"КОНТРОЛЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РОССИЙСКИХ ЛПУ (НА ПРИМЕРЕ ПАЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР)"(И.С.Мыльникова)("Главный врач" n 2, 2004)

"Главный врач" N 2, 2004

КОНТРОЛЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО

ПЕРСОНАЛА В РОССИЙСКИХ ЛПУ

(НА ПРИМЕРЕ ПАЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР)

Рассмотрим, как видоизменялись формы организации контроля деятельности палатных медицинских сестер в российских больницах.

1950-1970 гг.

В те годы главной силой наших больниц были заведующие отделениями, которые в большинстве своем имели громадный авторитет; они полностью брали на себя ответственность перед руководством больницы за работу отделений и поровну делили свое время между клинической и административной деятельностью, являясь одновременно и "старшими врачами отделений" и их "старшими менеджерами". В своих отделениях они были полными хозяевами. Их контроль за лечебно-диагностическим процессом, за деятельностью персонала, за расходом лекарств и т.д. был хорошо налажен. Ежедневно заведующий отделением лично осматривал всех вновь поступивших и тяжелых пациентов, всех, кто планируется на выписку в ближайшие дни, а также делал 8-10 плановых осмотров больных, лежащих в палатах отделения. Он лично инструктировал персонал, заступающий на дежурство, и лично принимал утренние пятиминутки, выслушивая доклады дежурных врачей и медицинских сестер обо всем, что происходило в отделении в его отсутствие.

В те же времена врачи делали обход своих палат с палатными сестрами; у койки больного врач и медицинская сестра обсуждали его проблемы; врач учил медицинскую сестру наблюдать за больным и симптомами болезни, давал задания относительно необходимых процедур; проверял сестринскую работу перед лицом больного. Многие вмешательства они осуществляли в четыре руки. Напомним, что внутривенная инъекция в те времена была врачебной процедурой. Таким образом, врач и палатная медицинская сестра ежедневно работали в единой бригаде, под внимательным наблюдением заведующего отделением.

Помимо этого, медицинские сестры ежедневно подвергались контролю со стороны старшей медицинской сестры, верной помощницы заведующего отделением. Ее рабочий день начинался с наблюдения за передачей смены дежурными сестрами, в ходе которой проверялись и требования санитарно-эпидемического режима, и учет наркотиков, и многое другое. В те годы старшая сестра была "играющим тренером": если у кого-то не получалось попасть в вену или поставить мочевой катетер, последнее слово было, как правило, за ней.

В этих условиях в отделениях редко появлялись чужаки, особенно для целей контроля персонала. Заведующий отделением своими силами получал всю информацию о деятельности медицинских сестер, чтобы принимать решения по организации работы отделения.

Автор этих строк застала такую работу заведующих отделениями, когда вскоре после окончания института попала в кардиологическое отделение ГКБ N 52 г. Москвы, которым руководил выдающийся терапевт Наум Александрович Долгоплоск. Он приходил на работу около 7.30 и сразу шел в ПИТ, находящуюся на территории отделения, куда поступали все новые больные и переводились отяжелевшие пациенты отделения. Вместе с дежурным врачом он обходил ПИТ, делая краткие собственноручные записи в историях болезни. В 8.45 у себя в кабинете он принимал дежурство у двух ночных палатных сестер, подробно выясняя у них, что произошло за время его отсутствия. В 9.30 к заведующему отделением и ночным сестрам присоединялись врачи и дневной сестринский персонал. Еще раз обсуждались наиболее важные ночные события, ставились задачи на текущий день. После краткой пятиминутки врачи уходили на общеврачебную конференцию, а сестры со старшей сестрой шли на передачу смены.

По окончании общебольничной конференции, Н.А.Долгоплоск начинал плановый обход с осмотра тех больных, о которых докладывали "ночные" сестры.

Таким образом, все происходящее в отделении, в том числе и сестринская деятельность, было под его неусыпным контролем.

