериев оценки для исключения возможности разночтения или какого-либо злоупотребления. Вот как раз эта четкость в оценке сестринской деятельности, конкретных критериев в оценке результата, простоты использования формул и расчетов пока не прослеживается. Полностью исключены из уровней оценки качества сами специалисты сестринского дела, все опять отдано в руки врачей. А ведь не секрет, что на сегодняшний день врачи слабо владеют информацией о новых возможностях использования медицинских сестер, об организации и внедрении новейших сестринских технологий, которым успешно обучают в медицинских колледжах с внедрением новых государственных образовательных стандартов как более экономически выгодных специалистов в пределах своей компетенции.

Однако, к сожалению, несмотря на нормативные акты, руководители ЛПУ (ЛПО) не используют в полной мере потенциал сестринского персонала с учетом его профессиональной компетенции. Медицинская сестра должна в большей степени соответствовать нуждам населения, а не потребностям системы здравоохранения. Она

должна трансформироваться в хорошо образованного профессионала, равного партнера, самостоятельно работать с населением, способствуя укреплению здоровья общества. Именно медицинской сестре сейчас отводится ключевая роль в медико-социальной помощи людям пожилого возраста, пациентам с инкурабельными заболеваниями, санитарном просвещении, организации образовательных программ, пропаганде здорового образа жизни. Современное содержание качества сестринского процесса сформулировано как новое определение сестринского дела – «это часть медицинского ухода за здоровьем, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды». Определены функции сестринского дела: участие в уходе, педагогическая, исполнительская, исследовательская.

Цели:

1. Эффективное использование сестринского потенциала.
2. Обеспечение и ведение учебного процесса.
3. Выработка у медсестер, врачей, общества в целом, нового стиля мышления относительно сестринского дела.

Создание необходимых стандартов. Помимо традиционного ухода за больными у медицинской сестры XXI в. появляются новые направления деятельности, она должна принять на себя множество разнообразных функций. С распространением высшего сестринского образования появилась возможность самостоятельно проводить научные исследования, результаты которых специалисты сестринского дела в состоянии реализовать самостоятельно, а также возможность подготовки сестринских кадров силами самих медицинских сестер. Среди первых шагов в данном направлении следует отметить организацию учебно-методического кабинета, где разрабатываются и внедряются специализированные программы обучения без отрыва от основного места работы медицинских сестер различной степени подготовки, разных профессиональных групп, а постоянное обучение медсестер способствует повышению качества медицинского обслуживания пациентов.

Следующий этап – ежегодное обучение молодых медсестер в «школе молодой медсестры» со сдачей дифференцированного зачета по окончанию обучения. Далее для всех практикующих средних медработников по вопросам

ООИ; трансфузиологии, инфекционному контролю, ВИЧ-инфекции проводятся зачеты один раз в год. Одной из форм профессионального обучения средних медработников является ежегодное проведение конкурсов профессионального мастерства, научно-практических конференций и мастер-классов на экспериментальных площадках по внедрению элементов сестринского процесса. И как следствие, возрастающий интерес медсестер к повышению своего профессионального уровня, а также их активное участие в преподавательской и научно-исследовательской работе, обеспечение доступа к современной информации, улучшение качества своей деятельности. Управлять качеством сестринской помощи, по мнению Дороти Холл, можно лишь тогда, когда деятельность сестер изучена, структурирована, нормирована, а значит, может быть оценена в соответствии со стандартом. Разработка и применение общепринятых стандартов являются ключевым компонентом каждой из основных функций сестры, необходимым условием ответственности за свои действия. Важно, чтобы медицинская сестра была способна логически обосновать свои действия. Следствием понимания важности стандартов будет проведенная Советом медицинских сестер работа по их созданию и внедрению. Для составления и адаптации стандартов, несомненно, потребуется привлечение преподавателей медицинского колледжа, практикующих медсестер, врачей. Это поможет построить стандарты с учетом особенностей и проблем, имеющихся в практике ЛПУ в настоящее время.

Применение стандартов облегчает работу медсестер, сокращает неоправданные расходы средств, времени, обеспечивает преемственность, улучшает качество обслуживания пациентов и результаты лечения. Если разработать стандарты и протоколы деятельности медсестер по основным номенклатурам специальностей, унифицировать учетно-отчетную документацию по работе с пациентами и их семьями, обеспечить преемственность в работе медицинской бригады (палатная м/с, процедурная м/с, участковая м/с, семейная м/с, старшая м/с, социальная м/с), внедрить единые подходы к выполнению манипуляций, подготовке к исследованиям, оказанию неотложной доврачебной помощи, ведению протоколов наблюдения за пациентом и решением его проблем общими уси-

лиями, то это позволит существенно улучшить качество оказания медицинской помощи, даже не меняя организационную структуру сестринской деятельности.

