



федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра Управления сестринской деятельностью

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

(на примере ГБУЗ СО «Рефтинская городская больница»
п. Рефтинский Свердловской области)

Факультет ПСР и ВСО
Направление подготовки Сестринское дело
Квалификация Академическая
медицинская сестра. Преподаватель
Допущена к защите: 29 мая 2017 г.
Зав.кафедрой Шурыгина Е.П.
д.м.н., доцент Шурыгина
Дата защиты 20 июня 2017 г.
Оценка отлично

Исполнитель: Горбунова 
Юлия Юрьевна
Группа ЗСД – 413
Руководитель: Подгаева В.А. 
д.м.н., доцент
Нормоконтролер: Шурыгина Е. П.
д.м.н., доцент Шурыгина
Рецензент Чакча О.А.

Екатеринбург, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| ВВЕДЕНИЕ | 4 |
| 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И ОЦЕНКИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА | 7 |
| 1.1. Понятие качества и контроля качества работы среднего медицинского персонала | 7 |
| 1.2. Нормативно-правовая база обеспечения контроля качества | 12 |
| 1.3. Уровни контроля качества деятельности медицинских сестер | 15 |
| 2. АНАЛИЗ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И ОЦЕНКИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ СО «РЕФТИНСКАЯ БОЛЬНИЦА» ПОСЕЛКА РЕФТИНСКИЙ | 23 |
| 2.1. История и характеристика ГБУЗ СО «Рефтинская больница» поселка Рефтинский | 23 |
| 2.2. Анализ кадрового состава персонала в ГБУЗ СО «Рефтинская больница» | 26 |
| 2.3. Материалы и методы исследования | 29 |
| 2.4. Анализ механизма оценки качества работы среднего медицинского персонала ГБУЗ СО «Рефтинская больница» | 31 |
| 2.4.1 Исследование удовлетворенности пациентов, работой медицинских сестер | 33 |
| 2.4.2 Удовлетворенность медицинских сестер оценкой качества и условиями работы | 36 |
| 2.4.3 Исследование удовлетворенности врачей качеством работы среднего медицинского персонала | 43 |
| 3. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ И КАЧЕСТВА РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ГБУЗ СО «РЕФТИНСКАЯ БОЛЬНИЦА» | 48 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 53 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ | 56 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ | |

ВВЕДЕНИЕ

Проблема системного подхода в описании качественного содержания медицинской помощи, удовлетворяющей запросам, ожиданиям и нуждам потребителей, в терминах и показателях, понятных последним, не имеет рационального решения. Это обусловлено тем, что медицинская деятельность не может быть сведена к традиционному производству и, соответственно, обычные критерии качества товаров, работ и услуг не применимы в полной мере к здравоохранению.

До недавнего времени приоритет в вопросах повышения качества медицинской помощи отдавался только врачебным службам, как наиболее самостоятельным и достаточно квалифицированным.

Существующее до недавнего времени мнение, что сестринская деятельность является только придаточной к врачебной, не позволяло в должной мере определить степень сестринского участия в системе оказания медицинской помощи, которая во многом определяет качества медицинской помощи в целом.

Врачебное и сестринское дело — взаимосвязанные, гармонично дополняющие друг друга процессы, составляющие при этом две самостоятельные профессии.

В связи с этим представляется исключительно важным выработка новых направлений совершенствования качества сестринской деятельности. В свою очередь, преобразование системы сестринской помощи позволит обеспечить качественно новый уровень медицинского обеспечения населения путем привлечения и эффективного использования сестринского потенциала, а также за счет повышения требований и расширения профессиональных обязанностей медицинских сестер в предоставлении сестринской помощи, максимально удовлетворяющей потребностям населения.[29]

Предоставление сестринским службам определенной степени самостоятельности дает возможность руководителям сестринских служб вырабатывать собственные стратегические направления в системе обеспечения качества сестринской помощи.

Согласно современной концепции развития сестринского дела медицинская сестра должна быть высококвалифицированным специалистом - партнером врача и пациента, способным к самостоятельной работе в рамках единой лечебной бригады.

Роль и функции сестринского дела в обществе требуют, чтобы каждая медицинская сестра брала на себя ответственность за непосредственное предоставление сестринской помощи и располагала бы требуемыми полномочиями для этого. [13]

Сегодня качество медицинской помощи рассматривается с разных позиций – эффективности, адекватности, экономичности, морально-этических норм. Основная цель здравоохранения – повышение уровня здоровья населения и удовлетворение его потребности в квалифицированной качественной медицинской помощи.

В динамичных условиях рынка качества услуг в медицинской организации является важным критерием социально-экономического развития страны, так как от данного показателя зависит качество жизни населения. Поэтому рассмотрение вопроса об организации системного контроля качества, является достаточно актуальной темой на сегодняшний момент. [15]

Цель работы – совершенствование оценки качества работы среднего медицинского персонала «Рефтинской городской больницы».

Для достижения цели работы были поставлены следующие задачи:

1. Изучить теоретические аспекты системы контроля и оценки качества работы среднего медицинского персонала.
2. Проанализировать работу «Рефтинской городской больницы» и дать характеристику среднему медицинскому персоналу организации.

3. Оценить качество деятельности среднего медицинского персонала организации;

4. Разработать рекомендации по совершенствованию оценки качества деятельности среднего медицинского персонала.

Объект исследования: профессиональные качества сестринского персонала «Рефтинской городской больницы».

Предмет исследования: показатели качества работы среднего медицинского персонала в «Рефтинской городской больнице».

База исследования: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Рефтинская городская больница».

В работе применены методы системного подхода, аналитического метода – изучение теоретических источников, сравнительного и факторного анализа, использовался сравнительный анализ и метод социального опроса в виде анкетирования, статистический метод – статистическая обработка результатов анкетирования. Одним из самых значимых вариантов оценки качества медицинских услуг является анкетирование, которое и предлагается в данной работе в качестве, инструмента оценки качества работы среднего медицинского персонала в «Рефтинской больнице» с целью повышения качества оказываемых медицинских услуг.

Дипломная работа выполнена на 60 страницах, содержит 11 таблиц, 18 рисунков, 5 приложений.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И ОЦЕНКИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1.1. Понятие качества и контроля работы среднего медицинского персонала

Понятие качества медицинской помощи основное в здравоохранении, так как качество работы системы здравоохранения во многом определяет уровень здоровья и качество жизни населения.

Международный стандарт ИСО-8402 в 1994 году дал следующее определение: «Качество - это совокупность характеристик объекта, относящихся к его способностям удовлетворять установленные или предполагаемые потребности человека».[3]

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.

Медицинскую помощь понимают в лечение конкретного больного врачом и оказание помощи в лечебно-профилактическом учреждении, города, региона. Медицинская помощь выступает аналогом понятия производственный процесс, широко используемого в населении, отраслью которого является учреждение здравоохранения. [14]

В настоящее время широко распространены следующие понятия качества медицинской помощи (табл. 1).

Таблица 1 – Что мы понимаем под словом качество

| Определения понятию качества медицинской помощи | Автор определений |
|--|----------------------|
| Это процесс взаимодействия врача и пациента, обусловленный способностью выполнять медицинские технологии, снижать риск прогрессирования или возникновения нового заболевания, оптимально использовать ресурсы, обеспечивать удовлетворенность пациентов. | Лисицын Ю.П. [21] |
| Это совокупность результатов профилактики, диагностики, лечения заболеваний, определяемых установленными требованиями на основе достижений медицинской науки и практики. | Огвоздин В.Ю.[25] |
| Это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказания медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню науки. | Гладышев А.Г.[16] |
| Это совокупность свойств или характеристик услуги, уровень которых формируется производителем при ее оказании с целью удовлетворения установленных или предполагаемых потребностей. | Назаренко Г.И.[23] |

Для оказания качественной медицинской помощи выявляются потребности, которые медицинские работники должны удовлетворить и характеристики качественной медицинской помощи, которые различны у пациентов учреждения. [18,21]

Медицинскую помощь можно понимать в лечении конкретного больного конкретным врачом и оказание помощи в пределах лечебно-профилактического учреждения, региона, страны. В обоих случаях медицинская помощь выступает аналогом понятия «производственный процесс», широко используемого в народном хозяйстве, отраслью которого является учреждение здравоохранения. [16]

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

Характеристики качества (таб. 2) медицинской помощи со стороны медработников: соответствие оказываемой помощи современному техническому оснащению, свобода действия в интересах пациента.[22,26]

Таблица 2 – Характеристики качества медицинских работников,
по мнению пациентов

| Компонент характеристики качества медицинской помощи | Определение компонента |
|--|--|
| Результативность | внешняя медицинская эффективность, измеряющая достижение целей организации, отношение достигнутого результата медицинской деятельности к максимально возможному, основанному на последних достижениях науки и технологии |
| 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 медицинских работников |

Изучать и оценивать качество медицинской помощи можно с двух позиций:

1. Сфера потребления. Потребителя интересует качество лечения - полезность, изменение состояния его здоровья в желаемом направлении; качество обслуживания – условия, в которых осуществляется медицинская помощь – комфортность, безболезненность, характер отношений с персоналом.

2. Процесс оказания медицинской помощи – когда качество помощи связывают с качеством основных моментов производства.

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.

Структурное качество определяется на двух уровнях:

– по отношению к медицинскому учреждению в целом, с его материально-технической базой, кадровым обеспечением, организацией работы;

– к каждому медработнику в отдельности – оцениваются его профессиональные качества, знания, умений, навыки.

Подход к оценке качества медицинской помощи реализуется в качественных показателях медицинской практики, аттестации, сертификации специалистов, аккредитации, лицензировании лечебно-профилактического учреждения. Суть данного подхода заключается в учреждении, отвечающий современным требованиям, квалифицированный сестринский персонал обеспечивает высокое качество. [19]

Лицензирование – это оценка качества медицинской помощи на предварительном этапе. Проводится аккредитация – установление соответствия качества медицинской помощи стандарту качества, позволяет определить возможности конкретного учреждения выполнять поставленные задачи по оказанию медицинской помощи, защищает интересы потребителей. [24]

Качество технологий – описывает насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанный больному, был оптимален. Предполагается, что объем выполненных манипуляций должен быть не больше, но и не меньше оптимального, а последовательность их выполнения четко структурированная. Если на лечение больного было затрачено больше средств, чем это необходимо, то такая помощь не будет качественной, даже при достижении хороших результатов лечения пациента. Технология оценки качества процесса – это стандарты медицинской помощи и экспертизы качества, проводимая по первичной документации на трех этапах: заведующий отделением – анализ всех историй болезни выписанных стационарных пациентов, анализ пятой части амбулаторных карт, заместитель главного врача по медицинской части или клинико-экспертной работе, экспертная комиссия учреждения. [30]

Качество результата - описывает отношение фактически достигнутых результатов с вероятными результатами. Под планируемыми результатами можно понимать динамику состояния здоровья данного пациента, результаты лечения всех больных лечебно-профилактического учреждения за определенный период, состояние здоровья населения района, города.

Результативный подход к оценке качества медицинской помощи основан на конечном результате. В результативном подходе объект – это динамика клинических результатов, а субъект – это удовлетворенность пациента. Конечным результатом будут показатели качества – процент осложнений, после медицинских вмешательств, процент расхождения диагнозов. Контроль результата дает определенный положительный эффект в повышении качества работы. Положительный конечный результат, может быть достигнут, даже независимо от возникшей врачебной или сестринской ошибки, риска осложнения. Несмотря на такой риск, может реализоваться у другого пациента, если данная ошибка остается вне поля зрения, не исправляется медицинскими работниками.[26]

При низком уровне качества структуры сложно обеспечить приемлемый уровень качества технологий и результата. Высокий уровень качества структуры – потенциальный, но не всегда реализуется возможность иметь высокий уровень качества технологий и результата. Такую взаимосвязь можно определить, как «принцип негатива».[25]

Применительно к здравоохранению понятие качество медицинской помощи входит в систему конечного результата деятельности здравоохранения, которая включает в себя следующие критерии (табл. 3).

Таблица 3 – Критерии качества медицинской помощи

| Критерии | Описание критерия |
|-----------------------|--|
| Субъективный критерий | удовлетворенность медицинской помощью населения, медработников, руководства |
| Объективный критерий | здоровье пациента, своевременность, деонтология, экономическая эффективность |

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

В зависимости от участия в процессе контроля над качеством медицинской помощи отдельным группам населения выделяют три основных направления контроля:

Профессиональная модель – центральное место в оценке качества принадлежит врачу. Контроль осуществляется производителями медицинских услуг. Основное внимание уделяется подготовке и отбору кадров.

Потребительская модель – главная роль отводится пациенту или контролю со стороны потребителей медицинских услуг.

Бюрократическая модель предусматривает выполнение функций управления на конкретных организациях, назначаемых правительством, или управление осуществляется с помощью организаций, независимых от потребителей и производителей медицинских услуг.

