

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ЯКОСТІ СЕСТРИНСЬКОЇ ДОПОМОГИ

Резюме. *Забезпечення доступності та підвищення якості медичної допомоги населенню шляхом зміцнення первинної ланки охорони здоров'я залежить від середнього медичного персоналу. Впровадження сучасних сестринських технологій для поліпшення як лікувально-діагностичного процесу, так і профілактики захворювань, гігієнічного виховання населення, а також скорочення термінів перебування хворих у стаціонарах.*

Ключові слова: *сестринський персонал, професійна компетенція, якість надання послуг.*

Актуальність. Особливої значимості це завдання набуває у зв'язку з уже розпочатою повномасштабною інтеграцією України в Європейське економічне співтовариство. Однак інтенсивне впровадження у практику роботи лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) сучасної європейської (або подібної їй) організаційної підсистеми, пов'язаної з удосконаленням організації праці сестринського персоналу із застосуванням різних сучасних організаційних технологій, сестринського процесу, ускладнене багатьма факторами.

Практично відсутні рекомендації щодо диференціювання навантаження на сестринський персонал; не виведено на новий рівень стандарти професійної діяльності та форми медичної документації; нарешті, не оптимізовані схеми оплати праці, що залежать від обсягу й якості наданих медичних послуг. Для активного впровадження всього вищевказаного в практику до сьогоденного дня зустрічаються багато невирішених питань організаційно-методичного та нормативно-правового характеру (Г.М. Перфільєва, 1996; З.А. Хісамутдінова, 2002; І.Г. Греков, 2002; М.Л. Подлужная, 2003; А.С. Хейфец, 2003; С.І. Двойніков, 2004, та ін.).

Протягом останніх десятиліть у світовій практиці ознаменовані принциповими і корінними змінами системи мотивації у забезпеченні якості медичних послуг – спостерігається перехід від пошуку і покарання винних до стимулювання виявлення та вирішення існуючих проблем. Перспективним є не покарання, а активне стимулювання постачальників медичних послуг для пошуку і визнання власних помилок

у процесі лікувально-діагностичної допомоги, що дозволяє їм самим оперативніше приймати рішення.

Значний прогрес у медицині в промислово розвинених країнах, досягнутий протягом останніх десятиліть, багато в чому пояснюється впровадженням нових підходів до управління у сфері охорони здоров'я, заснованих на концепції безперервного підвищення якості.

Теоретичне підґрунтя. Основи практичного впровадження в охорону здоров'я концепції безперервного підвищення якості були закладені доктором А. Донабедіаном (Avedis Donabedian), який виділив три головних напрями роботи з управління якістю медичної допомоги – вдосконалення структури, процесу і результату. Взаємозв'язок структури, процесу і результату отримав назву «тріади Донабедіана». За А. Донабедіаном, якість медичної допомоги визначається використанням медичної науки і технологій з найбільшою вигодою для здоров'я людини, при цьому без збільшення ризику.

Матеріали дослідження. Як відомо, розрізняють кілька основних характеристик якості, які стосуються як клінічного й організаційного аспектів надання медичної допомоги, так і роботи допоміжних служб:

- професійна компетенція;
- доступність;
- результативність;
- міжособистісні взаємини;
- ефективність;
- безперервність;
- безпека;
- зручність.

Забезпечення якості і доступності медичної допомоги є актуальним завданням як вітчизняної, так і зарубіжної охорони здоров'я протягом усієї історії її розвитку (П.А. Воробйов, А.І. Вялков, 2002; О.П. Щепін, А.Л. Лінденбраген, 2008).

Методи дослідження. В умовах переорієнтації системи охорони здоров'я населення з медичних заходів на медико-профілактичні та медико-соціальні кардинально змінюються роль, значення та відповідальність спеціалістів із середньою медичною освітою первинної ланки, що має значні кадрові ресурси та реальні потенційні можливості для задоволення потреб населення в доступній і якісній медичній допомозі (Т.В. Дружиніна і співавт., 2008). Відповідно до сучасної концепції розвитку сестринської справи медична сестра повинна бути висококваліфікованим фахівцем – партнером лікаря і пацієнта, здатним до самостійної роботи в складі єдиної команди (С.В. Лапик, І.Н. Труханова, 2008).

