Введение

Проблема системного подхода в описании качественного содержания медицинской помощи, удовлетворяющей запросам, ожиданиям и нуждам потребителей, в терминах и показателях, понятных последним, не имеет рационального решения. Это обусловлено тем, что медицинская деятельность не может быть сведена к традиционному производству и, соответственно, обычные критерии качества товаров, работ и услуг не применимы в полной мере к здравоохранению.

До недавнего времени приоритет в вопросах повышения качества медицинской помощи отдавался только врачебным службам, как наиболее самостоятельным и достаточно квалифицированным.

Существующее до недавнего времени мнение, что сестринская деятельность является только придаточной к врачебной, не позволяло в должной мере определить степень сестринского участия в системе оказания медицинской помощи, которая во многом определяет качества медицинской помощи в целом.

Предоставление сестринским службам определенной степени самостоятельности дает возможность руководителям сестринских служб вырабатывать собственные стратегические направления в системе обеспечения качества сестринской помощи [20].

Согласно современной концепции развития сестринского дела медицинская сестра должна быть высококвалифицированным специалистом - партнером врача и пациента, способным к самостоятельной работе в рамках единой лечебной бригады[20].

Роль и функции сестринского дела в обществе требуют, чтобы каждая медицинская сестра брала на себя ответственность за непосредственное предоставление сестринской помощи и располагала бы требуемыми полномочиями для этого.

Целью программ улучшения качества сестринской помощи является развитие профессионального сестринского дела посредством тщательного изучения вопросов эффективности и продуктивности, достижения согласия в системе взглядов, ценностей, выявления критериев и стандартов в сестринской деятельности[14].

Улучшение качества и повышение эффективности сестринской помощи, дальнейшее ее развитие возможно только через критический пересмотр реального положения вещей, то есть анализа современного состояния сестринского дела на всех этапах и звеньях.

В связи с актуальностью проблемы цель работы - обосновать критерии качества в сестринском деле.

Цель исследования реализуется путем решения следующих задач:

. Анализ литературных данных о качестве в сестринском деле в Российской федерации и пути совершенствования качества сестринского дела.

. Анализ общественного мнения о качестве сестринской медицинской помощи по данным отечественной литературы.

.Комплексный анализ деятельности ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" города Нижнекамска.

. Научное обоснование критериев качества сестринской медицинской помощи медицинской организации на примере ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" города Нижнекамска.

Курсовая работа изложена на 81 страницах машинописного текста, иллюстрирована 9 таблицами.

Работа состоит из введения и трех глав, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка литературы и 10 приложений.

Список литературы содержит 24 источника.

. Современные подходы к оценке качества сестринской помощи на основе литературных источников

.1 Причины необходимости повышения качества сестринской помощи

Качество жизни населения в целом и каждого человека в частности в первую очередь определяется состоянием здоровья, зависящим от очень многих факторов: наследственности, экологии внешней среды, образа жизни, материальных возможностей, объема и содержания доступной медицинской помощи. Результаты анализа демографической ситуации в стране и показателей здоровья населения конца 1990-х - начала 2000-х годов послужили отправной точкой при разработке Национального проекта "Здоровье", в котором повышение качества медицинской помощи провозглашается приоритетным направлением модернизации здравоохранения. Повышение качества медицинской помощи способно привести к повышению качества жизни населения в целом, как пациентов, так и медицинского персонала[15].

Огромная роль в реализации мероприятий по оздоровлению нации принадлежит медицинским сестрам, образование и опыт которых позволяет оказывать высококачественные сестринские услуги.

Прежде чем приступать к решению проблем качества сестринской помощи, необходимо ознакомиться с сутью понятия "качество". Трактовка понятия "качество" встречается во всех философских течениях. Аристотель в III веке до нашей эры определял качество как дифференциацию между предметами по признаку "хороший - плохой". В китайской версии качество, состоит из двух элементов: равновесия и денег. Понятие "качество" тождественно понятию "высококлассный", "дорогой". С течением времени в структуре понятия "качество" совершенно явственно выделяются два аспекта: объективный и субъективный. Это явление получило отражение в определениях качества, дошедших до наших дней[14].

В 1931 г. У.Э. Шухарт дает свое определение: качество имеет два аспекта: объективные физические характеристики и субъективную сторону: насколько вещь хороша. Дж. М. Джуран (1979) описывает качество, с одной стороны, как свойство, соответствующее назначению предмета, с другой стороны, как степень удовлетворения потребителя данным предметом[15].

Согласно Международному стандарту ИСО 8402-86, качество - это совокупность свойств и характеристик продукта (услуги), которые придают ему способность удовлетворять существующие или предполагаемые потребности.

В формулировке А. Донабедиана: "Качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей выгодой для здоровья человека, при этом без увеличения риска. Уровень качества, таким образом, - это степень достижения баланса выгоды и риска для здоровья" [14].

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" [15].

Определение, разработанное Центральным Научно-исследовательским институтоморганизации информатизации здравоохранения Минздрава Российской Федерации: "Качество медицинской помощи это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии".

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. 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[15].

Доступность. Для понимания значимости сестринского ухода в процессе повышения эффективности медицинской помощи легче оперировать следующими характеристиками качества сестринской помощи.

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:

· эффективность планирования рабочего времени,

· использование технологий сестринского ухода,

· взаимодействие в процессе ухода с пациентами и их родственниками,

· контроль динамики проблем пациента,

· обеспечение инфекционной безопасности,

· лекарственная терапии,

· сроки проведения обследований.

Межличностные взаимоотношения. Под межличностными взаимоотношениями прежде всего подразумеваются внутренний психологический климат коллектива и умение работать в команде, взаимодействие пациента в системе организационного окружения:

· врач - медицинская сестра - пациент, медицинская сестра - медицинская сестра - пациент, медицинская сестра - пациент - родственники пациента;

· ожидания и представления пациента об организационном кружении и собственной роли в нем;

· ожидания медицинской сестры в отношении пациента и его роли в решении проблем;

· адаптация пациента к заболеванию;

· коррекция поведения пациента и формирование позитивной установки пациента на проводимое лечение;

· роль медицинской сестры в процессе сознательного обучения поведению в сложившихся обстоятельствах.

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. Эта характеристика 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.

Безопасность. Означает обеспечение безопасной больничной среды: инфекционной безопасности пациента и персонала, профилактику травматизма и конфликтных ситуаций, контроль соблюдения лечебно-охранительного режима и лечебного питания, контроль возникновения побочных явлений и осложнений лекарственной терапии, а также своевременное сообщение выявленных фактов лечащему врачу [8].

Таким образом, безопасность означает сведение к минимуму риска побочных эффектов пребывания в лечебно-профилактическом учреждении, диагностических и лечебных процедур, мероприятий по уходу за пациентом.

Удобство. Под этой характеристикой подразумевают не только комфорт и чистоту, но и условия, обеспечивающие максимально возможную самостоятельность пациента в осуществлении физиологических потребностей: удобная мебель, расположенная в соответствии с требованиями эргономики, возможность осуществления санитарно-гигиенических навыков, обеспечение в случае необходимости цивилизованного вызова медицинской сестры. Наличие холодильника, телевизора, библиотечки только усилит значение этой характеристики качества сестринского ухода.

Удовлетворенность пациентов. Для пациентов в конкретном медицинском учреждении качества медицинской помощи 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. Данные анализа результатов опроса окажут несомненную роль в корректировке работы сестринской службы. Кроме того, важное значение в оценке удовлетворенности пациентов результатами сестринской помощи могут играть публикации в средствах массовой информации, выступления в программах телевидения и радио. Однако необходимо учитывать, что пациенты не всегда в состоянии адекватно оценить оказанную им сестринскую помощь и профессиональную компетентность персонала

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 федеральных программ с последующим обменом опытом и общением с коллегами из других ЛПУ или регионов, решения вопросов социальной защищенности [8].

1.2 Проблемы в управлении качеством сестринской помощи и возможные пути их решения

Управление качеством сестринской помощи на сегодняшний день без сомнения является очень важной и актуальной проблемой. В свете современных требований большее внимание отводится 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. Вот как раз этой четкости 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[4].

На сегодняшний день изданы приказы № 209 от 25.06.02 и № 267 от 16.08.02 о внесении дополнения в приказ Минздрава России №337 "О номенклатуре специальностей в учреждения здравоохранения Российской Федерации", где введена специальность 040601 "Управление сестринской деятельностью", а так же перечень соответствия специальности "Управления сестринской деятельностью" должностей специалистов с высшим сестринским образованием по специальности "Сестринское дело", разработана Отраслевая программа "Управление качеством вздравоохранении на 2003-2010 годы"[10].

Однако, к сожалению, несмотря на нормативные акты руководители ЛПУ, не используют в полной мере потенциал сестринского персонала с учетом его профессиональной компетенции. Медицинская сестра должна в большей степени соответствовать нуждам населения, а непотребностям 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. Поступательное движение среднего медицинского звена вперед явно ощущается с 1992 года, после I научно-практической конференции в Галицино. На ней сформулировано 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", и определены функции сестринского дела:

· участие в уходе;

· педагогическая;

· исполнительская;

· исследовательская [20].

Помимо традиционного ухода за больными у медицинской сестры 21 века 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 [10].

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 вопросамОсобо опасные инфекции: трансфузиологии, инфекционному контролю, ВИЧ-инфекции проводятся зачеты I 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. Положительным результатом этого является и 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, можно лишь тогда, когда деятельность сестер изучена, структурирована, нормирована, а значит, может быть оценена в соответствии со стандартом. Разработка и применение общепринятых стандартов является 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. 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 до врачебной помощи, ведению протоколов наблюдения за пациентом и решением его проблем общими усилиями, 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 всякий раз бегать 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[11].

Легче ориентироваться в состоянии пациентов при приеме-сдаче дежурств. Появляется возможность проконтролировать работу, что повысит ответственность к выполняемым обязанностям. Имея всегда под рукой стандарты деятельности, медицинской сестре легче найти и вспомнить алгоритм подготовки пациентов к исследованиям или выполнения манипуляции. Работая с родственниками и обучив их элементарным навыкам ухода или пациента самоуходу, медицинская сестра также освобождается от выполнения этой работы, ей необходимо будет только проконтролировать или дать совет. Таким образом, мы сможем 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 санитарно - эпидемического режима, 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, сколько пролечено больных, какое количество больных с дефицитом самоухода, сколько выполнено инъекций и каких, сколько инфузий, укладки биксов, обработки инструментария, количество переворачиваний больных с угрозой пролежней, сколько больных переложено на каталку, сколько дез. средств, сколько получено в аптеке лекарственных средств, данные о докармливании больных, уборке и кварцевании палат и манипуляционных кабинетов, умывании больных, измерениях температуры тела, РS, АД и т.д.

Очевидно, что, большинство людей сталкиваются с проблемой организации ухода за больными, только когда близкие попадают в больницу с тяжелыми заболеваниями. Отвечают 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 наши медсестры, стойкого, выработанного десятилетиями, стереотипа взаимоотношений врач - медицинская сестра - пациент. Но в то же время мы можем использовать уже накопленный мировой опыт, взяв из имеющихся моделей сестринского дела то, что нам ближе, понятнее и более реально в нынешних условиях [10].

Система контроля качества сестринской помощи может быть представлена уровнями:- текущая оценка качества приема и передачи дежурных смен;периодическая оценка качества ведущим специалистом манипуляционной техники, ухода;углубленная оценка качества сестринской помощи (два раза в год) по критериям;V-выявление проблем и коррекция, обсуждение в школе профессионального мастерства, обучение на семинарах.

Таким образом, мероприятиями, обеспечивающими качество 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 совета по качеству (если он создан). Перспективы дальнейшего развития системы управления обеспечением качества сестринской помощи заключаются в следующем: 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 предупреждения возможного снижения качества сестринской помощи; создание групп качества в отделениях; участие в развитии инноваций в сестринском деле и новых сестринских технологий [13].

1.3 Организация контроля качества сестринского ухода в учреждениях здравоохранения

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

. Подготовительный этап. Основные задачи определение 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 [8].

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 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 манипуляций 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. В случае отсутствия отраслевого стандарта на объект стандартизации или при необходимости определения требований, расширяющих установленные ОСТом, в медицинском учреждении разрабатывается Стандарт предприятия (учреждения) на данный объект стандартизации [8].

. 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 являются:

· соблюдение должного санитарного состояния палат и сестринского поста;

· соблюдение стандарта профессионального общения;

· качество предстерилизационной обработки инструментов;

· соблюдение качества ухода за больными;

· обеспечение качества и своевременности выполнения врачебных назначений;

· наличие осложнений после медицинских манипуляций;

· соблюдение правил питания больных;

· ведение документации;

· соблюдение правил сбора и доставки анализов в лаборатории;

· соблюдение лечебно-охранительного режима в отделении;

· соблюдение правил подготовки больных к рентгенологическим, лабораторным, эндоскопическим и другим исследованиям, оперативным вмешательствам;

· наличие обоснованных жалоб пациентов.

Результаты работы среднего медицинского персонала ЛПУ 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. Старшая медсестра отделения не реже 1 раза в неделю проводит проверку выполнения каждой медсестрой должностных обязанностей. Определение случаев, подлежащих 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); личное наблюдение за деятельностью медсестры в повседневной деятельности; опрос больных; оценка результатов бактериологического контроля смывов, стерильности инструментария.

