УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОУ РЯЗАНСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

**ТЕМА «УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

**МЕТОДИЧЕСКИЙ**

**РУКОВОДИТЕЛЬ:** ***ДОРОШЕНКО ГАЛИНА ВАСИЛЬЕВНА***

**БАЗА ПРОВЕДЕНИЯ**

**ИССЛЕДОВАНИЯ:** ***МУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 15»***

ВЫПОЛНИЛА СТУДЕНТКА

ГРУППЫ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ

ПОДГОТОВКИ

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ:

«СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

КЛЮЕВА

ТАТЬЯНА НИКОЛАЕВНА

РЯЗАНЬ, 2004

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Введение 3

Актуальность выбранной темы 3

Глава 1.

Теоретические основы управления качеством 4

1.1 Категории, виды, способы управления качеством 4

1.2 Основные функции управления качеством 6

1.3 Система управления качеством 9

1.4 Анализ и оценка качества и эффективности медицинской

 помощи как составные части управления качеством 13

* 1. Контроль качества медицинской помощи как

Управленческий инструмент 19

1.6 Средства контроля качества медицинской помощи 23

1.7 Внутриведомственная система управления качеством

 текущих процессов в медицинском учреждении 26

1.8 Непрерывное повышение качества 28

Глава 2.

Управление качеством сестринской помощи 31

* 1. Факторы, влияющие на качество сестринской помощи 31

2.2 Критерии оценки качества сестринской помощи 32

2.3 Основные пути и направления повышения качества

 сестринской помощи 33

* 1. Управление качеством текущих процессов на уровне

Среднего медицинского персонала 35

2.5 Стандарты сестринской деятельности 36

2.6 Экспертная оценка качества работы медицинских сестер 37

Глава 3.

Управление качеством медицинской помощи на базе

МУЗ «Городская поликлиника № 15» 38

3.1 Организационная структура поликлиники 38

3.2 Кадровый состав 39

3.3 Основные показатели деятельности 40

3.4 Аккредитация и лицензирование 45

3.5 Анкетирование пациентов по вопросам сестринской

деятельности 45

Заключение 48

Список литературы 49

Приложения 50

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность выбранной темы**

 Среди проблем Российского здравоохранения в период проведения реформ, в условиях снижения государственного финансирования, сокращения доступности медицинской помощи для экономически необеспеченных групп населения, роста стоимости медицинских услуг особо выделена проблема качества медицинской помощи. В течение последних нескольких лет вопросы обеспечения качества медицинской помощи стали еще более острыми. Получилось так, что страховая медицина действует в России около 10 лет, а качество медицинской помощи в стране не улучшилось, и объем ее не стал больше. Показатели смертности, заболеваемости внушают тревогу и требуют принятия серьезных мер. Социологический опрос населения показал, что в 1990 году неудовлетворенность качеством медицинской помощи высказали 50% опрошенный респондентов, в 20043 г. – 70%. В качестве основных причин повышения актуальности вопросов обеспечения качества медицинской помощи можно указать ряд обстоятельств приводящих к деформации компонентов и составляющих качество медицинской помощи:

1. Причины экономического характера
* снижение жизненного уровня населения
* недостаточное финансирование здравоохранения
* привлечение средств населения в качестве дополнительного финансирования
* снижение издержек на оказание медицинской помощи
* формирование «теневого» рынка медицинских услуг в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях
1. Причины организационно-правового характера:
* многоукладность экономики здравоохранения
* отсутствие единых подходов в формировании средств и механизмов обеспечения качества медицинской помощи
* значительное количество субъектов контроля качества медицинской помощи
* отсутствие в законодательстве четкого выделения полномочий между участниками системы контроля

Конечной целью обеспечения качества медицинской помощи является достижение наилучших возможных результатов для людей, которым эта помощь оказывается. Требования потребителя к качеству должны быть выполнены в обязательном порядке. Ибо основа обеспечения эффективной работы лечебно-профилактического учреждения служит конкурентоспособность, а значить – стабильность требуемого качества медицинской помощи.

Качество медицинской помощи – не частная проблема отдельных лечебно-профилактических учреждений, она неизбежно вырастает в общенациональную проблему качества жизни населения. Для выживания лечебно-профилактическим учреждениям необходимо решать проблемы, связанные с обеспечением качества медицинской помощи, т.к. лечебно-профилактические учреждения все чаще сталкивается с требованиями качества медицинской помощи.

Сейчас можно с уверенностью сказать: «Будущее в котором нечего делать без качества уже наступило». Качество – это камень на шее лечебно-профилактического учреждения, но если лечебно-профилактические учреждения сможет удержаться с ним на плаву, то камень превратится в спасательный круг, который придаст лечебно-профилактическому учреждению дополнительную плавучесть.

В этой связи развитие и широкое внедрение управления качеством как научной дисциплины и направления практической деятельности приобретает особое значении как одно из необходимых условий для достижения требуемого качества медицинской помощи.

Уровень качества может быть разным, рассчитанным на различные слои населения. Это требует умения гибко и оперативно управлять качеством, используя накопленный опыт. Управление качеством это область знания, один из аспектов общего управления, и потому, кроме собственных понятий в области качества, оперирует понятиями и терминами этой науки. Управление качеством тесно соприкасается со множеством других областей, направлений практической деятельности. Основные из них – менеджмент, маркетинг, стандартизация, информатика, статистика, управление персоналом, метрология, правовые основы деятельности.

Проблема состоит в том, чтобы вывести управление качеством на первый план. При внедрении тотального управления качеством главным приоритетом в работе является качество. Для совершенствования действующих механизмов обеспечения качество медицинской помощи необходимо:

* четко определить критерии оценки качества медицинской помощи
* определить условия при которых работа медперсонала выйдет на необходимый уровень

Решение стоящих перед Российским здравоохранением задач невозможно без развития сестринского дела. Ведь именно медсестры работают в непосредственном контакте с пациентом и во многом обеспечивают качество медицинской помощи. Специалисты сестринского дела – важный ресурс в обеспечении качества оказываемой медицинской помощи. Преобразования в системе сестринской помощи позволят обеспечить социальную доступность и качественно новый уровень медицинской помощи населению.

Вопросы управления качеством здравоохранения включают и решение задач по управлению качеством сестринской помощи: совершенствованию управления деятельностью сестринских служб. Приобретение профессией медсестры все большей самостоятельности, становление более четких границ сестринской и врачебной деятельности делает проблему оценки, управления качеством сестринской деятельности все более актуальной. Только фундаментальная научная основа может представить качественные методы оценки и управления качеством сестринской деятельности.

Тема моей работы – управление качеством медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. Целью работы является попытка определить теоретические основы в области управления и обеспечения качество медицинской помощи, рассмотреть практические способы организации работ по обеспечению качества и эффективному управлению качеством.

**ГЛАВА 1**

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

* 1. **Категории, виды, способы управления качеством**

Управление качеством – это непрерывный процесс воздействия на оказание медицинской помощи с целью обеспечения качества путем последовательной реализации управленческих функций. Для эффективной организации управления качеством необходимо четко определить категорию управления качеством – явления, позволяющие лучше организовать, осознать весь процесс:

1. Субъект управления – управляющие органы всех уровней, призванные обеспечить качество.
2. Объект управления – качество медицинской помощи.
3. Цель управления – уровень и состояние качества медицинской помощи с учетом интересов производителя и потребителя.
4. Методы и средства управления – способы, которыми органы управления воздействуют на процесс, обеспечивая достижение и поддержание планируемого уровня качества.

Управление качеством использует следующие типы методов:

* + экономические – обеспечивают создание экономических условий, побуждающих коллективы организаций изучать запросы потребителей и оказывать медицинскую помощь, удовлетворяющую эти запросы и потребности (экономическая санкция за несоблюдение стандартов, правила возмещения ущерба и др.)
	+ методы материального стимулирования (поощрение работников за качественный труд)
	+ организационно распорядительная – осуществляется посредством обязательных для исполнения приказов, указаний, требований нормативной документации
	+ воспитательная – оказывает влияние на сознание и настроение участников процесса оказания медицинской помощи, побуждает их к высококачественному труду и четкому выполнению специальных функций управления качеством (моральное поощрение за высокое качество, воспитание гордости за честь ЛПУ и др.)

Средства управления – это все то, что используют органы и лица, управляющие выполнением специальных функций в системах управления качеством (оргтехника, средства связи, база нормативной документации, регламентирующей показатели качества и организующей выполнение специальных функций управления качеством).

1. Управленческие отношения:
	* отношения субординации (подчинения) характеризуются вертикальными связями от руководителя к подчиненным, базируются на сочетании единоначалия, коллегиальности, активности членов трудового коллектива, на экономических, моральных и материальных стимулах
	* отношения координации (сотрудничества) характеризуются горизонтальными связями между отдельными работниками и организациями, вступающими во взаимодействие ради обеспечения или улучшения уровня качества медицинской помощи

**Виды управления качеством**

Оперативное – это методы и виды деятельности оперативного характера, включающие контроль качества, сбор и распределение информации о качестве, разработку мероприятий, принятие оперативных решений по качеству и их реализацию на всех этапах.

Административное – общее руководство, деятельность администрации, предусматривающая определение целей, формирование политики качества, планирования, организацию работ по качеству, обучение и мотивацию персонала, принятие решений, взаимодействие с внешней средой по вопросам качества.

Управление качеством – органическая составная часть общего управления, поэтому управление качеством развивается и выполняется в рамках действующего аппарата управления и заключается в более четкой и хорошо организованной деятельности.

**Способы управления качеством**

Четкое распределение функций и задач управления качеством меду существующими работниками. Преимущество – все участники несут ответственность за качество. Недостаток – никто не ведет организационных и методических вопросов общего характера.

Создание специального органа – отдела управления качеством.

В любом варианте общее руководство системой управления качеством должен возглавлять руководитель, отвечающий за всю деятельность учреждения.

**1.2 Основные функции управления качеством**

* + 1. Взаимодействие с внешней средой

Внешняя среда

 Оказание мед.помощи

ЛПУ

 Отзыв

Основные факторы внешней среды, влияющие на качество:

* Потребитель, чьи требования должны быть учтены
* Научно-технический прогресс, дающий ориентиры при определении уровня качества
* Поставщики трудовых ресурсов от которых зависит формирование человеческого фактора
* Поставщики материалов, уровень качества которых влияет на уровень качества медицинской помощи
* Профсоюзы, государственные органы, законы, правила, регулирующие деятельность
	+ 1. Политика в области качества – это основные направления и цели организации в области качества, официально сформулированные руководством.
		2. Планирование качества – деятельность, осуществляемая исходя из политики качества, требований потребителя, рынка сбыта и устанавливающая цели и требования к качеству путем разработки планов повышения качества медицинской помощи, уровня технологий, планов подготовки персонала с установлением критериев для последующей оценки выполнения плана. Планирование позволяет оптимизировать работу, сделать ее более целенаправленной и продуктивной.

 Уровни планирования:

* Стратегическое планирование – намечаются основные направления работ в области качества на перспективу. Стратегия качества- часть общей стратегии организации.

 Основные элементы стратегического планирования:

* + - постоянное отслеживание тенденций, изменения потребностей, предпочтений потребителя
		- установление оптимальных целей в области качества
		- создание и внедрение системы объективных методов измерения качества
		- планирование процессов, способствующих достижению целей в области качества
		- снижение уровня ошибок как на управленческом, так и на производственном этапах
* Текущее планирование, включающее планы на предстоящий год.

Планы работы:

* + - основные – годовые, квартальные, месячные, ежедневные
		- дополнительные – повышения квалификации, аттестация, сертификация, периодических медосмотров лиц, работающих во вредных условиях труда, план контроля работы медперсонала, перечень отчетности и прочее
		- регламент – перечень повседневных работ, участия в различных мероприятиях

 Перед составлением годового плана необходимо провести подготовительную работу: анализ выполнения плана за предыдущий год, анализ основных недостатков, ошибок, упущений в работе и поиск путей их преодоления, изучение поставленных перед учреждением задач на планируемый год, формулировка основных задач тактического уровня.

 Основные разделы плана:

* + - организация и пути совершенствования работы медперсонала по обеспечению качества медицинской помощи
		- организация работы по повышению квалификации, аттестации, сертификации, совершенствования организации труда медперсонала, по их социально-бытовой, правовой защите, охране здоровья, техники безопасности
		- организация лекарственного, материально-технического обеспечения работы медперсонала, создание благоприятных условий для пациентов
		- прочие разделы работы (проведение ремонта помещений, работа с медтехникой, ЦГСЭН и пр.)
		- контроль за своевременным и качественным выполнением профилактических и лечебно-диагностических мероприятий
		- изучение стандартов
		- оценка качества работы

 Функция планирования должна отвечать на следующие вопросы:

* + - где мы находимся в настоящее время?
		- Куда мы хотим двигаться?
		- Как мы собираемся делать это?

 Четко организованное планирование позволяет значительно увеличить объем выполняемой работы, повысить ее эффективность.

 Лист планирования.

|  |
| --- |
| Цель: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Необходимые действия | Дата начала | Дата завершения | Ответственные  | Метод воздействия |

1. Организация работ по качеству.
2. Обучение персонала.
3. Мотивация персонала. Основной принцип – предоставление работнику возможностей для реализации личных целей за счет добросовестного отношения к труду.
4. Контроль качества.
5. Информация о качестве – связующий процесс. Содержание – информационное обеспечение работ по качеству. Базовые элементы: отправитель информации, сообщение, т.е. собственно информация (внутренняя и внешняя), канал, получатель информации, обратная связь.
6. Разработка мероприятий на основе анализа информации.

 Мероприятия:

* + - Корректирующие, т.е. направленные на устранение допущенных несоответствий
		- Предупредительная – для устранения причин допущенных несоответствий и предотвращения их проявления
1. Принятие решения.

Виды решений:

* + - Интуитивное
		- Рациональное
		- С применением научного метода
		- Основанное на суждениях с учетом прошлого опыта

 Этапы принятия рационального решения:

* + - Диагностика проблемы
		- Формулировка критериев
		- Определение, оценка альтернатив
		- Выбор оптимального решения

Научный метод принятия решений.



1. Реализация мероприятий – заключительная функция цикла управления качеством.

**1.3 Система управления качеством**

 Управление качеством имеет длинную историю – от приемочного контроля с последующей выбраковкой и переделкой готовой продукцией ко всеобщему управлению качеством, предполагающему стремление к его улучшению на каждом этапе, начиная от планирования, и на каждом рабочем месте.

Этапы развития качества:

1. Зарождение, развитие отдельных элементов управления качеством в общем процессе управления.
2. Переход к комплексному управлению качеством, выделение его в самостоятельное направление работ. Комплексное управление качеством – это учет всех основных факторов качества и их взаимного влияния, охват всех этапов работ и увязка работ по качеству, выполняемых различными подразделениями, в единую систему, принятие компромиссного решения.
3. Тотальное управление качеством, когда качество – главная цель, т.е. когда из всех целей деятельности на первый план выдвигается обеспечение требуемого качества, когда развивается и стимулируется участие всего персонала в обеспечении качества.

Основные черты тотального управления качеством:

* + - Выбор стратегии и политики в области качества, направленных на постоянное его улучшение
		- Руководство всеми аспектами деятельности ЛПУ со стороны администрации, исходя из необходимости обязательного обеспечения качества
		- Ориентация работ на потребителя
		- Создание систем качества
		- Непрерывное повышение квалификации персонала, обучение нескольким специальностям, методам решения проблем качества
		- Мотивация качественного труда персонала и вовлечение его в работу по улучшению качества
		- Обеспечение необходимыми ресурсами, их рациональное использование
		- Информационное обеспечение работ в области качества
		- Отслеживание и выполнение законодательства в области качества
		- Самооценка деятельности по различным критериям, анализ существующих проблем, разработка предупредительных и профилактических мероприятий для обеспечения и повышения качества

Целями тотального управления качества являются:

* + - Сбор информации о потребителе для понимания его потребностей, система ценностей и удовлетворения их в текущий момент и в будущем путем предоставления соответствующей медпомощи
		- Снабжение информацией о потребителе весь персонал, участвующий в оказании медпомощи
		- Внесение на основе информации изменений в свои программы с целью повышения качества медицинской помощи

Этапы перехода к тотальному управлению качеством:

* + - Разработка стратегии -
	1. Постановка взаимосвязанных целей удовлетворенности пациента с другими целями (удовлетворенность персонала)
	2. Исследования потребителя
	3. Разработка системы стимулов
	4. Планирование
		+ Оценка удовлетворенности потребителя (создание системы оценок)
		+ Анализ данных и определение приоритетов
		+ Внедрение
1. Глобальный подход к реформам. Решение первоочередной задачи улучшения качества медицинской помощи и удовлетворения потребностей населения в различных видах медицинской помощи может обеспечить внедрение системы управления качеством.