1.2. Нормативно-правовая база обеспечения контроля качества

Правовое регулирование качества результатов медицинской деятельности осуществляется государством в целях защиты интересов граждан и создании равных условий медицинским учреждениям с различными формами собственности для конкуренции на рынке.[1,2]

Несмотря на сложности регулирования качества медицинской помощи, произошедшие в последние годы изменения, способствуют разработке правовых механизмов, обеспечивающих оказание пациентам качественной медицинской помощи. Без них вероятность возникновения проблем при реализации прав пациентов на получение качественной медицинской помощи будет оставаться высокой. В настоящее время охрану здоровья населения регулирует ряд подзаконных актов, разработанных

Министерством здравоохранения России. Эти нормативно-правовые документы условно могут быть разделены на три группы.

К первой группе, регулирующей правовые вопросы охраны здоровья и защиту прав пациента, относят:

– конституцию РФ - Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.[1]

– гражданский кодекс РФ - Внедоговорная гражданско-правовая ответственность наступает в случае нарушения прав граждан, повлекшего причинения вреда здоровью граждан или их смерть. В настоящее время с развитием рынка платных медицинских услуг, с расширением договорных отношений в медицине получает развитие и договорная гражданско-правовая ответственность. Договорная ответственность наступает в случаях неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств, возникших из договора.[2]

– закон РФ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.08.2004, №122-ФЗ - Настоящие Основы регулируют отношения граждан, органов государственной власти и органов местного самоуправления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан.[3]

– «программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» ФЗ от 21.11.2011 №323 - В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предоставляются: первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная; специализированная медицинская помощь, высокотехнологичная

медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи.[4]

Во вторую группу, регулиующую проблемы стандартизации в здравоохранении, входят:

– федеральный закон № 184-ФЗ от 27.12.2002 г. «О техническом регулировании» - закон регулирует отношения, возникающие при: разработке, принятии, применении и исполнении обязательных требований к продукции, в том числе зданиям и сооружениям или к продукции и связанным с требованиями к продукции процессам проектирования, производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации; исполнении на добровольной основе требований к продукции, процессам проектирования, производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, а также к выполнению работ или оказанию услуг в целях добровольного подтверждения соответствия; оценке соответствия. [5]

– приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (МЗ РФ) № 321 от 21.10.2002 г. «О введении в действие отраслевого стандарта «Порядок организации работы по формированию перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств».[6]

И к третьей группе, регулиующей систему контроля качества медицинской помощи, относят:

– приказ МЗ РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) №363/77 от 24.10.1996 г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» (ред. от 21.01.1997г №20/13).[7]

– письмо ФФОМС от 5 мая 1998 г. № 1993/36.1-и «О методических рекомендациях «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования».[8]

– федеральный закон № 128-ФЗ от 8.08.2001 г. «О лицензировании отдельных видов деятельности» (ред. от 23.12.2003г.).[9]

– приказ МЗ РФ № 314 от 9.08.2001 г. «О порядке получения квалификационных категорий» - при получении квалификационной категории оцениваются профессиональная квалификация, компетентность, а также способность выполнять служебные обязанности в соответствии с занимаемой должностью. [10]

1.3. Уровни контроля деятельности медицинской сестры

Законодательная база к числу участников контроля качества медицинской помощи относит следующие: медицинские учреждения, общественные объединения потребителей, органы управления здравоохранением, страховые медицинские организации, профессиональные медицинские ассоциации, фонды обязательного медицинского страхования, страхователи, исполнительные органы фонда социального страхования. [17]

Нормативная база делит всех перечисленных участников контроля на два звена. Принято выделять ведомственное и вневедомственное звенья качества медицинской помощи. При этом к ведомственному звену относятся медицинские учреждения и органы управления здравоохранением, к вневедомственному — все остальные. [23]

В ведомственном звене на уровне лечебно-профилактического учреждения, функция контроля качества медицинской помощи принадлежит следующим:

— первая ступень экспертизы – заведующий подразделением.

— вторая ступень экспертизы – заместитель руководителя учреждения по клинико-экспертной работе, лечебной помощи.

— третья ступень экспертизы – клинико-экспертной комиссией учреждения в целом.

На уровне органа управления здравоохранением контроль качества осуществляется следующим:

— клинико-экспертными комиссиями органов управления всех уровней.

— главными штатными и внештатными специалистами органов управления всех уровней.

Система ведомственного контроля качества медицинской помощи призвана осуществлять функции (табл. 4).

Таблица 4 – Функции системы ведомственного контроля

| Описание функции системы ведомственного контроля |
|---|
| 1. Оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов лечебно-профилактического учреждения |
| 2. Оценку профессиональных качества медицинских работников путем осуществления аттестации персонала |
| 3. Экспертизу процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам |
| 4. Выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение эффективности медицинской помощи |
| 5. Подготовку рекомендаций для руководителей лечебно-профилактического учреждения и органов управления здравоохранением, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи |
| 6. Изучение удовлетворенности пациентов от их взаимодействия с системой здравоохранения |
| 7. Расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи – выбор наиболее рациональных и управленческих решений. |

На ведомственном уровне, могут быть использованы «Карты экспертной оценки», предусматривающие балльную оценку аспектов, как полнота сбора жалоб и анамнеза, адекватность обследования, обоснованность диагноза — основного и сопутствующих заболеваний, лечение, реабилитации, данных рекомендаций, правильность экспертизы трудоспособности, оценка преемственности ведения пациента на разных этапах, правильность тактики его наблюдения. [11,12]

Нормативные документы недостаточно четко регламентируют распределение объектов контроля между медицинским учреждением и

органами управления здравоохранения. На практике в большинстве случаев такое деление сформировано. Структурные образования, формирующие в лечебно-профилактическом учреждении, первую, вторую и третью ступени экспертизы, акцентируют свое внимание на контроле технологического качества и результата лечения конкретных больных. Контроль этих же компонентов осуществляют и главные специалисты органов управления здравоохранением.

Руководители учреждений и должностные лица органов управления производят оценку и контроль качества, результата лечения, больных, обратившихся в лечебно-профилактическое учреждение за год.

Контроль качества результата медицинского обслуживания населения осуществляют должностные лица органов управления всех уровней.

Оценкой структурного качества помощи, оказываемой ЛПУ, также занимаются главные врачи учреждений и должностные лица органов управления. Однако до настоящего момента не сформулированы эффективные механизмы обеспечения этого компонента.

Контролем профессиональных качеств медицинских работников занимаются аттестационные комиссии, формируемые органом управления здравоохранением субъекта Федерации.

Вневедомственный контроль качества медицинской помощи включает разделы:

- анализ результатов оказания медицинской помощи населению.
- подготовку рекомендаций по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи, контролю над их выполнением.
- изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью.
- проверку выполнения договорных обязательств между страхователем и страховщиком.

— проверку выполнения договорных обязательств между учреждениями здравоохранения и страховыми медицинскими организациями.

— контроль соблюдения инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан.

— оценку возможностей учреждений здравоохранения гарантировать требуемый уровень качества медицинской помощи.

— контроль правильности применения тарифов и соответствия, предъявляемых к оплате счетов выполненному объему медицинской помощи.

Важной проблемой обеспечения качества медицинской помощи, требующей незамедлительного решения, является множественность числа субъектов вневедомственного звена, отсутствие четкого разграничения их функций и, как следствие — дублирование последних. [28]

В настоящее время используется более десятка различных методов и соответствующих им средств контроля качества медицинской помощи. Основными средствами контроля следует признать медицинские стандарты, показатели деятельности ЛПУ, экспертная оценка.

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 качественно ее оказать.

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

Структурно-организационные стандарты устанавливают обязательные требования к условиям оказания медицинской помощи.

Экспертная оценка, 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.

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.

Экспертная оценка работы сестринского персонала позволяет выявить ошибки в работе, их причины, осуществить сравнительный анализ качества медицинской помощи при различных заболеваниях, в различных лечебно-профилактических учреждениях, разрабатывать мероприятия по улучшению качества оказания медицинской помощи (табл. 5).

Для повышения качества медицинской помощи, необходимо улучшить организацию работы медицинского персонала, структурные подразделения лечебно-профилактического учреждения 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.

Таблица 5 – Используемые и оптимальные средства контроля

| 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 |

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. [20]

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

- создать стандарты технологий, результатов; выработать требования, критерии должной работы – должностные инструкции, нормативы, правила.
- сопоставлять реальные результаты деятельности с выработанными стандартами и критериями, осуществлять мониторинг.
- принимать решения о необходимых мероприятиях по итогам контроля, например, внесение изменений в организацию работы – нагрузка, изменение объемов отдельных функций, повышение квалификации, либо изменение стандартов и требований.

Для предупреждения затруднений целесообразно создание системы управления качеством медицинской помощи и контроля текущих результатов на трех уровнях (табл. 6).

Таблица 6 – Уровни управления качеством медицинской помощи

| Уровни управления | Характеристика уровня |
|--|---|
| Индивидуальный уровень | <p>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.</p> <p>Принципиальное отличие системы управления и контроля текущих процессов – активный контроль на рабочем месте, который осуществляется выборочно и ежедневно. [20]</p> <p>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.</p> |
| Уровень лечебно-профилактического учреждения | <p>Оценка складывается из общей оценки деятельности всех индивидуальных уровней и степени достижения конечных результатов деятельности лечебно-профилактического учреждения</p> |
| Территориальный уровень | <p>Оценка системы здравоохранения на уровне территории. Целесообразна оценка отдельных служб – терапевтической, хирургической, педиатрической</p> |

Разделы контроля качества медицинской помощи представлены в следующем:

1. Оценка качества лечебно-диагностического процесса и его результативности (оценка качества работы врачей и медицинских сестер) - 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. 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. [16]

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, учитывающий выявленные дефекты и замечания.

3. Изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью – предусматривает регулярное проведение два раза в год социологического опроса по специальной анкете. По данным опроса больных вычисляется коэффициент социальной удовлетворенности. 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.

Таким образом, создание и развитие системы оценки персонала, является одним из главных компонентов успешной деятельности организации, отвечает требованиям современных явлений и обеспечивает развитие организации на основе увеличения эффективности труда работников.

2. АНАЛИЗ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И ОЦЕНКИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ СО «РЕФТИНСКАЯ БОЛЬНИЦА» ПОСЕЛКА РЕФТИНСКИЙ

2.1 Организационная структура «Рефтинской городской больницы»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Рефтинская городская больница», здания больницы расположены по адресу Свердловская область, город Асбест, поселок Рефтинский, улица Гагарина, 25. Обслуживаемым контингентом «Рефтинской городской больницы» является население городского поселка Рефтинский.

На месте нынешнего комплекса гаражей в лесу стояло 5 вагончиков, один из них здравпункт, этот вагончик впоследствии был в буквальном смысле этого слова перенесен на противоположный берег реки Рефт к площадке будущей Рефтинской ГРЭС.

Затем в построенном коттедже открылась амбулатория, где трудились фельдшера – Исакова О.М., Промышленникова М.Д., медсестры Буянова В.П., Вахрушева М.А., под руководством заведующей – фельдшера Мелентьевой Т.Г.

В 1966 году открылся зубной кабинет первым врачом, которого был – Буслаева А.Г.

В феврале 1967 года приступила к организации клинической лаборатории больницы лаборант Метелева Ф.С., проработавшая в этой должности 27 лет.

В марте 1967 года вступило в строй первое благоустроенное одноэтажное здание – в дальнейшем инфекционный корпус, где разместились служба скорой помощи фельдшера Исакова О.М., Брусницына Н.Н., кабинеты – зубной, хирургический, процедурный, терапевтический,

педиатрический, невропатолога и конечно регистратура, первым медрегистратором которой была Селезнева А.Г.

С июня 1967 года начало функционировать отделение на 15 коек, в том числе 5 коек – детских. Прибыли первые врачи: Хлебникова Н.А.- врач-терапевт, проработала в Медсанчасти более 20 лет, врач-педиатр Кетова А.Н.- заслуженный житель поселка Рефтинский, врач-педиатр Хорькова Т.И., врач-невролог - Мельниченко Л.А., врач-хирург Гуляев Н.С., врач-рентгенолог -Гуляева Н.Д., которая проработала в больнице более 30 лет.

Первым главным врачом Медсанчасти Рефтинской ГРЭС был назначен Пospelов А. М., по специальности врач-хирург. Затем, Спицына Е.Н., по специальности врач-терапевт.

Более 20 лет, проработал главным врачом Медсанчасти – Цымаркин Е.В. Во время его работы главным врачом были построены и начали функционировать родильный дом, новая поликлиника, было свое детское и инфекционное отделения.

С сентября 1994 года по ноябрь 2004 года главным врачом, уже Муниципального учреждения здравоохранения «Городская больница № 5» был, Струлис В.А. За период его работы был набран штат узких специалистов по совместительству из города Асбеста – врач-отоларинголог, врач - офтальмолог.