Сучасне трактування ВООЗ сестринської справи містить у собі не лише визначення її місця і завдань у системі охорони здоров'я, а й чітко окреслює коло функціональних обов'язків медичної сестри: «Сестринська справа – це складова частина системи охорони здоров'я, яка спрямована на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища» [2].

Якість сестринського обслуговування є одним із найважливіших аспектів якості медичної допомоги населенню в цілому [4]. Розвиток системи сестринського обслуговування є частиною загальної тенденції до подальшого підвищення економічної ефективності системи охорони здоров'я. Якісною медичною послугою вважається та, яка відповідає досягненням сучасної науки та передової практики, позитивно впливає на здоров'я пацієнта та задовольняє його потреби.

Європейське бюро ВООЗ у звіті, присвяченому формуванню принципів забезпечення якості медичної допомоги, вказало на необхідність при вирішенні цієї проблеми враховувати чотири елементи [5]:

1. Кваліфікацію спеціаліста.
2. Оптимальність використання ресурсів.

3. Ризик для пацієнта.

4. Задоволеність пацієнта від взаємодії з медичною підсистемою.

Розвиток системи сестринського обслуговування є частиною загальної тенденції до подальшого підвищення економічної ефективності системи охорони здоров'я (Поляков І.В., 1982; Ардаматский Н.А., 1997; Маймулов В.Г., 1997; Щепін О.П., 1998; Юр'єв В.К., 2000; Вишняков Н.И. и др., 2001; Греков І.Г., 2001; Двойников С.І., 2003; Медик В.А., 2003; Душенков П.А., 2004; Лучкевич В.С., 2007).

Результати та їх обговорення. Якість сестринського обслуговування – найважливіший аспект якості медичної допомоги населенню, що характеризує діяльність галузі як системи за результатами аналізу комплексу різних параметрів, що визначають можливості організації з позиції ресурсного забезпечення, ефективності інноваційних методів управління, функціональних властивостей, оцінки результатів діяльності (Шабров А.В., 1997; Лапотнік В.А., 2000; Джордж С., Веймерскірх А., 2002; Захаров І.А., 2003; Сабанов В.І., 2003; Чавпецов В.Ф., 2003; Таранов А.М., 2005; Стародубов В.І., 2006; Donabedian A., 1993; Brent N., 1997). Сестринське обслуговування розглядається як один з економічних способів надання послуг та поліпшення якості у сфері охорони здоров'я, що відповідає програмі «Казахстан-2030». Розвиток системи сестринського обслуговування є частиною загальної тенденції до подальшого підвищення економічної ефективності системи охорони здоров'я (Щепін О.П., 1998; Куралбаев Б.С., 2002; Медик В.А., 2003; Мазур І.І., Шапіро В.Д., 2003; Лучкевич В.С., 2007).

Сучасна експертиза якості медичної допомоги в Україні в основному базується на оцінці роботи лікарів, а питання оцінки сестринської допомоги та сестринського догляду не мають належного відображення в існуючих системах контролю якості. Це особливо актуально при тому, що відбувається реформування технології сестринської практики, яка передбачає стандартизацію і документування сестринського процесу. Поняття якості сестринської допомоги нерозривно пов'язане з інноваційним лікувально-діагностичним процесом, тому сестринському персоналу, від якого залежать ефектив-

ність лікування, реабілітація, одужання пацієнта, в цьому процесі відведено значну роль (Денисов І.Н., 1996; Лінденбротен А.Л., 1999; Глазунов А.В., 2003; Хейфец А.С., 2007). Очевидно, що необхідно оцінювати правильність виконання процедур, своєчасність виконання лікарських призначень, дотримання санітарних норм, ведення документації, порядок у відділенні в цілому, але крім цього потрібно проводити оцінку дотримання медичними сестрами поведінкових норм, уваги до пацієнтів і їх сімей (Чавпецов В.Ф., 2000; Куралбаев Б.С., 2002; Мурашова Л.Ф., 2004; Лапик С.В., 2005; Поляков І.В., Максимов А.В., 2007).

