

Введение

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Цель исследования реализуется путем решения следующих задач:

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

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

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

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

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

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

Список литературы содержит 24 источника.

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

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. Результаты анализа демографической ситуации в стране и показателей здоровья населения конца 1990-х - начала 2000-х годов послужили отправной точкой при разработке Национального проекта "Здоровье", в котором повышение качества медицинской помощи провозглашается приоритетным направлением модернизации здравоохранения. Повышение качества медицинской помощи способно привести к повышению качества жизни населения в целом, как пациентов, так и медицинского персонала[15].

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

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

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

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

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

Определение Всемирной организации здравоохранения: "Каждый пациент должен получить такую медицинскую помощь, которая привела бы к оптимальным для его здоровья результатам в соответствии с уровнем медицинской науки, возрастом пациента, диагнозом заболевания, реакцией на лечение; при этом должны быть привлечены минимальные средства, риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности должен быть минимальным, а результат и удовлетворение от процесса оказываемой медицинской помощи максимальными" [15].

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

Все варианты определений "качества медицинской помощи" имеют значение не только для развития сестринского дела, но и для совершенствования сестринской практики, так как формулируют основные характеристики качества. С точки зрения пациента (семьи, общества), качество сестринской помощи - такие свойства услуги, благодаря которым пациент остается доволен оказанием сестринской помощи в целом, результатом и процессом ее оказания. С точки зрения учреждения здравоохранения, качество сестринской помощи - выполнение функциональных обязанностей в строгом соответствии с нормативно-правовой документацией, что означает профессиональную компетентность медицинских сестер, умение работать в команде, создавать и поддерживать позитивную производственную среду и обеспечивать инфекционную безопасность. Таким образом, структура понятия "качество" включает внутреннюю и внешнюю составляющие. Внутренняя составляющая качества - характеристики, внутренне присущие услуге. Внешняя составляющая качества - соответствие потребности и восприятия услуги. Разные авторы предлагают различное число характеристик. Порой, различаясь по названию, они, по сути, отражают одни и те же свойства [15].

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

Профессиональная компетенция. Подразумевает наличие профессиональных знаний, умений и навыков, необходимых для оказания сестринской помощи, умение их применить в конкретной ситуации, в том числе при использовании в работе протоколов и стандартов сестринской деятельности, алгоритмов выполнения

манипуляций. А также наличие профессионально значимых личностных качеств: честности, ответственности, дисциплинированности, аккуратности, умения руководить и подчиняться в зависимости от ситуации. При этом в повседневной работе медицинской сестры заложено противоречие: с одной стороны, необходимо обеспечить индивидуальный подход к пациенту, с другой - во избежание ошибок и осложнений строго придерживаться стандартизированных принципов и правил. Доступность сестринской помощи. Означает обеспечение возможности получения сестринской помощи независимо от географических, экономических, социальных, культурных, религиозных, организационных или языковых барьеров.

Результативность сестринского вмешательства складывается из целого ряда факторов:

- эффективность планирования рабочего времени,
- использование технологий сестринского ухода,
- взаимодействие в процессе ухода с пациентами и их родственниками,
- контроль динамики проблем пациента,
- обеспечение инфекционной безопасности,
- лекарственная терапия,
- сроки проведения обследований.

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

- врач - медицинская сестра - пациент, медицинская сестра - медицинская сестра - пациент, медицинская сестра - пациент - родственники пациента;
- ожидания и представления пациента об организационном кружении и собственной роли в нем;
- ожидания медицинской сестры в отношении пациента и его роли в решении проблем;
- адаптация пациента к заболеванию;
- коррекция поведения пациента и формирование позитивной установки пациента на проводимое лечение;
- роль медицинской сестры в процессе сознательного обучения поведению в сложившихся обстоятельствах.

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

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

Непрерывность. Эта характеристика означает последовательность и преемственность в получении сестринской помощи, соблюдение которых возможно только благодаря ведению сестринской документации, причем не только

фиксирующей лекарственную терапию и дополнительные методы исследования, назначенные лечащим врачом, но и динамику проблем пациента.

