

УДК 614.253.5:65.015.3

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

Петрова Н.Г.

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова,  
Санкт-Петербург, e-mail: petrova-nataliya@bk.ru*

В статье представлены новые подходы к оценке качества сестринской помощи с учетом таких основных критериев качества, как доступность, безопасность, оптимальность, удовлетворенность пациента. Раскрыто содержание (требования) этих составляющих применительно к сестринской деятельности. Обоснована необходимость принятия нормативных документов, регламентирующих содержание работы среднего медицинского персонала с учетом международного опыта, стандарты и нормативы проведения сестринских процедур, четкие критерии оценки качества с учетом всех его составляющих.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи, сестринская помощь

## MODERN APPROACH TO NURSING CARE QUALITY

Petrova N.G.

*First Saint-Petersburg state medical university by I.P. Pavlov, St. Petersburg,  
e-mail: petrova-nataliya@bk.ru*

Some new approaches to assessing the quality of nursing care in view of the main criteria of quality, accessibility, security, optimal, patient satisfaction are represented in the article. The content (requirements) of these components in relation to nursing activities is submitted. The necessity of adoption of regulations governing the content of the work of nursing staff with international experience, standards and regulations of nursing procedures, clear criteria for assessing the quality of nursing care with all its components is grounded.

**Keywords:** quality of medical care, nursing

Одним из направлений реформирования отечественного здравоохранения является изменение содержания работы среднего медицинского персонала [2]. Действующая Мюнхенская декларация, подписанная министром здравоохранения России, предусматривает становление сестринского дела в качестве автономной и самоуправляемой профессии. Для достижения поставленных декларацией задач государства, ее подписавшие, должны реализовывать последовательную политику по предоставлению более широких полномочий сестринскому персоналу, содействовать развитию сестринской науки и технологий через разнообразные программы финансирования проектов в области сестринского дела [5].

Реализация данных задач невозможна без разработки и принятия целого ряда нормативных документов, регламентирующих деятельность сестринского персонала. В настоящее время такая работа проводится, и общестратегические цели определены в Программе развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010–2020 гг. [4]. Ведущей целью определено повышение качества сестринской помощи. Для достижения данной цели должны быть проведены: апробация и мониторинг внедрения научно-обоснованной и общепринятой модели сестринского дела в системе здравоохранения РФ; разработаны документы, регламентирующие деятельность специалистов сестринского дела; разработаны и внедрены порядки деятельности и сестринские технологические универсальные модули при различных проблемах пациента; внедрены технологии выполнения простых медицинских услуг (ТПМУ); созданы индикаторы оценки объемов и качества помощи, оказываемой специалистами сестринского дела.

Несмотря на то, что пройдена почти половина указанного срока, следует констатировать, что мы находимся в начале пути четкой нормативной регламентации работы среднего медицинского персонала в нашей стране [1]. До настоящего времени отсутствует единая нормативная база, определяющая миссию среднего медицинского персонала, структурирующая его задачи и функции, основанная на результатах анализа потребностей различных групп пациентов и хронометражных исследований работы отдельных категорий этого персонала, а также определяющая меру его профессиональной ответственности.

Не решенной в полной мере проблемой в целом для здравоохранения является проблема адекватного контроля и оценки качества медицинской помощи. Что же касается оценки качества сестринской помощи (КСП), то данная проблема находится

в самой начальной стадии – теоретического осмысления подходов. Одной из причин этого является отсутствие реальных критериев работы среднего медицинского персонала [3]. В настоящее время существует практически единственный документ, в котором приведен набор показателей, позволяющих в какой-то степени оценивать КСП. Так, в Приказе №145 МЗ и СР РФ от 2009 г. «Показатели оценки деятельности среднего медицинского персонала» перечислены следующие критерии: - отсутствие нарушений требований СанПин; отсутствие осложнений при проведении лечебно-диагностических манипуляций, зарегистрированных в медицинской документации; отсутствие обоснованных жалоб по результатам рассмотрения врачебной комиссией.

Ясно, что перечисленный набор критериев – минимален и не позволяет в должной мере оценить реальное качество сестринской помощи, которое в ряде случаев вызывает неудовлетворенность пациентов и соответственно сказывается на интегральной оценке качества оказываемой медицинской помощи. Поэтому задача разработки подходов к оценке КСП (которая должна быть увязана с уровнем оплаты труда медицинского персонала) является весьма актуальной.

