ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ РАБОТЫ ПРИ ОКАЗАНИИ РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А. И. Левшанков

Кафедра анестезиологии и реаниматологии
Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург

Quality Assessment of Nursing in Resuscitative Care

A. I. Levshankov

Department of Anesthesiology and Reanimatology, Military Medical Academy, Saint Petersburg

Качество работы медицинских сестер при оказании анестезиологической и реаниматологической помощи целесообразно оценивать по балльным величинам следующих показателей: объем работы, уровень профессионального образования, степень квалификационной категории, соблюдение этических норм и нормативно-правовых актов, ведение необходимой медицинской документации.

It is expedient to assess the quality of the work of nurses delivering anesthesiological and resuscitative care from the scores of the following parameters: the volume of work, the level of vocational education, qualification grade, the observance of ethical norms and norm-setting and legal acts, and the keeping of required medical documents.

Одной из важных задач реформирования здравоохранения является улучшение качества сестринского процесса (КСП) и объема сестринской работы (ОСР) в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Для достижения этой цели требуется разработать и внедрить в практику систему объективного контроля и программу обеспечения медицинской помощи. Однако, несмотря на отдельные попытки решения этой проблемы [1, 2], на сегодня нет специально разработанных методик и критериев оценки КСП и ОСР при оказании реаниматологической помощи, нет единого подхода к реализации сестринского процесса в ОРИТ.

С целью дальнейшего совершенствования сестринской деятельности по спасению пациента, улучшению здоровья и качества его жизни при

оказании реаниматологической помощи нами разработаны и используются методика и критерии оценки КСР и ОСР медсестры ОРИТ.

Анализ сестринского процесса (СП) проводили с учетом следующих основных положений.

1. СП — это научный метод организации и исполнения медсестрами своих обязанностей при оказании помощи пациенту.

2. Основные задачи СП: определение потребностей пациента в сестринском уходе, разработка медсестрой плана СП, выделение приоритета из ряда существующих проблем, оценка эффективности проделанной медсестрой работы.

3. СП состоит из 5 этапов: 1) сбор информации о пациенте; 2) установление проблем пациента, сестринского диагноза; 3) планирование сестринского ухода; 4) выполнение плана сестринских вмешательств; 5) оценка эффективности СП.

Таблица 1

Оценка качества сестринского процесса при оказании реаниматологической помощи

Содержание сестринского процесса	Оценка КСП, баллы
Сбор информации о пациенте, проведение некоторых диагностических исследований или подготовка к ним	1—5
Сестринская диагностика	1—5
Планирование сестринского вмешательства — определение сестринских задач	1—5
Подготовка рабочего места	1—5
Обеспечение психического и физического комфорта, удовлетворенности пациента сестринским уходом.	1—5
Оказание помощи в обеспечении личной гигиены	1—5
Соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима	1—5
Выполнение назначений лечащего врача	1—5
Оказание неотложной помощи при критических состояниях	1—5
Оценка эффективности СП	1—5
Всего...	10—50

Примечание. Первая цифра — минимальное число баллов, вторая — максимальное — здесь и в табл. 2.

Оценка объема сестринской работы в ОРИТ

Содержание сестринской работы	Оценка СР мин./макс. число баллов
Объем реаниматологической помощи	1–5
Уровень профессионального образования	1–5
Квалификационная категория (нет, 2-я, 1-я, высшая, подтверждение высшей)	1–5
Оценка сестринского процесса	10–50
Соблюдение этических норм и нормативно-правовых актов.	
Ведение необходимой медицинской документации.	1–5
Всего... 14–70	

4. Качество СП оценивали с учетом специфики реаниматологической помощи конкретной категории пациентов по 10 основным мероприятиям СП (табл. 1). Оценку осуществляли по 5-балльной системе: 46–50 баллов (91–100% от максимального числа баллов) — оценка 5, 45–36 баллов (90–71%) — 4, 35–26 баллов (70–51%) — 3, 25–16 баллов (50–31%) — 2, менее 16 баллов (менее 30%) — 1.

