**МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ имени И.М. СЕЧЕНОВА**

**Факультет высшего сестринского образования**

**Кафедра управления сестринской деятельностью**

**Курсовая работа по административно-управленческому направлению на тему:**

**«Современные ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ качества сестринской помощи»**

**Руководитель:** Зав. кафедрой УСД, к.п.н., доц.

Камынина Наталья Николаевна

**Студент:** заочное отделение, группа 1

Барашина Лариса Валериевна

Москва - 2009год

**Содержание**

Введение

Глава 1. Современные подходы к оценке качества сестринской помощи

1.1 Причины необходимости повышения качества сестринской помощи

1.2 Структурный подход к оценке качества медицинской помощи

1.3 **Организация контроля качества сестринского ухода в учреждениях здравоохранения**

**Введение**

**Актуальность.** В России сестринское дело – важнейшая составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами. Сестринское обслуживание рассматривается как один из экономичных способов предоставления услуг в области здравоохранения. Развитие системы сестринского обслуживания является частью общей тенденции к дальнейшему повышению экономической эффективности системы здравоохранения (Поляков И.В., 1982; Ардаматский Н.А., 1997; Маймулов В.Г., 1997; Щепин О.П., 1998; Вишняков Н.И. и др., 2001; Юрьев В.К., 2000; Греков И.Г., 2001; Двойников С.И., 2003; Медик В.А., 2003; Душенков П.А., 2004; Лучкевич В.С., 2007).

Качество сестринского обслуживания является важнейшим аспектом качества медицинской помощи (КМП) населению, характеризующим деятельность отрасли как системы по результатам анализа комплекса различных параметров, определяющих возможности организации с позиции ресурсного обеспечения, эффективности управления, функциональных свойств, оценки результатов деятельности (Шабров А.В.,1997; Лапотников В.А., 2000; Захаров И.А., 2003; Сабанов В.И., 2003; Чавпецов В.Ф., 2003; Таранов А.М., 2005; Стародубов В.И., 2006; Donabedian A., 1993; Brent N.,1997).

В процессе реформирования системы здравоохранения пересматривается роль среднего медицинского звена в сторону увеличения его самостоятельности. Однако сложившиеся традиционные подходы к роли медицинских сестер в лечебно-диагностическом процессе пока отводят ей медицинской помощи следует четко представлять, что в конечном результате работы врача заложена немалая доля результата деятельности сестринского персонала. Если качество работы врача в большинстве случаев оценивается по конечному результату, то выделить в этом результате долю среднего медперсонала и оценить, насколько качество работы медицинской сестры повлияло на состояние здоровья больного, нередко достаточно сложно, особенно, если отсутствуют прямые доказательства такого влияния (Задворная О.Л., 1995; Царегородцев А.Д., 1996; Глотова И.Г., 2000; Кочорова Л.В., 2000; Косарева Н.Н., 2003; Михайлов С.М., 2003; Назаренко Г.И. Ролько В.Т., 2005; Rafferty A.M., Rutmans J.,1997).

Современная экспертиза качества медицинской помощи в России в основном базируется на оценке работы врачей, а вопросы оценки сестринской помощи и сестринского ухода не имеют должного отражения в существующих системах контроля качества. Это является особенно актуально в свете происходящего реформирования технологии сестринской практики, предусматривающей ее стандартизацию и документирование сестринского процесса. Понятие качества сестринской помощи неразрывно связано с лечебно-диагностическим процессом, поэтому сестринскому персоналу, от которого зависит эффективность лечения, реабилитация, выздоровление пациента, в этом процессе отведена значительная роль (Денисов И.Н., 1996; Линденбратен А.Л., 1999; Фетищева И., 2001; Юрьев В.К., 2003; Саркисова В.А., 2004; Хейфец А.С., 2005; Лапотников В.А., 2007; Buerhaus P., Staiger D.,1996). Важным моментом является четкое определение критериев оценки КСП. Очевидно, что необходимо оценивать правильность выполнения процедур, своевременность выполнения врачебных назначений, соблюдение санитарных норм, ведение документации, порядок в отделении в целом, но помимо этого необходимо проводить оценку соблюдения медицинскими сестрами этических норм, внимания к пациентам и их семьям (Вишняков Н.И., Кочорова Л.В., 2000; Чавпецов В.Ф.,2000; Мурашова Л.Ф., 2004; Лапик С.В., 2005; Поляков И.В., Максимов А.В., 2007).

