УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАПАДНОГО И РОССИЙСКОГО ОПЫТА

Оглавление

сестринский процесс управление

Введение

Глава 1. Сущность и организация сестринского процесса

.1 Основные характеристики сестринского процесса

.2 Особенности управлением качеством сестринской помощи в России

.3 Особенности управлением качеством сестринской помощи: Западный опыт

.3.1. Особенности американского опыта управлением качеством сестринской помощи

.3.2. Особенности английского опыта управлением качеством сестринской помощи

Глава 2. Управление качеством сестринской помощи: сравнительный анализ западного и российского опыта

.1. Анализ различий американского опыта

.2. Анализ различий английского опыта

Заключение

Список используемой литературы

Введение

Актуальность исследования. Возникший в последние десятилетия комплекс социально-экономических, демографических и экологических факторов в обществе негативно повлиял не только на состояние здоровья населения, но и на состояние здоровья в целом. Все возрастающий спрос на медицинские услуги, с одной стороны, и недостаточное обеспечение материальными финансовыми ресурсами здравоохранения - с другой, создают определенные проблемы в обеспечении населения медицинской помощью.

Важная роль в реформе здравоохранения, обеспечении доступности медицинской помощи, усилении профилактической направленности, решении задач медико-социальной помощи принадлежит специалистам со средним медицинским образованием. Изменившиеся экономические условия, повлекшие за собой преобразования в здравоохранении, требуют развития сестринского дела в соответствии с меняющимися условиями деятельности лечебно-профилактических учреждений. Однако организационные мероприятия по совершенствованию сестринского дела, разработка методик измерения объемов и дифференцированной оплаты труда медицинских сестер внедряются недостаточно эффективно, что является причиной ухода из профессии квалифицированного сестринского персонала, увеличения дисбаланса в соотношении между врачами и медицинскими сестрами. От несбалансированности медицинских кадров и малоэффективного использования среднего персонала в практическом здравоохранении страдает в целом система здравоохранения, что оказывает негативное влияние на качество медицинской помощи.

Снижение числа медицинских работников со средним специальным образованием увеличивает во врачебной деятельности долю медицинских услуг, не требующих врачебной квалификации, и принижает роль сестринского персонала, функции которого сводятся к выполнению технической работы, не требующей профессиональной подготовки. Основным условием успешного реформирования здравоохранения в настоящее время является внедрение новых медицинских, организационных и управленческих технологий, призванных повысить качество медико-социальной помощи населению.

Для успешного решения этой задачи необходимы не только материальная база и финансовое обеспечение, но и рациональная деятельность медицинского персонала, с точки зрения, имеющегося российского и зарубежного опыта работы. Возникновение потребности в медицинских сестрах общей практики, специалистах по социальной работе, медицинских менеджерах и медицинских сестрах с высшим образованием требует не только количественного увеличения числа медицинских работников среднего звена, но и качественно иного уровня подготовки.

В настоящее время все больше внимания уделяется оптимизации деятельности медицинских работников среднего звена, как за рубежом, так и в нашей стране. Руководителям лечебно-профилактических учреждений наряду с решением традиционных управленческих задач (распределение медицинских сестер по подразделениям, обеспечение и контроль санэпидрежима, контроль качества сестринской помощи) приходится решать и другие вопросы, возникающие в ходе реформирования здравоохранения и связанные с управлением деятельностью среднего звена. Внедрение в практику современных медицинских технологий определяет новые требования к специалистам сестринского звена.

Модернизация сестринского дела напрямую связана с внедрением современной системы сестринского ухода в деятельность лечебно-профилактических учреждений. Пока же, как показало исследование затрат рабочего времени медицинской сестры в ЛПУ, более 30% 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.

Однако, чтобы добиться цели, процессом необходимо управлять, поэтому 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 до медицинской сестры, находящейся около пациента. Основная цель вертикали управления - наиболее эффективное взаимодействие партнерства «медицинская сестра и пациент», потому что между ними нет посредников.

На сегодня практически сформирован институт главных специалистов. Определены их роль, место, организационные формы деятельности. В номенклатуру специальностей учреждений здравоохранения введена специальность «Управление сестринской деятельностью». Установлен перечень должностей в учреждениях здравоохранения для специалистов с высшим сестринским образованием - главной медицинской сестры, заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом, заведующего отделением сестринского ухода, медико-социальной помощи и т.д. Для обеспечения квалифицированного управления деятельностью специалистов сестринского дела в учреждениях охраны материнства и детства, станций Скорой медицинской помощи введены должности главной акушерки и главного фельдшера.

Конечно, за 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.

В этой связи важную научно-практическую значимость и актуальность приобретают исследования, направленные на выработку специальных методов оценки и управления качеством труда сестринского персонала, в конечном итоге на качество и результаты лечения больных. И с этой точки зрения рассмотрение в данной работе вопросов управление качеством сестринской помощи: сравнительный анализ западного и российского опыта, позволит оптимизировать данный процесс и рассмотреть различные взгляды как с точки зрения российского опыта, так и западного.

Цель работы. Анализ литературы по проблеме управление качеством сестринской помощи. Представление сравнительного анализа западного и российского опыта работы.

Задачи работы.

1. Анализ литературы, посвященной управлению качеством сестринской помощи, с точки зрения, западного и российского опыта работы;

2. Провести сравнительный анализ западного и российского опыта работы;

. Проанализировать полученные результаты и сделать выводы.

Объект исследования. Отечественная и зарубежная литература, посвященная управлению качеством сестринской помощи.

Предмет исследования. Управление качеством сестринской помощи, с точки зрения, западного и российского опыта работы.

# Глава 1. Сущность и организация сестринского процесса

## .1 Основные характеристики сестринского процесса

В практике российского здравоохранения наиболее распространены следующие определения (понятия) качества медицинской помощи:

· Совокупность свойств и характеристик услуг, которые - определяют их способность удовлетворять установленным или предполагаемым требованиям;

· Совокупность результатов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, определяемых установленными требованиями на основе достижений медицинской науки и практики.[10, с. 12]

Ряд ученых определяют иные характеристики качества медицинской помощи: адекватность, доступность, преемственность и непрерывность, действенность, результативность, эффективность, безопасность, своевременность, способность удовлетворять ожиданиям и потребностям стабильность процесса и результата, постоянное совершенствование и улучшение.

Таким образом, медицинская помощь должна быть оказана с максимально возможным эффектом (то есть ее результаты должны максимально соответствовать научно прогнозируемым), при этом - иметь минимальную стоимость, быть обоснованной, законной, соответствовать ожиданиям пациента и инвесторов и распределяться по справедливости.