Вооружив медсестру подобными знаниями, несмотря на кажущуюся дополнительную нагрузку (ведение протоколов наблюдения, сестринской истории болезни), мы, наоборот, облегчим выполнение своих обязанностей, так как, зная согласно стандарту рамки своей компетенции и объем оказываемой помощи пациентам, медсестре не надо обращаться к врачу с вопросом, что делать в той или иной ситуации. При ведении протоколов наблюдения легче заметить начальные изменения в состоянии пациента и заранее предпринять меры по устранению их последствий, чем тратить больше усилий на устранение осложнений.

Легче ориентироваться в состоянии пациентов при приеме-сдаче дежурств. Появляется возможность проконтролировать работу, а значит, повысить ответственность за выполняемые обязанности. Имея всегда под рукой стандарты деятельности, медсестре легче найти и вспомнить алгоритм подготовки пациентов к исследованиям или выполнения манипуляции (не надо искать где-то дополнительно или спрашивать у врача, отвлекая и его от своих обязанностей). Работая с родственниками и обучая их элементарным навыкам ухода, или пациента по самоуходу, медсестра также освобождается от выполнения этой работы, ей необходимо будет только проконтролировать или дать совет. Таким образом, появится возможность освободить врача от выполнения несущественной, рутинной работы (зачастую относящейся к компетенции медсестры), что позволит ему, в свою очередь, более качественно выполнять функциональные обязанности. Процессуальный подход к оценке качества осуществляют:

- старшие медсестры отделений ежедневно, итоги фиксируют в тетрадях учета дефектов, проводят индивидуальную работу по их устранению;

- отдельно оцениваются аспекты сестринской работы (исполнительская дисциплина, соблюдение санэпидрежима, контроль за использованием и хранением лекарственных средств);

- главная медсестра оценивает качество работы старших медсестер. Для координации и взаимодействия работы отделений, освобождения старших медсестер от несвойственных им

функций, может быть создан оперативно-диспетчерский отдел, который выполняет функции стола справок, осуществляет централизованную выписку листков временной нетрудоспособности, справок, организует консультации специалистами внутри и вне учреждения, занимается доставкой биологического материала в лаборатории города, осуществляет доставку корреспонденции в отделения и из отделений в административные кабинеты и т.д. Для объективности оценки важно учитывать количество: должностей по штату и фактически занятых, пролеченных больных, больных с дефицитом самоухода, выполненных инъекций и каких именно, инфузий, укладки биксов, обработки инструментария, переворачиваний больных с угрозой пролежней, больных, переложенных на каталку, дез. средств, полученных в аптеке лекарственных средств, данных о докармливании больных, уборке и кварцевании палат и манипуляционных кабинетов, умывании больных, измерениях температуры тела, PS, АД и т.д.

Это важно для расчета нагрузки на палатную медсестру и доли в ней неквалифицированного труда, что позволит впоследствии выработать организационный механизм адекватной медицинской помощи, в пределах финансовой и профессиональной возможности. Комплексный подход к рассмотрению вопросов лечения, ухода, профилактики осложнений и ранней реабилитации диктует необходимость рассмотрения его в динамической системе с обратной связью, центральным звеном которой является пациент. Роль медсестры заключается в своевременной оценке состояния, сведений к минимуму риска осложнений при постоянном взаимодействии с лечащим врачом и социально уполномоченными лицами, целью которого является улучшение качества жизни больного. Для выполнения данной работы организуются сестринские школы здоровья: школа больного АГ, астма-школа сахарного диабета, обучению родственников по уходу за тяжелобольными, специфика ухода и самоухода для больных с остаточными явлениями ОНМК; простейшие методы наблюдения и самонаблюдения (А/Д; PS); особенности диеты и питьевого режим; правила ухода за стопами; гипоаллергенная обстановка, диета и др.

