УДК 614.253.5: 616.-082

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Петрова Н.Г.<sup>1</sup>, Погосян С.Г.<sup>1</sup>, Миннуллин Т.И.<sup>1</sup>, Брацлавский В.Б.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: petrova-nataliya@bk.ru

В системе контроля и обеспечения качества медицинской помощи наименее разработанным аспектом является оценка качества сестринской помощи. Отсутствуют критерии и методологические подходы к оценке структурного качества (за исключением кадровой составляющей), качества процесса (до настоящего времени в нашей стране сестринский процесс в общепринятом в западных странах контексте не осуществляется, технологии и стандарты сестринских услуг отсутствуют), качество результата. Единая система контроля качества сестринской помощи отсутствует. Данные социологического опроса свидетельствуют о противоречивости мнений среднего медицинского персонала и субъектах контроля качества. Хотя 59,2% опрошенных медицинских сестер считают важным самоконтроль, лишь 15,8% полагают, что он является приоритетным. Считали себя подготовленными в вопросах менеджмента качества 44,7% опрошенных сестер, на большинство тестовых вопросов ответила правильно лишь небольшая часть из них.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, качество сестринской помощи, менеджмент качества

## THEORY OF QUALITY CONTROL OF HEALTH CARE APPLIED TO NURSING PRACTICE

Petrova N.G. <sup>1</sup>, Pogosyan S.G. <sup>1</sup>, Minnullin T.I. <sup>1</sup>, Bratslavsky V.B. <sup>1</sup>

<sup>1</sup>The First Saint Petersburg State Medical University I.P.Pavlov, Saint-Petersburg, Russia,e-mail: petrovanataliya@bk.ru

In the system of control and quality assurance of medical care to the least developed aspect is the evaluation of the quality of nursing care. There are no criteria and methodological approaches to the assessment of structural quality (except for the personnel component), the quality of the process (up to the present time in our country in the conventional nursing process in the context of Western countries is not carried out, technology and standards of nursing services are not available), the quality of the result. There is no unified system for quality control of nursing care. These poll shows the different opinions of nurses about the quality control subjects. Although 59.2% of the surveyed nurses understand the importance of self-control, only 15.8% believe that it is a priority. 44.7% of respondents sisters thought that they are trained in the quality management but only a small part of them answered correctly for the most tests.

Keywords: quality of care, the quality of nursing care, quality management

Вопросы обеспечения высокого качества медицинской помощи (КМП) являются в настоящее время приоритетными. Однако их решение требует, в первую очередь, серьезного научного обоснования [6, 10]. Менеджмент КМП предусматривает не только четкий контроль, но также планирование и организацию работы (с соответствующим нормативным и структурно-кадровым обеспечением) по управлению качеством [9]. В настоящее время понятно, что единое понятие КМП складывается из очень многих составляющих, способствующих его достижению. И в рамках системного подхода к данной проблеме не следует забывать, что конечный результат оказания медицинский помощи зависит от работы многих служб и специалистов. В настоящее время в большей степени изучаются вопросы, касающиеся качества работы врачей. В то же время, сестринская помощь является неотъемлемым компонентом в общей системе медицинского обслуживания населения [3].

Более того, именно сестринская помощь в максимальной степени ориентирована на пациентцентристскую модель оказания медицинской помощи, активно внедряемую в последние годы [11]. В большинстве стран существует такая модель ее оказания, которая предусматривает наличие самостоятельного сестринского процесса, который следует отдельно контролировать и оценивать. К сожалению, в нашей стране исследования, касающиеся вопросов создания стройной системы оценки качества сестринской помощи (КСП) носят единичный характер. Вместе с тем, вопрос правильной и однозначной оценки качества напрямую связан с вопросом адекватного материального стимулирования сотрудников [1,8].

**Целью** настоящего исследования являлось изучить подготовленность среднего медицинского персонала в вопросах КМП и сформулировать подходы к оценке КСП.