 Здесь необходимы согласованные усилия организаторов здравоохранения и практикующих медиков.

 Согласно международного стандарта «ИСО 8402» система качества – это совокупность организационной структуры, ответственности, методик, процессов и ресурсов, необходимых для общего управления качеством. Систему качества можно определить также как совокупность структур ЛПУ, выполняющих функции управления и обеспечения качества установленными методами с использованием необходимых ресурсов. Модель воздействия системы качества на процесс оказания медпомощи путем последовательной реализации функции управления качеством можно представить в виде петли качества.

 Развитие системы качества происходит поэтапно, каждому этапу соответствует свое понимание уровня качества:

1. Соответствие стандарту, т.е. конечному продукту (1950г.)
2. Соответствие использованию (1960г.) Медицинская помощь должна не только соответствовать стандарту, но и решать определенные задачи.
3. Соответствие фактическим требованиям (1970 г.) В идеале это означает высокое качество при низкой цене.
4. Соответствие скрытым потребностям, которые могут существенно влиять на выбор пациента. Для медицинских учреждений это уровень комфорта, отношений персонала, эстетическое оформление и другое.

Всеобщее управление качеством соответствует четвертому уровню понимания.

**Структура документации системы качества**

1. Руководство по качеству – описывает систему качества по элементам со ссылкой на документированные процедуры, приводит политику в области качества.
2. Документы, охватывающие несколько элементов системы – стандарты программы.
3. Рабочие инструкции по конкретным вопросам. Для эффективного управления качества необходимо представлять, что такое качество и от чего оно зависит, знать как организовать управление качества, т.е. что и как надо делать для достижения требуемого уровня качества.

 В настоящее время признаны следующие концептуальные модели управления качества:

* Контроль качества – методы и виды деятельности оперативного характера, используемые для выполнения требований к качеству.
* Обеспечение качества – виды деятельности, планируемые и систематически осуществляемые и подтверждаемые в рамках системы качества, необходимые для создания достаточной уверенности в результатах и выполнении требований к качеству.
* Непрерывное и всеобщее повышение качества – мероприятия, осуществляемые с целью повышения эффективности и результативности всех процессов деятельности для получения выгода как для организации, так и для ее потребителя, направлены на достижение долгосрочного успеха.

 Новый подход к управлению качеством – регулирование качества, включает три важнейших элемента: контроль, анализ, регулирование (выбор и осуществление действий, обеспечивающих поддержание требуемого уровня качества).

 Создание системы управления качеством медицинской помощи в ЛПУ включает ряд этапов.

1. Инициативный этап: по инициативе руководства обсуждаются цели и задачи в области улучшения качества, показатели и система оценки качества, выявление и анализ проблем и путей их решения, методы и формы контроля. Сотрудники в подразделениях вырабатывают основные предложения по формированию плана для себя и своих подразделений. Формируется сводный план в области улучшения качества.
2. Этап организации – руководство ЛПУ, через руководителей подразделений, определяет первоочередные проблемы, показатели оценки, методы работы, сроки и ответственных.
3. Этап реализации – сотрудники ЛПУ в соответствии с планами осуществляют деятельность, направленную на разрешение проблем и их причин, руководство проводит мониторинг процессов.
4. Этап контроля – руководство подводит итоги и оценивает деятельность по улучшению качества. Констатируется достижение или не достижение поставленных целей. Соответственно выводам определяются последующие планы.

 Внедрение системы управления качеством необходимо начинать с организации группы (комитета, совета, центра) из числа руководства учреждения. Для снижения психологических барьеров и сопротивления к переменам, создания высокой мотивации и профессионального интереса к проблемам качества медицинской помощи необходимо участие сотрудников в разработке методов и методических материалов. Избежать консерватизма возможно также с помощью нововведений, которые в системах управления качеством делятся на две группы:

* 1. Функциональные – затрагивают задачи одной из функций управления качеством и не требуют структурных изменений системы, например – поощрение.
	2. Системные – затрагивают несколько функций и вызывают необходимость внесение изменений в содержание элементов системы, например изменение формы оплаты труда.

 В задачи рабочей группы по управлению качества медицинской помощи входят:

1. Изучение соответствующих нормативных документов в области обеспечения качества, анализ материала.
2. Анализ существующих проблем и возможностей организации в обеспечении качества. Для эффективного выполнения этой задачи целесообразно организовать обучение членов группы для достижения единого видения стоящих проблем и постановки реальных достижимых целей.
3. Определение существующих проблем, которые можно решить. При этом трудно ответить на вопрос – Что важнее? – финансовые затраты, уровень качества медицинской помощи, оказанной пациенту или интересы непосредственных исполнителей. Должен быть решен вопрос – какие проблемы со здоровьем существуют у обслуживаемого контингента, как и насколько эффективно они решаются, какие затраты несет при этом ЛПУ, какая нагрузка на медперсонал. Современная проблема здравоохранения заключается в том, что пациент «разорван на куски», каждый специалист на достаточно высоком уровне решает свои специфические задачи. В результате у пациента возникает чувство «брошенности» и недоверия качеству медицинской помощи. В решении этой проблемы ведущая роль принадлежит сестринской помощи, как связующему звену между пациентом и деятельностью различных служб ЛПУ.
4. Формулировка конкретных достижимых целей и задач, составление плана разработки, внедрения и контроля.
5. Разработка механизма внедрения, учет результата. Результат должен быть измеримым. Здесь нужны не слова, а цифры.
6. Механизм коррекции, внесение изменений.

 Обеспечение качества – это процесс формирования необходимых свойств и характеристик медицинской помощи при ее оказании, а также поддержание этих характеристик на необходимом уровне. Для обеспечения качества медицинской помощи требуются следующие условия:

1. Фундаментальная база, определяющая основу для оказания качественной медицинской помощи (материальная база, персонал, его интерес и квалификация).
2. Глубоко продуманная организационная структура и четкое управление ЛПУ в целом и качеством медицинской помощи в частности – дополняет фундамент и позволяет реализовать возможности.

 Главная особенность обеспечения качества медицинской помощи – более тесное взаимодействие с потребителем. В связи с эти необходимо учитывать дополнительные элементы, относящиеся к человеческому фактору и организации работ:

* + культура общения с пациентом
	+ доступность персонала для пациентов
	+ гибкость форм, оперативность предоставления помощи
	+ гигиена, безопасность, комфорт, эстетика места оказания помощи
	+ формирование благоприятного образа организации и ее репутации



 Основными элементами механизма обеспечения качества медицинской помощи являются:

1. Сбор информации о компоненте качества на данном иерархическом уровне (рабочем месте, подразделении, ЛПУ, регионе, по стране в целом). В ЛПУ заполняется документация медицинская, о состоянии кадров, медико-техническая, бухгалтерская отчетность, также заполняется документация по результатам проверки участников контроля.
2. Анализ полученной информации.
3. Принятие на основе полученной информации управленческих решений, направленных на создание благоприятных условий для оказания качественной медицинской помощи.
4. Контроль за реализацией принятых решений.
5. Анализ эффективности управленческого решения.
6. При необходимости проведение корректирующего воздействия. Корректировочные мероприятия:
	* Ответственность (уголовная, административная, гражданская)
	* Поощрение (материальные стимулы)

**1.4 Анализ и оценка качества и эффективности медицинской помощи как составные части управления качеством**

 Надежное информационное обеспечение необходимо в условиях реформирования в области здравоохранения. Важным разделом информационного обеспечения является управленческая деятельность с применением методов оценки, анализа качества и эффективности работы медперсонала, структурных подразделений и ЛПУ в целом. В нормативных актах МЗ РФ, Федерального фонда ОМС, в научно-практических разработках и рекомендациях освещаются методические подходы, критерии и показатели для оценки качества медицинской помощи, экономические и организационные вопросы, связанные с качеством.

 Выделяют пять наиболее используемых в практике методов оценки объемов и качества медицинской помощи, применяемых в ЛПУ в зависимости от цели оценки, объектов и временных характеристик.

1. Статистический метод – применяется для обобщения информации об объемах и качестве медицинской помощи путем сплошного или выборочного учета, с целью оценки всех звеньев системы управления качества:
	* Ресурсов (кадры, финансирование, материально-техническое обеспечение, обоснование потребности в ресурсах)
	* Объемов работы (нагрузка)
	* Соответствия технологических процессов применяемым стандартам
	* Результативности и эффективности отдельных технологических процессов и в целом по учреждению
2. Метод экспертных оценок – позволяет учесть индивидуальные особенности пациентов, не типичные ситуации и другие факторы, влияющие на качество. Экспертизу проводят профессионалы, прошедшие специальную подготовку в области методологии экспертизы, обладающие опытом и владеющие аналитическими методиками. Экспертный метод широко применяется лицензионно-аккредитационными комиссиями, должностными лицами ЛПУ, экспертами страховых организаций.
3. Метод медико-экономического анализа – предусматривает использование экономической информации и результатов экспертных оценок, применяется при проведении контроля качества помощи страховыми организациями и территориальными фондами ОМС.
4. Социологический метод - применяется для оценки степени удовлетворенности пациентов качеством помощи и удовлетворенности персонала своей работой. Методика оценки удовлетворенности пациентов:
* Записи в книге отзывов
* Опрос
* Анкетирование. Анкета должна быть тщательно и профессионально разработана, анкетирование должно быть анонимным, анализ анкет должен производится независимым экспертом.
1. Комплексный (комбинированный) – это сочетание различных вышеперечисленных методов. Только комплексная оценка качества медицинской помощи позволит получить необходимую информацию для создания действенной системы обеспечения качества.

 Оценивая качество медицинской помощи необходимо представлять, что следует представлять под качеством. Понятие качества медицинской помощи принадлежит к числу основных в здравоохранении, так как качество работы системы здравоохранения во многом определяет уровень здоровья и качество жизни населения.

 В 1994 году международный стандарт ИСО-8402 дал следующее определение: «Качество - это совокупность характеристик объекта, относящихся к его способностям удовлетворять установленные или предполагаемые потребности человека.»

 В практике Российского здравоохранения наиболее распространены следующие понятия качества медицинской помощи:

* Это процесс взаимодействия врача и пациента, обусловленный способностью выполнять медицинские технологии, снижать риск прогрессирования или возникновения нового заболевания, оптимально использовать ресурсы, обеспечивать удовлетворенность
* Это совокупность результатов профилактики, диагностики, лечения заболеваний, определяемых установленными требованиями на основе достижений медицинской науки и практики
* Это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказания медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню науки
* Это свойство удовлетворять спрос пациента
* Это совокупность свойств или характеристик услуги, уровень которых формируется производителем при ее оказании с целью удовлетворения установленных или предполагаемых потребностей

Таким образом, для оказания качественной медицинской помощи необходимо выявить потребности, которые мы собираемся удовлетворить и характеристики качественной медицинской помощи, которые различны у пациентов, медработников, инвесторов.

Характеристики качества медицинской помощи со стороны пациентов: вежливость персонала, облегчение симптомов заболевания, функциональное улучшение.

Характеристики качества медицинской помощи со стороны медработников: соответствие оказываемой помощи современному техническому оснащению, свобода действия в интересах пациента.

Характеристики качества медицинской помощи со стороны инвесторов: эффективное использование имеющихся фондов здравоохранения, соответствующее стандартам использование медицинских ресурсов.

Обобщено основными характеристиками (компонентами) качества медицинской помощи являются:

* Результативность – внешняя медицинская эффективность, измеряющая достижение целей организации, отношение достигнутого результата медицинской деятельности к максимально возможному основанному на последних достижениях науки и технологии, т.е. соотношение между фактическим воздействием и максимальным, которое возможно в идеале
* Экономическая эффективность – внутренняя эффективность, измеряющая наиболее рациональное использование ресурсов, т.е. наименьшая стоимость медицинской помощи без снижения ее результативности
* Оптимальность – оптимальное соотношение затрат на здравоохранение и получаемых результатов в улучшении здоровья населения
* Адекватность – удовлетворение потребности населения
* Приемлемость – соответствие оказанной помощи ожиданиям пациентов
* Законность – соответствие этическим принципам, законам, нормам, правилам
* Справедливость – обоснованное и законное распределение медицинской помощи и льгот среди населения
* Преемственность – степень соблюдения координации и обеспечение необходимого воздействия в процессе оказания медицинской помощи
* Научно-технический уровень – степень применения имеющихся знаний техники
* Доступность – наличие необходимых видов медицинской помощи
* Своевременность
* Безопасность – степень риска

Понятие качества медицинской помощи во многом определяет понятие медицинская помощь как комплекс лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, проводимых по определенным технологиям с целью достижения положительного конкретного результата. Медицинская помощь – это процесс целесообразной трудовой деятельности медработника, удовлетворяющая нужду или потребность сохранять или укреплять здоровье.

 Медицинская помощь обладает определенными характеристиками:

* Неосязаема, т.е. ее невозможно транспортировать, хранить, изучать до получения. Нельзя увидеть, услышать, потрогать изменение состояния своего здоровья до начала лечения можно лишь верить в результат, чувствовать эффект, который появится в результате оказания помощи.
* Невозможность хранения с целью последующей реализации, поэтому нужно регулировать потребление, чтобы обеспечить постоянный спрос.
* Неотделимость от источника, т.к. контакт с потребителем – неотъемлемая часть предоставления медпомощи. Если вы хотите, чтобы вас лечил врач, то нужно обращаться к врачу.
* Изменчивость – означает непостоянство качества медицинской помощи, например, качество оказания помощи зависит от квалификации медработника. Качество может быть различным даже в тех случаях, когда обслуживание осуществляет один и тот же человек. Изменения могут быть вызваны его настроением или неспособностью пациента четко изложить свои потребности.

Медицинскую помощь можно понимать в узком (лечение конкретного больного конкретным врачом) и широком смысле (оказание помощи в пределах ЛПУ, региона, страны). В обоих случаях медицинская помощь выступает аналогом понятия «производственный процесс», широко используемого в народном хозяйстве, отраслью которого является учреждение здравоохранения.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Составляющая процесса оказания медицинской помощи | Что характеризует  | Задачи  |
| Собственно медицинская помощь (деятельность медработников, направленная на удовлетворение потребностей пациентов в сфере здравоохранения) | Знания и опыт работы медперсонала | Непосредственная помощь пациенту |
| Условия, в которых протекает медпомощь (здания, оборудование, и прочее) | Условия работы | Организация условий для эффективной работы конкретных сотрудников |
| Исходное состояние больного (пол, возраст, тяжесть заболевания и прочее) | Объект воздействия | Разработка общих принципов организации работы медучреждений |

 Изучать и оценивать качество медицинской помощи можно с двух позиций:

* + 1. Сфера потребления. Потребителя интересует качество лечения, т.е. полезность, изменение состояния его здоровья в желаемом направлении (конечный результат); качество обслуживания, т.е. условия в которых осуществляется медицинская помощь (комфортность, безболезненность, характер отношений с персоналом и прочее).
		2. Процесс оказания медицинской помощи, когда качество помощи связывают с качеством основных моментов производства. Эта схема близка к трем аспектам качества медицинской помощи, изложенным в работах Донабедиана:
			- Качество структуры – описывает условия оказания помощи, включающее квалификацию кадров, наличие и состояние оборудования, состояние помещений, лекарственное обеспечение, наличие и пополнение расходных материалов, рациональность использования ресурсов и т.д. Структурное качество может определяться на двух уровнях
			- По отношению к медучреждению в целом, с его материально-технической базой, кадровым обеспечением, организацией работы, сервисными условиями
			- К каждому медработнику в отдельности, оцениваются его профессиональные качества, т.е сумма знаний, умений, навыков.

Структурный подход к оценке качества медицинской помощи реализуется в качественных показателях медицинской практики, аттестации, сертификации специалистов, аккредитации, лицензировании ЛПУ. Сущность подхода – в учреждении отвечающем современным требованиям высоко профессиональные специалисты обеспечивают и высокое качество.

Лицензирование – это оценка качества медицинской помощи на предварительном этапе. В текущем порядке проводится аккредитация – установление соответствия качества медицинской помощи стандарту качества, позволяет определить возможности конкретного учреждения выполнять поставленные задачи по оказанию медицинской помощи, защищает интересы потребителей. Обязательность аккредитации и лицензирования каждого ЛПУ определяется «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан».

