



УДК: 614.253.5|20|

ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ НЕЗАВИСИМОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ю.И. ЖУРАВЛЕВ¹**Е.В. ПАЛЬЧУК²**

¹⁾ *Белгородский государственный национальный исследовательский университет*

²⁾ *Областная клиническая больница Святого Иоасафа, г. Белгород*

e-mail: palchuk.lena@yandex.ru

В работе рассматриваются факторы, обеспечивающие качество медицинской (в том числе – сестринской) помощи, принципы управления ею, проблемы в осуществлении независимых сестринских вмешательств в России, приоритетные задачи по их внедрению в практическое здравоохранение.

Ключевые слова: сестринское дело, качество медицинской помощи, управление.

Оптимизация управления качеством медицинской помощи (КМП), в том числе – сестринской, представляется сегодня одним из приоритетных направлений здравоохранения [12]. Под управлением качеством (quality management) медицинской помощи понимают организацию и контроль деятельности системы здравоохранения для обеспечения имеющихся и предполагаемых потребностей населения в медицинской помощи и удовлетворения потребителей [15]. В современных условиях система управления КМП представляет собой совокупность организационно-управленческих структур и действий, анализирующих, оценивающих и корректирующих условия, процесс оказания и результат медицинской помощи для обеспечения пациенту качественной медицинской помощи в объемах, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи [20].

Общая идеология управления качеством не зависит от вида деятельности [11].

Она успешно используется в различных отраслях, в том числе, и в здравоохранении – в диагностике, лечении, уходе, профилактике, укреплении здоровья. Актуальны для учреждений здравоохранения и общие принципы деятельности для достижения приемлемого уровня качества: записывать то, что делаешь; делать то, что пишешь, измерять результаты; улучшать результаты деятельности [26].

Принципы современной системы управления качеством разрабатываются и функционируют на основе совокупности научно обоснованных принципов. Чаще всего принципы управления представляются в виде установок по формированию поведения менеджеров в процессе достижения целей в области качества [4]. Наиболее популярны 14 принципов управления качеством, разработанные известным американским специалистом У.Э. Демингом. Постоянной целью деятельности, по У.Э. Демингу, должно быть систематическое улучшение качества продукции и услуг [25].

Многие годы при изучении КМП обращали внимание на сам процесс лечения и только в последнее время на авансцену вышла результативность [1].

К основным принципам управления качеством помощи в здравоохранении относят следующие:

1. Единство количества и качества (расширение функций первичной медико-социальной помощи, введение новых стационарзамещающих технологий, «школ здоровья») должно вести не к снижению, а к повышению качества сестринской деятельности по сохранению и укреплению здоровья пациента.

2. Непрерывность повышения качества (способствует, с одной стороны, повышению качества жизни населения, связанного со здоровьем, с другой стороны – повышению квалификации медицинских сестер и их заинтересованности в



результатах труда, расширению самостоятельности и сфер деятельности медицинских сестер, росту престижа профессии).

3. Системно-комплексный подход к обеспечению качества (взаимодействие «медицинская сестра – пациент» рассматривают как систему, на уровне которой организовано управление качеством сестринского вмешательства).

4. Ориентация на потребителя с позиции сестринских услуг (пациента, семьи, профессиональной группы, общества в целом).

5. Непрерывность и комплексность контроля качества (проведение анализ экономической эффективности затрат по достижению оптимального уровня КМП, а также изучение общественного мнения по вопросам КМП на основе анкетирования пациентов и их родственников и анализа публикаций в СМИ).

6. Комплексность стандартизации и сертификации (проведение экспертизы качества медицинской помощи на основе медицинских стандартов (протоколов) деятельности, алгоритмов выполнения манипуляций).

7. Оптимизация затрат на обеспечение качества (выявление и устранение непроизводительные затраты при осуществлении профессиональной деятельности медицинских сестер на основе хронометража рабочего времени, а также осуществлении управления качеством).

8. Экономическое стимулирование деятельности по качеству (этот принцип подразумевает создание экономических предпосылок для совершенствования качества, в том числе и для активного осознанного участия каждого работающего в повышении и обеспечении требуемого качества сестринской помощи (КСП)) [22].