Безопасность. Означает обеспечение безопасной больничной среды: инфекционной безопасности пациента и персонала, профилактику травматизма и конфликтных ситуаций, контроль соблюдения лечебно-охранительного режима и лечебного питания, контроль возникновения побочных явлений и осложнений лекарственной терапии, а также своевременное сообщение выявленных фактов лечащему врачу [8]. Таким образом, безопасность означает сведение к минимуму риска побочных эффектов пребывания в лечебно-профилактическом учреждении, диагностических и лечебных процедур, мероприятий по уходу за пациентом.

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

Удовлетворенность пациентов. Для пациентов в конкретном медицинском учреждении качества медицинской помощи определяется тем, насколько она отвечает их потребностям, ожиданиям и является своевременной. С целью определения уровня удовлетворенности пациентов и их родственников результатом и процессом сестринской помощи необходимо проводить анкетирование последних с обязательным анализом ответов. Данные анализа результатов опроса окажут несомненную роль в корректировке работы сестринской службы. Кроме того, важное значение в оценке удовлетворенности пациентов результатами сестринской помощи могут играть публикации в средствах массовой информации, выступления в программах телевидения и радио. Однако необходимо учитывать, что пациенты не всегда в состоянии адекватно оценить оказанную им сестринскую помощь и профессиональную компетентность персонала

Удовлетворенность медицинских работников определяется теми условиями, в которых организовано сестринское вмешательство, наличием средств организации ухода, эргономических пособий, средств и методов обеспечения инфекционной и психологической безопасности пациента и персонала, размером и формой оплаты труда, практикой моральных поощрений. Немалое значение имеет возможность профессионального роста, участия в реализации федеральных программ с последующим обменом опытом и общением с коллегами из других ЛПУ или регионов, решения вопросов социальной защищенности [8].

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

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

диагностике и самое главное, профилактике заболеваний и осложнений, которые невозможны без активного использования сестринского персонала, их знаний и умений по уходу за пациентами, по выполнению технологий и манипуляций, работе с родственниками и самими пациентами по обучению навыкам выполнения простейших манипуляций, грамотному оказанию неотложной доврачебной помощи и т.п. Вот как раз этой четкости в оценке сестринской деятельности, конкретных критериев в оценке результата, простоты использования формул и расчетов пока не прослеживается. Полностью исключены из уровней оценки качества сами специалисты сестринского дела, все опять отдано в руки врачей[4].

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

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

- участие в уходе;
- педагогическая;
- исполнительская;
- исследовательская [20].

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

силами самих медицинских сестер [10].

Среди первых шагов в данном направлении следует отметить организацию учебно-методического кабинета, где разрабатываются и внедряются специализированные программы обучения без отрыва от основного места работы медицинских сестер различной степени подготовки, разных профессиональных групп, а постоянное обучение медсестер способствует повышению качества медицинского обслуживания пациентов. Следующий этап - ежегодное обучение молодых медсестер в "школе молодой медсестры" со сдачей дифференцированного зачета по окончании обучения. Далее для всех практикующих средних медработников по вопросам особо опасные инфекции: трансфузиологии, инфекционному контролю, ВИЧ-инфекции проводятся зачеты I раз в год. Одной из форм профессионального обучения средних медработников является ежегодное проведение конкурсов профессионального мастерства, научно-практических конференций и мастер-классов на экспериментальных площадках по внедрению элементов сестринского процесса. Положительным результатом этого является и возрастающий интерес медсестер к повышению своего профессионального уровня, а также их активное участие в преподавательской и научно-исследовательской работе, обеспечение доступа к современной информации, улучшение качества своей деятельности. Управлять качеством сестринской помощи, можно лишь тогда, когда деятельность сестер изучена, структурирована, нормирована, а значит, может быть оценена в соответствии со стандартом. Разработка и применение общепринятых стандартов является ключевым компонентом каждой из основных функций сестры, необходимым условием ответственности за свои действия. Важно, чтобы медицинская сестра была способна логически обосновать свои действия. Следствием понимания важности стандартов будет проведенная Советом медицинских сестер работа по их созданию и внедрению. Применение стандартов облегчает работу медсестер, сокращает неоправданные расходы средств, времени, обеспечивает преемственность, улучшает качество обслуживания пациентов и результаты лечения. Если разработать стандарты и протоколы деятельности медсестер по основным номенклатурам специальностей, унифицировать учетно-отчетную документацию по работе с пациентами и их семьями, обеспечить преемственность в работе медицинской бригады (палатная м/с, процедурная м/с, участковая м/с, семейная м/с, старшая м/с, социальная м/с), внедрить единые подходы к выполнению манипуляций, подготовке к исследованиям, оказанию неотложной до врачебной помощи, ведению протоколов наблюдения за пациентом и решением его проблем общими усилиями, то это позволит существенно улучшить качество оказания медицинской помощи, даже не меняя организационную структуру сестринской деятельности.