1. **Сбор информации** о пациенте, проведение некоторых диагностических исследований или подготовка к ним. Информацию о пациенте можно получить путем ознакомления с историей болезни, заключением анестезиолога-реаниматолога, сбора анамнеза и физического обследования пациента, получения данных от медсестры, передающей пациента при сдаче дежурства, на основании проводимого мониторинга и лабораторного обследования. Если назначено врачом специальное исследование, медсестра должна подготовить к нему пациента и рабочее место для его проведения (например, гастро- или бронхоскопии), а в ряде случаев осуществить самой (исследование системы гемостаза — определение свертывания крови по Ли — Уайту, взятие крови и проведение электрокоагулографии и др.).

2. **Сестринская диагностика.** На основании собранной информации и проведенного обследования, мониторинга устанавливается сестринский диагноз с определением приоритетных проблем пациента.

3. **Планирование сестринского вмешательства** — определение сестринских задач осуществляется с учетом сестринского диагноза. В первую очередь медсестра планирует первоочередные мероприятия, направленные на спасение жизни пациента, предусматривает степень участия младшей медицинской сестры по уходу за больными.

4. **Подготовка рабочего места для реаниматологической бригады** — осуществляется медсестрами с учетом выявленной у пациента патологии и предполагаемых воздействий (операция, перевязка, лечебная бронхоскопия и пр.). При этом важно проверить исправность технических средств и подготовить их к работе. При дежурстве по экстренной помощи рабочее место готовят заранее, до поступления пациента в лечебное учреждение.

5. **Обеспечение психического и физического комфорта, удовлетворенности пациента сестринским уходом** предусматривает: успокоение пациента; вселение у него уверенности благополучного исхода; придание удобного положения в постели; устранение неприятных ощущений и боли; проведение безболезненно манипуляций; адаптацию пациента к новым условиям; обеспечение рациональной физической активности; соблюдение определенных этических норм и правил поведения; достижение удовлетворенности пациента и его родственников СП.

6. **Оказание помощи тяжелобольным при проведении мероприятий личной гигиены** во время туалета, приема пищи и физиологических отправлениях организма. Следует иметь в виду, что пациент, находящийся в критическом состоянии, беспомощен, да к тому же в силу специфики работы ОРИТ, родственники не могут быть рядом с пациентом.

7. Создание и поддержание здоровой санитарно-гигиенической обстановки, **строгое соблюдение правил асептики и антисептики в ОРИТ** — одна из основных сестринских задач, так как у пациентов в ОРИТ очень часто возникают гнойно-септические осложнения, ИВЛ-ассоциированные пневмонии, пролежни, которые часто являются основными причинами смерти больных.

8. **Правильное и своевременное выполнение назначений лечащего врача** (введение медикаментов, проведение инфузионно-трансфузионной и респираторной терапии, ЛФК и массажа, ингаляционной терапии и пр.) — одна из основных задач сестринского процесса. Важна положительная оценка СП лечащим врачом.

9. **Оказание неотложной доврачебной помощи** при критических состояниях. У пациентов ОРИТ часто может внезапно резко ухудшиться состояние. Поэтому медсестра ОРИТ должна уметь быстро определить причину ухудшения состояния и устранить ее (например, разгерметизация дыхательного контура, остановка аппарата ИВЛ), а при необходимости оказать неотложную помощь: приступить к сердечно-легочной реанимации, осуществить экстренную подачу 100% O₂ и пр., вызвать врача на помощь.

Таблица 3

Оценка объема сестринской работы в ОРИТ

Показатель содержание сестринского процесса	Оценка КСП, балл			
	ГВГ* (n=9)	ОВГ** (n=15)	клиники (n=11, n=7/4***)	
Объем реаниматологической и анестезиологической помощи	2,8			
Уровень профессионального образования	2,6	2,1	2,4	1,0/3,0
Квалификационная категория (нет, 2-я, 1-я, высшая, подтверждение высшей)	3,0	2,1	3,0	1,0/4,3
	0,2,5,2	4,7,2,2	4,3,1,3	7,0,1,2
Оценка сестринского процесса	3,9	2,1	3,7	2,5/4,2
Соблюдение этических норм и нормативно-правовых актов.				
Ведение необходимой медицинской документации.	3,0	2,6		
ИТОГО	3,0			

Примечание. * — гарнизонный госпиталь, ** — окружной клинический военный госпиталь, 7/4*** — 7 медсестер без квалификационной категории и без специализации и 4 имеют категорию и подготовку.