Процедура контроля качества сестринской помощи – одна из важнейших функций управления качеством и представляет собой новое направление деятельности сестринских служб. Она вменена в обязанности главной и старшей медицинских сестер. Руководители сестринских служб смогут успешно реализовать данный вид деятельности только в том случае, если будут разработаны соответствующие методы контроля и оценки, системы показателей, характеризующих качество сестринской помощи по различным сестринским специальностям, экспертные подходы (Гаджиев Р.С., 2004; Кудрина Т.В., 2005; Лучкевич В.С., 2007).

Вышеизложенное обосновывает необходимость проведения комплексного исследования состояния и развития процедуры контроля КСП как существенной составной части системы обеспечения КМП и проведению экспертизы КМП оказываемой средним медицинским персоналом.

**Цель исследования**: Анализ качества работы среднего медицинского персонала на основе изучения мнения участников лечебно-диагностического процесса

**Задачи:** Для достижения поставленной цели предлагается решить следующие задачи:

1.Проанализировать литературу по проблеме оценке качества сестринской помощи

2.Изучить ресурсы обеспечивающие качество сестринской помощи на базе клиники «ЗАО» «МЕДСИ»

3. Оценить качество работы медицинских сестер «ЗАО»клиники «МЕДСИ»

4. Изучить мнение пациентов о качестве работы медицинских сестер;

5. Изучить мнение врачей насколько деятельность медицинской сестры повлияло на состояние здоровья больного

6. Разработать рекомендации по совершенствованию качества сестринской помощи в «ЗАО» «МЕДСИ»

**Объект исследования:** деятельность медицинских сестер «ЗАО» клиники «МЕДСИ»

**Предмет исследования**: мнения участников лечебно–диагностического процесса

**Методы проведения исследования**

Анкетирование медицинских сестер, пациентов, и врачебный персонал, изучение нормативной документации и сравнительный анализ лечебно диагностического процесса

**Место проведения исследования** «ЗАО» «МЕДСИ» семейная клиника амбулаторно-поликлинического типа с дневным стационаром

**Глава 1. Современные подходы к оценке качества сестринской помощи**

**1.1 Причины необходимости повышения качества сестринской помощи**

Качество жизни населения в целом и каждого человека в частности в первую очередь определяется состоянием здоровья, зависящим от очень многих факторов: наследственности, экологии внешней среды, образа жизни, материальных возможностей, объема и содержания доступной медицинской помощи. Без сомнения, достижению высокого жизненного уровня могут способствовать такие важные моменты, как информированность населения, наличие стройной системы санитарно-гигиенического воспитания и медико-социальной помощи, функционирование «школ здоровья», обучающая направленность сестринского ухода. Результаты анализа демографической ситуации в стране и показателей здоровья населения конца1990-х – начала 2000-х годов послужили отправной точкой при разработке Национального проекта «Здоровье», в котором повышение качества медицинской помощи провозглашается приоритетным направлением модернизации здравоохранения. Существует ряд объективных причин, обусловливающих необходимость повышения и обеспечения качества медицинской помощи и уровня здоровья населения: существенное возрастание личных, производственных и общественных потребностей возрастание роли научно-технического прогресса в диагностике, лечении и реабилитации; усовершенствование услуг и повышение значимости выполняемых функций; неприятие потребителем услуг с относительно невысоким уровнем качества; ужесточение требований к повышению эффективности сестринской помощи как условия функционирования лечебно-профилактического учреждения. Повышение качества медицинской помощи способно привести к повышению качества жизни населения в целом, как пациентов, так и медицинского персонала.