Нами в рамках общепринятых подходов к оценке качества медицинской помощи предложены следующие критерии качества сестринской помощи (а точнее, помощи, оказываемой средним медицинским персоналом, что, несомненно, шире по отношению к сестринской помощи). Традиционными базовыми критериями являются: (схема): безопасность, доступность, оптимальность помощи, удовлетворенность пациентов. Причем, все эти параметры являются взаимосвязанными. В частности, на уровень удовлетворенности пациентов оказывают влияние и безопасность (в части ее субъективной оценки), и доступность, и оптимальность, а оптимальность оказания помощи во многом определена уровнем ее доступности и (безусловно) безопасностью.

**Безопасность СП** определяется, на наш взгляд, наличием следующих условий: соблюдением инфекционной, радиационной, электробезопасности (и прочих ее видов), которые обеспечиваются знанием и выполнением соответствующих стандартов, содержащихся в санитарных правилах, санитарно-гигиенических нормах и нормативах, прочих нормативных документах. Следующим условием безопасности является соблюдение стандартов (алгоритмов) отдельных сестринских манипуляций. Следует отметить, что до настоящего времени они являются практически неразработанными

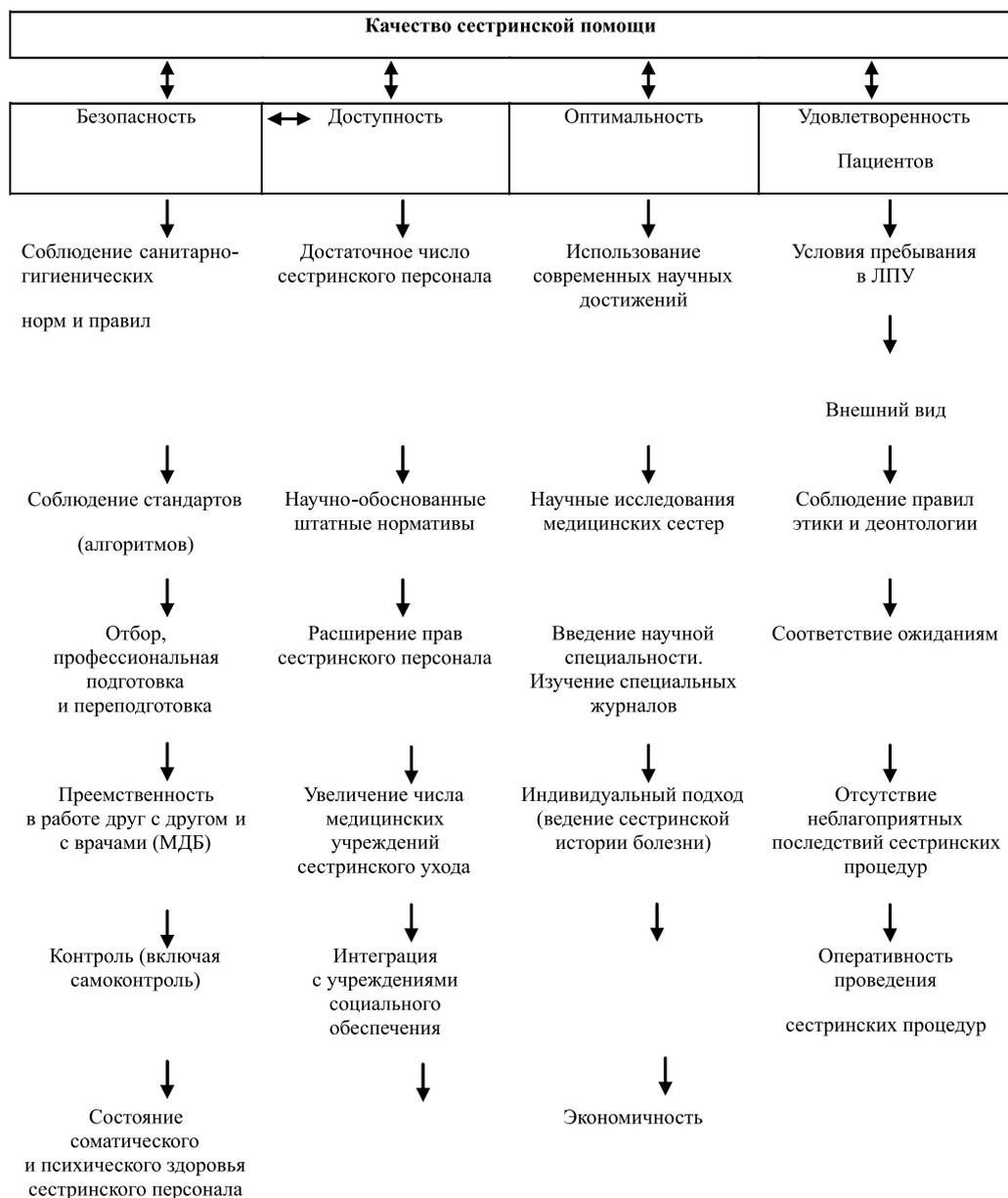
и носят рекомендательный характер. Безопасной помощь может быть только в случае, если она оказывается хорошо подготовленным (и в профессиональном, и в нравственно-психологическом плане) медицинским персоналом, который должен проходить профессиональный отбор, быть достаточно мотивированным (в т.ч. к росту уровня профессионального мастерства), иметь четкое представление о стратегических и текущих задачах, критериях оценки, системе контроля качества и пр. Немаловажным является также фактор преемственности в работе как отдельных категорий персонала (и отдельных сотрудников), так и с другими категориями специалистов. Немаловажным условием безопасности (и пациентов, и сотрудников) является также соответствующий профессиональным задачам уровень здоровья (соматического и психического) медперсонала.