Процедура контролю якості сестринської допомоги – одна з найважливіших функцій управління якістю, що є новим напрямом діяльності сестринських служб. Це обов'язок головної та старшої медичних сестер. Керівники сестринських служб зможуть успішно реалізувати такий вид діяльності тільки в тому випадку, якщо будуть розроблені відповідні методи контролю й оцінки, системи показників, що характеризують якість сестринської допомоги, за різними сестринськими спеціальностями (Гаджієв Р.С., 2004; Глазунов А.В., 2007; Лучкевич В.С., 2007).

Згідно з Міжнародним стандартом ISO 8402-86, якість – це сукупність властивостей і характеристик продукту (послуги), які надають йому здатність задовольняти існуючі або передбачувані потреби. Послуга – процес надання певних благ споживачу. Споживач сестринської допомоги – пацієнт, який отримує її. У сестринські послуги включені організація і проведення заходів зі збереження здоров'я пацієнта, профілактики захворювань, догляду за пацієнтом, включаючи виконання маніпуляцій, підготовку до досліджень, проведення реабілітаційних заходів, полегшення страждань пацієнта. Таким чином, під якістю сестринської допомоги розуміють відповідність між очікуваннями пацієнта (сім'ї, суспільства) і сприйняттям пацієнтом (сім'єю, суспільством) процесу і результату надання допомоги.

Усі варіанти визначень якості медичної допомоги мають значення не тільки для розвитку сестринської справи, а і для вдосконалення сестринської практики, оскільки формують ос-

новні характеристики якості. З точки зору пацієнта (сім'ї, суспільства), якість сестринської допомоги – такі властивості послуги, завдяки яким пацієнт залишається задоволений наданням сестринської допомоги в цілому, результатом і процесом її надання. А це означає, що умови, в яких проводилося сестринське втручання, професіоналізм медичних сестер, їх особистісні якості, професійне спілкування і результат допомоги відповідали очікуванням пацієнта.

З точки зору установи охорони здоров'я, якість сестринської допомоги – виконання функціональних обов'язків у суворій відповідності з нормативно-правовою документацією, що означає професійну компетентність медичних сестер, вміння працювати в команді, створювати і підтримувати позитивне виробниче середовище та забезпечувати інфекційну безпеку. Таким чином, структура поняття «якість» включає внутрішню і зовнішню складові. Внутрішня складова якості – характеристики, внутрішньо властиві послугі. Зовнішня складова якості – відповідність потреби і сприйняття послуги. Різні автори пропонують різну кількість характеристик. Часом, розрізняючись за назвою, вони по суті відображають одні і ті ж властивості. А. Донабедіан вважає характеристиками або базовими критеріями якості медичної допомоги такі:

- дієвість (здатність покращити здоров'я);
- результативність (досягнутий рівень здоров'я);
- ефективність (співвідношення між отриманим результатом і витратами);
- оптимальність (збалансованість ціни та якості);
- прийнятність для пацієнта (у фізичному, психологічному, матеріальному сенсі).

Концепція «трилогії якості» (Е. Демінг, Джуран) містить у собі планування якості – процес підготовки до досягнення цілей якості, а також створення процесу, який буде відповідати поставленим цілям за умови керування ними, де кінцевий результат – процес, здатний досягти цілей якості в умовах надання сестринської допомоги.

Контроль за якістю – процес досягнення цілей якості під час надання сестринської допомоги. Включає такі елементи:

- оцінка стану і використання кадрових та матеріально-технічних ресурсів закладів охорони здоров'я;
- розрахунок та аналіз показників, що характеризують якість і ефективність сестринської допомоги;
- експертиза процесу надання сестринської допомоги конкретним пацієнтам;
- вивчення задоволеності пацієнтів від їх взаємодії із системою охорони здоров'я;
- виявлення й обґрунтування дефектів, лікарських помилок та інших факторів, що мають негативний вплив і спричинили зниження якості та ефективності сестринської допомоги;
- кінцевий результат – ведення виробничих операцій відповідно до плану якості.