Вооружив медсестру подобными знаниями, несмотря на кажущуюся дополнительную нагрузку (ведение протоколов наблюдения, сестринской истории болезни), мы наоборот облегчим выполнение своих обязанностей, так как, зная согласно стандарту рамки своей компетенции и объем оказываемой помощи пациентам, медсестре не надо всякий раз бегать к врачу с вопросом, что делать в той

или иной ситуации. При ведении протоколов наблюдения легче заметить начальные изменения в состоянии пациента и заранее предпринять меры по устранению их последствий, чем тратить больше усилий на устранение осложнений[11].

Легче ориентироваться в состоянии пациентов при приеме-сдаче дежурств.

Появляется возможность проконтролировать работу, что повысит ответственность к выполняемым обязанностям. Имея всегда под рукой стандарты деятельности, медицинской сестре легче найти и вспомнить алгоритм подготовки пациентов к исследованиям или выполнения манипуляции. Работая с родственниками и обучив их элементарным навыкам ухода или пациента самоуходу, медицинская сестра также освобождается от выполнения этой работы, ей необходимо будет только проконтролировать или дать совет. Таким образом, мы сможем освободить врача от выполнения несущественной, рутинной работы (зачастую относящейся к компетенции медсестры), что позволит ему в свою очередь более качественно выполнять функциональные обязанности. Процессуальный подход к оценке качества осуществляют:

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 санитарно - эпидемического режима, 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, PS, АД и т.д.

Очевидно, что, большинство людей сталкиваются с проблемой организации ухода за больными, только когда близкие попадают в больницу с тяжелыми заболеваниями. Отвечают за проведение подготовки в школах здоровья сестры, при необходимости к проведению приглашается врач. Важно отметить, что методические рекомендации для занятий в таких школах утверждаются и контролируются зав отделением, лечащим врачом. И все же при рассмотрении модели сестринского дела, необходимо исходить из реальных условий, в которых работают наши медсестры, стойкого,

выработанного десятилетиями, стереотипа взаимоотношений врач - медицинская сестра - пациент. Но в то же время мы можем использовать уже накопленный мировой опыт, взяв из имеющихся моделей сестринского дела то, что нам ближе, понятнее и более реально в нынешних условиях [10].

Система контроля качества сестринской помощи может быть представлена уровнями:

I - текущая оценка качества приема и передачи дежурных смен;

II-периодическая оценка качества ведущим специалистом манипуляционной техники, ухода;

III- углубленная оценка качества сестринской помощи (два раза в год) по критериям;

IV-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 [13].

1.3 Организация контроля качества сестринского ухода в учреждениях здравоохранения

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

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

(пределных показателей), по достижении которых необходимо начинать оценку КМП; выбор методов работы; обучение персонала, привлекаемого к оценке КМП. Особое внимание обращается на правильное планирование конкретного результата (КР) в отношении каждого контрольного случая [8].

В некоторых случаях выгоднее составлять общий план ухода сразу по нескольким проблемам. Стандартные планы обследования, наблюдения и ухода за пациентами с различными проблемами значительно облегчат работу медсестер, позволят контролировать качество ухода, могут послужить основой при обучении родственников пациентов, но слепо следовать им невозможно. Сестринский процесс предусматривает именно индивидуальный уход за каждым пациентом.