В 2004 году на должность главного врача больницы был принят Чадов А.А., проработав на этой должности четыре года, он очень многое успел сделать для больницы. Был полностью отремонтирован первый этаж поликлиники, где ремонта не было с самого пуска данного здания в эксплуатацию - с 1987 года. Отремонтировано и оснащено оборудованием отделение дневного стационара. Было приобретено новейшее медицинское оборудование для отделения реанимации и анестезиологии, операционного блока, отделения стоматологии, клинической лаборатории, функционально-диагностическое оборудование. Впервые за всю бытность больницы был полностью поменян твердый инвентарь в отделениях стационара. Большую

помощь в финансировании данных мероприятий оказывало руководство Рефтинской ГРЭС и администрации поселка.

В данный момент руководит больницей молодой перспективный специалист: И. о. главного врача Чакин Олег Александрович. Его помощниками также являются молодые, грамотные специалисты: заведующий хирургическим отделением - Диденко Алексей Михайлович, заведующий терапевтическим отделением - Акуленко Антон Валерьевич, заведующий педиатрическим отделением - Аджамян Аракел Великович, заведующий поликлиникой – Кожевникова Ольга Муртазовна.

В 2017 году «Рефтинская городская больница» будет отмечать 50 лет со дня открытия лечебно-профилактического учреждения. Большая часть сотрудников будет представлена к почетным грамотам, за добросовестную работу, за многолетний стаж работы в данном учреждении.

На базе «Рефтинской городской больницы» предоставляются как бесплатные, в рамках программы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий, так и платные медицинские услуги. В рамках платных медицинских услуг можно получить консультации специалистов, лабораторные, диагностические, лечебные и прочие виды услуг.[31]

«Рефтинская городская больница» оснащена современным лечебным и диагностическим медицинским оборудованием. В учреждении постоянно внедряются достижения современной науки и техники, профилактические методики. Обслуживание ведут высококвалифицированные специалисты. На базе учреждения созданы все условия для оказания различных видов медицинской, организационно методической и консультативной помощи.

В работе организации применяются самые современные информационные технологии. Для удобства пациентов в работе широко используется возможность электронной записи к врачу онлайн через международную сеть Интернет, в том числе, в «Рефтинскую городскую больницу» записаться к врачу можно и при помощи сервиса "Электронная

регистратура". Кроме населения Свердловской области, здесь так же могут получить помощь и жители других регионов.

В структуре «Рефтинской городской больницы» в комплексе, присутствуют стационарные отделения и поликлинические кабинеты, позволяющие получить качественную помощь по различным направлениям. Диагностическую и параклиническую службу представляют кабинет рентгенографии, клинико-диагностическая лаборатория, физиотерапевтический кабинет и другие структурные подразделения.

2.2. Кадровый состав ГБУЗ СО «Рефтинской городской больницы»

Анализ кадрового состава организации и разработка эффективной кадровой политики призваны создавать условия для мотивации, более высокой производительности труда и удовлетворенности своей работой.

Структурная характеристика трудовых ресурсов персонала определяется составом и количественным соотношением отдельных категорий работников данной организации.

Осознание необходимости изучения состава кадров «Рефтинской больницы» позволит использовать имеющийся потенциал трудовых ресурсов на повышение эффективности работы в целом.

«Рефтинская городская больница» является многопрофильным лечебным учреждением, в штате данного учреждения 203 (100%) человека, из них 187 (92%) женщин и 16 (8%) мужчин, каждый из них выполняет свою работу в соответствии со своей должностью и ставкой, которые, регламентируются штатным расписанием.

В штате данного учреждения 36 (18%) врачей, 76 (37%) медицинских сестер, 38 (19%) младшего персонала (табл. 7)

Таблица 7 – Показатели укомплектованности кадрами

| Наименование | Штатные единицы | Занятые единицы | Укомплектованность (%) |
|---------------------|-----------------|-----------------|------------------------|
| Врачи | 41,0 | 36,0 | 88 |
| Средний медперсонал | 82,0 | 76,0 | 93 |
| Младший медперсонал | 38,0 | 38,0 | 100 |
| Прочие | 42,0 | 42,0 | 100 |
| Итого | 203,0 | 192,0 | 95 |

Проанализировав данные таблицы укомплектованность медицинскими работниками в «Рефтинской городской больнице» достигается за счет совместительства должностей, что приносит ущерб здоровью медицинского персонала, снижает качество работы и эффективность медицинской помощи. Большая часть сотрудников работают уже больше 15 лет в данной организации и не собираются менять свое место работы.

Таблица 8 – Структура медицинского персонала по возрасту

| Возраст сестринского персонала | Количество человек |
|--------------------------------|--------------------|
| До 20 лет | 3 |
| 20 – 23 года | 11 |
| 23 – 35 лет | 21 |
| 35 – 45 лет | 37 |
| 45 - 69 лет | 4 |

По данным таблицы (табл. 8) преобладает персонал в возрасте от 35 – 45 лет – 37 (49%) человек. Только 3 (4%) составляет укомплектованность молодыми специалистами. Самому пожилому работнику в «Рефтинской больнице» 69 лет, а самому молодому – 19 лет. Средний возраст работающего в больнице персонала составляет 39 лет, а средний стаж работников – 22 года.

Укомплектованность работника со стажем менее 5 лет составляет 6 (8%). Самый больший показатель укомплектованности персонала, стаж работы от 16 – 25 лет 31 (41%). И работники со стажем более 25 лет составляют 25 (33%).

В организации преобладают работники с большим стажем работы. В данной организации имеется нехватка квалифицированного среднего медицинского персонала, от качества работы, которых целиком зависит душевное и нервное здоровье пациент (табл. 9).

Таблица 9 – Стаж работы сестринского персонала «Рефтинской больницы»

| Стаж работы | Количество человек |
|----------------|--------------------|
| Менее 5 лет | 6 |
| От 5 – 15 лет | 14 |
| От 16 – 25 лет | 31 |
| Более 25 лет | 25 |

Исходя из полученных данных видно, что 21 (27%) медицинских сестер имеют высшую квалификационную категорию, первую квалификационную категорию 26 (34%), вторую квалификационную категорию 23 (30%). Уровень квалификации и профессиональный уровень среднего медицинского персонала считается высоким и составляет 69 (91%) (табл. 10).

Таблица 10 – Квалификационные категории сестринского персонала

| | |
|---|----|
| Всего физических лиц | 76 |
| Имеют сертификат специалиста | 76 |
| Имеют 1 квалификационную категорию | 26 |
| Имеют 2 квалификационную категорию | 23 |
| Имеют высшую квалификационную категорию | 21 |

Таким образом, укомплектованность медицинскими работниками достигается за счет совместительства, что негативно сказывается на эффективности предоставления медицинской помощи. В организации преобладают работники с большим стажем работы. В данной организации имеется нехватка квалифицированного среднего медицинского персонала, от качества работы, которых целиком зависит душевное и нервное здоровье пациента. При анализе квалификационной категории сестринского персонала, уровень сестринского персонала «Рефтинской больницы» считается высоким.

2.3. Материалы и методы исследования

Провести исследование по всей ГБУЗ СО «Рефтинской городской больнице» достаточно трудоемко по времени, поэтому исследование проводилось только в поликлинике и пациенты, которые находились на амбулаторном лечении.

Цель данного исследования проанализировать оценку качества работы медицинских сестер в поликлинике «Рефтинской городской больницы» и разработать рекомендации по ее совершенствованию.

В исследовании использованы следующие методы: анкетирование, анализ нормативно-правовой базы, статистический метод.

Анализ документов включал в себя правильность заполнения учетно-отчетной документации «Рефтинской городской больницы». Заполненные в соответствии со стандартами бланки отражают объем и характер деятельности организации. Ведение медицинской документации в поликлинике, необходимо для дальнейшего планирования мероприятий, направленных на улучшение состояния здоровья и оказание качественной медицинской помощи населению. Кроме того, обеспечивается поступление статистической информации в органы управления здравоохранением на различных уровнях. Соблюдая правила ведения первичной медицинской документации, специалисты «Рефтинской городской больницы» способствуют формированию адекватной оценки эффективности деятельности учреждения.

Анкетирование один из основных видов опросных методов для получения эмпирической информации, касающейся объективных факторов, знаний, оценок, мнений. Особенностью анкетирования является опосредованный характер взаимодействия между исследователем и респондентом. Анкета разрабатывается исследователем для определенных респондентов. К достоинствам анкеты относятся: возможность охвата больших групп, минимальное влияние исследователя на респондента. С

другой стороны – невозможность контролировать процесс заполнения анкеты, влияние со стороны окружения.

Проводилось анкетирование пациентов поликлиники «Рефтинской городской больницы». Изучение мнения проводилось по специальной анкете, включающей 17 вопросов об удовлетворенности населения качеством труда медицинского персонала, об их личностных качествах, о материально-техническом оснащении поликлиники и другие вопросы (прил. 1). В анкетировании принимало участие 86 пациентов. В ходе опроса пациенты имели возможность прокомментировать основные требования к работе медицинского персонала, высказать свои предложения и замечания по улучшению качества медицинской помощи.

Проводилось анкетирование сестринского персонала работающего в данной организации. Анкета для среднего медицинского персонала состояла из 19 вопросов: об удовлетворенности качеством своей работы, качестве оценки персонала руководителем, о личностных качествах, профессиональных знаниях. В анкетировании приняли участие 24 медицинские сестры (прил. 2).

С целью изучения отношения врачей о работе среднего медицинского персонала была разработана анкета (прил. 3), в которой предлагалось ответить на целый ряд вопросов, касающихся сестринской деятельности. В анкетировании приняли участие 10 врачей и 2 фельдшера.

Организация статистического исследования в данном исследовании делится на - стадию знакомства с учетно-отчетной документацией, что позволяет получить представление о правильности оформления, выбрать адекватную методику исследования респондентов; стадию наблюдения при анкетировании; статистическую группировку и сводку полученных данных; счетную обработку по критериям; литературное и графическое оформление полученных данных исследования.

2.4. Анализ механизма оценки качества, работы среднего медицинского персонала ГБУЗ СО «Рефтинская городская больница»

Контроль качества работы медицинских сестер в ГБУЗ СО «Рефтинская городская больница» осуществляет старшая медицинская сестра. К 25 числу каждого месяца, старшая медицинская сестра предоставляет данные на комиссию по оценке качества работы медицинского персонала за месяц. В состав комиссии входят: главный врач, заместитель главного врача по лечебной части, заместитель главного врача по экономическим вопросам, начальник отдела кадров, заведующие отделениями, главная медицинская сестра. Комиссия по оценке качества работы среднего медицинского персонала решает вопрос о распределении финансовых средств по итогам работы за качество выполняемых работ.

Старшая медицинская сестра оценку качества работы среднего медицинского персонала осуществляет на основании разработанных критериев, эффективности деятельности работы среднего медицинского персонала (прил. 4).

Оценка проводится по следующим показателям:

Своевременность и полнота выполнения врачебных назначений. Оценивается на основании замечаний со стороны врачей отделений, участковых врачей, нарушения фиксируя в журнале учета замечаний медицинским сестрам.

Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима. Старшая медицинская сестра контролирует соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, проводя еженедельный обход поликлиники, отделений, с целью выявления нарушений.

Соблюдение трудовой дисциплины медицинской этики и деонтологии, оценивается методом наблюдения. Старшая медицинская сестра контролирует соблюдение внутреннего распорядка, фиксирует опоздавших и отсутствующих на рабочем месте. Соблюдение правил этики и деонтологии,

оценивает по наличию устных и письменных жалоб пациентов или врачей и записей в книге «Отзывов и предложений», которая находится в доступном месте для пациентов.

Качественное ведение медицинской документации. Этот критерий старшая медицинская сестра осуществляет методом контроля заполнения и ведения медицинской документации.

Соблюдение требований по сбору и утилизации медицинских отходов. Старшая медицинская сестра методом наблюдения осуществляет контроль над медицинскими сестрами по использованию средств индивидуальной защиты, по работе с опасными медицинскими отходами класса «Б». В оценке качества этого критерия используются данные журнала аварийных ситуаций.

Старшая медицинская сестра контролирует соблюдение техники безопасности, один раз в полгода проводит инструктаж по технике безопасности под роспись, фиксируя проведенные инструктажи в журнале. Старшая медицинская сестра контролирует соблюдение правил пожарной безопасности.

Все нарушения в работе медицинских сестер фиксируются в журнале учета замечаний медицинскими сестрами. Еще одним из методов проведения контроля и оценки качества работы среднего медицинского персонала является проведение административных обходов, которые проводятся по плану ГБУЗ СО «Рефтинская городская больница».

Административные обходы проводит комиссия, в состав которой входит: главный врач, зам главного врача по лечебной части, заведующий, главная медицинская сестра по оценке качества работы среднего медицинского персонала. Замечания фиксируются в журнале административных обходов и устанавливаются сроки исправления замечаний. В указанный срок проводится повторный административный обход, по устранению ране выявленных замечаний.