* Качество технологий (процесса) – описывает насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, был оптимален. При этом предполагается , что объем выполненных манипуляций должен быть не больше , но и не меньше оптимального, а последовательность их выполнения строго выдержана. Если на лечение больного было затрачено больше средств, чем это необходимо, то такая помощь не будет признана качественной, даже при достижении хороших результатов лечения. Качество процесса оценивается только на одном уровне – по отношению к конкретному больному с учетом клинического диагноза, видов сопутствующих патологий, возраста больного и других факторов. Процессуальный подход к оценке качества медицинской помощи отвечает на вопрос – как соблюдается технология? Это ретроспективный анализ лечебно-диагностического процесса по конкретному пациенту на основе технологической документации. Технология оценки качества процесса – это стандарты медицинской помощи и экспертизы качества, проводимая по первичной документации на трех этапах: заведующий отделением (100% анализ историй болезни выписанных стационарных пациентов, 20% анализ амбулаторных карт), заместитель главного врача по медицинской части или клинико-экспертной работе (20% стационар, 10% поликлиника), экспертная комиссия учреждения (анализ материала, полученного на 1 и 2 этапах).
* Качество результата - описывает отношение фактически достигнутых результатов с реально достижимыми (планируемыми), т.е. насколько достигнутые результаты близки к возможным. В зависимости от оцениваемого объекта под планируемыми результатами можно понимать динамику состояния здоровья конкретного пациента, результаты лечения всех больных ЛПУ за отчетный период, состояние здоровья населения территории. Результативный подход к оценке качества медицинской помощи основан на конечном результате. В этом подходе объект – динамика клинических результатов, а субъект – удовлетворенность пациента. Конечным результатом могут быть показатели качества (процент осложнении после инвазивных вмешательств, процент расхождения диагнозов и др.) Контроль результата дает определенный положительный эффект в части повышения качества работы. Но необходимо иметь ввиду, что положительный конечный результат, может быть достигнут, даже несмотря на возникший, в результате врачебной или сестринской ошибки, риска осложнения. Такой риск может реализоваться у другого пациента, если данная ошибка остается вне поля зрения, не исправляется.

Составляющие качество медицинской помощи взаимосвязаны. При низком уровне качества структуры сложно обеспечить приемлемый уровень качества технологий и результата. Вместе с тем, высокий уровень качества структуры – только потенциальная, но не всегда реализуемая возможность иметь высокий уровень качества технологий и результата. Такую взаимосвязь можно определить как «принцип негатива». При плохом качестве негатива невозможно сделать хорошую фотографию, но плохой снимок может получиться и при качественном негативе.

Уровни оценки качества медицинской помощи



Применительно к здравоохранению как к общегосударственной системе понятие качество медицинской помощи входит в систему конечного результата деятельности здравоохранения, которая включает в себя:

* 1. Субъективный критерий: удовлетворенность медицинской помощью населения, медработников, руководства.
	2. Объективный критерий № 1 – здоровье человека (населения)
	3. Объективный критерий «2 – качество медицинской помощи (своевременность, квалификация, деонтология, экономическая эффективность)

Понятие качества медицинской помощи относится к числу основных в здравоохранении, ибо именно оно определяет уровень здоровья и качество жизни населения.

Анализ деятельности работников здравоохранения

|  |
| --- |
| I. Удовлетворенность медицинской помощью |
| 1. Удовлетворенность медицинской помощью пациента (населения):- отсутствие жалоб,- данные социологического опроса | 2. Удовлетворенность своей работой работников медицинского учреждения | 3. Удовлетворенность руководства (главного врача, органов здравоохранения и пр.) |
| II. Объективный критерий № 1 – здоровье |
| 1. Одного пациента:

- состояние здоровья, группы здоровья- исход заболевания (выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение, смерть) | 2. Группы пациентов:- демографические показатели (рождаемость, смертность и т.д.)- распределение по группам здоровья- заболеваемость, травматизм- интенсивные показатели исходов заболеваний- инвалидность |
| III. Объективный критерий № 2 – качество медицинской помощи |
| 1. Своевременность:

- обращения- доставки- обследования- консультации специалистов- постановки диагноза- назначения лечения- взятия под диспансерное наблюдение | 2. Квалификация:- полнота обследования- правильность постановки диагноза- правильность и полнота назначенного лечения- правильность и полнота проведенного лечения- ритмичность и систематичность диспансеризации- правильность врачебно-трудовой экспертизы- продолжительность лечения и временной нетрудоспособности | 3. Экономическая эффективность:- фактическая стоимость медицинской помощи- соотношение между фактической и стандартной стоимостью - разница между затратами на медицинскую помощь и выгодой от снижения заболеваемости или ее предотвращения | 4. Деонтология:- жалобы и критические замечания в адрес медработников- отношение пациента к медработнику (уважение, признание авторитета, стремление попасть к нему на прием)- отношение пациента к себе и своему здоровью (дисциплинированность, вредные привычки, занятие спортом и др.)- отношение медработника к пациенту, оценка личности пациента- отношение врача к родственникам пациента (доверие, взаимопонимание и др.) |
| IY. Факторы, влияющие на качество медицинской помощи |
|  | На своевременность | На квалификацию | На экономическую эффективность | На деонтологию |
| Общеэкономические и медицинского учреждения | Доступность (радиус участка, состояние дорог, наличие транспорта и прочее) | - мощность учреждения (проектная и фактическая)- использование производственных площадей- наличие специализированных кабинетов, лечебно-вспомогательных служб, их оснащение- внимание к учреждению здравоохранения местных органов власти | - общее состояние экономики- общий подход к здравоохранению- источник, характер и размер финансирования конкретного учреждения | - количество площадей- санитарно-гигиеническое состояние- интерьер помещения- отсутствие очередей у кабинетов |
| пациента и его образа жизни | - производственные, бытовые, культурные перегрузки- медицинская активность | - возраст- местожительства- место работы- профессия- должность | - профессия- должность- место работы- стоимость производимого общественного продукта | - культурный уровень- медицинская грамотность- установка личности- личностные качества |
| медперсонала | - укомплектованность штата- нагрузка- структура посещения по специальностям- организация работы- рабочая дисциплина персонала | - состав штата по специальностям- укомплектованность штата- совместительство- состав по стажу работы, по категориям- частота и периодичность повышения квалификации- применение современных и внедрение новых методов обследования и лечения | - профессионализм- моральная и материальная заинтересованность в положительном конечном результате | - правильное понимание своего профессионального долга- профессионализм, воспитание и обучение правилам общения с пациентом- авторитет- личностные качества- взаимоотношения в коллективе- особенности поведения в быту |

* 1. **Контроль качества медицинской помощи как управленческий инструмент**

Получение и анализ оперативной информации об уровне качества медицинской помощи и возможность принятия адекватных управленческих решений обеспечивает контроль качества. Постоянный и успешный контроль возможен тогда, когда этим занимаются различные категории медперсонала. Существуют различные виды контроля: предупредительный и текущий, внутренний (ведомственный) и внешний (вневедомственный), государственный, общественный, контроль пациента. В последние годы ЛПУ широко используют прогрессивную систему самоконтроля и должностного контроля, включенного в должностные инструкции. Контроль качества медицинской помощи является управленческим инструментом, предполагает последовательное выполнение следующих действий:

* Установление критериев (стандартов) качества
* Оценка соответствия объекта контроля принятым критериям
* Коррекция в случае несоответствия принятым стандартам
* Планирование, совершенствование требований стандартов

Цикл контроля качества медицинской помощи включает в себя изучение явления, обнаружение проблем и исследование причин, выработку необходимых мероприятий, внесение изменений, оценку результатов.

В системе управления качества медицинской помощи можно выделить три взаимосвязанных элемента контроля:

1. Участники контроля (т.е. кто должен осуществлять контроль).

2. Средства (с помощью чего осуществляется контроль)

3. Механизмы контроля (каким образом осуществляется контроль, последовательность действия).

Правовым аспектом контроля качества медицинской помощи в РФ является Положение о системе ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, утвержденное приказом МЗ РФ и Федерального фонда ОМС № 363/77 от 24 октября 1996г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению РФ».

Нормативная база делит всех участников контроля на два звена:

1. Ведомственное звено
2. Медицинские учреждения. На уровне ЛПУ контроль качества является функцией заведующих подразделений, заместителя руководителя ЛПУ по клинико-экспертной работе, клинико-экспертных комиссий ЛПУ.
3. Органы управления здравоохранением. На этом уровне контроль качества является функцией клинико-экспертных комиссий органов управления, главных штатных и внештатных специалистов. Участники ведомственного звена осуществляют контроль всех компонентов качества медицинской помощи. Система ведомственного контроля призвана осуществлять:
	* оценку состояния и использования кадров и материально-технических ресурсов ЛПУ
	* оценку профессиональных качеств медработников путем аттестации
	* экспертизу процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам
	* выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок
	* подготовку рекомендаций для предупреждения врачебных ошибок
	* изучение удовлетворенности пациентов
	* расчет и анализ показателей, характеризующих качество медицинской помощи
	* выбор управленческих решений, проведение корректирующих воздействий, контроль за реализацией решений.



1. Вневедомственное звено контроля качества медицинской помощи – лицензионно-аккредитационные комиссии, страховые медицинские организации, страхователи, исполнительные органы фонда социального страхования, профессиональные медицинские организации, ассоциация защиты прав потребителя и другие.

Виды вневедомственного контроля:

* + целевой
	+ плановый
	+ предупредительный, целью которого является определение возможности ЛПУ или конкретного лица оказывать заявленные виды медицинской помощи, а также соответствия заявленной деятельности установленным стандартам
	+ контроль результата – осуществляют с целью определения качества медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту. В ходе экспертизы оценивается медицинская и экономическая эффективность помощи, соответствие выбранной технологии патологическому процессу, мнение пациента о качестве.
	+ Основные функции вневедомственного звена контроля качества медицинской помощи:
	+ оценка возможностей ЛПУ гарантировать требуемый уровень качества, контроль за безопасностью и соответствием медицинских услуг стандарту при проведении лицензирования, аккредитации, сертификации
	+ анализ результатов оказания медпомощи
	+ изучение удовлетворенности пациентов
	+ подготовка рекомендаций по повышению качества медицинской помощи, контроль за их выполнением
	+ проверка выполнения обязательств по медицинскому страхованию
	+ контроль соблюдения инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан
	+ контроль за правильностью применения тарифов и соответствия предоставляемых к оплате счетов выполняемому объему медицинской помощи

 Основные причины назначения вневедомственного контроля:

- необходимость проведения лицензирования, аккредитации, сертификации

- жалобы пациентов, страхователей

- неблагоприятный исход заболевания

- наличие дефектов в оказании медицинской помощи

- несоответствие счетов на оплату медицинских услуг медико-экономическим стандартам

 Всех участников системы контроля можно разделить на 3 звена:



Вариант наиболее рационального деления полномочий участников внешнего звена контроля качества медпомощи



**1.6 Средства контроля качества медицинской помощи**

Средства контроля качества медицинской помощи

А. Медицинские стандарты

1. По административно-территориальному делению

- международные

- федеральные

- территориальные

- локальные (ЛПУ)

2. По объему стандартизации

- структурно-организационные

- профессиональные

- технологические (медико-экономические)

3. По механизму использования

- простые

- групповые

Б. Экспертная оценка

В. Показатели

- деятельности ЛПУ

- здоровья населения

 Стандарт – это нормативный документ, которым устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочивания в определенной области. Стандартами могут быть организационные технологии, медицинские услуги, технология выполнения медицинских услуг и их техническое обеспечение, нормативная документация и все то, что может повысить качество медицинской помощи. Стандарты позволяют выбрать наиболее эффективный и подходящий потребностям пациента вид медицинской помощи и безопасно ее оказать.

 Стандартизация как механизм обеспечения качества медицинской помощи может действовать в определенных условиях, позволяющих ставить цели, задачи и контролировать результаты. Стандартизация позволяет ЛПУ выжить в современных экономических условиях, влиять на уровень медпомощи, удовлетворяющей потребности пациентов в сохранении и укреплении здоровья, повысить статус медработника.

 Стандарты более объективны, чем экспертная оценка, но требуют больше средств и регулярного пересмотра содержательной части.

 Структурно-организационные стандарты устанавливают обязательные требования к условиям оказания медпомощи.

 Профессиональные стандарты – к профессиональным качествам медработников, технологические – предусматривают перечень необходимых лечебно-диагностических манипуляций по наблюдению больных конкретной нозологической формой с учетом пола, возраста и других биологических показателей, это унифицированный эталон гарантированного набора процедур для каждой нозологической группы, учитывающий коэффициент сложности и результаты лечения. ДСГ – системы диагностически связанных групп. Это классификация больных, основанная на клинической близости состояний и экономической равноценности проведенного лечения. Каждая ДСГ имеет свой весовой коэффициент стоимости, каждый больной в рамках ДСГ характеризуется определенным объемом лечебно-диагностических мероприятий, т.е. определенной сложностью используемой медицинской технологии и затраты ресурсов.

 Показатели деятельности ЛПУ, здоровья населения как средство контроля и оценки качества медицинской помощи не требуют значительных расходов, объективны, но имеют узкую область применения.

 Более широко используется экспертная оценка. Эксперт, на основе своих представлений, знаний, выносит суждение об уровне того или иного компонента качества, предлагает пути повышения этого уровня. В настоящее время, несмотря на то, что законодательство предусматривает при проведении аккредитации использование стандартов, основным средством является экспертная оценка. Экспертиза качества медицинской помощи предусматривает сопоставление реальных условий оказания помощи, действия врача, достигнутых результатов лечения с мнением эксперта о том, какими они должны быть. Экспертная оценка работы конкретных врачей позволяет выявить типичные ошибки в работе, их причины, осуществить сравнительный анализ качества медицинской помощи при различных заболеваниях, в различных ЛПУ, разрабатывать мероприятий по улучшению качества.

 Врачебные ошибки являются случаями добросовестного заблуждения врача при выполнении своих профессиональных обязанностей. Врачебная ошибка – это такое действие или бездействие врача при оказании медицинской помощи пациенту, которое способствовало увеличению или не снижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновения нового патологического процесса, неоптимального использования ресурсов медицины, неудовлетворенности пациента.

 Врачебные ошибки могут иметь следующие причины:

1. Объективные, независящие от действия конкретного врача: несовершенство современной науки и техники, сложность и атипичность течения заболевания, отсутствие у врача необходимых средств и условий для проведения лечебно-диагностических мероприятий.
2. Субъективные, зависящие от квалификации врача, их можно было бы избежать в случае правильных действий врача, за них врач несет ответственность. Это отсутствие у врача необходимых знаний, неумение применять их в практике, неправильное клиническое мышление.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Этапы врачебного процесса | Возможные ошибки | Ошибки оказывают влияние на: |
| Сбор информации о пациенте и его заболевании | - ошибки расспроса- ошибки физикального исследования- ошибки применения лабораторной, инструментальной диагностики и консультаций специалистов- ошибки описания эффекта лечения | - процесс оказания медицинской помощи- ресурсы здравоохранения- управление здравоохранением |
| Установление диагноза | - неправильная формулировка (терминологическое несоответствие)- рубрификация (несоответствие основного диагноза, сопутствующего заболевания, осложнений)- неверное содержание диагноза (неверный результат анализа информации о больном) | - процесс оказания помощи |
| Выбор и проведение лечения | - неправильный выбор лекарственного средства- неправильное время применения- отсутствие описания способа применения | - ресурсы здравоохранения- управление здравоохранением- состояние пациента- социальные ресурсы |
| Преемственность медицинской помощи (передача пациентов или медицинской информации с данного на следующий этап медицинской помощи) | - ошибка при выборе места дальнейшей помощи- неверное время передачи пациента- неправильный режим транспортировки- ошибка информационного обеспечения | - ресурсы здравоохранения- управление здравоохранением- состояние пациента- социальные ресурсы |

Используемые и оптимальные средства контроля в различных составляющих КМП

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Составляющая качества и уровень ее оценки | Используемое средство контроля | Оптимальные средства контроля |
| Возможности ЛПУ | Экспертная оценка | Групповые стандарты |
| Профессиональные качества медицинских работников | Экспертная оценка, простые профессиональные стандарты | Групповые профессиональные стандарты |
| Технология лечения конкретного больного | Экспертная оценка | Простые технологические стандарты, экспертная оценка |
| Результат лечения конкретного больного | Экспертная оценка | Простые технологические стандарты, экспертная оценка |
| Результат лечения всех пациентов ЛПУ | Показатели деятельности ЛПУ | Показатели деятельности ЛПУ |
| Результат медицинского обслуживания | Показатели здоровья населения | Показатели здоровья населения |

Оценка профессиональных качеств медицинских работников

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование процедуры | Кто осуществляет | Обязательность прохождения | Средство контроля | Результат использования |
| Аттестация персонала | Орган управления здравоохранением | Добровольно | Экспертная оценка | Присвоение квалификации, категории |
| Сертификация персонала | Государственные медицинские ВУЗы, НИИ, профессиональные медицинские ассоциации | Обязательно  | Простые профессиональные стандарты | Допуск к медицинской деятельности |

**1.7 Внутриведомственная система управления качеством текущих процессов в медицинском учреждении**

Адекватная система управления качеством должна не столько реагировать на конечный результат медицинской помощи, сколько предотвращать дефекты. Управление качеством должно осуществляться не «по отклонению», а по максимальному использованию возможностей с целью предотвращения ошибок в оказании медицинской помощи. Данная концепция рассчитана на создание внутриведомственной системы управления качеством.