10. Оценка эффективности СП. Медсестра должна уметь правильно и критически оценивать результаты сестринских воздействий на пациента, учитывать мнение пациента и его семьи. Такая оценка позволит правильно ориентироваться медицинскому персоналу отделения в дальнейшей стратегии и тактике лечения пациентов.

Оценка объема сестринской работы. Анализ ранее проведенных нами и обучающимися медсестрами исследований [2–7] показали, что при оценке КСП необходимо учитывать весь объем сестринской работы (табл. 2), а также состояние здравоохранения в регионе, в лечебно-поликлиническом учреждении — ЛПУ (обеспеченность кадрами, материально-техническое обеспечение, финансирование и пр.). Только при учете всех этих факторов можно не только объективно оценить качество СП, но и выявить причины некачественного его выполнения и наметить правильные пути его совершенствования.

Оценку объема работы медсестры осуществляли по 5-балльной системе: 64–70 баллов (91–100% от максимального числа баллов) — оценка 5, 63–50 баллов (90–71%) — 4, 49–36 баллов (70–51%) — 3, 35–22 (50–31%) — 2, менее 22 (менее 30%) — 1.

1. Объем помощи. Реаниматологическую помощь оценивают по следующим показателям:

- **Число больных**, которым проведена интенсивная терапия в течение года (месяца), из расчета в среднем на 1 штатную единицу медсестры ОРИТ.
- **Степень тяжести больных** (в баллах).
- **Средний койко-день** в палатах интенсивной терапии и реанимации.
- **Летальность среди больных, лечившихся в ОРИТ.**

- **Сестринская активность** участия медсестры в общей реаниматологической помощи с участием всех медсестер ОРИТ.

Каждый показатель, если он соответствует нормативу (средней величине для всех сестер отделения или аналогичных ОРИТ), оценивается 5 баллами, соответственно больше или меньше баллов при его изменении в положительную или от-

рицательную сторону от норматива. Деятельность медсестры ОРИТ оценивается по величине суммы баллов 5 показателей по сравнению с нормативом и с учетом характера осложнений во время анестезии и интенсивной терапии. Затем высчитывается средняя оценка объема помощи (5 баллов — адекватный объем помощи).

2. Уровень профессионального образования оценивают на основании следующих критериев: образования по анестезиологии и реаниматологии нет — 1 балл, первичная специализация — 2 балла, + общее усовершенствование — 3 балла, + тематическое усовершенствование — 4 балла, + высшее сестринское образование — 5 баллов. При этом учитывается предыдущее образование.

3. Уровень квалификационной категории оценивается на основании следующих критериев: нет категории — 1 балл, 2-я категория — 2 балла, 1-я — 3, высшая — 4 балла, подтверждение высшей — 5 баллов.

4. Умение выполнять СП оценивается с учетом степени использования ресурсов и с минимальным риском для пациента при медицинских сестринских вмешательствах, с обеспечением его удовлетворенности медицинским (сестринским) обслуживанием.

5. Соблюдение этических норм и нормативно-правовых («подзаконных») актов во время профессиональной деятельности, при общении с пациентом, коллегами и родственниками или доверенными лицами. Наличие стандартов медицинской помощи является необходимым условием для решения проблемы контроля качества сестринской работы и СП. К сожалению, отечественных стандартов для медсестер-анестезистов пока мало. Их профессиональная деятельность регламентируется в основном этическими нормами и нормативно-правовыми («подзаконными») актами [8–12].

При оценке соблюдения нормативно-правовых документов важно учитывать правильность ведения необходимой медицинской документации (карты интенсивной терапии, книги учета больных в ОРИТ), умение анализировать свою деятель-

