КУРСОВАЯ РАБОТА

По дисциплине: "Общественное здоровье и здравоохранение".

Тема: "ПЕРЕСМОТР ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ НАГРУЗКИ НА СЕСТРИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ".

***План работы***

Введение

1. Обзор литературы

1.1 Увеличение дифференцированной нагрузки сестринского персонала как одна из основных проблем, препятствующих внедрению сестринского процесса

2. Материалы и методы исследования

Заключение

Список литературы

***Введение***

Современной Концепцией кадровой политики в здравоохранении, утвержденной Министерством здравоохранения РФ (2002 г.) определено дальнейшее развитие системы управления кадровым потенциалом отрасли на основе рационального планирования, подготовки и трудоустройства кадров, использования современных образовательных технологий и эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить органы и учреждения здравоохранения медицинским персоналом, способным на высоком профессиональном уровне решать задачи повышения качества медицинской помощи населению. Как следует из мирового опыта, рациональное использование не только врачебных, но и сестринских кадров ведет к значительному повышению качества, экономичности и доступности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов в здравоохранении.

Определенную роль в организации всех направлений деятельности сестринского персонала принадлежит руководителям сестринских служб различных уровней. Начиная от старших медицинских сестер отделений ЛПУ и заканчивая главными специалистами по сестринскому делу органов управления здравоохранения субъектов РФ. По данным В. Вуори (1995), Г.М. Перфильевой (1998) и др. в 60-80% случаев оказания медицинской помощи врачами, ее могли бы оказать квалифицированные медицинские сестры при меньших экономических затратах и при сохранении должного качества и эффективности.

Доктрина развития сестринского дела в РФ, учитывая приоритеты отечественного здравоохранения, определила следующие направления деятельности сестринского персонала:

) первичная медико-санитарная помощь с акцентом на профильную работу;

) лечебно-диагностическая помощь, в том числе обеспечение интенсивного стационарного лечения и ухода;

) реабилитационная помощь и медико-социальная помощь хроническим больным, детям, старикам и инвалидам;

) медико-социальная помощь интурабельным больным и умирающим (обеспечение паллиостивной и хосписной помощи).

Проводимая в России под руководством Минздравсоцразвития реформа сестринского образования, ориентирована на следующие конечные результаты: внедрение многоуровневой системы подготовки медицинских кадров; повышение качества профессионального образования; поиск инновационных технологий развития сестринского дела. При использовании новых организационных форм работы, когда квалифицированный уход осуществляет подготовленный специалист, самостоятельно принимающий решения в рамках своей компетенции, отмечается не только клинико-экономический эффект медицинской помощи, но и моральная удовлетворенность медицинских сестер своей профессиональной деятельностью, меняется отношение к ним со стороны врачей и пациентов.

Модернизация сестринского дела напрямую связана с внедрением современной системы сестринского ухода, включая планирование дифференцированной нагрузки на сестринский персонал, в деятельность ЛПУ. Как показывает опыт последних лет, количество больных в ЛПУ нашей страны увеличивается, а количество медицинского персонала, наоборот, снижается вследствие различных причин, главным образом, материальных, что способствует увеличению нагрузки на сестринский персонал ЛПУ. Пока, как следует из данных официальной статистики, затрат рабочего времени медицинской сестры в ЛПУ, более 23% его тратится на выполнение вспомогательных работ, не требующих ее квалификации, то есть при рациональном использовании медицинских кадров, оптимальной организации их труда возможно высвобождение резерва времени для осуществления основной деятельности сестринского персонала - работа непосредственно с пациентом, что определяет актуальность темы нашей работы.

Цель настоящего исследования состоит в определении значения дифференцированной нагрузки на сестринский персона ЛПУ (отдельного отделения ЛПУ) на качество оказания сестринской медицинской помощи и определения возможных путей ее совершенствования в современных условиях.