Планирование КР по своему направлению осуществляет медицинский работник, оказывающий медицинскую помощь, на основе эталона КР. Каждый ожидаемый результат должен быть реально достижимым с учетом материально-технических возможностей ЛПУ и получать отражение в учетной медицинской документации. Разработку эталонов КР в каждом ЛПУ осуществляют заведующий подразделением, старшая медсестра при непосредственном участии главных медицинских специалистов учреждения по профилю на основе стандартов. Показатели КР - это параметры, которых необходимо достичь при оказании медицинской помощи определенной группе пациентов с той или иной патологией, или при выполнении различных исследований (процедур). Например, эталон КР для палатной медсестры может предусматривать по врачебным назначениям полноценное и своевременное их выполнение, а по состоянию медицинской документации - отсутствие замечаний по ее ведению и внешнему виду. Если медсестра планирует введение лекарственного средства по назначению врача, то данный пункт реализуется по алгоритму выполнения, например, внутримышечной или внутривенной инъекции. От медсестры требуется умение обосновать свои действия, объяснить, почему надо действовать так, а не по-другому. При оценке эффективности практических манипуляций много внимания уделяется общению с пациентом, его подготовке к процедуре, получению его согласия. К процессу оценки эффективности ухода обязательно должен привлекаться пациент (только он может определить, удовлетворены ли его потребности). Конечно, это не относится к пациентам с угнетенным сознанием или находящимся в бессознательном состоянии. Контроль планирования КР возлагается на заместителя главного врача по лечебной работе, главных (ведущих) специалистов, заведующих и старших медсестер подразделений, главную медсестру ЛПУ. В случае отсутствия отраслевого стандарта на объект стандартизации или при необходимости определения требований, расширяющих установленные ОСТом, в медицинском учреждении разрабатывается Стандарт предприятия (учреждения) на данный объект стандартизации [8].

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.

Результаты работы среднего медицинского персонала ЛПУ стационарного типа представлены: полноценным и своевременным выполнением врачебных назначений; качественным уходом за больными; соблюдением санитарно-эпидемиологического режима; должным состоянием медицинской документации; состоянием медицинского оборудования, инструментария и предметов ухода.

Старшая медсестра отделения не реже 1 раза в неделю проводит проверку выполнения каждой медсестрой должностных обязанностей. Определение случаев, подлежащих экспертизе, осуществляется путем непреднамеренного отбора, когда каждый случай участия в оказании медицинской помощи, может быть, подвергнут оценке. Экспертизе могут подлежать за 1 день работы или за 1 дежурство несколько видов деятельности медсестры.

Старшей медсестрой могут использоваться следующие методы проверки: изучение медицинской документации (карты, журналы, листы назначений); личное наблюдение за деятельностью медсестры в повседневной деятельности; опрос больных; оценка результатов бактериологического контроля смывов, стерильности инструментария.

Результаты проверки заносятся в специальную Карту экспертной оценки работы и книгу контроля и экспертной оценки деятельности среднего медицинского персонала. Форма карты разрабатывается в ЛПУ. Экспертная карта оценки работы заводится персонально на каждую медсестру. Заполненная карта направляется для обработки в подразделение медицинской статистики. Главная медсестра осуществляет по каждому подразделению экспертизу (повторную экспертизу) не менее 30-50 случаев за квартал (в их число могут входить случаи, подвергшиеся оценке старшей медсестрой). Под постоянным контролем должна находиться деятельность подразделений, где в результате проводимого в учреждении анкетирования выявлены случаи неудовлетворенности пациентов отношением к нему персонала. Регулярное обсуждение результатов экспертизы в коллективе

позволяет принимать конкретные меры по устранению дефектов в работе. При этом следует использовать систему управления КМП в практической деятельности не как инструмент поиска и наказания виновных, а как фактор совершенствования лечебно-диагностического процесса на основе вовлечения в эту работу максимального числа персонала.