Поліпшення якості – процес переходу до безпрецедентних умов надання сестринської допомоги. Включає такі елементи:

- вибір найбільш раціональних управлінських рішень і проведення оперативних коригувальних впливів;
- підготовка рекомендацій, що спрямовані на попередження дефектів у роботі та сприяють підвищенню якості й ефективності медичної допомоги;
- контроль за виконанням і оцінка ефективності управлінських рішень;
- кінцевий результат – ведення операцій на рівні якості сестринської допомоги вище планованого виконання.

Види стандартів, що застосовуються у практичній діяльності закладів охорони здоров'я:

- ресурсні стандарти;
- організаційні стандарти;
- технологічні стандарти;
- медико-економічні стандарти;
- стандарти програм сестринської допомоги;
- комплексні стандарти.

А також наявність професійно значущих особистісних якостей: чесності, відповідальності, дисциплінованості, акуратності, вміння керувати і підкорятися залежно від ситуації. При цьому в повсякденній роботі медичної сестри закладено протиріччя: з одного боку, необхідно

забезпечити індивідуальний підхід до пацієнта, з іншого – щоб уникнути помилок і ускладнень, строго дотримуватися стандартизованих принципів і правил.

З метою визначення рівня задоволеності пацієнтів і їх родичів результатом і процесом сестринської допомоги необхідно проводити анкетування останніх з обов'язковим аналізом відповідей респондентів. Дані аналізу результатів опитування нададуть безсумнівну допомогу в коригуванні роботи сестринської служби. Крім того, велике значення в оцінці задоволеності пацієнтів результатами сестринської допомоги надається бесідам з пацієнтами, публікаціям у засобах масової інформації, виступам у програмах телебачення і радіо. Однак необхідно враховувати, що пацієнти не завжди в змозі адекватно оцінити надану їм сестринську допомогу і професійну компетентність персоналу. Пацієнт сприймає сестринське втручання як якісне, якщо воно задовольняє або перевершує його очікування. Очікування пацієнта формуються на основі вже наявного досвіду або одержуваної з різних джерел інформації. Таким чином, споживче сприйняття сестринського втручання визначається такими відповідностями: між очікуванням пацієнта і його сприйняттям керівництвом медичного закладу (керівництво повинно чітко уявляти, чого хочуть пацієнти); між наданими послугами і зовнішньою інформацією про послуги (якість послуги в такому випадку залежить від достовірності наданої пацієнту і його родичам інформації).

Задоволеність медичних працівників визначається тими умовами, в яких організовано сестринське втручання, наявністю коштів організації догляду, ергономічних посібників, засобів і методів забезпечення інфекційної і психологічної безпеки пацієнта і персоналу, розміром і формою оплати праці, практикою моральних заохочень. Чимале значення має можливість професійного росту, участі в реалізації різних програм із подальшим обміном досвідом і спілкуванням з колегами з інших ЛПУ або регіонів, вирішення питань соціальної захищеності.

Таким чином, підвищення якості сестринської допомоги можливе при ефективній взаємодії професійно компетентної медичної сестри і пацієнта (його родичів) у позитивних со-

ціально-психологічних, матеріально-технічних і організаційно-економічних умовах єдиного правового простору за наявності стійкої позитивної мотивації пацієнта (родичів) на одужання (збереження здоров'я).

Проблеми в управлінні якістю сестринської допомоги та можливі шляхи їх вирішення. Управління якістю сестринської допомоги на сьогоднішній день без сумніву є не простою, а дуже важливою й актуальною проблемою. Сьогодні більшу увагу приділяють первинній ланці медичної допомоги, ранній діагностиці та найголовніше – профілактиці захворювань і ускладнень, які неможливі без активного використання сестринського персоналу, його знань і умінь з догляду за пацієнтами, виконання технологій і маніпуляцій, роботи з родичами і самими пацієнтами, навчання навичок виконання простих маніпуляцій, грамотного надання невідкладної долікарської допомоги та ін. У зв'язку з цим не останню роль відіграють якість надання медичної допомоги, її оцінка та управління, розробка чітких критеріїв оцінки для виключення можливості різночитання або будь-якого зловживання. От саме ця чіткість в оцінці сестринської діяльності, конкретних критеріїв в оцінці результату, простоти використання формул і розрахунків поки не простежується. Повністю виключені з рівнів оцінки якості самі фахівці сестринської справи, все знову віддано в руки лікарів. Але ж не секрет, що на сьогоднішній день лікарі недостатньо володіють інформацією про нові можливості залучення медичних сестер, про організацію і впровадження новітніх сестринських технологій, яких успішно навчають у медичних коледжах із впровадженням нових державних освітніх стандартів, як більш економічно вигідних фахівців у межах своєї компетенції.