Основными задачами нашего исследования являются следующие:

. рассмотрение основных проблем, препятствующих внедрению сестринского процесса в учреждениях здравоохранения РФ в настоящее время, в том числе роста дифференцированной нагрузки на сестринский персонал;

. определение значения дифференцированной нагрузки на сестринский персонал ЛПУ на качество медицинских (сестринских) услуг, оказываемых пациентам;

. Анализ дифференцированной нагрузки на сестринский персонал и качества сестринской помощи конкретного отделения ЛПУ (на примере отделения диагностики детей раннего возраста ГКДИБ №1 г. Красноярска);

. Разработка ряда мероприятий, нацеленных на совершенствование сестринского процесса, стабилизацию дифференцированной нагрузки на сестринский персонал, повышение качества сестринской помощи.

В ходе проведения исследования были изучены нормативно-правовые документы, регулирующие процесс реформирования сестринской службы, статьи в периодических специализированных изданиях "Сестринское дело", "Акушерское дело", "Российское здравоохранение", публикации и монографии российских специалистов, посвященные изучаемой проблеме.

сестринский персонал помощь нагрузка

# ***1. Обзор литературы***

# ***1.1 Увеличение дифференцированной нагрузки сестринского персонала как одна из основных проблем, препятствующих внедрению сестринского процесса***

По мнению большинства специалистов современные проблемы управления качеством сестринского процесса в лечебных учреждениях России возникают не столько из-за несовершенства теории о сестринском уходе, сколько из-за сложности тех ситуаций, с которыми медсестре необходимо справляться для обеспечения полного ухода за своими пациентами. Медсёстры должны иметь всеобъемлющие знания об этом уходе, но также и о планах и перспективах лечения, варианты взаимодействия с аптекой, диагностическими службами, отделениями восстановительного лечения и т.д.

Не вызывает сомнений, что оказание качественных медицинских услуг возможно только при условии оптимальной дифференцированной нагрузки на персонал, оптимального графика работы и приемлемой оплате труда. Соответственно, при сегодняшних цифрах неукомплектованности штатов ЛПУ и уровне заработной платы ситуация выглядит просто тупиковой. Немаловажными факторами в данной ситуации выступают следующие: слабая материально-техническая база образовательных учреждений, недостаточность специально подготовленных педагогических кадров, несовершенство правовой базы и системы управления деятельностью сестринского персонала, отсутствие федеральных профессиональных стандартов, протоколов сестринской деятельности, несовершенство государственных образовательных стандартов высшего и среднего профессионального образования, слабое развитие профессиональных сестринских ассоциаций и их недостаточное привлечение к реформированию сестринского дела в регионах, недостаточный социальный статус сестринского персонала, о чём свидетельствует ущербная заработная плата. Как показывает российская практика, лишь благодаря большому объему дополнительных видов работ, ночным дежурствам, которые вынуждены осуществлять подавляющее большинство медицинских работников, среднемесячная заработная плата в отрасли составила за 2004 г. по данным Госкомстата России 5221 руб. Однако и этот показатель значительно отстает от среднего уровня зарплаты в промышленности.

Решение современных проблем сестринского дела в нашей стране разные авторы видят в следующем:

. в планировании численности младшего и среднего медицинского персонала. Существующее сегодня соотношение врачей и медсестер 1: 2, а по мировым стандартам должно быть на уровне 1: 6. Недопустимо увеличивать нагрузку на медицинский персонал ввиду неукомплектации штатов и полном отсутствии материального стимулирования. Необходимо перераспределение финансирования на материальное поощрение студентов, создание условий, привлекающих абитуриентов. Помимо этого, необходимы механизмы, обязывающие работать по специальности после прохождения учебы, по крайней мере, в течение 3-х лет;

2. в поддержке и стимулировании развития образовательных учреждений по данному направлению, разработке механизмов взаимодействия училищ, колледжей, вузов, центров повышения квалификации и ЛПУ;

. в четком разграничении функциональных обязанностей врачей и медсестер, так как сегодня зачастую врачи выполняют сестринскую работу, а медицинские сестры - работу младшего персонала.