Я помню, как была приятно поражена, когда на первом моем дежурстве в качестве врача ПИТ ко мне подошла медицинская сестра со словами: "Больной Т-ов, 70 лет, четвертый день крупного заднего инфаркта, вчера переведен из ПИТ в отделение, жалуется на боли за грудиной, пульс 80, давление 150/90; рабочее давление - 120/70. Нитроглицерин и горчичники за 10 минут боли не сняли. Вчера похожие боли были у него дважды, снимали внутривенным анальгетиком. Наум Александрович смотрел больного сегодня в 15.00. Я уже набрала шприц. Вы будете смотреть больного? Нужно снять ЭКГ? История болезни на прикроватной тумбочке".

Вскоре я перестала удивляться таким сестринским докладам. Они были нормой жизни нашего отделения. Не удивительно, что в этих условиях у врача возникало желание объяснить сестре происходящее, чтобы она была не слепым исполнителем его воли, но товарищем и коллегой по работе.

Позже судьба занесла меня в участковую больницу на 50 коек (2 сестринских поста). Большинство сестер больницы были из фельдшеров, имевших опыт самостоятельной работы в ФАПах.

Мне удалось перенести модель отношений "сестра-врач", подразумевающую тесный профессиональный контакт и работу в бригаде, и в эту больницу. Мои коллеги - медицинские сестры - знали больных, понимали их проблемы, умели заметить динамику состояния больного за время дежурств и грамотно доложить мне о ней. Такие доклады, по сути, являются формой контроля сестринского персонала. Умеет доложить - знает больного; не умеет - не знает. Вот и весь контроль.

Однако прошли годы, и ситуация изменилась.

Конец XX и начало XXI века

В это время внутренняя обстановка в больницах резко изменилась. Заведующие отделениями утратили свой прежний авторитет. Они не справляются со своими отделениями в полной мере, и часть административных функций делегирована в общеучрежденческие структуры. Сегодня трудно найти заведующего отделением, осматривающего поступившего (или отяжелевшего) больного в первые часы от поступления (после ухудшения состояния), собственноручно записывающего свои мысли в историю болезни. Исчезла практика ежедневных отдельных пятиминуток для сестер и врачей. Врачи теперь не делают обход вместе с палатными сестрами. А старшие сестры все реже присутствуют на передаче смены. У всех полно своих дел. Все бегают по отделению, практически не пересекаясь, только переписываются друг с другом в историях болезни. В этих условиях, чтобы узнать что-либо о деятельности той или иной группы персонала, необходимо создавать специальную систему по сбору информации. Для сестринского персонала это делают обычно главные медицинские сестры. Приведем пример такой системы, действовавшей в конце 90-х гг. в одной из московских многопрофильных больниц. Система создавалась в условиях полной индифферентности и даже враждебности заведующих отделениями, дефиците медицинских сестер в отделениях, но при абсолютной поддержке главного врача, который понимал необходимость совершенствования деятельности сестринского звена.

Не рассчитывая на сотрудничество с заведующими отделениями, молодая главная медицинская сестра создала вокруг себя неформальный штаб, состоящий из нескольких активных медицинских сестер, занимающих в ЛПУ самые разные сестринские должности, впоследствии традиционно названный Советом медицинских сестер. Члены штаба по поручению главного врача начали с административных обходов отделений в урочное и внеурочное время. Постепенно был сформирован примерный опросник, на вопросы которого следовало ответить, проводя обход. Выделились основные направления деятельности медицинских сестер, подлежащие контролю в ходе административных обходов. Каждому направлению соответствовал свой сектор Совета сестер: сектор санитарно-противоэпидемического режима; сектор сестринских технологий; сектор питания; сектор охраны труда. В настоящее время сбор информации о тех или иных сторонах деятельности сестер осуществляется не только в ходе административных обходов, но и другими методами, в том числе с помощью анкетирования больных, которое проводится регулярно. Собранная информация аккумулируется, подвергается анализу и оценке. Выявленные проблемы обсуждаются на Совете сестер, ищутся пути их решения. Если решение найдено, главная медицинская сестра идет с ним к главному врачу для того, чтобы проинформировать его и заручиться поддержкой для дальнейшей работы.