Таблица 4

Факторы, влияющие на качество сестринского процесса

Показатель	Абс. величины			
	ГВГ (n=9)	ОВГ (n=15)	клиники (n=11, n=11)	
КАДРЫ:				
медсестер имеется/некомплект	10/2	15/5	10/1	11/15
стаж работы медсестер по специальности	9	*	15/0,9—7мс	
младших медсестер, имеется/некомплект	5/1	0	0,5/10	
прибыло/убыло медсестер за последние 5 лет	—	15/33	16/22	
ОБРАЗОВАНИЕ:				
специализация, да/нет	9/—	11/4	10/1	4/7
специализация + усовершенствование, да/нет	7/2	4/11	7/4	3/8
специализ. + усоверш. общее и тематическое	0/9	0/15	0/11	0/11
КАТЕГОРИЯ:				
нет/2-я/1-я/Высшая	0/2/5/2	4/7/2/2	7/0/1/2	
РАБОЧИХ МЕСТ:				
анестезиологических/коек ИТ	5/5	/10	4/6	3/12
ОСНАЩЕНИЕ:				
аппараты, исправны/нет	6/—	30/30		
в том числе — типа «РО»	3/—	0	—	
— «Фаза-5»	3/—	6/2	—	
— зарубежные	0	2/14	8	
— пульсоксиметры	0	4/4	7	
— капнографы	0	1/2	2	
— газоанализаторы кислорода	0	2/8	0	
— волюмоспирометры	1	15/0	0	

Примечание. * ОВГ: медсестер со стажем работы менее 5 лет — 0, более 5 лет — 5.

Таблица 5

Причины неудовлетворенности медсестер-анестезистов ГВГ своей работой

Причина	Число медсестер, %
Плохое материально-техническое обеспечение отделения	100
Физическая перегрузка	40
Неудовлетворенность оплатой труда, малая и несвоевременная заработная плата	100
Психологический стресс	40
Нехватка в штате младших медсестер	30

ность. Это позволяет существенно улучшить как СП, так и врачебную деятельность при оказании реаниматологической помощи. Так, например, если медсестра не регистрирует в карте интенсивной терапии в динамике параметры ИВЛ (ВВЛ), анестезиолог-реаниматолог не сможет правильно и своевременно уменьшить респираторную поддержку и перевести пациента на спонтанное дыхание, прогнозировать успешность перевода.

Объективная оценка качества сестринской помощи позволит правильно определить пути улучшения КСП и ОСР, дифференцированно подойти к оплате труда и стимулировать мотивацию к своей профессиональной деятельности, улучшить исходы реаниматологической помощи.

Анализ КСП в различных лечебных учреждениях (табл. 3, 4) показал, что чем выше балл профессионального образования и квалификационной категории, тем лучше КСП: в гарнизонном военном госпитале КСП оценено на 3,9 балла, а в окружном военном госпитале — 2,1 балла, клиниках 3,7 балла (по всем сестрам), 2,5 балла (без специализации) и 4,2 балла (у медсестер, прошедших подготовку и имеющих квалификационные кате-

гории). Следует отметить, что многие сестры не имеют даже первичной специализации, а сестры с большим стажем работы по специальности (15 лет) не имеют тематического усовершенствования.

В МЗ и ВС РФ должна быть реализована многоуровневая последовательная система подготовки медсестер: после базисной подготовки первичная специализация (не менее 10 мес), через 3—5 лет — общее усовершенствование, а еще через 3 года при желании получить высшую квалификационную категорию тематическое усовершенствование. Пройдя эти 3 этапа и имея достаточный опыт работы по специальности, целесообразно в дальнейшем поступить на факультет высшего сестринского образования. На этом этапе готовят специалиста-менеджера, способного выполнять обязанности старшей медсестры ОРИТ, осуществлять обучения медсестер в медучилище (колледже) по специальности анестезиология и реаниматология. Такая система обучения позволит подготовить хороших специалистов с высшим сестринским образованием.

Низкое качество СП обусловлено также (см. табл. 4): 1) большой текучестью кадров (за 5 по-

следних лет из ОВГ убыли 33 медсестры, а прибыло 15, комплект 5); 2) наличием большого числа неисправных технических средств (30 из 60 в ОВГ); 3) недостаточным инженерно-техническим и метрологическим обеспечением. Так, например, отсутствуют средства для проверки аппаратов ИВЛ на исправность (!). Медсестры не могут провести метрологическую проверку средств измерений аппаратов ИВЛ.

Отсутствие достаточного оснащения рабочего места и низкая заработная плата также являются основными причинами неудовлетворенности медсестер своей работой (табл. 5). Различия в зарплате между категориями незначительны. Совмещение работы в должности младшей медсестры по уходу за больными, низкий престиж работы в ОРИТ, влечет за собой снижение КСП.