 Для повышения качества медицинской помощи необходимо улучшить организацию работы медицинского персонала, структурных подразделений ЛПУ на основе организации стандартов, совершенствовать систему последипломного обучения специалистов с высшим и средним медицинским образованием, определять компетентность каждого специалиста в рабочем порядке, а так же при аттестации врачебного и среднего медицинского персонала, создать систему управления и контроля текущего процесса на основе стандартов качества, организационных стандартов и современных технологий, создать действенную систему признания заслуг персонала, тесно увязанную с качеством работы.

 Для предупреждения затруднений целесообразно создание системы управления качеством медицинской помощи и контроля текущих результатов на трех уровнях:

1) Индивидуальный (врач-пациент).

Главная роль на этом уровне принадлежит заведующему отделением, старшей медицинской сестре. Инструментом контроля являются стандарты деятельности, технологии; критериями оценки - состояние здоровья пациента перед выпиской, а у среднего медицинского персонала – качество выполнения врачебных назначений, манипуляций, процедур, ухода за больным.

Принципиальное отличие системы управления и контроля текущих процессов – активный контроль на рабочем месте, который осуществляется выборочно и ежедневно.

Систему управления и контроля текущих процессов на индивидуальном уровне можно представить в виде следующей схемы:



Самоконтроль предполагает сбор информации о дефектах лечебно-диагностического процесса с указанием причин, анализ информации, устранение причинных факторов дефектуры лечебно-диагностического процесса, зависящие от врача или среднего медицинского персонала.

2) Уровень лечебно-профилактического учреждения - оценка складывается из общей оценки деятельности всех индивидуальных уровней и степени достижения конечных результатов деятельности ЛПУ.

3) Территориальный – оценка системы здравоохранения на уровне территории (район, область). Целесообразна оценка отдельных служб (терапевтической, хирургической, педиатрической и т.д.)

Для осуществления контроля за объектами и качеством медицинской помощи в учреждении необходимо:

* Создать стандарты технологий, результатов; выработать требования, критерии должной работы (должностные инструкции, нормативы, правила и др.)
* Сопоставлять реальные результаты деятельности с выработанными стандартами и критериями, осуществлять мониторинг
* Принимать решения о необходимых мероприятиях по итогам контроля, например, внесение умений в организацию работы (нагрузка, изменение объемов отдельных функций, повышение квалификации и пр., либо изменение стандартов и требований

Контроль качества медицинской помощи проводится по следующим разделам:

1. Оценка качества лечебно-диагностического процесса и его результативности (оценка качества работы врачей) - проводится на основании данных экспертизы истории болезни каждого выписанного больного, анализируется полнота и качество обследования, правильность постановки диагноза, выбранного метода лечения, уровень выполнения лечебных мероприятий, наличие дефектов в работе, результат лечения: по результатам экспертизы определяются показатели, характеризующие уровень выполнения лечебно-диагностических мероприятий, уровень качества лечения (коэффициент УКЛ). Использование этих универсальных показателей дает возможность оценить работу врача на всех этапах его деятельности, выявить дефекты и принять соответствующие меры, провести сравнительную оценку качества работы врачей данного ЛПУ, использовать эти показатели для материального стимулирования труда.
2. Оценка качества работы среднего медицинского персонала - проводит 1 раз в неделю старшая медсестра путем проверки выполнения каждой медицинской сестрой своих обязанностей в соответствии с критериями оценки, которые должна разработать администрация ЛПУ. По итогам статистики для каждой медицинской сестры должен быть определен коэффициент соответствия технологии медицинской помощи (Кст), учитывающий выявленные дефекты и замечания.
3. Изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью – предусматривает регулярное проведение (2 раза в год) социологического опроса по специальной анкете. По данным опроса больных вычисляется коэффициент социальной удовлетворенности (Кс). Результаты опроса с субъективной точки зрения характеризуют результативность медицинской помощью и этико-деонтологические аспекты лечебно-диагностического процесса. Периодически проводимые социологические опросы населения – важный инструмент управления. С позиций управления данный критерий достаточно информативен, он отражает независимое мнение, указывающее на конкретные и значимые с точки зрения больных недостатки в организации лечебно-диагностического процесса, что дает возможность принимать соответствующие управленческие решения.
4. Оценка средних сроков пребывания на больничном листе - имеет важность, как с медицинской, так и с экономической позиции, зависит от применяемых технологий, отражает производственные затраты.

**1.8 Непрерывное повышение качества**

Непрерывное повышение качества способствует росту активности и требовательности всех работников, их творческого подхода к решению стоящих перед ними задач. Успешно применяемая программа непрерывного повышения качества способна полностью преобразить любую организацию, сделать ее центром новаторства и повысить уровень профессиональной удовлетворенности работников. В тоже время эта программа не приносит ожидаемых результатов там, где в ней видят новейший административный метод усиления интенсификации труда. Опыт показывает, что успех мероприятий по повышению качества зависит не столько от желания руководителей, сколько от активного участия в этих мероприятиях работников всех уровней.

 Для непрерывного улучшения качества необходимо:

* Развивать сильную ориентацию на потребителя; (внешний потребитель –пациент, внутренний потребитель – сотрудник);
* Непрерывно улучшать все процессы, используя цикл: планируй, сделай, проверяй, действуй;
* Вовлекать сотрудников в процесс, применяя цикл: одобряйте, учите, поддерживайте их труд, прославляете их успехи;
* Принимать решения об улучшении качества, выделяя наиболее важные цели для улучшения;
* Развивать осознанное понимание коллективом истинных мотивов деятельности;
* Поощрять свободное высказывание мнений, идей.

В целях непрерывного повышения качества возможна организация управления качеством на основе цикла РДСА, предложенного доктором У.Демингом. Цикл всегда имеет несколько оборотов. Реализация этого цикла группой специалистов может обеспечить повышение качества услуг, наибольшую эффективность при минимальных затратах. Работа по циклу может повторяться до достижения запланированных результатов.

Р: (PLAN – планирование)

1. Определение целей и задач с установлением конечного срока их выполнения. Задачи следует определять на основании стоящих проблем и они должны определяться таким образом, чтобы обеспечить совместные действия всех подразделений.
2. Определение способов (путей стратегий) достижения целей. План мероприятий.Цель реализации системы – получение определенных показателей качества. Необходимо определить факторы и причины, формирующие данные показатели. Такой подход поможет предвосхитить проблемы и предотвратить их возникновение. Это прогрессивное управление. В процессе поисков следует консультироваться с исполнителями. Ключ к успеху – в решительной стандартизации очевидных вещей и передачи их подчиненным.
3. Обучение и подготовка кадров. На всех этапах прохождения цикла Деминга существует острая необходимость в квалифицированных работниках. Поэтому руководители несут ответственность за обучение и воспитание своих подчиненных. Получив подготовку, образование человек становится работником, на которого можно положиться и которого можно облечь властью.

Д: (ДО – действие)

1. Выполнение работ. Можно заставить подчиненных выполнять работу, отдав соответствующие распоряжения, но такой процесс никогда не будет протекать гладко. Следует обращать особое внимание на добровольное начало.

С: (CHECR – контроль результатов)

1. Проверка результатов выполнения работ. Если все идет в соответствии с поставленными задачами и согласно требованиям стандартов, никакого вмешательства не требуется. Но когда имеют место необычные явления или нарушается заведенный порядок, должен вмешаться руководитель. Цель – обнаружение отклонений, для чего необходимо выполнить оценку работы по ее результату, проверить причины.

А: (ACTION – корректирующие действия)

1. Осуществление соответствующих управляющих воздействий. При этом необходимо принять меры во избежание повторения отклонений, положить конец нарушениям, устранить причины, вызвавшие отклонения.

Методы экономически эффективного оказания медицинской помощи согласно идеям доктора Э.Деминга:

1. Постоянство целей – приверженность руководства постоянным улучшениям – критический фактор для поддержания энтузиазма, интереса и соучастия работников на всех уровнях.
2. Новая философия – радикальное переосмысливание взглядов. Вы должны поддерживать постоянное, непрерывное движение в правильном направлении к тому дню, когда весь персонал окажется в процессе улучшения качества всех систем и видов деятельности.
3. Покончите с зависимостью от массового контроля.
4. Покончите с практикой закупок по самой дешевой цене. Работайте с надежными, высококачественными материалами. Это скажется на вашей репутации у потребителей.
5. Улучшайте каждый процесс.
6. Введите в практику подготовку, переподготовку персонала для улучшения использования каждого из них.
7. Учредите «лидерство» - создайте среду, в которой в которой у работников имеется системная заинтересованность в их работе, а менеджер помогает хорошо ее выполнить. Если сотрудники заинтересованы, то они стараются выполнять работу качественно.
8. Изгоните страхи – работник, испытывающий страх перед руководителем, не может надлежащим образом сотрудничать с ним. Истинное сотрудничество позволит достичь намного больше, чем изолированные индивидуальные усилия.
9. Разрушьте барьеры – люди из разных подразделений должны работать в команде, не тратить время на конфликты, а устранять проблемы.
10. Откажитесь от пустых лозунгов и призывов, требующих высокого качества, но не говорящих о методах достижения.
11. Устраните произвольные задания, нормы, заменив их поддержкой, помощью со стороны вышестоящих руководителей для достижения непрерывного улучшения качества.
12. Дайте работникам возможность гордиться своим трудом.
13. Поощряйте стремление к образованию – организации нужны не просто люди, а работники, совершенствующиеся в результате образования.
14. Определите непоколебимую приверженность высшего руководства к постоянному улучшению качества и проводите в жизнь все рассмотренные принципы.

**ГЛАВА 2.**

**УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**2.1 Факторы, влияющие на качество сестринской помощи**

Одна из важнейших проблем в управленческой деятельности руководителей сестринских служб – обеспечение высокого качества сестринской помощи. Преобразования в сестринском деле могут осуществляться на основе анализа современного состояния качества сестринской помощи и определения сильных и слабых сторон деятельности медсестер различных специальностей.

Сейчас, в период реформирования отечественного здравоохранения и радикальных изменений в отношении сестринской деятельности, отсутствие четкого разделения границ профессионального участия врачебного и сестринского персонала затрудняет определение границ ответственности медицинских сестер, что не способствует выработке необходимых корректировочных мероприятий в системе управления качеством медицинской помощи. В связи с этим руководители сестринских служб должны проводить самостоятельные исследования и разрабатывать практические мероприятия. Достаточно сложно оценить насколько качество сестринской помощи повлияло на состояние здоровья пациента, в тоже время можно говорить о влиянии совершаемых средним медицинским персоналом ошибок на состояние здоровья пациента, если эти ошибки обнаружены. В настоящее время значительное количество лечебно-профилактических учреждений разрабатывает варианты методик оценки качества работы. Традиционный контроль качества работы медицинской сестры предполагает выявление свершившихся ошибок, причем нередко в последующем не проводится глубокого анализа, выявления причин ошибок, организационных мероприятий по их устранению. Чаще применяются административные воздействия, что не является оптимальным. Поэтому создание системы управления качества медицинской помощи, эффективных методов контроля остается актуальным.

Качество сестринской помощи определяется многими факторами, зависящими или независящими напрямую от медицинской сестры, когда она лишь в некоторой степени способна на них влиять.

Факторы, влияющие на качество сестринской помощи:

* Качество полученного образования
* Повышение квалификации медицинской сестры
* Профадаптация, обучение на рабочем месте
* Степень развития сестринского дела в России, городе или лечебно-профилактическом учреждении
* Уровень требований лечебно-профилактического учреждения к медицинской сестре
* Функции, возлагаемые лечебно-профилактическим учреждением на медицинскую сестру
* Уровень материально-технического оснащения данного лечебно-профилактического учреждения и рабочего места медицинской сестры
* Материальное стимулирование (уровень заработной платы)
* Обеспеченность сестринским персоналом (укомплектованность штатов)
* Наличие достаточного количества младшего медицинского персонала
* Организация труда (смены, нагрузка)
* Наличие контроля со стороны руководителя
* Врачи (к сожалению, до сих пор во многих лечебно-профилактических учреждениях именно врач определяет, что и как делать медицинской сестре и часто этим отрицательно влияют на качество ее работы)
* Основополагающие документы мирового уровня, заставляющие политиков и врачей менять критерии оценки качества
* Основные ценности общества (уважение к личности, ценность здоровья), политиков и людей, принимающих решения в области здравоохранения
* Знания и умения каждой отдельной медицинской сестры
* Отношение медицинской сестры к делу
* Личные качества медицинской сестры
* Четкость взаимодействия внутри команды
* Стиль отношений в команде
	1. **Критерии оценки качества сестринской помощи**

Руководители сестринских служб должны уметь оценивать качество и эффективность сестринской помощи, учитывать и промахи и успехи в работе, организовывать персонифицированный учет качества работы, использовать моральные и материальные средства стимулирования качества труда.

В практической деятельности качество сестринской помощи оценивается по множеству критериев, важнейшими из которых являются:

* Первичная (базовая) подготовка сестринского персонала
* Соответствие квалификации персонала уровню сложности, специфике работы по конкретной специальности
* Профпригодность
* Внешний вид
* Внимание медицинской сестры к пациентам, их семьям
* Личностные качества медицинской сестры (милосердие, сострадание, доброта, отзывчивость)
* Соблюдение этико-дентологических норм при работе с пациентами и в профессиональном коллективе
* Соблюдение правил асептики, антисептики
* Соблюдение правил техники безопасности
* Порядок на рабочем месте в целом
* Правильность оформления медицинской документации
* Своевременность выполнения назначений врача
* Своевременность оказания неотложной доврачебной помощи пациентам при возникновении у них острых состояний
* Соблюдение алгоритма деятельности при выполнении сестринских манипуляций, оказание неотложной помощи
* Обеспечение явки диспансерных больных
* Охват профпрививками
* Инструктаж пациентов о подготовке к различным видам исследований, манипуляций
* Удовлетворенность пациентов качеством сестринской помощи
* Удовлетворенность специалистов сестринского дела характером, условиями труда
	1. **Основные пути и направления повышения качества сестринской помощи**

Исходя из опыта в период реформирования отечественного здравоохранения, опыта развитых промышленных стран, можно говорить об определенных направлениях повышения качества сестринского помощи:

* Надлежащее материально-техническое и лекарственное, информационное обеспечение деятельности медицинской сестры
* Создание в трудовом коллективе благоприятного психологического климата, атмосферы сотрудничества между врачом и медицинской сестрой
* Поддержка руководителям работы общественных сестринских организаций
* Правильная организация труда сестринского персонала
* Рациональное использование рабочего времени
* Создание надлежащих условий для работы медицинской сестры и пребывания пациентов лечебно-профилактических учреждений
* Использование компьютерных технологий
* Внедрение НОТ в работу медицинской сестры
* Оптимальная нагрузка
* Приемлемая оплата труда
* Обеспечение систематического контроля деятельности
* Непрерывное повышение квалификации
* Аттестация персонала
* Обучение медицинской сестры технологии общения, требованиям должностных инструкций, стандартов деятельности и пр.
* Проведение конференций, семинаров, конкурсов, обмена опытом с другими ЛПУ
* Обеспечение участия всего коллектива в процессе повышения качества сестринской помощи
* Достижение заинтересованности руководящего звена лечебно-профилактического учреждения в создании систем управления качества медицинской помощи и вовлечение руководителей всех уровней в эту работу
* Разработка стандартов и технологий деятельности медицинской сестры, стандартов оснащения рабочих мест
* Внедрение в деятельность лечебно-профилактического учреждения критериев системы Э.Деминга

Основные критерии системы Э.Деминга и рекомендации по их внедрению в работу среднего медицинского персонала

1. Организация работы медицинского персонала на внедрение новых технологий, достижений медицинской науки. Для этого необходимо отслеживать информацию по данной проблеме, для чего целесообразно в составе Совета медицинских сестер сформировать группу, обеспечивающую подачу информации о все новом и передовом в медицине. Такая группа должна быть составлена из уважаемых в коллективе и пользующихся доверием людей, поддерживающих все новое и передовое. Основная задача группы – обеспечить информационный поиск передовых идей, научных достижений, новых технологий, передового опыта, создание банка данных по этой проблеме, инициирование через руководство лечебно-профилактического учреждения внедрения новых технологий, стандартов, организационных форм работы с целью повышения ее эффективности и снижения затратного механизма в оказании медицинской помощи.
2. Постоянное совершенствование трудовой деятельности. Для этого необходимо воспитывать коллектив в духе постоянного улучшения работы, что является задачей всего руководящего состава лечебно-профилактического учреждения. Персонал должен понимать, что всегда хорошо сделанную работу можно сделать еще лучше. Только в этом случае будет осуществляться поиск новых идей, методов работы среднего медицинского персонала. Если руководство будет согласно на посредственную работу, оно будет получать ее постоянно и ошибки будут и ошибки будут совершаться чаще.
3. Использование стандартов и критериев как инструмента оценки достижения результата.
4. Перенос основного контроля на рабочее место с целью оценки правильности и качества выполнения конкретной медицинской сестрой помощи. Для этого старшая медицинская сестра должна выделить время для выборочного контроля персонала на рабочих местах. Это означает, что в работе какой-либо медицинской сестры выделяются ведущие элементы, от качества выполнения которых в значительной мере зависит качество конечного результата процесса. Во всех случаях контроля на рабочем месте прослеживается соответствие выполнения элементов процесса требованиям стандарта и технологии. В зависимости от степени отклонения от стандарта выставляется бальная оценка.