Материалы и методы. На базе пяти медицинских учреждений Санкт-Петербурга (3 многопрофильные клиники и 2 поликлиники) был проведен социологический опрос среднего медицинского персонала (250 респондентов). Разработанная карта социологического опроса включала наряду с вопросами самооценки уровня знаний о системе КМП также ряд тестовых вопросов, позволяющих оценить реальную информированность респондентов по различным аспектам качества. Обработка анкет проводилась с использованием пакета прикладных программ "Statistica 6". Были рассчитаны экстенсивные статистические показатели и их ошибки. При формировании методологических подходов к оценке КСП был проведен контент-анализ существующей нормативно-правовой базы и соответствующих литературных источников.

Результаты и их обсуждение. Проведенный социологический опрос показал, что информированность среднего медицинского персонала в вопросах КМП невысока но при этом самооценка уровня знаний является несколько завышенной. Так, на вопрос «Считаете ли Вы себя достаточно подготовленными в вопросах КМП?» положительно ответила почти половина (44,7%) респондентов. При этом информацию они получали из различных 80% опрошенных что источников. указали, данные вопросы освещались общеучрежденческих конференциях; 65,5% читали литературу по указанным вопросам. И только 27,3% респондентов получили соответствующую информацию на курсах повышения квалификации. В «тестовом» разделе анкеты, который позволял конкретизировать информированность по отдельным аспектам менеджмента качества, респонденты показали значительно более низкий уровень информированности. В частности, правильный ответ на вопрос о критериях качества дали лишь 1,8% опрошенных, а о субъектах его контроля несформированности системы контроля качества сестринской свидетельствуют различия представлений опрошенных о субъектах данного контроля. Так, 19,7% из них считали, что, в первую очередь, контроль должны осуществлять старшие медицинские сестры отделений; 18,4% полагали, что этим должен заниматься заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом; 7,9% указали заведующего отделением; 6,6% - главную медицинскую сестру. В единичных случаях назывались: главный врач (2,6%), заместитель главного врача по клинико-экспертной работе (1,3%). Кроме того, более 1/3 респондентов (38,2%) считали, что контроль должен осуществляться коллективно.

Далее респондентов просили указать, чей именно контроль они считали приоритетным. Почти каждый третий (30,5%) указал, что приоритетным должен быть контроль со стороны старших медицинских сестер отделений. Доля полагающих, что медицинские сестры должны, в первую очередь, контролировать качество своей работы сами, составляет 15,8%. Несколько меньше опрошенных (13,1%) считают приоритетным контроль со стороны заместителей главного врача по работе с сестринским персоналом. Ниже была доля других ответов.

Одним из принципов всеобщего управления качеством является принцип «вместо контроля – самоконтроль». Общее отношение респондентов к самоконтролю можно сформулировать следующим образом. Более половины (59,2%) считали его наиболее эффективным способом постоянного поддержания высокого качества медицинской помощи. 31,6% полагали данное утверждение «возможным»; небольшой процент опрошенных (2,6%) с данным утверждением не согласился, а 6,6% не смогли ответить на вопрос. В то же время, большинство опрошенных (52,6%) указали, что текущий (ежедневный) контроль со стороны руководства ЛПУ может положительно повлиять на повышение уровня исполнительной дисциплины; каждый третий (35,5%) полагал, что «не всегда», а каждый десятый (11,8%) ответил однозначно отрицательно.

Важно отметить, что характер ответов на перечисленные вопросы мало отличался среди медицинских сестер и руководителей сестринских служб, которые должны обеспечивать высокое качество сестринской помощи и обучать персонал данным вопросам.

Недостаточная информированность среднего медицинского персонала по проанализированным аспектам отчасти связана с их неоднозначностью именно применительно к сестринской помощи. Поэтому нами сделана попытка конкретизировать ряд общепринятых подходов к оценке КМП применительно к сестринской практике. Как известно, КМП складывается из трех составляющих: структура, процесс и результат. Структурная составляющая включает несколько компонентов. Первым из них является материально-техническая база [4]. Отметим в связи с этим, что в настоящее время отсутствуют научно обоснованные стандарты (нормативы) оснащенности рабочего места различных категорий среднего медицинского персонала (в т.ч. обеспеченности его