. в отслеживании графика прохождения аттестации, но и проведении дополнительной учебы персонала, конференций, семинаров, обменом опытом с другими ЛПУ.

. важнейшим элементом управления качеством сестринской деятельности является обмен опытом с зарубежными коллегами. С одной стороны, западные условия несравнимы с отечественными - организация труда, распределение обязанностей врачебного и сестринского персонала совершенно иные. Но содействовать обмену опытом необходимо на всех уровнях управления здравоохранением. Благодаря этому опыту российские медсестры учатся быть самостоятельными, учатся любить свою профессию, уважать права пациента и его родственников. Для российской системы подготовки кадров, к сожалению, не свойственно прививать молодым специалистом эти навыки, в то время как на западе значительно больше внимания уделяется "воспитанию" медицинских сестер.

. создание благоприятной атмосферы сотрудничества между врачебным и сестринским персоналом. Это требуется от руководителей ЛПУ, региональных управлений здравоохранением и не зависит от уровня заработной платы, от решений, принятых на государственном уровне, но существенно влияет на качество работы персонала.

Участники Всероссийской конференции медицинских сестер (2003г.) отметили, что более интенсивное развитие сестринского дела и повышение качества медицинских услуг требуют решения ряда проблем. Так, сегодняшнее соотношение: врач-медсестра составляет 1: 2,5, что не соответствует реальным потребностям общества. Основными проблемами здравоохранения остаются низкое финансирование отрасли и низкий уровень оплаты труда. Все более острым становится вопрос о нормировании труда всех категорий сестринского персонала. Необходимо пересмотреть существующие нормативы с учетом более высоких требований к качеству работы сестринского персонала и более сложных медицинских технологий, используемых в современном сестринском деле. Одной из важнейших проблем является отсутствие единой оценки качества сестринской помощи. По мнению специалистов Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, чтобы объективно оценивать деятельность медицинских сестер и говорить о качестве сестринской помощи, необходимо разработать стандарты деятельности медицинских сестер.

Безусловно, нельзя отрицать, что в последние годы в сестринском деле произошли большие изменения, однако, до сих пор отрасль здравоохранения в целом страдает от несбалансированности медицинских кадров, не везде эффективно используется сестринский персонал, все острее необходимость разработки системы планирования и подготовки специалистов и. что особенно важно, системы трудоустройства в соответствии с потребностями отрасли. По мнению, И.О. Слепушенко, решение данной проблемы следует начинать с анализа кадровой структуры среднего медицинского персонала.

Для повышения эффективности использования в практическом здравоохранении сестринских кадров с учетом их профессиональной компетенции необходимо перераспределять функции между разными категориями медицинских работников, освободив медицинских сестер от выполнения несвойственных им функций младшего персонала, что будет способствовать стабилизации уровня дифференцированной нагрузки медицинских сестер.

Для совершенствования сестринского процесса в соответствии с требованиями современной концепции сестринского дела А. Хегатурова и Н. Касимовская предлагают реализовать следующие мероприятия:

. Изучение мнениямедицинского (сестринского) персонала и руководителей ЛПУ о возможностях и перспективах внедрения нового метода (о степени удовлетворённости деятельностью медицинских работников и, в частности медицинских сестёр)

2. Разработка универсальной документации в отделении.

2.1. Изучение имеющейся документации

2.2. Составление перечней:

· состояний (нозологий) пациентов, находящихся в отделении

· проблем пациентов, связанных с невозможностью удовлетворять свои основные потребности из-за болезни

· вмешательств (процедур и манипуляций, ассортимент услуг)

ь внутри отделения (с определением целей, участников и продолжительности)

ь внутри ЛПУ

ь необходимых в целом

· необходимых материальных средств (минимального, оптимального и максимального)

· стандартных и нестандартных ситуаций

2.3. разработка документов

· создание групп экспертов (внештатные организационные структуры)

· анализ, алгоритмизация, сведение к разумному минимуму выше составленных перечней

· создание типовых документов

2.4. апробация

2.5. корректировка (и обеспечение методики регулярного пересмотра)

3. Определение необходимого количества младшего и среднего медицинского персонала, планирование нормального уровня дифференцированной нагрузки, проведение мероприятий, нацеленных на снижение нагрузки на медсестер путем доукомплектации штатов молодыми специалистами, стимулированием (по возможности материальным, например, за счет спонсорских средств) медицинского персонала ЛПУ.