2.4.1. Анкетирование по вопросам удовлетворенности пациентов качеством труда медицинского персонала

Исследование в ГБУЗ СО «Рефтинская городская больница» проводилось с использованием следующих основных методов: социологического, статистического. Социологическое исследование проводилось по разработанным анкетам, путем анонимного анкетирования. Статистическое исследование заключалось в обработке полученных данных.

С целью изучения мнения населения о качестве труда медицинского персонала поликлиники было проведено анкетирование пациентов. Изучение мнения проводилось по специальной анкете, включающей 17 вопросов об удовлетворенности населения качеством труда медицинского персонала, об их личностных качествах, о материально-техническом оснащении поликлиники и другие вопросы (прил. 1).

В анкетировании принимало участие 86 (100%) пациентов (табл. 11). В ходе опроса пациенты имели возможность прокомментировать основные требования к работе медицинского персонала, высказать свои предложения и замечания по улучшению качества медицинской помощи.

Таблица 11 – Личные данные респондента

| Данные респондента | | | | | |
|------------------------|--------------------|-----------|--------------------|-------------------|--------------------|
| По полу принадлежности | Количество человек | Возраст | Количество человек | Социальный статус | Количество человек |
| Женщины | 54 | 20-39 лет | 29 | Рабочие | 32 |
| Мужчины | 32 | 40-59 лет | 43 | Пенсионеры | 28 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | Старше 60 | 14 | Неработающий | 26 |

Исследовательские данные показали (рис. 1) из числа опрошенных респондентов 27 (66%) отметили наиболее важную роль в деятельности медицинской сестры – профессиональные знания и умения, 23 (27%), - психология общения, 6 (7%) отметили внешний вид.

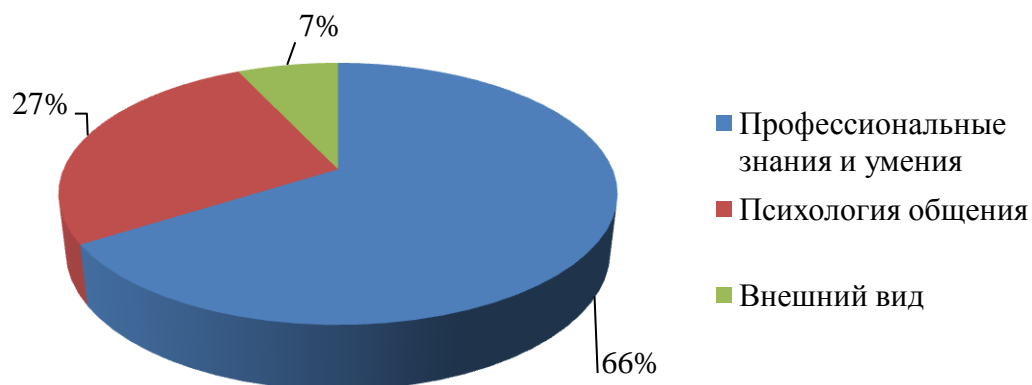


Рисунок 1 – Распределение мнений респондентов о важной роли медицинской сестры

Из полученных данных 74 (86%) пациента оценили внешний вид медицинских сестер как хороший, 12 (14%) - удовлетворительный. Удовлетворены психологией общения медицинской сестры с пациентом 71 (83%) опрошенных, 15 (17%) отметили, что иногда сталкиваются с равнодушием со стороны медицинских сестер.

Среди моральных качеств, которыми должна обладать медицинская сестра на первое место пациенты поставили внимательность 53 (62%), отзывчивость 18 (21%), заботливость 15 (17%) (рис. 2).

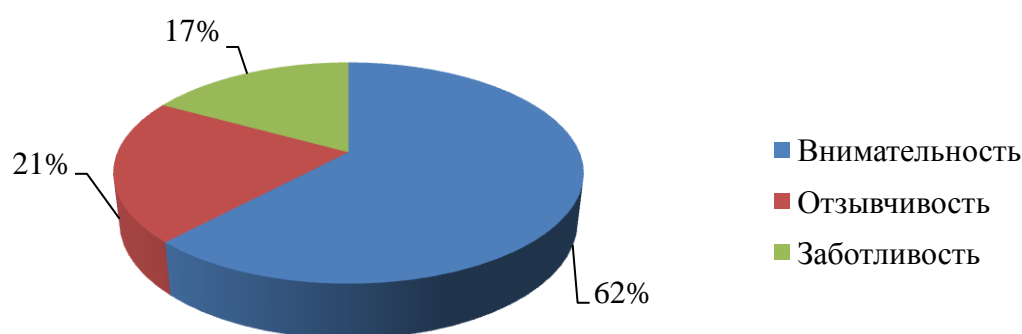


Рисунок 2 – Моральные качества медицинской сестры

Полученные данные респондентов 72 (84%) оценили качество работы медицинских сестер как удовлетворительное, но несмотря на хороший

процент удовлетворенности работой медицинского персонала, 14 (16%) опрошенных респондентов не удовлетворены качеством работы медицинских сестер (рис. 3).

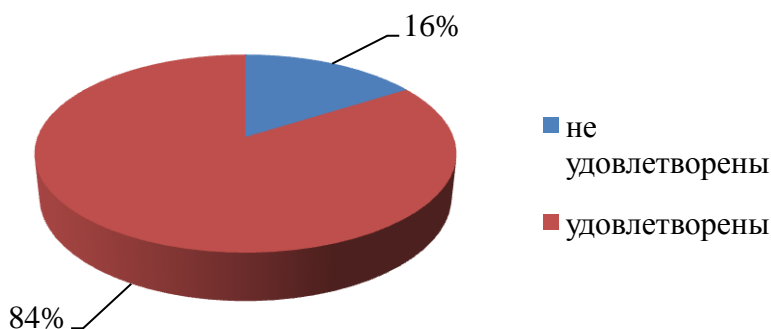


Рисунок 3 – Удовлетворенность респондентов качеством работы медицинских сестер

Среди основных факторов, отрицательно влияющих на качество труда медицинских сестер, респонденты отметили: 55 (64%) - большая нагрузка на медицинских сестер, 14 (16%) - несогласованность работы с врачом (рис. 4).

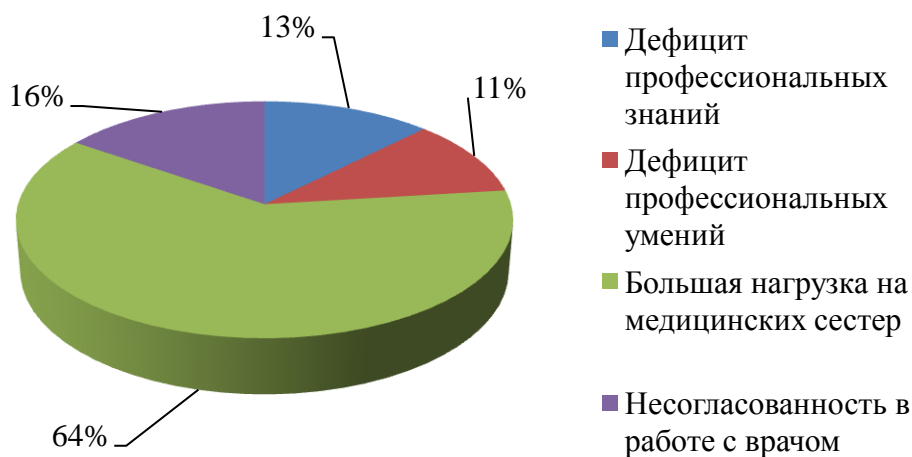


Рисунок 4 – Причины низкого качества работы медицинских сестер, по мнению респондентов

Таким образом, проведенные исследования показали следующее:

1. Укомплектованность медицинскими работниками достигается за счет совместительства, что негативно сказывается на эффективности предоставления медицинской помощи.

2. По мнению респондентов наиболее важную роль в деятельности медицинской сестры играют профессиональные знания и умения.

3. Среди моральных качеств, которыми должна обладать медицинская сестра респонденты отметили внимательность.

4. Среди причин низкого качества работы медицинских сестер с пациентами, опрошенные отметили большую нагрузку на медицинских сестер, и несогласованность с врачом.

5. Определена высокая удовлетворенность 72 (84%) респондента качеством и условиями работы медицинских сестер, установлены пути повышения качества оказываемой сестринской помощи: увеличение штата медицинского персонала, справедливое материальное стимулирование за достигнутые результаты труда, увеличение времени общения медицинских работников с пациентами.

2.4.2. Удовлетворенность медицинских сестер ГБУЗ СО «Рефтинской больницы» оценкой качества и условиями работы

Исследование в ГБУЗ СО «Рефтинская городская больница» проводилось с использованием следующих основных методов: социологического (анкетирование), статистического. Социологическое исследование проводилось по разработанным анкетам, путем анонимного анкетирования. Статистическое исследование заключалось в обработке анкет.

Анкета для среднего медицинского персонала состояла из 19 вопросов: об удовлетворенности качеством своей работы, качестве оценки персонала руководителем, о личностных качествах, профессиональных знаниях. В анкетировании приняли участие 24 (100%) медицинские сестры (прил. 2).

Состав среднего медицинского персонала составляют женщины, что говорит о женском коллективе ГБУЗ СО «Рефтинской городской больнице». Проанализировав полученные данные, средний возраст сотрудников составил 42 года, что говорит о возрастном, опытном составе среднего медицинского персонала (табл. 12).

Таблица 12 – Возрастная характеристика респондентов

| Возрастные группы | Средний медицинский персонал | % соотношение |
|-------------------|------------------------------|---------------|
| 20-24 года | 4 | 16.7 |
| 25-29 лет | 3 | 12.5 |
| 30-39 лет | 9 | 37.5 |
| 40-49 лет | 1 | 4.2 |
| 50-54 года | 3 | 12.5 |
| 55-59 лет | 2 | 8.3 |
| 60-69 лет | 2 | 8.3 |

Большая часть медицинского персонала состоит в браке, имеют детей. Полученные данные свидетельствуют о том, что перемещение трудовых ресурсов в другие города не будет осуществляться за счет благополучия в семье (рис. 5).

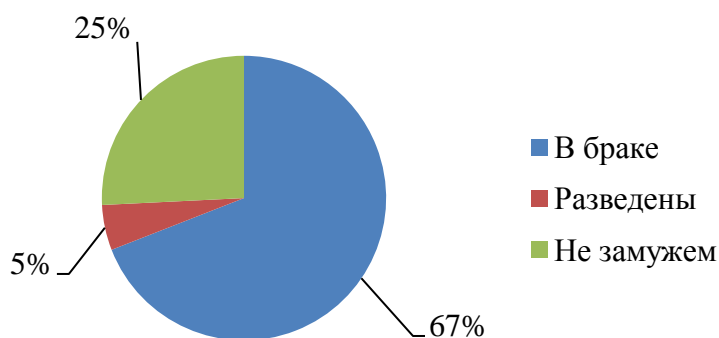


Рисунок 5 – Семейное положение респондентов

В анкетировании приняли участие 4 (17%) процедурные медицинские сестры, 2 (8%) перевязочные, 8 (33%) участковых медицинских сестер, и 10 (42%) медицинских сестер общей практики.

В ходе анкетирования, был выявлен стаж работы среднего медицинского персонала. Из полученных данных средний стаж работы в данной должности, в данном учреждении и в здравоохранении составляет 11 лет, что говорит о постоянстве коллектива и о ценности к своей профессии (табл.13).

Таблица 13 – Стаж работы медицинского персонала

| Стаж работы | В данной должности (кол-во человек) | В данном учреждении (кол-во человек) | В здравоохранении (кол-во человек) |
|--------------|--|---|---------------------------------------|
| До 1 года | 2 | 2 | 2 |
| 1-5 лет | 6 | 7 | 4 |
| 6-10 лет | 3 | 3 | 5 |
| 11-15 лет | 4 | 4 | 6 |
| Свыше 15 лет | 9 | 8 | 7 |

На вопрос из анкетирования о том, кто наиболее точно может оценить текущие результаты и качество работы, большая часть респондентов ответили старшая медицинская сестра, так как только она знает все тонкости должностных обязанностей своих работников (рис. 6).