Результаты проверки заносятся в специальную Карту экспертной оценки работы и книгу контроля и экспертной оценки деятельности среднего медицинского персонала. Форма карты разрабатывается 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). 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 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.

. Проведение социологического исследования. Социологическое исследование проводится с целью формирования целостной картины обеспечения КМП и определения путей повышения эффективности работы ЛПУ. Для этих целей разрабатываются анкеты, содержащие перечень вопросов. Образцы анкет социологического изучения мнения пациентов и сотрудников медицинского учреждения. 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 проводится социологическое исследование удовлетворенности медицинского персонала работой лечебных, диагностических и вспомогательных подразделений учреждения.

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

. Анализ полученной информации органом управления.

. Разработка программ обеспечения качества и их реализации.

. Методы и методики исследования

.1 Методы исследования

В работе применены следующие методы исследований:

. Исторический.

. Санитарно-статистический.

. Аналитический.

. Метод экспертных оценок и эксперимента

Исторический метод положен в основу изучения литературных данных о реформировании сестринского дела в России и определения роли медицинской сестры в Здравоохранении.

Использование исторического метода делает возможным рассмотреть формирование сестринского дела как самостоятельную науку.

Санитарно-статистический метод предполагает анализ показателей ресурсного обеспечения лечебно-профилактического учреждения за период 2009-2011 гг. Аналитическийметод позволяет определить качество оказания медицинской помощи населению, сделать выводы и определить дальнейшие действия в направлении к улучшению качества оказания сестринской помощи населению. Метод экспертных оценок и эксперимента. Экспертиза качества - специальное компетентное исследование точно сформулированного вопроса, требующее специальных знаний и представления мотивированного заключения.

Экспертная же оценка определение качественных или количественных параметров без проведения эксперимента или статистической обработки характеристик специально привлеченным для этой цели специалистом.

Метод экспертных оценок применяется при квалиметрических исследованиях для измерения показателей качества (включая качества медицинской помощи) и для определения значений весовых коэффициентов.

Данным методом пользуются при измерении физических величин, в медицине (при решении консилиумов и экспертизе качества медицинской помощи), в искусстве (при проведении жюри), в социально-политической сфере (при оценке результатов референдумов), в управлении (при коллегиальности принятия решения) и т.д.

.2 Объект исследования

Объектом исследования являетсяГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" города Нижнекамска.

Единица наблюдения - средний медицинский работник.

В основу анализа показателей деятельности медицинской организации положена следующая медицинская документация:

отчет экономиста о финансировании лечебного учреждения за период 2009-2011 гг.;

отчет главной медицинской сестры об аттестации, сертификации и текучести среднего медицинского персонала за 2009-2011 гг.

отчет заведующих отделениями статистики о количественных и качественных показателях работы медицинской организации за период 2009-2011 гг.

Необходимая информация для проведения анализа получена путем выкопировки данных из учетно-отчетной документации лечебного учреждения.

.3 Методики исследования

Тестирование состоит в решении экспертами задач, подобных реальным, но с известными (только не экспертам) ответами. На основании результатов тестирования устанавливается компетентность и профессиональная пригодность экспертов.

Самооценка экспертов состоит в ответе каждым из них в строго ограниченное время на вопросы специально составленной анкеты. В результате быстро и просто проверяются самими же экспертами их профессиональные знания и деловые качества. Оценка даётся по балльной системе. При всей субъективности такой оценки опыт показывает, что экспертные группы с высокими показателями самооценки экспертов ошибаются в меньшей степени.

Весьма показательной является взаимная оценка экспертами друг друга (также по балльной системе). Для этого они должны, разумеется, иметь опыт совместной работы. При наличии сведений о результатах работы эксперта в других экспертных группах критерием его квалификации может стать показатель (или степень) надежности - отношение числа случаев, когда мнение эксперта совпало с результатами экспертизы, к общему числу экспертиз, в которых он участвовал.

Использование этого подхода к отбору экспертов требует накопления и анализа большого объёма информации, но открывает возможность непрерывного совершенствования качественного состава экспертных групп.

Выбранные методы и методики позволили достаточно точно определить обоснованность критериев качества сестринской медицинской помощи, степень их соответствия отображаемой ими действительности.

. Анализ ресурсного обеспечения ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" города Нижнекамска

.1 Структура и виды медицинской помощи

ГАУЗ "Детская городская больница с перинатальным центром" включает в себядве поликлиники, педиатрический стационар, два акушерских корпуса и клинико-диагностическое отделение перинатального центра.

Педиатрический стационар включает в себя:приемный покой, операционный блок, хирургическое отделение № 1, хирургическое отделение № 2, педиатрическое отделение, пульмонологическое отделение младшего возраста, пульмонологическое отделение старшего возраста, отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных, отделение анастезиологии и реанимации, инфекционное отделение.

Приемный покой располагается на первом этаже 6-ти этажного корпуса.

В приемном покое ведется прием больных по направлениям и доставленных каретой скорой помощи. В приемном покое имеются педиатрический, урологический, хирургический кабинеты и травматологический пункт. Имеется одна диагностическая палата (изолятор).

В урологическом кабинете круглосуточно проводятся УЗИ исследования и диагностика.

Травматологический пункт включает в себя: гипсовочный кабинет, перевязочную и операционную для экстренного оказания помощи, а также кабинет вакцинации.

Операционный блок выделен в отдельное структурное подразделение и расположен на 6-ом этаже стационара, в функциональной близости с отделением анестезиологии и реанимации. В состав оперблока входят три операционные, предназначенные для проведения оперативных вмешательств детям с различной хирургической патологией.

Хирургические оперативные пособия, оказываются, по следующим направлениям - общая хирургия; гнойная хирургия; эндовидеохирургия; урология - андрология; травматология - ортопедия; ожоговая хирургия; оториноларингология.

Возраст оперируемых пациентов варьирует с периода новорожденности до 18-и лет.

Оперативные вмешательства проводятся в плановом порядке по утвержденному графику, а по неотложным и экстренным показаниям - круглосуточно.

Операционные залы находятся в зоне строгой стерильности, работу в которых обеспечивает опытный, грамотный персонал отделения.

Многопрофильное хирургическое отделение №1располагается на 5-м этаже стационара. Отделение профилировано для оказания экстренной и плановой хирургической помощи детям города и района. Неотложная помощь детям с хирургической патологией оказывается хирургами отделения круглосуточно.

Специфика и организация работы подразделяется на обслуживание пациентов с экстренной и плановой хирургической патологией Iпост: общехирургические, эндохирургические, колопроктологические и обслуживание детей с гнойно-воспалительными заболеваниями IIпост: гнойные, ожоговые, торакальные, оториноларингологические.

Коечная мощность хирургического отделения составляет 66 коек.

На базе хирургических отделений и отделения анестезиологии-реанимации, создан Межрайонный центр по оказанию специализированной хирургической помощи детям Нижнекамска и Нижнекамского района, а также детскому населению нескольких прилегающих районных территорий.

В отделении организовано обследование, оперативное и консервативное лечение пациентов с экстренной и плановой хирургической патологией, а также профилактическое лечение различных послеоперационных состояний во время диспансерного наблюдения пациента.

Профиль хирургического отделения № 2: урология, нефрология, травматология, ортопедия.

Мощность отделения рассчитана на 54 койку круглосуточного пребывания и 4 койки дневного пребывания, имеет два поста.

Палаты 6-и, 3-х и 2-х коечные. В отделении имеются 3 палаты повышенной комфортности. Отделение имеет: перевязочно-манипуляционный, процедурный кабинет, пост мед.сестры, игровую комнату на каждом посту, гипсовочную на втором посту, смотровой кабинет на первом посту.

Педиатрическое отделение детской городской больницы расположено в шестиэтажном корпусе на четвертом этаже.

Педиатрическое отделение специализируется на лечении детей с 1 года до 15 лет.

Мощность отделения - отделение рассчитано на 45 коек, из них 42 койки - круглосуточного пребывания и 3 койки - дневного пребывания.

За год проходит в среднем 1500 больных в возрасте от 1 года до 15 лет.

Средние сроки лечения 14 дней.В отделении 11 палат, рассчитанных на 2 - 7 коек, 2 палаты повышенной комфортности.В отделении имеется палата для детей, оставшихся без попечения родителей.

В пульмонологическом отделение младшего возраста лечатся дети первого года жизни. Заболевания: анемия, рахит, аллергические заболевания, врожденные заболевания, дисбактериоз, заболевания органов дыхания.

Мощность отделения составляет -34 койки из них 3- пульмонологических, 4-аллергологических.

Пульмонологическое отделение старшего возраста. Профиль отделения - бронхолегочные заболевания (пневмония, острый бронхит, обструктивный бронхит, рецидивирующий бронхит, бронхиальная астма)

Мощность отделения- 50 коек (из них 48 круглосуточного и 2 дневного пребывания)

Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПН) занимает 3-й этаж отдельно стоящего 3-х этажного корпуса в составе детской больницы. Сообщение с основным 6-ти этажным зданием больницы через "воздушный" переход на уровне 2-го этажа. ОПН работает в качестве межрайонного неонатального центра, то есть оказывает все виды помощи новорожденным из 10 районов Республики Татарстан.

Основные направления медицинской деятельности отделения анестезиологии-реанимации:интенсивная терапия новорожденных и детей других возрастных групп;анестезиологическая поддержка работы хирургических отделений;лечебно-консультативная помощь в отделениях больницы;лечебно-консультативная -выездная работа бригады по оказанию помощи прикрепленным роддомам.

Мощность отделения -14 коек. Отделение работает в режиме оказания неотложной медицинской помощи круглосуточно.

Детское инфекционное отделение рассчитано на 31 койку круглосуточного пребывания боксированного типа. Функционирует 14мельцеровских боксов. Отделение обслуживает больных детей города и района.

В отделении имеется собственная клиническая лаборатория. Инфекционное отделение имеет готовность для приема больных с особо опасными инфекциями.

Поликлиники ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" обслуживают по амбулаторно-территориальному принципу все детское население города Нижнекамска - 50255 детей в возрасте от 0 до 17 лет и оказывает узкоспециализированную помощь детям города и района.

Поликлиники расположены в 2-х отдельно стоящих зданиях: четырехэтажный типовой корпус - поликлиника №1 и трехэтажный корпус поликлиника №2 (в составе детского больничного комплекса).

Перинатальный центр.Основное здание перинатального центра- акушерский стационар на 169 коек, в том числе дневной стационар на 18 коек. Здание состоит из двух четырехэтажных корпусов.

В состав перинатального центра входит клинико-диагностическое отделение(городская женская консультация) на 500 посещений в смену.

Основная цель перинатального центра- оказание квалифицированной амбулаторной и стационарной акушерско-гинекологической, неонатальной, анестезиолого-реанимационной помощи женщинам и новорожденным в условиях бюджетно-страховой медицины, где ежегодно перевыполняется государственный заказ. Количество родов превышает 3,5 тысяч. Это одно из самых мощных лечебных учреждений в системе родовспоможения в республике.

Клинико-диагностическая лаборатория структурно включает в себя лаборатории перинатального центра (родильный дом, женская консультация) и КДЛ детской городской больницы.

В составе клинико-диагностической лаборатории ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром": биохимическая, иммунологическая, бактериологическая и две клинические лаборатории (поликлиники ДГБ и поликлиники №1), лаборатория экспресс-диагностики, находящаяся в АРО.

Лаборатории экспресс- диагностики ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" обеспечивают круглосуточную неотложную диагностику для вновь поступающих и находящихся в стационаре больных. Клинико-диагностическая лаборатория оснащена современными биохимическими, гематологическими иммуноферментными и др. анализаторами, которые в совокупности с высококвалифицированными персоналом, обеспечивают быструю и качественную диагностику. Лаборатория ежегодно участвует в Федеральной Системе Внешней Оценки Качества лабораторных исследований.

3.2 Анализ кадрового потенциала

Для оказания медицинской помощи детскому населению города и района выделено 145,75 врачебных должностей и 350,5 должностей среднего медицинского персонала. Общая численность работников ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" составляет 746 человек.

В ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" 98,1% сертифицированных врачей, что выше показателя по городу Нижнекамску и району (95,3) и РФ (87). С 2009 года данный показатель увеличился на 3%. Сертифицированность среднегомедицинского персонала увеличилась на 7,5% до 96% и также этот показатель выше аналогичного по городу Нижнекамску и району (93,9) и по Российской Федерации (77,9).

Коэффициент совместительства врачей и среднего медицинского персонала увеличился за счет текучести кадров. Уровень обеспеченности врачами снизился на 1,1% и значительно ниже показателя по городу Нижнекамску и району и РФ. Аналогичный показатель по среднего медицинского персонала повысился на 16,5% и также значительно ниже показателя по городу Нижнекамску и району и Российской Федерации. Коэффициент медсестер менеджеров увеличился в 2,3 раза. Соотношение врачей и среднего медицинского персонала без изменений. Коэффициент оборота работников среднего звена увеличился на 98,9%. Коэффициент замещения также увеличился на 25% за счет снижения коэффициента постоянства на 13,4%.