Очевидно, что большинство людей сталкиваются с проблемой организации ухода за больными в том случае, когда близкие попадают в больницу с тяжелыми заболеваниями. Отвеча-

ют за проведение подготовки в школах здоровья сестры. При необходимости к проведению приглашается врач. Важно отметить, что методические рекомендации для занятий в таких школах утверждаются и контролируются зав. отделением, лечащим врачом. И все же при рассмотрении модели сестринского дела необходимо исходить из реальных условий, в которых работают медсестры, стойкого, выработанного десятилетиями, стереотипа взаимоотношений «врач – медицинская сестра – пациент». В то же время можно использовать уже накопленный мировой опыт, взяв из имеющихся моделей сестринского дела то, что нам ближе, понятнее и более реально в нынешних условиях. Система контроля качества сестринской помощи может иметь несколько уровней:

первый – текущая оценка качества приема и передачи дежурных смен;

второй – периодическая оценка качества ведущим специалистом манипуляционной техники, ухода;

третий – углубленная оценка качества сестринской помощи (два раза в год) по критериям;

четвертый – выявление проблем и коррекция, обсуждение в школе профессионального мастерства, обучение на семинарах.

Таким образом, мероприятиями, способствующими высокому качеству сестринской помощи, являются:

- подготовка кадров,
- ресурсное обеспечение деятельности медицинских сестер,
- внедрение стандартов сестринской помощи,
- использование современных сестринских технологий,
- экспертиза качества с последующей коррекцией.

В обеспечении системы качества трудно переоценить роль ведущих специалистов, школ профессионального мастерства, преподавателей медицинских колледжей и Координационного совета по качеству (если он создан). Перспективами дальнейшего развития системы управления обеспечением качества сестринской помощи являются: разработка стандартов по всем номенклатурам специальностей в сестринском деле, обучение сестринского персонала методике коррекции и предупреждения отклонений от стандартов, привлечение пациентов и их родственников, независимых экспертов для пре-

дупреждения возможного снижения качества сестринской помощи, создание групп качества в отделениях, участие в развитии инноваций в сестринском деле и новых сестринских технологий.

Организация контроля качества сестринского ухода в учреждениях здравоохранения. Этапы организации контроля КМП, оказываемой средним медицинским персоналом в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) стационарного типа. В методическом плане управление КМП представляет собой циклический процесс, включающий в себя следующие этапы:

1. Подготовительный, т. е. планирование конкретного результата, разработка соответствующих нормативов; определение порядка проведения экспертной оценки и анкетирования; планирование контроля КМП.

2. Осуществление экспертной оценки и ведение карт экспертизы.

3. Проведение социологического исследования удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием, а также удовлетворенности медицинских специалистов работой вспомогательных подразделений и служб.

4. Обработка карт экспертной оценки и анкет, расчет показателей, составление аналитических таблиц и передача информации на различные уровни управления.

5. Анализ полученной информации органом управления.

6. Разработка программ обеспечения качества и их реализации.

Подготовительный этап. Основные задачи определения конкретных обязанностей, связанных с контролем и оценкой КМП; создание комиссии по обеспечению КМП и (или) назначение лиц, ответственных за осуществление программы; разработка экспертных карт, анкет, таблиц и др., необходимых для учета данных о работе ЛПУ; определение конкретных результатов лечения и роли персонала в их достижении (отдельно врачей, средних медицинских работников, обслуживающего персонала): объема проводимых лечебных мероприятий, особенно связанных с высоким риском, большим объемом и (или) требующих особого внимания; специальных индикаторов (предельных показателей), по достижении которых необходимо начинать оценку КМП; выбор методов работы; обучение персонала, привлекаемого к оценке КМП.

Особое внимание обращается на правильное планирование конкретного результата (КР) в отношении каждого контрольного случая. Например, при планировании сестринского ухода за пациентами, находящимися в тяжелом состоянии, мы сталкиваемся с целым перечнем проблем. Если по каждой из них составлять отдельный план ухода, возникают вопросы: как скоординировать все пункты такого плана; в какой последовательности осуществлять такие действия, как умывание, кормление через зонд, перевязка, смена постельного белья и др.? В некоторых случаях выгоднее составлять общий план ухода сразу по нескольким проблемам. Стандартные планы обследования, наблюдения и ухода за пациентами с различными проблемами значительно облегчат работу медсестер, позволят контролировать качество ухода, могут послужить основой при обучении родственников пациентов, но слепо следовать им невозможно. Сестринский процесс предусматривает именно индивидуальный уход за каждым пациентом. Планирование КР по своему направлению осуществляет медицинский работник, оказывающий медицинскую помощь на основе эталона КР. Каждый ожидаемый результат должен быть реально достижимым с учетом материально-технических возможностей ЛПУ (ЛПО) и получать отражение в учетной медицинской документации. Разработку эталонов КР в каждом ЛПУ осуществляют заведующий подразделением, старшая медсестра при непосредственном участии главных медицинских специалистов учреждения по профилю на основе стандартов. Показатели КР – это параметры, которых необходимо достичь при оказании медицинской помощи определенной группе пациентов с той или иной патологией, или при выполнении различных исследований (процедур). Например, эталон КР для палатной медсестры может предусматривать по врачебным назначениям полноценное и своевременное их выполнение, а по состоянию медицинской документации – отсутствие замечаний по ее ведению и внешнему виду. Если медсестра планирует введение лекарственного средства по назначению врача, то данный пункт реализуется по алгоритму выполнения, например, внутримышечной или внутривенной инъекции. От медсестры требуется умение обосновать свои действия, объяснить, почему надо действовать так, а не по-другому. При оценке эффективности практических манипуля-