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

**Методология качества сестринской помощи**. Прежде чем приступать к решению проблем КСП, необходимо ознакомиться с сутью понятия «качество». Это понятие волновало лучшие умы человечества с древних времен. Трактовка понятия «качество» встречается во всех философских течениях. Аристотель в III веке до нашей эры определял качество как дифференциацию между предметами по признаку «хороший–плохой». В китайской версии иероглиф, обозначающий качество, состоит из двух элементов: равновесия и денег. Понятие «качество» тождественно понятию «высококлассный», «дорогой». С течением времени в структуре понятия «качество» совершенно явственно выделяются два аспекта: объективный и субъективный. Это явление получило отражение в определениях качества, дошедших до наших дней. В трактовке Гегеля качество определяется, в первую очередь, тождественной с бытием определенностью, при этом нечто перестает быть тем, что оно есть, когда оно теряет свое качество. В 1931 г. У.Э. Шухарт дает свое определение: качество имеет два аспекта: объективные физические характеристики и субъективную сторону: насколько вещь хороша. Дж. М. Джуран (1979) описывает качество, с одной стороны, как свойство, соответствующее назначению предмета, с другой стороны, как степень удовлетворения потребителя данным предметом. Согласно Международному стандарту ИСО 8402-86, качество - это совокупность свойств и характеристик продукта (услуги), которые придают ему способность удовлетворять существующие или предполагаемые потребности. Услуга — процесс предоставления определенных благ потребителю. Потребитель сестринской помощи — пациент, получающий ее. В сестринские услуги включены организация и проведение мероприятий по сохранению здоровья пациента, профилактике заболеваний, уходу за пациентом, включая выполнение манипуляций, подготовку к исследованиям, проведение реабилитационных мероприятий, облегчение страданий пациента. Таким образом, под качеством сестринской помощи понимают соответствие между ожиданиями пациента (семьи, общества) и восприятием пациентом (семьей, обществом) процесса и результата оказания помощи.Это определение, подчеркивающее соответствие ожидания и восприятия как важнейшую характеристику качества помощи, не является исчерпывающим. В.А. Медик и В.К. Юрьев приводят несколько современных определений понятия «качество медицинской помощи». В формулировке А. Донабедиана: «Качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей выгодой для здоровья человека, при этом без увеличения риска. Уровень качества, таким образом, — это степень достижения баланса выгоды и риска для здоровья». М. Ремер и С. Монтойя Агиляр: качество медицинской помощи — «должное проведение (согласно стандартам) всех мероприятий, которые являются безопасными, приемлемыми в смысле затрачиваемых средств в данном обществе и влияют на смертность, заболеваемость, инвалидность...»\*Определение Всемирной организации здравоохранения: «Каждый пациент должен получить такую медицинскую помощь, которая привела бы к оптимальным для его здоровья результатам в соответствии с уровнем медицинской науки, возрастом пациента, диагнозом заболевания, реакцией на лечение; при этом должны быть привлечены минимальные средства, риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности должен быть минимальным, а результат и удовлетворение от процесса оказываемой медицинской помощи максимальными»\*.

Определение, разработанное Центральным НИИ организации информатизации здравоохранения Минздрава РФ: «Качество медицинской помощи (health care quality) — это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии».

Все варианты определений «качества медицинской помощи»имеют значение не только для развития сестринского дела, но и для совершенствования сестринской практики, так как формулируют основные характеристики качества. С точки зрения пациента (семьи, общества), качество сестринской помощи — такие свойства услуги, благодаря которым пациент остается доволен оказанием сестринской помощи в целом, результатом и процессом ее оказания. А это значит, что условия, в которых производилось сестринское вмешательство, профессионализм медицинских сестер, их личностные качества, профессиональное общение и результат помощи соответствовали ожиданиям пациента. С точки зрения учреждения здравоохранения, качество сестринской помощи — выполнение функциональных обязанностей в строгом соответствии с нормативно-правовой документацией, что означает профессиональную компетентность медицинских сестер, умение работать в команде, создавать и поддерживать позитивную производственную среду и обеспечивать инфекционную безопасность. Таким образом, структура понятия «качество» включает внутреннюю и внешнюю составляющие. Внутренняя составляющая качества — *характеристики*, внутренне присущие услуге. Внешняя составляющая качества — *соответствие потребности и восприятия услуги*. Разные авторы предлагают различное число характеристик. Порой, различаясь по названию, они, по сути, отражают одни и те же свойства. А. Донабедиан считает характеристиками или базовыми критериями качества медицинской помощи (КМП):