Безопасность оценивается для трех групп потенциального риска: для пациентов, для медицинского персонала, для окружающей среды. Требования безопасности обеспечиваются выполнением правил противэпидемического режима, техники безопасности, соблюдением алгоритмов выполнения манипуляций и стандартных процедур, использованием качественных материалов, аппаратуры и оборудования, отсутствием врачебных ошибок. Безопасной медицинской услугой должна быть и для медицинского персонала. Необходимо соблюдение санитарно-эпидемиологического режима (СЭР) и требований техники безопасности (ТБ). Причем, необходимо разграничивать грубые нарушения СЭР и ТБ, приводящие к профессиональным травмам и острым заболеваниям (например, заражение инфекционными заболеваниями, электротравма) и постепенное формирование профессиональных заболеваний вследствие длительного отступления от имеющихся нормативов как со стороны медицинского работника, так и со стороны администрации.

**Доступность.** Медицинская помощь должна быть доступна всем нуждающимся. Доступность определяется по ряду направлений.

А. По цене. Пациент должен иметь материальную возможность получить необходимую медицинскую услугу.

Б. По удаленности от источника (имеется ввиду расстояние между пациентом и тем, кто должен и может оказать ему медицинскую помощь, а также способность пациента или медицинского персонала преодолеть это расстояние в оптимальные сроки).



В. По развитию инфраструктуры (то есть, наличие соответствующих служб и медицинских учреждений, способных оказывать необходимую пациенту помощь и соответствующим сервисным условиям, особыми должны быть условия для лиц с ограничениями жизнедеятельности).

Г. По праву (то есть, по наличию принципиальной возможности получения какой-либо медицинской услуги).

Доступность СП определяется, в первую очередь, наличием должного, отвечающего потребностям населения, количества соответствующих медицинских учреждений (ФАПы, дома сестринского ухода, хосписы и пр.) и сестринского персонала. Это количество должно опреде-

ляться (и корректироваться) с учетом происходящих демографических изменений, динамики состояния здоровья населения, изменением характера и объема задач, стоящих перед здравоохранением (в сторону усложнения технологий оказания различных видов сестринской помощи). Актуальной на современном этапе является задача пересмотра штатных нормативов разных категорий сестринского персонала, а также его функциональных обязанностей (и прав – в части их расширения, что соответствует современным международным представлениям о сфере ответственности этой категории сотрудников) с учетом текущей медико-социальной направленности здравоохранения.