Важнейшим шагом в решении проблем реформирования сестринского дела являются изучение опыта других ЛПУ по внедрению новой концепции сестринского дела, создание в коллективе доброжелательного психологического микроклимата по ее восприятию, изучение заведующими отделениями и старшими медицинскими сестрами, содержания и путей реформирования сестринского дела.

Исключительно большое значение для повышения качества сестринской помощи населению имеет определение и осуществление целей, связанных с выполнением обычных рабочих обязанностей. Определение этих целей должно базироваться на итогах работы ЛПУ, материалах контроля качества сестринской помощи, требованиях вышестоящих органов управления здравоохранением. [10, с. 13]

Главные медицинские сестры, определяя эти цели, должны сосредоточить свое внимание:

· на совершенствовании должностных инструкций среднего и младшего медицинского персонала и контроле за их безусловным выполнением;

· разработке и использовании, стандартов деятельности среднего и младшего медицинского персонала и контроле за их; выполнением, добиваясь унификации и единообразия в выполнении, одних и тех же сестринских манипуляций;

· повышении культуры поведения сестринского персонала при обслуживании пациентов;

· соблюдении принципов инфекционной безопасности для пациентов и персонала;

· экономичном использовании материальных ресурсов сестринским персоналом, рациональном использовании коечного фонда, повышении качества оказания сестринской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях. [15, с. 33]

Определение цели в управлении сестринским делом важно, так как позволяет осуществлять планирование работы, как на отдаленную перспективу, так и на ближайший период времени. Это придает управленческой деятельности четкость, целенаправленность и позволяет определять этапы в достижении конечной цели.

Документом, определяющим порядок и последовательность работы медицинского персонала, является план. Различают несколько видов планирования, определенных временными интервалами и содержанием целей, задач и контрольных сроков исполнения.

На основании годового плана составлять квартальные и месячные планы. В них включают те мероприятия, которые по годовому плану должны быть выполнены в соответствующий планируемый период. Для квартальных и месячных планов характерна большая детализация, чем в годовом плане.

Особое значение для организации работы главной медицинской сестры имеют ежедневные планы. В ежедневном плане по часам (а при необходимости и по минутам) расписывают все планируемые дела на предстоящий день. План на следующий день составляется с вечера. Первым делом подводятся итоги за прошедший день, а невыполненные, но сохраняющие актуальность дела переносятся на последующие дни. С учетом месячного плана и регламента составляется план работы на следующий (и последующий) день. Целесообразно, чтобы в ежедневном плане были указаны необходимые справочные данные: фамилии, имена, отчества, телефоны, адреса и др. лиц, с которыми надлежит встретиться, позвонить и т. д.; виды работ, которые надлежит выполнить (подготовить документы, принять сотрудников и т. д.).

Организационная структура сестринского процесса включает пять основных этапов: сестринское обследование, диагностирование состояния пациента, планирование помощи, выполнение плана необходимых сестринских вмешательств и оценка полученных результатов с их коррекцией при необходимости. [11, с. 28]

этап - обследование пациента. Для принятия профессиональных решений и решения проблем пациента медицинская сестра руководствуется в своих действиях схемой, соответствующей последовательности этапов сестринского процесса. На всех этапах обязательными условиями для действий медсестры должны быть профессиональная компетентность, навыки наблюдения, общения, анализа и интерпретации данных, достаточное время и доверительная обстановка, конфиденциальность, согласие и участие пациента, при необходимости участие других медицинских работников.

Целью первого этапа является получение информации для оценки состояния пациента в гинекологическом отделении или сбор и анализ объективных и субъективных данных о состоянии здоровья. В основе сестринского обследования лежат принципы целостного подхода к личности пациента с учетом не только физических, но и психологических, эмоциональных, интеллектуальных, социальных и духовных потребностей. Качество проведенного обследования и полученная в его ходе информация определяют успех последующих этапов сестринского процесса. Субъективные данные о состоянии пациента медицинская сестра получает в ходе беседы, в первую очередь пациенты гинекологического отделения делятся собственными представлениями о состоянии здоровья и связанных с ним проблема, субъективные данные зависят от эмоций и чувств пациента. Необходимую информацию сестра получает от родственников, друзей, коллег пациента, происходит это в тех случаях, когда пациент дезориентирован или в бессознательном состоянии, объективные данные о состоянии пациента медицинская сестра получает в результате осмотра (пальпации, перкуссии, аускультации), при определении артериального давления, пульса, частоты дыхания и изучении данных лабораторных исследований. Эти данные медсестра заносит в сестринскую историю болезни. [11, с. 29]

этап - диагностирование пациента. Определение потребностей и выявление проблем. Данный этап определяется как постановка сестринского диагноза, целью этого этапа является установление существующих и потенциальных проблем, возникающих у пациента как своего рода реакции организма на его состояние, в том числе на болезнь. Выявление факторов, способствующих или вызывающих развитие этих проблем, а также сильные стороны пациента, которые могли бы помочь в предупреждении или разрешении данных проблем. Фактически существующими называют проблемы, которые есть у больного в настоящее время. Потенциальные (вероятные) - это те проблемы, которые могут возникнуть с течением времени, но в настоящий момент их нет. Сестринские диагнозы в гинекологическом отделении - это основа для построения плана оказания сестринской помощи и если врачебный диагноз связан, как правило, с возникшими патофизиологическими изменениями в организме, то сестринский диагноз часто связан с представлениями пациента о состоянии своего здоровья. [8, с. 21]

этап - планирование ухода. Цель данного этапа - определение ожидаемых результатов сестринской помощи пациенту и разработка плана сестринских вмешательств, направленных на их достижение. С целью реализации данной цели к ней предъявляют определенные требования:

· достижимость;

· диагностичность (возможность проверки достижения);

· временные пределы (указание сроков достижения целей).

По видам различают краткосрочные (до 2 недель) и долгосрочные (более 2 недель) цели. В структуре целей должны быть отражены конкретные действия, критерий времени (дата, время) и условие - с помощью кого или чего будет достигнут результат. [11, с. 30]

этап - выполнение плана сестринских вмешательств. Цели данного этапа - выполнение медицинской сестрой гинекологического отделения действий в соответствии с намеченным планом врача и обязательное их документирование. Существуют три вида сестринских вмешательств. Независимые вмешательства - действия, которые медсестра выполняет без прямого назначения врача, руководствуясь самостоятельными профессиональными решениями. Зависимые вмешательства - действия, выполняемые сестрой на основании письменного предписания врача или под его непосредственным наблюдением. Взаимозависимые вмешательства - действия медицинской сестры совместно с врачом, родственниками или другими работниками здравоохранения или социальных служб.

Заключительный этап сестринского процесса - оценка его эффективности.