Работа секторов Совета сестер по контролю планируется на год вперед.

Опыт показал, что такая схема работы имеет перекос в сторону выявления нарушений, когда исправлению ситуации уделяется явно недостаточное внимание. Для устранения этого перекоса в больнице был создан учебно-медицинский сектор (УМС) сестринского персонала, который возглавил освобожденный сотрудник из числа медицинских сестер. На УМС были возложены функции по разработке и ведению программ обучения и тестового контроля медицинских сестер; внедрению стандартов сестринских технологий. Для этого в штат УМС была введена еще одна должность - медицинской сестры-методиста по контролю за соблюдением сестринских технологий на рабочих местах сестер.

В такой конфигурации система была уравновешена: контроль обязательно завершался новым циклом учебно-методической работы с персоналом.

Тем не менее большим недостатком системы осталась ее изолированность от врачебного персонала на уровне отделений и от руководителей других служб ЛПУ (заместителей главного врача, по медицинской части, КЭР, эпидемиолога, инженера по охране труда и др.), что значительно снижает ее результативность. Есть вещи, которые не может заметить пришедший извне контролер, они видны лишь врачам, которые работают вместе с медицинскими сестрами у постели больного. Есть проблемы сестринской деятельности, которые не решить в рамках сестринской службы. Следует заметить, что в рассматриваемой системе контроля старшие медицинские сестры занимают промежуточное положение. Они являются сотрудниками отделения и одновременно они - члены общесестринской службы и часто входят в состав его руководящего органа - Совета сестер. Чьи интересы они представляют, находясь в таком двойственном положении? Это зависит от того, кто имеет больший вес в ЛПУ, - главная медицинская сестра или заведующий отделением.

Одним из вариантов организации контроля деятельности медицинских сестер последних десятилетий XX века является система материального стимулирования и распределения ФОТ при коллективных формах организации и оплаты труда времен нового хозяйственного механизма. Здесь сбор информации о деятельности персонала осуществляется для получения более или менее объективных данных, которые можно взять за основу при распределении заработанных средств между работниками. Для этого была придумана балльная (процентная) система, с помощью которой информация о труде медицинских сестер формализовалась и становилась пригодной для денежных расчетов.

Последнее десятилетие в сестринской профессии произошли серьезные изменения. Они принесли в практику контроля деятельности среднего медицинского персонала новые подходы. Это коснулось и палатных медицинских сестер.

Начало XXI века и сестринский процесс

Условно нынешние изменения в сестринском деле можно назвать внедрением в него сестринского процесса. Рассмотрение сестринского процесса не является предметом настоящей статьи. Скажем лишь коротко, что это новый (относительно новый или хорошо забытый старый) подход к взаимодействию сестры и пациента, когда сестра как бы берет на себя заботу о пациенте, чтобы помочь ему решить проблемы, возникшие в связи с болезнью и необходимостью лечения. При таком подходе к профессии медицинская сестра получает некоторую автономию от врачей - выполнение врачебных назначений становится лишь частью ее работы. Теперь она должна сама определить проблемы, возникшие у больного (провести диагностику проблем), сама наметить план их коррекции, сама организовать выполнение плана. Все это отражается в сестринских записях в медицинской документации.

Сегодня появилась уже целая прослойка медицинских сестер, подготовленных к выполнению такой работы, - это выпускники факультетов высшего сестринского образования и медицинских колледжей. Нередко по окончании обучения они занимают руководящие должности в ЛПУ. Однако для нас гораздо важнее опыт тех из них, кто работает в отделениях, занимаясь реализацией сестринского процесса у постели больного вместе с медицинскими сестрами, не имеющими продвинутой подготовки по сестринскому процессу.