При этом необходимо понимать, что от качества оказываемой помощи напрямую зависит конкурентоспособность учреждения [14].

Управление процессом обеспечения КМП является прикладной дисциплиной общей теории управления здравоохранением. С учетом специфики здравоохранения существуют три модели управления качеством: профессиональная, бюрократическая и индустриальная [5]. Эффективность первой из них зависит от качества подготовки и знаний медицинского работника. В основе бюрократической модели лежат стандартизация объема и результатов МП, полноценный контроль и преимущественное использование формализованных методов. Индустриальная модель ориентирована на непрерывное повышение КМП, прежде всего, путем активного участия в этом процессе каждого сотрудника [21, 23]. Формированию системы управления качеством в медицинских учреждениях и в органах управления здравоохранением в обязательном порядке должна предшествовать кропотливая работа по накоплению и применению профессиональных и специальных знаний для внесения изменений в повседневную работу и их апробированию [3].

Система управления КСП является составной частью системы управления КМП.

Управление КСП возможно лишь при условии всестороннего изучения деятельности медсестер [9, 24]. В Российской Федерации создана целостная система руководства сестринским делом. При Министерстве здравоохранения и социальной защиты РФ и Департаменте учебных заведений для анализа перспективных направлений развития сестринского дела, повышения КСП, коллегиального решения проблем сестринского дела в сфере практического здравоохранения создан Координационный совет по сестринскому делу, организованы проблемные комиссии по сестринскому делу, введена должность главного специалиста сестринского дела, разработано Положение о главном специалисте сестринского дела органа управления здравоохранением края и области. В номенклатуру специальностей учреждений здравоохранения введена специальность «Управление сестринской деятельностью». Установлен перечень должностей для специалистов с высшим сестринским образованием - главной медсестры, заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом, заведующего отделением сестринского ухода, медико-социальной помощи [13].

Основы для формирования специалиста в сестринском деле закладываются в процессе додипломного обучения и укрепляются в процессе последующего



последипломного образования. Среди образовательных задач, решение которых необходимо для повышения качества и эффективности труда медицинских сестер (МС), в первоочередном рассмотрении по мнению специалистов нуждаются следующие:

1. Обеспечение получения медперсоналом знаний в области улучшения работы (знание работы системы здравоохранения в целом, возможных отклонений в работе, психологии труда и психологии перемен, основы знаний о теории познания в медицине, здравоохранении).

2. Выработка политики в области управления, способствующей развитию общего дела и поощрению обучения.

3. Овладение медицинскими работниками инструментами и методами ускоренного совершенствования работы.

4. Систематическое использование стратегических методов накопления и применения знаний в повседневной работе [7].

Управление КСП предусматривает осуществление четырех основных видов деятельности:

1. Анализ объекта сестринской деятельности.

2. Определение потребностей в сестринских услугах контингента обслуживания.

3. Разработка и выполнение мероприятий для достижения качества сестринской деятельности.

4. Обеспечение качества (quality assessment).

Анализ объекта сестринской деятельности. Обеспечение качества сестринских услуг осуществляется при тесном взаимодействии с пациентами. Для этого определяется численность и возрастная структура населения, особенности профессиональных, образовательных, социальных, культурных характеристик населения, материальный уровень жизни, структура заболеваемости [16].

Определение потребностей в сестринских услугах для обслуживаемого контингента. Анализ объекта сестринской деятельности является основой для определения видов и содержания услуг. Составной частью программы реализации потребностей в сестринском обслуживании является планирование ожидаемых результатов и потребительского восприятия результатов. При планировании качества результата может быть использована концепция «нейтральных зон» Ч. Бернарда, согласно которой в личностном восприятии человека существует так называемая нейтральная зона, в которой любые действия не вызывают ответной реакции. То есть, если сестринское вмешательство осуществляется на среднем приемлемом уровне, ответные реакции пациента остаются нейтральными. Чувство удовлетворенности сестринской помощью возникает в случае, когда качество и уровень вмешательства оказываются в сознании пациента за пределами нейтральной зоны. Для предоставления качественных сестринских услуг необходимо определить, какие параметры создают положительную реакцию пациента и непосредственно формируют его восприятие. Е. Кедотт и Н. Терджен разработали классификацию элементов обслуживания в зависимости от их значимости в потребительских восприятиях [2].