1 ступень контроля – старшая медицинская сестра отделения, контроль на рабочем месте.

2 ступень контроля – главная медицинская сестра, Совет медицинских сестер, КЭК, обеспечение контроля за качеством и регулярностью проведения экспертизы на рабочих местах.

1. Создание в коллективе атмосферы отсутствия страха на проводимый контроль, на доклад о совершенной ошибке, невыполнении процедуры. В большинстве случаев работник не является источником ошибки, он просто исполнитель. Руководители не должны вести бой против людей, если хотят избежать ошибок. Наказание работника не решает проблем возникновения ошибок, а создает только атмосферу страха быть наказанным, что приводит к сокрытию ошибок, а это иногда может угрожать здоровью пациента.
2. Отказ от старой концепции невозможности работать без ошибок.
3. Оказание помощи тому, кто хочет повысить свой уровень качества.
4. Корректирование и внедрение новых технологий, организационных форм, улучшение качества, структуры лечебно-профилактического учреждения – удел руководителей, которых необходимо готовить.

**2.4 Управление качеством текущих процессов на уровне среднего медицинского персонала**

Главную роль в управлении качеством сестринской помощи играет управление качеством текущих процессов на уровне среднего медицинского персонала.

Технология внедрения управления качеством текущих процессов

1. Вовлечение всего руководящего состава лечебно-профилактического учреждения в процесс. Первым шагом будет их обучение (главный врач, заведующий отделением, главная медицинская сестра, старшая медицинская сестра) новой идеологии бездефектной работы, вопросам управления и контроля текущих процессов.
2. Издание директивного документа, определяющего роли и задачи главной медицинской сестры, заведующего отделением, старшей медицинской сестры, всего среднего медицинского персонала в процессе улучшения качества медицинской помощи. Этим же документом необходимо создать рабочий орган при главной медицинской сестре, на который должна быть возложена работа по внедрению системы управления качеством и вовлечение всего коллектива в процесс улучшения качества медицинской помощи.

Основные задачи такого рабочего органа:

* + Планирование работы по внедрению системы качества, разработка критериев оценки качества, методики оценки, реализация намеченных мероприятий, анализ их эффективности, дальнейшее совершенствование работы
	+ Обучение среднего медицинского персонала современным представлениям о качестве медицинской помощи и методике ее оценки
	+ Обучение медицинского персонала технологиям и стандартам, внедряемым в лечебно-профилактическое учреждение с последующим тестированием и оценкой практических навыков
	+ Внедрение критериев системы Деминга в работу всего коллектива
	+ Разработка методики контроля сестринского процесса, обсуждение ее коллективом, утверждение на уровне руководства лечебно-профилактического учреждения
	+ Организация системы контроля качества на рабочих местах с выделением основных элементов сестринского процесса, подлежащего контролю
	+ Мониторинг эффективности внедряемой системы управления и контроля качества текущих процессов, разработка мероприятий по ее совершенствованию

Ступени создания системы обеспечения качества сестринской помощи:

1. Возложите ответственность. Ее должен нести попечительский совет лечебно-профилактического учреждения – Совет медицинских сестер.
2. Определите объем оказываемой сестринской помощи. Какую помощь оказываете, чем, кем, как она обеспечена.
3. Идентифицируйте важные аспекты обслуживания. Встречаемые наиболее часто, или выполнение которых подвергает пациента серьезному риску.
4. Определите индикаторы, имеющие отношение к важным аспектам обслуживания. То, что можно измерить, оценить.
5. Установите пороговое значение для оценки. Пороговая величина – это уровень податливаемости.
6. Соберите и сгруппируйте данные по полученным результатам, всем действиям.
7. Оцените качество.
8. Предпримите уместные шаги для решения проблемы после ее определения. Организация обучения, вознаграждение, административные изменения, изменение окружающей среды.
9. Оценка эффективности действий. Сбор и анализ данных.
10. Распространите информацию по всему лечебно-профилактическому учреждению в рамках борьбы за качество сестринской помощи.
	1. **Стандарты сестринской деятельности**

Управлять качеством сестринской помощи можно лишь тогда, когда деятельность медицинской сестры изучена, структурирована, нормирована и, следовательно, может быть оценена в соответствии со стандартом. В 1999г. Ассоциация медицинских сестер разработала стандарты практической деятельности медицинской сестры, включив в их состав алгоритм действий для проведения процедуры, цели проведения. Благодаря им медицинская сестра может самостоятельно контролировать свои действия и их результативность. Это позволяет вести контроль качества сестринской помощи на базовом уровне – уровне самоконтроля. В период, пока нет утвержденных стандартов, целесообразно разрабатывать местные стандарты; регламентирующие нормативные требования к выполнению сестринских манипуляций и являющиеся «эталоном» для определения правильности и оценки качества их выполнения.

Существуют различные виды стандартов:

1. Стандарты структуры - они касаются вопросов регулирования сестринской практики и включают организацию работы служб сестринской помощи, набор персонала, отбор и подготовку кадров, обеспечение необходимым оборудованием и помещениями, а так же все нормативные и юридические требования.
2. Стандарты процесса – касаются непосредственно действий, выполняемых медицинской сестрой и определяют качество оказываемой сестринской помощь. Стандарты процесса должны разрабатываться для всех процедур и практических мероприятий, проводимых в рамках сестринской практики (алгоритмы манипуляций).
3. Стандарты (критерии) результатов – описывают реакцию пациентов на планируемую помощь. Стандарты результатов – это ожидаемые изменения в состоянии пациента после практических мероприятий, проведенных медицинской сестрой. Они могут включать определенную долю удовлетворенности результатами оказанной ему помощи.
4. Стандарты содержания – описывают характер информации, которая должна регистрироваться медицинской сестрой и доводиться до сведения других медицинских работников, а так же просветительскую работу среди пациентов и их близких (например: рекомендации по подготовке к различным видам исследований).

Стандарты оценки качества по профессиональной трудовой деятельности можно разделить на группы:

1. качество ухода – медицинская сестра систематически оценивает качество и эффективность сестринской практики.
2. оценка трудовой деятельности – медицинская сестра оценивает свою практику по отношению к стандартам.
3. образование – медицинская сестра получает знания по сестринской деятельности, поддерживает их на соответствующем уровне.
4. коллегиальность – медицинская сестра вносит вклад в профессиональное развитие коллег.
5. этика – все действия медицинской сестры определяются этическим кодексом.
6. сотрудничество – с пациентом, его родственниками.
7. научные исследования – использование научных достижений в практике.
8. использование ресурсов – медицинская сестра принимает во внимание факторы безопасности, эффективности, стоимости оказания помощи.
	1. **Экспертная оценка качества работы медицинских сестер**

Основные требования к методике экспертной оценки качества работы медицинской сестры

1. Отражение сути деятельности конкретной категории работника.
2. Доступность для широкого круга медицинского персонала.
3. Оценка действия медицинской сестры, направленных на устранении обнаруженных ошибок предшествующим медицинским персоналом.
4. Минимизация субъективизма оценки и регистрации данных экспертизы.
5. Наличие возможности количественной оценки качества медицинской помощи.

Экспертная карта

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата контроля | Фамилия, имя, отчество медицинской сестры | Виды деятельности и максимальное число баллов | ИТОГО баллов |
| Соблюдение технологии манипуляций и процедур | Соблюдение технологии забора биоматериала для исследования | Соблюдение правил асептики при выполнении процедур | Соблюдение правил предстерили-зационной подготовки материала, инструментов |
| 01.02.03 | Иванова А.И. | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |

 Оценка проводится по трем параметрам:

Полное выполнение элемента стандарта – 2 балла

Частичное выполнение – 1 балл

Неправильное выполнение элемента (невыполнение) – 0 баллов

Высчитывается средний балл, оценка выносится медицинской сестре в контрольную карту. Высчитывается за определенный промежуток времени:

ИКК (интегральный коэффициент)= число набранных баллов

  Идеальное (мах) число баллов

Норма = 1.

Деятельность различных работников может быть рассмотрена как процессы, подлежащие контролю.

Процесс – это серия операций (видов деятельности), которые осуществляются с определенной целью, направленной прямо или косвенно на обслуживание пациента, приводящей к определенному конечному результату. можно определить протяженность любого процесса, выделить главные элементы процесса на всем его протяжении, подлежащие контролю.

Изучая существующее положение дел необходимо задать себе 5 управленческих «почему?»:

1. Почему то, что делается, вообще делается? Может это делается по старой традиции, как было заведено когда-то?
2. Почему то, что делается, делается так, как делается?
3. Почему то, что делается, делается там, где делается?
4. Почему то, что делается, делается тогда, когда делается?
5. Почему то, что делается, делается тем, кем делается?

Отвечая на эти вопросы можно выявить ряд проблем в организации деятельности персонала и наметить мероприятия по их устранению.

1. Необходимо иметь стандарты и разработать документацию по применяемым технологиям. Только они могут быть серьезным инструментом для измерения качества текущих процессов.

**ГЛАВА 3.**

**УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ МУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 15»**

* 1. **Организационная структура поликлиники**

Муниципальное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 15» обслуживает жителей поселка Строитель, Шлаковый, Никуличи, Искра, деревни Качево, Мордасово, Реткино, в/ч 05877. здания поликлиники расположены пор адресу: ул Качевская, д.34, корп.1 и ул. Куйбышевское шоссе, д.6.

Организационная структура поликлиники

|  |
| --- |
| Главный врач |
| Секретарь |
| Инспектор отдела кадров |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заместитель главного врача по экономике | Заместитель главного врача по КЭР | Заместитель главного врача по МЧ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Терапевтическое отделение на 10 участков | Главная медицинская сестра | Детский кабинет | Здравпункты  |
| Заведующий отделением | Старшая медицинская сестра | Старший педиатр | Врачебный – 1 (РКРЗ) |
| Участковые терапевты |  | Участковый педиатр | Фельдшерские – 3(ТЭЦ, Теплоприбор, Бетон) |
| Участковые медицинские сестры |  | Подростковый врач |  |
|  |  | Участковые медицинские сестры |  |
| Специализированные кабинеты |
| Ревматолог | Кардиолог | Гастроэнтеролог | Эндокринолог | Инфекционист  |
| Акушер-гинеколог | Офтальмолог  | Отоларинголог  | Невролог  | Дермато-венеролог |
| Физиотерапевт  | Стоматолог  | Уролог  | Хирург  | Эпидемиолог  |
| Лечебно-диагностические службы |
| ФГС (эндоскопия) | УЗИ | ФТО | Рентгенкабинет  |
| Процедурный кабинет | Кабинет функциональной диагностики (ЭКГ) | Клинико-диагностическая лаборатория (общеклинические, гематологические, биохимические, иммунологические, микробиологические, коагулологические анализы) |
| Вспомогательные службы |
| статистика | гараж | бухгалтерия | хозблок | ЦСО |

Городская поликлиника № 15 рассчитана на 200 посещений в смену.

Сестринская служба на уровне МУЗ «Городская поликлиника № 15»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Главная медицинская сестра |  | Совет медицинских сестер |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Старшая медицинская сестра |  | Медицинские сестры |  | Пациент  |

Поликлиника полностью укомплектована штатами, многие сотрудники работают по совместительству.

**3.2 Кадровый состав**

Штатное расписание и укомплектованность поликлиники кадрами

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование  | Штатные единицы | Занятые единицы | Физические лица | Укомплек-тованность (%) | Совместители (%) |
| Врачи  | 41,0 | 41,0 | 25 | 100 | 49 |
| Средний медперсонал | 100,0 | 100,0 | 63 | 100 | 34 |
| Младший медперсонал | 31,25 | 31,25 | 21 | 100 | 34 |
| Психолог | 0,25 | - | - | - | - |
| Прочие | 42,25 | 42,25 | 24 | 100 | 43 |
| ИТОГО | 214,75 | 214,5 | 139 | 99,9 | 66 |

Большой процент совместительства объясняется низкими штатными окладами, что заставляет сотрудников подрабатывать как в поликлинике, так и в других лечебных учреждениях.

Квалификационные категории сестринского персонала

|  |  |
| --- | --- |
| Всего физических лиц | 63 |
| Из них пенсионеров | 11 |
| Молодые специалисты | 5 |
| Прошли специализацию | 58 |
| Имеют сертификат | 44 |
| Являются членом РАМС | 40 |
| Имеют 1 квалификационную категорию | 26 |
| Имеют 2 квалификационную категорию | 7 |
| Имеют высшую квалификационную категорию | 8 |

Повышение квалификации медицинских сестер проводится по плану на базе Рязанского медицинского училища повышения квалификации. Аттестация проходит каждые пять лет.

**3.3 Основные показатели деятельности**

Техническое состояние зданий

Общее число зданий – 5, из них требуют реконструкции – 2, требуют капитального ремонта – 4, имеют водопровод – 5, в том числе горячее водоснабжение - 2, имеют центральное отопление, канализацию, телефонную связь – 4. ремонт и реконструкция зданий проводится в соответствии с объемом финансирования.

Сведения о численности обслуживаемого участка:

Всего - 21549 человек, в т.ч. работающее население – 11489, неработающее – 10060, всего взрослых – 20067, детей – 1482. Основной процент населения составляют пенсионеры, что влияет на объемы финансирования.

Естественное движение население по району

|  |  |
| --- | --- |
|  | 2003 |
|  | Абс. | На 1000 нас. |
| Рождаемость  | 39 | 1,8 |
| Общая смертность | 322 | 14,9 |
| Естественный прирост | -283 | -13,1 |

Показатели движения населения соответствуют данным показателям в целом по Рязанской области и Российской Федерации.

Анализ причин смертности за 2003 год.

Всего умерших - ,22, в т.ч. от туберкулеза – 4, злокачественных новообразований – 38, диабета – 2, болезней системы кровообращения – 185, болезней органов дыхания – 9, болезней органов пищеварения – 9, болезней мочеполовой системы – 4, травм и отравлений – 66,, прочие – 5. как мы видим наибольшая смертность от болезней системы кровообращения, что является актуальным в России и чему в последнее время уделяется большое внимание, особенно профилактическим мероприятиям.

Инвалидность

Всего на 1 января 2004 г. Состоит на учете в поликлинике инвалидов:

1 группы – 93

2 группы – 1117

3 группы – 232.

В 2003 году признано инвалидами 351 человек, из них первично – 82, переосвидетельствовано – 252, в том числе без изменений – 228, реабилитированы – 7, утяжеление группы - 16. Большое количество выхода на инвалидность объясняется возрастным уровнем обслуживаемого населения, низким материальным уровнем и высокими ценами на медикаменты, а также неблагоприятной экологической обстановкой в зоне проживания обслуживаемого населения.

Онкологическая помощь населению

Всего состоит на учете на 1 января 2004 года 411 человек с онкологическими заболеваниями, из них с впервые установленным диагнозом – 61, состоит на учете свыше 5 лет – 236. Как и во всей стране постоянно регистрируется рост пациентов с онкологической патологией.