1. Оценка действий медсестры;

2. Мнение пациента и/ или его семьи;

. Оценка действий медицинской сестры руководителем (старшей и главной медицинскими сестрами). [11, с. 30]

Целями пятого этапа являются оценка реакции пациента на сестринские вмешательства, анализ качества предоставленной помощи и оценка полученных результатов. К основным критериям эффективности сестринской помощи относятся прогресс в достижении целей, ответная реакция на вмешательства, соответствие полученного результата ожидаемому. Таким образом, оценка результатов сестринского вмешательства дает возможность медицинской сестре определить сильные и слабые стороны в своей профессиональной деятельности. Может показаться, что сестринский процесс и сестринский диагноз - это формализм и лишние бумаги, но за всем этим стоит пациент, которому в государстве должна быть гарантирована эффективная, качественная и безопасная медицинская помощь, включая сестринскую. Несомненно, об этом свидетельствует мировой опыт, внедрение сестринского процесса в работу медицинских учреждений обеспечит дальнейший рост и развитие сестринского дела как науки и позволит сестринскому делу в нашей стране оформиться в качестве самостоятельной профессии. [8, с. 26]

Одной из важнейших проблем в управленческой деятельности руководителей медсестринских служб является обеспечение высокого качества медсестринского ухода. Как указывают эксперты ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения), при определении задач и содержания деятельности по обеспечению качества медицинской помощи следует ориентироваться на четыре компонента:

· выполнение профессиональных функций медицинским работником;

· использование ресурсов;

· риск для пациента в результате медицинского вмешательства;

· удовлетворенность пациента медицинским вмешательством.[10, с. 25]

Все эти компоненты имеют прямое отношение к деятельности сестринского персонала и руководителей сестринских служб по обслуживанию пациентов, поскольку от уровня профессиональной подготовки сестринского персонала, правильности выполнения сестринских манипуляций в надлежащих условиях и уровня общения с пациентами зависит оценка качества медицинской помощи, оказываемой медицинскими сестрами. Умелая организация сестринского процесса помогает достижению квалификации такого рода. Одна из сложных задач в здравоохранении - формирование сестринского персонала и удержание его в системе здравоохранения. Высокий профессиональный уровень, качество медицинской помощи может сохраняться при условии хорошо функционирующей системы обучения, наличия профессиональной практики, контроля за проведением медицинских мероприятий и за деятельностью персонала. Именно на главную медицинскую сестру и возлагаются задачи управления и выполнения всего вышеперечисленного. [10, с. 27]

Управление сестринским персоналом - это целенаправленная деятельность руководителей сестринских служб лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и их подразделений, использующих различные механизмы управления и каналы связи для обеспечения слаженной, квалифицированной работы сестринского персонала по оказанию пациентам сестринской помощи соответствующего количества и качества.[3, с. 45]

## .2 Особенности управлением качеством сестринской помощи в России

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи, имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии. [1, с. 76]

К основным характеристикам (показателям) качества медицинской помощи можно отнести:

· адекватность;

· доступность;

· преемственность и непрерывность;

· действенность;

· результативность;

· эффективность;

· безопасность;

· своевременность;

· способность удовлетворять ожидания и потребности;

· стабильность процесса и результата;

постоянное совершенствование и улучшение.[6, с. 294]

Обеспечение качества медицинской помощи - один из главных элементов совершенствования обслуживания населения и эффективности деятельности учреждений здравоохранения.

Эффективная работа учреждений здравоохранения зависит от:

· качества медицинских услуг и их организации;

· качества аппаратуры, инструментария;

· качества лекарственных препаратов;

· качества информационного обеспечения;

· оптимизации документирования медицинской помощи.[6, с. 296]

Новейшая история сестринского дела в России насчитывает всего 10 лет. Для серьезных преобразований не такой уж большой срок, однако сделано за это время немало. Приняты и успешно реализуются Доктрина среднего медицинского и фармацевтического образования и Отраслевая программа развития сестринского дела. Особенно заметны успехи в сфере сестринского образования. Сформированная на сегодня структура образовательных учреждений способна полностью обеспечить качественную подготовку специалистов по программам трех уровней (училище - колледж - вуз). [1, с. 6]

Первый (базовый) уровень готовит медицинских сестер широкого профиля и сестер милосердия, отвечающих современным требованиям. Государственный образовательный стандарт среднего медицинского образования включает в себя наряду с федеральным компонентом решение региональных вопросов с учетом социально-экономических, этнических особенностей, а также статистических показателей здоровья и заболеваемости в регионе.

Второй (повышенный) уровень предусмотрен для специалистов, имеющих базовое образование. Колледжи готовят преимущественно руководителей структурных подразделений для медицинских организаций, обеспечивая выпускникам углубленные знания и умения в вопросах организации управления здравоохранением, экономики, менеджмента, юриспруденции. Подготовка осуществляется по нескольким специальностям; «Лечебное дело» (квалификация - «Фельдшер»), «Акушерское дело» (квалификация - «Акушерка-организатор»), «Сестринское дело» (квалификация - «Медицинская сестра-организатор»), «Семейная медицинская сестра» и т.д. Сегодня перечень специальностей повышенного уровня образования включает около 10 наименований должностей сестер-специалистов. [1, с. 9]

Третий уровень - это высшее сестринское образование. Оно занимает особое место в условиях реформирования отраслевого образования и направлено на подготовку высококвалифицированных управленческих кадров, а также на повышение престижа сестринской профессии. Потребность в нем у медицинских сестер, занимающих управленческие должности, привела к организации в медицинских вузах вечерней и заочной форм обучения. Сегодня диплом факультета высшего сестринского образования можно получить более чем в 35 высших медицинских учебных заведениях. Общая численность студентов по всем формам обучения составляет свыше 7,5 тыс. человек, причем на долю вечернего и заочного отделений приходится около 85%. Уже сегодня до 20% главных и старших медицинских сестер имеют повышенное и высшее сестринское образование, а через несколько лет, по нашим расчетам, это число достигнет 50%. [1, с. 11]

В управлении качеством стандарт декларирует принцип - подход как к процессу. Рекомендации стандарта направлены на обеспечение продуктивной работы ЛПУ путём одновременного эффективного управления многочисленными взаимосвязанными процессами. Все процессы и виды деятельности ЛПУ подлежат оценке, анализу и улучшению, что гарантирует постоянное совершенствование системы управления качеством, всех сфер деятельности и как следствие сокращение неоправданных потерь.

В основу стандарта положено 8 принципов менеджмента качества:

1. Ориентация на потребителя (в медицине - на пациента).

2. Роль руководителя как лидера.

. Вовлечение всего персонала.

. Подход к управлению качеством как к процессу.

. Системный подход к менеджменту.

. Постоянное улучшение.

. Подход к принятию решений на основе анализа фактов, информации.