Разработка и выполнение мероприятий для достижения качества сестринской деятельности. К ним относится установка целей, создание команды единомышленников с разграничением функций и ответственности, обучение сестринского персонала, признание успехов (поощрение даже мало значимых достижений в повышении качества услуг), информация о результатах. Результаты мероприятий по достижению целей должны доводиться до сведения всех сотрудников ЛПУ на конференциях, семинарах по обмену опытом. Для распространения положительного опыта организуются также школы профессионального мастерства [17].

Для осуществления руководства системой управления качеством необходима организация в ЛПУ специализированных отделов или групп, выполняющих общие функции (рис.).



Рис. Примерная структура системы управления качеством сестринского дела
(Сопина З.Е. с соавт., 2009)

Одной из важнейших их функций при этом является осуществление обратной связи с потребителями, анализ уровня удовлетворенности населения процессом оказания и результатами сестринской помощи [20].

Обеспечение качества (quality assessment) – совокупность планируемых и систематически проводимых способов, методов и действий, направленных на формирование требуемого качества услуг и создание уверенности в том, что она удовлетворяет определенным требованиям. В практике управления качеством используются различные методы, в их числе нормативно-правовые, организационно-распорядительные (административно-контрольные), инженерно-технологические (организационно-технологические), экономические и социально-психологические [6].

Проблема обеспечения КСП приобретает особую значимость в контексте оказания независимых сестринских вмешательств (НСВ) – действий, осуществляемых медсестрой в рамках своей компетенции автономно, без прямого требования врача, по собственной инициативе [18]. К НСВ относится организация физических тренировок, реабилитационных мероприятий, обучения пациентов, как в индивидуальном порядке, так и в рамках различных школ, психологическая поддержка, ряд манипуляций по уходу и т.д. НСВ способствуют укреплению физического, умственного и социального здоровья пациента с учетом его связей с социальным и экологическим окружением [19].

В настоящее время одной из серьезных медико-социальных проблем является высокая заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). В странах, где активно внедряется просветительская работа по первичной профилактике, в ходе реабилитационных программ для пациентов из групп риска реализуются различные образовательные технологии (Канада, Великобритания, США, Финляндия), отчетливо видна положительная динамика заболеваемости ССЗ [27, 28].

В нашей стране технологии НСВ, как в системе здравоохранения целом, так и направленные на выявление факторов риска и профилактику ССЗ, до настоящего времени не получили широкого распространения. Причины этого многообразны. Можно полагать, что большую роль играют доминирующие в профессиональной среде представления о том, что МС является помощником врача, во всем ему подчиненным (административная модель управления), а также – недостаточное развитие, как в процессе до-, так и последипломного образования, мер по воспитанию у МС лидерских менеджерских качеств.

Между тем, имеются работы, убедительно показывающие высокую эффективность оригинальных образовательных программ в борьбе с факторами риска



ССЗ и организации контроля над ними, предусматривающие, в том числе, и активное участие МС [8, 10].

Так, в процессе масштабного исследования, посвященного роли ближайшего окружения (семьи) в оказании помощи пациенту с ССЗ, при распределении функций между специалистами, осуществлявшими процесс полипараметрической оценки медико-социального анамнеза семьи, ряд субпроцессов был поручен нами МС и фельдшерам. В частности, они после соответствующего обучения успешно самостоятельно справлялись с проведением опроса населения, внесением результатов исследований в реестр, разработкой программ коррекции образа жизни семьи и пациентов с ССЗ, долгосрочным их консультированием и мониторингом здоровья. При этом у врачей высвобождалось существенное время на выполнение задач по обработке результатов и выработке программ медикаментозной терапии. А у средних медработников не только повышалась самооценка, но и вырабатывались навыки работы в команде на правах деловых партнеров.

Таким образом, дальнейшая научная разработка технологий НСВ, в частности, в процессе раннего выявления и профилактики ССЗ, способных повысить качество деятельности практикующей медсестры, представляется одной из актуальных проблем первичной медико-санитарной службы на современном этапе. Решение этой проблемы требует комплексного долговременного подхода и предполагает, среди прочего, решения следующих важных задач:

1. Дальнейшее внедрение в образовательные программы подготовки медицинских кадров всех уровней дисциплины «Менеджмент и лидерство».