4. Изучение мнения пациентов. Именно они, потребители медицинских, в том числе сестринских услуг, лучше всего могут оценить уровень качества оказываемой им помощи, что в вою очередь зависит не только от уровня квалификации медицинских сестер, но и от уровня дифференцированной нагрузки на сестринский персонал.

Для решения обозначенных проблем надо скоординировать три основных направления: совершенствование многоуровневой системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации сестринского персонала, разработка эффективных мероприятий по снижению "текучки кадров" и снижения численности сестринского персонала, укрепление вертикали управления сестринскими службами всех уровней на основе дальнейшей разработки нормативно-правовой базы, формирование условий в практическом здравоохранении для внедрения новых организационных форм и современных технологий.

# ***2. Материалы и методы исследования***

Для анализа качества медицинской (сестринской) помощи целесообразно использовать метод статистических наблюдений и анализа (путем определения и сравнения средних, темпов роста, темпов прироста и пр.) и метод экспертных оценок, являющийся оперативным методом и широко используемым при анализе деятельности учреждения здравоохранения. Дифференцированная нагрузка на сестринский персонал определяется как соотношение количества больных на одну санитарку, медицинскую сестру или на одного врача, либо как соотношение числа рабочих часов в неделю по норме и по факту. В качестве метода исследования уровня нагрузки и функциональной нагрузки сестринского персонала использовался метод статистических наблюдений (хронометраж).

Однако, показатели (число коек на одну должность, один пост), используемые в штатных нормативах для расчета числа должностей, не являются нормами нагрузки медицинского персонала. Последнее устанавливает руководитель учреждения, в зависимости от тяжести состояния больных, трудоемкости времени работы (днем, ночью) и других конкретных условий организации труда в ЛПУ. Медицинским сестрам и санитаркам (палатным) - дифференцированные нормы нагрузки должны уменьшаться в дневное время и увеличиваться в вечернее и в ночное время. Однако, все указанные увеличения должны отвечать разумным требованиям, определяемым для конкретно взятого ЛПУ, отделения ЛПУ.

С целью проведения анализа качества сестринской помощи в ЛПУ, а также для проведения анализа дифференцированной нагрузки на сестринский персонал, были использованы данные статистики ГКДИБ №1, журналы регистрации по отделению диагностики детей раннего возраста, истории болезни, штатное расписание больницы и отделения.

**Анализ дифференцированной нагрузки на сестринский персонал отделения диагностики детей раннего возраста ГКДИБ №1 (г. Красноярска) и ее влияния на качество сестринской помощи**

Городская клиническая детская инфекционная больница №1 обслуживает население г. Красноярска, его пригородов, а также районов края. В год в условиях стационара проходят лечение около 6000 больных и амбулаторно обслуживаются до 900 пациентов. Больница соответствует требованиям, предъявляемым к больницам данного типа. Стационар рассчитан на 170 коек.

Исследование проводилось в отделении диагностики детей раннего возраста, рассчитанном на 36 коек. Отделение является специализированным по оказанию помощи детям раннего возраста с инфекционными заболеваниями разной степени тяжести. В структуре отделения выделено 12 коек для лечения больных с ВИЧ, гепатитом, сифилисом.

Экстренная помощь круглосуточно оказывается врачами и сестринским персоналом отделения.