ций много внимания уделяется общению с пациентом, его подготовке к процедуре, получению его согласия. К процессу оценки эффективности ухода обязательно должен привлекаться пациент (только он может определить, удовлетворены ли его потребности). Конечно, это не относится к пациентам с угнетенным сознанием или находящимся в бессознательном состоянии. Контроль планирования КР возлагается на заместителя главного врача по лечебной работе, главных (ведущих) специалистов, заведующих и старших медсестер подразделений, главную медсестру ЛПУ (ЛПО). В случае отсутствия отраслевого стандарта на объект стандартизации (конкретную медицинскую услугу, технологию ее выполнения и т.п.) или при необходимости определения требований, расширяющих установленные ОСТом, в медицинском учреждении разрабатывается Стандарт предприятия (учреждения) на данный объект стандартизации.

Осуществление экспертной оценки и ведение карт экспертизы. Оценка деятельности отдельного среднего медицинского работника складывается из следующих составляющих: профессионализм, стремление к повышению квалификации, отсутствие обоснованных жалоб со стороны пациентов. Каждый медицинский работник осуществляет экспертизу в процессе работы в порядке самоконтроля. За основу критериев оценки деятельности медсестер приняты их функциональные обязанности. Например, основными критериями оценки работы палатной медсестры является соблюдение:

- должного санитарного состояния палат и сестринского поста;
- стандарта профессионального общения;
- качества предстерилизационной обработки инструментов;
- качества ухода за больными;
- обеспечение качества и своевременности выполнения врачебных назначений;
- наличия осложнений после медицинских манипуляций;
- правил питания больных;
- ведения документации;
- правил сбора и доставки анализов в лабораторию;
- лечебно-охранительного режима в отделении;
- правил подготовки больных к рентгенологическим, лабораторным, эндоскопическим и

другим исследованиям, оперативным вмешательствам;

- наличия обоснованных жалоб пациентов.

Основными критериями оценки работы медсестры процедурного кабинета является соблюдение:

- санитарно-эпидемиологического режима в процедурном кабинете;
- своевременного выполнения врачебных назначений;
- стандарта профессионального общения;
- стандарта выполнения манипуляций, типовых правил введения лекарств;
- качества дезинфекции и предстерилизационной обработки; наличие осложнений после манипуляций;
- правил и сроков хранения лекарственных средств;
- правил сбора и доставки анализов в лабораторию;
- ведения документации;
- наличия обоснованных жалоб пациентов.

Результаты работы среднего медицинского персонала ЛПУ (ЛПО) стационарного типа представлены:

- полноценным и своевременным выполнением врачебных назначений;
- качественным уходом за больными;
- соблюдением санитарно-эпидемиологического режима;
- должным состоянием медицинской документации;
- состоянием медицинского оборудования, инструментария и предметов ухода.

В зависимости от профиля подразделения каждый из этих пунктов получает соответствующее значение. Например, уход за больным для палатной медсестры означает гигиенический туалет, кормление больного, сопровождение тяжелобольного на процедуры и др. Для медицинской сестры-анестезиста – укладывание больного на операционный стол, беседа с больным. Должное состояние медицинского оборудования для операционной медсестры означает готовность операционного инструментария к предстоящей операции, для медицинской сестры-анестезиста – готовность наркозной и дыхательной аппаратуры, систем для трансфузионной терапии и т. д. Старшая медсестра отделения не реже одного раза в неделю проводит проверку выполнения каждой медсестрой должностных обязанностей. Определение случаев, подлежа-

щих экспертизе, осуществляется путем непреднамеренного отбора, когда каждый случай участия в оказании медицинской помощи, может быть подвергнут оценке. Экспертизе могут подлежать за 1 день работы или за 1 дежурство несколько видов деятельности медсестры. Старшей медсестрой могут использоваться следующие методы проверки:

- изучение медицинской документации (карты, журналы, листы назначений и др.);
- личное наблюдение за деятельностью медсестры в повседневной деятельности;
- опрос больных;
- оценка результатов бактериологического контроля смывов, стерильности инструментария и др.