2. Обязательное включение модулей по качеству НСВ в программы подготовки медработников всех категорий (среднего медицинского персонала, специалистов по сестринскому делу с высшим образованием, врачей).

3. Осуществление мер по выработке у врачей еще со студенческой скамьи, а также у пациентов адекватного отношения к медсестре как к самостоятельному специалисту, а также к понятиям «сестринский процесс», «сестринский диагноз», «независимое сестринское вмешательство».

4. Повышение престижности профессии МС и оплаты ее труда на фоне увеличения соотношения числа сестринского персонала к врачебному в условиях ПМСП.

Решение поставленных задач будет способствовать существенному повышению КМП не только МС, но и врачей, у которых высвободится большая доля рабочего времени на выполнение их непосредственных функций. Есть основания полагать, что в конечном итоге это будет способствовать снижению числа врачебных ошибок, повышению уровня квалификации, в первую очередь за счет самообразования, улучшению грамотности врачей в сфере менеджмента, медицинской логистики, конфликтологии, медицинского права, андрагогики и других актуальных смежных дисциплинах. В то же время повышение самооценки и уровня оплаты труда у МС выступит мощным мотивационным стимулом для их активного участия в реализации индустриальной модели управления качеством.

Литература

1. Бакшеев, В.И. Роль образовательных программ в программе хронических заболеваний [Текст] / В.И. Бакшеев, Н.М. Коломоец // Воен.-мед. журнал. – 2006. – № 3. – С. 47-50.
2. Барцевич, О.В. Возможности повышения качества сестринской помощи в отделении миелотрансплантации [Текст] / О.В. Барцевич, И.П. Королева, Н.В. Туркина // Медсестра. – 2011. – № 6. – С. 41-44.
3. Бесько, В.А. Резервы повышения качества профпатологической помощи / В.А. Бесько [Текст] // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 23-25.
4. Воробьев, П.А. Вопросы качества медицинской помощи в программах подготовки специалистов с высшим сестринским образованием [Текст] / П.А. Воробьев // Медицинская сестра. – 2007. – № 4. – С. 40-41.