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. Образцы анкет социологического изучения мнения пациентов и сотрудников медицинского учреждения. Для изучения удовлетворенности пациентов медицинской помощью рекомендуется проводить опрос по каждому из лечебных подразделений не менее 40-50 пациентов, получивших медицинскую помощь. Анкетирование медицинского персонала необходимо проводить регулярно. Для получения более полной и объективной информации следует придерживаться принципа анонимности опроса. Заполненные анкеты передаются в подразделение медицинской статистики для обработки. Аналогичным образом проводится социологическое исследование удовлетворенности медицинского персонала работой лечебных, диагностических и вспомогательных подразделений учреждения.

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.

2. Методы и методики исследования

2.1 Методы исследования

В работе применены следующие методы исследований:

1. Исторический.

2. Санитарно-статистический.

3. Аналитический.

4. Метод экспертных оценок и эксперимента

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

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

Санитарно-статистический метод предполагает анализ показателей ресурсного обеспечения лечебно-профилактического учреждения за период 2009-2011 гг.

Аналитический метод позволяет определить качество оказания медицинской помощи населению, сделать выводы и определить дальнейшие действия в направлении к улучшению качества оказания сестринской помощи населению.

Метод экспертных оценок и эксперимента. Экспертиза качества - специальное компетентное исследование точно сформулированного вопроса, требующее специальных знаний и представления мотивированного заключения.

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

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

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

2.2 Объект исследования

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

Единица наблюдения - средний медицинский работник.

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

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

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

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

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

2.3 Методики исследования

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

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

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

совершенствования качественного состава экспертных групп.

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

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

3.1 Структура и виды медицинской помощи

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

Педиатрический стационар включает в себя: приемный покой, операционный блок, хирургическое отделение № 1, хирургическое отделение № 2, педиатрическое отделение, пульмонологическое отделение младшего возраста, пульмонологическое отделение старшего возраста, отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных, отделение анестезиологии и реанимации, инфекционное отделение. Приемный покой располагается на первом этаже 6-ти этажного корпуса.

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

В урологическом кабинете круглосуточно проводятся УЗИ исследования и диагностика.

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

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

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

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

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

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

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

Специфика и организация работы подразделяется на обслуживание пациентов с экстренной и плановой хирургической патологией. Пост: общехирургические,

эндхирургические, колопроктологические и обслуживание детей с гнойно-воспалительными заболеваниями Пост: гнойные, ожоговые, торакальные, оториноларингологические.

Кочная мощность хирургического отделения составляет 66 коек.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Мощность отделения- 50 коек (из них 48 круглосуточного и 2 дневного пребывания) Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПН) занимает 3-й этаж отдельно стоящего 3-х этажного корпуса в составе детской больницы.

Сообщение с основным 6-ти этажным зданием больницы через "воздушный" переход на уровне 2-го этажа. ОПН работает в качестве межрайонного неонатального центра, то есть оказывает все виды помощи новорожденным из 10 районов Республики

Татарстан.

Основные направления медицинской деятельности отделения анестезиологии-реанимации: интенсивная терапия новорожденных и детей других возрастных групп; анестезиологическая поддержка работы хирургических отделений; лечебно-консультативная помощь в отделениях больницы; лечебно-консультативная - выездная работа бригады по оказанию помощи прикрепленным роддомам. Мощность отделения - 14 коек. Отделение работает в режиме оказания неотложной медицинской помощи круглосуточно.

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

В отделении имеется собственная клиническая лаборатория. Инфекционное отделение имеет готовность для приема больных с особо опасными инфекциями. Поликлиники ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" обслуживают по амбулаторно-территориальному принципу все детское население города Нижнекамска - 50255 детей в возрасте от 0 до 17 лет и оказывает узкоспециализированную помощь детям города и района.