средствами малой механизации). Кроме того, практически не уделяется внимания таким аспектам, как эргономичность рабочего места, его соответствие определенным сервисным характеристикам, наличие условий для психологической релаксации и пр. Соответственно в данном случае качество структуры не в полной мере может способствовать достижению высокого качества в целом. Второй составляющей структурного качества является кадровый состав [5], включая соответствие штатных нормативов потребностям пациентов (которые до настоящего времени практически не изучены, но которые должны быть основой для планирования и организации сестринского процесса), укомплектованность штатов, соответствующий уровень квалификации, целенаправленная кадровая политика, включающая подбор кадров, целенаправленное формирование коллективов (корпоративная культура, психологический менеджмент, регулирование взаимодействия «по вертикали» и «по горизонтали»), наличие системы материальной и нематериальной мотивации и пр. То есть, если говорить об этой составляющей КСП, то следует признать необходимость развития качественно иного уровня кадрового менеджмента в медицинских организациях.

Структурное качество включает в себя также организационно-управленческий уровень, под которым подразумевается наличие четких нормативно-инструктивных материалов, методик оценки качества, стандартов, регламентированной отчетной документации, унифицированных (формализованных) документов, автоматизированных систем управления. Практически ничего этого в настоящее время применительно к сестринской помощи не существует

До тех пор, пока сестринский персонал не будет наделен существенными правами («автономностью)», не будет решен и вопрос следующей составляющей структурного качества — финансовой. Практически ни в одном утвержденном стандарте сестринские услуги отдельно не тарифицируются и определить, насколько с экономической точки зрения целесообразнее внедрение тех или иных сестринских технологий, не представляется возможным.

Следующая составляющая качества *-процесс* оказания сестринской помощи. Он должен контролироваться либо при непосредственном наблюдении, либо по результатам экспертной оценки. При этом обоснованность экспертного заключения во многом зависит от наличия и степени разработанности соответствующих стандартов [7]. Объективный контроль сестринской помощи в настоящее время практически невозможен в силу того, что (как отмечено выше) регламентированные стандарты (алгоритмы) сестринских услуг (и сестринской деятельности в целом) практически отсутствуют. Не регламентирована четко и организационная основа такого контроля: кто и в каком объеме должен его осуществлять (распределение полномочий старшей, главной сестры, заместителей главного врача, в т.ч. по

работе с сестринским персоналом, заведующего отделением, главного врача, комиссионных структур). Существенно затрудняет и процедуру контроля, и достижение его объективности, отсутствие сестринских историй болезни. Поэтому реально качественной в настоящее время может считаться сестринская помощь, не вызвавшая неблагоприятных последствий (осложнений), которые были бы должным образом зафиксированы (задокументированы).

В последние годы усиливается тенденция к активному привлечению общественных экспертов, в том числе и пациентов, к оценке качества труда медицинского персонала. Федеральный закон от 21.07.2014 N 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования» в ст 79.1 вводит понятие «Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями». Она основана на таком важном средстве контроля КМП, как социологические опросы [2]. Среди критериев оценки доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации. При этом нигде не конкретизированы категории этих работников (в т.ч. не выделен средний медицинский персонал).

Ввиду перечисленных выше причин оценить *результативность* сестринской помощи достаточно сложно. Из традиционных «инструментов» контроля следует исключить стандарты, экспертную оценку, статистические показатели. Практически единственным средством контроля остаются социологические опросы пациентов, которые должны проводиться по единым формализованным методикам и являться мониторинговыми.