Таблица 1 Динамика кадрового потенциала ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" на основе качественных показателей

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Показатели | 2009 год | 2010 год | 2011год | Темп прироста/ убыли | Нижнекамск (%) | РФ (%) |
|  |  | Абс. | Р % | Абс. | Р % | Абс. | Р % |  |  |  |
| I | 1. Сертификация врачей | 99 | 95,2 | 98 | 94,2 | 102 | 98,1 | +3% | 95,3 | 87 |
|  | 2. Сертификация среднего медицинского персонала | 268 | 90 | 286 | 95 | 288 | 96 | +7,5% | 93,9 | 77,9 |
| II | 1.Коэффициент совместительства врачей  |  | 1,2 |  | 1,3 |  | 1,4 | +16,7% | 1,1 | 1,1 |
|  | 2.Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала |  | 1,2 |  | 1,4 |  | 1,3 | +8,3% | - | - |
| III | 1.Коэффициент категорийности врачей - со 2 категорией - с 1 категорией - с высшей категорией | 38 9 26 3 | 36,5 23,7 68,4 7,9 | 40 9 24 7 | 38,5 22,5 60,0 17,5 | 42 9 22 11 | 40,4 21,4 52,4 26,2 | +10,5 Без изм. -15,4 +в 3,7 раза | 55,8 16,4 25,4 12,8 | 54 6 20 28 |
|  | 2.Коэффициент категорийности среднего медицинского персонала - со 2 категорией - с 1 категорией - с высшей категорией | 150 89 41 20 | 50% 59,4 27,3 13,3 | 172 93 57 22 | 57 54,1 33,1 12,8 | 194 111 60 23 | 64,9 57,2 30,9 11,9 | +29,3 +24,7 +46,3 +15,0 | 80 44,5 21,1 14,4 | 64,3 9,0 27,4 27,9 |
| IV | Коэффициент текучести среднего медицинского персонала |  | 7,7 |  | 6,3 |  | 13,7 | +77,9 |  |  |
| V | 1.Уровень обеспеченности кадрами врачами | 17,4 |  | 17,8 |  | 17,2 |  | -1,1% | 56,7 | 49,6 |
|  | 2.Уровень обеспеченности кадрами средним медицинским персоналом | 42,3 |  | 49,6 |  | 49,3 |  | +16,5% | 118,9 | 106,5 |
| VI | Коэффициент медсестер - менеджеров |  | 0,3 |  | 0,3 |  | 0,7 | +в 2,3 раза |  |  |
| VII | Коэффициент соотношения врачей и среднего медицинского персонала |  | 0,35 |  | 0,35 |  | 0,35 | Без измен. |  |  |
| VIII | Коэффициент оборота работников среднего звена |  | 9,2 |  | 13,3 |  | 18,3 | +98,9% |  |  |
| IX | Коэффициент замещения работников среднего звена |  | 0,004 |  | 0,06 |  | 0,005 | +25% |  |  |
| X | Коэффициент постоянства среднего медицинского персонала |  | 84,2 |  | 82,7 |  | 72,9 | -13,4% |  |  |
| XI | Укомплектованность врачами |  | 95,6 |  | 93,8 |  | 91,5 | -4,3% | 92,6 | 92,7 |
| XII | Укомплектованность средним медицинским персоналом |  | 96,2 |  | 95,3 |  | 95,4 | -0,8% | 97,1 | 95,5 |

Укомплектованность врачами снизилась на 4,3% и незначительно ниже показателя по городу Нижнекамску и району и Российской Федерации. Также наблюдается незначительное снижение укомплектованности кадрами среднего медицинского персонала на 0,8%. Данный показатель ниже показателя по городу Нижнекамску и району и всего на 0,1 выше по Российской Федерации.

Общая категорийность врачей увеличилась на 10,5% и составляет 40,4%, что ниже показателя по Республике Татарстан (55,8) и Российской Федерации (54). В структуре категорийности на первом месте врачи с 1 категорией (52,4%), на втором месте с высшей категорией (26,2%) и на третьем месте со второй категорией (21,4%).

Общая категорийность среднего медицинского персонала повысилась на 29,3% и составляет 64,9%, что ниже показателя по Республике Татарстан (80,0), но выше показателя по Российской Федерации (64,3). В структуре категорийности на 1 месте средний медицинский персонал с второй категорией (57,2%) за счет молодого состава среднего медицинского персонала, на втором средний медицинский персонал с первой категорией (30,9%) и на третьем месте с высшей категорией (11,9%).

.3 Анализ финансовой среды

Финансирование в ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" производится из следующих источников:

.федеральный бюджет;

. бюджет местный;

. средства из фонда ОМС;

. внебюджетные активы.

Финансирование ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" отображено в таблице 2.

Таблица 2 Структура финансирования по бюджетам за 2009-2011 гг.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид финансирования | 2009 год | 2010 год | 2011 год | Темп изменения % |
|  | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |  |
| Амбулаторно-поликлиническая помощь |
| Федеральный бюджет | 6198125 | 8,4 | 6293173 | 8,1 | 7 792 522 | 9,2 | +25,7 |
| Местный бюджет  | 44658558 | 60,0 | 46463664 | 60,2 | 48 939 978 | 57,6 | +9,6 |
| Фонд ОМС | 19906813 | 26,7 | 20809628 | 26,9 | 25 235 495 | 29,7 | +26,8 |
| Внебюджетные средства ПМУ | 3671180 | 4,9 | 3674900 | 4,8 | 3 001 200 | 3,5 | -18,2 |
| Итого  | 74434676 | 39,1 | 77 241 365 | 39,1 | 84 969 195 | 38,8 | +14,2 |
| Стационарная помощь |
| Федеральный бюджет | 9905540 | 10,8 | 10064450 | 10,5 | 10258841 | 9,7 | +3,6 |
| Местный бюджет  | 44582982 | 48,4 | 46558000 | 48,8 | 47 902 257 | 45,4 | +7,4 |
| Фонд ОМС | 37568888 | 40,8 | 38792824 | 40,7 | 47489656 | 44,9 | +26,4 |
| Итого  | 92057410 | 48,3 | 95415274 | 48,4 | 105650754 | 48,3 | +14,8 |
| Дневной стационар |
| Федеральный бюджет | 1478981 | 29,5 | 1521000 | 28,8 | 1 063 732 | 20,7 | -28,1 |
| Местный бюджет  | 2149585 | 42,9 | 2345846 | 44,3 | 2503383 | 48,7 | +16,5 |
| Фонд ОМС | 1379826 | 27,6 | 1423692 | 26,9 | 1574992 | 30,6 | +14,1 |
| Итого  | 5008392 | 2,6 | 5 290 538 | 2,7 | 5 142 107 | 2,4 | +2,7 |
| Перинатальный центр |
| Местный бюджет  | 18987369 | 100,0 | 19 364 896 | 100,0 | 22 959 943 | 100,0 | +20,9 |
| Итого  | 18987369 | 10,0 | 19364896 | 9,8 | 22 959 943 | 10,5 | +20,9 |
| Итого по всем видам помощи | 190487847 | 100,0 | 197312073 | 100,0 | 218721999 | 100,0 | +14,8 |
| Структура всего финансирования по бюджетам: |  |  |  |  |  |  |  |
| Федеральный бюджет | 17582646 | 9,3 | 17878623 | 9,1 | 19115095 | 8,7 | +8,7 |
| Местный бюджет  | 110378494 | 57,9 | 114732406 | 58,1 | 122305561 | 55,9 | +10,8 |
| Фонд ОМС | 58855527 | 30,9 | 61026144 | 30,9 | 74300143 | 34,0 | +26,2 |
| Внебюджетные средства ПМУ | 3671180 | 1,9 | 3674900 | 1,9 | 3001200 | 1,4 | -18,2 |

Финансирование по всем источникам увеличилось на 14,8%. В структуре финансирования все три года лидирующее 1 место занимает местный бюджет. В 2011 году он составляет 55,9% от общего финансирования и увеличилось финансирование по данному бюджету на 10,8% с 2009 года. На втором месте средства из фонда ОМС - 34,0% также увеличилось поступление денежных средств на 26,2%. Третье место занимает федеральный бюджет, который составляет 8,7% и увеличился на 8,7% по сравнению с 2009 годом. Малая доля финансирования приходится на внебюджетные средства - 1,4%, и за последний год снизилось на 18,2%.

По видам потребности в финансировании по видам оказываемой помощи распределились следующим образом:место занимает стационарная медицинская помощь и составляет она 48,3% от всего финансирования, и финансирование на данный вид помощи увеличилось на 14,8% с 2009 года;место - дневной стационар - 2,4%, увеличилось финансирование на 2,7% с 2009 года.место занимает перинатальный центр - 10,5%, финансирование на данный вид помощи увеличился на 20,9%;место - дневной стационар - 2,4%, увеличилось финансирование на 2,7% с 2009 года.

Таблица 3 Структура расходов за 2009-2011 гг.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид финансирования | 2009 год | 2010 год | 2011 год | Темп изменения |
|  | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |  |
| Амбулаторно-поликлиническая помощь |
| Оплата труда с начислениями | 58967587 | 79,2% | 60679364 | 78,6% | 64331440 | 75,7 | +9,1 |
| Приобретение услуг | 2696874 | 3,6% | 2732869 | 3,5% | 2825734 | 3,3 | +4,8 |
| Поступление нефинансовых активов | 12688995 | 17,0% | 13769430 | 17,8% | 17782821 | 20,8 | +40,1 |
| Прочие расходы | 81220 | 0,1% | 59702 | 0,1% | 20200 | 0,1 | -75,1 |
| Итого | 74434676 | 100 | 77241365 | 100 | 84960195 | 100 | +14,1 |
| Стационарная помощь |
| Оплата труда с начислениями | 63318756 | 68,8% | 64123257 | 67,2% | 66309656 | 62,8 | +4,7 |
| Приобретение услуг | 6559846 | 7,1% | 6623921 | 6,9% | 7890503 | 7,5 | +20,3 |
| Поступление нефинансовых активов | 21346843 | 23,2% | 23615233 | 24,7% | 30251566 | 28,6 | +41,7 |
| Социальное обеспечение | 567896 | 0,6% | 589213 | 0,6% | 644766 | 0,6 | +13,5 |
| Прочие расходы | 264069 | 0,3% | 463650 | 0,5% | 554263 | 0,5 | +109,9 |
| Итого | 92057410 | 100 | 95415274 | 100 | 105650754 | 100 | +14,8 |
| Дневной стационар |
| Оплата труда с начислениями | 3235963 | 64,6% | 3258931 | 61,6% | 3397789 | 66,1 | +5,0 |
| Приобретение услуг | 946536 | 18,9% | 973256 | 18,4% | 986908 | 19,2 | +4,3 |
| Поступление нефинансовых активов | 825893 | 16,5% | 1058351 | 20,0% | 757410 | 14,7 | -8,3 |
| Итого | 5008392 | 100 | 5 290 538 | 100 | 5142107 | 100 | +2,7 |
| Перинатальный центр |
| Оплата труда с начислениями | 8536123 | 45,0% | 8913569 | 46,0% | 9413577 | 41 | +10,3 |
| Приобретение услуг | 8458636 | 44,5% | 8623589 | 44,5% | 8861521 | 38,6 | +4,8 |
| Поступление нефинансовых активов | 1992610 | 10,5% | 1827738 | 9,4% | 4684845 | 20,4 | +135,1 |
| Итого | 18987369 | 100 | 19364896 | 100 | 22959943 | 100 | +20,9 |
| Итого по всем видам помощи | 190487847 |  | 197312073 |  | 218712999 |  | +14,8 |
| Структура расходов по кодам бюджетной классификации |  |  |  |  |  |  |  |
| Оплата труда с начислениями | 134058429 | 70,4% | 136975121 | 69,4% | 143452462 | 65,6% | 7,0 |
| Приобретение услуг | 18661892 | 9,8% | 18953635 | 9,6% | 20564666 | 9,4% | 10,2 |
| Поступление нефинансовых активов | 36028448 | 18,9% | 39212401 | 19,9% | 53476642 | 24,5% | 48,4 |
| Социальное обеспечение | 567896 | 0,3% | 589213 | 0,3% | 644766 | 0,3% | 13,5 |
| Прочие расходы | 345289 | 0,2% | 523352 | 0,3% | 574463 | 0,3% | 66,4 |

В структуре расходов 1 место занимает оплата труда с начислениями (65,6%). На 2 месте поступление нефинансовых активов - 24,5%. На 3 месте приобретение услуг - 9,4% и 4 место разделили социальное обеспечение и прочие расходы по 0,3%. За период с 2009 по 2011 годы увеличились расходы по всем статьям на 14,8% в связи с инфляцией и увеличением финансирования.

3.4 Анализ материально-технической базы

Амбулаторно-поликлиническая служба. Плановая мощность ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром"составляет 780,0, фактическая составила 1 172,3.

В поликлинике плановая мощность 175 посещений, фактическая составила 468,0.

Количество посещений в поликлинике учреждения за 2011 год уменьшилось на 1 668 в сравнении с 2010 годом и составило 318575 посещений.