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

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

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

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

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

В составе клинико-диагностической лаборатории ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром": биохимическая, иммунологическая, бактериологическая и две клинические лаборатории (поликлиники ДГБ и поликлиники №1), лаборатория экспресс-диагностики, находящаяся в АРО. Лаборатории экспресс-диагностики ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" обеспечивают круглосуточную неотложную диагностику для вновь поступающих и находящихся в стационаре больных. Клинико-диагностическая лаборатория оснащена современными биохимическими, гематологическими иммуноферментными и др. анализаторами, которые в

совокупности с высококвалифицированным персоналом, обеспечивают быструю и качественную диагностику. Лаборатория ежегодно участвует в Федеральной Системе Внешней Оценки Качества лабораторных исследований.

3.2 Анализ кадрового потенциала

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

В ГАУЗ "Детской городской больницы с перинатальным центром" 98,1% сертифицированных врачей, что выше показателя по городу Нижнекамску и району (95,3) и РФ (87). С 2009 года данный показатель увеличился на 3%.

Сертифицированность среднего медицинского персонала увеличилась на 7,5% до 96% и также этот показатель выше аналогичного по городу Нижнекамску и району (93,9) и по Российской Федерации (77,9).

Коэффициент совместительства врачей и среднего медицинского персонала увеличился за счет текучести кадров. Уровень обеспеченности врачами снизился на 1,1% и значительно ниже показателя по городу Нижнекамску и району и РФ.

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

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

№

Показатели

2009 год

2010 год

2011год

Темп прироста/ убыли

Нижекамск (%)

РФ (%)

Абс.

Р %

Абс.

Р %

Абс.

Р %

I

1. Сертификация врачей

99

95,2

98

94,2

102

98,1

+3%

95,3

87

2. Сертификация среднего медицинского персонала

268

90

286

95

288

96

+7,5%

93,9

77,9

II

1. Коэффициент совместительства врачей

1,2

1,3

1,4

+16,7%

1,1

1,1

2.Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала

1,2

1,4

1,3

+8,3%

-

-

III

1.Коэффициент категоричности врачей
- со 2 категорией

- с 1 категорией
- с высшей категорией

38

9

26

3

36,5

23,7

68,4

7,9

40

9

24

7

38,5

22,5

60,0

17,5

42

9

22

11

40,4

21,4

52,4

26,2

+10,5

Без изм.

-15,4

+в 3,7 раза

55,8

16,4

25,4

12,8

54

6

20

28

2. Коэффициент категоричности среднего медицинского персонала

- со 2 категорией

- с 1 категорией

- с высшей категорией

150

89

41

20

50%

59,4

27,3

13,3

172

93

57

22

57
54,1
33,1
12,8

194
111
60
23

64,9
57,2
30,9
11,9

+29,3
+24,7
+46,3
+15,0

80
44,5
21,1
14,4

64,3
9,0
27,4
27,9

IV

Коэффициент текучести среднего медицинского персонала

7,7

6,3

13,7

+77,9

V

1.Уровень обеспеченности кадрами врачами

17,4

17,8

17,2

-1,1%

56,7

49,6

2.Уровень обеспеченности кадрами средним медицинским персоналом

42,3

49,6

49,3

+16,5%

118,9

106,5

VI

Коэффициент медсестер - менеджеров

0,3

0,3

0,7

+в 2,3 раза

VII

Коэффициент соотношения врачей и среднего медицинского персонала

0,35

0,35

0,35

Без измен.

VIII

Коэффициент оборота работников среднего звена

9,2

13,3

18,3

+98,9%

IX

Коэффициент замещения работников среднего звена

0,004

0,06

0,005

+25%

X

Коэффициент постоянства среднего медицинского персонала

84,2

82,7

72,9

-13,4%

XI

Укомплектованность врачами

95,6

93,8

91,5

-4,3%

92,6

92,7

XII

Укомплектованность средним медицинским персоналом

96,2

95,3

95,4

-0,8%

97,1

95,5

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

Общая категорийность врачей увеличилась на 10,5% и составляет 40,4%, что ниже показателя по Республике Татарстан (55,8) и Российской Федерации (54). В структуре категорийности на первом месте врачи с 1 категорией (52,4%), на втором месте с высшей категорией (26,2%) и на третьем месте со второй категорией (21,4%). Общая категорийность среднего медицинского персонала повысилась на 29,3% и составляет 64,9%, что ниже показателя по Республике Татарстан (80,0), но выше показателя по Российской Федерации (64,3). В структуре категорийности на 1 месте средний медицинский персонал с второй категорией (57,2%) за счет молодого состава среднего медицинского персонала, на втором средний медицинский персонал с первой категорией (30,9%) и на третьем месте с высшей категорией (11,9%).