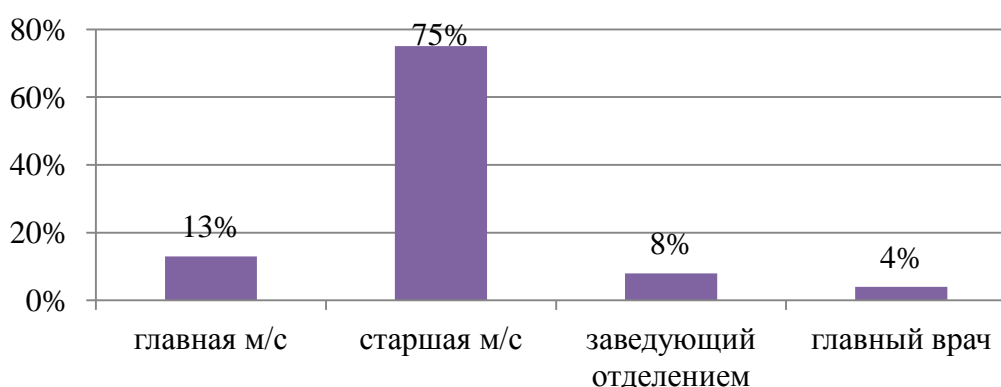


Рисунок 6 – Распределение ответов респондентов, о рациональной оценке работы среднего медицинского персонала

По мнению среднего медицинского персонала, несовершенство качества деятельности медицинского персонала, объясняется большей степенью загруженностью 5 (21%), несовершенством работы аппаратуры 2

(8%), отсутствием необходимого инструментария 4 (17%), выполнением несвойственных функций 13 (54%) (рис. 7).

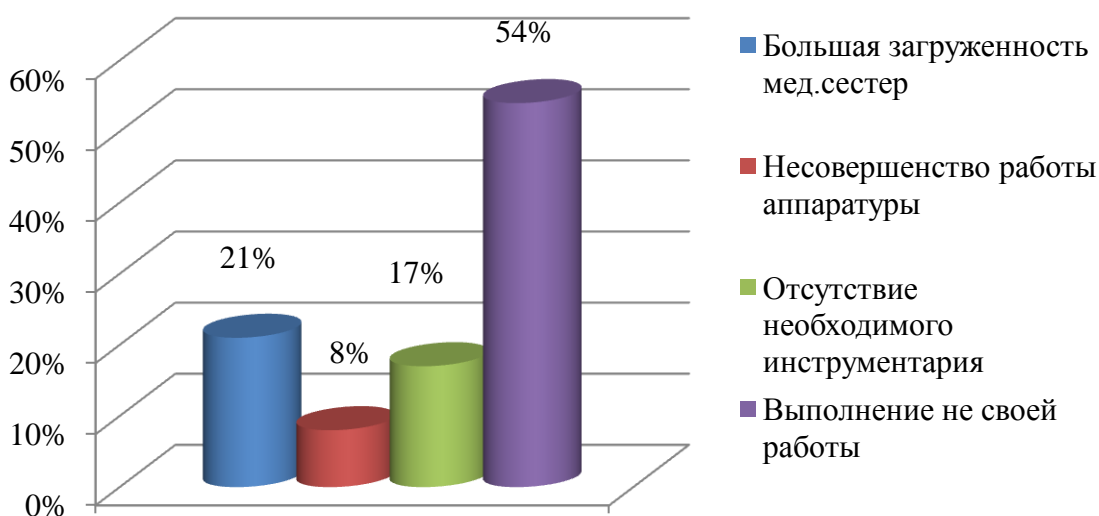


Рисунок 7 – Несовершенство качества оказываемой медицинской помощи, по мнению медицинского персонала

Показатели самооценки свидетельствуют о необходимости совершенствования организации сестринской помощи, повышения ответственности и дисциплины.

Из опрошенных сестер 6 (25%) признались в нарушениях трудовой дисциплины. Наиболее частыми нарушениями трудовой дисциплины являются: опоздания 4 (17%) на работу и уход с работы раньше окончания смены 2 (8%), и по мнению 18 (75%) опрошенных, они не нарушают трудовой дисциплины (рис. 8).

Нарушения трудовой дисциплины, по мнению респондентов, чаще связаны с ослаблением контроля работы сестринского персонала со стороны старшей сестры и отсутствием системы наказаний за проступки. Порицание сводится к устному замечанию.

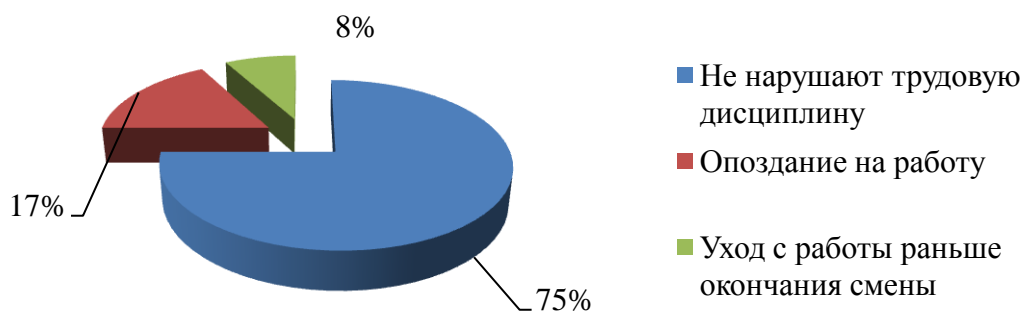


Рисунок 8 – Показатели нарушения трудовой дисциплины медицинским персоналом

По мнению опрошенных медицинских сестер, достижению образцовой дисциплины самые значительные недостатки: в руководстве коллективом 11 (46%), нечуткое отношение к бытовым нуждам работников 9 (38%), неблагоприятный социально-психологический климат 7 (29%), снисходительное отношение к нарушителям дисциплины и слабая воспитательная работа 7 (29%) (рис. 9).

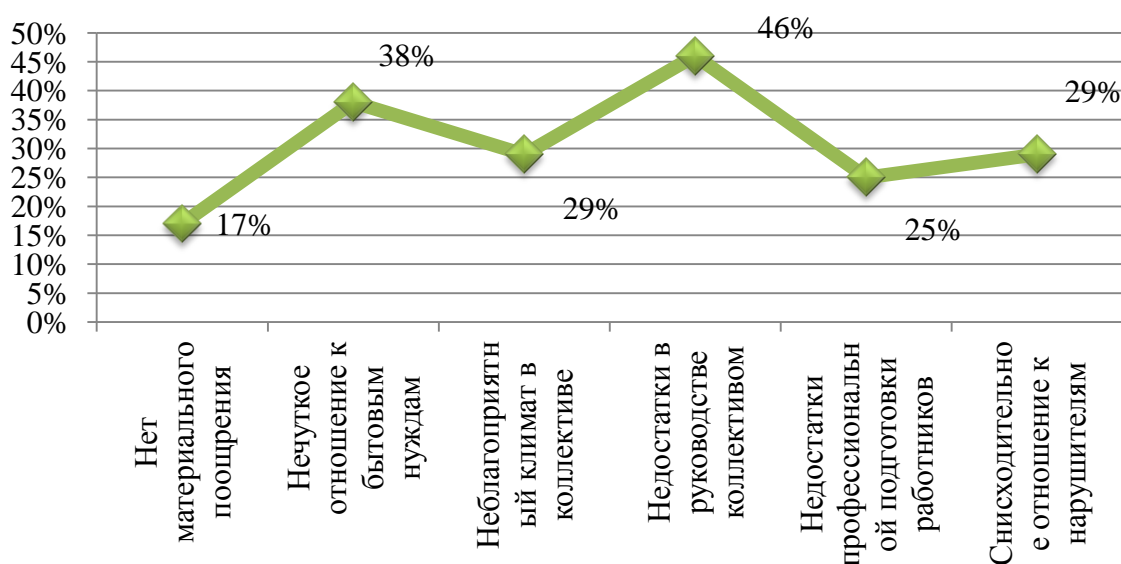


Рисунок 9 – Мнения респондентов, о недостатках достижения образцовой дисциплины в организации

В ходе анкетирования, был выявлен самый важный стимул качественной работы среднего медицинского персонала – ответственность

перед пациентами и их родственниками, качественное оказание медицинской помощи 17 (71%), профессиональные результаты 4 (17%), признание руководством «Рефтинской городской больницы» 3 (12%) (рис. 10).

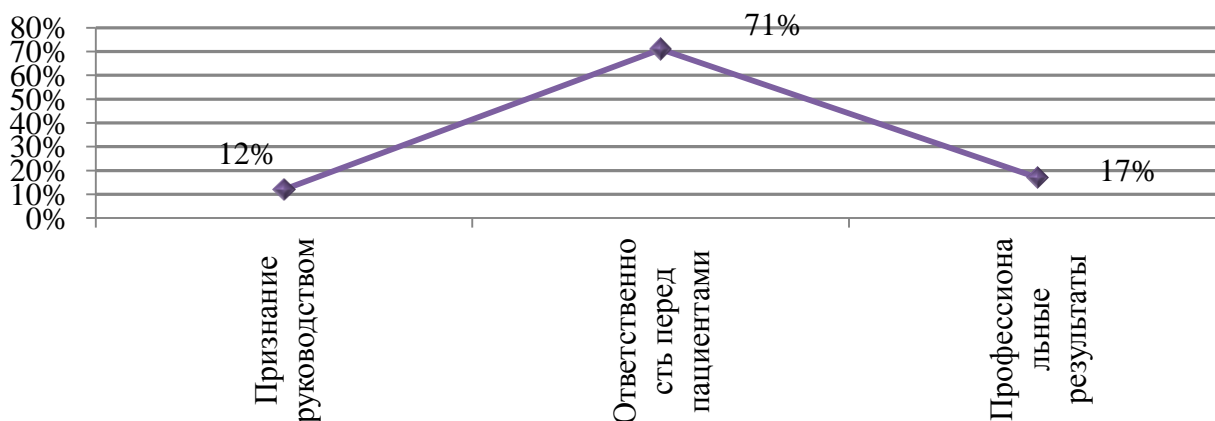


Рисунок 10- Мнения респондентов о стимуле, отвечающем за качественную работу

Респонденты ценят свою работу, из-за отсутствия другого места работы, по своей специальности 9 (38%) респондентов. Хороший трудовой коллектив и удобный график работы оценили 6 (25%), 4 (17%) посчитали наиболее важным в своей работе удобное месторасположение «Рефтинской городской больницы», и 5 (20%) важным фактором своей работы считают удобный график (рис. 11).

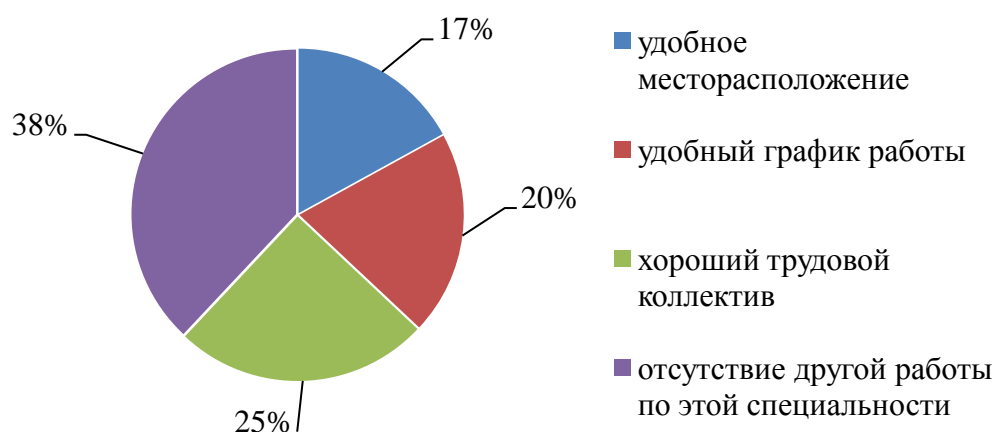


Рисунок 11 – Распределение мнений респондентов, о ценностях в своей работе

Таким образом, из проведенного исследования респондентов, можно сделать определенные выводы:

1. Проанализировав полученные данные, средний возраст сотрудников составил 42 года, что говорит о возрастном, опытном составе среднего медицинского персонала.

2. Из полученных данных средний стаж работы в данной должности, в данном учреждении и в здравоохранении составляет 11 лет, что говорит о постоянстве коллектива и о ценности к своей профессии.

3. На вопрос о том, кто наиболее точно может оценить текущие результаты и качество работы, большая часть респондентов ответили старшая медицинская сестра, так как только она знает все тонкости должностных обязанностей своих работников.

4. Нарушения трудовой дисциплины, по мнению респондентов, чаще связаны с ослаблением контроля работы сестринского персонала со стороны старшей сестры и отсутствием системы наказаний за проступки. Пороицание сводится к устному замечанию.

5. Большая часть респондентов ценит свою работу, из-за отсутствия другого места работы, по своей специальности. Большая часть опрошенных в своей работе ценят хороший трудовой коллектив и удобный график работы.

6. В ходе анкетирования, был выявлен самый важный стимул качественной работы среднего медицинского персонала – ответственность перед пациентами и их родственниками, качественное оказание медицинской помощи 17 (71%), профессиональные результаты 4 (17%), признание руководством «Рефтинской городской больницы» 3 (12%).

2.4.3. Исследование удовлетворенности врачей качеством работы среднего медицинского персонала

С целью изучения отношения врачей о работе среднего медицинского персонала была разработана анкета (прил. 3), в которой предлагалось ответить на целый ряд вопросов, касающихся сестринской деятельности. В анкетировании приняли участие 10 (83%) врачей и 2 (17%) фельдшера. Среди опрошенных врачи терапевтического профиля составили 4 (33%) респондента, врачи хирургического профиля 2 (17%) респондента, врачи педиатрического профиля 4 (33%) респондента, фельдшера 2 (17%) респондента (рис. 12).