Однак, на жаль, незважаючи на нормативні акти, керівники ЛПУ (ЛПЗ) не використовують повною мірою потенціал сестринського персоналу з урахуванням його професійної компетенції. Медична сестра повинна більшою мірою відповідати потребам населення, а не потребам системи охорони здоров'я. Вона повинна стати добре освіченим професіоналом, рівним партнером, самостійно працювати з населенням, сприяючи зміцненню здоров'я суспільства.

Саме медичній сестрі зараз відводиться ключова роль у медико-соціальній допомозі людям похилого віку, пацієнтам з інкурабельними захворюваннями, санітарній освіті, організації освітніх програм, пропаганді здорового способу життя. Управляти якістю сестринської допомоги, на думку Доротті Холл, можна лише тоді, коли діяльність сестер вивчена, структурована, нормована, а значить, може бути оцінена відповідно до стандарту.

Розробка і застосування загальноприйнятих стандартів є ключовими компонентами кожної з основних функцій сестри, необхідною умовою відповідальності за свої дії. Важливо, щоб медична сестра була здатна логічно обґрунтувати свої дії. Наслідком розуміння важливості стандартів буде проведена Радою медичних сестер робота щодо їх створення і впровадження. Для складання й адаптації стандартів, безсумнівно, буде потрібне залучення викладачів медичного коледжу, які практикують медсестер, лікарів. Це допоможе побудувати стандарти з урахуванням особливостей і проблем, наявних у практиці ЛПУ на сьогодні.

Застосування стандартів полегшує роботу медсестер, скорочує невиправдані витрати коштів, часу, забезпечує спадкоємність, покращує якість обслуговування пацієнтів і результати лікування. Якщо розробити стандарти і протоколи діяльності медсестер за основними номенклатурами спеціальностей, уніфікувати обліково-звітну документацію щодо роботи з пацієнтами та їхніми родинами, забезпечити спадкоємність у роботі медичної бригади (палатна м/с, процедурна м/с, дільнична м/с, сімейна м/с, старша м/с, соціальна м/с), запровадити єдині підходи до виконання маніпуляцій, підготовки до досліджень, надання невідкладної долікарської допомоги, ведення протоколів спостереження за пацієнтом і вирішенням його проблем спільними зусиллями, то це дозволить істотно поліпшити якість надання медичної допомоги, навіть не змінюючи організаційну структуру сестринської діяльності.

Процесуальний підхід до оцінки якості здійснюють:

– старші медсестри відділень щодня, які фіксують підсумки в зошитах обліку дефектів, проводять індивідуальну роботу щодо їх усу-

нення. Оокремо оцінюються аспекти сестринської роботи (виконавська дисципліна, дотримання санепідрежиму, контроль за використанням та зберіганням лікарських засобів);

– головна медсестра, яка оцінює якість роботи старших медсестер. Для координації і взаємодії роботи відділень, звільнення старших медсестер від невластивих їм функцій може бути створений оперативно-диспетчерський відділ, який виконує функції столу довідок, здійснює централізовану випуску листків тимчасової непрацездатності, довідок, організовує консультації фахівцями всередині і поза установою, займається доставкою біологічного матеріалу в лабораторії міста, здійснює доставку кореспонденції у відділення і з відділень в адміністративні кабінети та ін. Для об'єктивності оцінки важливо враховувати кількість: посад за штатом і фактично зайнятих, пролікованих хворих, хворих із дефіцитом самостійного догляду, виконаних ін'єкцій і яких саме, інфузій, укладання біксів, обробки інструментарію, перевертань хворих із загрозою пролежнів, хворих, перекладених на каталку, дез. засобів, отриманих в аптеці лікарських засобів, даних про догодування хворих, прибирання та кварцування палат і маніпуляційних кабінетів, умовно хворих, вимірів температури тіла, PS, AT та ін.