Медицинская помощь ветеранам войн

На 1 января 2004 года число ветеранов войн – 136 человек, из них умерло в прошедшем году – 15, выехало – 9. В последние годы лекарственному обеспечению ветеранов войн и приравненных к ним лицам согласно «Закону о ветеранах» уделяется особое внимание. Постоянно выделяются денежные средства на оплату бесплатных рецептов и в 2003 году эта сумма составила 185 тысяч рублей.

Профилактические осмотры населения

В 2003 году подлежало медицинскому осмотру детей 15-17 лет – 295, осмотрено – 206, рабочих промышленных предприятий соответственно 718 и 718. Профилактические осмотры проводятся как при поступлении так и периодические, в соответствии с приказом № 90. Благодаря регулярности и постоянству проведения медицинских профилактических осмотров удается выявить ряд заболеваний на раннем этапе, правильно назначить лечение и выбрать соответствующую тактику по лечению, трудоустройству и профилактическим мероприятиям.

В 2003 году подлежало профосмотру на онко – 13746 человек, осмотрено – 10982 (79,9%), подлежало осмотру женщин – 3133, осмотрено 1015 (32,3%), выявлено онко – 1, предраковых – 4.

В 2003 году подлежало профосмотру на туберкулез – 11009, обследовано – 10360 (94,1%), в т.ч. ФЛГ – 9388, р.Манту – 972, выявлено заболеваний – 5.

Работа врачей поликлиник

В 2003 году число посещений составило 119255 человек, в т.ч. по поводу заболеваний – 101321, число посещений на дому – 11982, число посещений на 1 жителя – 6,4, на 1 должность – 4243. Общее количество диспансерных больных – 4278, среднее количество диспансерных больных на 1 специалиста – 160. Отмечается постоянное повышение числа посещений в поликлинике, в т.ч. и на дому.

Деятельность стоматологического кабинета

В 2003 году число посещений составило 5610, вылечено зубов – 4258, удалено зубов – 1243, всего санировано – 1552, проведен курс профилактики – 228. осмотрено в порядке планового медосмотра – 859, из них нуждались в санации – 355, санировано – 292.

Хирургическая работа поликлиники

В 2003 году проведено амбулаторных операций – 2284, в т.ч. на органах уха, горло, носа – 410, в полости рта – 1289, на женских половых органах – 37, на коже и подкожной клетчатке – 548.

Деятельность физиотерапевтического отделения

Прошло курс лечения в 2003 году – 3238 человек, отпущено процедур – 34412.

Рентгенодиагностическая работа

В 2003 году проведено рентгеноскопий грудной клетки – 21, рентгеноскопий органов пищеварения – 52, рентгенограмм – 4170, специальных рентгенологических исследований – 41.

Деятельность эндоскопического кабинета

Проведено исследований – (ФГС) – 820.

Деятельность кабинета УЗИ

Проведено в 2003 году исследований сердечно-сосудистой системы – 176, брюшной полости – 3567, мочеполовой системы – 760, предстательной железы – 160.

Деятельность кабинетов функциональной диагностики

В 2003 году обследовано 5511 человек, сделано исследований – 6205.

Деятельность лабораторной службы

Число исследований в 2003 году составило 94929. в т.ч. гематологических – 37407, биохимических – 11122, коагулотических – 977, иммунологических – 366, микробиологических – 4745.

Анализируя показатели работы служб и кабинетов поликлиники можно сделать вывод, что уровень оказываемой помощи, ее качество соответствует утвержденным стандартам качества оказываемой помощи. В конце 2003 году РОФОМСом приобретен реограф для обследования сосудов головного мозга, новый электрокардиограф, что значительно повышает качество профилактических мероприятий.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Первые 5 мест потерь трудоспособности по причинам | Случаи | Дни  | Средняя длит. 1 случая |
| Абс. | На 100 раб. | Абс. | На 100 раб. |
| Болезни органов дыхания | 1983 | 22,3 | 23315 | 175,4 | 7,8 |
| Болезни системы кровообращения | 609 | 4,5 | 8322 | 57,3 | 13,5 |
| Болезни костно-мышечной системы | 557 | 4,2 | 7484 | 56,1 | 13,4 |
| Болезни органов пищеварения | 294 | 2,2 | 3270 | 24,5 | 11,1 |
| Болезни нервной системы | 241 | 1,8 | 2649 | 20,1 | 11,0 |

Показатели заболеваемости и диспансерного наблюдения по нозологическим формам

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование  | Зарегистрировано заболеваний | Состоят на Д-учете на конец года | % охвата Д-наблюдением | Признано инвалидами в связи с данным заболеванием |
| Всего | В т.ч. впервые | Всего | В т.ч. впервые | Всего | В т.ч. впервые |
| Всего | 17895 | 9625 | 4278 | 424 | 23,9 | 4,4 | 73 |
| В т.ч. инфекции и паразитарные заболевания | 294 | 290 | 2 | 2 | 0,7 | 0,7 | - |
| Новообразования | 147 | 77 | 75 | 15 | 51 | 19,5 | 2 |
| Болезни крови и кроветворных органов | 113 | 13 | 83 | 11 | 73,5 | 84,6 | - |
| Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ | 1209 | 86 | 1038 | 78 | 85,8 | 90,7 | 1 |
| Психические расстройства | 388 | 173 | 37 | 2 | 9,5 | 1,6 | - |
| Болезни нервной системы | 396 | 166 | 59 | 5 | 14,9 | 3,0 | - |
| Болезни глаза | 1230 | 375 | 156 | 11 | 12,7 | 12,9 | 6 |
| Болезни уха и сосцевидного отростка | 704 | 561 | 41 | 2 | 5,8 | 0,3 | - |
| Болезни системы кровообращения | 2755 | 446 | 1087 | 70 | 39,5 | 15,7 | 55 |
| Болезни органов дыхания | 5464 | 4819 | 418 | 132 | 7,6 | 2,7 | 2 |
| Болезни органов пищеварения | 1337 | 150 | 802 | 39 | 60 | 26 | 1 |
| Болезни кожи и подкожной клетчатки | 593 | 540 | 29 | - | 4,9 | - | - |
| Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани | 1662 | 855 | 84 | - | 5,1 | - | - |
| Болезни мочеполовой системы | 655 | 231 | 271 | 29 | 48,7 | 12,5 | 1 |
| Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде | 31 | 18 | 15 | 15 | 100 | 100 | - |
| Врожденные аномалии | 46 | 7 | 37 | 5 | 93,5 | 71,4 | - |
| Отклонения от нормы, не квалифицированные ранее | 76 | 48 | 22 | 8 | 38,1 | 16,7 | - |
| Травмы, отравления | 795 | 770 | 22 | - | 3,5 | - | 5 |

Выполнение областных целевых программ в 2003 году

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование  | Основные мероприятия | Объем финансирования (руб.) |
| Вакцинопрофилактика  | Приобретение вакцины | 130649 |
| Сахарный диабет | Закупка противодиабетических, инсулиновых препаратов | 608205 |
| Неотложные меры по борьбе с туберкулезом | Закупка пленки ФЛГ, рентгенпленки | 10740 |
| Анти - ВИЧ/СПИД | Закупка одноразового инструментария, средств личной защиты, дезсредств | 56268 |

Количество и вид проведенных экспертиз по временным картам экспертной оценки

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид экспертиз | Зарегистрировано по ЛПУ (абс.) | Проведено экспертиз всего | В том числе |
| Зав.отделением | Заместитель по КЭР |
| Случаи летальных исходов | 230 | 6 | 6 | 5 |
| Случаи ВБИ | - | - | - | - |
| Случаи повторного обращения по поводу одного и того же заболевания в течение квартала | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста | 34 | 34 | 22 | 34 |
| Случаи с укороченным или удлиненным сроком пребывания на больничном листке | 51 | 51 | 37 | 51 |
| Случаи расхождения диагноза | - | - | - | - |
| Жалобы пациентов | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Запросы ведомственных и вневедомственных организаций | 32 | 32 | 25 | 32 |
| Прочие виды | 47 | 47 | 17 | 47 |
| ИТОГО | 395 | 170 | 113 | 171 |

Сводная таблица итогов экспертной оценки качества лечебно-диагностического процесса и экспертизы временной нетрудоспособности по поликлинике за 2003 год (по временным картам экспертной оценки)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Блок  | Подблок  | Средняя оценка по ЛПУ | В том числе |
| У зав. отделением | У зам. По КЭР |
| Обследование  | Анамнез, физикальные данные | 0,94 | 09 | 0,99 |
| Лабораторные исследования | 0,9 | 0,85 | 0,95 |
| Инструментальные исследования | 0,87 | 0,8 | 0,94 |
| Консультации специалистов | 0,86 | 0,75 | 0,98 |
| Диагностика  | Полнота и правильность постановки диагноза | 0,99 | 0,99 | 1 |
| Обоснованность диагноза | 0,99 | 0,99 | 0,99 |
| Своевременность постановки диагноза | 0,99 | 0,99 | 1 |
| Совпадение диагнозов | 1 | 1 | 1 |
| Лечение  | Адекватность медикаментозной терапии | 0,96 | 0,9 | 0,98 |
| Адекватность оперативных вмешательств | 1 | - | 1 |
| Адекватность не медикаментозной терапии | 0,99 | 0,89 | 0,99 |
| Своевременность диспансеризации | 0,97 | 0,99 | 0,95 |
| Временная нетрудоспособность | Обоснование выдачи листка нетрудоспособности | 1 | 1 | 1 |
| Обоснование к продлению листка нетрудоспособности | 0,93 | 0,89 | 0,98 |
| Своевременность направления на КЭК | 0,94 | 0,9 | 0,98 |
| Своевременность направления на МСЭ | 0,99 | 0,99 | 0,99 |
| Соответствие средним срокам пребывания на больничном листке | 0,94 | 0,9 | 0,98 |
| Оформление документации | 0,91 | 0,9 | 0,92 |
| ИТОГОВАЯ оценка | 0,93 | 0,87 | 0,97 |

Несмотря на снижение финансирования, большую нагрузку на медицинский персонал во время приема экспертная оценка показывает достаточно высокое качество лечебно-диагностической помощи пациентам.

**3.4 Аккредитация и лицензирование**

В 2004 году в плановом порядке в МУЗ «Городская поликлиника № 15» были проведены аккредитация и лицензирование 38 видов медицинской деятельности, в том числе доврачебная помощь, амбулаторно-поликлиническая помощь, работы и услуги по организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, экспертизы временной нетрудоспособности, экспертизы качества медицинской помощи, экспертизы на право владения оружием, экспертизы профпригодности, предварительным и периодическим медосмотрам, предрейсовым медосмотрам водителей.

По итогам аккредитации 34 вида деятельности оценены на 1 категорию, 2 – на 2 категорию, 2 – на 3 категорию (функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика).

На основании этого были предоставлены сертификаты и выдана лицензия сроком на 5 лет.

Проведенные мероприятия позволили получить непредвзятое мнение специалистов о качестве оказываемой поликлиникой медицинской помощи, выявить основные недостатки для принятия мер по их устранению и недопущению их повторения. При проведении аккредитации было учтено положительное заключение ФГУ ЦГСЭН Рязанской области. Основные недостатки отмечаются в материально-технической базе, по функциональной диагностике, в кабинете ультразвуковой диагностики.

По некоторым службам отмечается недостаточное количество служебных помещений или их площадь.

По качеству обследования, диагностики, лечения отмечаются единичные замечания.

По итогам лицензирования, аккредитации вся полученная информация, результаты были обсуждены на общеполиклинической конференции, определены пути устранения выявленных недочетов.

**3.5 Анкетирование пациентов по вопросам сестринской деятельности**

 В апреле 2004 года с целью изучения мнения населения о качестве труда медицинских сестер поликлиники было проведено анкетирование пациентов. В опросе участвовало 100 пациентов. Изучение мнения проводилось по специальной анкете, включающей 23 вопроса об удовлетворенности населения качество труда медицинских сестер, об их личностных качествах, о материально-техническом оснащении поликлиники и другие вопросы. В ходе опроса пациенты имели возможность прокомментировать основные требования к работе медицинских сестер, высказать свои предложения и замечания по улучшению качества сестринской помощи. В анкетировании участвовали лица женского (60%) и мужского (40%) пола, из общего числа опрошенных 40% в возрасте 20-39 лет, 32% - 40-59 лет, 18% - старше 60 лет.

По социальному статусу: 43% рабочие, 2% служащие, 28% пенсионеры, 27% неработающие.

69% опрошенных отметили, что наиболее важную роль в деятельности медицинской сестры играют профессиональные знания и умения,, 28% - психология общения, 3% - внешний вид.

89% оценили внешний вид медицинских сестер как хороший, 11% - удовлетворительный. Удовлетворены психологией общения медицинской сестры с пациентом 79%, 21% отметили, что изредка сталкиваются с равнодушием со стороны медицинских сестер. 2% оценили отношения медицинской сестры к пациенту и его проблемам как равнодушное, 1% - раздраженное, 56% - внимательное, 8% - терпимое, 33% - доброжелательное.

 Среди моральных качеств, которыми должна обладать медицинская сестра на первое место пациенты поставили внимательность (54%), далее отзывчивость (28%), заботливость (12%), исполнительность (6%).

27% отметили, что медицинская сестра недостаточно времени уделяет пациентам. 43% опрошенных медицинская сестра посещала на дому, из них 20% отметили, что времени было уделено недостаточно. 12% опрошенных неудовлетворенны тем, как медицинская сестра выполняет назначения врача. 37% отметили, что не получают от медицинской сестры информации о правилах приема лекарств, сдачи анализов в достаточном объеме.

Советы по здоровому образу жизни получали от медицинских сестер лишь 12% опрошенных.

3% опрошенных неудовлетворенны качеством работы медицинских сестер. 80% оценили качество работы медицинских сестер как хорошее, 17% удовлетворительное, 3% неудовлетворительное.

Среди причин низкого качества работы медицинских сестер пациенты отметили: 2% дефицит профессиональных знаний, 1% дефицит профессиональных умений, 26% - большая нагрузка на медицинских сестер, 3% - несогласованность в работе, 68% - низкая оплата труда.

 Среди основных факторов, отрицательно влияющих на качество труда медицинских сестер, респонденты отметили:32% - низкая материальная заинтересованность, 26% - большая нагрузка на медицинских сестер, 3% - нехватка профессионализма, 39% - материально-техническое обеспечение поликлиники, которое оценили как недостаточное 68%.

 Условия труда медицинских сестер оценили как хорошие – 21%, удовлетворительные – 73%, неудовлетворительные – 6%.

 Предложения пациентов по улучшению качества сестринской помощи были следующими:

40% - улучшить материально-техническое, лекарственное обеспечение

28% - повысить зарплату

1% - повысить квалификацию

6% - повысить культуру общения медицинской сестры с пациентом

12% - добросовестно относиться к труду

7% - усилить контроль за работой медицинских сестер

5% - сократить работу с документацией

1% - использовать в работе медицинской сестры компьютерные технологии

 Проведенные исследования в целом показали следующее:

* 1. Финансовое положение поликлиники ограничивает возможности по поддержанию на должном уровне материально-технической базы и обеспечение лечебно-диагностического процесса.
	2. Большая часть пациентов, в основном, удовлетворены качеством работы медицинских сестер. Вероятно, финансовые трудности компенсируются мобилизацией сотрудниками профессиональных и

этико-деонтологических резервов.

* 1. Для улучшения качества сестринской помощи необходимо активизировать работу медицинских сестер по информационному обеспечению пациентов.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Неблагоприятная тенденция в динамике здоровья населения, ухудшение ряда медико-демографических показателей, освоение новой для нашей страны экономической среды диктует необходимость постоянного улучшения качества медицинской помощи с использованием для этого всех возможностей, всех достижений прогресса в области технологий, оборудования, организации здравоохранения.

Управление качеством – часть общего процесса управления. В системе управления качества ведущая роль принадлежит управленческим звеньям всех уровней. Проблема обеспечения качества медицинской помощи требует от руководителей комплекса организационных, регламентирующих, воспитательных мероприятий, обучения, контроля, материально-лекарственного обеспечения, использования арсенала дисциплинарной практики.

Основное в процессе управления качеством – идентификация проблем касающихся компонентов качества: структуры, процесса, результата, управления.

Наиболее полная и всестороння оценка качества обеспечивается когда учтены все свойства анализируемого объекта. Формирование качества осуществляется в ложной многостадийной и многофакторной системе процесса.

Основанием для принятия адекватных управленческих решений могут служить опросы пациентов. Важное значение имеет рассмотрение обеспечения качества отделениями поликлиники как одной из своих обязанностей, а не как академический процесс далекий от повседневной работы.

