

## КАЧЕСТВО СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ УЧРЕЖДЕНИЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ТИПА

*С.А. Баялиев*

Представлены результаты комплексного исследования состояния и развития процедуры контроля качества сестринской помощи.

*Ключевые слова:* медицинская сестра; медицинская помощь; качество.

Качество сестринского обслуживания является важнейшим аспектом качества медицинской помощи (КМП) населению, характеризующим деятельность отрасли по результатам анализа комплекса различных параметров, определяющих возможности организации с позиции ресурсного обеспечения, эффективности управления, функциональных свойств, оценки результатов деятельности [1, 2].

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 роль исполнителя предписаний врача. В этих условиях при оценке качества 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.

Современная экспертиза качества медицинской помощи в Кыргызской Республике 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 актуальным на фоне 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 [3, 4]. Необходимо оценивать правильность выполнения процедур, своевременность выполнения врачебных назначений, соблюдение санитарных норм, ведение документации, порядок в отделении в целом, но помимо этого следует проводить оценку соблюдения медицинскими сестрами этических норм, внимания к пациентам и их семьям. Процедура контроля качества сестринской помощи – одна из важнейших функций управления качеством и представляет собой новое направление деятельности сестринских служб. 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.

Нами на базе ЦСМ г. Бишкек проводилось комплексное исследование состояния и развития процедуры контроля качества сестринской помощи, разработки научно обоснованных подходов к организации и проведению экспертизы качества помощи, оказываемой средним медицинским персоналом. Анонимное анкетирование осуществляли среди врачей и медицинских сестер с помощью специально разработанного опросника.

Для изучения состояния качества сестринской помощи (КСП) наиболее результативными, по мнению респондентов, являются обсуждение проблем КСП на совете медицинских сестер (41,7% врачей и 76,4% медицинских сестер), на врачебной комиссии (28,5%) врачей и 32,5% медицинских сестер), в сестринских коллекти-

вах (21,5% врачей, 84,5% медицинских сестер). Большая часть респондентов врачей и сестринского персонала, (61 и 84%) отметили, что проводимые мероприятия эффективны.

Для достижения должного уровня КМП важную роль играет деятельность по обеспечению качества, то есть создание всех необходимых условий для оказания КМП. Обеспечение КСП находится в компетенции главной медицинской сестры, квалифицированного специалиста по управлению сестринской деятельностью.

И врачи, и средний медицинский персонал в качестве первоочередных мероприятий по обеспечению КСП назвали: обеспечение необходимыми ресурсами, решение проблем укомплектованности кадрами, материально техническое обеспечение.

Обращает внимание, что разработка системы показателей, новых форм сестринской документации, организация специальной подготовки по экспертизе КСП для респондентов-врачей не актуальна, так как на данные вопросы ответов они не дали, что не должно оставлять равнодушными руководителей ЛПУ. В то же время медицинские сестры проявили более высокую осведомленность в этих вопросах.

Контроль является одной из функций управления, в том числе и управления КМП. Сегодня, в условиях функционирования системы ОМС, интерес к проблемам КМП со стороны субъектов системы ОМС чрезвычайно высок. В таких условиях представители ЛПУ должны уделять как можно больше внимания данной проблеме.

Главная медицинская сестра ЦСМ (61,7%) и старшая медицинская сестра (73,5%) как непосредственный руководитель сестринской службы в отделении осуществляют контроль качества амбулаторной сестринской помощи. Такие ответы получены от медицинских сестер. Врачи же считают, что контроль качества амбулаторной сестринской помощи производится врачом – специалистом (83,8%), а медицинская сестра осуществляет самоконтроль (48,3%).

Важной функцией управления является мотивация персонала на качественную его работу. Высокие показатели работы должны поощряться. На практике они поощряются: вынесением благодарности в приказе (38,2% медицинских сестер и 35,4% врачей); информированием о достижениях на общественных мероприятиях (61,2% опрошенных врачей и 35,2% – сестер), поощрения отсутствуют – отметили 70,9% вра-

Сравнительный анализ средних оценок и ранговых мест направлений деятельности медицинских сестер ЦСМ

Вид деятельности	Средние показатели, выставляемые респондентами			
	Медсестры, балл	Ранговое место	Врачи, балл	Ранговое место
Уровень теоретической и практической подготовки	4,5±0,09	III	4,7±0,11	IV
Своевременное и правильное заполнение мед. документации	4,3±0,12	IX	3,8±0,11	XI
Своевременное обеспечение лекарственными и перевязочными средствами	4,2±0,13	VII	4,4±0,14	I
Соблюдение сестринских стандартов	4,4±0,12	IV	4,0±0,13	VIII
Своевременность выполнения врачебных назначений,	4,2±0,14	II	3,9±0,12	..II-
Соблюдение технологий ухода	4,4±0,08	VI	4. III.0	IX
Отсутствие осложнений у пациентов	4,2±0,13	I	3,5±0,18	V
Соблюдение стандартов подготовки пациентов к исследованию	4,7±0,08	VIII	4,8±0,06	VI
Соблюдение сан. эпидемиологического режима	4,4±0,12	X	3,7±0,16	III
Соблюдение правил внутреннего распорядка	4,7±0,08	XII	4,2±0,06	XII
Соблюдение мед. этики и деонтологии	4,5±0,09	XI	4,4±0,08	VII
Удовлетворенность пациента	4,3±0,2	V	4,1	X
Итого средний балл	4,3		4,0	

чей и 5,8% медицинских сестер. На вопрос о материальном вознаграждении: ответ не получен. Такие ответы, безусловно, должны заинтересовать руководство ЛПУ.

При ответе на вопрос о значимости критериев КСП респондентам предлагалось выразить свое отношение к предложенным критериям (см. таблицу).