. Взаимовыгодные отношения с поставщиками. [6, с. 297]

Применение стандарта для обеспечения качества медицинской помощи включает 6 этапов.

) Обучение медицинского персонала (администрации, врачей, среднего и младшего медицинского персонала) и других специалистов ЛПУ вопросам обеспечения качества медицинской помощи в соответствии с требованиями по разработанным дифференцированным программам с учётом специфики профессиональной деятельности.

) Анализ стартового состояния действующей в ЛПУ системы качества по разработанной методике.

) Разработка документации по системе качества в соответствии с требованиями и с учётом всех аспектов медицинских технологий.

) Подготовка группы внутреннего аудита для оценки и анализа системы качества ЛПУ с целью её поддержания и улучшения.

) Внедрение разработанной документации.

) Сертификация системы качества. [2, с. 6]

За последние 5 лет сестринское дело претерпело значительные позитивные перемены, тем не менее остается ряд важных, не решенных пока проблем, над которыми всем нам необходимо поработать в ближайшем будущем. При организации семинаров и конференций в регионах Российской Федерации организационным советом проводилось исследование мнений медицинских сестер по наиболее острым проблемам сестринского дела. Результаты данного исследования были проанализированы и сгруппированы по нескольким направлениям:

. Законодательство и регулирование.

. Управление.

. Образование.

. Практическое здравоохранение.

. Контроль качества.

. Сестринская этика.

. Система обязательного медицинского страхования.[14, с. 24]

В области законодательного регулирования

. Необходим закон о сестринском деле.

. В Законодательстве РФ об охране здоровья граждан (раздел X, ст. 54, абзац 4) разрешается лицам, не имеющим законченного высшего медицинского образования, работать в должностях работников со средним медицинским образованием в порядке, определенном МЗ РФ. Необходимо пересмотреть порядок допуска упомянутых лиц к практике с учетом современных требований к подготовке сестринских кадров.

. Отсутствие модели сестринского дела в России затрудняет расширение функций сестринского персонала в условиях приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи, где сестринский персонал должен взять на себя обеспечение отдельных лиц, семей или групп населения сестринским уходом, связанным с восстановлением или сохранением здоровья.

. Устаревшие приказы по выполнению санитарно-эпидемиологических правил не соответствуют требованиям новых технологий и медицинской техники в повседневной практике.

. Необходимо решить вопрос о надбавке к заработной плате сестринскому персоналу за награду «Заслуженный работник здравоохранения» по аналогии с врачами. .[12, с. 35]

В области управления сестринским делом:

. Необходимо продолжить создание структуры управления сестринским делом до муниципального уровня.

. Управление сестринским делом в ЛПУ должны осуществлять специалисты-менеджеры, получившие высшее сестринское образование. При назначении на должность руководителей сестринских служб необходимо пересмотреть существующий подход с учетом возможностей современного образования и полученных знаний, а также осуществлять его на конкурсной основе.

. Необходимо расширить номенклатуру должностей для специалистов, имеющих высшее сестринское образование, и ввести такие должности, как медицинская сестра-координатор, медицинская сестра-консультант, менеджер в семейной медицине.[12]

1.3 Особенности управлением качеством сестринской помощи: Западный опыт

### .3.1. Особенности американского опыта управлением качеством сестринской помощи

Северная Дакота - штат на севере центральной части США, преимущественно сельскохозяйственный район. В столице штата - Бисмарке проживают 40 тыс. человек, а всего в штате более 640 тыс. человек.

В небольшом городке Дикинсоне (17 тыс. жителей), есть университет, он входит в число одиннадцати университетов штата Северная Дакота. На факультете сестринского дела обучаются всего 120 человек.

В университете Дикинсона программы подготовки медицинских сестер есть 2- и 4-годичные. Если программа рассчитана на 4 года обучения, то в первые 2 года изучают прикладные науки. Если медицинская сестра после 2 лет обучения захочет продолжать обучение на врачебном факультете, то эти два года обучения ей зачитываются, однако у врачей может быть более расширенная программа с дополнительными научными предметами.[13, с. 42]

Программа обучения медицинских сестер очень жесткая, так как по окончании обучения медицинские сестры обязаны сдать национальный экзамен, в отличие от врачей и юристов, которые в каждом штате сдают свой экзамен. Если профессор хочет внести изменения в программу, то в виде заявки дает предложения в деканат, далее изменения рассматриваются на совете профессуры и выносятся на одобрение ректората.

В 1967 г. Хелен Йюра и Мэри Волш издали книгу, посвященную сестринскому процессу. Они впервые представили четыре последовательных этапа сестринского процесса: обследование, планирование, выполнение и оценку. В 1973 г. Американская ассоциация медицинских сестер опубликовала «Стандарты сестринской практики», где значительная роль отводилась сестринским диагнозам. Особое значение придавалось постановке диагноза при оказании сестринской помощи, с этой точки зрения Мэри Мандингер и Грейс Джерон предложили выделить диагностирование в самостоятельный этап сестринского процесса и тем самым, увеличить число этапов до пяти: обследование, диагностирование, планирование, выполнение и анализ полученных результатов. [5, с. 132]

Основные цели сестринского дела:

) разъяснение 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 потребности населения;

) обеспечение и проведение учебного процесса для подготовки специалистов среднего и высшего сестринского звена;

) выработка у медицинских сестер определенного стиля мышления. [5, с. 136]

Для достижения этих целей в свою очередь определяют решение следующих задач:

1. развитие и увеличение организационных и управленческих резервов по работе с кадрами;

2. консолидирование профессиональных и ведомственных усилий, направленных на медицинское обслуживание населения;

. ведение работы по обеспечению повышения квалификации и совершенствованию 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 направляли бы сестринский уход в нужное русло и помогали бы оценивать результаты деятельности. [5, с. 137]

Центральная больница в городе Дикинсон - госпиталь Святого Иосифа, который находится под патронажем католической церкви. Это лечебное учреждение рассчитано на 43 койки и обслуживает жителей не только самого города, но и небольшие населенные пункты, фермы, расположенные в радиусе 200 км от города. Раньше он был рассчитан на 100 коек, но администрация была вынуждена провести сокращение, чтобы попасть в разряд сельских (на содержание сельских больниц государство выделяет дополнительные дотации). [13, с. 43]

Лечение можно получить в данном госпитале при наличии страховки или за счет платных услуг. Реестры страховым компаниям к оплате выставляются бухгалтером. В госпитале - 4 отделения, рентгенология и лаборатория. Следует отметить, что при таком маленьком числе коек очень большие площади отведены под вспомогательные помещения. Знакомство с госпиталем у нас заняло несколько часов.