Следующим этапом нашего исследования стал анализ летальных исходов больных больницы, что является значимым показателем качества медицинской (сестринской) помощи. Уровень летальности в 2004г. составил 0,2%, причем летальность до 1 года - 0,59%, досуточная летальность составила 25%. Уровень летальности по возрастам составил: до 6 дней - 22,2%, от 2 до 3 месяцев - 44,4%, от 3 до 6мес. - 13,3%, от 6 месяцев до 1 года - 20,1%.

Структура летальности больных отделения диагностики детей раннего возраста представлена на диаграмме на рис.1.



Рис.1 - Структура летальности больных отделения диагностики детей раннего возраста в 2004г.

Как показывает анализ динамики показателей летальности, необходимо отметить, что наблюдается ее рост в 2004г. по сравнению с уровнем 2002г. на 0,11%, что следует объяснять увеличением числа больных детей с запущенными формами инфекционных заболеваний, врожденными патологиями развития из социально-неблагополучных семей.

Таблица 1

Анализ работы отделений МУЗ ГКДИБ №1 за 2004г.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | численность работников | Койко/дни | ФЗП, тыс. руб.  |
|  | штат | физ. лица | % | план | факт | % | План | факт | % |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 отделение воздушно-капельных инфекций | 41 | 26 | 63,41 | 5460 | 5160 | 94,51 | 458,5 | 502,14 | 109,52 |
| 2 отделение нейроинфекционных заболеваний | 41 | 27 | 65,85 | 5184 | 5041 | 97,24 | 459,83 | 477,93 | 103,94 |
| 3 отделений инфекций раннего возраста | 39,5 | 23 | 58,23 | 4914 | 4745 | 96,56 | 463,01 | 402,96 | 87,03 |
| ОКИ | 63,25 | 38 | 60,08 | 6822 | 6559 | 96,14 | 805,98 | 712,61 | 88,42 |
| ОРиТ | 28,25 | 16 | 56,64 | 820 | 563 | 68,66 | 347,46 | 487,9 | 140,42 |
| Бак. л.  | 20 | 9 | 45 | 0 | 0 | 0 | 261,35 | 207,52 | 79,4 |
| КДЛ | 15,75 | 9 | 57,14 | 0 | 0 | 0 | 235,72 | 226,22 | 95,97 |
| АХЧ | 103 | 55 | 53,4 | 0 | 0 | 0 | 1084,84 | 1286,6 | 118,6 |
| Итого | 351,75 | 203 | 57,71 | 23200 | 22068 | 95,12 | 4116,7 | 4303,89 | 104,55 |

В виду того, что как показал анализ, динамика численности медицинского персонала больницы имела тенденцию к снижению на протяжении рассматриваемого периода 2002-2004гг., представляет интерес анализ факторов, оказавших влияние на данную тенденцию.

Согласно данным статистики совместителей в 2004 г. было 14 чел., из них врачей - 8 чел., среднего медицинского персонала - 3 чел., прочего персонала - 3 чел. В 2004г. ушло в декретный отпуск 19 человек, в том числе врачей - 2 чел., среднего медицинского персонала - 12 чел., младшего медицинского персонала - 4чел., прочего медицинского персонала - 1чел.

Снижение численности штатного состава объяснялось, главным образом, возрастным составом медицинского персонала больницы (велика доля молодых женщин детородного возраста) и низкими темпами роста ФЗП, руководству больницы необходимо срочно решать проблему дифференцированной нагрузки на сестринский персонал в отделении диагностики детей раннего возраста, также как и по всей больнице в целом, так как в противном случае данная проблема примет угрожающие масштабы и найдет отражение в виде снижения качества оказываемой сестринской помощи пациентам отделения (и больницы в целом).

Укомплектованность штата работников отделения диагностики детей раннего возраста (как видно из таблицы 1) составила в 2004г.58,23% (соотношение численности персонала фактической и плановой), медицинских сестер - 92,5%, укомплектованность штата санитарок - 62,3%, что

Анализ численности медицинского персонала отделения диагностики детей раннего возраста, проведенный на базе анализа штатного расписания за период 2003-2004гг, приведенный в таблице 2, свидетельствует о том, что в отделении на протяжении рассматриваемого периода фактическая численность персонала ниже плановой в среднем на 7%, в том числе по среднему медицинскому персоналу - на 7%, в по младшему медицинскому персоналу на 8,6%.