Очевидно, что мнения экспертов-врачей и экспертов – медицинских сестер разошлись по особо значимому критерию. Сестринский персонал считает, что наиболее важным критерием КСП является “отсутствие осложнений у пациентов”, а врачи – “своевременное обеспечение лекарственными и перевязочными средствами лечебного процесса”. Данный критерий можно использовать для оценки деятельности руководителя сестринского коллектива, в обязанности которого входит создание условий для достижения надлежащего уровня КСП. По второму месту мнения респондентов совпали. Оно присвоено показателю “своевременность выполнения врачебных назначений”.

Критерий, характеризующий уровень теоретической и практической подготовки среднего медперсонала, получил у респондентов – врачей и медицинских сестер почти одинаковую оценку: IV и III место соответственно.

Обращает внимание недооценка врачами таких критериев, как “соблюдение сестринских стандартов”, “соблюдение технологий сестринского ухода”, “удовлетворенность пациента оказанной медицинской помощью”. Средний медицинский персонал по данным критериям дал более объективные оценки. Таким образом, анализ ответов на данный вопрос позволяет сделать вывод о хорошей теоретической подготовке медицинских сестер по проблемам качества сестринской помощи и о готовности некоторых из них после соответствующей подготовки по экспертизе качества медицинской помощи стать экспертами КСП.

Самый высокий средний балл по всем видам деятельности (4,3) получен по результатам самооценки медицинских сестер. Наиболее высоко (4,7 балла) они оценили “соблюдение стандартов подготовки пациентов к исследованию”, а также такой критерий, как “соблюдение правил внутреннего трудового распорядка”.

Более критично медицинские сестры подошли к оценке таких направлений в работе, как “своевременность выполнения врачебных назначений” – 4,2 балла; “отсутствие осложнений у пациентов” – 4,2 балла; “своевременное обеспе-

чение лекарственными и перевязочными средствами лечебного процесса” – также 4,2 балла.

Врачи поликлиник, на базе которых проводилось исследование, оценили деятельность медицинских сестер более критично: средний балл составил 4,0. Врачей не устраивает уровень соблюдения средним персоналом санитарно-эпидемиологического режима, об этом свидетельствует низкий средний балл (3,7 из 5). Довольно жестко оценили врачи “наличие осложнений у пациентов” (3,5 баллов). Не устраивает врачей и качество ведения сестрами медицинской документации: средний балл 3,8 из 5.

Еще ниже, чем медицинские сестры, они оценили своевременность выполнения сестринским персоналом назначений лечащих врачей: 3,9 против 4,2. Однако деятельность медицинских сестер по подготовке пациентов к исследованиям врачи оценили выше, чем сами сестры (4,7 баллов против 4,8). По-видимому, профессиональный уровень медицинских сестер при выполнении этих видов деятельности дает им возможность учесть некоторые нюансы, которые не попадают в поле зрения врачей.

Различия во мнениях между медицинскими сестрами и врачами были наиболее достоверными в таких вопросах как уровень теоретической и практической подготовки ( $t=3,04$ ), своевременное и правильное заполнение медицинской документации ( $t=3,1$ ), соблюдение технологий ухода ( $t=3,1$ ), отсутствие осложнений у пациентов ( $t=3,2$ ), соблюдение санитарно-эпидемиологического режима ( $t=3,8$ ), соблюдение правил внутреннего распорядка ( $t=5,02$ ), соблюдение медицинской этики и деонтологии. Достоверность различия средних величин по другим вопросам не доказана.

Результаты сравнительного анализа свидетельствуют о значимости оценок качества сестринской помощи со стороны всех участников лечебно-диагностического процесса. Обращает внимание единодушие мнений по одним и тем же показателям, например, по поводу отсутствия осложнений у пациентов. По-видимому, технологическая деятельность медицинского персонала в исследуемых лечебных учреждениях требует более серьезного контроля, по результатам которого должны быть приняты эффективные управляющие решения.

Формируя систему критериев деятельности медицинских сестер, мнения врачей и медицинских сестер разошлись лишь при оценке наиболее значимого показателя: врачи полагают, что первостепенным является “уровень теоре-

тической и практической подготовки”, сестры же говорят о том, что наиболее значимым является “своевременное выполнение врачебных назначений”. Это свидетельствует о том, что сестринский персонал, несмотря на происходящие реформы в сестринском деле, до сих пор позиционирует себя как исполнителя врачебных назначений, а не как равноправного участника лечебного процесса. Однако мнения врачей и медицинских сестер совпали при определении значимости таких направлений деятельности среднего медицинского персонала, как “соблюдение стандартов подготовки пациентов к исследованию”, “своевременное обеспечение лекарственными и перевязочными средствами лечебного процесса”, “своевременное и правильное заполнение медицинской документации”, “удовлетворенность пациент”, “соблюдение медицинской этики и деонтологии”, “соблюдение правил внутреннего распорядка”. Это позволяет

говорить о том, что предложенные показатели являются основополагающими в процессе оказания помощи и подлежат анализу и контролю со стороны руководителей ЛПУ.

#### *Литература*

1. Хейфец А.С. Опыт ЛПУ России по освобождению палатных медсестер от вспомогательно-технических работ (по материалам журнала) // Главная медицинская сестра. – 2005. – №6. – С. 29–33.
2. Buerhaus P., Staiger D. Managed Care and the Nurse Labor Market // JAMA. – 1996. – Vol. 276. – P. 1487–1493.
3. Brent N. Nurses and the Law. – Philadelphia, 1997. – P. 493–513.
4. Donabedian A. Models of quality assurance. Leonard S. Osenfeld Memorial Lecture, School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, February 26, 1993. – 125 p.