действенность (способность поправить здоровье);

результативность (достигнутый уровень здоровья);

эффективность (соотношение между полученным результатом и затратами);

оптимальность (сбалансированность цены и качества);

приемлемость для пациента (в физическом, психологическом, материальном смысле);

правомерность (допустимость с точки зрения государственных законов и общественных порядков);

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

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

**Доступность сестринской помощи**. Означает обеспечение возможности получения сестринской помощи независимо от географических, экономических, социальных, культурных, религиозных, организационных или языковых барьеров.

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

**Межличностные взаимоотношения**. Под межличностными взаимоотношениями прежде всего подразумеваются внутренний психологический климат коллектива и умение работать в команде. Для эффективности сестринского вмешательства огромное значение имеют следующие моменты:

взаимодействие пациента в системе организационного окружения: врач — медицинская сестра — пациент, медицинская сестра — медицинская сестра — пациент, медицинская сестра — пациент — родственники пациента;

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

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

-адаптация пациента к заболеванию;

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

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

**Эффективность**. Рассматривается как отношение затраченных ресурсов к полученным результатам. Анализ эффективности производится, как правило, для сравнения альтернативных решений.

Эффективность сестринского ухода тем выше, чем четче согласованы сроки обследования и подготовка к ним, чем раньше и целенаправленнее организована профилактика развития возможных осложнений, чем активнее роль пациента и его родственников в организации и выполнении мероприятий по уходу.

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

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

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

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

Внешняя составляющая качества — *соответствие потребности и восприятия услуги* — характеризуется понятием *«удовлетвореность».* Организация, содержание и результаты работы сестринской службы должны отвечать ожиданиям и потребностям пациентов и их родственников, медицинских сестер. Удовлетворенность может быть полной или частичной, в ряде случаев возникает неудовлетворенность как сестринскими услугами (со стороны пациентов), так и результатами работы (со стороны медицинского персонала).

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

**Удовлетворенность медицинских работников** определяется теми условиями, в которых организовано сестринское вмешательство, наличием средств организации ухода, эргономических пособий, средств и методов обеспечения инфекционной и психологической

безопасности пациента и персонала, размером и формой оплаты труда, практикой моральных поощрений. Немалое значение имеет возможность профессионального роста, участия в реализации федеральных программ с последующим обменом опытом и общением с коллегами из других ЛПУ или регионов, решения вопросов социальной защищенности.

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

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

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

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

Однако, к сожалению, несмотря на нормативные акты руководители ЛПУ, не используют в полной мере потенциал сестринского персонала с учетом его профессиональной компетенции. Медицинская сестра должна в большей степени соответствовать нуждам населения, а не потребностям системы здравоохранения. Она должна трансформироваться в хорошо образованного профессионала, равного партнера, самостоятельно работать с населением, способствуя укреплению здоровья общества. Именно медицинской сестре сейчас отводится ключевая роль в медико-социальной помощи людям пожилого возраста, пациентам с инкурабельными заболеваниями, санитарном просвещении, организации образовательных программ, пропаганде здорового образа жизни. Поступательное движение среднего медицинского звена вперед явно ощущается с 1992 года, после I научно-практической конференции в Галицино. На ней сформулировано новое определение сестринского дела;…"это часть медицинского ухода за здоровьем, наука и искусство направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды", и определены функции сестринского дела:

* Участие в уходе
* Педагогическая
* Исполнительская
* Исследовательская и цели:

1. Эффективное использование сестринского потенциала

2. Обеспечение и ведение учебного процесса

3. Выработка у медсестер, врачей, общества в целом, нового стиля мышления относительно сестринского дела;

4. Создание необходимых стандартов.