Система контролю якості сестринської допомоги може мати кілька рівнів: I – поточна оцінка якості прийому і передачі чергових змін; II – періодична оцінка якості провідним фахівцем маніпуляційної техніки, догляду; III – поглиблена оцінка якості сестринської допомоги (два рази на рік) за критеріями; IV – виявлення проблем і корекція, обговорення в школі професійної майстерності, навчання на семінарах.

Особлива увага звертається на правильне планування конкретного результату (КР) щодо кожного контрольованого випадку. Наприклад, при плануванні сестринського догляду за пацієнтами, що перебувають у важкому стані, ми стикаємося з цілим переліком проблем. Якщо за кожною з них скласти окремий план догляду, виникають питання: як скоординувати всі пункти такого плану; в якій послідовності здійснювати такі дії, як: умивання, годування через зонд, перев'язка, зміна постільної білизни та ін.? У деяких випадках вигідніше скласти загальний

план догляду відразу з кількох проблем. Стандартні плани обстеження, спостереження та догляду за пацієнтами з різними проблемами значно полегшать роботу медсестер, дозволять контролювати якість догляду, можуть стати основою при навчанні родичів пацієнтів, але сліпо слідувати їм неможливо. Сестринський процес передбачає саме індивідуальний догляд за кожним пацієнтом. Планування КР за своїм напрямом здійснює медичний працівник, який надає медичну допомогу на основі еталона КР.

Кожен очікуваний результат повинен бути реально досяжним з урахуванням матеріально-технічних можливостей ЛПУ (ЛПЗ) та отримувати відображення в обліковій медичній документації. Розробку еталонів КР у кожному ЛПУ здійснюють завідувач підрозділу, старша медсестра за безпосередньої участі головних медичних фахівців установи за профілем на основі стандартів.

Показники КР – це параметри, яких необхідно досягти при наданні медичної допомоги певній групі пацієнтів з тією чи іншою патологією або при виконанні різних досліджень (процедур). Наприклад, еталон КР для палатної медсестри може передбачати за лікарським призначенням повноцінне і своєчасне їх виконання, а за станом медичної документації – відсутність зауважень з її ведення і зовнішнього вигляду. Якщо медсестра планує введення лікарського засобу за призначенням лікаря, то цей пункт реалізується за алгоритмом виконання, наприклад, внутрішньом'язової або внутрішньовенної ін'єкції. Від медсестри потрібне вміння обґрунтувати свої дії, пояснити, чому треба діяти так, а не інакше. При оцінці ефективності практичних маніпуляцій багато уваги приділяється спілкуванню з пацієнтом, його підготовці до процедури, отриманню його згоди. До процесу оцінки ефективності догляду обов'язково повинен залучатися пацієнт (тільки він може визначити, чи задоволені його потреби). Звичайно, це не стосується пацієнтів із пригніченою свідомістю або у несвідомому стані.

Контроль планування КР покладається на заступника головного лікаря з лікувальної роботи, головних (провідних) спеціалістів, завідувачів і старших медсестер підрозділів, головну медсестру ЛПУ (ЛПЗ). У разі відсутності

галузевого стандарту на об'єкт стандартизації (конкретну медичну послугу, технологію її виконання та ін.) або за необхідності визначення вимог, які розширюють встановлені ДСТУ, в медичній установі розробляється Стандарт підприємства (установи) на даний об'єкт стандартизації.

Висновки

Здійснення експертної оцінки і ведення карт експертизи. Оцінка діяльності окремого середнього медичного працівника складається з таких складових: професіоналізм, прагнення до підвищення кваліфікації, відсутність обґрунтованих скарг із боку пацієнтів. Кожен медичний працівник здійснює експертизу в процесі роботи в порядку самоконтролю. За основу критеріїв оцінки діяльності медсестер прийнято їх функціональні обов'язки. Наприклад, основними критеріями оцінки роботи палатної медсестри є:

- належний санітарний стан палат і сестринського посту;
- дотримання стандарту професійного спілкування;
- якість передстерилізаційної обробки інструментів;
- якість догляду за хворими;
- забезпечення якості та своєчасності виконання лікарських призначень;
- наявність ускладнень після медичних маніпуляцій;
- дотримання правил харчування хворих;
- ведення документації;
- дотримання правил збору і доставки аналізів в лабораторії;

- лікувально-охоронний режим у відділенні;
- дотримання правил підготовки хворих до рентгенологічних, лабораторних, ендоскопічних та інших досліджень, оперативних втручань;

- наявність обґрунтованих скарг пацієнтів.