Выводы

1. При определении качества сестринского процесса и путей его улучшения необходимо учитывать весь объем сестринской работы, а также состояние здравоохранения в регионе, в ЛПУ (обеспеченность кадрами, материально-техническое обеспечение, финансирование).

2. Сестринскую работу при оказании анестезиологической и реаниматологической помощи целесообразно оценивать по балльным величинам следующих показателей: 1) сестринский процесс; 2) объем сестринской работы при оказании анестезиологической и (или) реаниматологической

помощи; 3) уровень профессионального образования; 4) степень квалификационной категории; 5) соблюдение этических норм и нормативно-правовых актов, ведение необходимой медицинской документации.

3. Качество сестринского процесса при оказании реаниматологической помощи целесообразно оценивать по балльным величинам следующих этапов: 1) сбор информации о пациенте, проведение некоторых диагностических исследований или подготовка к ним; 2) сестринская диагностика; 3) планирование сестринского вмешательства — определение сестринских задач; 4) подготовка рабочего места; 5) обеспечение психического и физического комфорта, удовлетворенности пациента сестринским уходом; 6) оказание помощи в обеспечении личной гигиены; 7) соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима; 8) выполнение назначений лечащего врача; 9) оказание неотложной помощи при возникновении острых критических состояний; 10) оценка эффективности сестринского ухода.

4. Наиболее важными направлениями улучшения качества сестринского процесса являются: 1) обеспечение своевременной последовательной профессиональной многоуровневой подготовки медсестер ОРИТ по анестезиологии и реаниматологии; 2) улучшение материально-технического, инженерного и метрологического обеспечения ОРИТ; 3) снижение текучести и дефицита кадров медсестер, повышение их мотивации к сестринскому процессу.

Литература

1. Чавпецов В. Ф. и др. (ред.). Медицинское страхование: Экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (Проблемы, задачи и подходы к их решению): Метод. пособие. М.: 1995.
2. Чавпецов В. Ф. и др. (ред.). Экспертиза качества медицинской помощи: Теория и практика. СПб.: 1997.
3. Актуальные вопросы сестринской практики в анестезиологии и реаниматологии. Материалы конф. 12 мая 1999. С-Пб.: ВмедА; 1999.
4. Левшанков А. И. (ред.). Актуальные вопросы сестринской практики в анестезиологии и реаниматологии. Вып. 2.. СПб.: Агентство РДК-принт; 2000.
5. Левшанков А. И. (ред.). Актуальные вопросы сестринской практики в анестезиологии и реаниматологии. Вып. 3. Проблемы сестринской деятельности при оказании реаниматологической помощи и пути их решения. СПб: Агентство РДК-принт; 2001.
6. Левшанков А. И. (ред.). Актуальные вопросы сестринской практики в анестезиологии и реаниматологии. Вып. 4. Состояние и пути совершенствования специализированной сестринской помощи при проведении анестезии, интенсивной терапии и реанимации. СПб.; 2002.
7. Левшанков А. И. (ред.). Актуальные вопросы сестринской практики в анестезиологии и реаниматологии. Выпуск 5. Профессиональная подготовка медсестер ОАРИТ и качество выполнения ими функциональных обязанностей (респираторная поддержка, санэпидрежим, новые технологии и технические средства). СПб.: ВмедА; 2003.
8. Директива начальника ГВМУ МО РФ N 161/ДМ-2 О мерах по обеспечению безопасности больных во время анестезии, реанимации и интенсивной терапии от 24 февраля 1997 г.
9. Организация анестезиологической и реаниматологической помощи в Вооруженных силах Российской Федерации. М.: ВмедА; 2002.
10. Стандарты практической деятельности медицинской сестры. Приняты Ассоциацией медицинских сестер России 10 июня 1998 г. Том I и II. СПб.: Межрегиональная ассоциация медсестер; 1998.
11. Справочник главной (старшей) медицинской сестры. Издание 3, дополненное, переработанное. М.: Издательство ГРАНТЬ; 2001.
12. Гребенев А. Л., Шенгулин А. А., Хохлов А. М. Основы общего ухода за больными: Уч. пособие. М.: Медицина; 1999.

Поступила 20.12.04