Помимо традиционного ухода за больными у медицинской сестры 21 века появляются новые направления деятельности, она должна принять на себя множество разнообразных функций. С распространением высшего сестринского образования появилась возможность самостоятельно проводить научные исследования, результаты которых специалисты сестринского дела в состоянии реализовать самостоятельно, а также возможность подготовки сестринских кадров силами самих медицинских сестер.

Среди первых шагов в данном направлении следует отметить организацию учебно-методического кабинета, где разрабатываются и внедряются специализированные программы обучения без отрыва от основного места работы медицинских сестер различной степени подготовки, разных профессиональных групп, а постоянное обучение медсестер способствует повышению качества медицинского обслуживания пациентов. Следующий этап - ежегодное обучение молодых медсестер в «школе молодой медсестры» со сдачей дифференцированного зачета по окончанию обучения. Далее для всех практикующих средних медработников по вопросам ООИ; трансфузиологии, инфекционному контролю, ВИЧ-инфекции проводятся зачеты I раз в год. Одной из форм профессионального обучения средних медработников является ежегодное проведение конкурсов профессионального мастерства, научно-практических конференций и мастер-классов на экспериментальных площадках по внедрению элементов сестринского процесса. Положительным результатом этого является и возрастающий интерес медсестер к повышению своего профессионального уровня, а также их активное участие в преподавательской и научно-исследовательской работе, обеспечение доступа к современной информации, улучшение качества своей деятельности. Управлять качеством сестринской помощи, по мнению Дороти Холл, можно лишь тогда, когда деятельность сестер изучена, структурирована, нормирована, а значит, может быть оценена в соответствии со стандартом. Разработка и применение общепринятых стандартов является ключевым компонентом каждой из основных функций сестры, необходимым условием ответственности за свои действия. Важно, чтобы медицинская сестра была способна логически обосновать свои действия. Следствием понимания важности стандартов будет проведенная Советом медицинских сестер работа по их созданию и внедрению. Для составления и адаптации стандартов, несомненно, потребуется привлечение преподавателей медицинского колледжа, практикующих медсестер, врачей. Это поможет построить стандарты с учетом особенностей и проблем, имеющихся в практике ЛПУ в настоящее время.

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

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

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

1. Старшие медсестры отделений ежедневно, итоги фиксируют в тетрадях учета дефектов, проводят индивидуальную работу по их устранению.

2. Отдельно оцениваются аспекты сестринской работы (исполнительская дисциплина, соблюдение санэпидрежима, контроль за использованием и хранением лекарственных средств).

3. Главная медсестра оценивает качество работы старших медсестер Для координации и взаимодействия работы отделений, освобождения старших медсестер от несвойственных им функций, может быть создан оперативно-диспетчерский отдел, который выполняет функции стола справок, осуществляет централизованную выписку листков временной нетрудоспособности, справок, организует консультации специалистами внутри и вне учреждения, занимается доставкой биологического материала в лаборатории города, осуществляет доставку корреспонденции в отделения и из отделений в административные кабинеты и т.д. Для объективности оценки важно учитывать количество должностей по штату и фактически занятых, сколько пролечено больных, какое количество больных с дефицитом самоухода, сколько выполнено инъекций и каких, сколько инфузий, укладки биксов, обработки инструментария, количество переворачиваний больных с угрозой пролежней, сколько больных переложено на каталку, сколько дез. средств, сколько получено в аптеке лекарственных средств, данные о докармливании больных, уборке и кварцевании палат и манипуляционных кабинетов, умывании больных, измерениях температуры тела, РS, АД и т.д.