Результаты проверки заносятся в специальную книгу и карту контроля экспертной оценки деятельности среднего медицинского персонала. Формы разрабатываются в ЛПУ. Экспертная карта оценки работы заводится персонально на каждую медсестру. Заполненная карта направляется для обработки в подразделение медицинской статистики. Главная медсестра осуществляет по каждому подразделению экспертизу (повторную экспертизу) не менее 30-50 случаев за квартал (в их число могут входить случаи, подвергшиеся оценке старшей медсестрой). Результаты анализа заслушиваются на Координационном совете по качеству. Под постоянным контролем должна находиться деятельность подразделений, где в результате проводимого в учреждении анкетирования выявлены случаи неудовлетворенности пациентов отношением к нему персонала. Регулярное обсуждение результатов экспертизы в коллективе (сестринских конференциях, советах) позволяет принимать конкретные меры по устранению дефектов в работе. При этом следует использовать систему управления КМП в практической деятельности не как инструмент поиска и наказания виновных, а как фактор совершенствования лечебно-диагностического процесса на основе вовлечения в эту работу максимального числа персонала.

Социологическое исследование – проводится для формирования целостной картины обеспечения КМП и определения путей повышения эффективности работы ЛПУ. Для этих целей разрабатываются анкеты, содержащие перечень вопросов, адаптированных к условиям определенного учреждения (поликлиника, стационар), подразделения и др. Образцы анкет социологического изучения мнения пациентов и сотрудников медицинского учреждения приведены в приложениях. Для изучения удовлетворенности пациентов медицинской помощью рекомендуется проводить опрос по каждому из лечебных подразделений не менее 40-50 пациентов, получивших медицинскую помощь. Анкетирование медицинского персонала необходимо проводить регулярно. Для получения более полной и объективной информации следует придерживаться принципа анонимности опроса. Заполненные анкеты передаются в подразделение медицинской статистики для обработки. Аналогичным образом выполняется социологическое исследование удовлетворенности медицинского персонала работой лечебных, диагностических и вспомогательных подразделений учреждения.

Следует отметить, что для улучшения качества обслуживания пациентов большая часть сестринской деятельности должна быть независимой, самостоятельной, но контролируемой специалистом сестринского дела. Также очевидна возможность выявления проблем качества медицинской помощи через призму инновационных технологий, общественного мнения и что мнение потребителей медицинских услуг может объективно отразить ситуацию в учреждениях здравоохранения.

Таким образом, вопросам качества оказания медицинских услуг уделяется много внимания. Именно улучшение сестринской службы, применение инновационных мероприятий (технологий), в первую очередь качества подготовки специалистов – является одним из главных на данном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 *Куралбаев Б. С.* Эффективное управление больничным комплексом и инновационные технологии в лечебных организациях РК: автореф. дис. докт. мед. наук. – Алматы, 2002. – 50 с.
- 2 *Мазур И. И., Шатино В. Д.* Управление качеством: учеб. пособие. – М.: Высшая школа, 2003.
- 3 *Джордж С., Веймерскирх А.* Всеобщее управление качеством: стратегии и технологии, применяемые сегодня в самых успешных компаниях. – СПб.: «Виктория плюс», 2002.
- 4 *Глазунов А. В.* Постоянное улучшение. Подходы, методы и приемы // Методы менеджмента качества. – 2003. – № 2.

ТҮЙІН

Денсаулық сақтау басқармасының инновациялық модельдік дамытуда медицина ғылымы мен Денсаулық сақтау басқармасының тығыз байланыс жүйесін, осындай түрде, қатаң қарап қарастырады. Денсаулық сақтау басқармасының талаптарына сай медициналық ғылыми зерттеулер жоспарланған. Ғылыми медициналық тәжірибеге белсенді түрде нәтижеге жеткізуде, ғылыми жетістіктерді жетілдіруде қабілетті мамандарды мақсатты түрде дайындаумен қамтылады.

Түйінді сөздер: инновациялық модельдер, сапа, мамандар, денсаулық сақтау.

SUMMARY

The innovative model of health development ensures close relations between healthcare system and medical sciences, planning of science medical research based on the needs of healthcare system, active implementation of research findings in medical practice. In addition, it is focused on training of specialists, and implementation of leading and scientific achievements.

Key words: innovative models, quality, specialists, health care.