**Оптимальность.** Это соотношение экономической эффективности и адекватности лечения, способность обеспечить максимальный результат при минимальных затратах. Оптимальность сестринской помощи включает несколько различных направлений. Во-первых, она подразумевает соответствие современным научным представлениям. В этой связи следует отметить, что и организационные основы, и технологии оказания сестринской помощи в России во многом не соответствуют тенденциям таковых в развитых западных странах. Не внедрены до настоящего времени в российском здравоохранении: сестринские истории болезни, сестринские диагнозы. Несмотря на перспективы, определенные Государственной программой развития сестринского дела, отсутствует до настоящего времени научная специальность «Управление сестринской деятельностью», что не позволяет системно и координированно проводить соответствующие научные исследования и обосновывать менеджмент сестринского дела в том виде, который существует в большинстве развитых стран (в т.ч. в рамках мультидисциплинарного взаимодействия). Отсутствие единой научно-методологической основы не позволяет в полной мере обосновывать (и внедрять) экономическую составляющую оптимальности сестринской помощи (оптимальных с точки зрения соотношения затратности и результативности технологий). Вторым критерием оптимальности является экономичность. При отсутствии четкого перечня сестринских услуг при каждом заболевании (профиле патологии) и соответствующего экономического эквивалента оценка данного критерия весьма проблематична.

Третьим критерием оптимальности, на наш взгляд, является индивидуальный подход к пациенту, что в условиях существующей нормативной базы, минимизирующей самостоятельность среднего медперсонала, и отсутствия официальных источников информации о содержании и результатах сестринского процесса сложно реализовать и практически невозможно оценить.

Соблюдение принципа оптимальности сестринской помощи зависит, в первую очередь, от адекватности врачебных назначений. Средний медицинский персонал должен учитывать весь спектр назначенного лечения, график отпуска отдельных процедур и требования лечебно-охранительного режима. Также оптимальным должен быть выбор средств по уходу и вспомогательного оборудования, повышающего уровень независимости пациента. При выполнении

независимых сестринских вмешательств средний медицинский персонал обязан ориентироваться на понятие оптимальности, достигая баланса между адекватностью сестринских назначений и экономической эффективностью комплекса сестринских вмешательств. Давая рекомендации родственникам по уходу за пациентом, медицинская сестра также должна придерживаться принципа оптимальности, понимая ограниченность временного ресурса. Избыточные требования могут привести к психоэмоциональному и физическому переутомлению ухаживающих лиц либо прекращению их выполнения вообще. Нагрузка как на пациента, так и на ухаживающий персонал должна быть, в первую очередь, посильной, в чем также проявляется соблюдение принципа оптимальности.

**Удовлетворенность** пациента КСП, имеющая, с одной стороны, объективную основу, а, с другой, будучи во многом субъективной, зависит от: условий проведения сестринских манипуляций, внешнего вида персонала, его отношения (зависящего от внутренней культуры, психологических особенностей, деонтологической подготовки); оперативности оказания помощи (что, в свою очередь, зависит от количества персонала, организации координации и преемственности, подготовленности персонала к оказанию экстренной помощи). И, естественно, уровень удовлетворенности определяется отсутствием неблагоприятных последствий сестринских вмешательств.

В рамках предложенного методологического подхода на следующих этапах должны быть конкретизированы предложения по совершенствованию нормативно-правовой базы оказания сестринской помощи и разработаны конкретные критерии, соответствующие каждому из вышеперечисленных аспектов качества.

#### Список литературы

1. Дронов Н.П. Правовое обеспечение профессиональной деятельности среднего медицинского персонала // Медицинская сестра. – 2014. – № 2. – С. 17–18.
2. Жихарева Н.А. Рациональное разделение функций врача и медицинской сестры как инструмент повышения качества медицинской помощи / Н.А. Жихарева, И.А. Захаров // Новые технологии в современном здравоохранении: Сборник научных трудов / Том 2. – М., 2007. – С. 137–141.
3. Мильникова С.Д. Как качество сестринских служб влияет на качество и результат медицинской помощи / С.Д. Мильникова // Сестринское дело. – 2013. – № 2. – С. 4–6.
4. Программа развития сестринского дела в России на 2010–2020 гг. / [www.sisterflo.ru/nurse-docs/nursing-program.php](http://www.sisterflo.ru/nurse-docs/nursing-program.php).
5. Advanced Nursing Practice: A National Framework. Ottawa, Canadian Nurses Association. Retrieved from [http://www.cnaic.ca/CNA/documents/pdf/publications/ANP\\_National\\_Framework\\_e.pdf](http://www.cnaic.ca/CNA/documents/pdf/publications/ANP_National_Framework_e.pdf) on.