При этом дифференцированная нагрузка на сестринский персонал отделения увеличивается в 1,3 раза по сравнению с уровнем 2002г, при увеличении к соотношения фактического и планового значения койко-дней до 96,56%.

Таблица 2

Анализ численности медицинского персонала отделения диагностики детей раннего возраста

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Должность | 2003г.  | 2004г.  | Отклонение, % |
|  | план | факт | план | факт |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Заведующий отделением | 1,0 | 1 | 1,0 | 1 | 0 |
| Врач-инфекционист детский | 2,0 | 2 | 2,0 | 2 | 0 |
| Старшая медицинская сестра | 1,0 | 1 | 1,0 | 1 |  0 |
| Медицинская сестра палатная | 15 | 10 | 15 | 9 | 10 |
| Младшая медицинская сестра | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 0 |
| Сестра-хозяйка | 1,0 | 1 | 1,0 | 1 | 0 |
| Санитарка палатная | 10,5 | 6 | 10,5 | 5 | 16 |
| Санитарка-уборщица | 2,0 | 2 | 2,0 | 2 | 0 |
| Санитарка-буфетчица | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 0 |
| Итого | 36,5 | 28,0 | 36,5 | 26,0 | 7 |
| В том числе:  |  |  |  |  |  |
| Врачебный персонал | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 0 |
| Средний персонал | 16,0 | 13,5 | 16,0 | 12,5 | 7 |
| Младший персонал | 17,5 | 11,5 | 17,5 | 10,5 | 8,6 |

Как показано на рис.2, в течение периода 2003-2004гг. нагрузка на сестринский персонал отделения диагностики детей раннего возраста возрастала, в том числе на средний медицинский персонал - на 5,7%, на младший медицинский персонал - на 7,9%. Это объяснялось влиянием двух факторов: снижения численности персонала и роста числа больных, поступивших в отделение (на 3,29%). Ввиду увеличения уровня летальности по отделению диагностики детей раннего возраста на 0,11% в 2004г. по сравнению с уровнем 2002г., можно ставить вопрос о возможности снижения качества медицинской (сестринской) помощи ввиду увеличения дифференцированной нагрузки на сестринский персонал, при сохранении высокого уровня профессионализма и квалификации.



Рис.2 - Анализ динамики нагрузки на сестринский персонал отделения диагностики детей раннего возраста в 2003-2004гг.

Лечение больных в отделении диагностики детей раннего возраста представляет трудную и тяжелую проблему, которая складывается из следующих основных задач:

1) своевременное оказание адекватной медицинской помощи;

2) эффективная дезинтоксикационная терапия;

) иммунокорригирующая и стимулирующая терапия;

4) восстановление нарушенных функций органов и систем.

Анализ состава пациентов больницы по нозологическим формам показал, что первое место занимают крупы (24,1%), второе - кишечные инфекции (19,8%), на третьем месте - (врожденный сифилис+профилактическое лечение, 5,3%), на четвертом - гепатиты (4,63%), на пятом - вирусные менингиты (2,73%), на шестом - болезни желчевыводящих путей (2,36%). Пациенты такой больницы, несомненно, нуждаются в постоянном высокопрофессиональном уходе медсестер.

План по загрузке коек в отделении за последние три года постоянно перевыполняется: в 2002 - 103%, в 2003г. - 106%, в 2004г. - 113,6%.

В отделении, как и в целом по больнице выделяется четыре вида сестринской практики:

· обеспечение и руководство сестринской помощью - профилактика заболеваний, выполнение назначений врача, манипуляций и процедур, помощь в реабилитации;

· обучение пациентов и персонала служб медико-санитарной помощи - санитарное просвещение, обучение принципам здорового образа жизни;

· сотрудничество медсестры с другими специалистами;

· развитие практики сестринского дела благодаря научным исследованиям в этой области.