Таблица 4 Показатели работы поликлиники

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | 2009 г. | 2010г. | 2011 г. | Темп изменения % |
| Количество посещений  | 298 256 | 320 243 | 318 575 | +6,8% |
| Число посещений на 1 жителя в год  | 5,1 | 5,3 | 5,3 | +3,9% |
| Функция врачебной должности | 4 835 | 5 394,6 | 5 380,5 | +11,3% |
| Выполнение плана посещений, % | 85,0 | 87,0 | 88,3 | +3,9% |

Число посещений на 1 жителя в год составило 5,3, что соответствует показателю прошлого года.

Функция врачебной должности в среднем по поликлинике составила 5 380,5, что ниже аналогичного показателя на 14,1. Практически по всем специалистам АПУ города и района увеличилась функция врачебной должности. Выполнение плана посещений составило 88,3 % (в 2010 году - 87%).

Работа стационаров города и района. Структура коечного фонда:

· Всего среднегодовых коек - 337, в т.ч. 37 коек дневного стационара;

· Педиатрических - 102 койки, в т.ч. 13 дневного стационара;

· Хирургических - 30 коек;

· Гинекологических - 22 койки, в т.ч. 1 койка дневного стационара;

· Коек патологии беременности - 21, в т.ч. 3 дневного стационара;

· Общих коек - 61, в т.ч. 20 коек дневного стационара;

· Коек сестринского ухода - 20;

· Фтизиатрических - 30 коек.

· Обеспеченность койками на 10 000 населения составило 55,5.

Таблица 5 Показатели работы стационара

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | 2009 год | 2010 год | 2011 год | Темп изменения % |
| Работа койки | 381,7 | 323,6 | 321,5 | -15,8% |
| Средние сроки лечения | 13,1 | 14,3 | 13,8 | +5,3% |
| Оборот койки | 21,6 | 22,7 | 23,4 | +8,3% |
| Число койко-дней | 90 157 | 101 241 | 96 442 | +7,0% |
| Хирургическая активность | 58,9 | 59,0 | 62,5 | +6,1% |
| Больничная летальность | 0,52 | 0,5 | 0,5 | -3,8% |

Показатель работы койки по сравнению с предыдущим годом отмечается примерно на одном уровне, и сопоставим с нормативными показателями (320-330). Снижение в 2010 и 2011 годах по сравнению с 2009 годом отмечается за счет низкой работы койки в хирургическом отделении №2, причем в 2011 году амбулаторный прием и стационарное лечение осуществлялось одним врачом в связи с отсутствием специалистов. В остальных ЛПУ города и района показатель работы койки превышает нормативный. Средние сроки лечения в 2011 году составили 13,8, по сравнению с предыдущим годом сокращены на 0,5%, данный показатель приближается к нормативному (13,0). Оборот койки постоянно увеличивается, в 2011 году составил 23,4. Показатель больничной летальности за три года сохраняется на одном уровне, в 2009 году число умерших детей в стационарах ЛПУ составило 33 человека.

Хирургическая активность в 2011 году возросла в 1,1 раза по сравнению с 2010 годом и составила 62,5% (59,0 в 2010 году).

Приказом главного врача проведена реструктуризация коек, в койки дневного стационара дополнительно перепрофилировано 27 коек, общее число на конец 2011 года составило 47, что позволило увеличить количество пролеченных больных с 528 в 2010 году до 750 в 2011 году, средние сроки лечения составили 11,3, больными проведено 8493 койко-дня.

.5 Анализ качественных и количественных показателей деятельности ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром"

Акушерско - гинекологическая служба. В условиях создавшейся демографической ситуации в стране, важное значение приобретает создание оптимальных условий для материнства, сохранение здоровья женщины-матери.

Материнская смертность является важнейшим показателем, характеризующим уровень медицинской помощи женщинам и детям, состояние здравоохранения и общества в целом.

Таблица 6 Основные показатели обслуживания беременных женщин

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Показатели | 2009 г. | 2010г | 2011 г | Темп изменения % |
| 1. | Состояло на конец года | 334 | 397 | 427 | +27,8% |
| 2. | Всего поступило под наблюдение | 755 | 924 | 873 | +15,6% |
| 3. | Родов в срок | 805 | 850 | 887 | +10,2% |
| 4. | Преждевременные роды | 63 | 57 | 58 | -7,9% |
| 5. | Самопроизвольные аборты | 30 | 36 | 25 | -16,7% |
| 6. | Ранняя явка | 648 | 711 | 657 | +1,4% |
| 7. | Осмотрены терапевтом. | 803 | 874 | 887 | +10,5% |
| 8. | Осмотрены терапевтом до 12 мес. | 628 | 874 | 671 | +6,8% |
| 9. | Сделано посещений всего беременными | 7889 | 9034 | 9 253 | +17,3% |
| 10. | В среднем одной. | 11,7 | 11,9 | 10,6 | -9,4% |
| 11. | Рождаемость (на 1000 населения) | 12,5 | 13,6 | 16,7 | +33,6% |
| 12. | Родов на 1000 женщин ф.в. | 47,9 | 48,4 | 53,9 | +12,5% |
| 13 | Мертворождаемость (%0) | 17,6 | 10,9 | 5,9 | -66,5% |
| 14. | Перинатальная смертность (%0) | 17,6 | 10,9 | 5,9 | -66,5% |
| 15. | Случаи матер. смертности | 0 | 0 | 0 | Без измен. |

В 2011 году увеличилось количество родов в сравнении с 2010 годом, до 887. Отмечаются хорошие показатели терапевтического осмотра беременных в целом и на ранних сроках беременности. Проводятся постоянно профилактические курсы по не вынашиванию, лечению экстрагенитальной патологии, своевременной санации родовых путей. Тем не менее, необходимо шире использовать имеющиеся методы для выявления инфекции, проводить адекватную санацию эффективными антибактериальными препаратами.

Положительным фактором является снижение количества поздних гестозов беременности и отсутствие случаев преэклампсии и эклампсии, что можно объяснить правильным ведением беременных с экстрагенитальной и акушерской патологией.

В стационарных условиях на базе ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" проводятся малые гинекологические операции и манипуляции (полипэктомия, зондирование полости матки, лечебно- диагностическое выскабливание матки, инструментальное удаление ВМК, введение внутриматочных контрацептивов, медицинское прерывание беременности).

За последние годы отмечается хорошая работа койки гинекологического отделения и отделения палаты патологии беременности. Это связано с отсутствием простоя койки по причине укороченных сроков текущих и капитальных ремонтов, полной укомплектованностью медицинскими кадрами.

Отделением патологии за 2011 год пролечено 579 женщина. Работа койки палаты патологии беременности в 2011 году составила 312,5.

На гинекологических койках пролечено 784 человека. Работа койки составила 242,4.

Состоит на диспансерном учете женщин с миомой матки - 205 человек, с раком шейки матки - 8 человека, рак молочной железы - 16 человека.

Таблица 7 Показатели абортов

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | 2009 | 2010 | 2011 | Темп изменения % |
| Абортов всего (с mini) | 464 | 386 | 336 | -27,6% |
| Абортов | 392 | 209 | 258 | -34,2% |
| Число абортов на 1000 женщин фертильного возраста | 30,3 | 23,8 | 20,7 | -31,7% |
| Число абортов на 100 родов | 62,03 | 45,4 | 37,8 | -39,1% |
| Аборты у первобеременных | 29 | 36 | 23 | -20,7% |
| Аборты с 15 до 18 лет | 14 | 26 | 2 | -85,7% |
| Аборты у подростков % | 3,0 | 1,5 | 0,5 | -83,3% |

С каждым годом отмечается снижение количества абортов. Таким образом, работа, проводимая врачом кабинета планирования семьи и всеми акушер - гинекологами района, имеет свои плоды. Учитывая достаточный запас контрацептивов (ВМС, оральные контрацептивы, депо Провера) этот показатель можно еще улучшать.

Педиатрическая служба.Детское население Нижнекамска составляет 14 323 человек. Количество родившихся детей в 2011 году - 1016. Показатель младенческой смертности -8,9 %0. Детская смертность-143,2 %0.

Таблица 8 Анализ младенческой смертности

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | 2009 | 2010 | 2011 | РФ | темп изменения |
|  | Абс. | %о | Абс. | %о | Абс. | %о | %о |  |
| Младенческая смертность | 12 | 11,1 | 9 | 9,1 | 9 | 8,9 | 8,5 | -19,8 |
| Неонатальная смертность | 2 | 1,1 | 2 | 2,0 | 2 | 1,9 |  | +42,1 |
| Ранняя неонатальная смертность | - | - | - | - | 2 | 1,9 |  |  |
| Постнеонатальная смертность | 10 | 10,2 | 7 | 7,0 | 7 | 6,8 |  | -33,3 |
| Перинатальная смертность | 4 | 5,6 | 12 | 11,9 | 8 | 7,8 |  | -28,2 |
| Мертворождаемость | 4 | 5,6 | 12 | 11,9 | 6 | 5,9 |  | -5,1 |
| Удельный вес, умерших на дому | 5 | 41,7 | 1 | 11,1 | 3 | 33,3 |  | +20,1 |

Показатель младенческой смертности уменьшился по сравнению с 2010 годом на 19,8%. Неонатальная смертность увеличилась на 42,1%, постнеонатальная смертность уменьшилась на 33,3%, смертность на дому -3 случая, что составляет-33,3% от всех умерших до 1 года. Из 9 детей 5 детей не поступали на участок, погибли в областных лечебных учреждениях. На участке умело 4 детей, в том числе 3 от бронхолегочной патологии на дому.

В 2011 году заболеваемость детей до 14 лет увеличилась по сравнению с 2010 годом за счет улучшения статистического учета, увеличилась и инфекционная заболеваемость.

Заболеваемость детей первого года жизни увеличилась за счет улучшения статистического учета. Структура заболеваемости в сравнении с 2010 годом изменилась по третьей позиции, если в 2010 году были болезни эндокринной системы, то в 2011 году инфекционные и паразитарные заболевания

Организация профосмотров.Охват профосмотрами: 2009г - 98,83%, 2010 г - 99,6%, 2011 г - 99,3%

"Д" наблюдение на 1000 детского населения: всего на диспансерном учёте по ф 12 - 4014, показатель составил 333,2%0, эффективность диспансеризации 2461 - 61,3%, в том числе не дали обострения 1850 -46,1 %, сняты по выздоровлению 611 - 15,2%

Работа с детьми инвалидами по ФЗ № 122. На 01.01.2011 года в городе Нижнекамске 239 детей-инвалидов, в том числе 143 мальчика и 96 девочек. Впервые оформлено 43 человека: 20 мальчиков и 23 девочки. Наибольшее число детей приходится на возраст10-14 лет-182 человека и составляет 76,2%.

.6 Новые технологии в организации медицинской помощи

В современных социально-экономических условиях при общем дефиците финансирования отрасли здравоохранения большое значение приобретает оказание медицинской помощи в дневных стационарах и стационарах дневного пребывания при ЛПУ. Вместе с тем, внедрение стационарозамещающих форм организации лечебного процесса затруднено из-за отсутствия методического обеспечения данного вида помощи, экономической и социальной мотивации в перемещении объемов медицинской помощи с госпитального на амбулаторно-поликлинический уровень и разработанных показателей для оценки работы дневного стационара.

Основные критерии оценки деятельности дневного стационара - медицинская, социальная и экономическая эффективность.

Медицинская эффективность определяется достигаемыми результатами лечебного процесса. Медицинская эффективность определяется на основании следующих показателей:

1. Исходы лечения у выписанных больных (выздоровление, улучшение состояния, нормализация гемодинамических показателей, без перемен, ухудшение);

2. Сокращение сроков лечения;

. Снижение частоты обострения заболеваний;

. Увеличение числа оздоровленных (получивших противорецидивное лечение диспансерных больных, часто и длительно болеющих лиц);

. Проведение сложных лабораторно-диагностических и инструментальных исследований без госпитализации пациента в круглосуточный стационар.

Социальная эффективность достигается путем физического, психологического, эмоционального состояния больного в процессе лечения, которая преимущественно основана на его субъективном общем восприятии здоровья и социально-психологических условий жизни и определяется следующими критериями:

1. Снижение временной нетрудоспособности у лечившихся вследствие обострения заболеваний;

2. Уменьшение кратности временной потери нетрудоспособности;

. Более быстрое возвращение пациентов к трудовой деятельности при лечении в дневном стационаре по сравнению с круглосуточным;

. Сокращение затрат времени на стационарное лечение;

. Степень удовлетворенности качеством организации медицинской помощи в условиях дневного стационара (по социологическим исследованиям);

. Уменьшение психологического травмирования больных и членов их семей вследствие сохранения привычного суточного режима в жизни пациентов;

. Отсутствие жалоб на лечение в дневном стационаре.

Экономическая эффективность работы дневного стационара определяется путем расчетов отдельных экономических показателей на основании:

1. Среднегодовых расходов на лечение пациентов (с оценкой затрат на оплату труда и начислений на неё, на медикаменты и питание, общехозяйственные расходы, коммунальные услуги и т.д.);

2. Стоимости одного койко-дня и стоимости курса лечения одного пациента;

. Предотвращение экономического ущерба в связи с сокращением длительности временной нетрудоспособности и стоимости лечения по сравнению с лечением в круглосуточном стационаре.