В госпитале представлены отделение родовспоможения, хирургическое отделение, отделение неотложной помощи, а также приемный покой и гериатрическое отделение. В госпитале работают 230 медицинских сестер, есть фармаколог, одна медицинская сестра-эпидемиолог. Руководит медицинскими сестрами главная медицинская сестра, которая имеет высший уровень образования и в настоящее время учится в аспирантуре. Работают медицинские сестры сменами по 12 часов, в неделю разрешено работать не более 36 часов.

На примере данного госпиталя в нашей работе представлен сестринский процесс. Медицинские сестры ведут карты сестринского ухода, выставляют сестринские диагнозы, делают сестринские вмешательства и оценивают состояние пациентов. При этом и сестринские диагнозы, и оценки тяжести состояния очень строго регламентированы. Ведение карт сестринского процесса является необходимостью, поскольку работа построена таким образом, что присутствие врачей (в приемном отделении круглосуточно работает дежурный врач) необходимо только при поступлении больного в тяжелом состоянии, для проведения оперативных вмешательств или в том случае, когда степень подготовки медицинской сестры не позволяет ей оказать медицинскую помощь. Можно пригласить для консультации семейного врача данного пациента. Если у врача есть контракт с госпиталем, то консультация войдет в стоимость страховки. [13, с. 44]

В отделение родовспоможения поступают женщины для получения родового пособия, максимальный срок их пребывания в госпитале - 2 дня. Каждой предоставляется отдельная палата, где она находится до родов, в момент родов и после родов. Ведет Роды акушерка, если появляются осложнения, то приглашают врача, который наблюдал пациентку в период ее беременности. Оперативное вмешательство при необходимости проводят в операционной отделения.

В отделении есть детская палата, где находятся новорожденные, и если женщина хочет отдохнуть после родов, то новорожденным занимается медицинская сестра.

В гериатрическом отделении пребывают пожилые люди, которые нуждаются в длительном медицинском уходе. Срок пребывания от 13 дней до 1 года и более, средний возраст 70 лет. Две медицинские сестры работают днем, одна - ночью. Имеется и вспомогательный персонал. Врач осматривает пациентов в данном отделении несколько раз в год. За этим отделением закреплены специальные помещения, где пациенты проходят физическую реабилитацию. [13, с. 44]

Хирургическое отделение рассчитано на 28 коек. Есть несколько палат интенсивной терапии.

В отделении три операционных, очень хорошо оснащенных. Медицинские сестры работают в бригадах по три человека (две стерильные медицинские сестры + одна нестерильная), они могут меняться. Обработку инструментария медицинские сестры делают сами и формируют стерильные укладки самостоятельно. Всю уборку в операционной проводят специально обученные бригады уборщиков, у которых есть свой руководитель.

ЦСО разделено на зоны, медицинские сестры работают со специальным образованием. Стационар обслуживают две машины проходного типа, работают ежедневно. [13, с. 45]

Реанимационная рассчитана на 13 коек. При поступлении оценивают состояние больного медицинские сестры, в отделении находится один дежурный врач. Отделение обслуживают 3 медицинские сестры (две из них занимаются пациентами, одна - заполнением документации). В среднем больные пребывают в реанимационном отделении не более 8 часов, однако когда есть показания, то больные могут пребывать там до суток. Больные поступают с различной патологией (сердечно-сосудистой, травмами).

В госпитале есть отделение радиологии, где имеется компьютерный томограф на 16 срезов, маммограф, аппарат, на котором смотрят состояние костной ткани, два УЗИ-аппарата и своя лаборатория.

В городе Бисмарке расположен один из крупных госпиталей, рассчитанный на 232 койки. Здесь представлены следующие отделения: родильное (15 коек) + проведение гинекологических операций; детское отделение, рассчитанное на 12 коек (одновременно работают 7 медицинских сестер по 12 часов); онкология и гематология на 19 коек (пациенты пребывают 4-5 дней, максимально - 1-2 мес.) Отделение работает по специальным государственным программам гематологических больных. Все палаты рассчитаны на одного больного; есть физиотерапевтическое отделение и отделение реабилитации, детское отделение реабилитации (находятся на реабилитации дети после травмы и с физическими недостатками).

Дома престарелых в Америке - это особая тема. Они бывают городскими (социальными), частными и принадлежащими штату. Дом престарелых Святого Бенедикта - социально-частный, рассчитан на 164 койки, здесь работают 40 медицинских сестер, 140 ассистентов сестер (это специально обученные помощники медицинских сестер или младшие медицинские сестры) и 253 сотрудника вспомогательного персонала. [16, с. 5]

В наличии семь отделений (четыре клинических, остальные - вспомогательные). В палатах - по 1-2 кровати, пациенты могут здесь находиться от одного дня до нескольких месяцев. В учреждении работает много волонтеров (одновременно до 400 волонтеров). Возраст пациентов - от 49 до 102 лет. При данном госпитале есть церковь.

Руководит домом престарелых директор, ему подчиняются четыре старшие медицинские сестры: одна отвечает за менеджмент; другая - за связь с общественностью и решает социальные проблемы пациентов; третья - диетолог; а также медсестра, отвечающая за культурно-массовые мероприятия. Каждого пациента ведет семейный врач.

Медицинские сестры врачам посылают отчет о состоянии здоровья пациентов. При неотложном состоянии врач дает рекомендации по телефону, и, если есть необходимость, пациента везут в госпиталь. Количество таких центров не зависит от числа жителей в населенном пункте.

Пенсионный возраст в США наступает с 65 лет, и все пенсионеры получают любые медикаменты бесплатно по государственной программе. Пациент имеет право выбора аптеки. У госпиталя заключен договор с шестью аптеками, через которые заказываются лекарственные средства. Из аптеки лекарственные средства поступают в индивидуальной упаковке на каждого пациента на сутки.

Главная медицинская сестра и три ее помощника оценивают компетентность медицинских сестер по специальным картам наблюдения за медицинскими сестрами и выставляют баллы. Один раз в месяц главная медицинская сестра проводит совещание с медицинскими сестрами. Повышают зарплату сотрудникам дома престарелых 1 раз в 2 года, причем деятельность медицинской сестры оценивают по специальной форме, учитывается мнение администрации.

Существует четкое распределение обязанностей: медицинская сестра выполняет больше функцию администратора, а уходом занимаются специально обученные младшие медицинские сестры. Зарплата младшей медицинской сестры вдвое меньше зарплаты медицинской сестры, за один час работы она зарабатывает 10 долларов. Медсестра очень много работает с семьей пациента. Дом престарелых награжден специальным знаком отличия как лучшее учреждение такого рода.

### .3.2 Особенности английского опыта управлением качеством сестринской помощи

При описании английского опыта управлением качеством сестринской помощи, следует отметить, что по международному рейтингу национальных систем здравоохранения Россия занимает 130-е место, а Великобритания - 18-е.