Во многих экспериментальных отделениях, где отрабатывается внедрение сестринского процесса, сегодня в штатное расписание введена должность медицинских сестер-консультантов по сестринскому процессу. Медсестры-консультанты делают обходы больных вместе с палатными сестрами, у них на глазах проводят диагностику проблем больного и делают сестринские назначения, а также в присутствии больного проверяют выполнение этих назначений. Одновременно медсестры-консультанты обсуждают больных с врачами, корректируя свои действия с учетом мнения последних. Нередко они присутствуют на палатных обходах заведующих отделениями. В результате, с их помощью в каком-то смысле восстанавливается единство врачебно-сестринской бригады у постели больного, как это было в середине прошлого века. В работе сестер опять появляется практика индивидуальной работы с больным под руководством старшего товарища, который одновременно и учит понять проблемы больного и разрешить их и контролирует работу сестер. Ниже приводится краткое описание опыта организации контроля работы медицинских сестер в одном из экспериментальных отделений по введению сестринского процесса (ГКБ N 36, г. Москва).

Согласно положению об эксперименте, в отделении работает медицинская сестра-консультант, имеющая следующие обязанности:

1. Регулярно обследовать пациентов и выделять в особые группы контроля проблемных пациентов.

2. Совместно с палатной сестрой разрабатывать план ухода за пациентами группы контроля, согласуй его с лечащим врачом.

3. На основании разработанного плана ухода записывать свои назначения в "Лист назначений сестры-консультанта".

4. Консультировать и обучать сестер вопросам сестринского ухода.

5. Контролировать медицинских сестер в части выполнения своих и врачебных назначений.

6. Оформлять выписные эпикризы по результатам ухода.

7. Фиксировать случаи гнойно-септических осложнений как возможные дефекты сестринского ухода.

8. Проводить контроль работы сестринского персонала отделения с помощью индикаторов качества ухода.

Приведем пример того, какие проблемы больного с неподвижностью, лежащие в сфере сестринской компетенции, могут быть предметом обсуждения палатной медицинской сестры и медицинской сестры-консультанта у постели больного:

- проблема целостности кожных и слизистых покровов (пролежни; стоматиты; трофические язвы);

- проблема опорно-двигательного аппарата (контрактуры, анкилоды суставов, атрофии мышц);

- проблема дыхательной системы (застой в легких);

- проблема ЖКТ (застои, диарея);

- проблема МПС (задержка мочи);

- проблема ССС (флебиты, венозный застой и др.).

Определив проблемы, медицинские сестры составляют план сестринского ухода, который может включать:

- меры по профилактике пролежней;

- гигиенический уход;

- обеспечение двигательной активности, в том числе дыхательной гимнастики;

- позиционирование тела;

- стимуляция (очистка) кишечника;

- катетеризация мочевого пузыря;

- психологическое обеспечение;

- обучение уходу родственников и т.д.

Успешность ухода может быть оценена по следующим признакам хорошего ухода:

Стандарт ухода синдром: неподвижность

-----------------------------------------------------------------¬

¦ ВОЗМОЖНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ¦

+----------------------------------------------------------------+

¦Опорно-двигательная система: ¦

¦пролежни, атрофия мышц, контрактуры, анкилозы суставов ¦

¦ ¦

¦Дыхательная система: ¦

¦застойные явления в легких, гипостатическая пневмония ¦

¦ ¦

¦Пищеварительная система: ¦

¦атония кишечника, парез кишечника, запор, диарея, стоматиты ¦

¦ ¦

¦Мочевыделительная система: ¦

¦атония мочевого пузыря, ишурия, цистит ¦

¦ ¦

¦Кровеносная система: ¦

¦венозный застой, тромбоэмболия, трофические изменения, флебиты, ¦

¦инфильтраты ¦

+----------------------------------------------------------------+

¦ ПРИМЕРНЫЙ ПЛАН УХОДА ¦

+----------------------------------------------------------------+

¦- профилактика пролежней; ¦

¦- обеспечение гигиенического контроля; ¦

¦- позиционирование тела; ¦

¦- адекватная двигательная активность; ¦

¦- диетотерапия; ¦

¦- стимуляция кишечника, ¦

¦- катетеризация мочевого пузыря; ¦

¦- контроль водного баланса; ¦

¦- уход за дренажами, катетерами; ¦

¦- оценка гемодинамики; ¦

¦- обеспечение информацией; ¦

¦- психологическое общение ¦

+----------------------------------------------------------------+

¦ ИНДИКАТОРЫ УХОДА ¦

+----------------------------------------------------------------+

¦- отсутствие трофических изменений кожи; ¦

¦- успешное заживление пролежней при минимальных затратах; ¦

¦- отсутствие контрактур, анкилозов; ¦

¦- адекватное восстановление мышечной массы; ¦

¦- отсутствие тромбоэмболии; ¦

¦- отсутствие гипостатической пневмонии; ¦

¦- регулярное опорожнение кишечника; ¦

¦- отсутствие нарушения водно-электролитного баланса; ¦

¦- психоэмоциональный и гигиенический комфорт ¦

L-----------------------------------------------------------------

Признаками плохого сестринского ухода за больным может быть развитие следующих осложнений:

- гипостатической пневмонии, пролежней, флебитов, абсцессов, инфильтратов, контрактура, стоматитов, цистита, травмы больного и др.

Сестринский процесс находит отражение в листе сестринских наблюдений.

Лист сестринских наблюдений

------T----------T--------------------------T------------T-------¬

¦Дата ¦ Проблема ¦Сестринские вмешательства ¦ Результат ¦ Дата ¦

+-----+----------+--------------------------+------------+-------+

¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦

L-----+----------+--------------------------+------------+--------

Подпись сестры-консультанта

Эти листы могут быть источниками информации о качестве сестринского ухода при ретроспективном контроле. Со временем будет накоплена статистика результатов сестринского ухода, измеряемых в числе осложнений в тех или иных группах больных, которые можно будет использовать при оценке качества сестринского ухода в различных подразделениях разных ЛПУ.

И.С.МЫЛЬНИКОВА

**ОРГАНИЗАЦИЯ АДМИНИСТРАТИВНОГО КОНТРОЛЯ ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

Руководить - это значит не мешать хорошим людям работать.

*Петр Капица*

Организатор сестринского дела должен:

*-* *уметь*планировать, организовывать и контролировать деятельность среднего и младшего медицинского и вспомогательного персонала;

*-* *уметь*анализировать деятельность учреждения здравоохранения и его подразделений с позиций сестринского дела;

*-* *знать*основные направления деятельности старшей и главной медицинской сестры;

*-* *знать*понятия и характеристики качества сестринской помощи, методы контроля качества.

Важнейшая задача медицинской деятельности - обеспечение качества и безопасности медицинской помощи на всех этапах ее оказания. Качество медицинской помощи (ст. 10 Федерального закона № 323-ФЗ) обеспечивается наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации; применением порядков оказания и стандартов медицинской помощи; предоставлением гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи (ст. 64 Федерального закона № 323-ФЗ) проводит-

ся в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков ее оказания и стандартов и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Контроль в сфере охраны здоровья (ст. 85-90 Федерального закона № 323-ФЗ) включает в себя:

- контроль качества и безопасности медицинской деятельности;

- государственный контроль в сфере обращения лекарственных средств, осуществляемый в соответствии с законодательством Российской Федерации об обращении лекарственных средств;

- государственный контроль при обращении медицинских изделий;

- государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляемый в соответствии с законодательством РФ о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в форме государственного, ведомственного и внутреннего контроля путем соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством РФ; определения показателей качества деятельности медицинских организаций; соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи; создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг; создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности. Правительством РФ издано постановление от 12 ноября 2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».

В задачи государственного контроля входят предупреждение, выявление и пресечение нарушения организациями, осуществляющими медицинскую деятельность, обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством РФ об охране здоровья граждан ФЗ № 323.

Содержание контроля:

- рассмотрение документов и материалов по соблюдению прав граждан в сфере охраны здоровья граждан;

- экспертиза качества медицинской помощи, оказанной пациенту;

- оказание медицинской помощи в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;