Расчет стоимости медицинской помощи в дневном стационаре проводится с использованием методики, представленной в "Инструкции по расчету стоимости медицинских услуг", утвержденной Минздравом России 10.11.99 № 01-23/4-10. Дополнительно рассчитывается экономическая эффективность организации дневного стационара. Эффективность может быть прямой, и её следует рассматривать как совокупность экономии фонда заработной платы, средств на приобретение медикаментов, расходов на питание.

Стационарзамещающие технологии сегодня становятся приоритетными. Так как, при лечении больных в условиях дневного стационара достигается, помимо медицико-социального эффекта также экономический, который не уступает качеству лечения в условиях стационара круглосуточного пребывания. Работа дневного стационара позволяет более эффективно использовать коечный фонд, применяя менее затратные технологии.

Внедрение новых медицинских технологий предъявляют новые требования к уровню подготовки медицинских работников среднего звена.

Современная медицинская сестра - профессия развивающаяся. Благодаря внедрению сестринского процесса, информационных и коммуникационных технологий роль медицинской сестры повышается, и оказание ею медицинской помощи выходит на более высокий уровень.

В связи с происходящими изменениями в медицинской деятельности, происходят изменения в основных функциях сестринского дела. Выделяют:

.Предоставление сестринского ухода и управление им, будь то меры профилактики, лечения, реабилитации или психологической поддержки пациента, семьи. Эта деятельность наиболее эффективна, если основана на сестринском процессе.

.Обучение пациентов, их семей и представителей здравоохранения, что включает:

оценку знаний и навыков человека, относящихся к сохранению и восстановлению здоровья;

подготовку и предоставление необходимой информации на соответствующем уровне;

оценку результатов подобных просветительных программ;

применение принятых и соответствующих культурных, этических и профессиональных стандартов.

.Исполнение роли эффективного члена медико-санитарной бригады, что предусматривает:

сотрудничество с пациентами, семьями, другими работниками здравоохранения в целях планирования, организации, управления и оценки сестринского ухода;

выполнение роли лидера сестринской бригады, в которую входят другие медицинские сестры и вспомогательный персонал;

делегирование работы и функций медицинской сестры другому сестринскому персоналу и координация их деятельности;

сотрудничество с другими профессионалами в целях создания нормальных условий труда, способствующих эффективной сестринской деятельности;

участие в подготовке и предоставлении необходимой информации населению, руководству, политикам в виде докладов, семинаров, конференций, средств массовой информации и т.п.

.Развитие сестринской практики через критическое мышление и исследование. Эта функция сестринского дела включает:

внедрение новаторских методов работы для достижения лучших результатов в сестринской практике;

определение областей сестринских исследований;

использование культурных, этических и профессиональных стандартов для осуществления руководства сестринскими исследованиями.

При этом основными целями сестринского дела являются:

.Объяснение населению и администрации лечебно-профилактических учреждений важности и приоритетности сестринского дела в настоящее время;

.Привлечение, развитие и эффективное использование сестринского потенциала путем расширения профессиональных обязанностей и предоставления сестринских услуг, максимально удовлетворяющих потребностям населения;

.Обеспечение и проведение учебного процесса для подготовки высококвалифицированных медицинских сестер и менеджеров сестринского дела, а также проведение последипломной подготовки специалистов среднего и высшего сестринского звена;

. Выработка у медицинских сестер определенного стиля мышления.

Сестринское дело решает следующие задачи:

· Развитие и расширение организационных и управленческих резервов по работе с кадрами;

· Консолидирование профессиональных и ведомственных усилий по медицинскому обслуживанию населения;

· Ведение работы по обеспечению повышения квалификации и профессиональных навыков персонала;

· Разработка и внедрение новых технологий в сфере сестринской помощи;

· Осуществление консультативной сестринской помощи;

· Обеспечение высокого уровня медицинской информации;

· Ведение санитарно-просветительской и профилактической работы;

· Проведение научно-исследовательских работ в области сестринского дела;

· Создание стандартов улучшения качества, которые бы направляли сестринский уход в нужное русло и помогали бы оценить результаты деятельности.

3.7 Анкетирование пациентов по вопросам сестринской деятельности

В феврале 2012 года с целью изучения мнения населения о качестве труда медицинских сестер ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" города Нижнекамска было проведено анкетирование пациентов (приложение 1). В опросе участвовало 100 пациентов. Изучение мнения проводилось по специальной анкете, включающей 23 вопроса об удовлетворенности населения качество труда медицинских сестер, об их личностных качествах, о материально-техническом оснащении ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" и другие вопросы. В ходе опроса пациенты имели возможность прокомментировать основные требования к работе медицинских сестер, высказать свои предложения и замечания по улучшению качества сестринской помощи. В анкетировании участвовали родители детей женского (60%) и мужского (40%) пола, из общего числа опрошенных 40% в возрасте 20-39 лет, 32% - 40-59 лет, 18% - старше 60 лет.

По социальному статусу: 43% рабочие, 2% служащие, 28% пенсионеры, 27% неработающие. 69% опрошенных отметили, что наиболее важную роль в деятельности медицинской сестры играют профессиональные знания и умения, 28% - психология общения, 3% - внешний вид.

% оценили внешний вид медицинских сестер как хороший, 11% - удовлетворительный. Удовлетворены психологией общения медицинской сестры с пациентом 79%, 21% отметили, что изредка сталкиваются с равнодушием со стороны медицинских сестер. 2% оценили отношения медицинской сестры к пациенту и его проблемам как равнодушное, 1% - раздраженное, 56% - внимательное, 8% - терпимое, 33% - доброжелательное.

Среди моральных качеств, которыми должна обладать медицинская сестра на первое место пациенты поставили внимательность (54%), далее отзывчивость (28%), заботливость (12%), исполнительность (6%).

27% отметили, что медицинская сестра недостаточно времени уделяет пациентам. 43% опрошенных медицинская сестра посещала на дому, из них 20% отметили, что времени было уделено недостаточно. 12% опрошенных неудовлетворенны тем, как медицинская сестра выполняет назначения врача. 37% отметили, что не получают от медицинской сестры информации о правилах приема лекарств, сдачи анализов в достаточном объеме.

Советы по здоровому образу жизни получали от медицинских сестер лишь 12% опрошенных.

% опрошенных неудовлетворенны качеством работы медицинских сестер. 80% оценили качество работы медицинских сестер как хорошее, 17% удовлетворительное, 3% неудовлетворительное.

Среди причин низкого качества работы медицинских сестер пациенты отметили: 2% дефицит профессиональных знаний, 1% дефицит профессиональных умений, 26% - большая нагрузка на медицинских сестер, 3% - несогласованность в работе, 68% - низкая оплата труда.

Среди основных факторов, отрицательно влияющих на качество труда медицинских сестер, респонденты отметили:

% - низкая материальная заинтересованность,

26% - большая нагрузка на медицинских сестер,

3% - нехватка профессионализма,

39% - материально-техническое обеспечение ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром", которое оценили как недостаточное 68%.

Условия труда медицинских сестер оценили как хорошие - 21%, удовлетворительные - 73%, неудовлетворительные - 6%.

Предложения пациентов по улучшению качества сестринской помощи были следующими:

% - улучшить материально-техническое, лекарственное обеспечение;

% - повысить зарплату;

% - повысить квалификацию;

% - повысить культуру общения медицинской сестры с пациентом;

% - добросовестно относиться к труду;

% - усилить контроль за работой медицинских сестер;

% - сократить работу с документацией;

% - использовать в работе медицинской сестры компьютерные технологии;

Проведенные исследования в целом показали следующее:

. Финансовое положение ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" ограничивает возможности по поддержанию на должном уровне материально-технической базы и обеспечение лечебно-диагностического процесса.

. Большая часть пациентов, в основном, удовлетворены качеством работы медицинских сестер. Вероятно, финансовые трудности компенсируются мобилизацией сотрудниками профессиональных и этико-деонтологических резервов.

.Для улучшения качества сестринской помощи необходимо активизировать работу медицинских сестер по информационному обеспечению пациентов.

# 3.8 Критерии оценки деятельности сестринского персонала в ГАУЗ "Детской городской больнице с перинатальным центром"

Из данных социологического исследования видно, что качество работы среднего медицинского персонала не соответствует ожиданиям и требованиям пациентов учреждений здравоохранения. Отсюда следует, что необходимо анализировать причины неудовлетворенности пациентов и на их основе принимать решения по повышению качества работы средних медицинских работников.

Одной из важнейших функций управления любым процессом, в том числе процессом оказания качественной медицинской помощи, является контроль.

Для организации адекватного контроля определяется порядок проведения экспертизы и вводятся критерии оценки качества работы.

Основной целью проведения экспертизы качества работы среднего медицинского персонала является оперативный анализ внутри учреждения здравоохранения медицинской помощи, оказываемой на каждом рабочем месте.

Проведение экспертизы качества ставит перед собой следующие задачи:

. Повышение личной ответственности медицинских работников за качество выполняемых ими работ (услуг).

. Обеспечение ведения рациональной медицинской деятельности в учреждении здравоохранения и оптимального ее регулирования.

Процесс экспертизы качества работы разделяется на несколько этапов:

.Обнаружение невыполнения регламентируемой работы (услуги).

.Установление причин ее невыполнения (объективных и субъективных).

.Определение путей решения для каждой ситуации.

.Организация работы для обеспечения условий надлежащего выполнения.

Организация работы по экспертизе качества работы среднего медицинского персонала осуществляется на основе Положения о ведомственной экспертизе качества работы среднего медицинского персонала ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром".

Оценка качества медицинской помощи осуществляется экспертным путем. Настоящее Положение устанавливает единые организационные и методические принципы проведения ведомственной экспертизы качества работы среднего медицинского персонала в ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром".

Ведомственная экспертиза качества работы среднего медицинского персонала является массовым персональным видом контроля, приближенным непосредственно к факту и месту оказания медицинских услуг, анализ результатов которого дает возможность оценить качество работы каждого конкретного медицинского работника, а также службы среднего медицинского персонала учреждения в целом.

Организация проведения ведомственной экспертизы качества работы среднего медицинского персонала ГАУЗ "Детской городской больнице с перинатальным центром" города Нижнекамска:

. Схема организации проведения ведомственной экспертизы качества работы среднего медицинского персоналаГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" представлена в приложении 2.

. Ведомственная экспертиза качества работы среднего медицинского персонала (далее - Экспертиза) в учреждениях здравоохранения состоит из трех уровней:

· первый уровень - государственное или муниципальное учреждение здравоохранения;

· второй уровень - для муниципальных учреждений здравоохранения - управление здравоохранения муниципального образования или учреждение здравоохранения, выполняющее функцию органа управления здравоохранения;

· для государственных учреждений - главные внештатные специалисты по сестринскому делу Министерства здравоохранения;

· третий уровень - Экспертный совет по сестринскому делу при Министерстве здравоохранения.

. Первый уровень. Экспертизы проводится ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром".Организацию работы по проведению Экспертизы осуществляет руководитель данного учреждения здравоохранения. Экспертиза первого уровня включает проведение первой, второй, третьей ступеней контроля.

Первую ступень Экспертизы проводят:

· старшие медицинские сестры отделений;

· главная медицинская сестра при оценке качества работы фельдшерско- акушерских пунктов, а также медицинских работников, находящихся в непосредственном подчинении.

Вторая ступень Экспертизы проводится главной медицинской сестрой ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром".

Третья ступень Экспертизы проводится Советом по сестринскому делу ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром".

.Проведение Экспертизы второго уровня осуществляют:

)орган управления здравоохранением муниципального образования. Проведение Экспертизы на данном уровне осуществляют:

· главные штатные или внештатные специалисты по сестринскому делу, комиссия (совет) по сестринскому делу управления здравоохранения муниципального образования;

· совет по сестринскому делу учреждения здравоохранения, выполняющего функцию органа управления здравоохранения;

)главные внештатные специалисты по сестринскому делу Министерства здравоохранения.

.Третий уровень Экспертизы осуществляет Экспертный совет по сестринскому делу при Министерстве здравоохранения.

· Экспертиза первой ступени:

. Старшая медицинская сестра каждого отделенияГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" ежемесячно проводит экспертизу качества работы каждого конкретного среднего медицинского работника отделения.

. Экспертиза проводится в текущем режиме и включает проведение плановых и целевых экспертиз. Соотношение плановых и целевых экспертиз определяет старшая медицинская сестра отделения в соответствии с потребностью.

. Для оценки качества работы каждого сотрудника отделения проводятся не менее 2 и не более 4 экспертиз в месяц.

Для оценки качества работы фельдшерско-акушерских пунктов главная медицинская сестра проводит не менее 1 и не более 3 экспертиз в квартал.

. Проведение одной экспертизы включает оценку по 7 показателям:

) организация рабочего места медицинской сестры, ведение медицинской документации;

) выполнение требований нормативных документов, регламентирующих противоэпидемический режим и инфекционную безопасность;

) организация работы по соблюдению фармацевтического порядка в отделении;

) знание и выполнение требований охраны труда и противопожарной безопасности;

) оценка состояния медицинской аппаратуры, готовность ее к работе;

) знание и выполнение основных принципов медицинской этики и деонтологии;

) выполнение должностных обязанностей.

. При проведении экспертизы на каждого медицинского работника заполняется Карта экспертной оценки качества работы среднего медицинского работника (далее - Карта). Форма Карты приведена в приложении 3.