Национальная служба здравоохранения (НСЗ) Великобритании в том виде, в котором она существует сейчас, была создана в еще в 1948 году. С самого начала перед здравоохранением страны была поставлена цель - обеспечить медицинское обслуживание всех жителей по их потребностям, а не по их способности платить за услуги врача. Поэтому и сейчас для пациентов НСЗ все услуги бесплатны и финансируются за счет налогов. Частнопрактикующему врачу платит не пациент, а государство, которое распределяет средства здравоохранения через так называемые «тресты первичной медицинской помощи» - государственные территориальные центры управления здравоохранением.[9, с. 7]

Таких «трестов» в стране 150. Каждый отвечает за медицинское обслуживание определенной территории, выделяя полученное государственное финансирование местным врачам и больницам и обеспечивая необходимый объем и качество услуг в городах и селах своего региона. Сколько денег получают тресты, зависит от количества и состава населения обслуживаемой ими территории и от факторов, влияющих на стоимость медобслуживания (таких как уровень заболеваемости, плотность населения и т.п.). Тресты выступают как государственный заказчик и заключают контракты на оказание первичной медицинской помощи населению с врачами общей практики и вторичной помощи - с больницами и специализированными медицинскими службами на своей территории. Сам трест не оказывает медицинскую помощь, но оценивает потребности местного населения в медобслуживании и контролирует качество работы врачей и больниц.

Первое звено медицинской помощи и центральная фигура британского здравоохранения - врач общей практики (по-английски GP - «джи пи»). Эти частные врачи живут и работают среди своих пациентов. Как правило, трое-пятеро врачей одного города или квартала объединяются и совместно арендуют офис, нанимают медицинских сестер и другой необходимый персонал. По статистике в Великобритании на 2000 человек приходится один врач общей практики, так что в небольшом английском городке с 10 000 населения обычно есть один такой офис на пять врачей. Если пациенту требуется сложная диагностика или лечение, врач направляет его в больницу. В Англии нет учреждений, подобных нашим поликлиникам, где работали бы врачи-специалисты (хотя англичане с интересом присматриваются к этому российскому опыту), - вся специализированная помощь оказывается в амбулаторных или стационарных отделениях больниц. [9, с. 8]

Больницы в Великобритании имеются далеко не во всех населенных пунктах, а лишь в относительно крупных - в среднем 1 больница на 300 человек. В больницу можно попасть только по направлению от своего врача либо на «скорой». Еще несколько лет назад в английских больницах были многомесячные очереди на плановое лечение. Под давлением общественности правительство поставило цель: никто не должен ждать своей очереди на лечение больше 18 недель с момента направления. Так началась реформа здравоохранения, которая активно идет и сейчас. Помимо необходимости сократить очереди на лечение в стационарах, она была вызвана и требованием снизить риск внутрибольничных инфекций и повысить качество обслуживания пациентов.

В настоящее время сестринский процесс является основой сестринской помощи - методом научно обоснованных и осуществляемых на практике медицинской сестрой обязанностей по оказанию помощи пациентам. Сестринский процесс в гинекологии несет новое понимание роли медицинской сестры в практическом здравоохранении, требуя от нее не только наличия хорошей технической подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за пациентами, уметь работать с пациентом как с личностью.

Сестринский процесс определяется конкретными потребностями пациента в уходе. Далее он способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов, касающихся ухода и ожидаемых результатов ухода, кроме этого, - прогнозирует последствия. Сестринский процесс определяет план действий медицинской сестры, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента, а также с помощью сестринского процесса можно оценить эффективность проведенной работы, профессионализм сестринского вмешательства. И самое важное, сестринский процесс гарантирует качество оказания помощи, которое можно проконтролировать.

Преимущества внедрения методологии сестринского процесса для сестринского образования и практики заключаются в обеспечении системного и индивидуального подхода к проведению сестринского процесса, активном участии пациента и его семьи в планировании и обеспечении ухода, создании возможности широкого использования стандартов профессиональной деятельности.

Среди последних нововведений - возможность для врача общей практики выбирать, направить ли пациента в больницу или провести необходимое лечение на месте (возможно, пригласив соответствующего медицинского специалиста на договорной основе). В таком случае пациент «несет с собой» финансирование своего лечения уже не в больницу, а врачу. Эта схема призвана разгрузить больницы и снизить расходы на транспорт, пребывание в стационаре и т.п. [9, с. 9]

Организаторы здравоохранения Великобритании видят перед собой еще много непростых задач в свете все более жестких требований бюджетной экономии и растущих запросов пациентов, которые хотят не просто избавиться от болезненных симптомов, но и улучшить качество своей жизни независимо от возраста и состояния здоровья. И самое главное - чтобы квалифицированная медицинская помощь была доступна всем, а не только тем, кто может за нее платить.

# Глава 2. Управление качеством сестринской помощи: сравнительный анализ западного и российского опыта

## .1 Анализ различий американского опыта

Обучение медицинских сестер в Америке включает несколько этапов:

-й этап (2 года обучения) - подготовка медицинских сестер, которые являются техническими исполнителями;

-й этап (2 года обучения) - готовятся медицинские сестры повышенного уровня;

-й этап (2 года обучения) - медицинские сестры высшего уровня защищают степень бакалавра, которые могут работать самостоятельно (практикующая медсестра), занимать административные должности. [13, с. 42]

Различия заключаются в организации управления. Президенту университета подчиняются пять вице-президентов. Первый вице-президент отвечает за работу с профессурой и все учебные планы в университете. Роль вице-президентов, отвечающих за экономические вопросы и за работу со студентами, понятна. Есть в составе команды президента и директор, отвечающий за работу со спонсорами.

Кафедра сестринского дела проходит аккредитацию каждые 10 лет, за 2 года начинается подготовка к ней. Проверяющие приезжают из другого штата, смотрят содержание программы по предметам и оценивают качество подготовки медицинских сестер. В аккредитации участвует и совет медицинских сестер штата, который оценивает качество обучения по утвержденным программам. В гериатрическом отделении пребывают пожилые люди, которые нуждаются в длительном медицинском уходе. Срок пребывания от 13 дней до 1 года и более, средний возраст 70 лет. Две медицинские сестры работают днем, одна - ночью. Имеется и вспомогательный персонал. Врач осматривает пациентов в данном отделении несколько раз в год. За этим отделением закреплены специальные помещения, где пациенты проходят физическую реабилитацию.

Все алгоритмы сестринских вмешательств разрабатываются в Министерстве здравоохранения США, а в штате есть департамент здравоохранения, в состав которого входит отдел, который отвечает за сестринское дело. Данный отдел разрабатывает подзаконные акты и доводит их до сведения учреждений штата. Поэтому основная задача медицинской сестры - правильно оценить состояние больного и по разработанному и утвержденному алгоритму провести нужное вмешательство.