Основними критеріями оцінки роботи медсестри процедурного кабінету є дотримання:

- санітарно-епідеміологічного режиму в процедурному кабінеті;
- своєчасного виконання лікарських призначень;
- стандарту професійного спілкування;
- стандарту виконання маніпуляцій, типових правил введення ліків;
- якості дезінфекції і передстерилізаційної обробки, а також наявність ускладнень після маніпуляцій;
- правил і термінів зберігання лікарських засобів;
- правил збору і доставки аналізів у лабораторію;
- ведення документації, а також наявність обґрунтованих скарг пацієнтів.

Результати роботи середнього медичного персоналу ЛПУ (ЛПЗ) стаціонарного типу представлено:

- повноцінним і своєчасним виконанням лікарських призначень;
- якісним доглядом за хворими;
- дотриманням санітарно-епідеміологічного режиму;
- належним станом медичної документації;
- станом медичного обладнання, інструментарію та предметів догляду.

Список використаних джерел

1. Толстанов О.К. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я: методичні рекомендації МОЗ від 2013 р.
2. Кузьмінський П.Й. Державне управління системою підготовки медичних сестер в Україні: вступ до проблеми [Електронний ресурс] / П.Й. Кузьмінський // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2012. – № 5. – Режим доступу: <http://www.dy.nauka.com.ua>.
3. Шегедин М.Б. Реформування медсестринської освіти: національний та світовий досвід / М.Б. Шегедин // Педагогіка та психологія професійної освіти. – 1997. – № 2. – С. 118–121.
4. Бойко А.Т. Качество медицинской помощи. Проблемы обеспечения / А.Т. Бойко // Мир медицины. – 2001. – № 1-2.
5. Мартиненко Л.В. Якість медичної допомоги пацієнту – якість життя медика / Л.В. Мартиненко // Жіночий лікар. – 2006. – № 1. – С. 36.

6. Краснокутський Н.С. Потенціал підприємства: формування та оцінка: навч. посіб. / Н.С. Краснокутський. – К.: Центр навчальної літератури, 2005. – 352 с.

7. Сабадишин Р. Процес реформування медколеджів в інститути сестринської освіти має бути поступовим [Електронний ресурс] / Р. Сабадишин // Медичний вісник. – 2008. – Режим доступу: medvisnyk.org.ua.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

О.В. Перепадя

Резюме. Обеспечение доступности и повышения качества медицинской помощи населению путем укрепления первичного звена здравоохранения зависит от среднего медицинского персонала. Внедрение современных сестринских технологий для улучшения как лечебно-диагностического процесса, так и профилактики заболеваний, гигиенического воспитания населения, а также сокращение сроков пребывания больных в стационарах.

Ключевые слова: сестринский персонал, профессиональная компетенция, качество предоставления услуг.

METHODOLOGICAL APPROACHES TO ASSESSING THE QUALITY OF NURSING CARE

О. Perepadya

Resume. Ensuring availability and improving the quality of medical care for the population by strengthening the primary health care unit plays a significant role for the average medical personnel. The introduction of modern sister technologies to improve both the medical and diagnostic process, but also the prevention of diseases, hygienic upbringing of the population, as well as reducing the length of stay patients in hospitals.

Keywords: nursing staff, professional competence, quality of service provision.

Рекомендовано до публікації:
доктор мед. наук, професор **А.С. Котуза**

Дата надходження рукопису: 10.12.2018

Перепадя Ольга Віталіївна – керівник центру превентивної медицини
Державного управління справами

Адреса: 03143, м. Київ, вул. акад. Заболотного, 15

E-mail: sesdus@ukr.net

Контактний телефон: (044) 526-43-91 (для кореспонденції)