. При заполнении Карты необходимо следовать следующим правилам:

) в Карте должны быть указаны наименование учреждения, отделение, фамилия, имя, отчество эксперта, фамилия, имя, отчество медицинского работника, дата проведения экспертизы;

) оценка каждого показателя предполагает двух- или трех- уровневую градацию: "положительно", "недостаточно", "неудовлетворительно", а также выставление степени и коэффициента дефекта;

) при оценке каждого показателя может быть выставлено только одно значение степени и соответствующего ему коэффициента дефекта.

Оцениваемые разделы работы средних медицинских работников представлены в приложении 4;

) экспертиза качества работы медицинских работников различных структурных подразделений предполагает обязательную оценку по 6 показателям: с 1-го по 6-й пункт;

) пункт 7 "Выполнение должностных обязанностей" для медицинских работников различных отделений может быть различным, он должен включать раздел, соответствующий должности и месту работы медицинского работника. Варианты данного пункта приведены в приложении 5;

) по результатам проведения каждой экспертизы выставляется общий показатель дефекта (ОПД), который рассчитывается как сумма дефектов по 7 показателям: ОПД = S ПД1 + ПД2 + ПД3 + ПД4 + ПД5 + ПД6 + ПД7;

) Карту подписывает эксперт, проводивший экспертизу.

. Карты экспертной оценки подшиваются и хранятся в кабинете старшей медицинской сестры отделения в течение 1 календарного года.

. Старшая медицинская сестра отделения ведет Журнал учета экспертиз (далее - Журнал), в котором указываются дата проведения проверки, общий показатель дефекта при проверке. Результаты каждой проверки заносятся в Журнал, доводятся до сведения медицинского работника. После этого медицинский работник и эксперт ставят свои подписи в Журнал.

Для возможности оценки и ведения мониторинга качества работы каждого сотрудника отделения Журнал состоит из персональных листов учета экспертиз, в которые помесячно заносятся данные Экспертиз каждого медицинского работника. Форма Журнала приведена в приложении 6.

. По окончании каждого месяца старшая медицинская сестра отделения проводит анализ проведенных Экспертиз по каждому конкретному медицинскому работнику с подсчетом среднего показателя дефекта за месяц (СПД(м)), рассчитываемого как сумма общих показателей дефектов при проведении каждой Экспертизы, деленная на количество проведенных Экспертиз: СПД(м) = SОПД, n где n - количество проведенных экспертиз в месяц.

. Полученный средний показатель дефекта за месяц определяет качество работы каждого конкретного среднего медицинского работника отделения. Данная информация доводится до сведения средних медицинских работников отделения ежемесячно.

. Старшая медицинская сестра отделения проводит анализ проведенных Экспертиз каждого среднего медицинского работника с подсчетом средних показателей дефекта за квартал (CПД(к)), за год (СПД(г)). СПД(к) = S СПД(м)1 + СПД(м)2 + СПД(м)3 / 3; СПД(г) = S СПД(к)1 + СПД(к)2 + СПД(к)3 + СПД(к)4 / 4.

. Полученные данные и заключение по результатам проведения Экспертизы предоставляется заведующему отделением и главной медицинской сестре учреждения 1 раз в месяц, 1 раз в квартал, 1 раз в год для анализа и разработки организационных и управленческих решений.

. Для анализа качества работы отделения старшая медицинская сестра отделения проводит анализ результатов проведенных Экспертиз с подсчетом суммарного показателя дефекта и среднего показателя дефекта по отделению, рассчитывает структуру дефектов.

. На основании полученных данных старшая медицинская сестра отделения определяет возможные причины дефектов, разрабатывает мероприятия, направленные на устранение и предупреждение выявленных дефектов, улучшение качества работы среднего медицинского персонала.

. Старшая медицинская сестра проводит совместное обсуждение с заведующим отделением, средним медицинским персоналом отделения показателей качества и выявленных дефектов при оказании медицинской помощи для их оптимальной коррекции.

· Экспертиза второй ступени

. Главная медицинская сестра учреждения оценивает работу старших медицинских сестер отделений. Данная работа включает два раздела:

)Экспертизу качества работы старших медицинских сестер;

)выборочную Экспертизу работы медицинского персонала отделений.

Для оценки качества работы каждой старшей медицинской сестры каждого отделения необходимо проводить не менее 1 Экспертизы в месяц.

. Проведение одной Экспертизы включает оценку качества работы старшей медицинской сестры по 4 показателям:

) организация работы по кадровому планированию, рациональной расстановке и использованию средних и младших медицинских кадров;

)организационные мероприятия по повышению квалификации, переподготовке, оценке квалификации среднего медперсонала;

)осуществление контроля за противоэпидемическими мероприятиями в отделении;

)организация лечебного процесса.

. При проведении Экспертизы на каждую старшую медицинскую сестру заполняется Карта экспертной оценки качества работы старшей медицинской сестры (приложение 7). Правила заполнения данной карты аналогичны заполнению карты при Экспертизе 1-й ступени. Ранжирование коэффициентов дефектов оцениваемых разделов качества работы старшей медицинской сестры отделения приведено в приложении 8.

. Выборочная Экспертиза работы медицинского персонала отделений проводится для оценки работы старшей медицинской сестры отделения по экспертизе качества работы медицинского персонала отделения.

Количество проводимых главной медицинской сестрой Экспертиз в квартал зависит от количества среднего медицинского персонала в отделениях:

· 30-60 специалистов - 8-10 Экспертиз;

· 15-30 специалистов - 6-8 Экспертиз;

· 10-15 специалистов - 4-6 Экспертиз;

· 5-10 специалистов - 2-4 Экспертизы.

При проведении Экспертизы на каждого медицинского работника заполняется Карта экспертной оценки качества работы среднего медицинского работника. По результатам проведенных выборочных Экспертиз главной медицинской сестрой рассчитывается средний показатель дефекта по отделению, проводится расчет структуры дефектов. Полученные данные сопоставляются с данными, представленными старшей медицинской сестрой отделения.

. Карты экспертной оценки подшиваются и хранятся в кабинете главной медицинской сестры в течение 1 календарного года.

. Главная медицинская сестра ведет Журнал учета экспертиз, в котором указываются дата проведения проверки, общий коэффициент дефекта, выявленный при Экспертизе качества работы старшей медсестры, средний коэффициент дефекта, полученный при выборочной Экспертизе медицинского персонала отделений. Результаты каждой проверки доводятся до сведения старшей медсестры, после этого старшая медсестра и эксперт ставят подписи в Журнал.

. Для возможности оценки и ведения мониторинга качества работы старших медицинских сестер отделений Журнал состоит из персональных листов учета экспертиз. Форма журнала приведена в приложении 6.

. Главная медицинская сестра проводит анализ проведенных Экспертиз качества работы старших медицинских сестер отделений с подсчетом средних показателей дефекта за квартал (СПД(к)), за год (СПД(г)).

. Главная медицинская сестра проводит анализ полученных данных по Экспертизам качества работы среднего медицинского персонала отделений и качества работы старших медицинских сестер.

. Полученные данные и заключение докладываются на совете по сестринскому делу учреждения здравоохранения, предоставляются руководителю учреждения и (или) его заместителю, курирующему данное направление, 1 раз в месяц, 1 раз в квартал, 1 раз в год для анализа и разработки организационных и управленческих решений.

. Исходя из своих потребностей учреждение здравоохранения может ввести более детальную оценку деятельности средних медицинских работников в соответствии с их профессиональными обязанностями и характером выполняемых работ (услуг), однако предельные коэффициенты дефектов по каждому разделу Экспертизы должны соблюдаться.

· Экспертиза третьей ступени

. Экспертиза проводится советом по сестринскому делу учреждения здравоохранения. Состав совета, его функции, порядок работы утверждаются руководителем учреждения здравоохранения. В функции совета входит рассмотрение разногласий, возникших при проведении Экспертизы первой и второй ступеней, проведение повторных плановых или целевых Экспертиз, анализ показателей контроля качества медицинской помощи, оказываемой средним медицинским персоналом по структурным подразделениям и по учреждению в целом, разработка предложений по улучшению качества работы медицинских работников и, как следствие, качества оказанной медицинской помощи в целом. Примерное положение о совете по сестринскому делу учреждения здравоохранения представлено в приложении9.

.Проведение Экспертизы второго уровня включает:

) проведение оценки качества медицинской помощи, оказываемой в учреждениях здравоохранения, выборочную Экспертизу медицинского персонала учреждений, проведение плановых или целевых Экспертиз в соответствии с планом работы;

) анализ структуры дефектов и качества медицинской помощи по курируемому разделу;

) разработку перечня индикаторов качества оказания медицинской помощи в различных учреждениях здравоохранения и их включение в ведомственную статистическую систему для совершенствования управления качеством;

) рассмотрение разногласий, возникших при проведении Экспертизы первого уровня.

. Экспертизу третьего уровня проводит Экспертный совет по сестринскому делу при Министерстве здравоохранения. Положение об Экспертном совете по сестринскому делу при Министерстве здравоохранения приведено в приложении 10.

сестринский помощь уход здравоохранение

Заключение

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

Огромная роль в реализации мероприятий по оздоровлению нации принадлежит медицинским сестрам, образование и опыт которых позволяет оказывать высококачественные сестринские услуги.

Управление качеством сестринской помощи на сегодняшний день без сомнения является очень важной и актуальной проблемой. В свете современных требований большее внимание отводится 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.

Результаты работы среднего медицинского персонала ЛПУ 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 ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" 98,1% сертифицированных врачей, что выше показателя по городу Нижнекамску и району (95,3) и РФ (87). С 2009 года данный показатель увеличился на 3%. Сертифицированность среднегомедицинского персонала увеличилась на 7,5% до 96% и также этот показатель выше аналогичного по городу Нижнекамску и району (93,9) и по Российской Федерации (77,9).

Хирургическая активность в 2011 году возросла в 1,1 раза по сравнению с 2010 годом и составила 62,5% (59,0 в 2010 году).

В 2011 году увеличилось количество родов в сравнении с 2010 годом, до 887. Отмечаются хорошие показатели терапевтического осмотра беременных в целом и на ранних сроках беременности. Проводятся постоянно профилактические курсы по не вынашиванию, лечению экстрагенитальной патологии, своевременной санации родовых путей.

Показатель младенческой смертности уменьшился по сравнению с 2010 годом на 19,8%. Неонатальная смертность увеличилась на 42,1%, постнеонатальная смертность уменьшилась на 33,3%, смертность на дому -3 случая, что составляет-33,3% от всех умерших до 1 года.

Проведенные исследования в целом показали следующее:

. Финансовое положение ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" ограничивает возможности по поддержанию на должном уровне материально-технической базы и обеспечение лечебно-диагностического процесса.

. Большая часть пациентов, в основном, удовлетворены качеством работы медицинских сестер. Вероятно, финансовые трудности компенсируются мобилизацией сотрудниками профессиональных и этико-деонтологических резервов.

.Для улучшения качества сестринской помощи необходимо активизировать работу медицинских сестер по информационному обеспечению пациентов.

Выводы

1. Анализ литературных данных о качестве в сестринском деле в Российской федерации показал следующее:

- В ходе исследования были определены функции сестринского дела: участие в уходе, педагогическая, исполнительская, исследовательская, а также цели: эффективное использование сестринского потенциала, обеспечение и ведение учебного процесса, выработка у медсестер, врачей, общества в целом, нового стиля мышления относительно сестринского дела; создание необходимых стандартов.

Контроль КМП разделен на ведомственный и вневедомственный.Система контроля качества сестринской помощи представлена уровнями: текущая оценка качества, периодическая оценка качества, углубленная оценка качества сестринской помощи (два раза в год) по критериям, выявление проблем и коррекция, обсуждение в школе профессионального мастерства, обучение на семинарах.

2. Мероприятиями, обеспечивающими качество сестринской помощи являются: подготовка кадров, ресурсное обеспечение деятельности медицинских сестер, внедрение стандартов сестринской помощи, использование современных сестринских технологий, экспертиза качества с последующей коррекцией.

. Обоснование критериев качества сестринской медицинской помощи в учреждениях ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" проводилось методом экспертных оценок и эксперимента. Для достоверной экспертной оценки выбирается экспертная группа, в состав которой входят компетентные люди: заместитель главного врача по лечебной работе; главная медсестра; помощник эпидемиолога, заведующая отделением, в котором проводится ранжирование; старшая медсестра отделения, в котором проводится ранжирование.

Пракические рекомендации

. Территориальным органам управления здравоохранения узаконить критерии качества сестринской помощи в деятельности лечебных учреждений.

. Органам управления муниципального уровня здравоохранения использовать предложенные критерии качества сестринской помощи в деятельности лечебных учреждений.

. Главным врачам и заведующим отделений медицинских организаций применить приведенные критерии качества оказания медицинской помощи в целях повышения эффективности деятельности медицинской организации.

. С целью совершенствования системы управления сестринским делом, работы по экспертизе деятельности и качества оказания сестринской помощи в учреждениях здравоохранения заместителям главного врача по работе с сестринским персоналом и главным медицинским сестрам усовершенствовать контроль за повышением качества сестринской помощи с помощью ранжирования.