3.3 Анализ финансовой среды

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

1. федеральный бюджет;
2. бюджет местный;
3. средства из фонда ОМС;
4. внебюджетные активы.

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

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

Вид финансирования

2009 год

2010 год

2011 год

Темп изменения %

Абс.

%

Абс.

%

Абс.

%

Амбулаторно-поликлиническая помощь

Федеральный бюджет

6198125

8,4

6293173

8,1

7 792 522

9,2

+25,7

Местный бюджет

44658558

60,0

46463664

60,2

48 939 978

57,6

+9,6

Фонд ОМС

19906813

26,7

20809628

26,9

25 235 495

29,7

+26,8

Внебюджетные средства ПМУ

3671180

4,9

3674900

4,8

3 001 200

3,5

-18,2

Итого

74434676

39,1

77 241 365

39,1

84 969 195

38,8

+14,2

Стационарная помощь

Страница:

1 2 3

дипломная работа "Критерии качества в сестринском деле" скачать

Подобные документы

Современные подходы к оценке качества сестринской помощиИзучение современных подходов к оценке качества сестринской помощи. Организация контроля качества сестринского ухода в учреждениях здравоохранения. Анализ анкетирования пациентов, медицинских сестер и врачебного персонала, разработка врачебной карты.курсовая работа [41,0 К], добавлен 21.03.2010

Формирование системы обеспечения качества на примере больницы восстановительного лечения в условиях модернизации здравоохраненияРоль среднего медицинского персонала в обеспечении системы контроля качества оказания медицинской помощи населению Забайкальского края. Организация ведомственного контроля качества оказания медицинских услуг. Стандартизация в здравоохранении края.дипломная работа [151,5 К], добавлен 28.09.2012

Критерии оценки качества сестринской помощиПроблемы в управлении качеством сестринской помощи и возможные пути их решения, функции и цели сестринского дела, проблемы повышения профессионального уровня медицинского персонала. Анализ структуры медицинской организации и видов медицинской помощи.дипломная работа [121,3 К], добавлен 29.08.2010

Роль старшей медицинской сестры дневного стационара поликлиники в повышении качества работы сестринского персоналаФункции и значение медицинской сестры в современной медицинской системе, основные требования, предъявляемые к ее личностным и профессиональным качествам. Критерии качества сестринской помощи. Штаты дневного стационара, анализ и оценка его назначения.презентация [139,3 К], добавлен 14.05.2014

Роль неврологического отделения стационара в реализации Национального проекта

"Здоровье" Организация неврологического отделения детской городской больницы. Острые нарушения мозгового кровообращения. Оценка качества оказываемой медицинской профилактической помощи в неврологическом отделении. Кадровый состав неврологического отделения. контрольная работа [36,5 К], добавлен 19.11.2013

Роль сестры руководителя по совершенствованию организации работы ЦСО
Возрастание роли медицинской сестры-организатора и проблемы управления персоналом в учреждениях здравоохранения. Анализ использования современных технологий и оборудования в работе ЦСО клинической больницы для повышения качества медицинской услуги. дипломная работа [6,5 М], добавлен 17.06.2011

Роль старшей медсестры в повышении качества медицинской помощи
Патогенез и патологическая анатомия первичной туберкулезной инфекции. Качество медицинской помощи. Особенности туберкулеза у детей и возможности ранней диагностики. Предложения по повышению качества сестринской помощи детям, страдающим туберкулезом. дипломная работа [1,0 М], добавлен 06.04.2017

Другие документы, подобные "Критерии качества в сестринском деле"

[главная](#)
[рубрики](#)
[по алфавиту](#)
[вернуться в начало страницы](#)
[вернуться к началу текста](#)
[вернуться к подобным работам](#)