В госпитале нет разделения отходов на классы и на территории нет установок по утилизации отходов, и даже в боксах, где могут находиться пациенты с особо опасной инфекцией, разделения отходов не происходит. Собираются отходы в одни общие мешки и выносятся обслуживающим персоналом. Емкости под отходы расположены везде, где это возможно, а не только в санузлах.

В США профессия медицинской сестры является одной из престижных и хорошо оплачиваемых. Система образования построена таким образом, что медицинские сестры после окончания университета могут работать самостоятельно и большую часть ответственности и нагрузки в оказании помощи пациенту в стационаре несут на себе.

Кроме того, большинство медицинских сестер являются членами профессиональных сестринских ассоциаций, которые активно лоббируют интересы медицинских сестер в правительстве.

Сходства. В целях создания единства в лечебной бригаде, для достижения максимального взаимопонимания и сотрудничества, в больнице России начали проводить цикл конференций под общим девизом «Наш опыт - достояние общее». Конференции готовили совместно врачи и медицинские сестры; эти мероприятия стали познавательными и яркими, вызывают чувство гордости как за отделения, так и за больницу в целом, а главное - создают условия для взаимопонимания и взаимоуважения, способствуют сотрудничеству врачей и сестринского персонала.

Параллельно с этим был создан институт ведущих специалистов из числа наиболее грамотных и авторитетных медицинских сестер. Положение и план работы ведущих специалистов утверждены приказом по больнице, определены обязанности, сфера деятельности и формы поощрения. Кроме того, были введены письменные отчеты о сдаче смены с оценкой принимающего смену и коррекцией старшей медсестры. Отвечая на вопросы отчета, сестра анализирует отработанную смену, устраняет неточности, а принимающая смену фиксирует внимание на ключевых моментах и оценивает выполнение объема работы.

Ведущий специалист анализирует отчеты, совместно со старшей медсестрой контролирует технику выполнения манипуляций, качество знаний, привлекая к этой работе наиболее опытных медицинских сестер, по необходимости проводит коррекцию самостоятельно или направляет в школы профессионального мастерства.

## .2 Анализ различий английского опыта

Одним из компонентов реформы является внедрение системы «оплаты по результатам». Сами англичане признают, что по этому названию трудно судить о сути системы. В чем же она состоит?

Вначале при активном участии врачей была изучена стоимость различных типовых видов лечения и составлена единая государственная таблица стандартных цен на каждый вид лечения. В стандартную цену вошли все расходы на тот или иной вид лечения: лекарственные препараты, стоимость госпитализации, оплата труда медицинского и технического персонала, аренда помещения и т.п. Стандартная цена легла в основу финансирования медучреждений - деньги больницам выделяются исходя из фактического количества пациентов, объема и видов предоставляемых услуг по стандартным расценкам. Таким образом, не имеет значения, где захочет лечиться больной, потому что «деньги следуют за пациентом», т.е. на конкретный вид лечения любой больнице страны будет выделена одна и та же сумма. Это очень важно, поскольку по британским законам пациент имеет право выбирать медицинское учреждение независимо от места своего проживания. Иными словами, чем больше у стационара пациентов, тем больше денег он получит. Больницы заинтересованы привлечь как можно больше пациентов, и это заставляет их заботиться о качестве обслуживания.

Вопросы совершенствования качества подготовки сестринских кадров очень важны: сегодня на рынке труда уже есть специалисты сестринского дела разного уровня образования, ориентированные на достижение высоких результатов в охране здоровья населения, способные успешно решать конкретные профессиональные задачи. Проводится работа по дальнейшей интеграции среднего профессионального образования и практического здравоохранения. В учебные программы включены проблемы создания здоровьесберегающей среды, сохранения и поддержки индивидуального и общественного здоровья, оказания медицинской помощи пациентам разных возрастных групп. Во многих регионах лечебно-профилактические учреждения успешно применяют современные технологии. Сестринский персонал используется в работе дневных стационаров, стационаров одного дня. Развивается сеть медико-социальных отделений, домов сестринского ухода для лечения и реабилитации пожилых людей и инвалидов, осуществляется сестринский уход на дому за больными, например, сахарным диабетом, функционируют центры медицинской профилактики, специализированные школы бронхиальной астмы, артериальной гипертонии, в которых обучающая роль в формировании здоровьесберегающего поведения отведена сестринскому персоналу.

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.

Сходства. В условиях реформы системы российского здравоохранения вопросы качества оказания медицинской помощи стали обязательным инструментом в оценке деятельности лечебных учреждений.

В настоящее время в мировой практике управления качеством происходят глубокие изменения. Суть этих изменений в том, что внимание, которое уделялось прежде повышению качества продукции, переключается на повышение качества отношения к делу, развитие корпоративных ценностей, улучшение качества отношений с потребителем, повышение качества управления.

Новые подходы к организации системы качества и управлению качеством мы начали с создания основного закона больницы, который объединяет коллектив больницы в коллектив единомышленников.

Определена философия, принцип работы и свод этических правил для персонала больницы. Цель - оказание качественной, эффективной, современной помощи. Основные пути - качество, новые технологии, сотрудничество, сервис. Основа - профессионализм, результативность, доверие, которое оказывают наши пациенты. Принципы работы: качество, ответственность, эффективность, свобода.

# Заключение

В заключение следует отметить, что в России в 2006-2007 году были предприняты первые шаги по управлению качеством сестринской помощи на базе манипуляционных кабинетов. Сначала были созданы единые требования. Проверки не сводились только к оценке деятельности, корректировались знания и навыки. Как прообраз стандарта деятельности были введены информационные папки по всем видам деятельности, что обеспечило единство требований и устранило отдельные недостатки информации.

В следующем году были предприняты дальнейшие шаги. К молодым специалистам или новым сотрудникам отделения прикрепляется наставник из числа сестер с высшей категорией и опытом работы с новичками. Таким образом, создана и работает система управления качеством на уровне отделения. Обмен опытом работы, отчеты, обмен идеями происходит 1 раз в квартал.

Совершенствование управления качеством потребовало создания совета по качеству. Он был организован в начале 2006 года, положение о нем и план его работы утверждает главный врач лечебно-профилактического учреждения.

Совет объединил: школы профессионального мастерства и ведущих старших сестер и специалистов отделений. Были заново разработаны и утверждены критерии оценки деятельности сестринского персонала по видам. Они стали более объемными, а по своей форме и структуре приближенными к оценочным критериям лицензионной комиссии. Каждый из разделов экспертной оценки подробно структурирован. Кроме того, преподавателями-консультантами проводится независимая экспертиза качества ухода за пациентами, включая оценку элементов применяемых сестринских технологий с последующей коррекцией обучения персонала и выводами по улучшению качества ухода.