. Старшим медицинским сестрам:

соблюдать требования, предъявляемые к качеству сестринской медицинской помощи;

соблюдать правильное ведение документации по контролю качества;

информировать средний медицинский персонал о результатах ранжирования;

принимать меры по улучшению работы сестринского персонала.

Список литературы

1. Бойко Ю.П., Концептуальные подходы к реформированию системы охраны здоровья в мире / Ю.П. Бойко, Г.А. Комаров, Л.А. Меламед // Пробл. управления здравоохранением. - 2003. - №4. - С.5-13.

2. Вишнякова В.А. Внедрение сестринского процесса. Эксперимент в Читинской области / В.А. Вишнякова, Е.М. Папук, Т.П. Распопова // Сестринское дело. - 2003. - №3. - С. 28-29.

. Двойников СИ. Личностно ориентированные методы в подготовке среднего медперсонала //Сестринское дело. - 2003. - № 4-5. -С. 18-20.

. Двойников СИ. Управление качеством медицинской помощи. Качество сестринской помощи // Сестринское дело. - 2004. - № 3. -С. 11-13.

. Двойников СИ. Формирование системы качества подготовки специалистов в медицинском колледже/СИ. Двойников, О.А.Смагина, Т.В.Коротеева // Сестринское дело. - 2005. - № 2. - С. 10-13.

. Дорофеева В.М., Красильников И.А., Машкова И.В., Мусийчук Ю.И., Солдатенкова Ж.М., Томилова Т.Н. Анализ медицинских данных государственного статистического наблюдения. Изд-е 2 доп. и испр. - СПб.: Издательство Медицинская пресса, 2003. - 176 с.

. Ильясов Д.М. Повышение квалификации руководителей как педагогическая проблема // Высшее образование в России. - 2004. -№ 11.С. 32-37.

. "Качество медицинской помощи" № 4/99 г. И.С.Мельникова "Управление качеством медицинской помощи как стратегия оптимизации использования ресурсов здравоохранения", с. 34-44.

. "Качество медицинской помощи" № 2/99 г. Г.И.Галанова "Социологическое исследование среди руководителей органов и учреждений здравоохранения по вопросам качества оказания медицинской помощи населению", с. 28-31.

. "Качество медицинской помощи" № 3/2002 г. В.Н.Карпов, О.В.Ходакова, В.В.Лучкина "Качество медицинской помощи по данным опросов пациентов", стр. 86-89.

. Косарева Н.Н. Управление сестринским персоналом как одна из составляющих качества сестринской медицинской услуги //Главная медицинская сестра. - 2004. - № 3. - С. 29-35.

. Кремер Н.Ш. Теория вероятностей и математическая статистика. Учебник для вузов. - М.: ЮНИТИ - ДАНА, 2001. - 543 с.

. Левшанков А.И. Пути повышения качества сестринской помощи / беседу вел Е. Грейер // Сестринское дело. - 2004. - № 4-5. С 55-56

. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. "Управление качеством медицинской помощи". - М.: 2000.- 367 с.

15. Никифоров А.Д. Управление качеством. - М.: Дрофа, 2004. - 720с.

. Основы сестринского дела: Учебное пособие под общей редакцией проф. С.И.Двойникова. - М.: АНМИ, 2005. - 577 с.

17. Основы стандартизации в здравоохранении в условиях обязательного медицинского страхования. Учебное пособие/Под ред. Кучеренко В.З., Вялкова А.И., Воробьёва П.А.- М.: 2000. - 392с.

18. Приказ МЗ РФ № 299 от 31. 07. 00 года "О введении в действие Отраслевого стандарта "Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие требования".

19. Родионовская Т.В. внедрение стандартов в практическую деятельность медсестры. Сестринское дело №6, 2001г.

. "Сестринское дело" № 2/2002 г. Т.И.Стуколова "О новом месте медицинской сестры в российском здравоохранении", с. 4-5.

21. Степанов В.В. О состоянии научных исследований по организации работы среднего медицинского персонала // Главная медицинская сестра. № 2 -2006.

22. Теория сестринского дела. Учебное пособие для студентов факультета высшего сестринского образования. - Самара: "Перспектива", 2002. - 160с.

23. Теория и практика сестринского дела в двух томах. П. Бейер, Ю. Майерс и др. Учебное пособие. Пер. с англ. /Под ред. С.В. Лапик, В.А. Ступнина, В.А. Саркисовой. - М.: ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава", 2008. - 800с.

. Шильникова Н.Ф., Карпова И.П. Методика оценки деятельности среднего медицинского персонала: Методическое пособие.-Чита:ИИЦ ЧГМА,2007.-30 с.

Приложение 1

Анкета для анализа и оценки качества сестринской помощи, степени удовлетворенности пациентов

. Пол: а) мужской; б) женский.

. Возраст: а) 20-29 лет; б) 30-39 лет; в) 40-49 лет; г) 50-59 лет; д) 60 лет и старше.

. Социальный статус:

а) служащий; б) рабочий; в) предприниматель; г) пенсионер;

д) неработающий.

. Что, по вашему мнению, играет наиболее важную роль в деятельности медсестры?

а) внешний вид;

б) психология общения с людьми;

в) профессиональные знания, умения.

. Оцените внешний вид медсестер:

а) хороший; б) удовлетворительный; в) неудовлетворительный.

. Удовлетворяет ли вас психология общения медсестры с пациентом?

а) да б) нет

. Часто ли вы сталкиваетесь с равнодушием, черствостью со стороны медсестер? а) да; б) редко; в) нет.

. Какими моральными качествами в первую очередь должна обладать медсестра?

а) внимательность; б) отзывчивость; в) заботливость; г) терпимость;

д) исполнительность; е) уравновешенность; ж) общительность; з) другие (укажите какие именно).

. Оцените отношение медсестры к пациенту и его проблемам:

а) раздраженное; б) равнодушное; в) напряженное; г) терпимое;

д) внимательное; е) доброжелательное.

. Достаточно ли внимания, времени уделяет медсестра пациентам?

а) да; б) нет.

. Посещала ли вас медсестра на дому? а) да; б) нет.

. Достаточно ли времени уделяет медсестра пациенту при посещении на дому? а) да; б) нет.

. Удовлетворены ли вы тем как медсестра выполняет назначения врача? а) да; б) нет.

. Дает ли вам медсестра информацию о правилах приема лекарств, сдачи анализов, назначенных врачом? а) да; б) нет.

. Дает ли вам медсестра советы по здоровому образу жизни, питанию, закаливанию и прочим вопросам профилактики заболеваний: а) да; б) нет.

. Считаете ли вы объем полученной информации достаточным?

а) да;б) нет.

. Удовлетворены ли вы качеством работы медсестер? а) да; б) нет.

. Как вы оцениваете качество работы медсестры?

а) хорошее; б) удовлетворительное; в) неудовлетворительное.

. По вашему мнению, каковы причины низкого качества работы медсестер?

а) дефицит профессиональных знаний;

б) дефицит профессиональных умений;

в) большая нагрузка на медсестер;

г) низкая оплата труда;

д) несогласованность в работе медперсонала.

. Назовите основные факторы, отрицательно влияющие на качество труда медсестер:

а) материально-техническое оснащение;

б) нехватка профессионализма;

в) большая нагрузка на медсестер;

г) низкая материальная заинтересованность.

.Оцените материально-техническое оснащение поликлиники для оказания пациентам квалифицированной сестринской помощи:

а) достаточное; б) недостаточное.

. Оцените условия труда медсестер:

а) хорошее; б) удовлетворительное; в) неудовлетворительное.

. Ваши предложения по улучшению качества сестринской помощи:

а) изменить отношение к пациентам;

б) повысить квалификацию;

в) повышение культурного уровня медсестер;

г) обучить медсестер психологии общения с пациентами;

д) добросовестно относиться к труду;

е) рационально распределять рабочее время;

ж) перераспределить обязанности между врачом и медсестрой;

з) повысить престиж профессии медсестры;

и) улучшить материально-техническое оснащение;

к) улучшить лекарственное обеспечение;

л) увеличить число медсестер;

м) усилить контроль за работой медсестер;

н) использовать в работе медсестер компьютерные технологии;

о) сократить работу с документацией;

п) повысить зарплату.

Приложение 2

Схема организации проведения ведомственной экспертизы качества работы среднего медицинского персонала в ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром"

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Исполнитель | Вид экспертизы | Количество и периодичность проведения экспертизы | Ведение документации |
| Первый уровень |
| Первая ступень | Старшая медицинская сестра | Плановая и целевая экспертиза персонала отделения | Не менее 2 и не более 4 экспертиз в месяц, в текущем режиме | - Карта экспертной оценки; - Журнал учета экспертиз; - Сводная ведомость первой ступени контроля |
|  | Главная медицинская сестра | Плановая и целевая экспертиза персонала фельдшеско-акушерских пунктов | Не менее 1 и не более 3 экспертиз в месяц, в текущем режиме |  |
| Вторая ступень | Главная медицинская сестра | Экспертиза старших медицинских сестер | Не менее 2 и не более 4 экспертиз в квартал на каждую старшую медицинскую сестру, в тек режиме | - Карта экспертной оценки; - Журнал учета экспертиз; - Сводная ведомость второй ступени контроля |
|  |  | Выборочная экспертиза медицинского персонала отделений | В квартал, в зависимости от количества персонала: - 30-60спец. -8-10; - 15-30спец. -6-8; - 10-15спец. -4-6; - 5-10спец. -2-4. | - Карта экспертной оценки; - Журнал учета экспертиз |
| Третья ступень | Совет по сестринскому делу | Рассмотрение разногласий, возникших при проведении Экспертизы первой и второй ступеней | По мере необходимости, но не реже одного раза в месяц | - Протокол заседания; - Карта экспертной оценки; - Журнал учета экспертиз |
| Второй уровень |
| Главные штатные или внештатные специалисты по сестринскому делу | Рассмотрение разногласий, возникших при проведении Экспертизы первого уровня. Выборочная Экспертиза медицинского персонала учреждений проведение Плановых или целевых экспертиз | В текущем режиме в соответствии с планом работы | - Протокол заседания; - Отчет (справка) о проведенных Экспертизах |
|  |  | По мере необходимости, не реже одного раза в квартал |  |
| Третий уровень |
| Экспертный совет по сестринскому делу при Министерстве Здравоохранения Республики Татарстан | Рассмотрение обращений в Министерство Здравоохранения Республики Татарстан по вопросам Экспертизы. Выборочная Экспертиза медицинского персонала учреждений. Проведение плановых или целевых экспертиз | По мере необходимости, но не реже раза в квартал | - Протокол заседания; - Отчет (справка) о проведенных Экспертизах |

Приложение3

Карта экспертной оценки качества работы среднего медицинского работника

ЛПУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. эксперта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. медицинского работника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата проведения экспертизы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Раздел работы | Дефект |
|  |  | Степень | Коэффицент |
| 1. | Организация рабочего места: ведение первичной медицинской документации: -положительно; -недостаточно; -неудовлетворительно. |  0 1; 2 3 |  0 0,0009;0,011 0,014 |
| 2. | Выполнение требований нормативных документов, регламентирующих противоэпидемический режим и инфекционную безопасность: -положительно; -недостаточно; -неудовлетворительно. |  0 1; 2; 3 4 |  0 0,0009;0,011;0,014 0,022 |
| 3. | Организация работы по соблюдению фармацевтического порядка в отделении: -положительно; -недостаточно; -неудовлетворительно |  0 1; 2; 3 4 |  0 0,0009;0,011;0,014 0,022 |
| 4. | Знание и выполнение требований охраны труда и противопожарной безопасности: -положительно; -недостаточно |  0 1; 2 |  0 0,0009;0,011 |
| 5. | Состояние медицинской аппаратуры, готовность ее к работе: -положительно; -недостаточно |  0 1; 2 |  0 0,0009;0,011 |
| 6. | Значение и выполнение основных принципов медицинской этики и деонтологии: -положительно; -недостаточно |  0 1; 2 |  0 0,0009;0,011 |
| 7. | Выполнение функциональных обязанностей, соответствующих должности и месту работы медицинского работника: -положительно; -недостаточно; -неудовлетворительно |  0 1; 2; 3 4 |  0 0,0009;0,011;0,014 0,022 |
| Общий показатель дефекта |

Приложение 4

Оцениваемые разделы работы средних медицинских работников (соответствие требованиям). Разделы:

· Организация рабочего места медицинской сестры, ведение первичной медицинскойдокументации:

.Готовность рабочего места к работе. 2. Прием и сдача дежурств. 3. Оформление первичной медицинской документации: амбулаторных карт и историй болезни. 4. Ведение журналов утвержденной формы в соответствии с деятельностью структурного подразделения. 5.Своевременное оформление статистической отчетности.

· Выполнение требований нормативных документов, регламентирующих противоэпидемическийрежим:

. Наличие на рабочем месте основных нормативных документов по противоэпидемическому режиму и инфекционной безопасности.

. Оснащение рабочего места изделиями медицинского назначения, стерилизующей аппаратурой, дезинфицирующими средствами.

. Санитарно-техническое состояние помещения: оснащение уборочным инвентарем, столовой посудой, постельными принадлежностями.

. Соблюдение правил инфекционной безопасности.