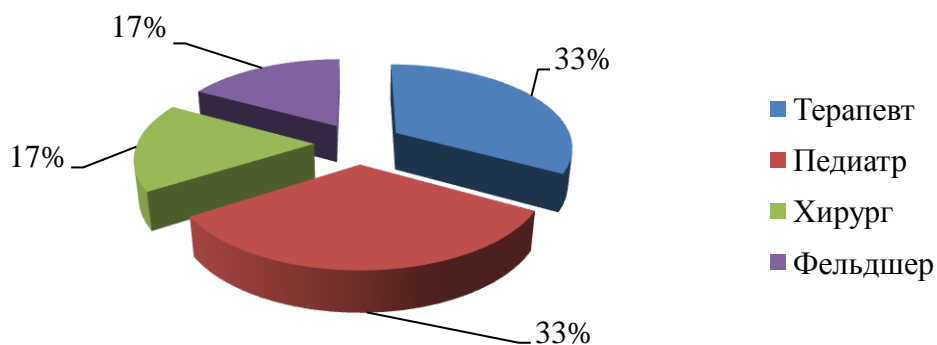


Рисунок 12 – Профиль занимаемой должности
опрошенных респондентов

Возраст врачей и фельдшеров респондентов колебался от 34 до 66 лет. Большинство из них – врачи (фельдшера) в возрасте от 34 до 44 лет – 3 (25%), от 45 до 55 лет 2 (17%), от 56 до 66 лет 7 (58%) опрошенных (рис. 13).

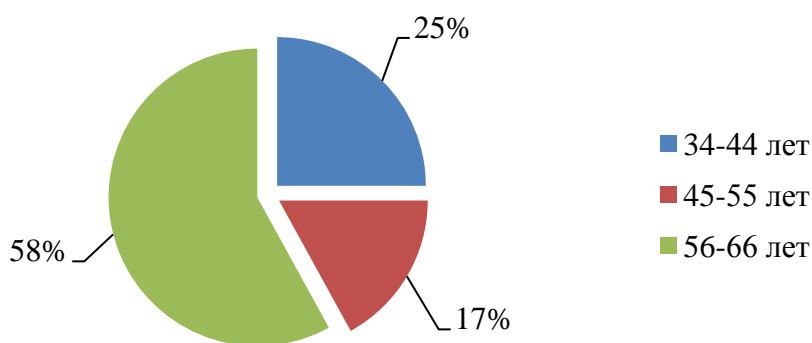


Рисунок 13 – Возрастная характеристика респондентов

Общий врачебный стаж работы опрошенных составил: от 5 до 9 лет – 3 (25%) человека, от 10 до 15 лет – 2 (17%) человека, от 15 и более – 7 (58%) человек. Высшую квалификационную категорию имели 5(42%) врачей, первую квалификационную категорию 4 (33%) врача, вторую – 2 (17%) врача, не имели категории –1 (8%) врач (рис. 14).

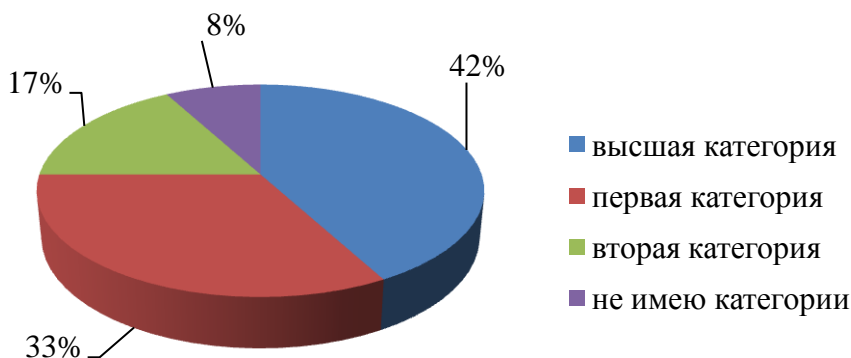


Рисунок 14 – Квалификационная категория опрошенных врачей

По мнению большинства опрошенных респондентов, медицинская сестра в своей медицинской помощи находится в равных долях с врачом 6 (50%), 3 (25%) опрошенных считают, что медицинская сестра имеет индивидуальность и самостоятельность в работе (рис. 15).



Рисунок 15 – Мнения респондентов, о роли медицинской сестры при оказании медицинской помощи

При оценке качества работы сестринского персонала в 6 (50%) случаях врачи отметили ее как очень хорошую, в 4 (33%) – как хорошую, в 2 (17%) случаях – как удовлетворительную.

Из числа опрошенных врачей 7 (58 %) отметили, что на качество выполнения сестринской помощи влияет отсутствие у медицинских сестер знаний психологии и неумение общаться с больными, 3 (25 %) полагают, что у медсестер недостаточный уровень профессиональных умений и навыков, 2 (17%) недостаточно времени на оказание медицинской помощи (рис. 16).

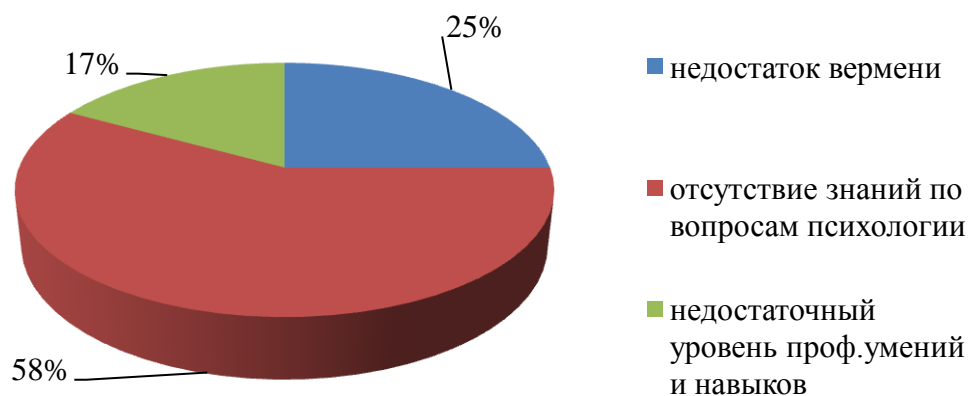


Рисунок 16 – Причины, влияющие на качество выполнения сестринской медицинской помощи, по мнению респондентов

Оценили организованность сестринского персонала как очень хорошую 5 (42%), хорошую 4 (33%), удовлетворительную – 3 (25 %) врачей. На вопрос, соответствует ли численность и состав сестринского персонала объему и сложности работ, 2 (17 %) врачей ответили, что соответствует, 4 (33%) - соответствует частично, 6 (50%) - не соответствует.

Основными причинами, мешающими сестринскому персоналу быть удовлетворенным своим трудом, по мнению врачей, является следующее: несоответствие уровня оплаты интенсивности труда 1 (8%); не достаточная материальная база 1 (8%); чрезмерная нагрузка 6 (50%); равнодушное отношение общества к труду медсестры 2 (17%); не сложившиеся отношения с руководством 2 (17%)(рис. 17).



Рисунок 17– Причины, по мнению респондентов, мешающие сестринскому персоналу быть удовлетворенным своим трудом

Врачам было предложено оценить также целесообразность ведения медицинской сестрой точных записей своих действий по каждому пациенту. 11 (92%) респондентов отметили полное выполнение медицинской сестрой всех назначений врача, 1 (8%) респондент отметил частичное выполнение (рис. 18).

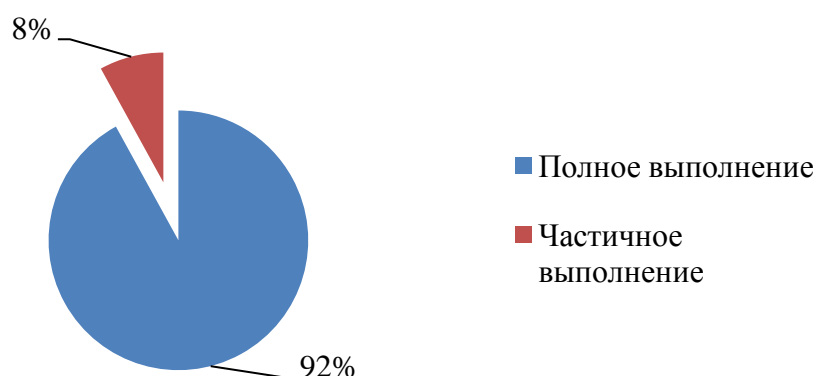


Рисунок 18– Целесообразность ведения медицинской сестрой точных записей своих действий по каждому больному

По мнению врачей, сбор анамнеза, первичный осмотр больного при поступлении, фиксирование медицинской сестрой своих действий в сестринской истории болезни - путь к превращению медицинской сестры из простого исполнителя назначений в коллегу, единомышленника врача, что в конечном итоге отразится на повышении качества лечения больного.

Таким образом, исследование показало, что большая часть врачей в целом удовлетворена работой медицинских сестер. Однако роль и функции медицинских сестер в лечебном процессе нуждаются в переосмыслении и переработке, в частности, следует пересмотреть нагрузку медицинских сестер. Из числа опрошенных врачей 7 (58 %) отметили, что на качество выполнения сестринской помощи влияет отсутствие у медицинских сестер знаний психологии и неумение общаться с больными, 3 (25 %) полагают, что у медсестер недостаточный уровень профессиональных умений и навыков, 2 (17%) недостаточно времени на оказание медицинской помощи. По мнению большинства опрошенных респондентов, медицинская сестра в своей медицинской помощи находится в равных долях с врачом 6 (50%), 3 (25 %) опрошенных считают, что медицинская сестра имеет индивидуальность и самостоятельность в работе.

3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ГБУЗ СО «РЕФТИНСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»

В настоящее время одна из главных задач для лечебно-профилактического учреждения – правильно оценить потенциал своих сотрудников и результаты их качественной деятельности.

Метод оценки персонала «360 градусов» начали активно применять на Западе в 90-е года.

В основе метода лежит анализ компетенций «со стороны». Это значит, что всё рабочее окружение: руководители, подчиненные, коллеги, пациенты, должны оценить деловые качества человека в соответствии с предлагаемой шкалой. Ко всему прочему, непосредственно сотруднику дается задача оценить себя самостоятельно. Это требование является обязательным.

Главными критериями данного метода оценки персонала являются основополагающие качества сотрудника и рабочие ситуации, как стандартные, так и специфические. [12]

Сначала, проводится установочная лекция с руководителем организации, во время которой определяются основные компетенции для оценки медицинского персонала, а также выявляются иные потенциальные области для мониторинга.

Затем для работников организуется презентация-знакомство с данным методом оценки персонала и его целями. Все это делается для того, чтобы правильно подготовить участников к предстоящему анкетированию.

Далее происходит заполнение анкет. Происходит это анонимно - оценивающий не побоится поставить определенный балл своему коллеге по тому или иному параметру, а оцениваемый никогда не узнает, как повлияла на общие результаты та или иная оценка.

В завершении все собранные данные обрабатываются и анализируются, руководству предоставляется детальная отчетность с итогами проведенного анкетирования.

Результаты методики «360 градусов» информируют руководителей о занимаемой должности медицинского работника, уровне компетенций медицинского работника, сможет работник адаптироваться в коллективе, возможность для пополнения кадрового резерва «Рефтинской городской больницы», перспективы для развития навыков и карьерного роста среднего медицинского персонала «Рефтинской городской больницы».

Данный метод оценки персонала позволяет максимально эффективно определить поле для саморазвития сотрудника, сфокусировать его внимание на навыках, требующих проработки, указать на проблемные места в оказании качественной медицинской помощи .

При максимуме анонимности оценка является достоверной. Это связано с тем, что все деловое сообщество защищено некой маской и получает весьма редкий шанс сказать всю правду о коллегах, не боясь ухудшения отношений в коллективе.

Стоит отметить, что даже самое примитивное анкетирование по методу «360 градусов» может сообщить о работниках гораздо больше, чем принято считать.

Цель исследования: разработка рекомендаций по совершенствованию оценки качества деятельности сотрудников при оказании медицинской помощи по методу «360 градусов» в «Рефтинской городской больнице».

Объект исследования – процесс оценки персонала в организации.

Предмет исследования – управленческие отношения, возникающие в процессе оценки персонала.

Объект наблюдения – средний медицинский персонал ГБУЗ СО «Рефтинская городская больница».

Как показал анализ системы оценки персонала и проведенный опрос работников, в «Рефтинской городской больнице» проводится

систематический анализ сотрудников при оказании качественной медицинской помощи старшей медицинской сестрой. В настоящее время применяются методики, не способные объективно оценить каждого сотрудника. В связи с выявленными проблемами совершенствование системы оценки качества деятельности среднего медицинского персонала необходимо произвести по следующим направлениям:

- проведение оценки на основе метода «360 градусов» или «Круговая оценка»,
- разработка оценочного листа (анкеты) на основании рекомендуемого метода оценки «360 градусов».