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

Очевидно, что, большинство людей сталкиваются с проблемой организации ухода за больными, только когда близкие попадают в больницу с тяжелыми заболеваниями. Отвечают за проведение подготовки в школах здоровья сестры, при необходимости к проведению приглашается врач. Важно отметить, что методические рекомендации для занятий в таких школах утверждаются и контролируются зав отделением, лечащим врачом. И все же при рассмотрении модели сестринского дела, необходимо исходить из реальных условий, в которых работают наши медсестры, стойкого, выработанного десятилетиями, стереотипа взаимоотношений врач - медицинская сестра – пациент. Но, в то же время мы можем использовать уже накопленный мировой опыт, взяв из имеющихся моделей сестринского дела то, что нам ближе, понятнее и более реально в нынешних условиях. Система контроля качества сестринской помощи может быть представлена уровнями: Первый – текущая оценка качества приема и передачи дежурных смен; Второй – периодическая оценка качества ведущим специалистом манипуляционной техники, ухода; Третий – углубленная оценка качества сестринской помощи (два раза в год) по критериям; Четвертый – выявление проблем и коррекция, обсуждение в школе профессионального мастерства, обучение на семинарах. Таким образом, мероприятиями, обеспечивающими качество сестринской помощи являются:

1. подготовка кадров,

2. ресурсное обеспечение деятельности медицинских сестер,

3. внедрение стандартов сестринской помощи,

4. использование современных сестринских технологий,

5. экспертиза качества с последующей коррекцией.

В обеспечении системы качества трудно переоценить роль ведущих специалистов, школ профессионального мастерства, преподавателей медицинских колледжей и совета по качеству(если он создан).Перспективы дальнейшего развития системы управления обеспечением качества сестринской помощи заключаются в следующем: разработка стандартов по всем номенклатурам специальностей в сестринском деле, обучение сестринского персонала методике коррекции и предупреждения отклонений от стандартов, привлечение пациентов и их родственников, независимых экспертов для предупреждения возможного снижения качества сестринской помощи, создание групп качества в отделениях, участие в развитии инноваций в сестринском деле и новых сестринских технологий.

**1.3 Организация контроля качества сестринского ухода в учреждениях здравоохранения**

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

1. Подготовительный. Планирование конкретного результата, разработка соответствующих нормативов. Определение порядка проведения экспертной оценки и анкетирования. Планирование контроля КМП.

2. Осуществление экспертной оценки и ведение карт экспертизы.

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

4. Обработка карт экспертной оценки и анкет, расчет показателей, составление аналитических таблиц и передача информации на различные уровни управления. 5. Анализ полученной информации органом управления. 6. Разработка программ обеспечения качества и их реализации.