Сформировались следующие уровни управления качеством:

. Палатная медсестра проводит оценку собственной деятельности и деятельности партнера.

. Ведущий специалист - оценку и коррекцию знаний и навыков медицинских сестер отделения.

. Старшая медицинская сестра - оценку деятельности по листам сдачи смен, критериям оценки по каждому из видов деятельности; коррекцию знаний и навыков; определение уровня качества деятельности как сестринской бригады в целом, так и в отдельности каждой медицинской сестры.

. Комиссии совета по качеству - в оценку организации работы; рекомендации по коррекции; определение узловых моментов для обсуждения на совете;

. Независимые эксперты - экспертизу деятельности и удовлетворенности пациента; рекомендации по коррекции; коррекция и создание методической базы; помощь в обучении.

. Совет по качеству - анализ деятельности подразделений и кабинетов; определение стратегии и тактики управления качеством.

Выводы. 1) На качество сестринской практики влияют различные факторы, но в особенности - организационные формы деятельности, которые меняются в соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением.

) Состояние сестринского дела является одним из показателей, определяющих качество оказания медицинской помощи. Сестринская практика непосредственно влияет на обеспечение качества помощи пациентам, которое напрямую зависит от: знаний и умений каждой медицинской сестры; отношения к делу; профессиональных качеств; четкости взаимодействия внутри коллектива; стиля отношений в коллективе; степени развития сестринского дела в стране, регионе или конкретном лечебном учреждении; уровня требований, предъявляемых к медицинской сестре, и от того, какие обязанности на нее возлагаются.

) Таким образом, анализ управления качеством сестринской помощи в сравнительном анализе западного и российского опыта показал, что управление качеством начинается непосредственно на рабочем месте, где проводится и обязательная коррекция, что, в свою очередь, позволяет упреждать большую часть ошибок. На уровне отделений осуществляется тактика, а стратегия формируется на уровне совета по качеству. В итоге реализуются следующие подходы к управлению качеством: структурный, процессуальный и по конечному результату.

) Структурный подход включает отбор кадров, подготовку, организацию и стимулирование труда. Процессуальный подход - экспертизу и коррекцию. По конечному результату - эффективность деятельности, оценку удовлетворенности пациента, выполнение имеющихся стандартов инструкций, методических рекомендаций.

) Результаты проведенного сравнительного анализа российского и западного опыта управления качеством сестринской помощи помогут по-новому рассмотреть проблему. Понять сильные и слабые стороны управление качеством сестринской помощи, исправить ошибки, оптимизировать сестринский процесс с целью улучшения качества оказания медицинской помощи.

Предложения. 1) Для повышения эффективности использования в практическом здравоохранении сестринских кадров с учетом их профессиональной компетенции необходимо перераспределить функции между разными категориями медицинских работников, освободив медицинских сестер от выполнения несвойственных им функций младшего персонала.

) Сегодня следует приступить к подготовке младшей медицинской сестры по уходу за больными, тем более, что в лечебных учреждениях есть такие должности и в перечень специальностей начального профессионального образования включена специальность «Сестринское дело», квалификация - «Младшая медицинская сестра по уходу за больными».

) Очень важны повышение значимости специалистов сестринского дела в оказании медицинской и медико-социальной помощи, предоставление сестринским службам определенной самостоятельности, закрепление за средним персоналом медицинских услуг, не требующих компетенции врача, доля которых в сегодняшней врачебной практике имеет тенденцию к увеличению, создание современных стандартов по должностям.

) Для достижения высокого качества медицинской помощи необходимо правильно организовать выполнение всех функций медицинской сестры, чтобы достичь высокого уровня сестринской помощи, необходимо иметь стандарты, являющиеся:

1. эталоном выполнения сестринских технологий;

2. эталоном критериев оценки качества.

Качество сестринской практики определяется использованием достижений медицинской науки и внедрения современных технологий, направленных на улучшение оказания медицинской помощи пациентам. Умение творчески относиться к уходу за пациентами, работать с пациентом как с личностью является определяющим в сестринской практике.

) Особое место занимает деятельность сестринского персонала в профилактике заболеваний, формировании реабилитационных программ и т.д. Актуальным является открытие «школ» для пациентов с хроническими заболеваниями и многих иных форм работы, которые отрабатываются на территории нашей страны.

) Для решения обозначенных проблем надо скоординировать три основных направления: совершенствование многоуровневой системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации, 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.

# Список используемой литературы

1. Гулова С.А., Казакова Т.Ф., Галахова И. Е. Медицинская сестра: Практическое руководство по сестринскому делу. М.: ПРОФИ-ИНФОРМ, 2004. - 412 с.

2. Двойников С.И. Управление качеством медицинской помощи. Качество сестринской помощи. Сестринское дело, 2004. № 3. с. 12.

3. Кибанова А.Я., Маман-Заде Г.А., Родкина Т.А. Управление персоналом. М.: Экзамен, 2004. - 8 с.

. Лопатин П.В., Карташова О.В. Биоэтика. Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 240 с.

. Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Организация сестринского дела. Минск: Высшая школа, 2006. -302 с.

6. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 368 с.

. Перфильева Г. Менеджмент в сестринском деле: функции и уровни управления. Сестринское дело № 7, 1996. с 17 - 18.

. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. Под редакцией. Б.В. Кабарухина. Ростов н./Д: Феникс, 2006. - 416 с.

. Савельева И.В. Здравоохранение в Великобритании: время перемен. // Сестринское дело. №1, 2008. с. 7.

. Справочник старшей (главной) медицинской сестры. Под редакцией Гайнутдинова И.К. Ростов-н/Д: Феникс, 2006. - 800 с.

. Сестринский уход. Пособие для медицинских сестер. Под редакцией Петрова В.Н. СПб.: Диля, 2006. - 416 с.

. Туркина Н.В., Королева И.П. Зарисовки некоторых характеристик современного медсестринского персонала. Труды международной научно-практической конференции 27-28 апреля 2005 г. «Сестринское дело и высшее сестринское образование в XXI веке. Проблемы и перспективы». Санкт-Петербург 2005г.

. Фомина Н.В. Американские впечатления российской медсестры. // Сестринское дело. №1, 2008. с. 42-45.

. Хейфец А.С. Основы управленческой деятельности главных медицинских сестер. Главная медицинская сестра №3, 2000. - 24 с.

. Хейфец А.С. Основы управленческой деятельности главных медицинских сестер. Главная медицинская сестра №4, 2000. - 32 с.

16. Хинтон И. Медсестра-менеджер: кто она? Инфо-NURSE 21, 2004 - 5 с.