Обоснованием для совершенствования системы оценки и внедрения предлагаемых мероприятий помимо проведенного анализа являются результаты опроса сотрудников на тему удовлетворенности качеством выполняемой работы и их действующей системой оценки. Результаты проведенного опроса сотрудников сводятся к мнению, что оценка результатов их работы является не объективной. В ходе проведенного исследования, была разработана анкета для проведения опроса «методикой 360 градусов» (прил. 5).

Главным направлением совершенствования является применение компетентного подхода к оценке каждого сотрудника, который дает четкое определение профессиональных и поведенческих требований, предъявляемых к сотруднику в зависимости от его занимаемой должности и выполняемых задач. Модель компетенций позволяет унифицировать требования к сотрудникам и создать единые стандарты поведения, основу для оценки и продвижения сотрудников. В результате исследования были определены наиболее ключевые компетенции, которые представлены (табл. 13).

Таблица 13 – Ключевые компетенции сотрудников

| Степень важности | Компетенция и ее описание |
|------------------|---|
| 1 | Профессионализм – компетентность в профессиональной области, знание функциональных обязанностей, процедур и технологий организации, владение необходимыми по должности знаниями |
| 2 | Качество работы – соответствие качества работы, внутренних операций, деловых процессов требованиям организации с точки зрения точности, тщательности, аккуратности, количества ошибок, независимо от количества работы |
| 3 | Самостоятельность – способность работать самостоятельно и ответственно, достигать результатов с минимальным внешним контролем |
| 4 | Результативность – результативность сотрудника в рамках выполнения своих должностных обязанностей |
| 5 | Командная работа – умение работать в команде, обмениваться информацией, поддерживать коллег, степень доброжелательности отношения к ним, готовность помочь |
| 6 | Стрессоустойчивость – способность сотрудника переносить интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки, обусловленные особенностями профессиональной деятельности, без особо вредных последствий для окружающих и своего здоровья |
| 7 | Ориентация на развитие – стремление к самосовершенствованию, достижениям, постоянное повышение квалификации, профессиональных знаний и навыков, способность к развитию |
| 8 | Корпоративность – следование внутрикорпоративным нормам и стандартам |
| 9 | Управление рабочим процессом – способность организации и контроля рабочего процесса, ответственность за результат своих решений и действий |

Как было выявлено в ходе исследования, в «Рефтинской городской больнице» наблюдается неудовлетворенность сотрудников результатами оценки своей работы. После внедрения рекомендуемых мероприятий планируется получить следующие данные:

а) повышение эффективности работы сотрудников на 5 – 50 %. При грамотном проведении анкетирования медицинского персонала эффективность возрастает.

б) снижение затрат на адаптацию сотрудников.

с) снижение обращений пациентов на качество оказания медицинской помощи сестринским персоналом.

д) повышение сплоченности коллектива и исчезновение предпосылок для конфликтов между руководством и сотрудниками.

е) повышение мотивации сотрудников для оказания качественной медицинской помощи населению.

f) предлагаемые мероприятия позволят сделать оценку более объективной, тем самым медицинские сестры будут спокойны в плане результата их проделанной работы.

g) предлагаемая система оценки может подтолкнуть к самосовершенствованию сотрудника.

h) позволит обоснованно решать вопрос об увольнении или сокращении сотрудников.

i) приведет к улучшению морально-психологического климата в коллективе, снижению конфликтности.

Оценка методом «360 градусов», это способ, который занимает много времени и усилий на разработку, проведение, анализ результатов, отчетность. В результате проведения оценки сотрудников методом «360 градусов», организация может получить объективные данные об имеющихся кадровых ресурсах, сможет выстроить четкую и целенаправленную систему обучения и развития индивидуально для каждого сотрудника. Каждый сотрудник сможет получить обратную связь и увидеть перспективы своего дальнейшего развития, при этом значительно повысится мотивация сестринского персонала к качественному оказанию медицинской помощи пациенту.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Информационной базой исследования, его теоретической и методической основой исследования стали теоретические аспекты контроля качества и оценка деятельности среднего медицинского персонала «Рефтинской городской больницы».

Эмпирической базой исследования послужили результаты проведенного анкетирования пациентов, сотрудников «Рефтинской городской больницы» о качества деятельности среднего медицинского персонала.

Научная актуальность работы определяется тем, что оценка эффективности деятельности персонала получила широкое смысл в литературе, но все же особенностям взаимосвязи всех элементов кадровой работы и их влиянию на эффективность деятельности персонала уделяется очень мало внимания.

В современных условиях система оценки труда должна стать одним из главных объектов управления персоналом. Разработка эффективных методов и моделей оценки персонала становится необходимым фактором деятельности медицинской организации.

Применение современных методов объективной оценки в процессе выбора работника на новую должность, при формировании резерва кадров на определенную должность, а также в необходимости перестановки в кадровом составе - это основные практические направления оценочной деятельности «Рефтинской городской больницы». Важным направлением деятельности по управлению персоналом является анализ и оценка результатов, достигнутых медицинскими сестрами организации в целом, а также отдельными отделениями, группами и сотрудниками.

В «Рефтинской городской больнице» действующая система оценки персонала главным образом основывается на административных решениях - решениях об аттестации, должностных назначениях, премиях. В целом

существующая система не способствует улучшению взаимоотношений между руководителем и сотрудниками, эффективности их взаимодействия.

В работе предложен метод оценки деятельности среднего медицинского «Методикой 360 градусов». Данный метод является достаточно высокоперспективным.

Содержание методики «360 градусов» заключается в том, что оценку сотрудника проводят: руководители, коллеги и пациенты. Результат оценки — приоритетность должностных свойств сотрудника, также благодаря блоку самооценки, данный метод может быть использован в качестве источника обратной связи для сотрудника.

При заполнении анкеты, респонденты выставляют баллы по компетенциям в специальных листах, анкетирование может проводиться не анонимно с указанием категории респондента (коллега, руководитель, пациент) можно так же анонимно. Затем подсчитывается среднее арифметическое значение по каждой компетенции и подводится итог проведенного исследования. Подведенные данные предоставляются руководителю и самому работнику, для ознакомления. В результате оценки по методике 360 градусов руководителем могут быть сделаны выводы для саморазвития данного сотрудника, для развития его необходимых компетенций, улучшения отношений с коллегами, если это необходимо, а также приняты решения об обучении, повышении квалификации сотрудника, повышения или понижения в должности.

Одна из актуальных практических задач, стоящих перед системой оценки персонала - отбор работников, которые смогут результативно работать на поставленных должностях в организации и приносить пользу учреждению. [6]

Создание и развитие системы оценки персонала, является одним из главных компонентов успешной деятельности организации, отвечает требованиям современных явлений и обеспечивает развитие организации на основе увеличения эффективности труда медицинского персонала.

Предложенная методика 360 градусов, выполненная в соответствии с предлагаемыми рекомендациями, поможет повысить эффективность качества оказания медицинской помощи населению средним медицинским персоналом. Таким образом, рассмотренная в настоящей работе «методика 360 градусов» по улучшению оценки качества деятельности работы среднего медицинского персонала, являются целесообразной.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция РФ [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/d94e831070f1b26a082b3517d51e9e4c348fc419/
2. Гражданский кодекс РФ [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://base.garant.ru/10164072/60/#block_2059
3. Международный стандарт ИСО 8402 [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://snipov.net/c_4698_snip_98726.html#i191485
4. Закон РФ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.08.2004, №122-ФЗ [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://rulaws.ru/laws/Federalnyy-zakon-ot-22.08.2004-N-122-FZ/>
5. Федеральный закон № 323 от 21.11.2011 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/document/>
6. Федеральный закон № 184 от 27.12.2002 «О техническом регулировании» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/document/>
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (МЗ РФ) № 321 от 21.10.2002 г. «О введении в действие отраслевого стандарта «Порядок организации работы по формированию перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.webapteka.ru/phdocs/doc3447.html>
8. Приказ МЗ РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) №363/77 от 24.10.1996 г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» (ред. от 21.01.1997г №20/13) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=298735&rnd=263249.136586520&from=306658-0#0>

9. Письмо ФФОМС от 5 мая 1998 г. № 1993/36.1-и «О методических рекомендациях «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования» [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19843/57fe15373b955ae3773bae6d56e17362cffa37d2/

10. Федеральный закон № 128-ФЗ от 8.08.2001 г. «О лицензировании отдельных видов деятельности» (ред. от 23.12.2003г.) [Электронный ресурс] Режим доступа: – http://ohranatruda.ru/ot_biblio/normativ/data_normativ/9/9014/#i88413

11. Приказ МЗ РФ № 314 от 9.08.2001 г. «О порядке получения квалификационных категорий» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.webapteka.ru/phdocs/doc665.html>

12. Беляцкий Н.П., Велесько С.Е., Ройш П. Управление персоналом. Учебное пособие / Н.П. Беляцкий, С.Е. Велесько, П. Ройш – М.: Интерпрессервис, 2002 – 352 с.

13. Басовский Л.Е., Протасьев В.Б. Управление качеством. Учебное пособие / Л.Е. Басовский, В.Б. Протасьев М.: ИНФРА-М, 2002 – 193 с.

14. Вялков А.И., Кучеренко В.З. Управление и экономика здравоохранения. Учебное пособие / А.И. Вялков, В.З. Кучеренко М.: ГЭОТАР –Медиа, 2009 – 664 с.

15. Захаров Н.Л., Кузнецов А.Л., Управление социальным развитием организации: Учебное пособие / Н.Л. Захаров, А.Л. Кузнецов М.:ИНФРА-М, 2006 – 263 с.

16. Иванов В.Н., Патрушев В.И., Гладышев А.Г., Иванов А.В. Основы социального управления. Учебное пособие / В.Н. Иванов, В.И. Патрушев, А.Г. Гладышев, А.В. Иванов. М.: «Высшая школа» 2001 – 271с.

17. Камынина Н.Н., Островская И.В., Пьяных А.В. Менеджмент и лидерство. Учебное пособие / Н.Н. Камынина, И.В. Островская. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012 – 528 с.

18. Карпов К.В., Ходакова О.В., Лучкина В.В. Качество медицинской помощи» № 3. Учебное пособие / К.В. Карпов, О.В. Ходакова, В.В. Лучкина. М.: 2002 – 89 с.
19. Кибанов А.Я. Управление персоналом организации Учебное пособие / А.Я. Кибанов. М.: ИНФРА-М, 2011 – 695 с.
20. Косарева Н.Н. Управление сестринским персоналом как одна из составляющих качества сестринской медицинской услуги / Главная медицинская сестра №3. М.: 2004 – 35 с.
21. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебное пособие / Ю.П. Лисицын. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – 512 с.
22. Мотовилин О.Г., Мотовилина И.А. Оценка персонала в современных организациях. Учебное пособие / О.Г. Мотовилин, И.А. Мотовилина. М.: Высшая школа психологии, Институт консультирования и системных решений, 2009 – 388 с.
23. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. Учебное пособие / Г.И. Назаренко, Е.И. Полубенцева. М.: Медицина, 2000 – 367 с.
24. Осипова Е.Б. Оценка персонала мотивирует к работе «Образование и бизнес» №16, 2010 – 27с.
25. Огвоздин В.Ю. Управление качеством. Основы теории и практики. Учебное пособие / В.Ю. Огвоздин. – 4-е издание М.: «Дело и сервис», 2002 – 156 с.
26. Поляков В. Методы оценки и аттестации персонала, «Кадровый вестник» № 2, 2000 – 38с.
27. Сопина З.Е., Фомушкина И.А. Управление качеством сестринской помощи. Учебное пособие / З.Е. Сопина, И.А. Фомушкина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 – 176 с.
28. Стаут Л.У. Управление персоналом: настольная книга менеджера. Учебное пособие / Л.У. Стаут. М.: Добрая книга, 2006 – 536 с.

29. Татарников М.А. Управление качеством медицинской помощи. Учебное пособие / М.А. Татарников. М.: ГЭОТАР-медиа, 2016 – 304 с.

30. Шкатула В.И. Настольная книга менеджера по кадрам. Учебное пособие / В.И. Шкатула. М.: ИНФРА-М – НОРМА, 2000 – 506 с.

31. Официальный сайт «Рефтинской городской больницы» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.preft.ru/index/nachalo/0-11>.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Уважаемый пациент! Ваши ответы этой анкеты будут использоваться для оценки качества работы медицинской сестры. Анкета является анонимной, и результаты будут использоваться только в обобщенном виде в данном учреждении. Просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и честно ответить на задаваемые вопросы.

Выберите один из вариантов ответа на каждый вопрос.