**1. Подготовительный этап** Основные задачи определение конкретных обязанностей, связанных с контролем и оценкой КМП; создание комиссии по обеспечению КМП и (или) назначение лиц, ответственных за осуществление программы; разработка экспертных карт, анкет, таблиц и др., необходимых для учета данных о работе ЛПУ; определение конкретных результатов лечения и роли персонала в их достижении (отдельно врачей, средних медицинских работников, обслуживающего персонала): объема проводимых лечебных мероприятий, особенно связанных с высоким риском, большим объемом и (или) требующих особого внимания; специальных индикаторов (предельных показателей), по достижении которых необходимо начинать оценку КМП; выбор методов работы; обучение персонала, привлекаемого к оценке КМП. Особое внимание обращается на правильное планирование конкретного результата (КР) в отношении каждого контрольного случая. Например, при планировании сестринского ухода за пациентами, находящимися в тяжелом состоянии, мы сталкиваемся с целым перечнем проблем. Если по каждой из них составлять отдельный план ухода, возникают вопросы: как скоординировать все пункты такого плана; в какой последовательности осуществлять такие действия, как умывание, кормление через зонд, перевязка, смена постельного белья и др.? В некоторых случаях выгоднее составлять общий план ухода сразу по нескольким проблемам. Стандартные планы обследования, наблюдения и ухода за пациентами с различными проблемами значительно облегчат работу медсестер, позволят контролировать качество ухода, могут послужить основой при обучении родственников пациентов, но слепо следовать им невозможно. Сестринский процесс предусматривает именно индивидуальный уход за каждым пациентом. Планирование КР по своему направлению осуществляет медицинский работник, оказывающий медицинскую помощь, на основе эталона КР. Каждый ожидаемый результат должен быть реально достижимым с учетом материально-технических возможностей ЛПУ и получать отражение в учетной медицинской документации. Разработку эталонов КР в каждом ЛПУ осуществляют заведующий подразделением, старшая медсестра при непосредственном участии главных медицинских специалистов учреждения по профилю на основе стандартов. Показатели КР — это параметры, которых необходимо достичь при оказании медицинской помощи определенной группе пациентов с той или иной патологией, или при выполнении различных исследований (процедур). Например, эталон КР для палатной медсестры может предусматривать по врачебным назначениям полноценное и своевременное их выполнение, а по состоянию медицинской документации — отсутствие замечаний по ее ведению и внешнему виду. Если медсестра планирует введение лекарственного средства по назначению врача, то данный пункт реализуется по алгоритму выполнения, например, внутримышечной или внутривенной инъекции. От медсестры требуется умение обосновать свои действия, объяснить, почему надо действовать так, а не по-другому. При оценке эффективности практических манипуляций много внимания уделяется общению с пациентом, его подготовке к процедуре, получению его согласия. К процессу оценки эффективности ухода обязательно должен привлекаться пациент (только он может определить, удовлетворены ли его потребности. Конечно, это не относится к пациентам с угнетенным сознанием или находящимся в бессознательном состоянии. Контроль планирования КР возлагается на заместителя главного врача по лечебной работе, главных (ведущих) специалистов, заведующих и старших медсестер подразделений, главную медсестру ЛПУ. В случае отсутствия отраслевого стандарта на объект стандартизации (конкретную медицинскую услугу, технологию ее выполнения и т.п.) или при необходимости определения требований, расширяющих установленные ОСТом, в медицинском учреждении разрабатывается Стандарт предприятия (учреждения) на данный объект стандартизации.