Исходя из вышеперечисленного качественная медицинская помощь возможна тогда, когда обеспечены 4 фактора:

1. Человеческий – сотрудник квалифицированный, с желанием работать в данной должности, обучен технологиям и стандартам, выполняет должностные инструкции, активно устраняет возникшие проблемы.
2. Организационный – на рабочем месте имеется описание технологий, стандарты, должностные инструкции, регламент взаимодействия данной должности (рабочего места) с другими рабочими местами (работниками) подразделения или других подразделений.
3. Технический – рабочее место оснащено всем необходимым для выполнения функций данного работника.
4. Фактор времени – работник наделен достаточным временем для выполнения своих функций и технологических процессов на достаточно высоком уровне, в соответствии со стандартом.
5. Управленческий – четкое квалифицированное управление, поддержка, помощь, контроль со стороны руководителей.

**Список использованной литературы.**

1. А.Владимерцева. Амбулаторно-поликлиническая служба. Поликлиника – место притяжения. // «Сестринское дело» № 4-5 2003 год стр. 22-23 М.:ГУП ИПК «Московская правда»
2. Н.О.Садраддинова. Что думает население о качестве медицинской помощи в городских поликлиниках. // «Сестринское дело» № 4-5 2003 год стр. 23-24 М.:ГУП ИПК «Московская правда»
3. И.Фетищева, Е.Клиппель. Российское здравоохранения – что дальше? // «Сестринское дело» № 3 2003 год стр. 3-7 М.:ГУП ИПК «Московская правда»
4. РАМС. Стандарты практической деятельности медицинской сестры. С-П: ИПК «Синтез-Полиграф» 2002 год
5. В.Ю.Огвоздин «Управление качеством. Основы теории и практики» Учебное пособие, 4-е издание М.: «Дело и сервис» 2002 год
6. Л.Е.Басовский Управление качеством. Учебное пособие, М.: «Дело и сервис» 2002 год
7. А.Карпов. Чего мы хотим от страховой медицины? // «Медицинская газета» 28 мая 2003 год стр. 5
8. А.Л.Шумова. Вопросы стандартизации в сестринской практики. Выступление на 10-ой Рязанской областной конференции средних медицинских работников. 5 марта 2002 год, Рязань
9. А.П.Голубева Теоретические основы управления качества медицинской помощи. // «Главная медицинская сестра» № 2 2003 год стр. 41-47 М.: ЗАО МЦФЭР
10. Е.В.Фомина Разработка программ совершенствования качества работы медицинских сестер на основании влияющих на него факторов. // «Главная медицинская сестра» № 2 2003 год стр. 48-53 М.: ЗАО МЦФЭР
11. А.С.Хейфец Планирование работы главных медицинских сестер и качество медицинской помощи // «Главная медицинская сестра» № 0 1999 год стр. 15-22 М.: ЗАО МЦФЭР
12. О.А. Сальникова Анкетирование как инструмент повышения качества медицинского обслуживания населения // «Главная медицинская сестра» № 9 2003 год стр. 39-41 М.: ЗАО МЦФЭР
13. РАМС. Контроль качества медицинской помощи. С-П 1999 год
14. Аккредитация медицинских учреждений. М.: МЦФЭР, 1999 год

Приложение № 1

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРВООХРАНЕНИЯ**

**ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 15**

**ПРИКАЗ**

№ 5/17 от 5 января 2004 года

 В целях повышения квалификации среднего и младшего медицинского персонала, совершенствования организации труда, повышения престижности работы среднего медицинского персонала, улучшения культуры и качества оказания лечебно- профилактической сестринской помощи населению на основании Положения о Совете медицинских сестер при лечебно-профилактическом учреждении № 10/11-8 от 18.01.1982г. приказываю

1. Разработать Положение о Совете медицинских сестер МУЗ «Городская поликлиника № 15».

2. Назначить Председателем Совета медицинских сестер главную медицинскую сестру Грущину С.Н.

3. Утвердить в качестве членов Совета медицинских сестер:

отделение № 1 старшую медицинскую сестру Кадильникову А.А.

 участковую медицинскую сестру Юшину А.И.

 медицинскую сестру хирургического кабинета Текину М.Д.

 поликлиника медицинскую сестру инфекционного кабинета Клюеву Т.Н.

 медицинскую сестру процедурного кабинета Андрееву Н.В.

 рентгенлаборанта Десятову С.Н.

4. Разработать и утвердить план работы Совета медицинских сестер на 2004 год.

5. Общее методическое руководство работой Совета медицинских сестер оставляю за собой.

Главный врач БАСКАКОВА Л.В.

Приложение № 2

УТВЕРЖДАЮ

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ

Л.В.БАСКАКОВА\_\_\_\_\_\_\_

**ПОЛОЖЕНИЕ О СОВЕТЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР МУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 15»**

1. Общие положения

Учитывая исключительно важную роль медицинских сестер для улучшения качества оказания лечебно-профилактической помощи населению, а так же в целях повышения квалификации, культуры работы медицинских сестер в поликлинике создан Совет медицинских сестер.

2. Состав Совета медицинских сестер

2.1 Совет медицинских сестер избирается общим собранием коллектива из числа среднего медицинского персонала поликлиники.

2.2 Количество членов Совета медицинских сестер – 7 человек.

2.3 Председатель Совета медицинских сестер – главная медицинская сестра.

2.4 Общее методическое руководство работы Совета осуществляется заместитель главного врача по медицинской части или главный врач.

2.5 Состав Совета утверждается главным врачом.

3. Задачи Совета медицинских сестер:

3.1 Повышение теоретического и практического профессионального уровня медицинских сестер.

3.2 Совершенствование качества и культуры производственной деятельности медицинских сестер.

3.3 Внедрение новых форм работы с целью совершенствования качества медицинской помощи.

4. Функции Совета медицинских сестер:

4.1 Организует семинары и лекции по освещению вопросов новых методов лечения и диагностики, по актуальным вопросам производственной деятельности медицинских сестер и санитарно-эпидемиологическому режиму.

4.2 Организует конференции для медицинских сестер поликлиники, способствующие росту уровня теоретических знаний, овладению практическими навыками.

4.3 Организует контроль качества работы медицинских сестер и младшего медицинского персонала поликлиники.

4.4 Изучает и распространяет передовой опыт работы медицинских сестер лучших лечебно-профилактических учреждений и свой собственный.

4.5 Способствует организации в поликлинике медицинской библиотеки для медицинских сестер.

4.6 Готовит медицинских сестер к аттестации на присвоение квалификационных категорий.

4.7 Участвует в воспитании и просвещении населения.

4.8 Способствует внедрению сестринского процесса в структурные подразделения поликлиники.

4.9 Взаимодействует с ассоциацией медицинских сестер Рязани.

5. Организация работы Совета медицинских сестер:

5.1 Совет работает по годовому плану.

5.2 Заседания Совета проводятся 1 раз в месяц, при необходимости собирается экстренное расширенное заседание Совета, привлекается коллектив поликлиники.

5.3 Обязанности между членами Совета распределяются следующим образом:

председатель, секретарь, члены Совета.

5.4 Совет ежегодно проводит сестринскую конференцию, на котором подводит итоги проделанной за год работы.

5.5 В целях активизации работы среднего медицинского персонала, повышения его квалификации, качества сестринской помощи Совету следует организовать свою деятельность по следующим секторам:

5.5.1 Сектор по этике и деонтологии (ЭДС)

Цель – обеспечение психологической совместимости сотрудников как основа профессиональной деятельности, обеспечение соблюдения норм в общении с пациентами.

Задачи – создание максимально положительного психологического микроклимата в коллективе, благоприятного климата для пациентов.

5.5.2 Научно-практический сектор (НПС)

Цель – повышение уровня квалификации медицинских сестер.

Задачи – проведение зачетов, организация семинаров и конференций, подготовка медицинских сестер к аттестации.

5.5.3 Производственный сектор (ПС)

Цель – координация деятельности медицинских сестер.

Задачи – проверка нормативно-отчетной документации, контроль за санитарным состоянием, проверка санитарно-эпидемиологического режима, экспертная оценка деятельности медицинских сестер.

5.5.4 Общий сектор (ОС)

Цель – организация культурных мероприятий, профилактическая работа с сотрудниками и пациентами.

Задачи – контроль за прохождением медицинскими сестрами периодических медицинских осмотров, охрана труда, активизация санитарно-просветительской работы, разработка методических пособий для пациентов, подготовка положения о проведения конкурса «Лучший по профессии».

Приложение № 3

**ПЛАН РАБОТЫ СОВЕТА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР МУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 15» НА 2004 ГОД**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №№п/п | Мероприятия  | Срок исполнения | Исполнитель  |
| Организация работы Совета |
| 1. | Заседания Совета  | Последний четверг месяца | Председатель  |
| 2. | Участие в общеполиклинических мероприятиях | Согласно плана | Совет |
| 3. | Оформление альбома Совета | В течение года | Секретарь |
| 4. | Отчет о деятельности Совета | Декабрь  | Председатель |
| Повышение инфекционной безопасности медицинских сестер, реализация программы по профилактике профессиональных заболеваний и укреплению здоровья сотрудников |
| 1. | Оборудование комнаты отдыха | 3 квартал | Совет  |
| 2.  | Приобретение поливитаминов для сотрудников | Октябрь  | Председатель |
| 3. | Инструктаж вновь поступающих на работу по ТБ | По мере поступления | Председатель ПС |
| 4. | Контроль за укомплектованностью СПИД-укладок | Ежеквартально  | ПС |
| 5. | Контроль за использованием средств индивидуальной защиты | Ежеквартально  | ПС |
| 6. | Контроль за соблюдением алгоритма действий при выполнении манипуляций | Ежемесячно  | ПС |
| 7. | Контроль за соблюдением требований по охране труда и ТБ в поликлинике | Ежемесячно  | ПС |
| 8.  | Контроль за прохождением медицинскими сестрами периодического медосмотра | В течение года | ОС |
| 9. | Контроль за обследованием групп риска | В течение года | ОС |
| Повышение квалификации медицинского персонала |
| 1. | Проведение общеполиклинических конференций | Ежеквартально  | НПС |
| 2. | Проведение семинарских занятий | Ежеквартально  | НПС |
| 3. | Проведение зачетов | Ежеквартально  | НПС |
| 4. | Занятия школы резерва главной медицинской сестры | 1 раз в два месяца | Председатель  |
| 5. | Формирование плана усовершенствования и специализации, аттестации, сертификации медицинских сестер  | Апрель  | ПредседательПС |
| 6. | Подготовка медицинских сестер к аттестации на получение квалификационной категории | ЯнварьАпрельСентябрь | ПС |
| 7. | Осуществление наставничества над молодыми специалистами | По мере необходимости | ПС |
| Повышение качества санитарно-просветительской работы |
| 1. | Контроль за ведением документации по санитарно-просветительской работе | 2 раза в год | ОС |
| 2. | Контроль за выпуском санбюллетеней | 2 раза в год | ОС |
| 3. | Организация оформления «Уголков здоровья» | В течение года | Совет  |
| 4. | Проведение конкурса на лучший уголок здоровья | декабрь | Совет  |
| 5. | Разработка пособий для пациентов | В течение года | ОС |
| 6. | Оформление рефератов для пациентов по медицинской тематике | В течение года | ОС |
| 7. | Контроль за проведением бесед и лекций для пациентов | ежеквартально | ОС |
| Повышение качества сестринской помощи |
| 1. | Проведение анкетирования среди пациентов по вопросам деятельности сестринского персонала | Апрель  | ПС |
| 2. | Определение качественных и количественных показателей работы сестринского персонала | В течение года | НПС |
| 3. | Составление реестра необходимого оборудования для осуществления профессиональной деятельности | Август  | НПС |
| 4. | Разработка сборников технологий и стандартов по организации и выполнению сестринских работ | В течение года | НПС |
| 5. | Контроль за фармацевтическим порядком (учет, хранение, использование лекарственных средств, спирта этилового, МИБП) | Еженедельно  | ПС |
| 6. | Контроль за своевременностью выполнения врачебных назначений | Ежемесячно  | ПС |
| 7. | Контроль за качеством, своевременностью диспансеризации | Ежеквартально  | ПС |
| 8. | Контроль за санитарным соблюдением поликлиники | Еженедельно  | ПС |
| 9. | Контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима | Еженедельно  | ПС |
| 10. | Выезды в здравпункты для контроля и взаимодействия | Ежеквартально  | ПредседательПС |
| 11. | Контроль за работой сестры-хозяйки | Ежеквартально  | Председатель  |
| 12. | Проведение внеплановых проверок работы среднего и младшего медицинского персонала | При необходимости | ПредседательПС |
| 13. | Комплексные проверки кабинетов по организации сестринского дела | Ежеквартально  | ПС |
| 14. | Разработка положения «Лучший по профессии» | 3 квартал | ОС |
| 15. | Проведение конкурса «Лучший по профессии» | 4 квартал | Совет |

Приложение № 4

**ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР**

 **на 2004 год**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №№ п/п | Наименование  | Срок  |
| 1. | Развитие сестринского дела в Рязанской области.Избрание Совета медицинских сестер | Январь  |
| 2. | Юридические и экономические аспекты деятельности медицинских сестер | Февраль  |
| 3. | Санитарно-эпидемиологический режим в поликлинике | Март  |
| 4. | Психология взаимоотношений врач-медицинская сестра-пациент | Апрель  |
| 5. | Алгоритм действий медицинской сестры при оказании неотложной помощи | Май  |
| 6. | Вопросы этики как элементы качества медицинской помощи | Сентябрь  |
| 7. | Безопасность медицинского персонала на рабочем месте | Октябрь  |
| 8. | Медицинская сестра – психолог и педагог | Ноябрь  |
| 9. | Годовое отчетное собрание. Подведение итогов работы | Декабрь  |

Приложение № 5

**ПЛАН СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №№ п/п | Тематика  | Срок  |
| 1. | Организация работы участковых медицинских сестер | 1 квартал |
| 2. | Организация работы медицинских сестер узких специалистовЗачет по ВИЧ-инфекции и дезрежиму | 2 квартал |
| 3. | Организация работы медицинских сестер вспомогательных и диагностических службЗачет по ООИ | 3 квартал |
| 4. | Организация работы КДЛ | 4 квартал |

Приложение № 6

**ПЛАН ЗАСЕДАНИЙ СОВЕТА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №№ п/п | Тема  | Срок  |
| 1. | Организационные вопросы | Январь  |
| 2. | Обсуждение критериев оценки, технологий действий медицинской сестры процедурного кабинета | Февраль  |
| 3. | Анализ деятельности медицинских сестер | Март  |
| 4. | Анализ анкетирования пациентов | Апрель  |
| 5. | Вопросы повышение эффективности дезинфекционных мероприятий | Май  |
| 6. | Вопросы повышение эффективности стерилизационных мероприятий | Июнь  |
| 7. | Вопросы профилактики ВБИ | Июль  |
| 8. | Вопросы утилизации отходов поликлиники | Август  |
| 9. | Вопросы аттестации и сертификации | Сентябрь |
| 10. | Утверждение программы конкурса «Лучший по профессии» | Октябрь |
| 11. | Организационные вопросы | Ноябрь |
| 12. | Подведение итогов деятельности за год | Декабрь  |

Приложение № 7

**ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ЗНАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПО ОСНОВНЫМ РАЗДЕЛАМ МЕДИЦИНЫ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Разделы  | Удовл.3б.(%) | Хорошо4б.(%) | Отлично5б.(%) | Ср.балл |
| Сестринский уход |  |  |  |  |
| Сестринское дело в профилактической медицине |  |  |  |  |
| Сестринское дело в организации здравоохранения |  |  |  |  |
| Неотложная помощь |  |  |  |  |
| Санитарно-эпидемиологический режим |  |  |  |  |
| ООИ |  |  |  |  |
| ВИЧ-инфекция |  |  |  |  |
| ИТОГО: |  |  |  |  |

Приложение № 8

**ЭКСПЕРТНАЯ КАРТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ К ИССЛЕДОВАНИЮ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №№ п/п | Действия медицинских сестер | 0 | 1 | 2 |
| Неверно | частично | верно |
| 1. | Соблюдает стандарт профессионального общения  |  |  |  |
| 2. | Получено согласие пациента |  |  |  |
| 3. | Своевременность инструктажа |  |  |  |
| 4. | Обеспечение пациента необходимой лабораторной посудой |  |  |  |
| 5. | Правильность оформления направлений |  |  |  |
| 6. | Информирует пациента о ходе исследования и подготовке к нему |  |  |  |
| 7. | Обучает пациента (выдает памятку, предлагает сделать записи) |  |  |  |
| 8. | Задает вопросы по алгоритму подготовки, адекватно реагирует на ответы пациента |  |  |  |
| 9. | Указывает на последствия нарушения рекомендаций |  |  |  |
| 10. | Своевременно записывает пациента на обследование |  |  |  |
| 11. | Предупреждает пациента о месте и времени обследования |  |  |  |
| 12. | Указывает время и место куда доставляется собранный материал |  |  |  |
| 13. | Собранный материал своевременно доставляется в лабораторию |  |  |  |
| 14. | Сопровождает пациента на исследование (при необходимости) |  |  |  |
| 15. | Сопровождает пациента с исследования (при необходимости) |  |  |  |
| 16. | Контролирует состояние пациента после исследования (при необходимости) |  |  |  |
| 17. | Документирует выполненное |  |  |  |

Сумма баллов –

Средний балл –

Критерий оценки: 1.9-2 – высокое качество

* 1. – 1.89 – хорошее качество
	2. – 1.79 – удовлетворительное качество

менее 1.7 – неудовлетворительное качество

Приложение № 9

**ЭКСПЕРТНАЯ КАРТА НА МЕДИЦИНСКУЮ СЕСТРУ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование  | Балл  | Дата контроля |
|  |  |  |  |
| Соблюдение стандартов ведения медицинской документации | 5 |  |  |  |  |
| Правильность учета, хранения лекарственных средств | 5 |  |  |  |  |
| Соблюдение технологий ухода за пациентами | 5 |  |  |  |  |
| Соблюдение технологий выполнения манипуляций и процедур | 6 |  |  |  |  |
| Своевременность выполнения врачебных назначений | 6 |  |  |  |  |
| Соблюдение технологий по отбору и доставке биопроб для клинического исследования | 5 |  |  |  |  |
| Соблюдение санэпидрежима | 7 |  |  |  |  |
| Внешний вид медицинской сестры | 5 |  |  |  |  |
| Соблюдение технологий по подготовке пациентов к различным видам исследований | 6 |  |  |  |  |
| Соблюдение деонтологических принципов (жалобы, мнения о м/с) | 5 |  |  |  |  |
| Итого баллов | 55 |  |  |  |  |

 «УТВЕРЖДАЮ»

 Главный врач

МУЗ «Городская поликлиника №15»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Баскакова Л.В.