. Соблюдение правил противоэпидемического режима: дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения, соблюдение правил и сроков хранения стерильного материала, соблюдение правил текущей и заключительной дезинфекции.

. Ведение рабочей документации в отделениях и кабинетах.

. Соблюдение правил сбора, дезинфекции медицинских отходов.

. Готовность к выполнению противоэпидемических мероприятий при подозрении или выявлении случаев инфекционных заболеваний, в том числе особо опасных инфекций.

. Своевременность и полнота прохождения периодических медицинских осмотров.

. Результаты микробиологического мониторинга.

. Отсутствие случаев внутрибольничной гнойно-септической инфекции: постинъекционных, посткатетеризационных осложнений. При наличии внутрибольничной гнойно-септической инфекции выставляется показатель дефекта 0,022.

· Организация работы по соблюдению фармацевтического порядка в отделении:

.Знание основных нормативных документов, регламентирующих фармацевтический порядок на рабочем месте. 2.Обеспечение правил хранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения. 3.Работа с учетной группой медикаментов. При невыполнении требований к работе с учетной группой медикаментов выставляется показатель дефекта 0,022. 4. Порядок выдачи лекарственных средств выполнения инъекций. 5. Организация рабочего места для проведения трансфузионной терапии.

· Знание и выполнение требований охраны труда и противопожарной безопасности:

.Знание и выполнение требований инструкций по охране труда, своевременность прохождения инструктажей.

.Знание и выполнение требований противопожарной безопасности.

· Состояние медицинской аппаратуры, готовность ее к работе:

.Обеспечение готовности медицинской аппаратуры к работе.

.Ведение учетной документации по работе аппаратуры.

· Знание и выполнение основных принципов медицинской этики и деонтологии:

· 1.Соблюдение требований, предъявляемых к внешнему виду.

.Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии.

Приложение 5

Выполнение обязанностей, соответствующих должности и месту работы медицинского работника

Обязанности:

Акушерское дело

. Оказание акушерского пособия.

. Проведение психопрофилактической подготовки в родах. При наличии случаев материнского или детского травматизма, возникших по вине акушерки, выставляется показатель дефекта 0,022.

Операционное дело

.Знание и соблюдение техники оперативных вмешательств на различных этапах операций.

. Своевременная доставка больного в операционную, подготовка к операции.

.Оформление биопсийного материала на гистологические исследования.

При наличии случаев послеоперационных осложнений у пациента, возникших по вине медицинской сестры, выставляется показатель дефекта 0,022.

Анестезиология и реаниматология

. Четкое выполнение врачебных назначений при оказании анестезиологического пособия.

. Своевременность подготовки пациента к проведению анестезиологического пособия.

. Наблюдение за пациентом после проведения анестезиологического пособия.

Рентгенология

. Знание и соблюдение методик проведения исследования.

. Соблюдение радиационной безопасности.

. Качественное выполнение рентгеновских снимков.

Лабораторная диагностика

.Регистрация биологического материала, поступающего на исследование.

.Забор материала на исследование.

.Выполнение раздела лабораторных исследований, определенного функциональными обязанностями.

Функциональная диагностика

. Знание и соблюдение методик проведения исследований.

. Документальное оформление исследований в соответствии с требованиями.

Физиотерапия

Знание и соблюдение методик проведения исследований.

Патологическая анатомия

. Регистрация биологического материала, поступающего на исследование.

. Подготовка гистологического препарата.

. Приготовление фиксирующих растворов и красителей.

. Работа по сохранности архивных данных.

Медицинская статистика

. Своевременное получение первичной статистической документации из структурных подразделений учреждения.

. Ведение учетной статистической документации.

. Качественная и своевременная подготовка статистических отчетов в соответствии с должностными обязанностями.

Приложение 6

Форма Журнала учета экспертиз качества работы медицинского персонала отделения

|  |
| --- |
| Ф.И.О. сотрудника |
| год 20\_\_, месяц | Дата проведения проверки | Общ показ дефекта | Подпись сотруд | Подпись эксп |
| Январь |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Средний показатель |  |  |  |
| Февраль |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Средний показатель |  |  |  |
| Март |  |  |  |  |

Форма Журнала учета экспертиз качества работы старших медицинских сестер отделений

|  |
| --- |
| Отделение Ф.И.О. старшей медицинской сестры |
| год 20\_\_, месяц | Дата проведения проверки | Общий показатель дефекта | Средний показатель дефекта при выборочной экспертизе | Подпись сотрудника | Подпись эксперта |
| Январь |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Средние показатели |  |  |  |  |
| Февраль |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Средние показатели |  |  |  |  |
| Март |  |  |  |  |  |

Приложение 7

Карта экспертной оценки качества работы старшей медицинской сестры

ЛПУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. эксперта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. медицинского работника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата проведения экспертизы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Раздел работы | Дефект |
|  |  | Степень | Коэффицент |
| 1. | Организация работы по кадровому планированию, рациональной расстановке и использованию средних и младших медицинских кадров: -положительно; -недостаточно |  0 1; 2; 3 |  0 0,0009;0,011;0,014 |
| 2. | Организация мероприятий по повышению квалификации среднего медицинского персонала: -положительно; -недостаточно |  0 1; 2; 3 |  0 0,0009;0,011;0,014 |
| 3. | Осуществление контроля за противоэпидемическими мероприятиями в отделении: -положительно; -недостаточно; -неудовлетворительно |  0 1; 2; 3 4 |  0 0,0009;0,011;0,014 0,022 |
| 4. | Организация лечебного процесса: -положительно; -недостаточно |  0 1; 2 |  0 0,0009;0,011 |
| Общий показатель дефекта |

Приложение 8

Ранжирование коэффициентов дефектов оцениваемых разделов работы старшей медицинской сестры отделения

|  |  |
| --- | --- |
| Раздел работы | Коэффицент дефекта |
| 1 | 2 |
| Организация работы по кадровому планированию, рациональной расстановке и использованию средних и младших медицинских кадров 1.Ознакомление вновь принятых сотрудников с функциональными обязанностями. 2.Ознакомление сотрудников с приказами, регламентирующими работу отделения. 3.Оформление паспорта старшей медсестры, составление: -плана работы на год; -графиков работы на месяц; табеля учета рабочего времени; -графиков отпусков; -аналитического отчета за год. | Выполнение всех пунктов - 0. Не выполнение: 1 пункта - 0,009; 2 пункта - 0,011; 3 пункта - 0,014. |
| Организационные мероприятия по повышению квалификации, переподготовке, оценке квалификации среднего медперсонала: 1.Организация и проведение "Школы молодой медсестры". 2. Организация и проведение тематических занятий в отделении. 3.Посещение обще больничных семинаров и конференций. 4.Подготовка специалистов к сертификационным циклам и аттестации на квалификационные категории. | Выполнение всех пунктов - 0. Не выполнение:1 - 2 пунктов - 0,009;3 пункта - 0,011;4 пунктов или п.4 - 0,014.не относится к 4 |
| Осуществление контроля за противоэпидемическими мероприятиями в отделении 1.Достаточный уровень подготовки персонала и качество выполнения основных приказов по противоэпидемическому режиму и инфекционной безопасности. 2.Обеспеченность отделения изделиями медицинского назначения, расходными материалами, дезинфицирующими средствами, средствами индивидуальной защиты. 3.Оценка показателей производственного контроля, допустимые по санаторной группе и стерильности материала и инструментария. 4.Ведение медицинской документации по противоэпидемическому режиму в соответствии с требованиями. 5.Отсутствие случаев постинъекционных осложнений. 6.Выполнение правил сбора, дезинфекции медицинских отходов. | Выполнение всех пунктов - 0. Не выполнение: 1 - 2 пунктов - 0,009; 3 пункта - 0,011; 4 пунктов- 0,014; всех пунктов или п.5 -0, 022. не относится к п.5. |
| Организация лечебного процесса: 1.Организация работы по приказам, регламентирующим фармацевтический порядок в отделении. 2.Организация выполнения врачебных назначений. 3.Организация общего ухода за пациентами 4.Организация оказания доврачебной помощи при неотложных состояниях. 5.Качество ведения первичной медицинской документации. | Выполнение всех пунктов - 0. Не выполнение: 1 - 2 пунктов - 0,009; 3 пункта - 0,011; 4 пунктов- 0,014; всех пунктов или п.2. или п.3-0,022 не относится к п.2 и 3 |

Приложение 9

Примерное положение о Совете по сестринскому делу учреждения здравоохранения. Общие положения

. Совет по сестринскому делу (далее - Совет) организуется в учреждениях здравоохранения для совершенствования организации, координации и анализа деятельности среднего медицинского персонала.

. Совет в своей деятельности руководствуется законодательством Российской Федерации, законами Республики Татарстан, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Уставом медицинского учреждения, настоящим Положением.

. В состав Совета входят наиболее опытные, квалифицированные средние медицинские работники, организаторы сестринского дела, представители руководства учреждения.. Задача и функции

. Основной задачей Совета является повышение роли и ответственности средних медицинских работников в оказании учреждением качественной медицинской помощи, удовлетворенности населения качеством оказанной медицинской помощи.

. Совет осуществляет следующие функции:

.1. Проводит мероприятия по совершенствованию организации и оказанию современных видов сестринской помощи пациентам.

.2. Способствует внедрению стандартов медицинской помощи в деятельность сестринского персонала.

.3. Обеспечивает проведение мероприятий по совершенствованию профессиональных знаний, практических умений среднего медицинского персонала.

.4. Осуществляет организационно-методическое руководство по организации и совершенствованию контроля качества медицинской помощи, оказанной средним медицинским персоналом.

.5. Является третьей ступенью ведомственной экспертизы качества работы среднего медицинского персонала учреждения.

.6. Проводит анализ показателей контроля качества медицинской помощи, оказываемой средним медицинским персоналом по структурным подразделениям и в целом по учреждению.

.7. Принимает участие в разработке мероприятий по материальному стимулированию и другим видам поощрения средних медицинских работников.

.8. Участвует в рассмотрении разногласий, возникших при проведении Экспертизы первой и второй ступеней.. Права Совета Совет имеет право:

. Вносить предложения по рациональной организации работы сестринских служб структурных подразделений медицинского учреждения.

. Проводить дополнительную экспертизу качества медицинской помощи при возникновении конфликтных ситуаций по результатам про- веденных экспертиз качества работы средних медицинских работников структурных подразделений учреждения.

. Запрашивать необходимую информацию по вопросам, относящимся к компетенции Совета.

. Представлять руководителю медицинского учреждения отчеты о своей деятельности.. Структура и организация деятельности

. Совет создается и его состав утверждается приказом руководителя медицинского учреждения.

. Председателем Совета является заместитель руководителя медицинской организации (по лечебной работе, контролю качества медицинской помощи, клинико-экспертной работе), заместителем председателя - главная медицинская сестра (акушерка, фельдшер) медицинской организации.

. Заседания Совета проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц и оформляются протоколом.

. Решения Совета принимаются большинством голосов лиц, присутствующих на заседаниях, путем открытого голосования.

Приложение 10

Положение об Экспертном совете по сестринскому делу при Министерстве здравоохранения Республики Татарстан. Общие положения

. Экспертный совет по сестринскому делу при Министерстве здравоохранения Республики Татарстан (далее - Экспертный совет) создается для повышения качества сестринской помощи в учреждениях здравоохранения.

. Состав членов Экспертного совета формируется на представительной основе из сотрудников Министерства здравоохранения Республики Татарстан, образовательных медицинских учреждений, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

. Экспертный совет в своей деятельности руководствуется законодательством Российской Федерации, законами Республики Татарстан нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Министерства здравоохранения Республики Татарстан и настоящим Положением.. Задачи и функции Экспертного совета

. Основной задачей Экспертного совета является разработка и внедрение современных моделей управления качеством сестринской помощи в учреждениях здравоохранения Республики Татарстан.

.Экспертный совет осуществляет следующие функции:

.1.Участвует в разработке проектов нормативных правовых актов Министерства здравоохранения Республики Татарстан по вопросам организации сестринского дела.

.2. Осуществляет организационно-методическое руководство по организации и совершенствованию экспертизы качества медицинской помощи среднему медицинскому персоналу.

.3. Является третьим уровнем ведомственной экспертизы качества работы среднего медицинского персонала.

.4. Участвует в организации внедрения современных методов и новых организационных форм деятельности сестринского персонала.

.5. Участвует в организации научно-практических конференций, совещаний и семинаров, посвященных вопросам сестринского дела.. Права Экспертного совета Экспертный совет имеет право:

. Рассматривать на своих заседаниях вопросы, имеющие отношение к проведению ведомственной экспертизы качества работы среднего медицинского персонала.

. Привлекать к работе и приглашать на заседания представителей органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения муниципальных образований и заслушивать их по вопросам, входящим в компетенцию Координационного совета.

. Формировать рабочие группы для реализации функций Экспертного совета по вопросам, входящим в его компетенцию.. Организация деятельности Экспертного совета

. Общее руководство работой Экспертного совета осуществляет его председатель.

. Заседания Экспертного совета проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в квартал.

. Заседание Экспертного совета считается правомочным, если на нем присутствует не менее половины его членов.

. Решения Экспертного совета принимаются большинством голосов его членов, присутствующих на заседании, и оформляются протоколом, который подписывает председатель.