**2. Осуществление экспертной оценки и ведение карт экспертизы**

Оценка деятельности отдельного среднего медицинского работника складывается из следующих составляющих: профессионализм, стремление к повышению квалификации, отсутствие обоснованных жалоб со стороны пациентов. Каждый медицинский работник осуществляет экспертизу в процессе работы в порядке самоконтроля. За основу критериев оценки деятельности медсестер приняты их функциональные обязанности. Например, основными критериями оценки работы палатной медсестры являются: соблюдение должного санитарного состояния палат и сестринского поста; соблюдение стандарта профессионального общения; качество предстерилизационной обработки инструментов; соблюдение качества ухода за больными; обеспечение качества и своевременности выполнения врачебных назначений; наличие осложнений после медицинских манипуляций; соблюдение правил питания больных; ведение документации; соблюдение правил сбора и доставки анализов в лаборатории; соблюдение лечебно-охранительного режима в отделении; соблюдение правил подготовки больных к рентгенологическим, лабораторным, эндоскопическим и другим исследованиям, оперативным вмешательствам; наличие обоснованных жалоб пациентов. Основными критериями оценки работы медсестры процедурного кабинета являются: соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в процедурном кабинете; своевременное выполнение врачебных назначений; соблюдение стандарта профессионального общения; соблюдение стандарта выполнения манипуляций, типовых правил введения лекарств; соблюдение качества дезинфекции и предстерилизационной обработки; наличие осложнений после манипуляций; соблюдение правил и сроков хранения лекарственных средств; соблюдение правил сбора и доставки анализов в лабораторию; ведение документации; наличие обоснованных жалоб пациентов Результаты работы среднего медицинского персонала ЛПУ стационарного типа представлены: полноценным и своевременным выполнением врачебных назначений; качественным уходом за больными; соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; должным состоянием медицинской документации; состоянием медицинского оборудования, инструментария и предметов ухода. В зависимости от профиля подразделения каждый из этих пунктов получает соответствующее значение. Например, уход за больным для палатной медсестры означает гигиенический туалет, кормление больного, сопровождение тяжелобольного на процедуры и др.; для медицинской сестры-анестезиста — укладывание больного на операционный стол, беседу с больным. Должное состояние медицинского оборудования для операционной медсестры означает готовность операционного инструментария к предстоящей операции, для медицинской сестры-анестезиста — готовность наркозной и дыхательной аппаратуры, систем для трансфузионной терапии и т.д.Старшая медсестра отделения не реже 1 раза в неделю проводит проверку выполнения каждой медсестрой должностных обязанностей. Определение случаев, подлежащих экспертизе, осуществляется путем непреднамеренного отбора, когда каждый случай участия в оказании медицинской помощи может быть подвергнут оценке. Экспертизе могут подлежать за 1 день работы или за 1 дежурство несколько видов деятельности медсестры (приложение 1)Старшей медсестрой могут использоваться следующие методы проверки: изучение медицинской документации (карты, журналы, листы назначений и др.); личное наблюдение за деятельностью медсестры в повседневной деятельности; опрос больных; оценка результатов бактериологического контроля смывов, стерильности инструментария и др. Результаты проверки заносятся в специальную Карту экспертной оценки работы (приложения 2, 3, 4) и книгу контроля и экспертной оценки деятельности среднего медицинского персонала. Форма карты разрабатывается в ЛПУ. Экспертная карта оценки работы заводится персонально на каждую медсестру. Заполненная карта направляется для обработки в подразделение медицинской статистики. Главная медсестра осуществляет по каждому подразделению экспертизу (повторную экспертизу) не менее 30–50 случаев за квартал (в их число могут входить случаи, подвергшиеся оценке старшей медсестрой). Под постоянным контролем должна находиться деятельность подразделений, где в результате проводимого в учреждении анкетирования выявлены случаи неудовлетворенности пациентов отношением к нему персонала. Регулярное обсуждение результатов экспертизы в коллективе (на совете медсестер и сестринских конференциях) позволяет принимать конкретные меры по устранению дефектов в работе. При этом следует использовать систему управления КМП в практической деятельности не как инструмент поиска и наказания виновных, а как фактор совершенствования лечебно-диагностического процесса на основе вовлечения в эту работу максимального числа персонала.

**3. Проведение социологического исследования**

Социологическое исследование проводится с целью формирования целостной картины обеспечения КМП и определения путей повышения эффективности работы ЛПУ. Для этих целей разрабатываются анкеты, содержащие перечень вопросов, адаптированных к условиям определенного учреждения (поликлиника, стационар), подразделения и др. Образцы анкет социологического изучения мнения пациентов и сотрудников медицинского учреждения приведены в приложениях 5 и 6. Для изучения удовлетворенности пациентов медицинской помощью рекомендуется проводить опрос по каждому из лечебных подразделений не менее 40–50 пациентов, получивших медицинскую помощь. Анкетирование медицинского персонала необходимо проводить регулярно. Для получения более полной и объективной информации следует придерживаться принципа анонимности опроса. Заполненные анкеты передаются в подразделение медицинской статистики для обработки. Аналогичным образом проводится социологическое исследование удовлетворенности медицинского персонала работой лечебных, диагностических и вспомогательных подразделений учреждения.

В данной главе представлены понятия и описания таких разделов как причины необходимости повышения качества сестринской помощи, структурный подход к оценке качества сестринской помощи, а также организация сестринского ухода в учреждениях здравоохранения. В результате этого можно отметить, что для улучшения качества обслуживания пациентов большая часть сестринской деятельности должна быть независимой, самостоятельной, но контролируемой специалистом сестринского дела. Также очевидна возможность выявление проблем качества медицинской помощи через призму общественного мнения и что мнение потребителей медицинских услуг может объективно отразить ситуацию в учреждениях здравоохранения.