# Приложение № 10

# ПЛАН

работы на месяц.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ТЕМА ЗАНЯТИЯ | ДОКЛАДЧИК | ДАТА |
| 1 | Правила соблюдения санэпидрежима в поликлиникеПодготовка и проведение тестирования на знание вопросов по ВИЧ-инфекции и дезрежиму | Грущина С.Н. | 1 квартал |
| 2 | Оказание первой доврачебной помощи при критических состоянияхПодготовка и проведение тестирования по ООИ | Клочкова Л.Д. | 2 квартал |
| 3 | Этика и деонтология при оказании сестринской помощи | Клюева Т.Н. | 3 квартал |
| 4 | Подготовка к годовому отчетуАнализ работы за годВзаимоотношения в коллективе: конфликты, стрессы | Кадильникова А.А. | 4 квартал |

 На каждой сестринской конференции проводится обсуждение производственных вопросов.

Главная медсестра Грущина С. Н.

Приложение № 11

 «УТВЕРЖДАЮ»

 Главный врач

МУЗ «Городская поликлиника №15»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Баскакова Л.В.

ПЛАН

работы главной медсестры

 МУЗ «Городская поликлиника №15»

на день.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия  | Время проведения |
| 1. | Проверка кадров на рабочем месте | 900– 10001300-1400 |
| 2. | Предрейсовый осмотр водителей | 800-900 |
| 3. | Проверка назначений по участкам | 1000-1100 |
| 4. | Проверка по кабинетам наличия дезрастворов, правильности дезинфекции медицинского инструментария | 1100-11301400-1430 |
| 5. | Проверка чистоты по кабинетам | 900-1100 |
| 6. | Заполнение табеля  | 1400-1430 |
| 7. | Выдача лекарств по бесплатным рецептам | 900-1700 |
| 8. | Текущие дела  | 900-1700 |
| 9. | Выдача медикаментов, инструментария сотрудникам | 1300-1500 |

Главная медсестра Грущина С.Н.

 Приложение № 12

 «УТВЕРЖДАЮ»

 Главный врач

МУЗ «Городская поликлиника №15»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Баскакова Л.В.

# ПЛАН

работы главной медсестры

 МУЗ «Городская поликлиника №15»

на 2004 год.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия  | Время проведения |
| 1. | Административный обход | ежемесячно |
| 2. | Комплексный обход с госпитальным эпидимиологом | ЕжемесячноПервый вторник |
| 3. | Контрольный выход по замечаниям | После проверок |
| 4. | Обход кабинетов по ТБ | ежедневно |
| 5. | Обход подразделений:-с эпидимиологом гордезстанции- с эпидимиологом СЭС | По графику проверкиПо графику проверки |
| 6. | Целеноправленный обход:проверка учёта, хранения ядовитых, сильнодействующих средств, спирта в кабинетах, проверка санэпидрежима | Ежедневно  |
| 7. | Участие в общеполиклинических конференциях | По плану работы поликлиники |
| 8. | Проведение тематических сестринских конференций | Ежемесячно по плану работы |
| 9. | Совещание с сестрой хозяйкой и санитарками | 1 раз в квартал |
| 10. | Ознакомление персонала с актами проверяющих организаций | Согласно актам обследования |
| 11. | Беседы с поступающими на работу средним и младшим медперсоналом | По мере поступления на работу |
| 12. | Составление графиков работы сострудников поликлиники | 20 числа ежемесячно |
| 13. | Ведение табеля учёта рабочего времени | Ежедневно |
| 14. | Составление графика отпусков | Декабрь  |
| 15. | Контроль:* за организацией труда среднего и младшего персонала
* за обеспечением выполнения врачебных назначений в поликлинике и на дому
 | ЕжедневноЕжедневно  |
| 16. | Контроль за соблюдением санэпидрежима* за правильностью разведения дезрастворов
* за дезинфекцией использованого мединструментария
* за дезинфекцией отходров крови, оставшихся ампул после вакцин
 | 1 раз в кварталЕжедневно Ежедневно Ежедневно  |
| 17. | Проводить самоконтроль смывов на кишечную группу | По графику гордезстанции |
| 18. | Проводить контроль на наличие скрытой крови (азопирамовая, амидопириновая, фенофталеиновая пробы) | 1 раз в неделю |
| 19. | Получение медикаментов из аптеки | Еженедельно  |
| 20. | Выдача медикаментов по кабинетам | Ежедневно  |
| 21. | Выдача лекарств больным сахарным диабетом | Ежедневно  |
| 22. | Контроль и ведение журнала предрейсового осмотра водителей | Ежедневно  |
| 23. | Получение наркотических бланков, бланков больничных листов | По мере надобности |
| 24. | Выдача наркотических бланков врачам | По мере надобности |
| 25. | Выдача бланков больничных листов | По расходованию |
| 26. | Обходы с мастером медтехники | По графику медтехники |
| 27. | Связь с поставщиками по приобретению медоборудования, инструментария | По мере надобности |
| 28. | Работа с резервом | Постоянно  |
| 29. | Составление и сдача месячных отчётов по учетным медикаментам и бесплатному отпуску лекарств | С 1 по 5 |

Приложение № 13

**Анкета для изучения и оценки характера собственной деятельности медсестрами и трудностей в работе ср. мед. персонала.**

1. Возраст
2. Профессиональный стаж
3. Образование

 а) базовое сестринское дело

 б) базовое акушерское дело

 в) базовое лечебное дело

 г) повышенный уровень

 д) другое (указать)

1. Мотивация выбора специальности «медсестра»

 а) по совету родственников

 б) по совету друзей

 в) выбрали профессию в силу ее гуманности

 г) случайный выбор

 д) другие причины (указать)

1. Наличие категории

 а) I б) II в) высшая г) не имею

6. Оцените уровень подготовки Базового мед. колледжа

 а) удовл. б) неуд. в) хорошая г) недост.

7. Оцените уровень подготовки мед. училища повышения квалификации

 а) удовл. б) неудовл. в) хороший г) недост.

1. Наличие специализации в МУПК по вашей специальности

а) да б) нет

1. Стремитесь ли вы к повышению уровня своих знаний?

 а) да б) нет

10. Хотите ли вы совершенствовать свою проф. карьеру?

 а) да б) нет

11. По вашему мнению, в какой области вам не хватает знаний?

 а) хирургия б) терапия в) глазные болезни г) ЭКГ

 д) неотл. помощь е) лор болезни ж) педиатрия з) манипуляции

 и) правила подготовки пациентов к разл. видам исследований

 к) дезинфекция л) стерилизация м) правовые вопросы

1. Какими диагностическими и лечебными манипуляциями вы владеете?

 а) в/м инъекции б) в/в инъекции в) измерение АД

 г) антропометрия д) измерение внутри глазного давления

 е) определение остроты слуха ж) снятие ЭКГ з) забор бак. материала

1. Виды неотложной помощи, которыми вы владеете?

 а) о. заболевания б) травмы в) отравления г) несчастные случаи

1. Нагрузка в день (количество обращающихся пациентов в смену)
2. Оказываете ли соц. услуги? а) да б) нет
3. Обслуживаете ли на дому?

 а) да б) нет

17. Осуществляете ли профил. мероприятия? а) да б) нет

18. Сколько времени в день занимает заполнение отчетно-учетной документации? (укажите количество часов)

1. Основные трудности в работе?

а) большой объем письменной работы

б) недостат. материально-техническое оснащение

 в) низкая заработная плата

 г) недостаток информации по профессиональным вопросам

Приложение № 14

**Анкета для оценки качества работы медицинской сестры процедурного кабинета**

1. Пол а) мужской б) женский

2. Возраст а) до 20 лет б) 21-30 лет в) 31-40 лет г) 41-50 лет

 д) старше 50 лет

3. Удобен ли график работы кабинета? а) да б) нет

4. Сколько времени вы тратите в ожидании своей очереди?

 а) до 15 мин. б) до 30 мин. в) 1 час г) 2 часа

5. Сколько времени тратит медсестра на проведение манипуляции?

 а) 5 мин. б) 10 мин. в) 15 мин. и более

6. Знаете ли вы Ф.И.О. обслуживающей вас медсестры?

 а) да б) нет

7. Как часто в течение года вы обращаетесь в процедурный кабинет?

 а) да б) нет

8. Укажите присущие медсестре кабинета этико-деонтологические и профессиональные качества.

 а) грубость б) невнимание в) равнодушие г) медлительность

 д) плохое исполнение своих профессиональных обязанностей

 е) милосердие ж) доброжелательность з) отзывчивость

9. Оцените отношение медсестры к себе лично

 а) положительное б) чуткое в) негативное г) равнодушное

10. Возникали ли у вас конфликтные ситуации с медсестрой?

 а) да б) нет

 Если да, то укажите причину.

11. Удовлетворяет ли вас санитарно-гигиеническое состояние процедурного кабинета? а) да б) нет

 Если нет, то укажите что именно.

12. Как вы оцениваете оказанную вам помощь?

 а) медсестра прекрасно выполняет все манипуляции;

 б) медсестра плохо выполняет манипуляции;

 в) медсестра не моет руки перед инъекцией;

13. Оцените внешний вид медсестры а) опрятный б) неопрятный

14. Оцените в целом качество работы кабинета

 а) хорошее б) удовл. в) неудовл.

15. Улучшила ли качество медицинской помощи страховая медицина?

 а) нет перемен б) стало хуже в) стало лучше

16. Где бы вы предпочли делать процедуры при необходимости повторного посещения?

 а) вновь в данном кабинете

 б) в другой поликлинике

 в) у другой медсестры

17. Ваши предложения по улучшению качества работы:

 а) улучшение санитарно-гигиенических условий

 б) увеличение числа медсестер

 в) улучшение лекарственного обеспечения

 г) улучшение знаний, умений медсестер

 д) повышение заработной платы медсестер

Приложение № 15

**Анализ, оценка качества сестринской помощи диспансерной группе пациентов.**

1. Нравиться ли вам постоянный контроль вашего состояния?

 а) да б) нет

2. Регулярно ли вы посещаете диспансерные дни?

 а) да б) нет

3. Напоминает ли вам медсестра о необходимости явки?

 а) да б) нет

 4. Получаете ли вы ответы от медсестры на все интересующие вас вопросы? а) да б) нет в) невсегда

 5. Помогают ли вам беседы с м/с справляться с возникающими у вас проблемами? а) да б) нет в) частично

6. Помогает ли уход м/с чувствовать себя более уверенно и спокойно? а) да б) нет в) частично

7. Выполняете ли вы врачебные назначения?

 а) да б) нет в) не полностью

8. Соблюдаете ли режим принятия назначенных лекарственных средств? а) да б) нет

9. Проводите курс витаминотерапии? а) да б) нет

1. Продлили вы курс поддерживающей терапии в стационаре?

 а) да б) нет

11. Посещала ли вас м/с на дому? а) да б) нет

 12. Как вы оцениваете работу м/с?

а) отлично б) хорошо в) удовл. г) неудовл.

13. Как вы думаете, диспансерное наблюдение помогает вам сохранить здоровье? а) да б) нет

Приложение № 16

**Анкета для анализа и оценки качества сестринской амбулаторной помощи, степени удовлетворенности пациентов.**

1. Пол

а) мужской б) женский

2. Возраст а) 20-29 лет б) 30-39 лет в) 40-49 лет

 г) 50-59 лет д) 60 лет и старше

3. Социальный статус

 а) служащий б) рабочий в) предприниматель г) пенсионер

 д) неработающий

1. Что, по вашему мнению, играет наиболее важную роль в деятельности медсестры?

а) внешний вид б) психология общения с людьми

в) профессиональные знания, умения

1. Оцените внешний вид медсестер а) хороший б) удовл. в) неудовл

6. Удовлетворяет ли вас психология общения медсестры с пациентом? а) да б) нет

7. Часто ли вы сталкиваетесь с равнодушием, черствостью со стороны медсестер? а) да б) редко в) нет

1. Какими моральными качествами в первую очередь должна обладать медсестра?

а) внимательность б) отзывчивость в) заботливость г) терпимость д) исполнительность е) уравновешенность

ж) общительность з) другие (укажите какие именно)

1. Оцените отношение медсестры к пациенту и его проблемам:

а) раздраженное б) равнодушное в) напряженное г) терпимое

д) внимательное е) доброжелательное

1. Достаточно ли внимания, времени уделяет медсестра пациентам?

 а) да б) нет

11. Посещала ли вас медсестра на дому? а) да б) нет

12. Достаточно ли времени уделяет медсестра пациенту при посещении на дому? а) да б) нет

13. Удовлетворены ли вы тем как медсестра выполняет назначения врача? а) да б) нет

14. Дает ли вам медсестра информацию о правилах приема лекарств, сдачи анализов, назначенных врачом? а) да б) нет

15. Дает ли вам медсестра советы по здоровому образу жизни, питанию, закаливанию и прочим вопросам профилактики заболеваний:

 а) да б) нет

1. Считаете ли вы объем полученной информации достаточным?

 а) да б) нет

1. Удовлетворены ли вы качеством работы медсестер? а) да б) нет

18. Как вы оцениваете качество работы медсестры?

 а) хорошее б) удовл. в) неудовл

1. По вашему мнению, каковы причины низкого качества работы медсестер?

а) дефицит профессиональных знаний

б) дефицит проф. умений

в) большая нагрузка на медсестер

г) низкая оплата труда

д) несогласованность в работе медперсонала

20. Назовите основные факторы, отрицательно влияющие на качество труда медсестер:

а) материально-техническое оснащение

б) нехватка профессионализма

в) большая нагрузка на медсестер

г) низкая материальная заинтересованность

1. Оцените материально-техническое оснащение поликлиники для оказания пациентам квалифицированной сестринской помощи:

 а) достаточное б) недостаточное

1. Оцените условия труда медсестер:

а) хорошее б) удовл. в) неудовл.

1. Ваши предложения по улучшению качества сестринской помощи:

а) изменить отношение к пациентам

б) повысить квалификацию

в) повышение культурного уровня медсестер

г) обучить медсестер психологии общения с пациентами

д) добросовестно относиться к труду

е) рационально распределять рабочее время

ж) перераспределить обязанности между врачом и медсестрой

з) повысить престиж профессии медсестры

и) улучшить материально-техническое оснащение

к) улучшить лекарственное обеспечение

л) увеличить число медсестер

м) усилить контроль за работой медсестер

н) использовать в работе медсестер компьютерные технологии

о) сократить работу с документацией

п) повысить зарплату