Следующим этапом нашего исследования стал анализ деятельности медицинских сестер отделения с разными функциональными обязанностям:



Рис.3 - Распределение рабочего времени медсестер отделения диагностики раннего возраста старшей, палатных и младших медицинских сестер.

Для этого мы использовали метод хронометража. Необходимо отметить, что палатным и младшим медицинским сестрам отделения в разной доле делегированы полномочия по проведению внутримышечных, подкожных, внутрикожных инфекций пациентам всего отделения, а также измерению давления, температуры, выдачи таблеток пациентам по назначенною врачей. Подученные данные по хронометражу представлены на диаграмме на рис.3.

Как видно из диаграммы, можно сделать следующие выводы:

· у старшей медицинской сестры отделения на первом месте в структуре рабочего времени - оформление документации (62,2%), на втором - вспомогательные действия (29,4%), на третьем - личное время (которое используется для изучения специализированной литературы);

· у палатной медицинской сестры на первом месте находятся манипуляции (44,7%), на втором - вспомогательные действия (36,6%), на третьем - оформление документации (11,5%), на четвертом - уход за новорожденными (5,7%);

· у младшей медицинской сестры на первом месте находятся манипуляции (41,4%), на втором - вспомогательные действия (33%), на третьем - уход за новорожденными (12,6%), на четвертом - оформление документации (10,5%).

В модели организации деятельности сестринского персонала отделения диагностики детей раннего возраста функции медсестер с одной стороны разграничены в соответствии с должностями старшей, палатной и младшей медицинской сестер, с другой стороны - медсестры зачастую дублируют функции друг друга. Данная модель организации не способствует целостному представлению о конечном результате работы медицинской сестры, приводя к "обезличиванию" сестринской деятельности. По назначению врачей младшая сестра ставит капельницы и делает внутривенные вливания пациентам отделения, старшая сестра оформляет документацию на пациентов отделения, а палатная сестра по назначению врачей делает пациентам отдельные инъекции. Объектом деятельности медицинских сестер в таком случае является не конкретный пациент с его потребностями и нуждами, а профессиональное выполнение своих функциональных обязанностей. Медицинская сестра конечного результата своей работы не видит, и, следовательно, за возникшие осложнения ответственности не несет, а за улучшение состояния пациента поощрений не имеет. Нет механизмов регуляции деятельности сестер по отношению к конкретному больному ребенку, и о качестве сестринской помощи, предоставленной конкретному больному ребенку, говорить на данный момент сложно.

Если совершенствовать организацию работы сестринской службы, то таким образом, чтобы одна медицинская сестра могла осуществлять все виды сестринской деятельности у конкретного пациента, тогда за результаты своей деятельности медицинская сестра будет нести прямую ответственность.

# ***Заключение***

Как показано в настоящей работе для совершенствования сестринского процесса в ЛПУ нашей страны необходимо разработка стандартов качества сестринского обслуживания, разработка нормативно-правовой базы, совершенствования образовательного уровня сестринского персонала, что будет невозможно без одновременного пересмотра дифференцированной нагрузки на сестринский персонал, которая в течение последних лет имеет неуклонную тенденцию к росту ввиду снижения численности сестринского персонала, что вызвано низки уровнем социальной защищенности, низким уровнем оплаты труда, несовершенными условиями деятельности, наряду с тенденцией увеличения числа больных с заболеваниями различной степени тяжести.

Однако, чтобы добиться этой цели процессом необходимо систематически и планомерно управлять, в связи с чем особое внимание должно быть уделено дальнейшему совершенствованию системы управления сестринскими службами с рациональным распределением функций и полномочий всех составляющих системы: от главного специалиста по сестринскому делу на федеральном уровне и до медицинской сестры, непосредственно находящейся около пациента. Основная цель вертикали управления - наиболее эффективное взаимодействие партнерства "медицинская сестра и пациент", потому что между ними нет посредников, что невозможно осуществить без пересмотра дифференцированной нагрузки на сестринский персонал.