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

4. Что, по вашему мнению, играет наиболее важную роль в деятельности медсестры?
 - а) внешний вид б) психология общения с людьми
 - в) профессиональные знания, умения

5. Оцените внешний вид медсестер
 - а) хороший б) удовлетворительный. в) неудовлетворительный

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

8. 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)

9. Оцените отношение медсестры к пациенту и его проблемам:
 - а) раздраженное б) равнодушное в) напряженное
 - г) терпимое д) внимательное е) доброжелательное

10. Достаточно ли внимания, времени уделяет медсестра пациентам?
 - а) да б) нет

11. Удовлетворены ли вы тем как медсестра выполняет назначения врача?
а) да б) нет
12. Дает ли вам медсестра информацию о правилах приема лекарств, сдачи анализов, назначенных врачом?
а) да б) нет
13. Считаете ли вы объем полученной информации достаточным?
а) да б) нет
14. Удовлетворены ли вы качеством работы медсестер?
а) да б) нет
15. Как вы оцениваете качество работы медсестры?
а) хорошее б) удовлетворительное в) неудовлетворительное
16. 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
17. 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

Благодарим Вас за участие в анкетировании.

Уважаемый респондент!

Проводится опрос медицинского персонала, направленного на удовлетворение и оценки качества работы среднего медицинского персонала.

Опрос носит анонимный характер, все полученные данные будут использоваться только в обобщенном виде.

Благодарим Вас за согласие принять участие в исследовании!

1. Пол респондента

- Мужской
- Женский

2. Назовите, пожалуйста, Ваш возраст _____ лет

3. Ваше семейное положение

- Холост (не замужем)
- Женат (замужем)
- Разведен (разведена)
- Вдовец (вдова)

4. Какую должность Вы занимаете?

- Участковая медсестра
- Процедурная медсестра
- Медсестра

5. Каков Ваш стаж работы?

- Общий трудовой стаж _____ лет
- Общий стаж в сфере здравоохранения _____ лет
- Стаж работы в данном медучреждении _____ лет
- Стаж работы в данной должности _____ лет

6. Имеете ли Вы категорию по своей профессии?

- Нет, не имею
- У меня 2-я категория
- У меня 1-я категория
- У меня высшая категория

7. Что Вам лично даст повышение квалификационной категории?

- Повышение дохода
- Повышение профессионального статуса
- Уважение коллег
- Уважение пациентов
- Повышение самооценки
- Ничего значительного не даст
- Затрудняюсь ответить

8. Как Вы считаете, кто может наиболее точно оценить текущие результаты и качество Вашей работы?

- Главный врач
- Главная медицинская сестра

- Заведующий отделением
- Врачи
- Старшая медицинская сестра
- Коллеги из Вашего отделения
- Пациенты
- Затрудняюсь ответить

9. Что из перечисленного Вы больше всего цените в Вашей работе?
(не более 5 вариантов ответа)

- Это интересная работа
- Удобное месторасположение
- Удобный график работы
- Гарантия сохранения рабочего места
- Свобода организации своей деятельности
- Возможность совмещения
- Хороший трудовой коллектив
- Общение с пациентами
- Возможность хорошо зарабатывать
- Возможность продолжать работать, выйдя на пенсию
- Перспективы карьерного роста
- Возможность творческой реализации
- Отсутствие другой перспективной работы

10. В какой степени размер Вашей зарплаты зависит от: (один ответ в каждой строке)

| | Значительно | Незначительно | Не зависит | Затрудняюсь ответить |
|---|-------------|---------------|------------|----------------------|
| Вашей квалификации | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Личного трудового вклада | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Конечных результатов работы | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Конечных результатов работы медицинского учреждения в целом | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Отношений с руководством | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Объемов выполняемой вами работы | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Качества Вашей работы | 1 | 2 | 3 | 4 |

11. Применялись ли за последний год к среднему медицинскому персоналу Вашего медицинского учреждения какие-либо санкции?
- Увольнение
 - Публичный выговор
 - Предупреждение
 - Административные взыскания
 - Возбуждение уголовного дела
 - Ничего из перечисленного не применялось
 - Затрудняюсь ответить
12. Считаете ли Вы, что ваша профессия престижна?
- Да
 - Скорее да, чем нет
 - Скорее нет, чем да
 - Нет
13. С учетом положительных и отрицательных сторон Вашей работы, в целом в какой степени Вас удовлетворяет работа в Вашем учреждении?
- Совершенно не удовлетворяет
 - Скорее не удовлетворяет, чем удовлетворяет
 - Частично удовлетворяет, частично нет
 - Скорее удовлетворяет, чем нет
 - Полностью удовлетворяет
14. Как Вы считаете, чем объясняется несовершенство качества работы?
- Отсутствие необходимого инструментария
 - Старой аппаратурой
 - Выполнением не своих функций
 - Работа не контролируется старшей медицинской сестрой
 - Зарплата не соответствует выполненной работе
15. Стали бы Вы работать больше и лучше, если бы Вам повысили оплату труда, увязав ее с личным трудовым вкладом?
- Нет, я сейчас работаю на высоком уровне качества и результативности
 - Да, я мог (ла) бы работать несколько лучше, чем сейчас
 - Да, я мог(ла) бы работать гораздо лучше, чем сейчас
 - Затрудняюсь ответить
16. Как Вы считаете, нарушаете ли Вы трудовую дисциплину?
- Да (_____)
 - Нет

17. Что, по Вашему мнению, мешает достижению образцовой дисциплины в Вашей организации?
- Неблагоприятный климат в коллективе
 - Недостаток материального поощрения
 - Недостаток руководства в коллективе
 - Нечуткое отношение к бытовым нуждам работников
 - Недостаток профессионально подготовки работников
 - Снисходительное отношение к нарушителям дисциплины
18. Какие из перечисленных мотивов являются определяющими, на Ваш взгляд, в работе среднего медицинского персонала сегодня? (не более 5 вариантов ответов)
- Возможность заработать деньги на жизнь
 - Профессиональный интерес
 - Сострадание и помощь больному
 - Профессиональный рост
 - Возможность завоевать уважение коллег
 - Гарантия занятости
 - Невозможность устроится на другую более оплачиваемую работу по медицинской специальности
 - Уважение, поддержка семьи и близких друзей
 - Возможность при необходимости помочь близким, себе в сохранении здоровья
 - Расширение возможностей общения с другими людьми
 - Затрудняюсь ответить
19. Насколько значимыми являются для Вас перечисленные ниже стимулы качественной и добросовестной работы? (не более 5 вариантов ответов)
- Признание в профессиональном сообществе
 - Признание коллегами на работе
 - Признание руководством учреждения
 - Профессиональные результаты, которые приводят к росту зарплаток
 - Ответственность перед пациентами и их родственниками при выполнении работы
 - Заработная плата
 - Социальные гарантии, льготы
 - Награды
 - Возможность профессионального роста, дальнейшего повышения квалификации
 - Достойная пенсия

Благодарим Вас за участие в опросе!

Уважаемый респондент!

Проводится опрос медицинского персонала, направленного на удовлетворение и оценки качества работы среднего медицинского персонала.

Опрос носит анонимный характер, все полученные данные будут использоваться только в обобщенном виде.

Благодарим Вас за согласие принять участие в исследовании!

1. Пол респондента
 - Мужской
 - Женский
2. Назовите, пожалуйста, Ваш возраст _____ лет
3. Какую должность Вы занимаете?
 - Врач терапевт
 - Фельдшер
 - Врач хирург
 - Врач педиатр
4. Каков Ваш стаж работы?
 - Общий трудовой стаж _____ лет
 - Общий стаж в сфере здравоохранения _____ лет
5. Имеете ли Вы категорию по своей профессии?
 - Нет, не имею
 - У меня 2-я категория
 - У меня 1-я категория
 - У меня высшая категория
6. Как Вы считаете, какая роль медицинской сестры в работе с пациентами?
 - Самостоятельность и индивидуальность
 - Второстепенная роль
 - Не самостоятельный субъект
 - В равных долях с врачом
7. Как вы считаете, что влияет на не качественное выполнение сестринской помощи?
 - Неумение общаться с пациентами
 - Недостаток времени
 - Недостаточный профессиональный уровень знаний и навыков
8. Как Вы оцениваете профессиональную деятельность сестринского персонала во время работы?
 - Удовлетворительная
 - Полная организованность во время работы
 - Неудовлетворительная

9. Соответствует ли численность и состав сестринского персонала объему и сложности работ?
- Соответствует
 - Частично соответствует
 - Не соответствует
10. Какие причины, по вашему мнению, мешают сестринскому персоналу быть удовлетворенными своим трудом?
- Плохое отношение с руководством
 - Чрезмерная нагрузка
 - Несоответствие уровня оплаты
 - Равнодушное отношение общества к труду медицинской сестры
 - Не достаточная материальная база
11. Участвует ли медицинская сестра во врачебном обходе пациентов?
- Регулярное участие
 - Не присутствует в обходе
 - Периодическое присутствие в обходе
12. Оцените целесообразность ведения медицинской сестрой точных записей своих действий по отношению к пациенту?
- Полное выполнение
 - Частичное выполнение

Благодарим Вас за участие в опросе!

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Показатели и критерии
оценки эффективности деятельности медицинской сестры
«Рефтинской городской больницы»

| № п/п | Показатель | Критерии | Оценка (баллы) | Периодичность |
|--|---|-----------------|----------------|---------------|
| Выплаты за качество выполняемых работ | | | | |
| 1 | Отсутствие замечаний по оформлению документации | отсутствие | +2 | ежемесячно |
| | | 1 и более | -2 | |
| 2 | Отсутствие замечаний по ведению родовых сертификатов | отсутствие | +1 | ежемесячно |
| | | 1 и более | -1 | |
| 3 | Своевременная сдача отчетности по родовым сертификатам | своевременно | +1 | ежемесячно |
| | | не своевременно | -1 | |
| Выплаты по итогам работы | | | | |
| 1 | Обоснованные жалобы пациентов по результатам рассмотрения врачебной комиссии медицинской организации | отсутствие | +2 | ежемесячно |
| | | 1 и более | -2 | |
| 2 | Нарушение правил по охране труда и технике безопасности, трудовой дисциплины, правил этики и деонтологии. | отсутствие | +2 | ежемесячно |
| | | 1 и более | -2 | |

Показатели и критерии
оценки эффективности деятельности медицинская сестра палатная,
медицинская сестра процедурной, медицинская сестра перевязочной
«Рефтинской городской больницы»

| № п/п | Показатель | Критерии | Оценка (баллы) | Периодичность |
|--|--|-----------------------------|----------------|---------------|
| Выплаты за качество выполняемых работ | | | | |
| 1 | Своевременность и полнота выполнения врачебных назначений | своевременно и полно | +1 | ежемесячно |
| | | 1 и более случаев нарушений | -1 | |
| 2 | Осложнения от проведенных лечебно-диагностических манипуляций, соблюдение стандартов оказания простых медицинских услуг | отсутствие | +1 | ежемесячно |
| | | 1 и более | -1 | |
| 3 | Дефекты в оформлении медицинской документации | отсутствие | +3 | ежемесячно |
| | | 1 и более | -3 | |
| Выплаты по итогам работы | | | | |
| 1 | Обоснованные жалобы | отсутствие | +2 | ежемесячно |
| | | 1 и более | -2 | |
| 2 | Нарушения медицинской этики и деонтологии, санитарно-эпидемиологического режима, правил по охране труда и технике безопасности | отсутствие | +2 | ежемесячно |

Уважаемый сотрудник!

Этот опрос поможет Вашему коллеге (оцениваемому) лучше понять свои сильные и слабые стороны, увидеть потенциал дальнейшего роста и развития. Никакие меры поощрения или наказания по результатам исследования приниматься не будут. Мы гарантируем анонимность и конфиденциальность.

В связи с этим просим Вас давать максимально правдивые, откровенные и обдуманые ответы.

ФИО оцениваемого _____

Подразделение _____

Дата заполнения анкеты _____

| Навыки и качества работника | Оценка | | | | | | | | |
|---|--------|---|---|--------|---|---|---------|---|---|
| | Плохо | | | Хорошо | | | Отлично | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Непосредственно рабочий процесс | | | | | | | | | |
| 1. Самостоятельно организует свой процесс труда. Четко формулирует задачи в рамках своих функциональных обязанностей | | | | | | | | | |
| 2. Аккуратно использует инструменты работы. Следит за порядком на своем рабочем месте | | | | | | | | | |
| Личностные компетенции | | | | | | | | | |
| 3. Ответственно выполняет функциональные задачи | | | | | | | | | |
| 4. Грамотно составляет рабочие документы и отчетность | | | | | | | | | |
| Коммуникация и взаимодействие с сотрудниками | | | | | | | | | |
| 5. Отзывчив к просьбам коллег | | | | | | | | | |
| 6. Избегает конфликтных ситуаций | | | | | | | | | |
| 7. Активно взаимодействует с коллегами по рабочим вопросам | | | | | | | | | |
| Общая оценка | | | | | | | | | |

Спасибо за Ваши ответы!