5. Вялков, А.И. Управление качеством медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении на современном этапе [Текст] / А.И. Вялков, Р.А. Хальфин, Е.Л. Никонов // Главврач. – 2009. – № 3. – С. 16-25.
6. Гаджиев, Р.С. Качество медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста в городских поликлиниках [Текст] / Р.С. Гаджиев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 2. – С. 36-39.
7. Гаджиев, Р.С. Пути повышения качества и эффективности труда медицинских сестер городских поликлиник [Текст] / Р.С. Гаджиев, Н.О. Садраддинова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 4. – С. 26-30.
8. Галстян, Г.Р. Оценка эффективной программы лечения и обучения больных с инсулинзависимым сахарным диабетом: клинические, метаболические и медико-социальные аспекты [Текст] / Г.Р. Галстян : дис. ... канд. мед. наук. – М., 1993.
9. Геккиева, А.Д. Медико-социальная характеристика медицинской сестры и ее семьи [Текст] / А.Д. Геккиева, А.О. Шомахов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 2. – С.29-31.
10. Журавлев, Ю.И. Полипараметрический метод сбора и оценки медико-социального анамнеза семьи в условиях первичной медико-санитарной помощи [Текст] / Ю.И. Журавлев, П.А. Шептун, Н.П. Дорошкова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2010. – Т. 9, № 1. – С. 120-124.
11. Карташов, В.Т. Опыт разработки и применения системы управления качеством медицинской помощи в ФГУ «52-й консультативно-диагностический центр Министерства обороны Российской Федерации» [Текст] / В.Т. Карташов, Н.М. Коломоец, А.В. Плешаков // Актуальные вопросы управления качеством медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях // Материалы научно-практической конференции / ГВМУ МО РФ, ФГУ «52 КДЦ МО РФ»; под ред. В. В. Шаппо. – М. : [б.и.], 2008. – С. 244-245.
12. Кудрина, Т.В. Разработка качественных показателей деятельности сестринского персонала в городской больнице восстановительного лечения г. Иваново [Текст] / Т.В. Кудрина // Главная медицинская сестра. – 2005. – № 4. – С. 19-22.
13. Лычев, В.Г. Контроль качества деятельности медсестры [Текст] / В.Г. Лычев, В.К. Карманов // Медицинская сестра. – 2006. – № 5. – С. 31-34.
14. Мазитов, М.Р. Научно-методическое обоснование системы управления качеством лабораторных исследований [Текст] / М.Р. Мазитов, А.В. Шулаев // Здравоохранение Российской Федерации. – 2011. – № 3. – С. 18-22.
15. Медик, В.А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению [Текст] / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М. : Медицина, 2003. – 368 с.
16. Новокрещенова, И.Г. Организационные подходы к формированию внутриучрежденческой системы управления качеством сестринской помощи [Текст] / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 23-29.
17. Островская, И.В. Роль медсестер в обеспечении равного доступа к услугам здравоохранения [Текст] / И.В. Островская // Медицинская сестра. – 2011. – № 3. – С. 6-14.
18. Перфильева, Г.М. Сестринский процесс : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей [Текст] / Г.М. Перфильева. – М. : Медицина, 2001. – 175 с.
19. Поляков, И.В. Анализ структуры рабочего времени среднего медицинского персонала отделений восстановительного лечения [Текст] / И.В. Поляков, С.А. Калинина, Т.Ф. Нестерев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 2. – С. 34-38.
20. Семивеличенко, Т.Н. Пути улучшения качества медицинской помощи в акушерском стационаре [Текст] / Т.Н. Семивеличенко, Г.П. Черепова, Е.В. Богданова, Т.Н. Павленко // Главная медицинская сестра. – 2010. – № 6. – С. 41-45.
21. Серегина И.Ф. Особенности управления и контроля качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации на современном этапе [Текст] / И.Ф. Серегина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 1. – С. 36-40.
22. Сопина, З.Е., Фомушкина И.А. Управление качеством сестринской помощи: Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей [Текст] / З.Е. Сопина, И.А.Фомушкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 166 с.
23. Фуфаев Е.Н. Оценка качества медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи [Текст] / Е.Н. Фуфаев // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 4. – С. 28-30.



24. Шепин, В.О. Аналитический обзор региональных особенностей здоровья населения России [Текст] / В.О. Шепин, Е.А. Тишук // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 1. – С. 3-8.

25. Deming, W.E. Out of the Crisis [Text] / W.E. Deming. – Cambridge, Mass: MIT Press, 1989. – 489 p.

26. Private Hospital Healthcare Europe: PHHE 07. Publisher: Campden Publishing [Text]. – 2007. – 264 p., Режим доступа: <http://www.hope.be/05eventsandpublikations/publicationshhe.html>.

27. Rosengren, A. Coronary risk factors, diet and vitamins as possible explanatory factors of the Swedish north south gradient in coronary disease comparison between two MONICA centers [Text] / A. Rosengren, B. Stegmaur, I. Johansson et al. // J. Intern. Med. – 1999. – Vol. 246. – № 6. – P. 577-586.

28. Waskiewicz, A. Evaluation of dietary changes during a 10 year observation period of local MONICA population in Warsaw with regard to risk of cardiovascular disease [Text] / A. Waskiewicz, G. Broda, B. Parbo // Przegl. lek. – 1995. – Vol. 52, № 11. – P. 558-561.

THE PROBLEMS OF MANAGEMENT OF QUALITY OF INDEPENDENT MEDICAL CARE RENDERING IN THE MODERN PERIOD OF TIME

Y.I. ZHURAVLEV¹

E.V. PALCHUK²

¹Belgorod National Research University

²Regional clinical hospital of St. Ioasaf, Belgorod

e-mail: palchuk.lena@yandex.ru

This article discloses the factors providing the quality of medical aid (care and nursing), the principles of its management, the problems of realizing of independent nurse interventions in Russia, the main problems of their implantation in practice of health service.

Key words: nursing, quality of care, management.