Как показал проведенный в ходе выполнения нашего исследования анализ дифференцированной нагрузки на сестринский персонал отделения диагностики детей раннего возраста КГДИБ №1, за период 2002-2004гг. произошло снижение численности сестринского персонала в 1,3 раза, при этом возрос уровень летальности (в среднем на 0,11%). Учитывая тот факт, что уровень летальности в большей степени объясняется социальными факторами, а не недостаточным уровнем профессионализма сестринского персонала, не низким качеством сестринского ухода ввиду отсутствия жалоб родственников больных детей, проходивших курс лечения в отделении, следует сделать вывод, что при дальнейшем снижении численности персонала и росте дифференцированной нагрузки ситуация может измениться в худшую сторону, так как при этом существенно снизится качество сестринской помощи, без которого невозможен адекватный процесс лечения слабых маленьких пациентов, организм которых не способен в полной мере самостоятельно сопротивляться основному и побочным заболеваниям, инфекциям.

В качестве рекомендаций, нацеленных на совершенствование сестринского процесса в ГКДИБ №1 и в частности в отделении диагностики детей раннего возраста, следует отметить значимость снижения (нормализации) уровня дифференцированной нагрузки на сестринский персонал, что возможно сделать путем проведения следующих мероприятий:

· Стабилизация численности сестринского персонала (проведение плановых расчетов численности, корректировка уровня численности за счет привлечения молодых специалистов, мотивации работающих медицинских сестер различными методами как морального, так и материального характера (в том числе за счет спонсорской помощи, оказания в ЛПУ платных услуг);

· Пересмотр разграничения функций медицинских сестер, закрепление за каждой медицинской сестрой определенного числа больных, что послужит стабилизации дифференцированной нагрузки и повысит качество медицинской помощи;

· повышение уровня ответственности медицинских сестер, укрепление взаимосвязи "медицинская сестра - пациент", что также отразится на росте уровня качества сестринской помощи.

# ***Список литературы***

1. Отраслевая программа развития сестринского дела в РФ. Приложение №1 к приказу МЗ РФ № 01-01 12 от 09.01.01.

2. Решение КОЛЛЕГИИ комитета здравоохранения Москвы от 09.11.2001. "Об утверждении Отраслевой программы развития сестринского дела в Москве"

. Володин Н.Н. Пути совершенствования сестринского образования // Медицинская помощь. - 1996. - №9. - с.4-5.

. Забродина Л.Е. Сестринский процесс при запорах у детей. // Медицинская сестра. - 1999. №4 - С.16

. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела / Учебное пособие в 2 частях.Ч. II. - М.: Родник, 1998, - 208 с.

. Перфильева Г.М. Сестринский процесс. // Медицинская сестра. - 1999. №3 - С.33

. Ролько В.Т. Новые технологии в работе среднего медицинского персонала и их влияние на повышение качества медицинского обслуживания в стационаре. Диссертация на соискание ученной степени кандидата медицинских наук. 2002. - 140 с.

. Саркисова В.А. Управление качеством сестринской деятельности, состояние проблемы, пути решения. Сборник докладов / Под редакцией академика РАМН, д. м. н., профессора Ю.Л. Шевченко. Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2002 году и мерах по повышению качества медицинской помощи населению.

. Сестринское дело т.1. Под редакцией А.Ф. Краснова. - С.: ГП "Перспектива", 2003г.,. - 368с.

. Статистические данные Минздрава. "Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 2001 году". Исх. № 10-7/1148 от 21.06.2002г. - 199 с.

. Хетагурова А.К. Алексеева В.М., Касимовская Н.А. Анаплиз деятельности сестринского персонала // Сестринское дело, - №3, - 2005г, - с.4-7

. Фомина Е.В. Проблемы качества сестринской помощи // Проблемы управления здравоохранением, - №1 (8), - 2003г, - с.24-25