Совершенствование контроля КСП, на наш взгляд, должно проводиться по следующим направлениям. Следует ввести определенные уровни (этапы) контроля. Первым (и обязательным) должен быть самоконтроль (включая самотестирование с использованием специальных компьютерных программ). Вторым этапом должен быть внутренний контроль в рамках только сестринского персонала (старшая, главная сестра, заместитель главного врача по работе со средним медицинским персоналом, а в перспективе – специальной группой контроля КСП в составе Совета медицинских сестер). Он может проводиться как планово, так и внепланово (в случае жалоб, выявленных нарушений субъектами государственного контроля и пр.). Для объективизации данного контроля необходимо: введение сестринских историй болезни, сестринских диагнозов, стандартов сестринской деятельности, разработка специальных статистических критериев. Контроль должен включать: экспертную оценку, а также периодическое тестирование и социологические опросы пациентов (их родственников). Кроме того, целесообразно выделение независимого контроля (со стороны профессиональной ассоциации, в процессе аттестации и аккредитации

среднего медицинского персонала и т.д.). Все это должно быть увязано в единую (информационную) систему, а результаты контроля (а точнее. – мониторинга сестринской деятельности) должны быть взяты за основу новой системы оплаты труда, увязанной с его результатами.

**Заключение.** Таким образом, основными задачами, которые должны быть решены для улучшения контроля и повышения КСП, являются:

- 1. Разработка алгоритмов манипуляций и стандартов сестринского ухода.
- 2. Внедрение сестринских историй болезни, сестринских диагнозов.
- 3. Разработка и внедрение унифицированных методик экспертной оценки (в т.ч. карт экспертной оценки). Изменение отчетных форм ЛПУ ( с введением разделов, характеризующих качество сестринской помощи). Мониторинг уровня удовлетворенности пациентов КСП. Определение размера стимулирующих выплат с учетом результатов оценки качества.
- 4. Нормативное расширение прав сестринского персонала, в т.ч. в рамках менеджмента качества медицинской помощи.
- 5. Разработка и выполнение стандартов оснащенности рабочего места медицинских сестер отдельных профилей.
- 6. Реализация задач Программы развития сестринского дела в части расширения научных исследований в области сестринского дела.

## Список литературы

- 1. Алексеева Н.Ю., Пчела Л.П., Макаров С.В. Влияние системы оплаты труда медицинских работников на качество и эффективность медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. №5. с. 44-46.
- 2. Балохина С.А., Орлов А.Е., Сидоренков Д.А.Социологические опросы пациентов как информационная база для принятия решений в области стратегии качества // Врач-аспирант.-2014. №2.- с.25-33.
- 3. Бершадская М.Б. Индикаторы качества медицинской помощи // Старшая медицинская сестра. 2012. №4. с. 8-12.
- 4. Бравве Ю.И. Эффективность использования медицинского оборудования и производительность труда как важнейшие критерии в оценке деятельности лечебнопрофилактического учреждения // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2011. №5. с. 49-53

- 5. Вахитов Ш.М., Блохина М.В. Кадровый менеджмент как проблема: симптомы и пути решения // Общественное здоровье и здравоохранение. 2012. №2.- с. 46-49.
- 6. Вялков А.И., Глухова Е.А. Проектирование системы менеджмента качества научной медицинской деятельности: единая технология улучшения процессов // Здравоохранение РФ. 2012.- №3. с. 3-6.
- 7. Грачева А.С. Стандартизация медицинской помощи как часть системы управления качеством в здравоохранении // Вестник Росздравнадзора. 2010. №5. с. 16-21.
- 8. Филатенкова С.В. Критерии эффективности труда медицинских работников как основа выплат стимулирующего характера по конечным результатам // Здравоохранение РФ. 2011. №1.- с. 35-39.
- 9. Balohina S.A., Orlov A.E., Pogosjan S.G., Sidorenkov D.A. Modern approcci alla gestione sanitaria di qualita// Italian Science Review. 2014.-№4. pp. 73-76.
- 10. Eckerman S., Coelli T. Including quality attributes in efficiency measures consistent with net benefit creating incentives for evidence based medicine in practice // Soc. Sci. Med. 2012. Nov. 3. p. 0274-9536.
- 11. Fredericks S., Lapum J., Schwind J. e.a. Discussion of Patient-Centered Care in Health Care Organisation // Quality management in Health Care. 2012. vol. 21(№3). p. 127-134.

## Рецензенты:

Акулин И.М., д.м.н., заведующий кафедрой организации здравоохранения Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург;

Пенюгина Е.Н., д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России», г. Санкт-Петербург.